

Colloque National de Santé Publique

Vendredi 5 octobre 2007

*Palais du Luxembourg
75006 PARIS*

« *Addictologie et Santé Bucco-Dentaire* »

*Sous le Patronage de M^{me} Roselyne BACHELOT,
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*

*Colloque parrainé par
M^{me} Marie-Thérèse HERMANGE, Sénateur*



CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE
NOUVEAUX CONCEPTS D'ÉDUCATION ET DE PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES



*L'UFSBD remercie l'INPES de son précieux concours
concernant la réalisation des formalisations de propositions pour la pratique professionnelle
des chirurgiens-dentistes et autres professionnels de la santé.*

Colloque National de Santé Publique

Addictologie et Santé Bucco-Dentaire

Vendredi 5 octobre 2007

Accueil	6
Professeur Youssef HAIKEL Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg, Président du Conseil d'Orientation Scientifique de l'UFSBD	
Ouverture du colloque	
Les addictions et le parcours de santé mutualiste	7
Docteur Jean-Martin COHEN-SOLAL Directeur Général Adjoint de la Mutualité Française	
Prévention des addictions	10
Monsieur Philippe LAMOUREUX Directeur Général de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)	
Chirurgiens-dentistes et addictologues : une complémentarité à renforcer	13
Docteur Alain RIGAUD Président de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)	
Le nouveau rôle d'éducateur pour la santé du chirurgien-dentiste	15
Docteur Patrick HESCOT Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire	
Quelques éléments à connaître sur les addictions	17
Professeur Michel REYNAUD Président de la Fédération Française d'Addictologie (FFA)	
Etat bucco-dentaire des adultes de 35 à 44 ans et précarité	21
Docteur Edith ROLAND Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé	
Données épidémiologiques sur les addictions : tendances nationales et internationales	24
Docteur François BECK INPES	
La consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues chez les jeunes de 17 ans (enquête ESCAPAD)	28
Intervention de Monsieur Stéphane LEGLEYE, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) Prononcée par Monsieur Olivier LE NEZET (OFDT) lors de la séance	

Santé et recours aux soins des étudiants	30
Intervention de Monsieur Nicolas DION, Président de l'Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes Régionales (USEM),	
Prononcée par Monsieur Pierre FAIVRE, Président de la SMEREP	
et	
Monsieur Philippe DEMARE Responsable de l'action sanitaire et sociale à la SME, lors de la séance	
Les conséquences de l'abus d'alcool et de tabac sur le comportement et sur la santé	33
Docteur Benoît FLEURY Vice-Président de l'ANPAA	
Drogues illicites : conséquences sur la santé des usagers	37
Docteur Brigitte REILLER Addictologue, Commission Santé de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie	
Tabac et cancer buccal	40
Docteur Anne-Laure EJEIL MCU Paris Descartes et PH Hôpital Bretonneau	
Parodontites et tabac : un lien scientifiquement établi	42
Docteur Sophie-Myriam DRIDI MCU Paris-Descartes et PH Hôpital A. Chenevier	
Les conséquences cliniques des drogues sur la santé bucco-dentaire	45
Professeur Isabelle MADINIER PU Nice Sophia-Antipolis & PH CHU Nice	
Ressources de l'INPES pour le professionnel de santé	49
Docteur Emmanuelle LE LAY INPES	
Politique de prévention des conduites addictives à l'Education Nationale De l'enseignement à l'Education	51
Docteur Jeanne-Marie URCUN Médecin-Conseil à l'Education Nationale, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire	
Accompagnement vers les soins dentaires pour les polytoxicomanes marginalisés (Metz)	53
Monsieur Olivier ROMAIN Directeur du Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes du CMSEA	
Précarité réseaux Ville-Hôpital	56
Docteur Anne-Marie GRIMOUD MCU/PU Toulouse, PASS CHU Toulouse	
La mission de l'OFT en prévention du tabagisme	58
Docteur Joëlle VISIER Directeur Scientifique de l'Office Français de Prévention du Tabagisme	
Table ronde	60
La place des professionnels de santé dans la lutte contre les pratiques addictives	
Animée par le Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA Directeur du Service de Prévention de la CPAM, avec les participants suivants :	
Professeur Denis BOURGEOIS PU Lyon	

Docteur Julien EMMANUELLI
Délégué Général de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

Docteur Martine LEQUELLEC-NATHAN
Directrice Générale Adjointe, Directrice de la Santé Publique à l'Institut
National du Cancer
Représentée par Madame Marianne PERREAU-SAUSSINE
Chargée de mission à l'INCa

Monsieur Pascal MELIHAN-CHEININ
Chef du Bureau des pratiques addictives à la Direction Générale de la Santé

Monsieur Maurice RONAT
Vice-Président de la Mutualité Française

Propositions du groupe de travail et axes de réflexion

70

Docteur Anne-Marie LE RAY
AHUPH Rennes
Docteur Christian AUGER
Vice-Président de l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire (UFSBD)
Docteur Bénédicte MAIGNAN
Présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire de Rennes

Conclusion

73

Professeur Youssef HAIKEL
Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg,
Président du Conseil d'Orientation Scientifique de l'UFSBD

Accueil

Professeur Youssef HAIKEL
Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg,
Président du Conseil d'Orientation Scientifique de l'UFSBD

Mesdames et Messieurs,

Aujourd'hui, l'UFSBD est victime de son succès. Pour des raisons internes à l'organisation du Palais du Luxembourg, qui nous accueille aujourd'hui, les participants à ce colloque ont dû être séparés en deux salles. En effet, la grande salle initialement réservée par l'UFSBD a été attribuée à la Commission des finances, qui auditionne aujourd'hui Monsieur Thierry Breton. Les présentations de nos intervenants seront donc retransmises en direct dans la salle voisine. L'UFSBD, ainsi que le Palais du Luxembourg, tiennent à s'en excuser.

Il est de tradition que l'UFSBD aborde, dans ses colloques, des thèmes transversaux d'un intérêt majeur en matière de Santé Publique, et dans lesquels le chirurgien-dentiste peut, ou doit, être impliqué. Après « Le diabète et la santé bucco-dentaire », « Les maladies cardio-vasculaires », « La nutrition » et « Les cancers », l'UFSBD a choisi cette année de s'intéresser aux addictions. La lutte contre la consommation d'alcool, de tabac et de drogues figure parmi les priorités françaises en matière de Santé Publique.

Ce colloque a été organisé en collaboration avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA), en accord avec la Fédération Française d'Addictologie, en partenariat avec la Mutualité Française et avec le soutien de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Le programme que l'UFSBD propose aujourd'hui est particulièrement riche, et d'une grande qualité. Nous remercions notamment le Docteur Christian Auger, Vice-Président de l'UFSBD, qui l'a élaboré avec son équipe.

Au cours de ce colloque, seront abordés :

- les données épidémiologiques sur les addictions (tabac, alcool et drogues) ;
- leur impact sur la santé en général et sur la santé bucco-dentaire en particulier ;
- leurs conséquences sociales et sanitaires ;
- les diverses actions de prise en charge, de prévention et d'éducation menées par différents organismes, associations et réseaux.

Les conclusions de cette journée porteront sur :

- le rôle du chirurgien-dentiste dans la lutte contre les addictions ;
- sa sensibilisation à cette problématique ;
- la formation ;
- son rôle éducatif et préventif, ainsi que les différents outils disponibles ;
- sa place sanitaire au sein des différents dispositifs.

Ouverture du colloque

Les addictions et le parcours de santé mutualiste

Docteur Jean-Martin COHEN-SOLAL
Directeur Général Adjoint de la Mutualité Française

La Mutualité Française se réjouit de participer à ce colloque, symbole de l'étroite collaboration qu'elle entretient depuis longtemps avec l'UFSBD.

I. La collaboration entre la Mutualité Française et l'UFSBD

Il est essentiel de souligner aujourd'hui la place du chirurgien-dentiste dans le dépistage, le suivi et la prévention des pathologies bucco-dentaires liées aux addictions. La Mutualité Française et l'UFSBD souhaitent, ensemble, développer la prévention et améliorer la qualité de la prise en charge, dans l'optique d'une réduction des inégalités en matière de santé bucco-dentaire. Un partenariat déjà signé permet l'organisation sur le terrain d'actions communes de prévention, la participation à des colloques nationaux de Santé Publique et une collaboration étroite dans le cadre des Conseils de santé bucco-dentaire.

La Mutualité Française et l'UFSBD ont décidé de conclure un accord-cadre pour développer et enrichir leur coopération. Les deux organismes se tiennent régulièrement informés de tous leurs projets d'actions et organisent des projets communs, en particulier pour améliorer la qualité des soins et réduire les inégalités par la prévention. Ils entendent également favoriser les synergies de leurs réseaux, afin de mettre en commun leurs ressources, notamment en matière d'expertise technique et scientifique. Enfin, ils prévoient de mener conjointement des actions de terrain dans le secteur dentaire.

La Mutualité Française fédère 98 % des mutuelles ou complémentaires santé. Elle représente donc 18 millions d'adhérents, et protège 38 millions de personnes. Toutefois, la Mutualité Française ne se limite pas à la seule mission de remboursement des soins. Elle propose également une offre de soins, par le biais de l'installation d'hôpitaux, de cliniques, de centres optiques, mais aussi de 435 centres dentaires. Ce réseau emploie 1 500 chirurgiens-dentistes. Chaque centre dispose en moyenne de 3 fauteuils dentaires.

Ce colloque, auquel la Mutualité Française prend une large part, est une illustration concrète des liens forts qu'entretient notre organisme avec l'UFSBD. Comme chaque année, il matérialise, au niveau national, le point de départ d'une nouvelle année de coopération. Cette collaboration fonctionne particulièrement bien dans le domaine bucco-dentaire. Grâce à l'UFSBD, nos chirurgiens-dentistes sont formés et informés. L'an dernier, plus de 50 praticiens mutualistes ont participé à une formation, dans le cadre d'un projet conjoint de l'UFSBD et de l'Institut National du Cancer (INCa). Nous participons au Haut Conseil de l'UFSBD, nous collaborons avec l'Institut dentaire de France. Ce rapprochement entre la Mutualité Française et l'UFSBD permet une réelle collaboration, en matière de prévention comme en matière de soins, entre les chirurgiens-dentistes et le réseau mutualiste.

La Mutualité Française développe par ailleurs de nombreux partenariats, comme l'illustre le récent accord avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA). Elle partage avec cette association la même volonté de réduire les inégalités en développant la prévention et la qualité de la prise en charge. Cet accord a concrétisé l'organisation d'actions conjointes sur le terrain, par l'ANPAA et les mutuelles. Des conventions bilatérales spécifiques ont également été conclues par certaines mutuelles, en région. On peut citer par exemple le programme « Boire moins, c'est mieux ». Engagé depuis de longues années, notamment à la tête du CFES, dans des campagnes de prévention du risque alcool, je me félicite du dynamisme de l'INPES, qui s'implique de plus en plus activement dans ce domaine. En 25 ans, les progrès sont réels.

II. Le programme « Priorité santé mutualiste »

Au-delà de sa mission de remboursement des soins, la Mutualité Française souhaite aller plus loin dans l'action auprès de ses adhérents. Le « parcours de santé mutualiste », récemment renommé « Priorité santé mutualiste », a été mis en place en 2003. Ce programme consiste en une offre de services permettant à nos mutuelles d'accompagner les adhérents au-delà du seul remboursement des soins. Les adhérents manifestent aujourd'hui le besoin d'être conseillés, guidés à travers le système de santé, en amont des soins (prévention) puis en aval (suivi des soins). Dans certains domaines, il existe de fortes inégalités dans l'accès aux soins, mais aussi dans l'accès à l'information sur la santé. Les mutuelles doivent donc accompagner leurs adhérents pour les aider à mieux comprendre leur pathologie, mieux la prévenir et mieux la traiter. Aider l'adhérent dans ses choix lui permettra de devenir pleinement acteur de sa propre santé. Les mutuelles, dans cet accompagnement, doivent faciliter l'action du médecin traitant, le soutenir, sans bien sûr se substituer à lui.

Les services proposés par le programme « Priorité santé mutualiste » ont donc vocation à optimiser la coordination de la prise en charge de ses adhérents. Les mutuelles seront la porte d'entrée de ce bouquet de services, qui seront accessibles depuis le domicile de l'adhérent et de son entourage par téléphone, internet ou près de chez lui par des conférences thématiques ou des bilans de prévention. La Mutualité Française travaille actuellement à la mise en place de ce programme, qui sera progressive. Deux régions de rodage ont été désignées pour 2008 : la Bretagne et le Languedoc-Roussillon. Par la suite, les services seront étendus au reste du territoire et à l'ensemble des mutuelles en 2009. « Priorité santé mutualiste » se développe dans quatre thématiques : les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les addictions et la dépendance. En réalité, les addictions jouent un rôle dans l'ensemble de ces quatre thèmes, puisqu'elles sont des facteurs favorisants, permanents et transversaux.

Dans ce domaine, la Mutualité Française a déjà beaucoup agi, notamment contre l'alcoolisme, en collaboration avec l'ANPAA. Cette coopération va se poursuivre dans le cadre de « Priorité santé mutualiste », au sein de l'ensemble des thématiques, puisque l'alcoolisme n'est pas seulement une addiction, c'est aussi un facteur favorisant les maladies cardiovasculaires, les cancers, mais aussi les maladies liées à la dépendance, par exemple Alzheimer.

La même logique s'appliquera au tabac. La Mutualité Française souhaite aider ses adhérents à comprendre les risques, par le biais d'informations mises à sa disposition sur internet, mais aussi par la création de groupes d'échanges et d'information sur le tabac, à proximité de leur domicile. Un annuaire des professionnels médicaux et paramédicaux formés à l'accompagnement du sevrage tabagique doit également être publié. Il devra être un outil permettant au médecin traitant d'orienter son patient vers les consultations les mieux adaptées à son patient.

L'efficacité de la prévention et de l'éducation à la santé n'est plus à prouver, notamment s'agissant du tabac. Un rapport récent de la Haute Autorité de Santé a examiné les stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Il montre un rapport coût-efficacité extrêmement positif. La prescription de dérivés nicotiques doit être encouragée. De nombreuses mutuelles prennent en charge ces produits dans le cadre de leurs forfaits. Pourtant, très peu d'adhérents en profitent, souvent par manque d'information, mais aussi parce que les dérivés nicotiques ne sont pas toujours encouragés et prescrits par leur médecin traitant. La Mutualité Française soutient donc les chirurgiens-dentistes qui revendiquent le droit de prescrire ces dérivés à leurs patients en situation d'addiction. Les mutuelles encouragent la prescription de ces produits, en maintenant leur prise en charge.

La Mutualité Française souhaite donc maintenir sa collaboration étroite avec l'UFSBD car dans le domaine de la prévention, les efforts doivent se poursuivre et l'intensité des actions ne doit pas faiblir.

Prévention des addictions

Monsieur Philippe LAMOUREUX

Directeur Général de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)

I. Quelques données sur les addictions

Chaque année, l'INPES publie son baromètre santé, une enquête portant sur une population générale de 12 à 75 ans, qui donne une idée assez précise de ce que peuvent représenter les addictions aujourd'hui. En voici quelques chiffres.

- 30 % des 12-75 ans ont consommé du tabac au cours de l'année écoulée et 80 % ont bu de l'alcool.
- 21,9 % des fumeurs réguliers âgés de 12 à 25 ans souffrent d'une dépendance moyenne au tabac, 5,2 % d'une dépendance forte. Parmi les 26-75 ans, 33,4 % souffrent d'une dépendance moyenne, 16,4 % d'une dépendance forte.
- Parmi les 12-75 ans, 13,3 % des hommes et 8,6 % des femmes présentent un risque d'alcoolodépendance. Ce risque est maximal chez les 45-54 ans : près de 20 % des hommes et 12 % des femmes sont concernés.

Ces chiffres montrent donc que la dépendance ne concerne qu'une partie seulement des consommateurs. En réalité, la moitié des fumeurs et 90 % des consommateurs d'alcool sont peu ou non dépendants. Il faut toutefois rappeler que le tabac induit un danger dès la première cigarette, et que la consommation régulière et excessive d'alcool, qui diffère de la dépendance alcoolique, est extrêmement nocive. Le tabac et l'alcool restent les deux principales causes de mortalité évitables avant 65 ans. Chaque année, 66 000 décès sont liés au tabac, 45 000 à la consommation d'alcool.

II. Les actions menées par l'INPES

Les campagnes de prévention de l'INPES doivent s'adresser à tous les consommateurs, dépendants ou non. La dépendance ne représente, en réalité, que la partie émergée de l'iceberg, la manifestation la plus visible d'une consommation dangereuse pour la santé. L'Institut développe une action complémentaire à l'approche clinique et psychologique des addictologues. Son rôle peut être qualifié de populationnel, sociologique et économique.

Face à un secteur industriel qui gère des marchés considérables, la pression est maximale. Nous sommes confrontés à des investissements considérables et permanents, dans un marketing très visible pour l'alcool, mais aussi pour le tabac, par le biais du packaging ou des courses automobiles. Dans cette situation, nos moyens d'action demeurent relativement modestes. Nous basons nos campagnes sur des communications médias, hors médias, ainsi que sur la conception d'outils pédagogiques dédiés au grand public et aux professionnels de santé, que nous associons à toutes nos actions.

L'INPES subventionne également de nombreuses actions de recherche, et gère en grande partie la téléphonie santé, en particulier la ligne « Tabac-info-service », dont le numéro figure sur tous les paquets de cigarette. La gestion de la ligne « Drogue-alcool-tabac », actuellement placée sous la responsabilité de la MILDT, devrait être transférée prochainement à l'INPES, ce qui achèvera le regroupement de la gestion des lignes de téléphonie santé sous un opérateur unique.

L'Institut a organisé les Etats généraux de l'alcool, qui ont constitué une forme originale et innovante de mobilisation de la population. Ils ont été l'occasion pour les citoyens d'exprimer leurs souhaits, en vue de la construction d'une nouvelle politique de prévention, à laquelle l'INPES est associée, en lien étroit avec la Direction Générale de la Santé.

Enfin, l'INPES réalise plusieurs études, à l'image du baromètre santé cité précédemment, et dont les résultats seront présentés au cours de cette journée.

Récemment, l'INPES a proposé de rendre obligatoire l'apposition d'un pictogramme sur les étiquettes des bouteilles d'alcool pour l'information des femmes enceintes. La réflexion se poursuit sur l'établissement d'une signalétique précise destinée à l'ensemble des consommateurs, conformément à la mission qui nous a été confiée par Xavier Bertrand à l'issue des Etats généraux de l'alcool, le 5 décembre 2006.

La stratégie globale que nous poursuivons, et à laquelle je vous invite à vous associer, consiste en une dénormalisation des consommations. Il s'agit de faire comprendre aux Français que les substances additives, même licites, ne sont pas des produits de consommation courante. Trente ans d'action du CFES, puis de l'INPES, ont permis de transformer radicalement l'image du tabac. Il y a 30 ans, la cigarette était synonyme de virilité chez l'homme, d'émancipation chez la femme. Aujourd'hui, elle est identifiée pour ce qu'elle représente réellement : le seul produit de consommation qui tue la moitié de ses usagers réguliers.

S'agissant de l'alcool, le chemin qui reste à parcourir est plus long, et les embûches plus nombreuses, tout d'abord parce que la logique de prohibition du produit ne peut s'appliquer, ensuite parce que les messages sont complexes, parfois mêmes contradictoires. L'INPES axe sa communication sur la consommation d'un maximum de trois verres pour un homme et de deux verres pour une femme. Néanmoins, le maximum autorisé au volant, 0,5 gramme d'alcool par litre de sang, peut être atteint en-dessous de trois verres. De plus, l'alcool peut être abordé non seulement sous l'angle de l'addiction, mais aussi sous l'angle du Plan cancer ou du programme national « Nutrition-santé ». Cela rend plus compliqué les messages à diffuser.

A ces difficultés s'ajoute l'action du lobby des producteurs, un mouvement organisé et influent. Une nuit, vers trois heures du matin, une loi d'orientation agricole a créé une commission de la modération, dans laquelle siègent un certain nombre de parlementaires. Ils représentent, au travers des régions dont ils sont originaires, les principaux cépages français. Un seul professionnel de santé, chirurgien-réanimateur à l'Hôpital d'Arras, siège dans cette instance. Celui-ci est donc confronté à sept représentants du lobby viticole.

Enfin, il est indéniable que le vin constitue un produit culturel. Il y a quelques années, l'INPES avait lancé une campagne où des sabliers remplis de vins s'écoulaient en goutte à goutte. La légende disait « Votre corps se souvient de tout ». Les viticulteurs s'étaient alors indignés contre ce qu'ils ont perçu comme une assimilation entre le vin et le sang. L'INPES n'a pourtant pas inventé la phrase « Ceci est mon sang ». Nous restons déterminés à poursuivre nos efforts de prévention.

III. Partenariat INPES/UFSBD

On a tendance, lorsque l'on pense aux professionnels de santé, à se limiter aux médecins et aux pharmaciens. Les relations de l'INPES avec les dentistes doivent s'intensifier. C'est dans cette optique qu'une convention de partenariat a été bâtie avec l'UFSBD. Deux pistes de travail ont été envisagées :

- **la contribution des dentistes aux actions de prévention dans le domaine du tabac et de l'alcool**
Se sentent-ils légitimes pour y participer ? Disposent-ils des outils d'information et d'éducation nécessaires ? Cette journée va permettre de faire le point. L'INPES croit en la réussite de cette collaboration.
- **une meilleure information du public sur les effets de la consommation de tabac et d'alcool sur la santé bucco-dentaire.**

Ces deux approches sont très complémentaires. Elles vont permettre de faciliter le dialogue entre le patient et son dentiste sur ce sujet difficile, sans pour autant écarter le rôle des addictologues.

Chirurgiens-dentistes et addictologues : une complémentarité à renforcer

Docteur Alain RIGAUD

**Président de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et
Addictologie (ANPAA)**

Je tiens à remercier l'UFSBD et son Président, Patrick Hescot, d'avoir associé l'ANPAA à l'organisation de ce colloque, aux côtés de la Mutualité Française et de l'INPES.

L'ANPAA se réjouit en effet du choix de l'UFSBD de traiter un thème dont l'importance en termes de Santé Publique reste encore trop méconnue. Ce sujet est tout simplement inédit, non pas en raison de la jeunesse de la discipline addictologique, car les addictions à l'alcool et au tabac ne constituent pas un phénomène nouveau. Elles représentent les deux grands fléaux du XXème siècle, comme l'a rappelé Monsieur Philippe Lamoureux. En revanche, les liens entre ces addictions et la santé bucco-dentaires n'avaient jamais été véritablement explorés.

Généralement, les addictologues se préoccupent peu des problèmes bucco-dentaires de leurs patients. Peut-être sont-ils trop concentrés sur la réduction de la consommation et leur combat pour maintenir l'abstinence. La bouche peut être perçue comme un problème relativement superficiel, comparé au danger des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Pourtant, nous savons que nos patients présentent souvent des désordres importants sur le plan nutritionnel, notamment des carences alimentaires. Il est évident qu'une dentition saine est indispensable à un bon équilibre alimentaire et à leur meilleur état général.

Il y a 25 ans, alors que j'étais jeune praticien, j'ai perdu un patient d'un abcès au cerveau, des suites d'une carie dentaire infectée. Ce patient prenait des neuroleptiques qui l'avaient rendu insensible à la douleur. Cet épisode dramatique m'a sensibilisé à ces questions.

Les addictologues, lorsqu'ils prennent en charge un patient présentant une conduite addictive, qu'elle soit liée à l'alcool, au tabac, au cannabis ou aux autres drogues, sont très souvent confrontés à de véritables désastres bucco-dentaires. Le traitement de ces patients ne doit pas se limiter à l'addiction elle-même, mais doit aussi passer par le diagnostic et le soin des dommages que celle-ci induit. Le plan bucco-dentaire ne doit pas être écarté, ni du soin du patient, ni des actions de prévention. Les addictologues ont besoin de partenaires, parmi les intervenants de santé primaire, qu'ils soient médecins généralistes, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes. Le rôle de ces derniers a été pris en compte au sein des propositions que nous avons remises au Ministre de la Santé pour le « Plan Addictions 2007-2012 ».

Un chirurgien-dentiste est un professionnel de santé que toute personne est amenée à rencontrer un jour ou l'autre. De plus, la bouche reflète assez fidèlement l'hygiène de vie d'un patient. Quel dentiste ne s'est pas inquiété de la consommation excessive de tabac ou d'alcool de son patient ? Quel dentiste n'a jamais reçu de toxicomane à l'état dentaire précaire, voire délabré ? En réalité, une addiction, ou dépendance, ne s'installe jamais du jour au lendemain. Elle est toujours précédée, pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, d'une consommation excessive de produits, souvent répétée. A ce stade où la dépendance n'est pas encore installée, il est encore possible d'intervenir pour réduire les risques de dommages. Cet enjeu concerne l'ensemble des professionnels de santé : généralistes, médecins du travail, pharmaciens, mais aussi les dentistes.

Deux difficultés peuvent toutefois être relevées. Les chirurgiens-dentistes se sentent-ils compétents pour parler des addictions au tabac ou à l'alcool ? Le cas échéant, se sentent-ils légitimes pour intervenir ? Je crois qu'ils le sont. Mais cette seconde difficulté découle de la première : sont-ils suffisamment formés pour ouvrir le dialogue avec leurs patients sur ces questions ?

Nous souhaitons que les chirurgiens dentistes participent à la démarche de repérage précoce des conduites addictives, puis à l'intervention brève. La campagne « Boire moins, c'est mieux » a été évoquée précédemment. Il s'agissait d'un programme européen de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décliné en France et financé par l'ANPAA aux côtés de ses partenaires, la DGS, la MILDT et l'INPES. Ce programme a validé l'efficacité de l'intervention précoce et brève, c'est-à-dire un conseil minimal et motivationnel. Le Docteur Benoît Fleury, Vice-Président de l'ANPAA, précisera par la suite le contenu de cette stratégie, qui définit des objectifs opérationnels et pratiques, et qui offre au praticien des outils pour aborder ces questions de manière non intrusive et non stigmatisante avec son patient. Ces principes sont par ailleurs appliqués aux sages-femmes, dans le cadre du plan périnatalité.

Il est donc indispensable de travailler ensemble pour développer la complémentarité de nos interventions, pour favoriser leur coordination au sein d'un parcours de soins. Notamment, les addictologues et les chirurgiens-dentistes doivent élaborer conjointement les outils qui faciliteront leur action. Enfin, des formations devront être organisées par les chirurgiens-dentistes eux-mêmes, avec les addictologues. C'est tout l'enjeu de ce colloque, dont l'issue sera, j'en suis sûr, fructueuse et innovante.

L'ANPAA dispose de 120 centres de consultation en addictologie et alcoologie bientôt renommés en CSAPA (Centre de Soins et d'Accompagnement en Prévention et Addictologie). Ces structures, que nous voulons ouvertes à l'ensemble des addictions, sans segmenter notre approche par produit, ont pour rôle d'accueillir et d'accompagner les patients. L'action de l'ANPAA est également relayée par ses comités départementaux et ses équipes de prévention, qui emploient 1 300 salariés sur l'ensemble du territoire. Ces structures et leurs équipes sont à votre disposition, de même que nos partenaires (la Mutualité Française notamment), les intervenants en toxicomanie (l'ANIT) le réseau des CODES et des CRES, la FNES, ainsi que la DGS et l'INPES. C'est ensemble que nous devons développer les perspectives que j'ai évoquées.

Le nouveau rôle d'éducateur pour la santé du chirurgien-dentiste

Docteur Patrick HESCOT

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Après ces brillantes interventions, je crois que tout a été dit sur ce que doit être l'action du chirurgien-dentiste dans la prévention des addictions. Je remarque que désormais, nos partenaires sont en capacité d'expliquer le rôle que doit tenir le chirurgien-dentiste. Cela constitue une révolution, au sens où l'ensemble de la profession, accompagnée par l'UFSBD, a réussi à faire prendre conscience que le chirurgien-dentiste est bien un acteur de santé à part entière.

Il y a encore vingt ans, quand j'ai pris la présidence de cette organisation, perdre ses dents était perçu comme une fatalité, avoir un appareil dentaire était tout à fait classique. Aujourd'hui, la situation s'est inversée : garder ses dents toute la vie est devenu naturel. Le métier du chirurgien-dentiste a évolué. Ce colloque en est la preuve. Il ne s'agit pas d'une simple réunion, organisée à un moment donné chaque année, mais bien d'une action en amont puis en aval. L'UFSBD souhaite travailler de façon transversale. Seuls, les chirurgiens-dentistes ne peuvent rien.

Il faut donc travailler avec nos partenaires : la Mutualité Française, l'INPES, les organismes spécialisés comme l'ANPAA. Je les remercie pour tout le travail qu'ils ont réalisé en amont de ce rendez-vous et je me félicite, vu le nombre de participants, du succès de cette journée. Cela montre à quel point les addictions sont perçues comme un véritable phénomène de société. Il n'est pas question, à nos yeux, d'interdire, mais bien d'éduquer et de responsabiliser. En tant que chirurgien-dentiste, par exemple, nous n'interdisons pas les bonbons, mais nous expliquons simplement le rôle du sucre dans l'alimentation et nous montrons les effets néfastes d'une consommation excessive. La santé en général, et la santé bucco-dentaire en particulier, sont avant tout des notions de plaisir. Etre en bonne santé bucco-dentaire permet de parler, de boire, de manger, d'avoir une vie sociale et amoureuse. Un mauvais état bucco-dentaire affecte immédiatement tous ces plaisirs. L'enjeu est donc d'améliorer l'information et l'éducation, pour un meilleur plaisir de vie.

Chaque année, ces rencontres nous font prendre conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire. Il y a quelques années par exemple, un colloque avait été organisé en collaboration avec des gérontologues. Il a permis de nous placer en première ligne en matière de santé des personnes âgées, en termes d'éducation, d'information ou de dépistage, en amont des soins. Quelle que soit la problématique, le rôle du chirurgien-dentiste évolue. Au-delà de sa mission de soignant, son rôle est devenu préventif.

L'enjeu, s'agissant des addictions, est le repérage le plus précoce possible. Celui-ci permet de réduire le risque de lésion et de limiter le coût économique des soins, d'où l'importance de la prévention, qui mérite une meilleure reconnaissance de la part des politiques. Le second stade est celui du soin, qui doit être adapté à la pathologie et au niveau de risque. Enfin, au-delà du soin, le suivi est essentiel pour maintenir le patient en bonne santé. La médecine ne peut plus s'arrêter au stade du soin, sans penser à l'avenir du patient. C'est pourquoi nous devons prendre en charge nos patients tout au long de leur vie, et s'intéresser, au-delà de leur santé bucco-dentaire, à leur état de santé en général. La bouche constitue bien « le carrefour de tous les dangers ».

L'évolution du métier de chirurgien-dentiste vers celui d'un éducateur pour la santé est donc inévitable. Cette mission ne s'applique pas au seul chirurgien-dentiste, mais à l'ensemble de son équipe, en particulier à son assistante. Le cabinet dentaire doit devenir un lieu d'éducation. Enfin, cette mission d'éducateur doit s'étendre à l'extérieur du cabinet dentaire, par exemple dans les centres de soins mutualistes. Il ne doit pas exister de concurrence entre dentistes libéraux et dentistes salariés. Nous exerçons tous le même métier. Le partenariat que l'UFSBD mène avec la Mutualité Française est construit dans cet esprit.

Le rôle de l'UFSBD consiste donc à former et à éduquer les chirurgiens-dentistes, ainsi que le personnel assistant, à ce rôle d'éducateur pour la santé. Au-delà, l'UFSBD doit s'impliquer auprès des 1 500 salariés de l'ANPAA, en termes d'éducation, d'information et de sensibilisation à la problématique bucco-dentaire. La France est l'un des pays les plus touchés par le cancer buccal : 5 000 cas sont recensés chaque année. L'alcool et le tabac en sont en grande partie responsables. L'UFSBD a donc signé un partenariat avec l'Institut National du Cancer (INCa) pour encourager le repérage précoce des lésions précancéreuses.

Je remercie la Mutualité Française et l'INPES, avec qui l'UFSBD souhaite continuer à travailler, pour bâtir des outils destinés à améliorer la formation des dentistes et de leur personnel. Je remercie également la Fédération Française d'Addictologie (FFA) et l'ANPAA, ainsi que Monsieur Youssef Haïkel, Vice-Président de la conférence des doyens, qui travaille depuis de nombreuses années à l'UFSBD et qui symbolise bien les liens étroits qu'entretiennent les dentistes libéraux et les universitaires.

Quelques éléments à connaître sur les addictions

Professeur Michel REYNAUD
Président de la Fédération Française d'Addictologie (FFA)

Les plus grandes épidémies de notre époque sont liées à la consommation, bien plus qu'aux infections comme au siècle dernier. Désormais, les épidémies comme le tabac, l'alcool ou l'obésité, constituent l'essentiel des problématiques de Santé Publique. Je m'inquiète d'ailleurs que notre gouvernement ne se soit plus exprimé sur le sujet des addictions depuis le mois de mai.

Qu'est-ce qu'une addiction ? C'est la perte de contrôle d'un comportement destiné à faire du bien ou à soulager une souffrance. Certaines addictions sont liées à des produits ayant des conséquences sur la santé physique et mentale (l'alcool, le tabac, les drogues), d'autres sont liées à des comportements spécifiques comme les jeux, le sexe, la passion. De la perte de contrôle de cette consommation ou de ce comportement naît l'addiction, ou la dépendance.

I. Apparition de nouveaux types de consommation

La consommation est essentiellement liée à un groupe social. Par exemple, la consommation quotidienne d'alcool est la plus forte chez les sujets de 40 à 60-70 ans, habitués à boire régulièrement aux repas.

En revanche, les populations jeunes, à la recherche de sensations, traversent la période des ivresses. L'adolescence est l'âge de l'expérimentation et de la prise de risque. C'est précisément pendant cette période que se mettent en place les circuits de l'acquisition de l'autonomie, qui sont particulièrement sensibles aux effets des drogues. C'est un âge où l'on ressent le besoin de vivre des choses fortes. Un phénomène récent est particulièrement inquiétant : le binge drinking, c'est-à-dire les ivresses à répétition, allant jusqu'au coma éthylique. L'Académie de médecine s'est saisie de ce problème, qui touche les écoles de commerce et les grandes écoles. Un certain nombre de facultés ont même supprimé les cours du vendredi ou du lundi car les soirées commencent dès le jeudi.

La pression des acteurs économiques n'est pas étrangère à ces nouveaux comportements. Les viticulteurs donnent de la voix pour maintenir leurs revenus. La grande distribution et les grands alcooliers ont réussi à mettre en œuvre de nouvelles stratégies de consommation, en ciblant les plus jeunes, et en donnant à penser que dans une certaine tranche d'âge, la cuite est un comportement normal, même valorisé. Le risque est d'autant plus important que les consommations d'alcool et de cannabis vont de pair.

Il ne s'agit pas d'interdire, mais bien d'informer et d'éduquer. Toutefois, il s'agit d'être extrêmement attentif, car il y a trente ou quarante ans, le cannabis était plus difficile d'accès, moins dosé, et surtout, il ne touchait pas des adolescents aussi jeunes, dès 14 ans. Ce changement est fondamental. Un cerveau d'une personne de 25 ans, finalisé, est beaucoup plus résistant qu'un cerveau d'un adolescent de 12-15 ans.

L'Office Français des Drogues et d'évaluation des consommations a retenu, parmi les phénomènes les plus importants actuellement :

- l'augmentation de l'ivresse chez les jeunes ;
- la consommation de cannabis, qui a considérablement augmenté dans les années 1990 et 2000 ;
- la montée de la cocaïne, qui n'est plus la drogue de la jet-set et du showbiz, mais qui utilise désormais les mêmes circuits que le cannabis et touche une population beaucoup plus large, à un coût qui a diminué.

Certaines consommations se développent sous la pression d'un système économique : les industriels de l'alcool ont parfaitement ciblé les jeunes et les femmes. Or, plus on consomme jeune, plus on devient dépendant. L'âge de la première consommation reste l'un des facteurs de risque les plus importants. Les chiffres montrent que 40 % des bénéficiaires des alcoolistes sont liés à seulement 8 % de leurs clients, ceux-là même qui souffrent d'addiction. Les industriels de l'alcool ont besoin de cette catégorie de consommateurs pour maintenir leurs bénéficiaires. La sponsoring des soirées étudiantes et des bureaux des élèves, les soirées Ricard, la distribution gratuite ou à perte d'alcool dans le monde de la nuit sont destinées à créer un certain nombre de consommateurs dépendants.

C'est la raison pour laquelle nous avons combattu un amendement que les alcoolistes ont tenté de faire voter, qui aurait dénaturé la loi Evin en permettant aux publicitaires d'utiliser dans leurs messages d'autres arguments que les seules propriétés du produit. La publicité repose sur l'émotionnel et l'identification. Dans la grande distribution, le pôle jeunes adultes est celui qui a le plus augmenté dans les linéaires.

La meilleure revue de Santé Publique a classé la France 26ème sur 30 s'agissant de ses politiques de lutte contre l'alcool. Le seul aspect positif reste notre politique contre l'alcool au volant. Sur tous les autres points, la France se maintient dans les dernières places, au côté de la Pologne.

Le cannabis est devenu un élément de la culture adolescente. On considère que 10 % des consommateurs deviendront dépendants. La plupart réduiront leur consommation en passant à l'âge adulte. Cette remarque conduit à une question : quelle attitude tenir avec ses enfants lorsqu'on a soi-même été fumeur, ou même lorsque l'on fume toujours du cannabis ? On ne peut plus rester dans une simple attitude interditive. Ce qui est mauvais, c'est l'excès, et surtout l'excès d'excès. En revanche, les parents doivent rappeler l'interdit et les risques.

Les complications liées à l'alcool sont essentiellement neurologiques, digestives et cancéreuses, sans oublier les troubles sociaux : violence, mortalité sur les routes, délinquance. S'agissant du cannabis, outre les comportements psychotiques liés à de fortes prises, la consommation régulière a les mêmes effets que le tabac, c'est-à-dire cardiovasculaires, pulmonaires et ORL. Le cannabis augmente également le risque de schizophrénie chez les sujets vulnérables. On considère que 10 % des schizophrénies pourraient être évitées si l'on ne fumait pas de cannabis. C'est un facteur favorisant.

II. La dépendance

Les addictions naissent du passage de l'état social normal, celui d'un usage de fête de l'alcool, du tabac ou des drogues, à la dépendance. Le sujet est en général repéré alors qu'il a déjà atteint le stade de la dépendance. Il est âgé de plus de 40 ans et vient consulter pour des complications liées à sa consommation. Il est déjà difficile à soigner.

Aujourd'hui, l'enjeu est de basculer dans le soin en amont de l'état de dépendance, parce que le soin est toujours plus légitime qu'une approche par la prévention, qui conserve une image assez moralisatrice. Les premiers signes doivent nous aider à repérer ces sujets. Ce sont par exemple les ennuis causés à nos patients par leur consommation : perte de points de permis, violence conjugales, difficultés avec l'employeur, ivresses. Il s'agit déjà d'une pathologie. Toutes les ivresses constatées aux urgences nécessiteraient des soins. Ils ne sont proposés que dans moins de 5 % des cas.

La pression des alcooliers est réelle, allant même jusqu'à mettre en avant la recherche sur les gènes de la dépendance. Les identifier, pensent-ils, permettrait aux personnes qui ne les présentent pas de boire sans être inquiétés. Il existe bien des gènes de la dépendance, mais ceci est beaucoup plus compliqué.

La dépendance est un processus, qui passe d'abord par l'usage nocif. Ce stade est reconnu comme une pathologie. En revanche, le stade précédent, l'usage à risque, c'est-à-dire la surconsommation régulière, nécessite déjà une information voire une prise en charge. L'usage nocif n'est jamais que la répétition des usages à risque. On peut alors considérer que 90 % des automobilistes qui perdent des points pour cause d'alcoolémie sont des consommateurs pathologiques, de même que la totalité des patients qui se présentent ivres aux urgences. Il est exceptionnel qu'une personne présentant une complication liée à l'alcool n'ait pas une consommation pathologique.

Devenu dépendant, la perte de contrôle est alors totale. Le comportement n'est plus lié à la volonté de l'individu. Au départ, la personne a la volonté de boire un soir de fête. Il y a alors un équilibre entre le plaisir que procure l'acte, le souvenir de ce plaisir et le contrôle raisonnable du comportement, en fonction du contexte. Dans un état de dépendance, tous les mécanismes psychologiques indiquent à l'individu que la consommation est capitale, essentielle pour son corps. Le contrôle raisonnable n'existe plus.

III. Le repérage des individus à risque

Les outils de repérage sont variables, s'agissant de l'usage à risque, de l'usage nocif ou de la dépendance.

En revanche, l'addiction, quelle qu'elle soit, est toujours une interaction entre :

- un produit plus ou moins nocif et qui induit une dépendance plus ou moins forte,
- un individu plus ou moins vulnérable, pour des raisons génétiques, psychologiques et sociales,
- un environnement social ou familial plus ou moins facilitateur.

Il n'y a pas de fatalité. Ces éléments sont valables pour toutes les addictions.

Quatre facteurs permettent de repérer les individus les plus à risque :

- l'âge de début de consommation,
- le nombre de produits consommés,
- le besoin ressenti de consommer pour se sentir bien,
- la recherche d'ivresse.

Nous avons tous accès à des produits et à des plaisirs, mais certains sont plus vulnérables, soit parce qu'ils recherchent des sensations, soit parce qu'ils sont mal dans leur peau (notamment les filles). Chez ces sujets, la consommation correspond à une attente beaucoup plus forte. Les sujets à risque commencent tôt, prennent plus de produits, recherchent des ivresses parce qu'ils en ont besoin pour se sentir bien. Ces sujets deviendront plus facilement dépendants, et seront aussi plus difficiles à soigner.

IV. Les soins

Les stratégies de soin doivent être adaptées à la consommation du sujet.

- Le conseil peut intervenir auprès de tous les patients.
- L'intervention brève s'applique aux sujets qui ont un usage nocif. Les chirurgiens-dentistes se sentent-ils alors légitimes et suffisamment formés pour intervenir auprès de patients qui refusent de reconnaître leur addiction ? Tous les acteurs de soin doivent pouvoir interroger leurs patients sur leurs consommations. Il ne s'agit pas de culpabiliser, mais bien de constater une consommation, comprendre qu'il y a un problème, et accepter de faire le point. Tout acteur de santé peut y prendre part.
- Au-delà, les stratégies s'appliquant aux sujets dépendants sont plus complexes.

Le point essentiel reste la motivation du sujet à changer sa consommation. Tout acteur de santé peut contribuer à la susciter chez le patient. Il y a un travail personnel à effectuer pour réussir à évoquer ces sujets, même avec les patients en grande précarité, alors même que le premier réflexe serait de considérer qu'il n'y a rien à faire. A condition d'utiliser les réseaux et les circuits d'aide, nous pouvons réussir à aider, informer et mieux traiter ces patients.

Etat bucco-dentaire des adultes de 35 à 44 ans

Docteur Edith ROLAND

Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé

L'étude qui va être présentée cible les adultes âgés de 35 à 44 ans. Elle a été réalisée entre 1999 et 2003 sur environ 400 000 sujets, examinés dans 98 centres de santé.

Quatre indicateurs dentaires, le premier quantitatif et les autres qualitatifs, ont été étudiés :

- l'indice CAO, c'est-à-dire le nombre de dents cariées, absentes ou obturées ;
- l'absence de plus de quatre dents en bouche ;
- l'insuffisance de surface masticatoire, déterminée par l'absence de plus de cinq couples de molaires ou prémolaires en antagonisme, non remplacés en bouche ;
- le besoin en soins, défini par la présence d'au moins une dent cariée en bouche

Les facteurs de risques suivants ont été retenus :

- la précarité, définie par le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités Socio-économiques). Cet indice est déterminé par 11 indicateurs, relevés dans les centres d'examen de santé, qui prennent en compte la situation socio-économique dans son ensemble (mode de vie, logement, situation professionnelle et financière, couverture par une complémentaire santé...);
- le tabagisme, défini par la consommation déclarée de plus de 30 cigarettes par jour ;
- l'alcoolémie, définie par la consommation quotidienne déclarée de 50 grammes d'alcool chez les hommes et de 30 grammes d'alcool chez les femmes. Ces consommateurs ont été qualifiés de « gros buveurs » et non de « dépendants », car la dépendance relève d'un bouquet plus large de facteurs, qui n'ont pas été étudiés ici ;
- le sexe.

I. L'indice CAO au sein des 35-44 ans

L'indice CAO varie entre 0 (toutes les dents du patient sont indemnes) et 32 (toutes les dents du patient sont cariées, absentes ou obturées). L'indice CAO suit une courbe de Gauss, avec un sommet à la médiane, situé entre 14 et 16 dents. On observe un décalage vers les valeurs inférieures pour les hommes et vers les valeurs supérieures pour les femmes. La moyenne à 40 ans s'élève à 14 dents pour les hommes et à 15,5 dents pour les femmes. Cet indicateur est universel. Ces deux dernières décennies, la moyenne a baissé d'environ une dent.

Les hommes fumeurs présentent en moyenne trois dents atteintes de plus que les non fumeurs. Chez les femmes, le décalage est supérieur puisqu'il s'élève à quatre dents.

La différence entre buveurs et non buveurs est moindre, mais cela peut s'expliquer par l'indicateur choisi, fondé sur un seuil qui ne correspond pas à une réelle situation de dépendance. Les hommes buveurs présentent deux dents atteintes de plus que les non buveurs. Chez les femmes, cette différence est estimée à une seule dent.

II. L'absence de plus de quatre dents en bouche

Les différences entre fumeurs et non fumeurs sont également très marquées : les fumeurs sont 28 % de plus que les non fumeurs à répondre à ce critère. Chez les femmes, l'augmentation est moindre, mais bien réelle.

S'agissant de l'alcool, ce chiffre s'élève à 6 % chez les hommes. Curieusement, les femmes buveuses présentant au moins quatre dents absentes sont moins nombreuses que les non buveuses.

III. L'insuffisance de surface masticatoire

Le schéma est similaire s'agissant de la surface masticatoire. Elle est insuffisante chez 52,8 % des fumeurs et chez 24,6 % seulement des non fumeurs.

En revanche, la différence est moindre entre buveurs et non buveurs. La différence est même inversée chez les femmes.

IV. La précarité

Les individus répondant à l'étude ont été classés en cinq quintiles, de Q1 à Q5, en fonction de leur degré de précarité, défini par le score EPICES. Q1 correspond aux personnes qui ne sont pas en situation de précarité, Q5 à celles en grande précarité.

Par rapport aux individus classés Q1, les hommes Q5 présentent 1,4 fois plus de risque d'avoir plus de quatre dents absentes en bouche. Chez les femmes, ce risque est multiplié par 1,2.

De même, les hommes Q5 ont 4 fois plus de risque de présenter une surface masticatoire insuffisante, les femmes 6 fois plus de risque.

V. Le besoin en soins

La proportion des individus présentant au moins une dent cariée est 30 % plus forte chez les fumeurs que chez les non fumeurs, hommes ou femmes.

Elle est supérieure de 5 % chez les buveurs par rapport aux non buveurs. Chez les femmes, cette situation est inversée.

Le risque de présenter une dent à traiter est multiplié par 2 entre les individus du Q1 et ceux du Q5, en grande précarité.

Quelle que soit la situation de précarité, le besoin en soins est toujours plus élevé parmi les fumeurs que chez les non fumeurs. Il augmente même plus vite chez les hommes que chez les femmes. Parmi les individus fumeurs du Q5, près de 70 % des hommes et plus de 50 % des femmes présentent un besoin en soins.

Du Q1 au Q5, le besoin en soins augmente de la même manière avec la consommation d'alcool, particulièrement chez les hommes. Parmi les individus buveurs du Q5, près de 70 % des hommes et plus de 50 % des femmes présentent un besoin en soins.

En conclusion, retenons que le nombre moyen de dents atteintes à l'âge de 40 ans s'élève à 14 dents chez les hommes et à 15,5 dents chez les femmes. Fumer ou boire de l'alcool augmente le risque de présenter un état dentaire dégradé. S'agissant de l'alcool, les quelques résultats surprenants, notamment parmi les femmes, peuvent s'expliquer par le choix de l'indicateur caractérisant les buveurs pas assez pertinent. Plus le degré de précarité est élevé, plus le risque de pathologie dentaire est fort. Quel que soit l'indicateur dentaire, la précarité reste un facteur de risque qui aggrave l'effet du tabac et de la consommation d'alcool

Données épidémiologiques sur les addictions : tendances nationales et internationales

Docteur François BECK
INPES

Les données qui vont être présentées, déjà évoquées par la plupart des orateurs précédents, constituent un cadrage quantitatif nécessaire à l'évocation des addictions. Elles sont issues du baromètre santé de l'INPES : une enquête téléphonique portant sur un échantillon représentatif de la population âgée de 12 à 75 ans de plus de 30 000 personnes. Les individus inscrits sur liste rouge, ainsi que ceux ne disposant plus de ligne fixe, ont été intégrés à l'échantillon,

Cette étude a permis d'estimer les effectifs concernés par la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, mais aussi d'autres produits comme la cocaïne, l'ecstasy ou l'héroïne.

L'expérimentation, c'est-à-dire la consommation au moins une fois du produit, est, sans surprise, très élevée concernant l'alcool ou le tabac. L'effectif des expérimentateurs de cannabis est intermédiaire entre l'alcool et le tabac d'une part, et les autres drogues d'autre part. La consommation de ces dernières peut paraître négligeable au regard des effectifs (quelques centaines de milliers), mais individuellement, les cas sont potentiellement assez problématiques.

L'usage occasionnel de cocaïne concerne environ 250 000 personnes, alors que 4 millions de personnes consomment occasionnellement du cannabis. L'étude a chiffré à 1,2 million de personnes les usagers réguliers de cannabis, qui en ont consommé au moins dix fois au cours du mois écoulé. Ces derniers sont essentiellement des jeunes, mais aussi des adultes qui n'ont pas réduit leur consommation.

En termes de conséquences sanitaires et sociales, on se concentre généralement sur les usagers réguliers. Parmi les 18-64 ans, 29 % consomment quotidiennement du tabac, plus de 10 % boivent de l'alcool tous les jours, alors que 2,7 % consomment régulièrement (dix fois par mois au moins) du cannabis. La répartition par âge est très différente selon le produit. Elle est totalement inversée entre cannabis et alcool, et assez proche entre cannabis et tabac, puisque la consommation de ces deux produits a tendance à diminuer avec l'âge.

I. Données générales sur le tabac

Les données de l'INPES permettent de distinguer une baisse de la proportion de fumeurs parmi les 18-75 ans. La tendance est marquée chez les hommes : 50 à 60 % d'entre eux fumaient dans les années 1970. Aujourd'hui, ce chiffre est tombé à 30-35 %. Ce calcul prend en compte à la fois les usagers quotidiens et les fumeurs occasionnels. La baisse est moins nette chez les femmes, mais réelle : après une légère hausse de la proportion de fumeuses entre 1970 et 1990, leur part a diminué dès le début des années 1990, après l'adoption de la loi Evin.

En revanche, les hommes consomment globalement toujours plus de tabac que les femmes. L'écart est particulièrement important dans la catégorie des 25-34 ans, qui peut être une période de maternité pour les femmes.

Les conséquences sanitaires et sociales du tabac sont connues : cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires. Il est intéressant de noter que 90 % des 60 000 décès prématurés liés au tabac concernent les hommes. Ce chiffre va sans doute être amené à baisser, vu la réduction de l'écart de consommation entre les hommes et les femmes. Il faut également préciser qu'une partie de ces 60 000 décès recouvre ceux liés à l'alcool, lorsque les deux consommations sont conjuguées.

II. Données générales sur la consommation d'alcool

Les données de vente d'alcool permettent de suivre l'évolution la plus ancienne. On constate que la consommation d'alcool par habitant a considérablement baissé depuis les années 1960, mais que cette tendance est quasiment exclusivement liée à la baisse de la consommation de vin, qui est passée de 20,6 litres d'alcool pur par habitant en 1960 à environ 8 litres actuellement.

Comme le Professeur Michel Reynaud l'a rappelé, le sexe ratio reste très fort s'agissant de la consommation d'alcool.

De plus, l'alcool est un produit dont la consommation augmente avec l'âge. En revanche, le nombre d'ivresses est beaucoup plus important chez les jeunes, notamment chez les jeunes hommes.

Les usages à risque liés à l'alcool, évalués par le baromètre santé, concernent nettement plus les hommes, notamment entre 35 et 54 ans. Dans la tranche d'âge 45-54 ans, quasiment un homme sur cinq se trouve dans une situation potentiellement à risque, au sens de ce test basé sur des réponses déclaratives.

En revanche, la différence de mortalité entre hommes et femmes est moins marquée que pour le tabac, pour une raison de génération. On estime la mortalité liée à l'alcool à environ 45 000 décès, parmi lesquels 78 % sont masculins. Ce chiffre inclut les accidents et les suicides, dans lesquels l'alcool joue un rôle, même s'il n'est pas toujours le seul facteur.

Une autre enquête a montré que 15 à 20 % des personnes hospitalisées ont un problème concernant leur consommation d'alcool. Enfin, s'agissant des conséquences sanitaires et sociales liées à l'alcool, on peut citer les cancers, les maladies cardiovasculaires, les cirrhoses du foie, mais aussi tous les accidents liés à l'alcool et les suicides.

III. Données générales sur la consommation de cannabis

On ne dispose pas de données aussi anciennes que pour le tabac, puisque pendant longtemps, les enquêtes en population générale ne traitaient pas la consommation de drogues illicites. Le cannabis est examiné depuis le début des années 1990.

La population des consommateurs de cannabis est en grande partie composée de jeunes, mais pas seulement. Au-delà de 35 ans, plus de 5 % des hommes sont considérés comme des consommateurs actuels (occasionnels ou réguliers). Entre 15 et 25 ans, 26,9 % consomment du cannabis.

L'expérimentation du cannabis, chez les 18-44 ans, a nettement augmenté entre le début des années 1990 et les années 2000. Cela correspond à une période de distribution massive de ce produit en France. Le public garde souvent l'impression que, pendant les années 1970, beaucoup de cannabis était consommé. Si l'on se base sur les quelques données dont nous disposons sur cette époque, il est très probable que la consommation était bien moindre que celle des années 1990. Le cannabis était sans doute plus visible, mais était diffusé moins largement, notamment en milieu rural.

Au niveau européen, la France se place dans une situation assez haute. Si l'on examine la consommation de cannabis des 15-24 ans au cours de l'année, la France se situe dans le groupe de tête des plus gros consommateurs, avec l'Espagne, la République tchèque et le Royaume-Uni. En revanche, ses voisins comme l'Allemagne ou les Pays-Bas (qui ont pourtant une législation moins restrictive), se situe à un niveau inférieur. Le lien n'est pas établi entre la législation et le niveau d'usage. En Suède par exemple, où la législation est la plus répressive en la matière, le niveau de consommation est très bas. Mais cette logique ne s'applique pas à la France, qui a aussi une politique restrictive à l'égard de l'usage de cannabis, tandis qu'aux Pays-Bas, la consommation reste dans la moyenne malgré une législation plus souple.

Les facteurs de consommation les plus importants sont à chercher parmi les usages des proches, des pairs, qui structurent les choix des jeunes adultes. L'usage occasionnel de cannabis est le plus souvent associé à des facteurs liés à la sociabilité et au besoin de prendre des risques. Plus l'usage augmente, plus son impact sur le parcours scolaire est important. Au départ, le motif invoqué est le plaisir. Plus la consommation augmente, plus le motif invoqué est lié à la gestion du stress.

IV. Données générales sur les autres drogues

Parmi les autres drogues, le produit le plus consommé actuellement est le poppers, terme désignant une famille de composés synthétiques volatils nitrités (nitrite d'amyle –interdit en France–, de propyle ou d'isopropyle et de butyle ou d'isobutyle). Son effet désinhibiteur et vaso-dilatateur est bref et intense, provoquant le rire et une euphorie avec accélération du rythme cardiaque.

L'expérimentation de cocaïne concerne 4 % des hommes et 2 % des femmes parmi les 15-64 ans. Sa diffusion s'élargit, mais la France, au niveau européen, reste dans la moyenne, derrière les Pays-Bas (5 % d'expérimentation), l'Espagne (7,7 %) et le Royaume-Uni (11,6 %). Aux Etats-Unis, le taux d'expérimentation est encore supérieur à celui du Royaume-Uni.

La consommation d'héroïne, qui a connu une augmentation dans les années 1980, a ensuite été jugulée par une politique de réduction des risques, intégrant des programmes de mise à disposition de produits de substitution, d'échange de seringues ou d'information aux usagers. Cela a permis de diminuer le nombre de décès par surdose. Actuellement, on constate moins de 100 décès par surdose par an. Ce chiffre est sans doute sous estimé, mais la tendance à la baisse est bien réelle.

Parmi les consommateurs de drogues par injection, le nombre d'infections par le virus de l'hépatite C reste élevé, en raison notamment du long temps de survie du virus dans le matériel d'injection. Ce virus se transmet donc plus facilement que le VIH, dont le nombre d'infections a nettement diminué.

Les usagers de drogues actuels sont souvent des poly-consommateurs qui ont intégré dans leur consommation l'usage de produits de substitution à l'héroïne comme la Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou la méthadone. La consommation de BHD (Subutex®), qui est plus facilement prescrit en médecine de ville, est plus élevée que la méthadone, ce qui constitue une spécificité française.

Une étude portant sur les centres de suivi des toxicomanes permet d'examiner quel produit conduit ses consommateurs à recourir à des soins. Les produits opiacés conduisent de moins en moins à un recours au soin, à la différence du cannabis, ce qui tend à montrer qu'il peut avoir des conséquences sanitaires. Celui-ci est en effet à l'origine d'un nombre de recours au soin de plus en plus important dans les centres de suivi des toxicomanes. Enfin, le recours au soin lié à l'alcool est passé de 6 à 11 %, alors même que les centres étudiés sont en premier lieu destinés aux toxicomanes donc traditionnellement aux drogues illicites.

V. Situation européenne des jeunes

L'enquête ESPAD est réalisée en milieu scolaire par l'ensemble des pays européens, sur des adolescents de 15-16 ans. La France occupe une position médiane dans le tabagisme des adolescents. On remarque que les différences observées ne correspondent pas aux écarts de prix des paquets de cigarettes, mais plutôt aux politiques de dénormalisation du tabac menées, ce qui montre l'efficacité de telles politiques de prévention.

S'agissant de la consommation d'alcool, concernant le nombre de jeunes de 15-16 ans ayant connu au moins 10 ivresses au cours de l'année, la France se situe à un niveau très bas par rapport à la Finlande ou au Royaume-Uni, pays qui connaissent des phénomènes très importants de binge drinking (consommation de plus de 6 verres de boissons alcoolisées au cours d'une même occasion).

Enfin, l'enquête ESPAD permet d'observer une réelle augmentation de la consommation de cannabis parmi les jeunes de 15-16 ans. Au niveau européen, la France se situait à un niveau assez bas en 1995, avec moins de 20 % des jeunes concernés. Depuis 1999, elle se situe à un niveau beaucoup plus élevé, situé entre 30 et 40 %. La France, pays qui a le plus progressé, a rejoint les plus gros consommateurs.

Je vous invite à entrer en contact avec l'INPES ou avec l'OFDT en cas de besoin de documentation supplémentaire. Ces deux organismes fournissent de très nombreuses données sur l'épidémiologie des addictions. L'INPES publie également des outils destinés aux professionnels de santé, tels que la série « Repères pour votre pratique ».

La consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues chez les jeunes de 17 ans (enquête ESCAPAD)

Monsieur Stéphane LEGLEYE

**Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)
Intervention prononcée par Monsieur Olivier LE NEZET (OFDT)**

L'enquête ESCAPAD a été réalisée en 2005 pour son cinquième exercice. Elle renseigne sur le niveau d'usage et les tendances de consommation des produits psycho-actifs. Cette étude est fondée sur les résultats d'un questionnaire auto-administré proposé à l'ensemble des jeunes participants à la journée d'appel de préparation à la Défense. Elle couvre la métropole, mais aussi les départements et collectivités d'outre-mer.

L'échantillon analysé ici comprend 29 393 Français de métropole, âgés de 17 ans, scolarisés ou déscolarisés. Il garantit ainsi une représentativité de l'ensemble des jeunes Français de 17 ans. Le taux de sondage est de 4% et le taux de réponse atteint 98 %.

I. Données sur la santé bucco-dentaire des jeunes de 17 ans

Quatre questions concernent la santé bucco-dentaire dans cette enquête. Elles nous permettent de relever ces quelques données de cadrage :

- 29 % déclarent avoir eu des problèmes bucco-dentaires au cours de l'année. Parmi eux, 13 % en ont eu au moins cinq fois et 7 % au moins dix fois.
- 67 % des répondants ont consulté un dentiste au cours de l'année écoulée. Parmi eux, 35 % ont consulté au moins cinq fois, 20 % au moins dix fois. Le nombre moyen de visites parmi les jeunes qui ont consulté un dentiste au moins une fois s'élève à 2,2.

En croisant ces deux questions, on remarque que 43 % des jeunes n'ont eu aucun problème bucco-dentaire, mais ont tout de même consulté leur dentiste au moins une fois. A l'opposé, 2 % de l'échantillon déclare avoir connu des problèmes bucco-dentaires, mais n'ont pas consulté.

II. Santé bucco-dentaire et situation économique et sociale

L'enquête ESCAPAD permet également d'examiner la santé bucco-dentaire à la lumière de la situation socio-économique des individus. Plusieurs critères ont été relevés, comme le sexe, le milieu social (basé sur la situation professionnelle des parents), la situation familiale, le lieu de vie (en famille ou en internat), le redoublement.

Les filles sont plus nombreuses à déclarer avoir connu des problèmes bucco-dentaires. Elles sont aussi plus nombreuses à avoir consulté.

Par ailleurs, plusieurs facteurs peuvent être associés aux individus ayant eu des problèmes mais n'ayant pas consulté : la sortie du système scolaire, le redoublement, un milieu social populaire, la séparation des parents.

III. Lien entre état de santé général et santé bucco-dentaire

Si l'on examine le lien entre la santé en général et la santé bucco-dentaire, on observe par exemple que les individus ayant consulté un psychologue ou un psychiatre sont plus nombreux à avoir connu des problèmes bucco-dentaires. Ils sont également plus nombreux à avoir consulté un dentiste.

Les jeunes qui jugent leur état de santé général satisfaisant sont moins nombreux à avoir connu des problèmes bucco-dentaire, mais plus nombreux à avoir consulté un dentiste que ceux qui perçoivent leur santé comme insatisfaisante.

IV. Lien entre santé bucco-dentaire et consommation de produits psycho-actifs

Un tiers des jeunes de 17 ans consomment du tabac quotidiennement. L'enquête ESCAPAD montre clairement que plus les jeunes fument, plus le risque de connaître un problème de santé bucco-dentaire augmente, alors même que les jeunes fumeurs sont moins nombreux à consulter leur dentiste que les non fumeurs.

La consommation régulière de cannabis (au moins dix prises au cours du mois écoulé) touche 10 % des jeunes. Ce chiffre est stable par rapport à l'enquête ESCAPAD de 2003, alors que la consommation de tabac a diminué. L'effet sur la santé bucco-dentaire est similaire à celui du tabac. Les consommateurs de cannabis sont plus nombreux à connaître des problèmes de santé bucco-dentaires, mais moins nombreux à consulter leur dentiste.

L'effet de la consommation d'alcool est moins net. Les consommateurs occasionnels sont toutefois plus nombreux à avoir consulté un dentiste que les consommateurs réguliers.

V. Analyse multi-variée

L'étude simultanée de l'ensemble des variables permet de révéler que, toutes choses égales par ailleurs, les jeunes consommant régulièrement de l'alcool, du tabac ou du cannabis sont plus nombreux à ne pas avoir consulté leur dentiste au cours des 12 derniers mois.

VI. Conclusion

L'étude ESCAPAD permet d'établir que la santé bucco-dentaire des jeunes de 17 ans est liée à leur état de santé en général. Celle-ci varie en fonction du milieu social, du parcours scolaire et de la situation familiale. De plus, le lien entre la santé bucco-dentaire et la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis apparaît très clairement.

Santé et recours aux soins des étudiants

Monsieur Nicolas DION
Président de L'USEM

Intervention prononcée par Monsieur Pierre FAIVRE
Président de la SMEREP

et

Monsieur Philippe DEMARE
Responsable de l'action sanitaire et sociale à la SMEREP

Monsieur Pierre FAIVRE

Je vous remercie d'avoir ouvert vos portes aujourd'hui aux étudiants, car il est extrêmement important d'évoquer la situation de cette jeune population en matière de soins. L'Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes Régionales (USEM) regroupe les mutuelles étudiantes régionales. En France, nous profitons d'une sécurité sociale destinée spécifiquement aux étudiants et gérés par eux-mêmes. Ces mutuelles régionales couvrent 900 000 personnes au titre de la sécurité sociale étudiante et comptent 250 000 adhérents aux complémentaires santé qu'elles proposent. Les mutuelles étudiantes ont enfin un troisième métier, lié à l'obligation de mener des actions de prévention auprès de la population étudiante.

L'étudiant est un jeune qui, très souvent, quitte son foyer familial dans le cadre de ses études. Il s'installe dans son premier logement, cherche son premier travail. Ses habitudes changent, et cela a un impact sur sa santé. Tous les deux ans, L'USEM mène une enquête portant sur 14 000 personnes : 93 % des étudiants interrogés ont déclaré être en bonne santé. Certes, c'est un chiffre élevé. Mais à cet âge, nous ne devons pas en être surpris. De plus, nous constatons une tendance à la baisse. Par ailleurs, ce chiffre cache des personnes qui, se déclarant en bonne santé, négligent leur santé ou prennent des risques. Volontairement ou involontairement, ceux-ci dégradent leur capital santé, en considérant qu'ils disposent d'une information suffisante en matière de prévention, alors que cela n'est pas toujours le cas.

Cette étude de L'USEM indique également que parmi les étudiants, seuls 83 % disposent d'une complémentaire santé. Cela implique que 17 % d'entre eux ne bénéficient que de la couverture minimale de la sécurité sociale.

Les mutuelles étudiantes régionales mènent donc des actions quotidiennes à destination des étudiants. Elles forment notamment des relais parmi les associatifs, pour que le message de prévention passe le mieux possible. Nous avons besoin de construire un réseau, au côté des autres acteurs de santé, pour que nos campagnes soient plus efficaces, notamment dans le domaine des addictions.

Monsieur Philippe DEMARE

La santé des étudiants comporte un certain nombre de spécificités, en matière de santé bucco-dentaire comme en matière d'addictions. Plusieurs études nous donnent des indications précises.

La SMEREP, au côté d'autres acteurs de Santé Publique, contribuent à ARCADE, un dispositif régional de prévention contre les atteintes dentaires des enfants. Ce programme nous offre un regard sur la santé des jeunes débutant leurs études. Parmi les jeunes interrogés, âgés de 17 à 19 ans, 31,5 % ont consulté un dentiste et 24 % ont passé un bilan bucco-dentaire. En Ile-de-France, un jeune sur deux a bénéficié de soins dentaires.

L'étude ESCAPAD, qui porte sur les jeunes de 17 ans, attire notre attention sur le niveau d'expérimentation des substances addictives : 70 % ont essayé le tabac, 90 % ont goûté à l'alcool. Avant même le début de leurs études, 60 % des jeunes de 17 ans ont déjà connu une ivresse et 30 % fument un demi-paquet de cigarettes chaque jour. A cet âge, alcool et tabac sont des facteurs d'intégration au groupe. L'âge moyen de la première ivresse est évalué à 15 ans.

L'enquête de l'USEM sur la santé des étudiants indique que 84 % des 18-25 ans ont consulté un médecin généraliste. Seuls 35 % ont vu un dentiste au cours des 6 derniers mois. Malheureusement, les dispositifs spécifiquement destinés aux étudiants, comme la médecine préventive universitaire ou le bureau d'aide psychologique, restent peu utilisés. Enfin, 16 % n'ont consulté aucun professionnel de santé. Parmi ces derniers, 77 % expliquent qu'ils n'en ont pas éprouvé le besoin. Les autres motifs invoqués sont le manque de temps (19 %) et le coût (13,8 %). L'invocation de ces deux derniers motifs augmente avec l'âge des étudiants. Le coût semble affecter de manière plus importante les femmes, dont 60 % évoquent ce facteur. En revanche, le manque de temps concerne plutôt les hommes (41 %).

Parmi les 18-25 ans, 29 % fument du tabac.

Dans cette étude, nous nous intéressons également aux motifs de la consommation, qui nous permettent de réfléchir au contenu de nos actions de prévention et de sensibilisation. Les mutuelles mènent des campagnes dans les universités, en collaboration avec différents acteurs, professionnels de santé ou spécialistes de la prévention. L'objectif est d'inciter les étudiants à conserver le meilleur capital santé possible. Comprendre les motifs de consommation permet d'adapter le message de prévention et d'orientation. Par exemple, la transgression de l'interdit, l'envie d'appartenir au groupe ou le désir de l'imitation du comportement adulte sont des éléments auxquels nous accordons beaucoup d'attention.

Parmi les étudiants interrogés, 7 % ont une consommation importante d'alcool. Le niveau et la fréquence de cette consommation augmente avec l'âge. Enfin, 12 % fument du cannabis. Ce produit concerne plutôt les hommes que les femmes. De plus, entre 18 et 25 ans, la consommation de cannabis augmente avec l'âge.

Nous avons travaillé sur le lien entre souffrance psychique et consommation, et nous avons tenté d'identifier les facteurs aggravant la consommation. Le questionnaire préparé avec la DGS, la MILDT et des psychiatres, a été validé. Les conclusions de l'enquête montrent que 31 % des étudiants déclarent éprouver un sentiment de tristesse ou de déprime. Parmi eux, certains se tournent vers le tabac, l'alcool ou les drogues parce qu'ils pensent que ces produits sont susceptibles de les aider à aller mieux ou à moins souffrir. De plus, 35 % disent éprouver une perte de confiance, 9 % ont eu des pensées suicidaires.

Au total, 56 % ne se déclarent concernés par aucune de ces situations. Tous les autres, près d'un étudiant sur deux, le sont. Il faut bien sûr nuancer ce chiffre, en replaçant ces déclarations dans un contexte. La perte de confiance, ou même la déprime peuvent être liées à un stress passager, comme des examens par exemple. Par ailleurs, 18 % des étudiants dorment mal.

On observe qu'un certain nombre d'usages et d'habitudes conduisent les étudiants à consommer de l'alcool, à faire la fête, et les poussent, beaucoup plus qu'avant, dans la consommation de produits addictifs.

Dans le cadre de cette enquête, les étudiants ont également été interrogés sur les thèmes qu'ils souhaitent aborder. L'alimentation, le stress et le sommeil sont particulièrement évoqués. Nous menons donc des actions spécifiques dans ces domaines.

Parmi les motivations à l'arrêt du tabac, nous mettons en avant le rôle joué par l'encouragement de la famille et celui des professionnels de santé. Les étudiants expriment un besoin d'être accompagnés par une aide médicale. Le dentiste peut y être impliqué.

S'agissant du tabac, nous menons des actions de prévention fondées sur des supports attractifs pour les étudiants, ou amusants. Nous organisons des activités, des jeux, nous leur offrons des petits cadeaux, afin d'ouvrir le dialogue. Nous sommes ensuite amenés à les orienter vers nos partenaires, comme les services de médecine préventive. En région parisienne, nous avons créé des consultations de prise en charge de l'arrêt du tabac, pour que les étudiants puissent être accompagnés dans leur volonté d'arrêter de fumer.

Monsieur Pierre FAIVRE

Bien sûr, cela peut paraître assez drôle de devoir distribuer des petits cadeaux pour inciter les étudiants à écouter notre message. Mais nous savons que cette amorce permet de tenir un discours qui attire leur attention. Ensuite, il est plus facile d'installer une relation. Nous pouvons enfin passer le relais aux structures de santé adaptées.

J'ai constaté, en proposant l'adhésion à la SMEREP dans les universités, combien le coût des soins de santé, notamment dans le domaine bucco-dentaire, effraie les étudiants. Nombre d'entre eux négligent la santé de leur dents, ou choisissent d'adhérer à la mutuelle pour un an seulement, et en profitent pour suivre l'ensemble de leurs soins cette année-là. Cette démarche n'est pas acceptable, d'autant plus que le coût d'une mutuelle étudiante ne dépasse pas 5 euros par mois, et que nous proposons à nos adhérents un centre de santé, dans le XVème arrondissement, où aucun dépassement d'honoraire n'est pratiqué.

C'est pourquoi l'USEM milite pour que soit créée une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Le « chèque santé étudiant » existe déjà dans certaines régions. Il permet d'inciter les étudiants à souscrire à une complémentaire et à ne pas repousser leurs soins au dernier moment.

Nous renforçons également nos partenariats avec les professionnels de santé, notamment avec l'UFSBD. Nous tentons de faire participer un maximum d'étudiants à la Semaine de l'équilibre alimentaire et à la Semaine du bien-être étudiant. Les actions ponctuelles sont beaucoup moins efficaces que ces campagnes étalées sur 6 jours, où nous organisons toutes sortes d'animations pour attirer leur attention, dans le hall des facultés.

Il est possible d'agir. Il suffit de mettre en réseau toutes nos compétences et d'ajouter la bonne volonté de l'ensemble des acteurs.

Les conséquences de l'abus d'alcool et de tabac sur le comportement et sur la santé

Docteur Benoît FLEURY
Vice-président de l'ANPAA

I. La complexité de la prévention en matière d'alcool

La prévention de l'abus d'alcool et de tabac conduit à des objectifs et à des moyens de prévention très différents. S'agissant du tabac, la première cigarette est dangereuse pour le fumeur et pour son entourage : il s'agit donc de tout faire pour que cette première cigarette ne soit pas fumée, et d'inciter ceux qui ont commencé à fumer à arrêter le plus rapidement possible. S'agissant de l'alcool, des études scientifiques ont montré qu'une faible consommation n'a pas de conséquences néfastes sur la santé, ni sur le comportement. Au contraire, chez certains individus, consommer un ou deux verres d'alcool par jour peut même avoir un impact positif, notamment sur le plan coronarien. Mais, dans la mesure où l'on ne connaît pas précisément les sujets qui peuvent en tirer bénéfice, il n'est pas question d'inciter tous les Français à boire ainsi.

La prévention de l'abus d'alcool est bien plus complexe car ce produit associe plusieurs propriétés : les propriétés gustatives et leur place dans la gastronomie française ne sont pas à négliger. Il faut y ajouter des propriétés psychotropes : l'alcool peut provoquer soit de l'euphorie, c'est en grande partie pour cela qu'on le consomme, soit, selon les circonstances et les individus, de l'anxiété et/ou de la dépression.

A propos de l'euphorie que procure l'ivresse, il faut rappeler la place importante accordée à l'alcool dans la fête en France. Citons les fêtes de Dax ou de Bayonne : pourrait-on les imaginer sans alcool ? L'alcool joue un rôle important en France en terme de lien social. Ces éléments doivent être pris en compte lorsque l'on définit le contenu des campagnes de prévention.

A côté des propriétés gustatives et psychotropes, il convient de rappeler, contrairement à ce que les viticulteurs voudraient laisser croire, que l'alcool peut, chez certains individus, après des années de consommation régulière et excessive, entraîner une dépendance. Nul n'est à l'abri de ce risque : l'abus régulier d'alcool est bien sûr nécessaire, mais pas suffisant pour engendrer la dépendance.

Rappelons qu'un verre standard servi dans un bar, quel que soit le type d'alcool (vin, bière, apéritifs), contient 10 grammes d'alcool pur. Cela permet d'évaluer facilement, en nombre de verres, la consommation d'un individu.

II. Les niveaux de consommation

L'INPES, sur la base des informations fournies par l'OMS, recommande de ne pas dépasser :

- dans le cadre d'un usage régulier : 3 verres par jour chez l'homme (soit 21 verres/semaine) et 2 verres par jour chez la femme (soit 14 verres/semaine), avec au moins un jour par semaine sans alcool ;
- dans le cadre d'un usage ponctuel : 4 verres par occasion (repas, soirée, mariage...) ;

La majorité d'entre nous, 65 à 70 %, se situe autour de ce niveau de consommation. Au-delà de cet usage, on considère que les sujets présentent un risque, que l'on définit par différents niveaux :

- *l'usage à risque*, sans symptôme, sans signes de dépendance, qui concerne 15 % environ des consommateurs ;
- *l'usage nocif*, sans dépendance, qui concerne 6 à 7 % des consommateurs. A ce niveau apparaissent les premières complications. C'est la partie émergée de l'iceberg, puisque c'est à ce stade que le patient est en général repéré ;
- *la dépendance*, avec la perte de la liberté de s'abstenir, touche 3 à 4 % des consommateurs.

L'usage à risque et l'usage nocif concernent un nombre beaucoup plus important de consommateurs que la dépendance. Cette population est plus difficile à repérer. Pourtant, à ce stade, la dépendance n'est pas installée et il est donc possible de revenir à un niveau inférieur de consommation.

III. Les conséquences de l'abus d'alcool

Il existe deux types de risques

- **Les risques de l'alcoolisation aiguë, c'est-à-dire l'ivresse**

L'alcoolisation aiguë peut entraîner de sérieux troubles du comportement, avec ces principaux risques : l'insécurité routière, la violence (pouvant conduire à des délits – l'alcool est impliqué dans 40 % des crimes et des délits et dans 30 % des violences conjugales) et les rapports sexuels non protégés. Les efforts actuels concernant la sécurité routière ont plutôt plus porté sur la vitesse que sur la consommation d'alcool.

Les risques existent aussi en milieu professionnel et de nombreuses entreprises ont mis en place des stratégies de prévention du risque alcool pour réduire les risques professionnels et les accidents du travail liés à l'alcool.

- **l'alcoolisation excessive chronique**

L'alcool et le tabac sont les deux principales causes de mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans. Ces causes sont connues et évitables, d'où l'importance des actions de prévention.

L'alcoolisation excessive chronique est responsable de l'apparition, chez certains individus, de complications telles que les cirrhoses, les cancers, les démences, les pancréatites, etc.

L'alcoolisation fœtale est dangereuse, surtout pendant le premier trimestre de la grossesse. Les scientifiques s'interrogent sur la dangerosité d'épisodes d'ivresses survenant chez des jeunes femmes qui ne se sont pas encore rendu compte de leur grossesse.

Le principe de précaution a donc été appliqué aux messages de prévention, qui prônent l'absence de toute consommation d'alcool pendant la grossesse.

Le coût social de l'abus d'alcool est estimé à 17 milliards d'euros par an. Notons le décalage qui existe entre les bénéfices économiques des alcooliers et le niveau très faible des dépenses en matière de prévention, votées annuellement par le Parlement dans le budget de la sécurité sociale : chaque année, 190 millions d'euros sont dépensés en publicité par les alcooliers alors que 10 millions d'euros seulement sont accordés à la prévention.

IV. Les signes permettant de repérer les usages à risque

Divers signes permettent de repérer une consommation à risque. Non spécifiques, ils peuvent être d'ordre somatique (hypertension, troubles digestifs), psycho-comportementaux, d'ordre relationnel (difficultés sociales dans le foyer ou au travail).

IV. Les outils de prévention

Lorsqu'au cours d'une rencontre avec un soignant, l'individu est d'accord pour en parler, il ne faut pas hésiter à l'interroger sur ses habitudes de consommation. La Consommation Déclarée d'Alcool (CDA), comportant le nombre total de verres consommés par semaine, permet alors d'identifier la catégorie de consommateur.

Des questionnaires, validés par les scientifiques, sont également à la disposition des professionnels pour le repérage des consommations à risque : le DETA, le FACE (5 questions) ou l'AUDIT (10 questions). Tout professionnel de santé doit pouvoir pratiquer l'intervention brève, destinée à provoquer, chez des individus qui ne sont pas encore dépendants, une prise de conscience, à les inciter à changer de comportement, tout en respectant leur choix.

VI. Le processus de changement

Lorsqu'on aborde des questions comme la consommation d'alcool et de tabac, ou le surpoids, il est très important, dans un premier temps, d'évaluer le degré de motivation au changement de comportement, sans quoi, toute aide risque d'être inadaptée et donc inefficace.

Le modèle du cycle de Prochaska et de Di Clemente aide les soignants à évaluer le degré de motivation au changement. Face à des individus qui manifestent une intention d'arrêter, le rôle du professionnel de santé sera d'accompagner le patient, de l'aider à provoquer le déclic qui suscitera le changement effectif de comportement.

Le risque est d'adresser un message qui serait en avance sur le désir du patient, d'aller plus vite qu'il ne le souhaite, ce qui est totalement inefficace. Il ne faut jamais hésiter à aborder le sujet, même avec les patients les plus atteints. On craint souvent à tort, que le patient ne revienne pas au prochain rendez-vous mais des enquêtes montrent que les patients trouvent tout à fait légitime que ce type de questions leur soit posé.

Le programme de la DGS, mis en place en 2006, pour la diffusion du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB) reste, pour le moment, réservé aux médecins généralistes. Il paraît cependant utile d'y associer les dentistes et les paramédicaux.

VII. Les risques de la consommation de tabac

Le tabac, responsable de 23 maladies différentes, est la première cause de mortalité évitable.

Parmi les outils qui permettent de susciter l'envie d'arrêter, le rappel des bénéfices du sevrage est particulièrement efficace. Faire prendre conscience aux fumeurs désirant se sevrer de ce que le sevrage apporte très rapidement peut déclencher le processus de changement.

Ces bénéfices sont principalement :

- la récupération physiologique : odorat, goût, réduction précoce du risque d'accident cardiovasculaire ;
- la récupération des pathologies : que ce soit pour les pathologies (respiratoire, cardiovasculaire, cancers) ou l'espérance de vie qui va s'allonger.

En matière de tabac, l'intervention ultra-brève tient en deux questions :

- « Fumez-vous ? »
- « Si oui, avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? »

Un an après avoir simplement posé ces deux questions à des fumeurs, on observe que la proportion des personnes ayant effectivement arrêté est plus élevée dans le groupe où l'on a posé ces deux questions.

VIII. Le rôle du chirurgien-dentiste

Le dentiste est un professionnel de santé qui doit être privilégié. La profession est clairement citée, et donc impliquée, dans le plan addictions récemment mis en place par les pouvoirs publics.

IX. Perspectives

Les addictologues ne pensent pas assez souvent aux soins dentaires à apporter à leurs patients qui en ont pourtant grand besoin, comme nous l'ont rappelé ce jour les chirurgiens-dentistes.

D'un autre côté, les chirurgiens-dentistes ont peut-être des difficultés à aborder avec leurs patients ces problèmes d'addictions et de les orienter vers les addictologues.

Aussi, à l'avenir, le partenariat entre addictologues et chirurgiens-dentistes doit s'orienter vers

- des formations communes ;
- une optimisation des parcours de soins entre le domaine bucco-dentaire et celui des addictions ;
- le lancement de travaux de recherche et d'évaluation portant sur ces questions, afin de préciser ce qui peut être amélioré et optimisé.

Drogues illicites : conséquences sur la santé des usagers

Docteur Brigitte REILLER

Addictologue, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie

Je suis médecin dans un Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomanes (CSST) : le CEID à Bordeaux. Je vais essayer de vous donner une photographie des patients qui fréquentent le centre, avant d'évoquer les conséquences sanitaires de la prise de stupéfiants.

I. Les usagers rencontrés dans les centres de suivi des toxicomanes

La population rencontrée est jeune, à 75 % masculine. Les souffrances psychiques, et les traumatismes psychologiques remontant souvent à l'enfance sont monnaie courante.

La prise de produit débute en général à l'adolescence ou chez l'adulte jeune. La consommation commence souvent par le cannabis. Les patients que nous suivons sont quasiment tous des poly-toxicomanes consommant au moins trois produits régulièrement. Tous fument du tabac et généralement du cannabis, 50 % consomment de l'alcool. Les autres produits fréquemment utilisés sont l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et hallucinogènes, ou encore des médicaments psychotropes détournés de leur usage. Ils peuvent être fumés, sniffés, injectés ou pris par voie orale. Le niveau d'usage et de dépendance est très variable selon les individus, et peut être différent d'un produit à l'autre chez un même individu.

Les patients que nous suivons sont souvent très marginaux, vivant dans une grande précarité. Peu ont un emploi stable. Généralement, ils disposent de très faibles revenus, voir des minimas sociaux. Très souvent, ils sont bénéficiaires de la CMU ou de l'ALD, certains n'ont pas de couverture sociale. Beaucoup sont en rupture familiale, vivant dans un isolement affectif.

II. Demandes de soins

Au début de la prise de produits, les patients n'ont pas de demande de suivi, leur consommation ne leur posant pas de problème. Les structures de réduction des risques permettent alors de diminuer les risques infectieux et sociaux. Dans ce type de structure, du matériel stérile est distribué : kit Stéribox[®] contenant une seringue, un filtre, une coupelle pour la préparation de l'injection, un tampon alcoolisé, un flacon d'eau stérile et un préservatif. Nous les incitons à nous rapporter le matériel usagé, des containers leurs sont remis à cet effet.

Tout au long de leur parcours, les toxicomanes sont amenés à recourir aux urgences, pour des pathologies somatiques ou psychiatriques aiguës, des surdosages, etc.

La demande de soins concernant l'addiction proprement dite, intervient plus tard dans le parcours de l'utilisateur. Souvent les conséquences sanitaires et sociales motivent la demande de soins, une prise en charge psycho-médico-sociale lui est proposée. Cette approche globale est nécessaire et doit être adaptée à chaque usager. Les traitements de substitution aux opiacés ont largement contribué à améliorer le suivi de cette population.

Les pathologies résultant à la consommation de produit sont très diverses : bucco-dentaire, infectieuses (VIH, Hépatite C) ou psychiatriques, psychosociales, etc.

III. Psychiatrie et addictions

Dans certains cas, l'addiction est secondaire à un trouble psychiatrique. Le produit est alors consommé comme automédication. Dans d'autres cas, le trouble psychiatrique est secondaire à l'addiction : la consommation de produit a une incidence sur l'état psychique du patient.

Les troubles de la personnalité sont fréquents. On dénombre 25 à 50 % de personnalités antisociales. Les traits de personnalité rencontrés sont : la recherche accrue de sensations, prise de risque, retrait affectif important, un faible degré de qualification, un mauvais contrôle des impulsions. Les pathologies observées sont l'anxiété et la dépression (primaires ou secondaires à l'addiction), la bipolarité et les troubles psychotiques (schizophrénie)...

Ces troubles ont des répercussions sur la vie des patients et sur leur accès aux soins : difficultés à honorer les rendez-vous, à patienter dans une salle d'attente, intolérance à la frustration. L'accidentologie est fréquente entraînant de nombreux traumatismes. L'automédication : ils consomment souvent des traitements psychotropes à visées détournées, soit dans le but de se « défoncer », soit à visée antalgique ou anxiolytiques. Enfin, leur situation sociale ne les incite pas à se rendre dans des structures médicales de droit commun, où ils sont parfois stigmatisés.

IV. Conséquences somatiques

Les toxicomanes présentent un risque infectieux accru, dû aux injections effectuées dans des conditions non stériles. Certains souffrent d'un déficit immunitaire secondaire au VIH, au traitement de l'hépatite C, ou encore à la malnutrition.

Nous pratiquons systématiquement les dépistages sérologiques hépatites B, C et VIH. Le VIH touche 10,8 % des toxicomanes. Il est en régression au sein de cette population depuis le développement de la politique de réduction des risques. Nous recommandons à nos patients la vaccination pour l'hépatite B.

L'hépatite C touche 50 à 70 % des toxicomanes. Il est nécessaire d'améliorer l'accès son dépistage et son traitement chez les usagers de drogues. Cette pathologie peut évoluer vers une cirrhose ou un cancer du foie, risque majoré par la consommation d'alcool. Après un traitement, le taux de guérison atteint 50 à 90 %.

En termes de complications cardiaques, nous observons des endocardites infectieuses. Cela peut poser des problèmes en cas de soins dentaires, dues à la mise sous anticoagulant en cas de prothèse valvulaire. Une antibiothérapie préventive doit être prescrite en cas de soins invasifs.

Les pathologies ORL, dermatologiques et traumatiques sont surreprésentées.

Une mauvaise hygiène alimentaire est aggravée par la précarité et le mode de vie, par certains produits anorexigènes (psychostimulants). Les toxicomanes sont de grands consommateurs de compléments alimentaires.

V. Les traitements médicamenteux

Deux types de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) existent : la méthadone et la buprénorphine (Subutex®). La méthadone est un sirop très sucré, ce qui peut avoir une importance en matière bucco-dentaire. Ces deux traitements sont des opiacés de synthèse de demi-vie longue permettant une prise quotidienne unique. Ils sont indiqués uniquement dans la dépendance majeure aux opiacés. Ils sont inefficaces et même contreproductifs dans les autres cas.

Ces traitements sont longs (plusieurs années en général). Ils sont largement diffusés depuis 1996. On compte plus de 100 000 usagers substitués, en majorité à la buprénorphine. La méthadone ne peut être primo-prescrite que par un CSST ou par certains services hospitaliers, alors que tout praticien peut prescrire du Subutex®.

Les TSO ont amélioré le suivi des poly-toxicomanes. Le nombre d'overdoses a été divisé par cinq. L'accès aux soins est beaucoup plus précoce, les patients sont amenés à consulter plus fréquemment un médecin pour le renouvellement de leur traitement. En conséquences, les diverses pathologies sont mieux prises en charge. Le taux de prématurité a diminué parmi les femmes enceintes dépendantes aux opiacés grâce aux TSO. Ces traitements ont aussi permis de diminuer le coût social lié à l'usage des drogues (justice, arrêts de travail, hospitalisations).

On a pu constater les limites de ces traitements : l'apparition d'un marché noir, par ailleurs des usagers deviennent primo-dépendants aux traitements de substitution sans jamais avoir consommé d'héroïne, mésusage de ces produits (sniff ou injection de buprénorphine). Certains patients sous traitement augmentent leur consommation d'autres produits, la cocaïne ou l'alcool le plus souvent.

VI. La douleur chez le toxicomane

Les patients dépendants aux opiacés peuvent présenter un seuil de perception de douleur modifié, variables selon leur niveau de consommation ou leur traitement de substitution. Chez un patient non substitué, il convient de traiter la douleur de façon habituelle. Chez un patient substitué à la méthadone, il est possible d'utiliser un antalgique classique ou si nécessaire un opioïde en augmentant progressivement la posologie de celui-ci pour éviter tout risque de surdosage. Enfin, chez un patient substitué à la buprénorphine, les antalgiques morphiniques sont contre-indiqués risquant de provoquer un syndrome de sevrage.

Les autres traitements fréquemment prescrits par ailleurs sont les psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques), les traitements VIH ou VHC et les anticoagulants.

VII. Conclusion

Les répercussions sanitaires de la consommation de drogues sont très nombreuses. Souvent, le patient est amené à consulter très tard, à un stade avancé de leur pathologie, en particulier dans le domaine bucco-dentaire.

Tabac et cancer buccal

Docteur Anne-Laure EJEIL

MCU Paris Descartes et PH Hôpital Bretonneau

Le tabac existe sous plusieurs formes. Il peut être fumé ou non fumé. Dans cette seconde catégorie, on peut citer la chique ou le snuss, une toute nouvelle pratique apparue en Suède. Le tabac est le plus grand facteur de risque du cancer buccal, parce qu'il induit de nombreuses mutations cellulaires irréversibles. Il contient des substances irritantes (fumée) qui augmentent la production de sécrétions bronchiques et provoquent des lésions au niveau des muqueuses buccales. La nicotine, responsable de la dépendance, accélère le rythme cardiaque, augmente la tension artérielle et a des effets anxiolytiques et euphorisants. Enfin, les substances cancérigènes (nitrosamines, benzène) sont responsables de plus de 25 % des cancers.

I. Les effets généraux du tabac sur la cavité buccale

Le tabac provoque une altération du goût et de l'odorat, une coloration des dents, une mauvaise haleine et une plus grande susceptibilité aux candidoses, des mycoses buccales qui peuvent coloniser et noircir la langue du patient.

Le tabac est un facteur favorisant les maladies cardiovasculaires, parce qu'il augmente le rythme cardiaque et la tension artérielle. Il a également un effet sur les artérols puisqu'il provoque une vasoconstriction périphérique artérielle, ce qui a un impact sur la muqueuse buccale. On constate une altération de la circulation du sang dans la gencive et dans l'os alvéolaire, ce qui diminue la concentration d'oxygène dans les tissus. A plus long terme, cela conduit à une altération physiologique de l'os alvéolaire, qui entraîne la création de poches parodontales. On remarque également une altération de la cicatrisation ainsi qu'une diminution de l'efficacité de la réaction inflammatoire. Toutes les cellules de défense sont amenées par les artères et les artérols. Cette circulation est altérée.

Au niveau microscopique, le tabac a un effet sur les cellules buccales, notamment sur le fibroblaste, la principale cellule de la gencive, qui fabrique la matrice gingivale. Le tabac réduit la synthèse de matrice et la dégrade. De plus, on observe des effets sur les cellules de défense, avec notamment une diminution du chimiotactisme des polymorphonucléaires neutrophiles. Sous l'effet du tabac, ces cellules de défense parviennent plus difficilement à accéder à la gencive. Il y a donc une diminution de la phagocytose, destinée à éliminer les impuretés dans la gencive. La concentration en anticorps diminue aussi dans la salive.

On observe également, chez les patients fumeurs, une modification de la flore buccale : la quantité de plaques bactériennes augmente, la composition de la flore bactérienne est déséquilibrée par la présence d'espèces pathogènes. Au niveau de la muqueuse buccale, il convient de distinguer les altérations bénignes (mélânose tabagique, ouranite du fumeur) et les altérations beaucoup plus graves, comme le cancer buccal. La mélânose tabagique se manifeste par l'apparition d'une pigmentation au niveau de la muqueuse buccale. Ces pigmentations sont réversibles à l'arrêt de la consommation de tabac. L'ouranite du fumeur engendre un voile blanc que l'on peut observer sur le palais, et qui disparaît également lorsque le patient arrête de fumer.

II. Les lésions précancéreuses et cancéreuses

La kératose tabagique est une plaque blanche que l'on observe chez tous les patients fumeurs. Homogène, elle est sans gravité et réversible. A un stade plus avancé, des zones plus rouges apparaissent. La kératose est alors inhomogène et induit une dysplasie, c'est-à-dire des modifications cellulaires. C'est un pré-cancer.

Le cancer buccal majoritaire est le carcinome épidermoïde. Celui-ci peut être repéré par une ulcération creusée sur le bord latéral de la langue, avec des bords ourlés. Lorsqu'on palpe cette lésion, elle est dure. C'est une conséquence du tabac.

III. Les autres types de tabac

Les bidis sont fumées principalement par les jeunes. Ce sont des cigarettes de tabac enroulées avec des ficelles de couleur, ce qui donne un aspect inoffensif. En fait, ces cigarettes ont les mêmes effets que les cigarettes classiques.

Le cigare multiplie par dix le risque de cancer buccal.

La pipe est également pourvoyeuse de cancers buccaux, et provoque le cancer des lèvres.

La chique est une pratique très répandue dans le monde, en Inde notamment. Les feuilles de tabac, vendues en sachet, sont directement placées entre la joue et la gencive. Cela peut provoquer des lésions dans la zone où la chique est placée. Il y a un risque de développer une kératose. Cette fibrose du tissu peut alors se transformer en cancer buccal.

Le snuss est actuellement en vogue en Suède. Les Suédois estiment que c'est une aide au sevrage tabagique. Mais pour le moment, le manque de recul nous empêche de connaître avec certitude la nocivité du produit et le risque de cancer buccal. A ce jour, aucune corrélation n'a été établie.

IV. Les facteurs de risque

Le cancer buccal peut être provoqué par le tabac, mais aussi par l'alcool, l'alimentation, les facteurs environnementaux et les virus, notamment l'HPV.

L'alcool aggrave les effets du tabac et ajoute au risque de cancer buccal celui du cancer du pharynx, de l'œsophage et du larynx. Le danger devient très important au-delà de 25 grammes par jour, quel que soit le type d'alcool consommé. L'effet conjugué de l'alcool et du tabac multiplie par sept le risque de cancer buccal.

Les cancers buccaux sont à l'origine de 5 000 décès par an. On découvre 15 000 nouveaux cas chaque année. Les facteurs de risque sont connus. Plus les lésions sont petites, plus le risque de mortalité est faible. Les chirurgiens-dentistes doivent donc jouer un rôle dans la détection de ces lésions précancéreuses et cancéreuses.

Parodontites et tabac : un lien scientifiquement établi

Docteur Sophie-Myriam DRIDI
MCU Paris-Descartes et PH CHU A. Chenevier

Au niveau de la cavité buccale, le tabac n'est pas seulement impliqué dans les cancers buccaux. Il augmente également le risque de développer une parodontite.

I. La parodontite

La parodontite est une maladie inflammatoire, localisée au parodonte, c'est-à-dire aux tissus qui environnent la dent. Cette maladie bactérienne est provoquée par l'accumulation de la plaque bactérienne au niveau de la dent. Entre les dents et la gencive, les bactéries s'organisent en véritable biofilm parfaitement structuré, au sein duquel elles sécrètent des toxines qui détruisent les tissus qui permettent le soutien des dents au niveau des maxillaires.

L'ensemble des études épidémiologiques indique que la parodontite est très répandue. Elle touche toutes les populations, toutes les ethnies, tous les âges. En France, Messieurs Bourgeois et Bouchard, enseignants à l'université Paris VII, ont mené une étude sur plus de 2 000 individus âgés de 35 à 64 ans : 95 % présentent des pertes du support parodontal dues à la parodontite. 19 % de ces pertes sont qualifiées de sévères.

La parodontite doit donc être considérée comme un véritable problème de Santé Publique. Les symptômes sont nombreux et les répercussions particulièrement invalidantes. Celles-ci sont de l'ordre de l'esthétique, puisque les dents peuvent migrer lorsqu'elles perdent leur support osseux. Surtout, les altérations sont fonctionnelles. La gencive est systématiquement enflammée, rouge, parfois douloureuse. Les saignements sont fréquents. Plus la gencive est enflammée, moins elle protège l'organe dentaire, et surtout l'os sous jacent, qui est aussi altéré par le processus pathologique.

Pour qu'une dent soit fonctionnelle, toute la hauteur de sa racine doit être enchâssée dans l'os. Plus les atteintes sont importantes, plus les dents bougent. Cela conduit à des problèmes esthétiques, lorsque les dents migrent, et surtout à des grosses difficultés pour la mastication. Dans les cas extrêmes, les dents sont extraites, soit par le chirurgien-dentiste, soit naturellement par l'organisme.

Les effets de la parodontite ne se limitent pas au plan local, mais peuvent aussi provoquer des infections générales. De rares cas de septicémie ont été publiés. Il peut arriver, par exemple, que l'infection s'étende à la partie inférieure de la face.

La parodontite est donc une maladie grave, dont les effets restent sous estimés. Cette maladie infectieuse est complexe. Si le facteur bactérien est nécessaire, il n'est pas suffisant pour que se déclare la maladie parodontale. D'autres facteurs doivent être pris en compte : la composante génétique, la composante cellulaire et matricielle des tissus, les facteurs environnementaux. En tête de ces facteurs environnementaux figure le tabac.

II. Le tabac, un facteur de risque pour la parodontite

Depuis les années 1980, toutes les études épidémiologiques vont dans le même sens et établissent une corrélation claire entre le tabagisme et la parodontite. C'est une relation de cause à effet, scientifiquement prouvée. Un patient fumeur doit donc être considéré comme un patient à risque pour les parodontites sévères et évolutives. Des patients de tous milieux socioprofessionnels sont touchés. Certaines études considèrent le tabac comme un facteur prédictif pour les pertes tissulaires. Commencé à l'adolescence et poursuivi à l'âge adulte, le tabagisme favorise la parodontite, accélère ensuite son évolution et aggrave les pertes osseuses.

Localement, la gencive d'un fumeur reçoit moins d'oxygène et de nutriments. Le tabac altère la réponse inflammatoire et la réponse immunitaire. Les bactéries trouvent donc, dans la bouche d'un fumeur, tout ce qui leur permet de survivre et de croître. Par conséquent, les fumeurs ont trois à six fois plus de risques de présenter des pertes osseuses et de perdre leurs dents précocement. De nombreuses études ont montré que le degré de perte tissulaire est lié au niveau de consommation et au degré d'exposition au tabac. Les fumeurs passifs très exposés courent un risque tout aussi important. Plus l'exposition au tabac du non-fumeur est importante, plus le niveau de risque se rapproche de celui des fumeurs. Le tabagisme passif peut donc expliquer, chez certains patients, le développement de la parodontite.

Un patient fumeur doit également être considéré comme un patient à risque pour tous les actes chirurgicaux, en particulier les extractions. On observe fréquemment, chez les fumeurs, des nécroses et des retards de cicatrisation.

Le tabac est donc un facteur d'échec pour toutes les thérapeutiques parodontales, quelle que soit leur nature. Il n'est plus possible aujourd'hui de traiter un patient fumeur comme un patient non fumeur.

III. Les effets bénéfiques du sevrage

En revanche, le sevrage a des effets très positifs sur le maintien de la santé parodontale. Il permet entre autre le rétablissement de la microcirculation gingivale. La gencive est irriguée par de très nombreux capillaires, qui forment un réseau parfaitement structuré autour de toutes les dents. Lorsqu'un patient fume, la microcirculation est altérée. La gencive, même enflammée, saigne moins chez un fumeur.

Les Professeurs Brion et Lagrue ont étudié l'état des capillaires chez une population d'étudiants en dentaire, jeunes et en bonne santé. Ils se brossent bien les dents et ne souffrent pas de maladies parodontales. Cliniquement, leurs gencives paraissent saines. Par capillaroscopie gingivale, les chercheurs ont observé, chez les individus non fumeurs, une organisation parfaitement régulière, en palissade, des capillaires. Le flux sanguin a été également mesuré. Celui-ci était normal chez les non fumeurs.

En revanche, chez des étudiants fumeurs, dont la gencive paraissait pourtant saine, ils ont observé, au niveau microscopique, les premiers effets néfastes du tabac. Les capillaires sont beaucoup plus hétérogènes, certains sont même obstrués. Un halo blanchâtre périvasculaire signale des perturbations dans les échanges transmembranaires. Le flux sanguin est alors diminué de moitié. Chez les patientes sous contraceptif oral, ce flux est encore plus bas.

Le même protocole a ensuite été appliqué à des jeunes qui ont accepté le sevrage tabagique. L'étude montre que trois mois après la dernière cigarette, le flux capillaire redevient normal. Très souvent, les patients qui arrêtent de fumer remarquent des saignements fréquents de leur gencive. Ceci est tout à fait normal, même positif : cela montre que les vaisseaux régénèrent et que l'oxygène revient.

Le lien entre parodontite et tabac est donc scientifiquement prouvé. Cette relation est forte, constante et reproductible. On la retrouve au sein de toutes les populations. Le tabagisme, quelle que soit sa forme, augmente le risque de parodontite. Ce risque croît avec le niveau de consommation et la durée d'exposition. Mais cette relation est réversible : le sevrage réduit considérablement le risque. Aujourd'hui, l'odontologiste doit donc participer activement à la lutte contre le tabac. Des moyens supplémentaires sont nécessaires. Les dentistes sont les professionnels de santé qui rencontrent le plus de fumeurs en bonne santé. Ils doivent donc lutter non seulement contre les cancers buccaux, mais aussi orienter la prévention sur les maladies parodontales. Ces pathologies sont chroniques et ont forcément des répercussions sociales et économiques au niveau national.

Les conséquences cliniques des drogues sur la santé bucco-dentaire

Professeur Isabelle MADINIER
PU Nice Sophia-Antipolis & PH CHU Nice

Nous avons créé il y a dix ans une consultation dentaire spécialement destinée aux personnes souffrant du sida, de l'hépatite C ou de toxicomanie, avec une file active d'environ 3 000 patients. Ces patients présentent tous des poly-pathologies, des poly-toxicomanies. Ils sont poly-médicamentés. Enfin, le problème social est toujours très prégnant. Nous recevons essentiellement des hommes de 35 à 50 ans. La carie du toxicomane est un phénomène particulièrement important.

I. La carie du toxicomane

La carie du toxicomane est une carie à progression rapide, comme la carie du pâtissier ou la carie du biberon. La cause n'est pas précisément identifiée, mais il s'agit probablement d'une maladie multifactorielle. A l'âge de 35 ans, les patients atteints de la carie du toxicomane présentent en moyenne dix dents absentes et dix dents cariées, dont six à extraire. Les caries apparaissent au collet des dents. Elles progressent très rapidement, généralement des molaires vers les incisives et les canines, et détruisent les dents en quelques années. La mise en place d'un composite est généralement inefficace, et les traitements conservateurs sont voués à l'échec. Les caries évoluent très vite sur plusieurs dents en même temps, et peuvent provoquer simultanément plusieurs pulpites ou rages de dents. Les toxicomanes touchés souffrent alors de douleurs dentaires épouvantables.

Il convient d'analyser, point par point, l'impact des différentes addictions sur la santé et sur la prise en charge bucco-dentaires, même si dans la réalité, les patients sont le plus souvent poly-addictifs.

II. Les effets du cannabis

Le dépôt noir sur les dents est souvent le seul symptôme buccal connu du cannabis. Ce colloque permettra peut-être une prise de conscience des autres risques bucco-dentaires liés au cannabis. Certains patients déclarent avoir la bouche sèche après avoir fumé. Ce phénomène conduit à un effet pervers surtout en soirées, s'il incite à boire plus d'alcool. On remarque également que les patients fumeurs de cannabis ont une moins bonne hygiène dentaire, et souffrent donc plus souvent de gingivites et de caries. A long terme le cannabis augmente le risque de parodontite et de cancer buccal liés au tabac.

Le cannabis est parfois proposé comme antalgique. Il a pourtant un effet vasodilatateur, qui peut, chez des patients souffrant de caries profondes, provoquer des pulpites. C'est tout le paradoxe d'un antalgique qui provoquerait des rages de dents.

III. L'héroïne, la méthadone et la buprénorphine

Une étude menée au CHU de Nice confirme que les drogues injectables sont responsables de la carie du toxicomane. On peut assimiler ces substances à des antalgiques de palier 3. D'où ce cercle vicieux : l'héroïne déclenche des caries à progression rapide, ce qui provoque des rages de dents, que le patient soulage par les fonctions antalgiques de l'héroïne et autres substances addictives.

Les patients dépendants aux drogues injectables présentent fréquemment une infection au VIH ou à l'hépatite C. L'hépatite C induit une diminution des plaquettes ou du taux de prothrombine (TP). Le chirurgien-dentiste doit donc être très prudent, et demander un bilan d'hémostase avant toute intervention chirurgicale. Très souvent, les extractions doivent être réalisées en milieu hospitalier, avec une transfusion de plaquettes préopératoire. Le praticien doit enfin rester très attentif au risque accidentel d'exposition au sang.

IV. La cocaïne

Il est d'usage de considérer que les anesthésies locales sont inefficaces chez le patient toxicomane. En termes de réceptologie, il faut bien distinguer deux mécanismes différents : l'addiction à la cocaïne joue principalement sur les synapses dopaminergiques dans le cerveau, alors que l'anesthésie locale bloque l'influx nerveux au niveau des canaux sodiques voltage dépendants, uniquement en périphérie et à forte dose.

Considérer que l'anesthésie locale est inefficace est souvent un prétexte élégant utilisé par les patients pusillanimes pour interrompre le soin dentaire. En général, on propose donc, dans le cas d'extractions multiples, une intervention sous anesthésie générale. Pour les autres soins, le suivi est très difficile car très souvent les patients ne viennent pas aux rendez-vous de soin. Il ne faut pas oublier que chez ces patients, la peur du dentiste est à la mesure des souffrances dentaires vécues.

Les vols de cartouche d'anesthésique local sont fréquents, généralement destinés à la revente.

V. Les acides, le LSD

En cas de carie, l'usage « d'acides » et de LSD déclenche des pulpites, donc des douleurs.

Des vols de seringues d'acide phosphorique, utilisées pour les composites, sont fréquemment constatés. Celles-ci suscitent la curiosité des consommateurs d'acides.

VI. L'alcool

Le premier impact de l'alcool sur les dents est traumatique. Certains les abîment en décapsulant des cannettes, d'autres dans des bagarres, des chutes, des accidents sur la voie publique. Les patients alcooliques sont souvent dénutris, avec un risque infectieux important. Il convient de rester vigilant et de prescrire des antibiotiques si besoin. Enfin, les alcooliques souffrant de cirrhose ont un risque d'hémorragie élevé, pouvant justifier une transfusion de plaquettes pré-opératoire. Face à des patients agités, le praticien ne doit pas hésiter à reporter le soin. Enfin, les patients sous sevrage alcoolique peuvent souffrir de nausées et de vomissements. Il est donc préférable de travailler avec une tenue chirurgicale complète, même pour des prises d'empreinte.

VII. Le tabac

Au-delà du dépôt noir qui apparaît sur les dents, le tabac augmente le risque de parodontite. En général, les incisives inférieures sont les premières à tomber. Les patients qui souffrent d'addictions multiples perdent leurs dents beaucoup plus tôt que les simples fumeurs. Ce qui arrive à un fumeur socialisé vers 60 ans va toucher les toxicomanes vers 35 ou 40 ans. Enfin, le tabac est à l'origine de cancers buccaux. Dans notre consultation, nous observons surtout des lymphomes, chez des patients atteints du sida.

VIII. Les médicaments psycho-actifs

Les médicaments psycho-actifs déclenchent des sécheresses buccales, avec des candidoses. Chez des patients atteints du sida, d'hépatite C ou âgés, cela débouche très vite sur la dénutrition.

Lorsqu'un dentiste reçoit un patient addictif, il n'est généralement pas nécessaire de prescrire des anxiolytiques, car le patient se prémédique seul. Il faut rester attentif aux tentatives de manipulation du chirurgien-dentiste, destinées à obtenir des prescriptions de psychotropes, qui sont en général revendus.

IX. La prise en charge bucco-dentaire des patients toxicomanes

Nous proposons un protocole simplifié, qui a pour objectif de tout traiter à minima en cinq ou six séances. Les extractions sont réalisées en une seule fois, sous anesthésie générale. Des prothèses amovibles en résine sont ensuite posées au tarif hospitalier. Les patients en échec de soins dentaires sont satisfaits, parce que tout est fait en quelques séances. Il serait beaucoup plus difficile d'entreprendre un traitement plus long et plus coûteux.

Nous avons également mené une expérimentation de réhabilitation bucco-dentaire gratuite au CHU de Nice, avec un budget spécifique. Le patient était pris en charge intégralement, sans aucune procédure administrative à mener. Les transferts en taxi leur étaient même proposés gratuitement. Le semi-échec que nous avons constaté ne s'explique donc pas par un manque de moyens. Nous avons pourtant cessé cette politique. On comptait 30 % d'absentéisme aux rendez-vous avec des soins et prothèses entièrement gratuits. Aujourd'hui, ce chiffre est sensiblement le même : 29,5 % d'absentéisme, avec des soins et prothèses payants selon le régime général. La gratuité n'a donc eu aucun impact sur la présence, alors que 20 à 25 paires de prothèses gratuites terminées étaient jetées, inutilisées, pour un coût d'environ 20 000 euros/an. De plus, le suivi des patients montre que les prothèses ne sont souvent pas portées, ou elles sont cassées dans des bagarres, perdues ou volées, voire mangées par les chiens des SDF. Nous avons aussi constaté une revente au marché noir de prothèses totales. Un complet haut et bas se revend entre 600 et 800 euros, avec un risque infectieux important, puisque nombre de ces patients ont l'hépatite C, le sida ou des candidoses orales. Nous ne proposons donc plus de prothèses gratuites depuis 2006. Les patients sont pris en charge par la CMU ou la CMU complémentaire et peuvent demander des aides institutionnelles. La protection sociale, en France, est réelle.

Les campagnes de prévention de la toxicomanie sont axées sur la maladie et la délinquance. Un aspect est souvent oublié : la laideur qui est inévitablement liée à la destruction des dents. La perte de l'esthétisme et le vieillissement prématuré doivent être intégrés aux messages de prévention, surtout lorsqu'ils sont destinés aux adolescents. Il est important de montrer l'image réelle de la toxicomanie.

En conclusion, traiter des patients toxicomanes requiert une prise de recul sur le métier de chirurgien-dentiste. S'ajoutent les agressions verbales et physiques sur le personnel, les vols, et les accidents d'exposition au sang. Pour les 30 % de patients qui n'accepteront jamais de prothèse, il faut se contenter de lutter contre la douleur et l'infection. Même si le traitement n'est pas idéal et ne va pas jusqu'au bout, il y a toujours quelque chose à faire pour les aider et les accompagner. Actuellement, notre objectif est aussi d'éviter la dénutrition. Nous essayons de recentrer le patient sur le plaisir de manger avec des petits moyens et des stratégies adaptées à ses médicaments, à ses goûts et à sa culture.

En conclusion, traiter des patients toxicomanes requiert une prise de recul sur le métier de chirurgien-dentiste. S'ajoutent les agressions verbales et physiques sur le personnel, les vols, et les accidents d'exposition au sang. Pour les 30 % de patients qui n'accepteront jamais de prothèse, il faut se contenter de lutter contre la douleur et l'infection. Même si le traitement n'est pas idéal et ne va pas jusqu'au bout, il y a toujours quelque chose à faire pour les aider et les accompagner. Actuellement, notre objectif est aussi d'éviter la dénutrition. Nous essayons de recentrer le patient sur le plaisir de manger avec des petits moyens et des stratégies adaptées à ses médicaments, à ses goûts et à sa culture.

Ressources de l'INPES pour le professionnel de santé

Docteur Emmanuelle LE LAY
INPES

L'INPES, anciennement nommé CFES, est un organisme public chargé de mettre en œuvre des programmes nationaux de prévention, avec différentes thématiques (nutrition, addictions, maladies infectieuses, petite enfance, personnes âgées, etc.). Nous travaillons également sur des questions transversales, comme les inégalités en matière de santé, la précarité, ou les conditions de santé des migrants.

Nous développons des ressources destinées aux professionnels de santé : information, formation, outils. Depuis trois ans, nous avons accentué notre présence dans la presse professionnelle, en particulier dans la presse dentaire. Nous lançons également des actions dans le cadre d'événements exceptionnels, comme la grippe aviaire ou le chikungunya.

Les chirurgiens-dentistes peuvent donc trouver à l'INPES des ressources pour améliorer leur pratique, mais aussi des outils d'information, des enquêtes, des études, des évaluations, des baromètres, qui concernent le grand public et les professionnels de santé. En relais des campagnes de prévention, l'INPES édite des publications spécialement destinées aux professionnels. Ceux-ci peuvent enfin s'adresser aux services de téléphonie santé.

Il n'existe pas de document spécifique consacré à l'impact bucco-dentaire des addictions. Mais nous publions des documents relatifs aux addictions sous différentes thématiques, ainsi que des collections, assez variables selon les objectifs. Par exemple, les documents de la collection « Repères pour votre pratique » répondent, en quatre pages, aux principales questions qu'un praticien peut se poser, et donnent des éléments pour comprendre. Dans ce document, nous fournissons également des ressources de formation et des documents destinés à faire connaître les numéros de téléphonie santé. Ces différentes publications sont diffusées gratuitement aux professionnels, en particulier aux médecins généralistes, aux gynécologues et aux sages-femmes, mais aussi de plus en plus aux dentistes.

Nous diffusons les « Repères pour votre pratiques » quatre fois par an, le plus souvent en relais d'une campagne grand public. Ces documents sont également mis à disposition sur le site internet de l'INPES. Les professionnels peuvent également en commander directement auprès de l'Institut. S'agissant des addictions, il existe des éditions consacrées au tabac, à l'alcool et au cannabis.

Notre seconde collection, « Ouvrons le dialogue », est axée sur une démarche éducative destinée à favoriser l'échange, en consultation, entre le médecin et son patient. Ce dossier comprend un poster, un document pour le professionnel et deux documents patients, l'un pour faire le point sur la consommation, le second pour arrêter. Ces documents peuvent être commandés par les professionnels de santé, et livrés gratuitement. Ils sont également téléchargeables sur Internet. Il existe ainsi dans cette collection un dossier alcool et un dossier tabac.

Au-delà des publications destinées aux professionnels, l'INPES mène des campagnes d'affichage sur le tabac, l'alcool et le cannabis. Il publie plusieurs séries de brochures et de dépliants thématiques sur le tabac : *Le tabac et la loi*, *Les solutions pour arrêter de fumer*,

Je veux arrêter sans grossir, etc., l'alcool, le cannabis (le cannabis expliqué aux parents), les drogues (le livret Drogues et Dépendances). Ces documents permettent également de faire connaître les dispositifs qui existent, comme la ligne « Tabac-info-service, « Fil santé jeunes », Ecoute Alcool, Ecoute Cannabis. Ces numéros de téléphone d'information, anonymes et gratuits, sont destinés à conseiller les patients et les professionnels.

L'INPES a mis en place des sites Internet thématiques, qui offrent également un espace spécifiquement destiné aux professionnels. Enfin, l'Institut réalise des études, comme le baromètre santé, et met à la disposition des professionnels les pré-tests et post-tests des différentes campagnes de prévention, qui permettent d'évaluer leur efficacité.

Deux lettres bimestrielles, *Alcool actualités* et *Tabac actualités*, sont destinées aux relais d'opinion : réseaux, journalistes, professionnels de santé. Elles sont diffusées sur abonnement et sur le site internet de l'INPES. Une lettre d'information électronique gratuite, *Equilibres*, communique également chaque mois l'actualité des campagnes de l'INPES. Enfin, nous publions un bimensuel, *La santé de l'homme*.

L'INPES s'adresse donc aux professionnels par différents canaux : relations presse, publi-rédactionnel dans la presse spécialisée, e-mailing, mailing. Prochainement, nous publierons un mini-catalogue recensant l'ensemble des publications de l'INPES par thématique. Les professionnels doivent être informés en priorité des campagnes à venir et des thématiques développées par l'Institut.

Enfin, l'INPES lance des appels à projets sur différentes thématiques, et soutient des actions régionales en relais de ses campagnes nationales

Politique de prévention des conduites addictives à l'Education Nationale

De l'enseignement à l'Education

Docteur Jeanne-Marie URCUN
Médecin-conseil à l'Education Nationale,
Direction Générale de l'Enseignement Scolaire

Il serait bien sûr impossible de présenter l'ensemble de la politique de l'Education Nationale en quelques minutes. J'ai donc choisi de lancer quelques pistes de réflexion pour montrer comment a évolué le concept de prévention de façon générale dans la société, et de façon particulière à l'Education Nationale.

Se préoccuper de santé n'est pas un phénomène nouveau. A l'origine, on combat ce que l'on désigne comme les « fléaux sociaux » : la tuberculose, la syphilis ou l'alcoolisme. Face à ces maladies, la prévention passe toujours par la transmission du savoir et la mise en avant des dangers. On s'appuie alors sur le sentiment de crainte, de peur et de dégoût. Les campagnes de cette époque n'hésitent pas à mettre en scène « une famille de dégénérés », avec ce slogan : « la conduite tue la race ». L'information est médicalisée et fortement moralisatrice. Elle se transmet par les détenteurs du savoir (médecins, instituteurs) et prend la forme de cours, de leçons de morales basées sur des injonctions et des prescriptions (« il faut », « il ne faut pas », « c'est bien », « c'est mal »). Le public écoute, passif.

A la même époque, la publicité préconise pourtant : « Ne jamais prendre la route sans un verre de Cointreau »... On explique alors que l'âge moyen d'un buveur de vin est de 65 ans, et que le vin est « le lait des vieillards ».

Dans les années 1970, l'information est devenue moins médicalisée. Toutefois, on persiste, par exemple, à présenter aux élèves de CM2 un bocal contenant un poumon noirci, celui d'un fumeur. Cela semble pourtant rester inefficace : en 6ème, ces mêmes élèves commencent à fumer,... parce que pour eux, cela signifie « être grands ».... La prévention commence cependant à tenter d'agir sur les comportements. Elle est en grande partie prise en charge par les pouvoirs publics, s'adresse à l'ensemble de la population et utilise des moyens de communication de masse.

A la même époque, pourtant, le tabac reste omniprésent à la télévision, par exemple dans les émissions de Michel Polac, ou dans l'actualité, les hommes politiques continuant, sur les photos officielles, à poser, la cigarette aux lèvres.

En 1986, la Charte d'Ottawa formalise une évidence : on ne peut pas encourager un comportement favorable pour la santé auprès d'individus qui n'ont pas de quoi manger, dormir, se couvrir, ou se soigner. Cette charte introduit donc la notion de « promotion » de la santé, qui prend en compte non seulement les capacités physiques de l'individu, mais aussi ses ressources sociales et personnelles. Ainsi, la promotion de la santé ne relève plus seulement du secteur sanitaire. C'est une révolution. Les soignants ne sont désormais plus les seules personnes aptes à parler de santé. S'agissant de l'Education Nationale, les enseignants, qui suivent les élèves au quotidien, peuvent parler de santé et de manière plus positive. Le message dépasse la notion de vie saine pour aborder celle du bien être.

Un dernier problème subsiste : comment faire passer des arguments en faveur d'une vie « saine », alors que les messages des publicitaires adoptent justement les archétypes auxquels sont sensibles les publics que l'on veut atteindre...Evoquer l'aventure, l'amour, les grands espaces et la vie saine du cowboy pour... vendre des cigarettes (à l'exemple de Marlboro) prive les professionnels de l'éducation à la santé des arguments porteurs en faveur d'une vie...sans cigarettes.... C'est pourquoi interdire ou limiter certaines publicités est devenu indispensable pour qu'une politique de prévention ait plus de chance d'être efficace.

Aujourd'hui, on parle d'éducation à la santé comme d'un outil de promotion de la santé. Elle encourage les bons comportements en considérant les besoins et les demandes. Il faut par exemple prendre en compte le besoin des jeunes adolescents de se sentir grands. Proposons-leur autre chose que le tabac pour montrer qu'ils sont grands, pour les aider à construire une image positive de ce statut de « grand » qu'ils recherchent... Cette éducation à la santé passe par la participation du public lui-même. Les sujets doivent être actifs, pour réfléchir sur les raisons qui les poussent à consommer, que ce soit du tabac, de l'alcool, ou autre...

La société s'est aussi imposé une certaine cohérence, en adoptant des lois sur la publicité des produits tels que le tabac ou l'alcool. Non sans difficultés : la loi Evin de 1991 n'a eu ses derniers décrets d'application qu'en 2005. Le gouvernement affiche désormais une volonté claire de lutter contre les addictions, avec notamment le plan de lutte contre les toxicomanies. Les pouvoirs publics construisent des lois qui, certes, interdisent, mais surtout protègent. L'Education Nationale accompagne cette démarche par l'élaboration d'outils spécifiques au public des jeunes dont elle a la charge. Les projets lancés définissent des objectifs et dressent un état des lieux, en prenant en compte les besoins spécifiques du public visé. Il faut s'adresser à la personne dans son ensemble, dans son environnement, sans se contenter de faire des interventions de prévention spécifiques à chaque addiction.

L'ensemble de la communauté éducative participe à l'élaboration des projets d'éducation à la santé. Les professionnels de santé tiennent alors un rôle d'experts. Ils soutiennent une démarche menée par les enseignants, qui sont directement en contact avec les enfants. Tous les partenaires doivent pouvoir participer, mais dans une certaine cohérence, si ce n'est une cohérence certaine ! Se développe alors une politique au comportement responsable, qui vise avant tout la construction de l'élève. Au-delà des savoirs et des savoir-faire, il s'agit d'apporter une réflexion sur le savoir-être, en développant des compétences psychosociales qui participent à la formation d'un citoyen acteur.

Je vous renvoie à notre « petit livre rouge », « prévention des conduites addictives », qui décrit de façon détaillée notre méthode de travail avec les élèves, dès le CM2, démarche destinée à laisser les élèves exprimer leur éventuel besoin de consommer des produits comme l'alcool ou le tabac ou travailler avec eux sur le « pourquoi » de ce « besoin ».

Malheureusement, force est de constater que la prévention primaire, à l'image du temps qui lui est consacré dans cette journée face à la prévention secondaire, ne dispose sans doute pas de tous les possibilités qui lui serait nécessaires pour obtenir les résultats pourtant souhaités par l'ensemble de la société.

P.S. le guide « prévention des conduites addictives » peut être consulté sur le site du Ministère de l'Education Nationale

Accompagnement vers les soins dentaires pour les polytoxicomanes marginalisés

Monsieur Olivier ROMAIN

Directeur du centre spécialisé de soins aux toxicomanes du CMSEA

Je vais vous raconter l'histoire de notre structure. Il ne s'agit pas de l'élever en modèle. C'est une expérience, un exemple parmi d'autres. Le centre spécialisé de soins aux toxicomanes (bientôt renommé en Centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions) que je dirige depuis 17 ans compte aujourd'hui 67 salariés (48 équivalents temps plein), répartis sur 9 sites d'intervention différents. Nos équipes de prévention touchent 15 000 jeunes, et mènent des actions primaires dans le domaine bucco-dentaire. Parmi nos activités, on peut également citer l'accueil précoce, les consultations cannabis, les services de soins, les équipes de thérapie familiale, les centres méthadone. Nous gérons trois centres d'hébergement individuel et un Centre d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CARUD).

Notre centre de soins accueille 2 000 personnes par an. C'est un dispositif médico-social qui prend en charge la personne dans sa globalité, avec tous ses problèmes médicaux, socio-éducatifs, psychologiques et familiaux. Nous accompagnons cette personne tout au long de son parcours, souvent chaotique, parfois pendant plusieurs années, avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire, qui comprend un dentiste.

Le CARUD permet d'accueillir les publics « bas seuil », c'est-à-dire les plus marginaux. Il est situé au cœur de Metz, dans la même maison depuis 1972. C'est un lieu sécurisant, convivial, où l'on aide les plus précaires dans leurs difficultés : toxicomanie, alcoolisme, pathologies multiples. Nous apportons des réponses adaptées et évolutives selon les individus. Cette démarche pragmatique s'étale dans le temps : en moyenne, un individu est suivi pendant 6 ans.

Notre CARUD accueille environ 450 personnes par an, tous très marginalisés, vivant pour la plupart dans la rue ou dans des squats. Selon la définition française, la toxicomanie résulte de la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel. Elle ne peut donc pas se réduire au résultat d'une relation linéaire entre une drogue et un individu. Elle consiste en une interaction complexe et multifonctionnelle. On ne peut donc pas parler de la cavité buccale d'un individu toxicomane en oubliant la complexité des interactions de son histoire, de son quotidien, de sa réalité, au risque de condamner à l'échec de toute tentative de soins.

Deux femmes médecins généralistes travaillent au CARUD depuis quinze ans. Lors de chaque consultation, elles demandent depuis longtemps à leurs patients d'ouvrir la bouche. Elles ont constaté qu'environ 80 % n'ont plus aucune capacité de mastication. A trente ans, nos patients n'ont en général plus de molaires. Il leur reste encore parfois quelques canines ou incisives. La consommation des produits réduit la sécrétion salivaire. La précarité rend difficile une alimentation équilibrée.

Nos équipes ont tenté de faciliter l'accès aux soins dentaires. Plusieurs dentistes ont accepté de proposer des soins à nos patients. Quelques prises en charge ont été tentées, notamment grâce au fauteuil mis à disposition par Médecins du monde. Certaines ont plus ou moins réussi.

Lucie Marchant a rejoint notre établissement en 2000, grâce à un contrat emploi-solidarité. Cette dentiste ukrainienne a connu quelques expériences avec des toxicomanes à l'hôpital où elle a débuté, dans son pays. Ne pouvant exercer en France, elle a suivi au sein de notre établissement une formation d'éducateur spécialisé. Dès 2000, elle devient porteuse d'un projet pour le CARUD. En termes de prévention, elle distribue des brosses à dents et des échantillons de dentifrice, affiche des grands panneaux explicatifs. Surtout, elle parvient à mobiliser l'ensemble de l'équipe, jusque-là assez clivée sur les questions bucco-dentaires. Depuis 7 ans, elle a impulsé un véritable processus d'évaluation des besoins, destiné à définir la meilleure approche de ces problématiques. Nous avons relevé l'importance d'un partenariat avec la CHR local et les autres services hospitaliers. Seuls les professionnels qui s'engagent à plusieurs peuvent réussir à ouvrir des projets constructifs et opérants.

Nos propres équipes ont dû dépasser leurs réticences, leurs représentations. Il a été difficile de mobiliser les dentistes de la CPAM, qui ont avant tout pensé aux complications que pouvaient apporter ces nouveaux patients dans leur pratique quotidienne : impatience en salle d'attente, rendez-vous oubliés, problèmes d'hygiène, non-paiement des consultations, agressivité, animaux domestiques, etc. Il aurait donc fallu qu'ils adaptent leurs horaires pour recevoir sur un temps donné ces patients toxicomanes, afin de prendre le temps de les écouter.

Du côté des patients, il a également fallu gérer la peur du dentiste. La plupart n'ont jamais été habitués à se brosser les dents, parce que leur famille ne les a jamais emmenés chez le dentiste. Ils considèrent souvent que la situation est irrémédiable, et qu'il est impossible financièrement de les soigner. De plus, leur douleur les incite à continuer leur consommation de produits.

Il y a deux ans, nous avons lancé une action fédérée entre la clinique dentaire de la CPAM de Metz et le CSST des « Wads ». Au sein de la clinique dentaire, située à 200 mètres de notre lieu d'accueil, tous les fauteuils ne sont pas utilisés. La CPAM considère que les publics précaires contribuent à produire des dépenses de santé importantes, ce qui a justifié leur engagement dans ce projet. Un financement, modeste en 2006, puis plus conséquent en 2007 (25 000 euros), apporté dans le cadre du groupement régional de Santé Publique (GRSP), nous a permis de donner une ambition plus grande à ce projet.

Nous avons recherché des praticiens prêts à rejoindre ce programme. Laurence Antzack a accepté de fermer son cabinet un après-midi par semaine. Nous l'avons embauchée comme salariée, en CDD d'un an, trois heures par semaine. Sa rémunération a été basée sur celle d'un praticien hospitalier. Laurence a l'expérience de quelques missions humanitaires au Burkina Faso, avec Médecins du monde. Surtout, elle souhaitait sortir de l'isolement du cabinet, pour vivre une expérience en équipe. Pour elle, les enjeux de ce projet sont multiples : répondre à des besoins non pris en compte, avoir un impact sur les autres praticiens, rendre possible et visible ce que tout le monde croit impossible. Sa pratique a dû s'adapter à chacun des patients.

Accompagner ces grands marginaux vers les soins bucco-dentaires, c'est avant tout établir un diagnostic des besoins. Voici les principaux constats relevés par l'équipe du CARUD. Les patients manquent d'hygiène corporelle. Ils ont mauvaise haleine, bavent, postillonnent, et ont des difficultés à articuler. Ils ont honte et ne sourient pas. Ils cachent leurs dents cassées avec leur main ou leur casquette. Leur éventuelle agressivité cache souvent une peur. Surtout, ils ont une image très négative d'eux-mêmes. Ils ne mangent ni viande, ni légumes, ni fruits. Les maladies de la bouche et de la gencive sont fréquentes, sans compter tous les problèmes gastriques. Généralement, ils ne parlent pas de leur santé bucco-dentaire, sauf pour demander un antalgique. Il n'est pas rare qu'ils s'arrachent eux-mêmes des dents et qu'ils percent leurs abcès. Ils vivent le plus souvent en décalage complet avec leur environnement, et développent des rapports très particuliers avec les autres, avec l'espace et le temps, ou encore avec leur corps. Ils sont coupés du monde, d'où la difficulté de fixer un rendez-vous avec eux.

Inverser ces processus de marginalisation n'est pas facile. L'équipe, et notamment Lucie, s'est efforcée, partant de ces constats, de trouver un élément, un événement permettant de créer un lien, d'établir la confiance. Il faut toujours agir en souplesse, savoir s'adapter, tout en maintenant le patient dans un cadre qui le structure progressivement. Ce lien social passe par la parole, mais aussi par les actes. Il faut entrer en contact, rester disponible, écouter, prendre en charge et soutenir. Il faut devenir acteur de cet accompagnement. Nous proposons une douche, une alimentation adaptée. Nous disposons d'un restaurant pédagogique. Une grande mobilisation est donc nécessaire à la réussite de cette prise en charge.

Le lundi après-midi, jour de consultation, les chiens restent sous la garde des éducateurs au CARUD, et Lucie accompagne les accueillis à la clinique. Elle prévoit en général huit patients, pour qu'au moins quatre ou cinq soient présents. Parfois, trois viennent. D'autres fois, les huit sont là. Laurence s'adapte. Lucie et Laurence travaillent ensemble, toutes les deux autour du fauteuil, avec une assistante. Lucie parle beaucoup avec le patient. Laurence arrache beaucoup de dents. Il s'est créée entre ces deux femmes une véritable alchimie. L'action de Lucie a touché environ 200 personnes sur un an. Parmi elles, 65 ont bénéficié de soins sérieux.

Les résultats ont été rapidement probants. Ils ont changé la vie de nos patients, et ceux-ci nous ont remerciés. Le soin a pu déclencher un début de réhabilitation, conduisant à long terme à une réinsertion. En 25 ans, j'ai rarement un déclencheur aussi significatif. Se nourrir, mettre fin aux souffrances, être soigné, considéré, permet une prise de conscience. Une relation de confiance est un préalable à la reconstruction d'un projet de santé. Nos patients reprennent alors confiance en eux.

Un an après le début de cette expérience, nous en tirons un bilan très positif. Nous avons démontré sa faisabilité et son intérêt. Laurence Antzack, au terme de son contrat, va rejoindre son cabinet. Elle réservera désormais un après-midi par semaine aux patients que suit Lucie, sur le même principe que précédemment. Pour les soins qui nécessiteront plus de temps, un dentiste de la CPAM va prendre le relais. Laurence a montré le chemin, les autres vont la suivre.

Dans le cadre de ce projet, la CPAM s'est associée à d'autres caisses. Les caisses minières, par exemple, nous donnent un coup de pouce et proposent ponctuellement de trouver des aides sociales pour les prothèses. Le projet fait tâche d'huile. Des projets de formation et de soutien destinés aux dentistes intéressés sont envisagés. D'autres hôpitaux ouvrent leurs portes, comme le comité d'hygiène bucco-dentaire.

L'important est de ne pas rester isolé. La loi de lutte contre l'exclusion, adoptée en 1998, rappelle que le droit à la santé fait partie des droits de la personne, et l'OMS considère que soigner, c'est prendre soin de l'autre. Je vous remercie de bien vouloir applaudir Lucie, Laurence, et tous les accueillis qui s'en sortent.

Précarité réseaux Ville-Hôpital

Docteur Anne-Marie GRIMOUD
Maître de conférences – Praticien Hospitalier

Faculté de Chirurgie Dentaire et CHU de Toulouse

Le réseau de soins que je vais vous présenter est destiné aux personnes en difficulté, en précarité, qui n'ont pas, pour la plupart, de couverture sociale. Ce dispositif est né d'un constat : les personnes en précarité ne viennent voir les professionnels de santé qu'en situation d'urgence, d'où la difficulté d'assurer un suivi des soins.

Nous avons donc créé le Réseau d'Ontologie Sociale et Humanitaire (ROSH). La démarche vise à aller vers le patient. Praticiens hospitaliers et étudiants se rendent sur des sites médico-sociaux, en ville, afin d'encourager l'accès aux soins. Par leur discours, ils tentent de valoriser et de dédramatiser les soins. En général, ces personnes ont très peur d'aller chez le dentiste. La mission première que nous nous sommes fixée est donc celle de l'information, de l'éducation et de la prévention. Le dépistage leur est proposé.

Nous avons édité plusieurs fascicules. L'un d'eux localise les différents sites sur un plan de Toulouse. Un autre, intitulé « Vos dents », est destiné à l'information. Nous avons également édité un guide en plusieurs langues. Par ailleurs, nous recueillons des données sur les patients que nous rencontrons dans un fichier informatique.

Au cœur du dispositif, nous avons mis en place une permanence d'accès aux soins (PASS), conformément à la loi contre l'exclusion. Il est possible d'accéder à ce dispositif directement, ou par le biais du réseau d'amont. Ce dernier est composé de partenaires associatifs (Médecins du monde, les associations d'aide aux toxicomanes, etc.), de deux sites hospitaliers, et du secteur municipal de santé (le restaurant social de Toulouse par exemple). Nous menons sur ces sites, avec les étudiants, des actions de conseil, de dépistage et de prévention. Les patients peuvent être ensuite orientés vers la permanence d'accès aux soins (PASS).

Au sein de la PASS, les patients rencontrent une conseillère à l'économie sociale et familiale, qui vérifie leur couverture sociale et leur ouvre des droits, dans la mesure du possible. Seuls les soins d'urgence et premiers traitements de prévention sont pratiqués sur place. Nous prenons ensuite nous-mêmes rendez-vous, et nous orientons ces patients vers le secteur hospitalier ou vers l'une des huit cliniques de la Mutualité Française avec qui nous avons passé une convention. Nous recevons enfin un retour sur les interventions menées.

Par exemple, nous avons reçu récemment un patient âgé de 50 ans qui avait perdu son emploi depuis 10 ans et présentait une addiction éthilique et tabagique. Il souffrait d'un gros abcès qui atteignait la paupière supérieure et venait d'être refusé pour des soins au motif qu'il ne bénéficiait d'aucune couverture sociale. Les soins d'urgence ont été pratiqués à la PASS, des droits ont ouverts et il a ensuite été orienté vers la Mutualité Française. Par le retour, je sais qu'il suit ses soins depuis deux mois.

Parmi les patients que nous accueillons, 58 % présentent un ou plusieurs facteurs de risque. Tous fument : 33 % fument uniquement, 16 % fument et consomment des drogues illicites, 16 % consomment du tabac et de l'alcool, 7 % consomment les trois réunis. Une grande partie d'entre eux sont étrangers, c'est pourquoi nous disposons d'un guide multilingue. Néanmoins, beaucoup sont originaires de pays francophones : l'expression en français est correcte dans 70 % des cas.

Dans 56 % des cas, les patients, lorsqu'ils arrivent à la PASS, ne bénéficient d'aucune couverture sociale, 26 % bénéficient de la CMU, 4 % de l'Aide médicale d'Etat. Un tiers des patients pourraient donc accéder aux soins. La couverture sociale ne suffit pas à provoquer une démarche de recherche de soins. Enfin, 11 % sont inscrits à la sécurité sociale, mais n'ont pas suffisamment de moyens pour cotiser à une complémentaire santé.

Environ 40 % des patients qui se présentent à la PASS y sont orientés par le réseau ROSH. Les autres viennent par le bouche à oreille. Dans la majorité des cas (55 %), le patient vient pour une urgence. Généralement, les personnes accueillies sont âgées de 16 à 40 ans. Entre 26 et 55 ans, nous recevons beaucoup moins de femmes que d'hommes. L'addiction conduit à la marginalisation, et cela se ressent dans la situation d'hébergement de nos patients. A l'exception de 16 % qui occupent une location, les autres ne disposent pas de logement. Ils vivent dans des camions, des squats ou dans des structures médico-sociales. Ils occupent très rarement un emploi et 13 % sont étudiants. Ces derniers, dans certains cas, peuvent bénéficier de la CMUc. Par ailleurs la plupart n'ont suivi aucun soin depuis 5 ou 10 ans, d'autres n'ont jamais été examinés par un dentiste.

L'indice CAO moyen s'élève à 16, ce qui signifie que nos patients présentent en moyenne 16 dents atteintes (cariées, absentes ou obturées), avec en moyenne 5 caries, 6 dents absentes et 5 dents obturées. 86 % présentent des caries et 86 % ont des dents absentes.

Cette expérience montre l'importance d'établir un contact avec les plus marginaux. Les personnes que nous accueillons suivent, pour la plupart, leurs soins. Notre initiative est efficace parce qu'elle est coordonnée : seuls, nous ne pouvons rien. Lorsque nous ne sommes pas sur les sites, les éducateurs et les infirmières prennent le relais. Il faut enfin adapter l'offre de soins. Par exemple, le sans rendez-vous doit être favorisé, parce qu'il est particulièrement adapté à cette population, qui ne sait pas le matin où elle va dormir le soir.

La mission de l'OFT en prévention du tabagisme

Docteur Joëlle VISIER

Directeur Scientifique de l'Office Français de prévention du Tabagisme

L'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT) est une association de loi 1901, créée il y a près de 10 ans et présidée par le Professeur Bertrand Dautzenberg. L'OFT a pour objectif la recherche, le développement et la mise en œuvre des moyens nécessaires à la lutte contre le tabagisme. Cet organisme travaille en partenariat avec des acteurs institutionnels publics ou privés, dans une approche globale du tabagisme. Il s'agit de prendre en considération l'environnement de la personne. Nous travaillons donc avec la Direction Générale de la Santé (DGS), la CRAMIF, la CNAMTS, la MILDT, l'INPES, mais aussi avec des entreprises privées. Nous menons des actions de prévention, d'éducation, d'information, de formation initiale et continue, ainsi que des missions d'épidémiologie et de vigilance réglementaire.

Notre stratégie d'aide à l'arrêt se décline en entreprise par un programme spécifique. Nous tentons, dans un premier temps, de fédérer les acteurs principaux de l'entreprise, au sein d'un comité de pilotage composé de représentants de la médecine du travail, des salariés et de la Direction. L'objectif est de dresser un état des lieux, de travailler au respect des derniers décrets de la loi Evin, et d'encourager l'entreprise à soutenir ses salariés dans un processus d'arrêt. Une démarche de sensibilisation est lancée, sous la forme d'une exposition qui, outre les méfaits du tabac, met en valeur les bienfaits de l'arrêt. Nous présentons également un certain nombre de stratégies d'arrêt. Des tabacologues viennent chaque jour sur les stands à l'heure du déjeuner, à la rencontre des fumeurs et des ex-fumeurs. Par ailleurs, nous organisons des conférences-débats sur le lieu de travail, auxquelles participent la direction et les salariés. Nous procédons par étapes, en fonction de la demande du comité de pilotage. Nous travaillons surtout à susciter la motivation de l'arrêt. Dans le cadre du sevrage, des consultations individuelles peuvent être suivies pendant plusieurs mois en entreprise. L'OFT a mené ces actions entre autres, à la RATP, à EDF et à la Société Générale.

Le second versant de notre action s'adresse aux personnes défavorisées. Ces populations présentent des problématiques complexes : chômage, isolement social, perte d'estime de soi. Nous tentons d'insérer nos initiatives dans une continuité avec l'action des acteurs sociaux qui travaillent au plus près de ces personnes en précarité. Nous sommes notamment intervenus, avec le soutien de la DGS, auprès des Compagnons d'Emmaüs et de l'Armée du Salut, en délivrant des substituts nicotiques gratuitement.

L'OFT gère la ligne « Tabac-info-service », créée en 1998 comme relais des campagnes d'information sur le tabac. Depuis les années 2000, des tabacologues ont rejoint le dispositif. Ceux-ci ont une écoute plus « pointue » des demandes d'arrêt. Depuis 2003, le numéro de cette ligne, le 0825 309 310, est mentionné sur les paquets de cigarettes. Depuis 2004, le pôle ressources de « Tabac-info-service » a été étendu et s'adresse désormais aux professionnels de santé qui souhaitent obtenir un éclairage sur les produits ou les méthodes d'arrêt.

Les missions de formation de l'OFT se déclinent en deux volets. La formation professionnelle continue s'adresse particulièrement aux médecins du travail, qui voient un grand nombre de salariés régulièrement, et aux médecins généralistes. Des séminaires et

des colloques sont également organisés en direction des professionnels de santé : sages-femmes, infirmières, chirurgiens-dentistes... Des actions de formation initiale sont également menées dans les unités territoriales, où nous formons les personnels de protection maternelle infantile, mais également auprès des élèves infirmiers et des élèves sages-femmes. L'objectif est d'apprendre à parler à un fumeur pour susciter une motivation d'arrêt.

Dans le cadre de notre mission d'information, de documentation et de communication, nous réalisons, sous l'égide de l'INPES, un certain nombre de documents à destination du grand public et des professionnels. Nous éditons notamment un annuaire des consultations de tabacologie, qui permet à n'importe quel professionnel de santé d'orienter son patient vers le tabacologue le plus proche, qu'il travaille à l'hôpital, dans un centre d'addictologie ou dans un centre municipal de santé. Nous publions également des livrets destinés à l'information du grand public, sur des thèmes tels que « Le tabagisme au féminin », « L'aspect nutritionnel du tabac », ou « Le tabac chez les jeunes ».

L'OFT est aussi régulièrement interpellé par les pouvoirs publics, dans le cadre de sa mission de vigilance réglementaire. Actuellement, nous mesurons par exemple le niveau de toxicité de la fumée de chicha (narguilé), et donc le risque encouru. Nous menons également une enquête en médecine du travail sur la qualité de l'air en entreprise. Il semblerait que celle-ci se soit améliorée depuis l'entrée en vigueur des décrets d'application de la loi Evin.

Enfin, nous exerçons une veille sanitaire, portant sur les nouveaux médicaments d'aide au sevrage tabagique. L'objectif est d'informer le grand public sur leur efficacité et de pointer d'éventuelles « arnaques ».

Après des chirurgiens-dentistes, nous souhaitons mener des actions spécifiques. Courant 2007, une campagne a été lancée, avec le soutien d'une subvention de la DGS, pour améliorer la prise en compte du tabagisme par les dentistes. Un guide a été réalisé. Il contient un certain nombre de conseils pour accompagner les patients vers l'arrêt. L'OFT va également créer des formations courtes destinées aux chirurgiens-dentistes. D'autre part, nous souhaitons inciter les tabacologues à parler de la santé bucco-dentaire avec les fumeurs et à les aiguiller vers les cabinets dentaires. Il faut conjuguer tous les efforts, c'est pourquoi l'OFT soutient les dentistes qui souhaitent pouvoir prescrire des traitements d'aide au sevrage tabagique et qui demandent leur remboursement.

Table ronde

La place des professionnels de santé dans la lutte contre les pratiques addictives

Avec la participation de :

*Professeur Denis BOURGEOIS,
PU Lyon*

*Docteur Julien EMMANUELLI,
Délégué Général de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie*

*Docteur Benoît FLEURY,
Vice-Président de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie*

*Monsieur Pascal MELIHAN-CHEININ,
Chef du bureau des pratiques addictives de la Direction Générale de la Santé*

*Madame Marianne PERREAU-SAUSSINE,
Chargée de mission à l'INCa*

Monsieur Maurice RONAT, Vice-Président de la Mutualité Française

La table ronde était animée par le Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA, Directeur du service de prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris.

Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA, CPAM

Au terme de cette journée, j'aimerais vous faire part d'un regret, d'un souhait, d'une évidence et d'une interrogation.

Marcel Ruffo disait : « Autrefois, on éduquait les enfants, aujourd'hui on essaye de les comprendre. » Cela implique de jouer un rôle sociétal, mais aussi de participer à une certaine éducation des parents. Force est de constater que les efforts des uns et des autres ne sont pas toujours concordants. Je le regrette.

Un parlementaire français, toujours en exercice, a un jour produit l'aphorisme suivant : « Les drogues illicites devraient être interdites. » Nous en retenons l'esprit, si ce n'est la lettre. C'est également mon souhait.

Une évidence : les prothèses ne sont pas faites pour les chiens, même si les chiens ont eux-mêmes des problèmes dentaires.

Nous avons pu nous rendre compte, à travers toutes ces présentations, combien l'état de santé bucco-dentaire est un marqueur de l'état social et médical général. Devant l'importance du soin dentaire, il convient donc de s'interroger sur le degré de distanciation des médecins vis-à-vis de la sphère bucco-dentaire, et sur les moyens trop limités accordés aux PASS des chirurgiens-dentistes, qui offrent des soins d'une très grande qualité. Leurs relations avec les médecins traitants ne sont pas toujours faciles. Deux professionnels, qui pourtant agissent dans le même sens, ne communiquent pas toujours. Il est essentiel d'augmenter les ressources en formation, en outils, en termes d'éducation à la santé. Au sein du dispositif de lutte contre les addictions, chacune des institutions représentées ici doit prendre une place.

**Madame Marianne PERREAU-SAUSSINE,
Chargée de mission à l'INCa**

Nous travaillons, à l'Institut National du Cancer, sur le repérage précoce des lésions précancéreuses par les chirurgiens-dentistes. Le cancer de la cavité buccale touche 15 000 nouveaux patients chaque année, et provoque 5 000 décès par an. En la matière, la France occupe la première place au niveau européen, avec de très forts taux de mortalité dans l'Est et le Nord du pays. Les facteurs de risques principaux sont la consommation de tabac et d'alcool, en particulier lorsque les deux sont conjugués.

A l'occasion de notre participation au colloque de l'UFSBD en 2005, sur le cancer et les chirurgiens-dentistes, nous avons mené une étude sur les besoins de formation des chirurgiens-dentistes en matière de repérage précoce des lésions précancéreuses. Il est apparu que près de 85 % considéraient qu'ils devaient se charger du repérage des lésions buccales, mais que 6 sur 10 n'avaient pas la formation suffisante. Nous souhaitons donc développer plusieurs axes de formation et de sensibilisation, pour que les 42 000 chirurgiens-dentistes français, qui examinent près de 500 000 personnes chaque jour, puissent être mieux formés au repérage précoce.

**Monsieur Pascal MELIHAN-CHEININ,
Chef du bureau des pratiques addictives à la DGS**

Au titre de chef du bureau des pratiques addictives, j'ai participé, en février dernier, à une grande réunion organisée par l'UFSBD et l'INCa sur le cancer et la santé bucco-dentaire. Cela a été l'occasion de souligner combien la santé bucco-dentaire est un déterminant de la santé générale du patient.

La politique des gouvernements passés, notamment depuis 2003, a été extrêmement vigoureuse. Au 1er janvier 2008 entrera en vigueur la seconde phase d'interdiction de tabac, qui portera sur les lieux de convivialité (bars, cafés, restaurants, hôtels, etc.). Cela participe d'un processus de dénormalisation du tabac, dans une société qui a payé un lourd tribut : 65 000 décès par an et une nette augmentation de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes. A l'étranger, plusieurs programmes en direction des fumeurs ont déjà mobilisé les chirurgiens-dentistes. Il y a quelques années, le National Cancer Institute américain a édité une plaquette destinée aux chirurgiens-dentistes et portant sur le sevrage tabagique.

Que fait-on en France ? L'enquête citée par Madame Perreau-Saussine montre bien que les chirurgiens-dentistes sont exemplaires dans leur comportement. Le rôle des professionnels de santé dans la dénormalisation du tabac est capital. L'indicateur majeur, la prévalence du tabac dans notre société, reste extrêmement préoccupant. Il convient donc de renouveler ou d'accroître la vigueur de certains outils de lutte contre le tabac, avec une implication élargie des professionnels concernés.

S'agissant de l'alcool, il est très important de prendre en compte les rapports de force. En 2004, la loi relative à la politique de Santé Publique a fixé un objectif de décroissance de la consommation moyenne d'alcool en France. Cet objectif a été contesté par les producteurs d'alcool, qui préfèrent fixer des sous-objectifs ciblant certaines populations ou certains comportements. Or les épidémiologistes expliquent que les comportements les plus abusifs évoluent de manière parallèle à l'évolution de la consommation moyenne. Depuis la fin des années 1960, les ventes d'alcool en France ont diminué de 40 %. La mortalité liée à la consommation d'alcool a baissé de 40 % depuis 1980.

L'année 2004, dans un contexte de crise viticole, a connu d'intenses débats au Parlement. En parallèle, des actions de la société civile ont été menées, notamment vis-à-vis des femmes enceintes. Celles-ci ont conduit au pictogramme qui sera désormais apposé sur les bouteilles d'alcool. On observe donc un retour de l'alcool dans les débats de Santé Publique.

Le Ministère de la Santé a organisé des Etats généraux de l'alcool avec l'INPES, à l'automne 2006. Ceux-ci doivent conduire à une relance de la politique de Santé Publique en matière d'alcool. Au cours de forums citoyens menés dans les régions, les Français ont exprimé leur attente d'une politique plus vigoureuse sur le risque alcool.

Docteur Julien EMMANUELLI, Délégué Général de la MILDT

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie a un rôle d'impulsion et de coordination de la politique gouvernementale en matière de lutte contre les addictions. Cette mission se décline en différents volets : la prévention, le soin, l'application de la loi.

En matière de cannabis, par exemple, la loi n'est pas appliquée. Les 80 000 interpellations menées chaque année débouchent régulièrement sur un simple rappel à la loi, sans aucune sanction. La loi interdisant le cannabis portait à l'origine sur l'héroïne et prévoyait des alternatives à la prison et des soins. Ce dispositif n'est plus adapté au cannabis, qui connaît 5 millions d'expérimentateurs, 1,2 million d'usagers réguliers et 550 000 usagers quotidiens. Pourtant, les effets du cannabis sont réels : risque accru d'accident, déficit de vigilance et dans certains cas, problèmes psychiatriques. Ce n'est pas un produit anodin : une corrélation a été établie entre la consommation intensive de cannabis et des troubles psychiatriques lourds, chez des patients prédisposés. Nous ne disposons pas d'outils juridiques adaptés pour y faire face.

Le volet sanitaire des actions de la MILDT suit le plan addictions lancé par le Ministère de la Santé. Un nouveau plan sera prochainement élaboré. Il doit s'inspirer de l'expérience des acteurs de terrain : associations, professionnels de santé, acteurs de l'économie sociale. La MILDT a pour mission de coordonner les actions des différents ministères, ce qui n'est pas toujours facile. Les approches peuvent être différentes, par exemple entre addictologues et policiers.

Les liens entre consommation de drogues et dégradation de la santé bucco-dentaire existent, mais ces effets sont, comparativement, moins graves que d'autres formes de comorbidité, infectieuses ou psychiatriques. Toutes les publications sur le sujet distinguent, d'une part, l'effet propre du produit et d'autre part, les effets indirects, liés au mode de vie des usagers : négligence pour la santé, perte d'estime de soi, difficultés d'accès au soin. Certains problèmes visent directement les dents : caries, fractures, perte des dents, atteinte de l'émail par la cocaïne, parodontite, gingivite. L'héroïne ayant des vertus analgésiques, le consommateur ne sent pas toujours sa carie. Enfin, par négligence, la méthadone peut également provoquer des caries, car ce sirop est très sucré.

En quoi la MILDT peut-elle aider à faire émerger une culture commune dans le cadre de la lutte contre les addictions, en matière bucco-dentaire ? La MILDT soutient les démarches de prévention primaire et le repérage précoce des usages problématiques. Elle encourage donc la mise en valeur de ce nouveau point d'entrée dans le dispositif de lutte contre les addictions, et soutient la dynamique de réseau initiée entre addictologues et chirurgiens-dentistes. Dans la mesure de ses moyens, la MILDT favorisera la diffusion d'informations susceptibles d'entretenir un lien entre les différents professionnels impliqués, ou souhaitant s'impliquer, dans la prévention et le soin.

S'agissant du soin, il serait peut-être pertinent de mettre en place un axe spécifique aux comorbidités liés à l'usage de produits psycho-actifs, qui prendrait en compte les répercussions sur la santé bucco-dentaire. Au-delà, il convient de prendre en considération les conséquences sociales : il est plus difficile de réinsérer une personne édentée. Cet aspect peut permettre à la MILDT d'engager sa mission de coordination interministérielle, entre santé et social. Enfin, il est indispensable de soutenir la recherche, pour une meilleure connaissance des répercussions bucco-dentaires des addictions, mais aussi pour une évaluation des prises en charge existantes.

Monsieur Maurice RONAT, Vice-Président de la Mutualité Française

La Mutualité Française est à la fois un assureur complémentaire et un offreur de soins. En tant qu'assureur, nous avons beaucoup adapté notre couverture à l'évolution des métiers de la santé bucco-dentaire : 15 % des remboursements des mutuelles concernent ce domaine. Le régime obligatoire ne rembourse en moyenne que 30 % des dépenses dentaires. Les mutuelles doivent s'y adapter, car sans complémentaire, les patients ne suivent pas leurs soins.

Le parcours de santé mutualiste est parti d'un constat : le patient a de meilleures chances d'être bien soigné s'il frappe à la bonne porte. Nous avons travaillé sur deux axes principaux : le cancer et la cardiologie. Puis, nous avons étendu ce travail aux addictions. Sur le terrain, nous avons organisé de nombreuses conférences et mis en place un réseau entre les différents secteurs, ainsi qu'une plateforme téléphonique.

Les organismes complémentaires ont l'obligation de mener des actions de prévention. Nous travaillons notamment sur l'aide au sevrage tabagique. Il est important que les professionnels de santé soient impliqués dans la définition des axes de prévention. Nous réfléchissons également au meilleur moyen de détecter les personnes en retard de soins ou en manque de soins. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a doublé en un an. La coopération avec les Caisses primaires est essentielle car nous pensons que réinsérer les personnes dans le circuit permet une meilleure efficacité de la prévention.

La Mutualité Française gère des cabinets dentaires, et souhaite travailler à une meilleure relation avec le médecin traitant, pour un meilleur dépistage. A Saint-Etienne, nous avons mis en place un centre de traitement de l'alcoologie. Très souvent, alcool et drogues vont de pair. C'est pourquoi nous souhaitons étendre les activités de ce centre au traitement de l'ensemble des addictions, en incluant un cabinet bucco-dentaire chargé du dépistage.

Docteur Benoît FLEURY, Administrateur à la SFA

La Société Française d'Alcoologie (SFA) a été créée en 1978. Parmi ses 1 200 adhérents, on compte de nombreux addictologues, mais aussi quelques dentistes. La SFA organise plusieurs fois par an des réunions scientifiques, participe à des conférences sur le sevrage et l'accompagnement des personnes en difficulté. Nous travaillons également à l'élaboration de protocoles d'évaluation des pratiques professionnelles. Enfin, nous avons été sollicités pour participer à la mise en place du plan addictions, qui a ouvert des perspectives intéressantes.

Toutefois, nous exprimons notre inquiétude sur la question de la prévention. Seuls 6 % des dépenses de santé publique y sont consacrés. Des Etats généraux de l'alcool ont été organisés, des groupements régionaux de santé publique ont été créés. Il est aujourd'hui essentiel d'exercer, au niveau régional, un lobbying efficace destiné à augmenter ces crédits de prévention.

Professeur Denis BOURGEOIS, PU Lyon

En mai 2007, l'OMS a adopté la résolution 77, intitulée « Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des infections ». Ce texte, signé par l'ensemble des Ministres de la Santé, est un événement majeur. C'est la première résolution proposée dans le domaine dentaire depuis 25 ans. A l'époque, trois résolutions avaient été votées, notamment sur le rôle du fluor dans la prévention contre les caries.

Aujourd'hui, l'approche de l'OMS intègre la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire au domaine des maladies chroniques. Elle relève donc des facteurs de risque communs et interdisciplinaires, et recommande d'adopter une action transversale face à ces maladies chroniques. Cette résolution s'appuie notamment sur la résolution 58, portant sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool. Elle s'appuie également sur la promotion de la santé et des modes de vie sains, ainsi que sur les différents travaux menés dans le cadre des conventions-cadres de l'OMS pour la lutte anti-tabac.

La Commission européenne a suivi l'approche de l'OMS. Les orientations décidées à Lisbonne en juillet 2007 encouragent une stratégie, en matière de prévention bucco-dentaire, basée sur les facteurs de risque communs. Quarante indicateurs de la santé bucco-dentaire ont été définis. Ceux-ci sont directement liés à ceux déjà établis pour les maladies chroniques. Ont notamment été retenus : la proportion de fumeurs au sein de la population, la proportion de dentistes qui conseillent leurs patients en matière de sevrage tabagique, la morbidité (cancers, maladies parodontales) ainsi que la proportion de femmes qui ont reçu, durant leur grossesse, des messages de prévention de la part de leur dentiste.

Au niveau des stratégies internationales de Santé Publique, tout est donc mis en œuvre pour répondre à la problématique que pose aujourd'hui ce colloque.

Docteur GIORDANELLA

Nous avons évoqué la couverture complémentaire. N'oublions pas l'assurance principale. Toutes les pathologies liées aux addictions conduisent d'abord les patients à recourir au système de soins général.

L'Assurance Maladie mène des actions de prévention, en accord avec sa tutelle, le Ministère de la Santé. Elle développe les axes stratégiques des programmes gouvernementaux. Le Fonds national de prévention a vu sa charge et ses financements augmenter, notamment par le biais des groupements régionaux de santé publique. Xavier Bertrand a lancé le bilan bucco-dentaire à 6, 9, 12, 15 et 18 ans. La visite est totalement gratuite, de même que les soins consécutifs, s'ils sont effectués dans les six mois. A l'occasion de ces consultations, le chirurgien-dentiste peut aborder le sujet des addictions.

Les chirurgiens-dentistes constituent un levier d'action considérable. Chacun, dans son cabinet, peut développer la prévention et l'éducation. Les interrogations actuelles portent alors sur les outils, les moyens, le discours à adopter, les difficultés rencontrées et les résultats visés.

De la salle

Je suis chirurgien-dentiste au centre de santé d'Aubervilliers. La fréquentation de nos cabinets nous confronte quotidiennement à des problèmes liés aux addictions. Je travaille dans un établissement pluridisciplinaire, ce qui est une chance. Mais nous avons de réelles difficultés à assurer un véritable suivi des soins. En revanche, lorsque notre réponse correspond aux besoins, le bouche à oreilles est très efficace et nous amène une clientèle de plus en plus nombreuse. Il n'est pas toujours possible, compte tenu de nos moyens, de répondre à la demande.

De la salle

Je suis président du Comité d'hygiène bucco-dentaire du Tarn. J'aurais souhaité que soit traitée aujourd'hui, parmi les pratiques addictives, l'addiction au sucre, qui concerne particulièrement les chirurgiens-dentistes et contre laquelle il y a une lutte à mener. Comme pour l'alcool, les industriels du sucre poussent à la consommation de façon outrancière. Par ailleurs, j'aimerais vous faire part d'une remarque sur le contenu de l'examen bucco-dentaire. Sur les anciens formulaires, une case mentionnait le conseil en matière de tabagisme, le conseil en alimentation. Ces cases ont disparu, ce qui est dommage.

Docteur GIORDANELLA

Ce qui n'est pas écrit n'est pas interdit. Néanmoins, il est vrai que ces cases rappelaient que l'on pouvait élargir le discours. Ce grand programme de consultations affiche néanmoins une volonté claire d'encourager la pratique régulière d'un soin dentaire. Les professionnels sont placés au cœur du dispositif. Le dentiste est toujours associé à la douleur, il est donc difficile de faire passer le message contraire. Cette grande campagne vise à remettre le soin dentaire au centre des actions de prévention. Elle vise à créer une habitude de consultation en amont des problèmes, avant le stade de la douleur. L'assurance maladie est une assurance solidaire. Cet objectif d'équité dans l'accès au soin est porteur d'un message de Santé Publique.

De la salle

Je suis médecin addictologue, membre de l'ANPAA. Dans mon département, j'ai réussi à mobiliser un certain nombre de chirurgiens-dentistes pour organiser un réseau de proximité, mais nous manquons encore de moyens. La profession dentaire est exercée par 92 % de libéraux. C'est un monde cloisonné. Il est donc essentiel que la profession mène, au travers de ses instances, une véritable réflexion et exprime une volonté commune. Il faut également qu'elle se donne les moyens de la politique qu'elle veut mener. Les moyens techniques et financiers doivent encourager les chirurgiens-dentistes à se mobiliser. Du côté des addictologues, les différents organismes sont tout à fait susceptibles de proposer des formations destinées aux chirurgiens-dentistes. Mais je crois que l'initiative doit naître de la profession de chirurgien-dentiste elle-même.

Docteur DRIDI

J'aimerais vous rassurer, Monsieur. Je suis à la fois universitaire et praticien libéral. Les praticiens libéraux sont passionnés par ce sujet et chaque jour, nous mettons tout en œuvre pour lutter contre les addictions. Nous sommes déterminés. En revanche, nous manquons cruellement de formations dans ce domaine. Celles-ci sont nécessaires pour que les praticiens soient capables de reconnaître les pré-cancers. J'ai eu la chance d'être entourée de grands Professeurs. Tous ne sont pas dans mon cas.

Docteur GIORDANELLA

La formation du médecin est toujours insuffisante en matière bucco-dentaire. Je relève également le manque de dialogue entre des professionnels qui, pourtant, interviennent sur le même sujet. Aujourd'hui, l'INPES, l'OFT et les autres organismes ont décliné tous les champs de leurs interventions. Les praticiens, dans leur cabinet, en ont-ils eu l'écho ? Les outils existants doivent donc être connus et utilisés. Comme vous le soulignez, le manque d'information est réel, alors qu'il existe un formidable potentiel d'action. La Direction générale de la santé l'a compris.

Madame PERREAU-SAUSSINE

L'Institut National du Cancer a rassemblé, au sein d'un groupe de travail, des professionnels, le Ministère de la santé, l'INPES, les sociétés savantes, les facultés et les doyens. Nous avançons rapidement sur ces sujets. Il est indispensable de mettre en place des outils de formation continue, comme des CD-Rom ou un site internet. Les Anglais ont par exemple diffusé à tous les chirurgiens-dentistes un CD-Rom. Nous pourrions le reprendre et l'adapter. Il faut réussir à toucher tous les praticiens, y compris ceux qui ne viennent pas régulièrement en formation à Paris et qui ne participent pas à ce type de colloque. C'est pourquoi des relais sont nécessaires : associations, UFSBD, Mutualité Française. L'INCa est susceptible d'accompagner des projets dans ce domaine.

De la salle

Je suis infirmière-conseillère technique auprès du recteur d'académie de Bordeaux. J'aimerais réagir à ce qui a été dit sur l'addiction au sucre. L'Académie de Bordeaux mène un programme régional nutrition-santé, destiné aux enfants d'Aquitaine. Celui-ci a été primé par l'OMS en novembre 2006. Ce projet de lutte contre l'obésité est fondé sur un multi-partenariat entre l'URCAM, qui en est le maître d'ouvrage, la CPAM, la MSA et les médecins libéraux. Un site pilote va être ouvert dans le pays basque, région où le nombre d'enfants en surpoids est particulièrement important. Jeudi, nous tenons une réunion avec les centres sportifs, les médecins scolaires et l'Education Nationale. Une séance de formation continue est prévue en soirée. Celle-ci est destinée à tous les professionnels de santé : médecins, infirmières libérales, pharmaciens, kinésithérapeutes. Les dentistes ont été oubliés, je profite de ce colloque pour les y convier.

Docteur EMMANUELLI

La formation doit tendre vers la création de synergies entre le monde bucco-dentaire et le monde des addictions. Un dentiste peut être confronté, dans son cabinet, à un patient souffrant d'addictions. Il doit alors être en mesure de l'orienter vers la structure la plus adaptée à son niveau de consommation. De même, les addictologues doivent pouvoir proposer le meilleur accompagnement possible à leurs patients présentant des problèmes bucco-dentaires. Derrière ces formations, les objectifs sont donc nombreux : repérage précoce, orientation, accompagnement. Par ailleurs, il est préférable d'éviter une démultiplication des formations qui occulterait les problèmes transversaux.

De la salle

Je suis responsable d'une coordination gérontologique, à Paris. J'ai reçu une subvention pour mener une étude sur la prévention des chutes dans le VII^{ème} arrondissement. Nous avons constaté que parmi les personnes qui tombaient, beaucoup étaient dénutries ou malnutries. Cela nous amène à traiter de problèmes bucco-dentaires. Actuellement, nous menons une action autour de la nutrition des personnes âgées, par le biais de la formation d'aides à domicile. Nous tentons également de mettre en place des dépistages bucco-dentaires. La CPAM de Paris a accepté d'ouvrir deux dépistages gratuits dans l'arrondissement, qui vont permettre d'intervenir dans des résidences où vivent de plus en plus d'anciens SDF. Beaucoup souffrent donc d'addictions.

Docteur GIORDANELLA

La CPAM a effectivement relancé un programme d'intervention bucco-dentaire dans les EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) parisiens, dont l'intérêt et les résultats ne font aucun doute, en particulier en matière d'hygiène. La pierre angulaire de ce projet est la formation en matière bucco-dentaire des personnels travaillant avec les personnes âgées. D'autres expériences sont prévues dans le même esprit, dans d'autres départements.

Monsieur MELIHAN-CHEININ

Je voudrais ajouter que les formations doivent déterminer quel est le rôle de chaque acteur. Il faut parfois distinguer ce qui relève, d'une part, d'interventions intensives, très spécialisées et destinées aux patients ayant atteint un stade avancé de dépendance, et d'autre part, ce qui relève du soin de première ligne, qui ne nécessite pas de formation intensive, mais où l'acquisition de quelques réflexes est suffisante. Parfois, il suffit d'ouvrir le dialogue en posant une ou deux questions seulement au patient. S'il songe à s'arrêter, il est alors possible, dans certains cas, de l'orienter vers un addictologue. L'efficacité de cette méthode a été prouvée. Si tous les professionnels se mobilisent pour simplement poser la question, la répercussion peut être considérable. S'agissant de l'alcool, l'intervention brève peut également permettre de détecter un usage à risque.

De la salle

Je suis praticien hospitalier et président de l'UFSBD-Martinique. Je mène des interventions en milieu carcéral. La demande en matière d'addictions est considérable dans les prisons. Le manque de moyens est évident. J'espère donc que ce colloque permettra d'améliorer la situation.

Docteur GIORDANELLA

Le soin a été généralisé en milieu carcéral. Vous soulignez un besoin extraordinaire, mais aussi un temps propice au soin et à l'éducation. Le soin est extrêmement important, car il permet de restaurer une personne dans son estime et dans son intégrité physique.

Docteur LE LAY

L'enjeu, en réalité, est de définir quel sera le rôle précis du chirurgien-dentiste en matière d'addictions : que peut-on lui demander au minimum ? Jusqu'où va-t-il ? L'objectif est-il celui d'un conseil minimal ? Ou peut-il aller plus loin (prise en charge, soins...) ?

Il est important, pour l'INPES, de savoir quel sera l'objet de l'engagement du chirurgien-dentiste, en sachant que les problématiques, en matière d'addictions, sont complexes, et couvrent un champ considérable : alcool, tabac, drogues, et au-delà, la nutrition, avec des réponses différentes à apporter selon l'âge et le profil du patient.

Docteur GIORDANELLA

Il est bien sûr évident qu'une formation unique n'est pas suffisante, qu'une réponse unique n'est pas adaptée. Il faut donc pouvoir prioriser, échanger, créer un lien, et disposer d'outils simples : le conseil minimal et l'intervention brève sont des outils extrêmement efficaces.

De la salle

Je suis chirurgien-dentiste et j'ai suivi un DU de thérapie comportementale et collective. Je travaille depuis quatre ans dans un service hospitalier. Un grand nombre de dentistes pourront très facilement pratiquer le conseil minimal. Pour autant, d'autres pourront être intéressés par une véritable formation dans ce domaine. Cela est possible, comme mon expérience le montre. Dans le cadre de ma formation, j'ai écrit un mémoire sur l'aide au sevrage tabagique au sein du cabinet dentaire.

Docteur GIORDANELLA

Je propose aux différents intervenants de cette table ronde de nous faire part de leurs conclusions.

Docteur FLEURY

Il faut absolument améliorer la formation initiale des médecins. S'agissant du manque de financement, il existe un outil intéressant au niveau des réseaux de santé. Ils permettent des partenariats au niveau local et la mise en place de formations entre les professionnels. Enfin, j'aimerais répondre à Monsieur sur la santé bucco-dentaire en prison. Il est possible d'entrer en milieu carcéral, soit par le biais des équipes d'addictologie de liaison, créées dans le cadre du plan addictions, soit par les équipes de certains centres d'alcoologie qui se rendent régulièrement dans les prisons. Il est alors envisageable d'introduire la problématique bucco-dentaire auprès de ces équipes.

Professeur BOURGEOIS

Je suis également en faveur d'un approfondissement des connaissances, au niveau de la formation initiale. Par ailleurs, il est important que les messages de communication et d'information passent à travers les différentes professions et que médecins et infirmiers soient initiés aux problématiques bucco-dentaires.

Monsieur RONAT

La formation doit constituer l'axe prioritaire. Il est également essentiel de travailler à une meilleure coordination entre les différentes professions et à un meilleur suivi des patients à travers leur parcours de soin.

Docteur EMMANUELLI

Un réseau potentiel existe, mais les différentes ressources ne sont pas suffisamment exploitées. Il ne reste qu'à mutualiser les moyens et à mettre en interface les expériences qui ont déjà été menées. Par ailleurs, il n'y a aucune raison que le corps de métier des chirurgiens-dentistes ne soit pas formé à l'intervention brève et au repérage précoce, au même titre que les médecins généralistes.

Monsieur MELIHAN-CHEININ

J'observe deux grands absents au sein du plan addictions : le pharmacien et le chirurgien-dentiste. Pourtant, nous ne pouvons ignorer les relais potentiels extraordinaires que vous pouvez constituer. Il convient donc de travailler ensemble afin d'améliorer la réponse que nous apportons aux Français en termes de prise en charge des addictions.

Madame PERREAU-SAUSSINE

Il reste encore beaucoup de travail mais les attentes sont fortes au sein des chirurgiens-dentistes, qui, à tort, ont toujours été moins sollicités que les médecins généralistes en matière de lutte contre les addictions. Impliquer les chirurgiens-dentistes ouvre donc un champ tout à fait nouveau. La volonté est bien réelle. Je remercie donc l'UFSBD, qui a initié cet élan.

V. La recherche

- La recherche doit progresser dans le domaine physiopathologique, pour comprendre les effets des substances sur la santé bucco-dentaire, mais aussi dans le domaine épidémiologique, ce qui permettra de sensibiliser praticien et patient aux risques et aux enjeux de Santé Publique. Les partenariats avec les universités, les associations, les acteurs institutionnels, les mutuelles et le monde économique doivent être encouragés. L'UFSBD se trouve au centre de ce réseau.

Conclusion

Professeur Youssef HAIKEL

**Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg,
Président du Conseil d'Orientation Scientifique de l'UFSBD**

Cette journée a été très riche en enseignements, dense en informations et en chiffres. Je vous renvoie à l'étude ESCAPAD 2005, publiée cette année. De très nombreux enseignements peuvent en être tirés. Il convient de ne pas oublier l'importance de l'âge de la première consommation. Celui-ci conditionne le niveau de risque de dépendance, au même titre que le contexte, l'appartenance à un groupe, ou le profil socio-économique. Les milieux économiquement favorisés sont les plus touchés. La santé bucco-dentaire est un marqueur de l'état de santé général. Elle est souvent liée au milieu social, au parcours scolaire et à l'environnement familial. Retenons également que 15 à 20 % des hospitalisés ont un problème avec l'alcool.

Les addictions engendrent un coût social et sanitaire. Le niveau de mortalité reste très élevé. Le tabac tue plus de 60 000 personnes chaque année, l'alcool 45 000. Un fumeur sur deux et 90 % des consommateurs d'alcool ne sont pas dépendants. La prévention doit donc s'adresser à près de 70 % des consommateurs. Le tabac est un facteur de risque majeur dans l'apparition de lésions bucco-dentaires précancéreuses. Le chirurgien-dentiste doit jouer son rôle dans la détection de ces lésions. Le tabac est également à l'origine des maladies parodontales, qui entraînent la perte des dents. La corrélation est scientifiquement prouvée.

Le tabac détériore le goût et l'odorat, provoque une coloration inesthétique des dents, dégrade l'haleine et accroît la sensibilisation aux mycoses. Ces messages doivent être véhiculés dans les cabinets dentaires. Le chirurgien-dentiste doit s'engager à promouvoir la santé et le bien être. Plusieurs actions de prise en charge ont été présentées. Elles visent, sur le terrain, les 6,7 % de consommateurs qui présentent une dépendance aux produits psycho-actifs : la consultation spécialisée dans l'accueil des toxicomanes au CHU de Nice, le réseau ville-hôpital à Toulouse, l'expérience mise en œuvre à Metz pour les patients les plus précaires.

A travers une table ronde et les recommandations du groupe de travail sur les addictions, nous avons mené une réflexion sur le rôle que doit tenir le chirurgien-dentiste dans la lutte contre les addictions. D'un point de vue curatif, nous avons pointé le problème de l'accès aux soins et celui de la réinsertion des patients.

Au niveau international, les institutions cherchent à développer des actions intégrées, dont les facteurs de risque sont communs. Il s'agit de décloisonner la profession.

Nous posons enfin le problème de la formation : nous ne sommes pas préparés à agir sur les comportements. Nous pouvons néanmoins mener une prévention primaire, en mettant en œuvre le repérage précoce et l'intervention brève. Toutefois, il est indispensable de faire évoluer le contenu de la formation initiale, qui doit devenir pluridisciplinaire. De même, nous souhaitons que soit mise en place une formation continue efficace dans le domaine des addictions.

Notre mission consiste à informer et à orienter nos patients à risque vers la structure la plus adaptée à leurs besoins. De nombreux outils sont à notre disposition, en particulier les ressources documentaires de l'INPES, qui peuvent être adaptées au rôle du chirurgien-dentiste. Les partenariats doivent être encouragés, pour que le chirurgien-dentiste s'intègre à un réseau, dans lequel l'UFSBD jouera un rôle de relais. Le groupe de travail de l'UFSBD a émis des propositions qui ont été présentées par le DR LERAY. Je vous invite à les relayer et à les enrichir. Je vous remercie d'avoir participé à ce colloque. Bon retour et à l'année prochaine.

UFSBD
7, rue Mariotte - 75017 Paris
Tél. : 01 44 90 72 80 - Fax : 01 44 90 96 73
e-mail : santepublique@ufsb.fr