



Proposition et évaluation d'une action de prévention des toxicomanies par un abord bucco-dentaire sur un public lycéen

Thomas Mercier

► To cite this version:

Thomas Mercier. Proposition et évaluation d'une action de prévention des toxicomanies par un abord bucco-dentaire sur un public lycéen. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01734004

HAL Id: hal-01734004

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734004>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2014

N°6756

THÈSE
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Thomas MERCIER

Né le 3 mai 1988 à Belfort

**Proposition et évaluation
d'une action de prévention des toxicomanies
par un abord bucco-dentaire
sur un public lycéen**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2014

Membres du jury

Pr J.-M. Martrette	Professeur des Universités	Président
<u>Dr J. Bemmer</u>	Praticien Hospitalier	Juge
<u>Dr C. Clément</u>	Maître de Conférences	Juge
Dr E. Pfletschinger	Docteur en Pharmacie	Juge
Dr F. Camelot	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge

Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr. A. FONTAINE – Pr. G. JACQUART – Pr. D. ROZENOWEIG – Pr. M. VIVIER – Pr. ARTIS -

Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur Emérite : Pr J.P. LOUIS

Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. ARCHIEN

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme M. Mlle Mlle Mlle	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali JAGER Stéphanie LAUVRAY Alice	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante* Assistante* Assistante*
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle Mlle	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> EGLOFF Benoît BLAISE Claire LACHAUX Marion	Professeur des Universités* Maître de Conf. Associé Assistante Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. Mme	<u>CLEMENT Céline</u> CAMELOT Frédéric LACZNY Emily	Maître de Conférences* Assistant* Assistante
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. Mlle Mlle	<u>AMBROSINI Pascal</u> BISSON Catherine PENAUD Jacques JOSEPH David BOLÓNI Eszter PAOLI Nathalie	Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conf. Associé Assistante Assistante*
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	Mme M. Mlle M. Mlle M. Mlle Mlle M.	<u>GUILLET-THIBAUT Julie</u> BRAVETTI Pierre PHULPIN Bérengère VIENNET Daniel BALZARINI Charlotte DELAITRE Bruno KICHENBRAND Charlène MASCHINO François	Maître de Conférences* Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Assistant Assistante* Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. M.	<u>YASUKAWA Kazutoyo</u> MARTRETTE Jean-Marc WESTPHAL Alain	Maître de Conférences* Professeur des Universités* Maître de Conférences*
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle M.	<u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> AMORY Christophe BALTHAZARD Rémy MORTIER Éric BON Gautier MUNARO Perrine VINCENT Marin	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistant*
Sous-section 58-02 Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. x M. Mlle M. M. Mlle Mlle Mme	<u>DE MARCH Pascal</u> xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx SCHOUVER Jacques CORNE Pascale LACZNY Sébastien MAGNIN Gilles SIMON Doriane VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante* Assistant Assistant Assistante Assistante*
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Oculodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M. Mme M. M.	<u>STRAZIELLE Catherine</u> RAPIN Christophe (Sect. 33) MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume	Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Associé

souligné : responsable de la sous-section * temps plein

Mis à jour le 01.10.2014

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

À notre président de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Marc MARTRETTE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Doyen de la Faculté d'odontologie de Nancy

Chef de Service du CSERD de Nancy

Docteur en Sciences Pharmacologiques

Sous-section : Sciences biologiques (Biochimie, Immunologie, histologie,

Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie,

Pharmacologie).

Vous nous faites le grand honneur de présider notre thèse,

Votre écoute, votre disponibilité et votre bienveillance

À l'égard des étudiants sont une véritable leçon.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère reconnaissance

Et profonde gratitude.

À notre juge et directrice de thèse,

Madame le Docteur Céline CLÉMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine

Vice-Doyen en charge de la pédagogie

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Responsable de la sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.

Avec beaucoup d'émotion et tout notre attachement

Nous vous remercions du fond du coeur

Pour votre soutien infaillible pendant toutes ces années.

Votre confiance est un bien inestimable à nos yeux.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude, de notre respect et de notre profonde et sincère affection.

À notre juge et directrice de thèse,

Madame le Docteur Julie BEMER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancienne Interne en Odontologie

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire

Ancienne Praticienne de CLCC Centre Alexis Vautrin

Praticien Hospitalier, Odontologiste des Hôpitaux

Responsable du Service d'Odontologie du Groupe Hospitalier du Havre.

Votre enseignement aura marqué notre parcours.

Veillez trouver ici toute notre gratitude pour votre gentillesse

Et votre pédagogie.

Nous souhaiterions également exprimer ici

Tout le respect et l'affection que nous vous portons.

À notre juge,

Madame le Docteur Elisabeth PFLETSCHINGER

Docteur en Pharmacie

Pharmacien Inspecteur Général de Santé Publique

Chargée de Mission à la MILDECA

*Vous avez spontanément accepté notre invitation à siéger parmi le jury de
cette thèse et c'est pour nous un immense honneur.*

Veuillez trouver ici nos remerciements

Pour vos précieux conseils et vos encouragements tout au long de ce travail.

Votre enthousiasme et votre foi en ce projet

Nous ont donné la force de le mener au bout.

À notre juge,

Monsieur le Docteur Frédéric CAMELOT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire

*Sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie
Légale*

*Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury,
Merci pour vos précieux conseils, votre soutien, votre enseignement
Et la gentillesse dont vous avez toujours fait preuve à notre égard.
Veuillez trouver dans ces mots l'expression de notre reconnaissance
et de notre profond respect tant pour l'enseignant
Que pour l'homme que vous êtes.*

SOMMAIRE

1. LA TOXICOMANIE CHEZ L'ADOLESCENT	20
1.1. DEFINITION	20
1.2. SPECIFICITES CHEZ L'ADOLESCENT	27
1.2.1. DEFINITION	27
1.2.2. FACTEURS DE RISQUES.....	27
1.2.3. FACILITE D'INSTALLATION D'UN USAGE NOCIF.....	28
1.2.4. RISQUE MEDICAL MAJEUR CHEZ LE SUJET JEUNE.....	29
1.2.5. REPERCUSSIONS SUR LA VIE SOCIALE	30
1.2.6. MODE DE CONSOMMATION SPECIFIQUE : LA POLYCONSOMMATION	30
1.2.7. BILAN.....	31
2. LES DIFFERENTS PRODUITS, LEURS CONSOMMATIONS ET LEURS EFFETS BUCCO-DENTAIRES.....	33
2.1. LE CANNABIS	33
2.1.1. EPIDEMIOLOGIE	33
2.1.2. MODES DE CONSOMMATION.....	36
2.1.3. EFFETS BUCCO-DENTAIRES.....	36
2.2. COCAÏNE ET CRACK	38
2.2.1. EPIDEMIOLOGIE	39
2.2.2. MODES DE CONSOMMATION.....	39
2.2.3. EFFETS BUCCO-DENTAIRES.....	41
2.3. AMPHETAMINES	42
2.3.1. LA METHAMPHETAMINE.....	42
▪ EPIDEMIOLOGIE	42
▪ MODES DE CONSOMMATION	42
▪ EFFETS BUCCO-DENTAIRES	43
2.3.2. ECSTASY	43
▪ EPIDEMIOLOGIE	44
▪ MODES DE CONSOMMATION	44
▪ EFFETS BUCCO-DENTAIRES	45
2.4. HEROÏNE	45
2.4.1. EPIDEMIOLOGIE	45
2.4.2. MODES DE CONSOMMATION.....	46
2.4.3. EFFETS BUCCO-DENTAIRES.....	46

2.5.	LES MEDICAMENTS PSYCHOTROPES	47
2.5.1.	EPIDEMIOLOGIE	48
2.5.2.	MODES DE CONSOMMATION.....	49
2.5.3.	EFFETS BUCCO-DENTAIRES.....	49
2.6.	AUTRES EFFETS DES DIFFERENTS STUPEFIANTS.....	51
2.6.1.	LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES, COMPORTEMENTAUX ET LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES	51
2.6.2.	L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE DEGRADEE.....	52
2.6.3.	LE RISQUE DE CONTAMINATIONS VIRALES	52
2.7.	BILAN : TABLEAU RECAPITULATIF DES EFFETS BUCCO-DENTAIRES DES DROGUES.....	55
3.	LA DEMARCHE DE PREVENTION.....	59
3.1.	DEFINIR LE BESOIN	59
3.1.1.	JUSTIFICATION DE LA RECHERCHE	60
▪	PREVENTION A L'ETRANGER.....	60
▪	PREVENTION EN FRANCE.....	72
3.1.2.	CONCLUSION : UN NOUVEL ABORD PROPOSE	80
3.2.	PROTOCOLE ET MISE EN PLACE D'UNE ETUDE PRELIMINAIRE	80
3.2.1.	CHOIX DE LA POPULATION CIBLE	80
3.2.2.	CHOIX DE L'INFORMATION DONNEE	81
▪	ABORD SPECIFIQUE DE CETTE POPULATION	81
▪	CHOIX DU MESSAGE ET DU CONTENU VISUEL	81
▪	DUREE DE L'INTERVENTION.....	103
▪	CHOIX DU SUPPORT.....	103
▪	CHOIX DE L'EVALUATION	109
3.2.3.	DEMANDES D'AUTORISATIONS	113
3.3.	L'ETUDE PRELIMINAIRE	116
3.3.1.	DEROULEMENT DE L'INTERVENTION	116
3.3.2.	EVALUATION DE L'IMPACT SUR L'AUDITOIRE	116
3.3.3.	RESSENTI PERSONNEL.....	121
4.	DISCUSSION.....	123

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Dangers des drogues (d'après B. Rocques, 1999)	26
Tableau 2 : Compositions d'éléments addictifs ou cancérogènes dans les cigarettes, joints (d'après Lowenstein, Parosphère 2009).....	38
Tableau 3: Usage de médicaments « pour les nerfs, pour dormir » à 17 ans (en %) (d'après l'OFDT, 2007)	47
Tableau 4 : Les répercussions des médicaments psychotropes (d'après Coudert, Parret, Vignat)	50
Tableau 5 : Les mécanismes des troubles sensoriels des psychotropes (d'après Gagnon et Marel, 2002)	51
Tableau 6 : Bilan des effets des drogues (Mercier Thomas)	55
Tableau 7 : Bilan des prix, âges de premières consommation et pourcentage des jeunes ayant testé au moins une fois à 17 ans	56
Tableau 8 : Résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Henri Poincaré à Nancy, distinction concerné / non concerné (Thomas Mercier)	115
Tableau 9 : Résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Henri Poincaré à Nancy (Thomas Mercier).....	115
Tableau 10 : Résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Gustave Courbet à Belfort, distinction concerné / non concerné (Thomas Mercier)	117
Tableau 11 : Résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Gustave Courbet à Belfort (Thomas Mercier)	117

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Facteurs de risque de l'usage nocif et de la dépendance (d'après La Documentation Française, 2002)	24
Figure 2 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes de 15 à 16 ans (d'après l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2013)	34
Figure 3 : Rapports (âge de première consommation et fréquence de consommation) face au cannabis des toxicomanes en traitement de sevrage (d'après l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2013)	35
Figure 4 : Fabrication de la cocaïne (d'après l'OFDT, 2013)	40
Figure 5 : Modes d'administration de la cocaïne (d'après l'OFDT, 2013)	40
Figure 6 : Nature du dernier médicament psychotrope pris à 17 ans suivant la fréquence d'usage (en pourcentage) (d'après l'enquête ESCAPAD 2005, OFDT)	49
Figure 7 : Nombre de cas de SIDA par année chez les usagers de drogues injectables en France (d'après l'Institut de veille sanitaire, 2009)	53
Figure 8 : Correspondance avec le ministère de la santé canadien, requête	61
Figure 9 : Correspondance avec le ministère de la santé canadien, réponse	62
Figure 10 : Correspondance avec le ministère de la santé canadien, suite de la réponse	62
Figure 11 : Correspondance avec le ministère de la santé québécois, réponse	63
Figure 12 : Campagne américaine Drugs + Your Body (d'après NIDA & National Institut of Helath)	65
Figure 13 : Suite de la campagne américaine Drugs + Your Body, page « meth mouth » (d'après NIDA & National Institut of Health)	66
Figure 14 : Suite de la campagne américaine Drugs + Your Body, « meth mouth » illustrée (d'après NIDA & National Institut of Health)	67
Figure 15 : « Meth Project », bouche interactive avec les conséquences désactivées (d'après Meth Project Foundation)	68

Figure 16 : « Meth Project », bouche interactive avec les conséquences activées (d'après Meth Project Foundation)	68
Figure 17 : Meth Not Even Once (après Arizona Meth Project)	69
Figure 18 : Correspondance avec le ministère de la santé anglais, réponse	69
Figure 19 : Correspondance avec le ministère de la santé espagnol, requête	70
Figure 20: Correspondance avec le ministère de la santé allemand, requête	71
Figure 21 : Diaporama de la brigade des stupéfiants (M. Graillot, Policier, 2014)	74
Figure 22 : Diaporama de la brigade des stupéfiants, suite (M. Graillot, Policier, 2014)	75
Figure 23 : Diaporama de la bridage des stupéfiants, tableau des peines d'emprisonnement (M. Graillot, Policier, 2014)	75
Figure 24 : Site internet de prévention Drogues Info Service (d'après l'INPES, ADALIS)	77
Figure 25 : Site de prévention de l'INPES (d'après l'INPES, MILDT)	78
Figure 26 : Site de prévention Drogues & dépendance (d'après l'INPES, MILDT)	79
Figure 27 : Fil conducteur de l'intervention, page 1	83
Figure 28 : Fil conducteur de l'intervention, page 2	84
Figure 29 : Fil conducteur de l'intervention, page 3.....	85
Figure 30 : Fil conducteur de l'intervention, page 4.....	86
Figure 31 : Fil conducteur de l'intervention, page 5.....	87
Figure 32 : Fil conducteur de l'intervention, page 6.....	88
Figure 33 : Diapositive 1 (Thomas Mercier)	89
Figure 34 : Diapositive 2 (Thomas Mercier)	90
Figure 35 : Diapositive 3 (Thomas Mercier)	90
Figure 36 : Diapositive 4 (Thomas Mercier)	91
Figure 37 : Diapositive 5 (Thomas Mercier)	91
Figure 38 : Diapositive 6 (Thomas Mercier)	92
Figure 39 : Diapositive 7 (Thomas Mercier)	92
Figure 40 : Diapositive 8 (Thomas Mercier)	93

Figure 41 : Diapositive 9 (Thomas Mercier)	93
Figure 42 : Diapositive 10 (Thomas Mercier)	94
Figure 43 : Diapositive 11 (Thomas Mercier)	94
Figure 44 : Diapositive 12 (Thomas Mercier)	95
Figure 45 : Diapositive 13 (Thomas Mercier)	95
Figure 46 : Diapositive 14 (Thomas Mercier)	96
Figure 47 : Diapositive 15 (Thomas Mercier)	96
Figure 48 : Diapositive 16 (Thomas Mercier)	97
Figure 49 : Diapositive 17 (Thomas Mercier)	97
Figure 50 : Diapositive 18 (Thomas Mercier)	98
Figure 51 : Diapositive 19 (Thomas Mercier)	98
Figure 52 : Diapositive 20 (Thomas Mercier)	99
Figure 53 : Diapositive 21 (Thomas Mercier)	99
Figure 54 : Diapositive 22 (Thomas Mercier)	100
Figure 55 : Diapositive 23 (Thomas Mercier)	100
Figure 56 : Diapositive 24 (Thomas Mercier)	101
Figure 57 : Diapositive 25 (Thomas Mercier)	101
Figure 58 : Diapositive 26 (Thomas Mercier)	102
Figure 59 : Diapositive 27 (Thomas Mercier)	102
Figure 60 : Diapositive 28 (Thomas Mercier)	103
Figure 61 : Plaquette, page de garde (Thomas Mercier)	105
Figure 62 : Plaquette, page de rabat (Thomas Mercier).....	106
Figure 63 : Plaquette, tryptique intérieur (Thomas Mercier)	107
Figure 64 : Plaquette, dos (Thomas Mercier)	108
Figure 65 : Questionnaire, page 1 (Thomas Mercier).....	111
Figure 66 : Questionnaire, page 2 (Thomas Mercier).....	112
Figure 67 : Couverture du dossier à l'intention du personnel des établissements (Thomas Mercier).....	114
Figure 68 : Demande de droit à l'image (Thomas Mercier)	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADALIS	:	Addictions Drogues ALcool Info Service
ATM	:	Articulation Temporo-Mandibulaire
CIM	:	Classification Internationale des Maladies
DSM	:	Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders
ESCAPAD	:	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
GUN	:	Gingivite Ulcéro-Nécrotique
INPES	:	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	:	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INVS	:	Institut de Veille Sanitaire
IV	:	Intra-Veineuse
MDMA	:	Méthyl-Dioxy-MéthAmphétamine
MILDECA	:	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (anciennement MILDT)
MILDT	:	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
OFDT	:	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OEDT	:	Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ORL	:	Oto-Rhino-Laryngologie
SNC	:	Système Nerveux Central
THC	:	Tétra-Hydro-Cannabinol
UNODC	:	United Nations Office on Drugs and Crime
VADS	:	Voies Aéro-Digestives Supérieures
VHB	:	Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
acquise

Introduction

L'adolescence est une période charnière dans la construction d'un individu, un moment empli de doutes où l'on se cherche et où l'on peut aisément être influencé. Le lycéen, aveuglé par le désir de se fondre dans le groupe, est vulnérable face à des tentations telles que la consommation de drogue. C'est bien souvent durant ces années que les premières consommations ont lieu, mais également que les processus d'addiction se mettent en place.

Aux personnes dépendantes, rien n'est épargné : vie sociale amputée et état de santé dévasté. Le coût social engagé est énorme et, quelques années plus tard, c'est notamment à de véritables désastres bucco-dentaires que les soignants font face, et surtout à des individus en rupture totale avec le système de soins.

Pour réduire le nombre d'individus pris au piège dans cette spirale, des plans de préventions sont régulièrement mis en place, ciblant les populations les plus sensibles. Selon le rapport européen sur les drogues de 2013 (OEDT, 2013), l'âge moyen lors de la première consommation de cannabis, drogue la plus consommée en Europe, est de 16 ans, correspondant généralement à l'âge en classe de seconde.

L'adolescent se trouve alors dans une période narcissique : l'image qu'il renvoie le préoccupe, or elle se trouve conditionnée par les médias qui ne montrent que des acteurs aux sourires étincelants. Si la menace de l'interdit peut pousser le jeune à l'infraction et à la bravade, et donc à la consommation de produits illicites, la connaissance de l'impact esthétique de cette consommation, tout particulièrement sur le sourire, visible par tous et au premier regard, pourrait le faire reculer. C'est sur cette idée que repose ce travail, motivé par la complexité de la prise en charge du patient toxicomane.

Nous étudierons dans un premier temps la toxicomanie chez l'adolescent : ses différents aspects, ses spécificités. Puis nous nous attarderons sur les différents produits consommés et leurs impacts tant sur le plan physique que psychologique.

Enfin, après avoir listé les démarches de prévention existantes, nous proposerons une approche différente, fondée sur l'information des répercussions bucco-dentaires dues aux toxicomanies, visant à responsabiliser les jeunes vis-à-vis de leur propre corps, et en détaillerons les étapes de son élaboration.

PARTIE 1

LA TOXICOMANIE CHEZ L'ADOLESCENT

1. La toxicomanie chez l'adolescent

1.1. Définition

Afin d'appréhender le sujet il est important de définir certaines notions clés.

▪ La toxicomanie

Elle est définie comme l'habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique.

Elle se manifeste par un besoin incoercible de consommer certaines substances (drogues), recherchées pour leurs effets (Larousse, 2012).

Selon l'OMS, la toxicomanie est le mot français pour qualifier « l'addiction aux drogues ». Elle désigne l'usage répété d'une ou plusieurs substances psychoactives, dans la mesure où l'utilisateur est périodiquement ou chroniquement intoxiqué, montre une compulsion à utiliser sa ou ses substance(s) préférée(s), rencontre une grande difficulté dans le fait de cesser ou de modifier cet usage, et déploie tous les moyens possibles afin de se procurer ces substances.

Habituellement, le phénomène d'accoutumance est remarquable et celui de manque survient fréquemment lorsque l'usage de la substance est interrompu. La vie entière de l'utilisateur est sous l'emprise de cette substance, au point que les autres activités et responsabilités en soient occultées (OMS, 1994).

Le terme d'addiction véhicule ainsi également la notion d'exclusion sociale. Même si ce n'est pas un terme de diagnostic, il reste largement employé aussi bien par les professionnels de santé que par le grand public.

Le mot consacré par la communauté scientifique dans le DSM-5

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est aujourd'hui « dépendance » (ou encore « troubles liés à l'usage d'une substance »), défini comme la présence d'au moins deux des critères suivants, pendant une période continue d'un an minimum (American Psychiatric Association, 2013) :

- tolérance vis à vis de la substance (besoin de consommer de plus grandes quantités pour obtenir les mêmes effets)
- apparition d'un syndrome de sevrage (apparition d'un mal-être en cas de non consommation)
- la substance est souvent prise en quantité plus importante ou sur une période plus importante que prévue
- désir persistant ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance
- grande quantité de temps consacrée à l'obtention de la substance, à sa consommation ou à la récupération de ses effets
- abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs dû à l'utilisation de la substance
- utilisation persistante de la substance malgré la connaissance par le consommateur d'un problème psychologique ou physique causé ou exacerbé par le produit
- craving ou désir irrésistible de consommer
- consommation répétée dans des situations potentiellement dangereuses
- poursuite de la consommation malgré l'apparition de problèmes relationnels ou sociaux causés ou exacerbés par la consommation de la substance
- difficultés à remplir ses obligations professionnelles, scolaires ou familiales à cause de la consommation répétée de la substance

La présence de 2 à 3 symptômes note une dépendance légère, 4 à 5 une dépendance moyenne, 6 et plus une dépendance sévère.

▪ La drogue

Une drogue est définie comme une substance psychotrope naturelle ou synthétique, qui conduit au désir de continuer à la consommer pour retrouver la sensation de bien-être qu'elle procure.

Elle est à mettre en parallèle du terme stupéfiant qui désigne toute substance, médicamenteuse ou non, dont l'action sédatrice, analgésique, narcotique et/ou euphorisante provoque à la longue une accoutumance et une pharmacodépendance.

En dehors des stupéfiants, peuvent ainsi être considérés comme des drogues, car induisant les mêmes phénomènes de dépendance : l'alcool, le tabac et certains médicaments psychotropes (Larousse, 2012).

Selon l'OMS, le terme de drogue désigne en médecine n'importe quelle substance ayant le potentiel de prévenir ou de guérir une maladie, ou d'améliorer le bien-être physique ou psychologique ; en pharmacologie, il se rapporte à n'importe quel agent chimique qui modifie les processus biochimique ou physiologique des tissus de l'organisme. Partant de là, une drogue est une substance qui est, ou pourrait être, listée dans la pharmacopée. Dans le sens commun, le terme se réfère souvent plus spécifiquement à son aspect psychoactif, et encore plus spécialement à son aspect illicite, lorsqu'en est fait un usage non médical. Le point de vue médical tend ainsi à affirmer que la caféine, le tabac, l'alcool et d'autres substances *a priori* d'un usage non médical sont également des drogues dans le sens où prises en partie pour les effets psychoactifs (OMS, 1994).

C'est volontairement que dans ce travail, nous n'aborderons ni l'alcool, ni le tabac, car déjà largement présents au sein des campagnes ministérielles de prévention et notamment par un abord bucco-dentaire.

- **Les différents usages des drogues** (Vélée, 2005)

On distingue trois grands types de consommation : l'usage simple, l'usage nocif ou abus, et la dépendance.

- **Usage simple**

L'usage simple est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication, ni dommage, qu'elle soit régulière ou non.

Il n'est pas considéré comme une pathologie et ne nécessite donc pas une prise en charge sanitaire.

On peut y distinguer :

- l'expérimentation, sans forcément de lendemain, soit la simple initiation
- la consommation socialement réglée : elle concerne l'usage occasionnel ou régulier mais modéré, elle s'inscrit dans un contexte de convivialité ou festif
- l'usage à risque (profession, conduite...)

Elle concerne en particulier les jeunes qui expérimentent par curiosité, pour imiter leurs amis ou pour s'amuser. Ces consommateurs maintiennent leur vie sociale, scolaire ou professionnelle.

- **Usage nocif ou abus** (Ministère des Affaires Sociales, 1999)

L'usage nocif est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) :

C'est la consommation répétée de substances psychoactives, susceptible d'entraîner des dommages somatiques, psycho-affectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits.

L'usage nocif est *“un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé”*. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

L'usage nocif est une résultante de l'interaction de trois grands facteurs de risques (figure 1):

- les facteurs liés au produit (potentiel addictif, risque de complications somatiques et psychiques et statut social du produit)
- les facteurs individuels de vulnérabilité (génétiques, biologiques, psychologiques)
- les facteurs environnementaux (sociaux, familiaux, rôle des pairs)

Usage nocif : interactions P.I.E.

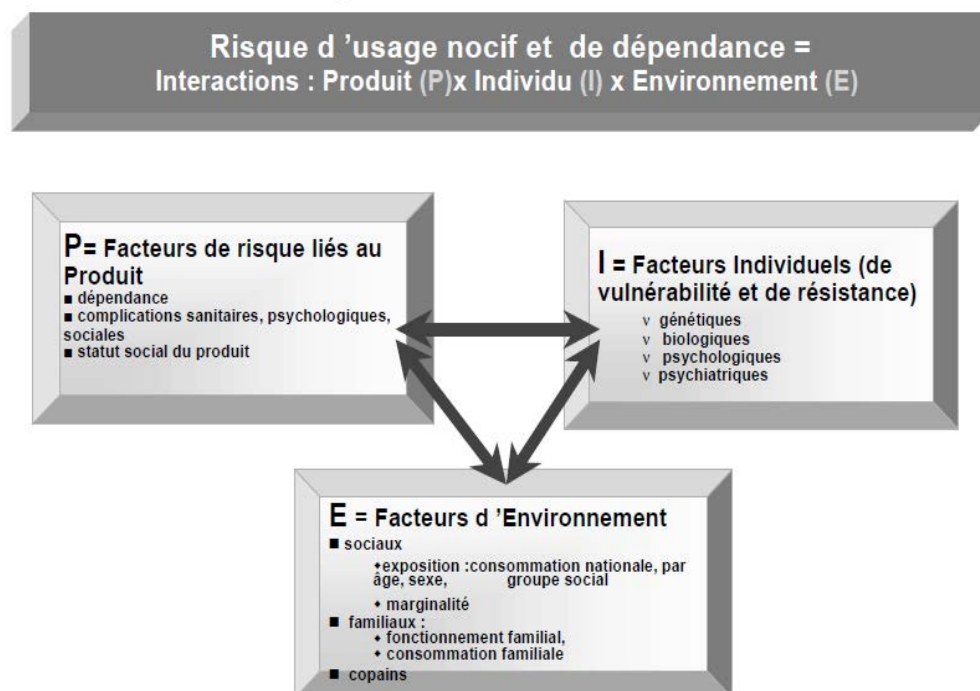


Figure 1 : Facteurs de risque de l'usage nocif et de la dépendance (d'après La Documentation Française, 2002)

- **Dépendance**

On distingue généralement la dépendance physique de la dépendance psychique.

- Dépendance physique :

La dépendance physique est définie par le besoin irrépressible du sujet de consommer la substance afin d'éviter le syndrome de manque lié à sa privation. Elle est caractérisée par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques) et d'une tolérance (augmentation de la dose quotidienne consommée).

L'absence d'une dépendance physique n'empêche pas le diagnostic de dépendance.

- Dépendance psychique :

La dépendance psychique est définie par le besoin de consommer une substance afin de maintenir ou de retrouver la sensation de plaisir et de satisfaction qu'elle apporte ou d'éviter la sensation de malaise qui survient en son absence.

De cette dépendance psychique vient le "*craving*" ou la recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable.

La présence et le niveau de dépendance sont en partie le fait du potentiel addictogène de chaque drogue comme le montre le tableau 1 :

	dépendance physique	dépendance psychique	neuro-toxicité	toxicité générale	dangé-rosité sociale
héroïne	très forte	très forte	faible	forte (a)	très forte
cocaïne	faible	forte mais inter-mittente	forte	forte	très forte
MDMA	très faible	?	très forte (?)	éventuel-lement forte	faible (?)
psychostimulants	faible	moyenne	forte	forte	faible (exceptions possibles)
benzodiazépines	moyenne	forte	0	très faible	faible (b)
cannabinoïdes	faible	faible	0	très faible	faible

(a) pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

(b) sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de « soumission » ou « d'autosoumission » où la dangerosité devient alors très forte.

Tableau 1 : dangerosité des drogues illicites (d'après B. Roques, 1999)

La neurotoxicité est ici définie comme la dangerosité pour le système nerveux central (atteintes neuronales par exemple).

La toxicité générale est ici définie comme la dangerosité générale pour l'organisme.

Quant à la dangerosité sociale elle est définie comme le risque pour l'individu et le risque causé à autrui après consommation ou à l'occasion de la recherche du produit (accidents de la route, violences...) (B. Roques, 1999).

Le tableau 1 met l'accent sur la diversité des dépendances et des dangers de plusieurs substances. Il est surtout intéressant de noter :

- la présence d'une forte dépendance physique à l'héroïne et psychique à la cocaïne
- la dépendance physique moyenne mais psychique forte aux benzodiazépines
- la dépendance faible mais existante, tant au niveau physique que psychique, des cannabinoïdes

1.2. Spécificités chez l'adolescent

À présent que les bases du thème ont été posées, nous allons nous pencher sur la pierre angulaire de ce travail : le lycéen, le jeune, l'adolescent.

1.2.1. Définition

L'adolescence constitue la période de l'évolution de l'individu conduisant de l'enfance à l'âge adulte.

Elle est caractérisée par des transformations psychologiques : c'est une période normale de conflits, nécessaire à l'équilibre ultérieur.

L'adolescent ressent le besoin de sortir de son cadre protecteur, d'élargir ses horizons au-delà du cercle familial. À l'identification aux parents se superpose alors l'identification au même groupe d'âge, au héros collectif, à la "bande". Le jeune y forge ses opinions. Il est en quête de valeurs, fournies par un aîné d'expérience tout en rejetant les normes qu'il juge périmées (Larousse, 2012).

L'adolescent sera donc fragilisé, en quête de nouveaux repères et par ce manque de références, facilement influençable.

1.2.2. Facteurs de risques

Selon le Dictionnaire de l'Académie de Médecine de 2014, à cette période de la vie, les usagers occasionnels de drogue peuvent devenir "accrochés" à une toxicomanie.

Chez les adolescents, il a été déterminé un certain nombre de facteurs de risques qui permettent d'expliquer cette fragilité (Michel et coll., 2001) :

- Les dimensions de personnalité (nous ne définirons pas ici un profil-type mais nous mettons l'accent sur les mécanismes

influençant le risque d'initiation et de passage à une consommation régulière)

- L'agressivité, les tendances antisociales
- La recherche de sensations
- La recherche de nouveauté
- Les facteurs psychosociaux
- Les facteurs familiaux (alcoolisme ou toxicomanie parentales, dépression maternelle, perte d'un emploi, décès, séparation)
- L'influence des pairs
- Facteurs psychopathologiques
- Hyperactivité
- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux

1.2.3. Facilité d'installation d'un usage nocif

Chez le sujet adolescent, l'une des particularités de la consommation de drogue est sa dangerosité due à une "accroche" plus facile de la substance sur l'individu : d'une part, plus la consommation commence tôt et plus elle offre de temps d'exposition à cette substance au cours de la vie. D'autre part, les habitudes inscrites durant l'adolescence se cristallisent plus aisément en mode de vie à l'âge adulte.

La précocité du début de la consommation de substances psychoactives est un des facteurs les plus prédictifs de la survenue d'un usage nocif à la fin de l'adolescence, indépendamment d'un trouble associé (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999).

1.2.4. Risque médical majeur chez le sujet jeune

Le danger est majeur concernant le développement neurocognitif. Une consommation régulière de cannabis, commencée à l'adolescence, peut entraîner une baisse du quotient intellectuel à l'âge adulte jusqu'à 8 points (Meier et coll., 2012).

Dans un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec nommé *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois*, nous pouvons également lire que :

« La consommation d'alcool et d'autres drogues peut affecter le développement du cerveau des adolescents encore en transformation majeure (Crews et coll., 2007). Il peut en résulter des dommages permanents ou à long terme de certaines structures et fonctions du cerveau (Briones et coll., 2006 ; Leshner, 2003). Des études récentes ont d'ailleurs montré des anomalies dans la maturation neuronale du cerveau chez de jeunes consommateurs (Squeglia et coll., 2009). »

« Chez les adolescents grands consommateurs de cannabis, on retrouve davantage de déficits neurocognitifs au niveau des capacités d'apprentissage et de la mémoire comparativement aux adultes ayant le même profil de consommation (Paglia-B et Adlaf, 2007 ; Schweinsburg et coll., 2008). Enfin, la prise d'amphétamines à doses élevées peut aussi amener la perte de mémoire à court terme (Léonard et Ben Amar, 2002). »

Les conséquences seraient donc en plus d'une baisse du quotient intellectuel, une diminution des capacités d'apprentissage et mémorielles (pour le cannabis qui, rappelons-le, n'est pourtant pas la drogue à la neurotoxicité la plus grande, tableau 1).

1.2.5. Répercussions sur la vie sociale

Par la consommation de drogue, un individu met sa vie en jeu et ce, en commençant par son corps. Les conséquences bucco-dentaires sont mutilantes (caries et abcès dentaires menant à des avulsions dentaires multiples, perforation palatine...) (Shekarchizadeh et coll. 2013).

L'impact esthétique sur le sourire est alors majeur et il est aisé d'envisager les difficultés ainsi engendrées dans les relations amoureuses, dans la recherche d'un emploi... Mais les répercussions peuvent également devenir fonctionnelles : difficulté d'élocution, d'alimentation (douleurs, fuites d'air, fuite naso-palatine... Confrontation aux difficultés d'adaptation aux prothèses obturatrices) (Myon et coll., 2010). S'installe alors bien souvent un véritable repli sur soi et le consommateur trouve refuge dans son addiction, mettant en place un véritable cercle vicieux (www.drogues-info-service.fr, 2014).

Au delà de son corps, c'est peu à peu son comportement que le consommateur cède à la substance.

En effet le fonctionnement cérébral est perturbé, les capacités de raisonnement diminuent, accentuant les comportements violents, facilitant le passage à l'acte (agression sexuelle, délits, accidents de la route...) (www.drogues-info-service.fr, 2014).

L'échec scolaire quant à lui, même s'il possède de multiples déterminants, est fréquemment retrouvé suite à consommation de drogue, notamment de cannabis (causé par un désintéressement et des difficultés de concentration...) (Legleye et coll., 2007).

1.2.6. Mode de consommation spécifique : la polyconsommation

L'autre face de la toxicomanie chez le jeune est le mélange de produits licites ou non, cumulant évidemment les risques et subissant leurs synergies :

à 17 ans, 89% des usagers de cannabis sont également consommateurs de tabac et d'alcool (Agneray, 2012).

D'autre part, la xérostomie induite par les substances poussent les jeunes à se tourner vers des boissons souvent sucrées et/ou alcoolisées afin de faire disparaître cette sensation, engendrant ainsi une baisse du pH buccal et un apport de sucre nécessaire aux bactéries cariogènes (Brand et coll., 2008).

1.2.7. Bilan

La spécificité de l'adolescent est donc sa fragilité : fragilité face à un dealer car aisément influençable et fragilité face aux produits car facilement dépendant. Il est également caractérisé une vulnérabilité médicale tant sur le plan psychique que physique.

Les particularités des adolescents face aux drogues étant établies, nous allons maintenant nous pencher sur les différents produits consommés et leurs répercussions sur la cavité buccale.

PARTIE 2

LES DIFFÉRENTS PRODUITS, LEURS CONSOMMATIONS ET LEURS EFFETS BUCCO-DENTAIRES

2. Les différents produits, leurs consommations et leurs effets bucco-dentaires

2.1. Le cannabis

Le cannabis est consommé pour “planer”, ses consommateurs recherchent une relaxation et une évasion ou encore une déconnexion de la réalité. Il fait partie des stupéfiants dits perturbateurs, aussi appelés hallucinogènes dans la classification de Pelicier et Thuillier de 1991.

2.1.1. Épidémiologie

Avec 130 à 190 millions d’usagers, c’est la drogue la plus consommée au monde (UNODC, 2010).

C’est aussi la substance illicite la plus consommée en France: un jeune sur deux âgé de 17 ans en avait déjà fait l’expérimentation en 2005. 28% d’entre eux en avaient consommé au cours du dernier mois précédent l’enquête, et 15% des garçons étaient des usagers réguliers (INPES, 2007).

Comme le montre la figure 2, la France était triste championne européenne de la consommation de cannabis des 15-16 ans en 2011.

De plus, c’est avec un score de 45% de jeunes ayant déjà consommé du cannabis qu’elle arrivait en tête. Ces données corroborent celles de l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES) citées précédemment.



Figure 2: Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes de 15 à 16 ans (d'après l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2013)

Selon les dernières études, la France serait passée au second rang des nations européennes dans lesquelles le pourcentage de jeunes âgés de 15-16 ans ayant expérimenté le cannabis est le plus élevé, avec un taux de 39% de jeunes expérimentateurs (Le Dain et Marcangeli, 2014).

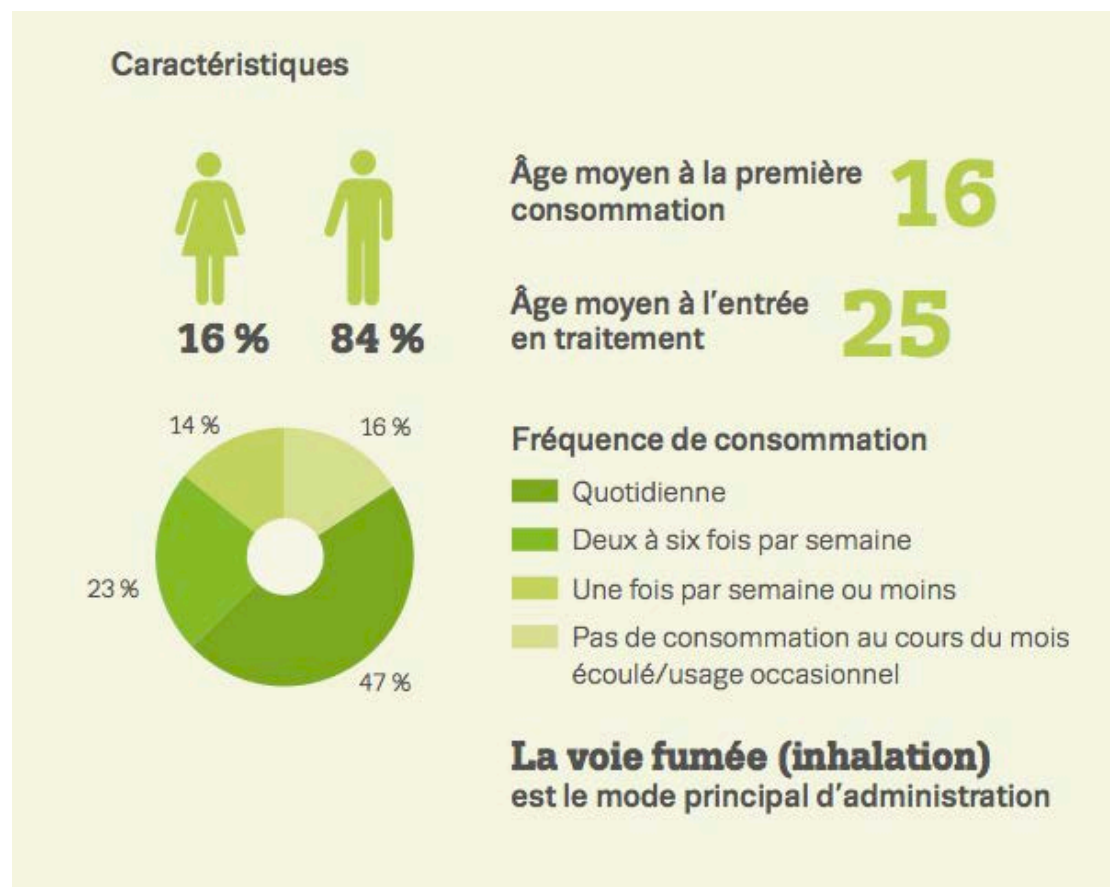


Figure 3: Rapports (âge de première consommation et fréquence de consommation) face au cannabis des toxicomanes en traitement de sevrage (d'après l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2013)

La figure 3 illustre parfaitement de deux problèmes :

- la précocité de la première consommation : 16 ans.
- la dépendance : 47% des utilisateurs consomment du cannabis au moins une fois par jour, soit un consommateur sur 2.

De plus, selon l'OFDT, « le passage au lycée correspond à l'une des plus importantes phases d'initiation au cannabis. Les premières

expérimentations sont observées dès la classe de 4ème (11 % des élèves), mais les niveaux progressent rapidement par la suite, avec un doublement des niveaux en 3ème puis de nouveau en 2de (respectivement 24 % et 41 %) ». L'Inserm relève d'ailleurs une forte corrélation entre la précocité et l'installation dans une consommation importante : 34 % des jeunes de 17 ans qui ont fumé leur premier joint avant l'âge de 14 ans fument quotidiennement du cannabis alors que ceux qui ont commencé après ne sont que 6 % dans ce cas (Le Dain et Marcangeli, 2014).

2.1.2. Modes de consommation

Le principe actif du cannabis est le THC ou delta-9-tétrahydrocannabinol : c'est à lui que l'on doit les effets du produit. Selon la présentation du cannabis, sa concentration en THC peut varier (Agneray, 2012) :

- L'herbe, Mary Jane ou marijuana contient en moyenne 5% de THC.
- La résine, *shit* ou haschich : 10 à 30% de THC.
- L'huile : 25 à 60%.

Il peut être fumé, mélangé à du tabac ("pétard") ou non ("joint") mais aussi ingéré ("*space cake*").

En 2012, le prix moyen du gramme du cannabis était de 6€ pour la résine, 8€ pour l'herbe (OFDT, 2013).

2.1.3. Effets bucco-dentaires

Il est aujourd'hui avéré qu'un usage chronique de cannabis peut entraîner (Cohen et Lowenstein, 2010) (Swati et coll., 2012) (Cho et coll., 2005):

- une xérostomie

- des caries multiples
- des gingivites et des stomatites
- une hyperplasie gingivale
- des troubles sensoriels
- une augmentation du risque de cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

- La xérostomie :

Elle intervient chez la majorité des usagers chroniques. Elle apparaît en quelques minutes après consommation et dure plusieurs heures. Ce sont les propriétés parasympathiques du THC qui semblent en être responsables.

- Caries multiples :

Elles ont principalement deux causes : la première est l'hyposialie, modifiant la consistance de la plaque dentaire qui devient plus adhérente et plus difficile à éliminer. La seconde est la baisse de l'hygiène bucco-dentaire des fumeurs de cannabis.

- Maladies parodontales :

Le cannabis modifie la réponse immunitaire : il diminue la prolifération des lymphocytes B et T, altère la fonction des macrophages et la sécrétion des cytokines. Cela induit une vulnérabilité de l'hôte face aux infections bactériennes et virales ainsi qu'une importance accrue des lésions parodontales.

- Augmentation du risque de cancers des VADS

La fumée du cannabis serait 3 à 5 fois plus irritante et cancérigène que celle du tabac. Une consommation importante induirait ainsi des lésions précancéreuses au sein des VADS. De plus, cette fumée contiendrait plusieurs composés cancérigènes et irritants (naphtalène, benzopyrène,

ammoniac, benzène, acide hydrocyanique et toluène) en proportion plus importante que dans celle des cigarettes.

L'étude suivante compare le taux de monoxyde de carbone, de nicotine, de goudron, de benzène et de toluène entre cannabis associé au tabac et tabac seul (tableau 2) :

	Nicotine	Goudron	CO	Benzène	Toluène
		en mg par cigarette		en µg par cigarette	en µg par cigarette
Herbe + tabac	1,8	57	64	12	11
Résine + tabac	2,61	72	78	20	15
Herbe pure	-	58	60	10	9
Marlboro® rouge	0,8	10	10	10	5

Tableau 2 : Compositions d'éléments addictifs ou cancérigènes dans les cigarettes, joints (d'après Lowenstein, Parosphère 2009)

Cette étude met en évidence un taux de goudron (et notamment de benzène) bien plus élevé dans un mélange herbe-tabac, résine-tabac ou encore dans l'herbe pure, que dans une simple cigarette. Or le benzène et les goudrons en général sont des composés hautement cancérologènes (INPES 2002).

Tous les effets cités ci-dessus sont évidemment à associer à ceux du tabac lorsque le cannabis est fumé dans des pétards en contenant.

2.2. Cocaïne et crack

Ils appartiennent à la famille des stimulants et sont généralement consommés pour augmenter les capacités mentales ou pour un usage récréatif.

2.2.1. Épidémiologie

En France en 2005, on estimait que parmi les jeunes de 17 ans, 3% des garçons et 2% des filles avaient déjà consommé de la cocaïne. 1,2% des garçons et 0,7% des filles en avaient pris dans les 30 derniers jours.

Pour le crack, beaucoup plus rare, c'est moins de 1% des jeunes de 17 ans qui ont été exposés à cette substance (Legleye et coll., 2007).

2.2.2. Modes de consommation (OFDT, 2014)

La cocaïne prend la forme d'une poudre blanche, fine et inodore. Elle ne se consomme généralement pas pure : on la dit "coupée" par les revendeurs avec toute sorte de substances qui peuvent présenter des dangers plus ou moins grands pour la santé : sucre, talc, plâtre, bicarbonate de soude, aspirine, paracétamol... ou encore héroïne, on parle alors de "*Speedball*".

Cette poudre est alors soit prise (on parle alors de sniffer un "rail", à l'aide d'une paille, d'un billet...) ou injectée en intraveineuse (IV). Elle peut également être appliquée directement sur la gencive par le bout du doigt : c'est l'instillation gingivale.

Un autre versant est le crack : mélange de cocaïne et de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque donnant des cristaux bruns (appelés "cailloux") qui sont fumés à l'aide d'une pipe (figure 4).



Figure 4 : Fabrication de la cocaïne (d'après l'OFDT, 2013)

C'est prisee (sniffée) et en instillation gingivale que les dégâts seront les plus rapides et les plus spectaculaires pour la sphère oro-faciale. C'est également le mode de consommation le plus fréquent avec environ 67% des prises. On peut supposer que si l'instillation gingivale n'est pas référencée clairement (figure 5) c'est qu'elle n'est pas considérée comme un mode de prise à part entière pour les usagers, mais sert souvent à ne pas "gaspiller" les restes de poudre.

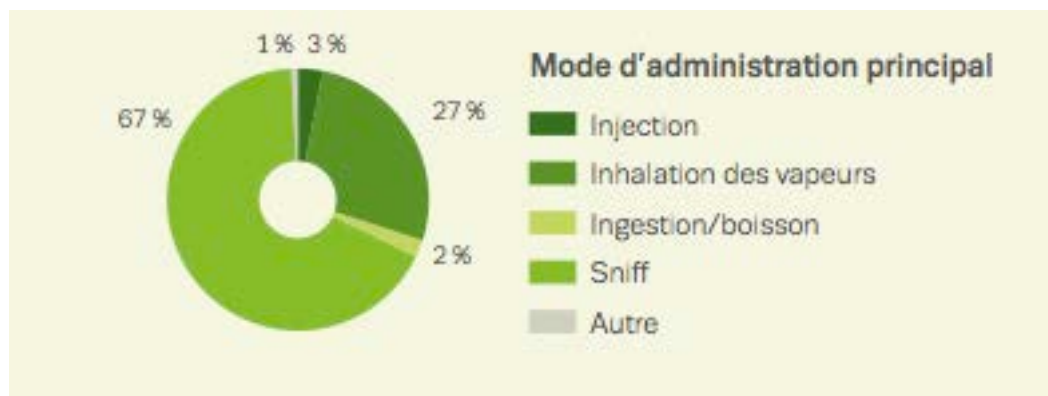


Figure 5 : Modes d'administration de la cocaïne
(d'après l'OFDT, 2013)

En 2012, le prix moyen du gramme de cocaïne était de 70€ (OFDT, 2013).

2.2.3. Effets bucco-dentaires

Ils sont extrêmement dépendants du mode de consommation, sont décrits (Lowenstein, 2009) (Blanksma, Brand, 2005) :

- des perforations du septum nasal
- des perforations du palais dur
- des gingivites ulcéro-nécrotiques (GUN)
- du bruxisme
- une xérostomie
- des abrasions cervicales
- des lacérations gingivales
- des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)
- des caries multiples
- des paresthésies

- Des perforations du septum nasal et du palais dur (Myon et coll, 2010) :

Les propriétés vasoconstrictrices de la cocaïne vont entraîner une ischémie, puis une nécrose du septum nasal dans un premier temps, puis du palais dur.

- Des abrasions cervicales et des lacérations gingivales :

Elles sont dues à des brossages violents, intempestifs, fréquemment décrits en période de manque ou lors d'hallucinations sensorielles (Lowenstein, 2009).

- Du bruxisme :

Ce phénomène aboutit à de violentes douleurs temporo-mandibulaires et musculaires, ainsi que des abrasions dentaires importantes (Blanksma, Brand, 2008).

2.3. Amphétamines

Nous nous intéresserons aux deux principales drogues de cette famille : la méthamphétamine, dont les dégâts sont spectaculaires, et l'ecstasy. Elles appartiennent aux stimulants. C'est en général dans le but d'augmenter ses performances mentales qu'elles sont consommées, ou pour un usage récréatif.

2.3.1. La méthamphétamine

On l'appelle également "*crystal*", "*ice*" ou "*yaba*".

▪ Épidémiologie

Sa consommation restant encore rare en France aujourd'hui, il n'existe pas de chiffre pour cette drogue en particulier. Néanmoins en 2005, 2,6% des garçons de 17 ans et 1,8% des filles avaient déjà pris des amphétamines.

Il ne serait pas étonnant de voir ces données augmenter rapidement en France, à l'instar de ce qui est observé aux États-Unis. Dans ce dernier pays, en 2007, 5% des jeunes de 12 ans en avaient déjà consommé, soit 13 millions d'individus (pour ne pas dire enfants). Ce chiffre semble continuer d'augmenter (Brown et coll., 2012).

▪ Modes de consommation

Elle se présente sous la forme d'une poudre, blanche le plus souvent (mais parfois brune, grise, orange voire rose), et cristalline. Elle est inodore, au goût amer. On la trouve exceptionnellement sous forme de comprimé.

On l'incorpore aux boissons car facilement soluble dans l'alcool, souvent dans le milieu festif, mais elle peut aussi être prise (sniffée), fumée ou injectée.

En 2012, le prix moyen du gramme de méthamphétamine était de 10€.

▪ Effets bucco-dentaires

Ses répercussions sur la cavité buccale sont très bien connues, elles sont même regroupées sous le nom de “*Meth mouth*” pour désigner le tableau clinique qu’elles constituent (Padilla et Ritter, 2008) (Saina et coll., 2005) :

- xérostomie
- caries multiples dites rampantes de la région cervicale de la dent
- bruxisme
- lésions parodontales

▪ la xérostomie :

Dans le cas de cette substance, elle est due à la diminution du flux de salive par vasoconstriction des vaisseaux des glandes salivaires, associée à une déshydratation causée par une hyperthermie (Hamamoto et Rhodus, 2009).

▪ les polycaries :

Elles sont dues d’une part à la xérostomie poussant à la consommation de boissons, souvent alcoolisées et/ou sucrées, associée à une baisse de l’hygiène orale, et d’autre part à l’augmentation de l’acidité du peu de salive restante (Donaldson et Goodchild, 2006).

2.3.2. Ecstasy

Elle appartient à la famille des stimulants, tout comme la cocaïne et le crack, mais également aux hallucinogènes.

L’ecstasy dérive de l’amphétamine. Elle est également appelée MDMA ou 3,4-méthyl-métamphétamine.

- **Épidémiologie**

Si son âge moyen de première consommation est de 19 ans (OEDT, 2013), elle reste fortement testée auprès des 17-18 ans, avec 5,2% des garçons et 3% des filles qui en auraient déjà consommé une fois dans leur vie (Lowenstein, 2009).

- **Modes de consommation**

À son état brut, ce sont des cristaux blancs qui composent l'ecstasy. Une fois travaillée, on va la retrouver sous plusieurs formes (www.drogues-info-service.fr, 2014) :

- des comprimés dont la couleur et la forme peuvent beaucoup varier (c'est la présentation la plus connue). Sous cette présentation, le contenu est extrêmement incertain : au MDMA peuvent être ajoutés de la caféine, des médicaments, des sucres, des liants (MILDECA, 2014)...
- une poudre blanche et cristalline
- des gélules
- des cristaux : nouvelle forme rencontrée sur le marché, ces cristaux sont épais de plusieurs millimètres, translucides et de différentes couleurs.

Les comprimés et les gélules sont avalés. La poudre peut se priser (sniffer) mais, comme les cristaux, elle peut être prise "en parachute" : ingérée enroulée dans du papier. Elle peut également être inhalée après chauffe, ce qu'on appelle "chasse au dragon", ou encore diluée et injectée.

En 2012, le prix du comprimé était de 8,5€ et le gramme de poudre était de 60€ (OFDT, 2013).

▪ Effets bucco-dentaires

On retrouve chez les consommateurs d'ecstasy (Lowenstein, 2009) (Brand et coll., 2008) :

- un bruxisme très marqué (52%)
- des troubles des ATM (25%)
- des trismus (28%)
- des douleurs musculaires (56% des usagers)
- une forte attrition dentaire (37%)
- une xérostomie (95% des usagers)

Bien qu'il n'existe à ce jour aucune étude prouvant un lien direct entre ecstasy et maladie parodontale, toutes ces conséquences sont considérées comme des facteurs aggravants dans le cas d'une pathologie parodontale préexistante.

2.4. Héroïne

L'héroïne est un opiacé, synthétisé à partir de morphine, extraite du pavot. Elle appartient à la famille des dépresseurs du système nerveux central (SNC). Elle est consommée pour son effet de relaxation qui donne un sentiment de ralentissement de l'environnement. Elle est souvent surnommée "came", "meca" et parfois simplement "blanche" (OEDT, 2013).

2.4.1. Épidémiologie

En 2005, 0,8% des garçons de 17 ans et 0,6% des filles en avaient déjà consommé (OEDT, 2013).

2.4.2. Modes de consommation

On la trouve souvent sous forme de poudre blanche ou brune ("*brown sugar*") ou de granulés que l'on peut écraser.

Elle est soit prise (sniffée), soit fumée ou encore injectée. Lorsqu'elle est sous forme de poudre, elle n'est pas toujours pure et peut être "coupée" avec plusieurs substances : sucre, paracétamol, caféine, benzodiazépines...

En 2012, elle coûtait 38€ le gramme en moyenne (OFDT, 2013).

2.4.3. Effets bucco-dentaires

La consommation d'héroïne provoque (Titsas et Ferguson, 2002) (Madinier et coll., 2003) :

- xérostomie
- polycaries dites serpigneuses du collet
- parodontites
- candidose
- bruxisme
- perforations palatines

- Les caries serpigneuses :

Elles ont une forme bien spécifique, en croissant, et sont situées sur les faces vestibulaires des dents. Bien dures et de couleur noire, étant également indolores, elles évoluent rapidement en augmentant vers les faces latérales menant à des fractures. Elles aboutissent souvent à une nécrose sans même de passage par la pulpite. On les appelle caries de Lowenthal du nom de l'auteur les ayant décrites (Lowenstein, 2009 ; Lowenthal, 1967).

- Les parodontites :

L'héroïne induisant une forte immunosuppression, elle favoriserait l'apparition de maladies parodontales. Elle engendrerait un taux de maladies parodontales induites plus élevé que n'importe quelle autre drogue (Lowenstein, 2009).

- Les candidoses :

La phagocytose de candida par les macrophages est inhibée par la morphine.

2.5. Les médicaments psychotropes

On distingue généralement plusieurs classes (OFDT, 2014) :

- les anxiolytiques : ils diminuent l'anxiété et les manifestations de l'anxiété (insomnie, tension musculaire...). Les plus prescrits appartiennent à la famille des benzodiazépines, qui entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance
- les hypnotiques : ils sont destinés à provoquer et/ou maintenir le sommeil. Beaucoup sont des benzodiazépines
- les antidépresseurs
- les antipsychotiques (neuroleptiques), principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple)
- les régulateurs de l'humeur (lithium notamment)
- les psychostimulants

Tous les psychotropes sont soumis à une prescription et sont donc délivrés uniquement sur ordonnance. Malheureusement la France étant grande consommatrice de psychotropes, nombreux sont les jeunes gens ayant la possibilité d'en trouver dans la pharmacie familiale.

La prise de ces médicaments par les adolescents ne relève pas, à la base, d'une pratique toxicomane, mais plutôt d'une automédication. Toutefois, du fait des perturbations de la vigilance et des dépendances que certains entraînent, ces médicaments peuvent donner lieu à des usages problématiques ou à risques. (OFDT, 2014)

2.5.1. Épidémiologie

En 2005, un cinquième des jeunes de 17 ans déclarait avoir déjà pris "des médicaments pour les nerfs, pour dormir". Les garçons en consomment plus tôt, vers 15 ans en moyenne pour la première prise, mais ce sont les filles qui en prennent le plus à 17 ans.

	garçons	filles	sex ratio	test	ensemble
<i>expérimentation</i>	11,3	28,6	0,4	***	19,9
<i>usage au cours de l'année</i>	8,0	22,0	0,4	***	14,9
<i>usage au cours du mois</i>	3,7	11,8	0,3	***	7,7
<i>usage régulier</i>	1,1	3,4	0,3	***	2,2
<i>usage quotidien</i>	0,8	2,3	0,3	***	1,5
<i>âge moyen de la première prise (année)</i>	14,7	15,2		***	15,1

*, **, *** et ns : test du Chi² (pour les pourcentages) ou t-test (pour l'âge moyen lors de la première ivresse) respectivement significatif au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significatif.

Source : ESCAPAD 2005, OFDT

**Tableau 3 : Usage de médicaments "pour les nerfs, pour dormir" à 17 ans (en %)
(d'après l'OFDT, 2007)**

Une enquête menée sur la nature des substances prises indique que les anxiolytiques arrivent globalement en tête (30%), puis les hypnotiques (13%), suivis des antidépresseurs (7%), les neuroleptiques (2%) (Legleye et coll., 2007) (figure 6).

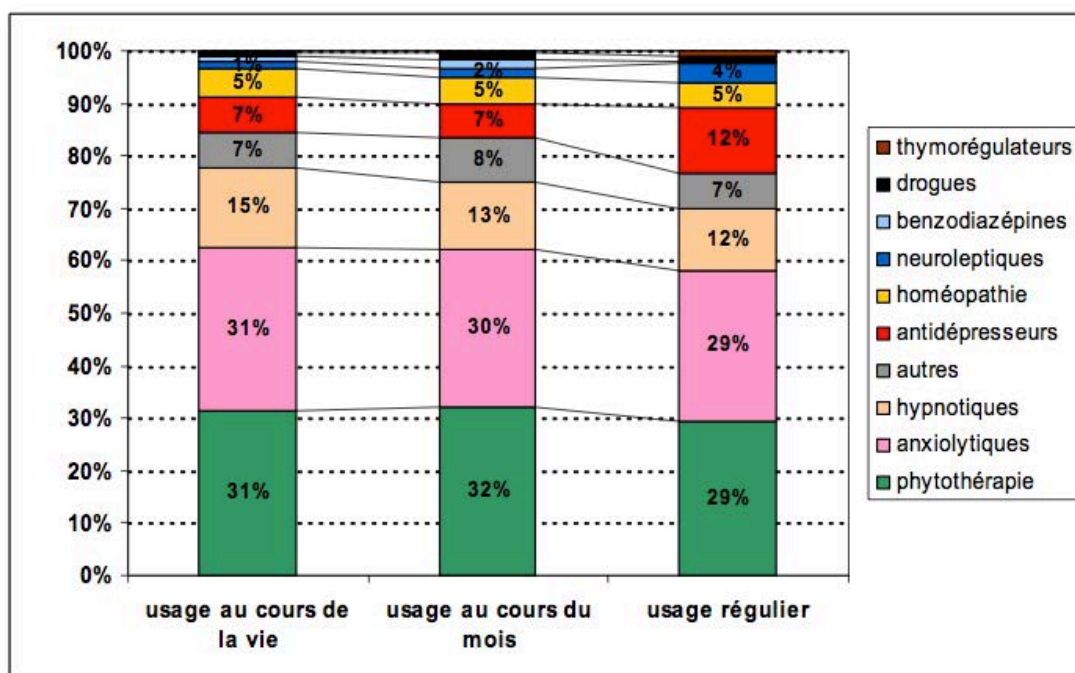


Figure 6 : Nature du dernier médicament psychotrope pris à 17 ans suivant la fréquence d'usage (en %) (d'après l'enquête ESACAPAD 2005, OFDT)

2.5.2. Modes de consommation

Pour la plupart, ils nécessitent l'ordonnance d'un médecin. On les retrouve en majorité chez les jeunes de milieux plutôt aisés.

Il semble exister un lien entre la consommation de psychotropes et le nombre de soirées entre ami(e)s, notamment alcoolisées (Legleye et coll., 2007).

2.5.3. Effets bucco-dentaires

L'impact des médicaments psychotropes sera salivaire : une modification qualitative (acidité augmentée, plus grande viscosité) et quantitative (diminution du flux) est décrite dans la littérature (Valfrey et Kuntzmann, 2005).

	Population ^a témoin	Population ^a malade
Débit salivaire de repos	1 ml/min	0,37 ml/min
Protéines totales	1,30 mg/ml	2,08 mg/ml
IgA	11,18 mg/100 ml	11,30 mg/100 ml
pH : moyenne des mesures effectuées en différents points de la cavité buccale	6,56 ± 0,43	6,22 ± 0,63
Présence des levures	46 %	84 %
Indice CAO ^b	18,30	23,92
Indice parodontal	1,15	1,85

**Tableau 4: Les répercussions des médicaments psychotropes
(d'après Coudert, Parret, Vignat, 1982)**

Le tableau 4 illustre notamment la diminution du débit salivaire de repos par la prise de psychotropes : de 1ml/min pour une population témoin et 0,37ml/min pour une population consommatrice.

De cette altération salivaire découlent d'autres problèmes (Pesci-Bardon et Prêcheur, 2010) :

- mycoses
- candidoses
- maladies parodontales
- caries dentaires
- dysgueusies

- xérostomie :

Elle est due aux propriétés anticholinergiques des médicaments.

- mycoses et candidoses :

Les composés contenant de la phénothiazine ou de la carbamazépine (neuroleptiques notamment) peuvent entraîner une leucopénie, prédisposant le patient aux candidoses.

- dysgueusies :

Classes	Types d'effets	Incidence	Mécanisme(s)
Anxiolytiques/hypnotiques Alprazolam, diazépam, oxazépam, flurazépam, zopiclone...	Agueusie, hypogueusie dysgueusie (métal, amer)	0, 1-6 %	Blocage des récepteurs membranaires, inhibition gustative, inhibition transmis- sion neuronale des récepteurs
Antidépresseurs Amines tertiaires et secondaires, trazodone, bupropion, sertraline, paroxétine, venlafaxine	Dysgueusie, hypogueu- sie, phantoguesie	0, 1-9 %	Inhibition récepteurs 5-HT et NA, inhi- bition transmission neuronale des récepteurs, xérostomie
Antipsychotiques Fluphénazine, rispéridone, trifluopérazine	Phantoguesie, phanto- guesie (amer)	< 1 %	Inhibition transmission neuronale des récepteurs
Lithium	Dysgueusie, phantoguesie (salé, amer)	< 1 %	Inhibition canal sodique, inhibition NA

Tableau 5 : Mécanismes des troubles sensoriels des psychotropes (d'après Gagnon et Martel, 2002)

2.6. Autres effets des différents stupéfiants

2.6.1. Les effets psychologiques, comportementaux et les pathologies psychiatriques (Cabal, 2002)

Si certains auteurs avancent que la consommation de substances psychoactives peut déclencher des maladies psychiatriques (schizophrénie) ou des désordres psychologiques (troubles anxieux, dépressifs), les preuves scientifiques manquent pour confirmer cette théorie.

Néanmoins, il est avéré que parmi les consommateurs, ces pathologies sont bien plus fréquentes. Trois possibilités sont donc envisageables:

- l'aggravation, le déclenchement d'une pathologie sous-jacente ou préexistante par la prise de substance
- l'apparition d'une pathologie sans terrain spécifique préalable.
- la pathologie poussant à la prise de substances

Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), 36% des sujets hospitalisés pour schizophrénie sont ou auraient été dépendants au cannabis.

Si aujourd'hui le lien de cause à effet est encore trouble, il reste pourtant logique de considérer les drogues comme dangereuses pour la santé mentale, d'autant plus chez le jeune qui ne possède pas forcément les mêmes défenses et soutiens qu'un adulte.

Ces maladies psychiatriques ayant souvent un impact sur la perception du soi, des répercussions bucco-dentaires seront souvent visibles par baisse de l'hygiène orale.

Cependant, même en dehors d'un développement de pathologie, une toxicomanie sans complication entraîne souvent une négligence de l'hygiène, par perte de motivation. Se procurer "ses doses" devient prioritaire, reléguant tout le reste au second plan comme nous allons le voir à présent.

2.6.2. L'hygiène bucco-dentaire dégradée

En plus de cette absence de soin vis à vis de son propre corps, le contexte socio-économique du toxicomane est souvent compliqué.

Comme indiqué plus tôt, une négligence de l'hygiène s'installe très rapidement lors d'une consommation chronique de drogue.

39% des usagers de méthamphétamine ne se brossent jamais les dents, 22% moins d'une fois par jour, 33% une fois par jour et 6% au moins deux fois par jour. 94% présentent une plaque dentaire visible à l'œil nu contre 24% chez les non-usagers" (Agneray, 2012, Morio, 2008).

2.6.3. Le risque de contaminations virales (Agneray, 2012)

Un risque majeur existe pour la prise de substance par injection, mais également pour la consommation par paille. Cela sous-entend un partage entre consommateurs des mêmes ustensiles (paille ou seringue). Aussi retrouve-t-on de forts taux de personnes séropositives au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC) parmi les sujets toxicomanes.

- Le VIH (INVS, 2007) :

On estimait que 10% des usagers de drogues par voie IV (et/ou intranasale) en étaient porteurs en 2007. Même si le nombre de contamination ne cesse de reculer grâce à des mesures préventives (informations, distribution de seringues à usage unique...), les chiffres restent conséquents.

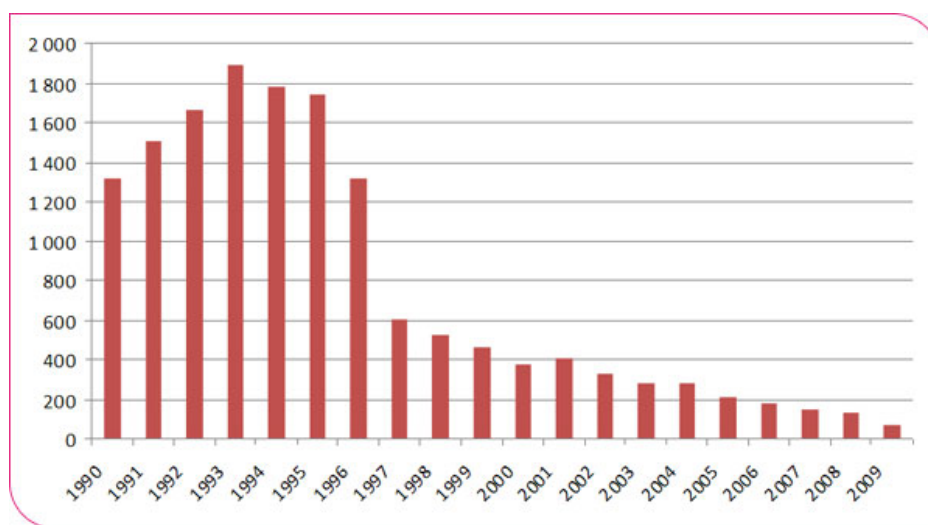


Figure 7 : Nombre de cas de SIDA par année chez les usagers de drogues injectables en France (d'après l'INVS, 2009)

- Le VHC :

On estime à 60% le taux de porteurs du VHC parmi les consommateurs par voie intraveineuse (IV) (INPES, 2007). De surcroît, les usagers de drogues séropositifs au VHC sont très souvent porteurs du VIH : les études émettent un taux de co-infection de 61 à 84% (INVS, 2003).

- Le VHB :

29% des consommateurs de drogues par voie intraveineuse (IV) seraient porteurs du VHB (Institut de veille sanitaire, 2010).

En parallèle de ces dangers de contaminations par échange de matériel, il est important de noter une prise de risques fréquente chez les adolescents sous psychotropes, lors notamment de rapports sexuels non protégés.

En effet, le jeune va souvent consommer des drogues pour “S’aider”, augmenter ses performances sexuelles, se désinhiber. Perturbé par la substance, le consommateur va alors bien souvent oublier le préservatif et s’exposer ainsi à de possibles maladies sexuellement transmissibles (MST) (Favresse, 2009).

2.7. Bilan : tableau récapitulatif des effets bucco-dentaires des drogues

	cannabis	cocaïne et crack	métamphétamine	ecstasy	héroïne	médicaments psychotropes
salive	xérostomie	xérostomie	xérostomie	xérostomie	xérostomie	xérostomie
dents	risques de caries	risques de caries	risques de caries	risques de caries	risques de caries	risques de caries
muqueuses et parodonts	gingivites, stomatites, hyperplasies gingivales	GUN, perforations, lacerations	lésions parodontales	facteur aggravant de maladies parodontales	parodontites et candidoses	candidoses et maladies parodontales
occlusion		bruxisme	bruxisme	bruxisme	bruxisme	
psychologiques	comorbidité psychiatrique potentielle	comorbidité psychiatrique potentielle	comorbidité psychiatrique potentielle	comorbidité psychiatrique potentielle	comorbidité psychiatrique potentielle	comorbidité psychiatrique potentielle
risques infectieux	risque de rapport sexuel non protégé	contamination par injection ou partage de paille et risque de rapport sexuel non protégé	contamination par injection ou partage de paille et risque de rapport sexuel non protégé	contamination par injection ou partage de paille et risque de rapport sexuel non protégé	contamination par injection ou partage de paille et risque de rapport sexuel non protégé	risque de rapport sexuel non protégé
Troubles sensoriels	présents	paresthésies				dysgueusies
risques de cancers ORL	augmentés	augmentés	augmentés	augmentés	augmentés	

Tableau 6 : Bilan des effets des drogues

(d'après l'auteur, Mercier Thomas, 2014)

	cannabis	cocaïne et crack	metamphétamine	ecstasy	héroïne	médicaments psychotropes
prix au gramme	6 €	70 €	10 €	60 €	38 €	pas d'information
âge de première consommation des jeunes entrant en centre de désintoxication	16 ans	22 ans	19 ans	19 ans	22 ans	15 ans
% de jeunes de 17 en ayant déjà consommé	50%	2,5%	2,2%	4,1%	0,7%	20%

Tableau 7 : Bilan des prix (données de 2013),
âges de première consommation (données de 2013)
et pourcentage des jeunes ayant testé
au moins une fois à 17 ans (données de 2013) (d'après Mercier Thomas, 2014)

Le faible prix des drogues les rendant accessibles à n'importe qui (et donc également aux plus jeunes), la disponibilité des nouveaux produits de synthèse sur internet et la mobilité des revendeurs sont les clés d'une offre grandissante sur le marché européen : le cannabis reste aujourd'hui la drogue la plus saisie par les autorités, suivi par la cocaïne (OFDT, 2013).

L'accès à ces substances est, à notre époque, à la portée de tous les milieux socio-économiques. Il est donc important de prévenir des entrées en consommation le plus tôt et le plus largement possible.

Nous avons pu constater dans ce chapitre que toute drogue a des répercussions sur la cavité buccale : que ce soit par diminution du flux salivaire, ischémie des vaisseaux sanguins ou encore immunosuppression.

Nous allons à présent étudier quelle est aujourd'hui la place des informations sur la santé orale dans la prévention des toxicomanies en France et à l'étranger et comment il serait possible de les valoriser.

PARTIE 3

LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION

3. La démarche de prévention

3.1. Définir le besoin

L'accès aux substances illicites est de plus en plus facile pour des classes d'âge de plus en plus jeunes. Si les chiffres sur les addictions aux drogues ne cessent d'être toujours plus alarmants, c'est peut-être que la prévention effectuée n'est pas suffisante ou non totalement adaptée au public jeune. Dans le très récent rapport d'information émis par le Comité d'Evaluation et de Contrôle des Politiques Publiques sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites (20 Novembre 2014), on peut lire que la directrice générale de l'enseignement scolaire évoque une étude de la direction de l'évaluation et de la prévision de son ministère datant de 2009 tendant à établir que 90 % des établissements disposeraient d'un projet d'éducation à la santé (Le Dain et Marcangeli, 2014).

Ce constat n'est pas partagé par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui relevait dans son rapport « drogues et addictions, données essentielles » de 2013 que « Selon l'enquête ESPAD, en mars 2011, en métropole, dans 20 % des classes de la 3e à la terminale, une majorité d'élèves (7 sur 10 au moins) déclare avoir reçu une information sur l'alcool, le tabac ou une autre drogue dans les six mois précédents. Ce pourcentage atteint 32 % si l'on comptabilise les classes où seulement la moitié des élèves ont souvenir de ce type d'événement. Ces niveaux suggèrent une couverture relativement limitée des jeunes dans la tranche d'âge prioritaire de la prévention des usages de drogues, par le biais des actions en milieu scolaire ».

D'autres chemins, d'autres discours, pour toucher les bonnes personnes, doivent sans doute être empruntés et prononcés.

3.1.1. Justification de la recherche

Afin de bien saisir ce qui motive notre démarche, nous allons présenter un rapide tour d'horizon des démarches de prévention des addictions aux substances illicites dans le monde, en ciblant la place de la sphère oto-rhino-laryngée (ORL) dans celles-ci. Nous nous attarderons enfin sur le cas de la France afin de répertorier les grandes actions existantes et faire ressortir l'absence évidente de l'abord bucco-dentaire en ce domaine.

- **Prévention à l'étranger**

- Au Canada :

Après avoir pris contact avec le ministère de la Santé du Canada (Health Canada : info@hc-sc.gc.ca) ainsi que le « bureau du dentiste en chef de la direction générale de la promotion de la santé et prévention des maladies chroniques de l'agence de la santé publique du Canada » (ocdo-bdc@hc-sc.gc.ca) (figures 8-9-10), il apparaît qu'aucune campagne de prévention mettant en avant la sphère ORL n'existe à ce jour.

Ci-dessous l'échange de courriels (mai 2014) :

Dear Sir or Madam

I am currently finishing my Dental surgery studies at Nancy University (East of France). I have to write a thesis for my final graduation. The theme would be "Prevention of oral and dental risks caused by addictions". I will meet students in high school to show them the lesions caused by drugs in the mouth.

So I would like to find out if there are any oral prevention campaigns against drug addictions in other countries. Moreover would you know where I could find prevention resources such as flyers, leaflets, brochures or posters which could help me to illustrate my thesis?

All your answers will be extremely useful and will guide me to a more accurate definition of my research.

I thank you very much for your time and attention.

Should you need further information on my demand, do not hesitate to contact me.

Best Regards

Thomas Mercier

Faculty of Dental Surgery in Nancy

Figure 8 : Correspondance avec le ministère de la santé canadien, requête

*Thank you for contacting Health Canada.
Your recent enquiry has been redirected to the appropriate area for a response.
Sincerely,*

*Health Canada | Santé Canada
Ottawa, Canada K1A 0K9
info@hc-sc.gc.ca
Telephone | Téléphone [613-957-2991](tel:613-957-2991) / Toll free | Sans frais [1 866-225-0709](tel:1-866-225-0709)
Facsimile | Télécopieur [613-941-5366](tel:613-941-5366) / Teletypewriter | Téléimprimeur [1 800-267-1245](tel:1-800-267-1245)
Government of Canada | Gouvernement du Canada*

Figure 9 : Correspondance avec le ministère de la santé canadien, réponse

Hello Thomas,

Thank you for your email requesting information to support your dental thesis on the prevention of oral and dental risks caused by addictions. This is an interesting topic to be looking at. Unfortunately, we are not aware of any oral prevention campaigns talking about the effects of drug addiction developed in Canada.

Bon succès avec votre thèse!

Cordialement,

Office of the Chief Dental Officer / Bureau du Dentiste en chef
Health Promotion & Chronic Disease Prevention Branch (HPCDPB)
Direction générale de la Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques (DGPSPMC)
Public Health Agency of Canada / Agence de la santé publique du Canada

Figure 10 : Correspondance avec le ministère de la santé canadien, suite de la réponse

- Au Québec :

Comme le montre ci-dessous la réponse du ministère de la Santé québécois (figure 11), le Québec ne dispose en la matière que d'un site internet informatif n'évoquant pas la sphère ORL en matière de toxicomanie.

Bonjour,

En réponse à votre demande, nous vous invitons à explorer le site internet suivant, soit le Portail Dépendances, où vous trouverez des informations sur la toxicomanie dont les campagnes d'information et la documentation :

Portail Dépendances

<http://www.dependances.gouv.qc.ca/index.php?accueil>

N'hésitez pas à communiquer avec Services Québec pour tout autre renseignement sur les programmes et services du gouvernement du Québec.

Chantale Godbout

Préposée aux renseignements

Centre de relations avec la clientèle

Services Québec

Téléphone : 644-4545 (indicatifs 418 ou 514)

Numéro sans frais : [1 877 644-4545](tel:18776444545)

www.gouv.qc.ca

Figure 11 : Correspondance avec le ministère de la santé québécois, réponse

- Aux États-Unis :

Le National Institutes of Health (NIH) associé au National Institute on drug abuse (NIDA) a créé pour le ministère de la Santé américain une campagne de prévention impliquant cette fois la sphère buccale. Non seulement il illustre ses propos par des photos et des dessins, mais il liste toutes les conséquences bucco-dentaires des drogues. Véritable pionnier dans ce domaine, il apporte un visuel totalement nouveau et une approche esthétique complètement inexploitée.

Il se concentre en revanche sur la méthamphétamine, fléau en plein essor outre-Atlantique (figures 12-13-14).

Ci-dessous l'adresse du site web de la campagne et quelques pages choisies:

<http://www.scholastic.com/drugs-and-your-body/index.htm>



Figure 12 : Campagne américaine Drugs + Your Body (d'après NIDA & National Institut of Health)

DRUGS + YOUR BODY

MOUTH

Methamphetamine rots teeth. Tobacco can cause gum disease, bad breath, and cancer.

↑

BRAIN

SKIN

LUNGS

MOUTH

HEART

DEATH

Sticky Situation

Tar from **tobacco** is a sticky substance that builds up on the teeth and tongue. Chewing tobacco causes a buildup of plaque and tartar that also harbors bacteria. This can lead to bad breath, gum disease, brown and yellow teeth, and tooth loss.

Cancer

Cigarettes and **chewing tobacco** also contain cancer-causing chemicals that flood the mouth and throat, increasing the risk of cancer in the mouth, vocal cords, and throat. On average, only 62% of those with oral cancer survive beyond five years after diagnosis.⁵

Lot of Rot

Methamphetamine rots teeth through dry mouth, teeth clenching, and a craving for sugary drinks and foods. This, combined with poor dental hygiene, can result in "meth mouth," which can include rotting teeth, gum disease, and bad breath.

MORE ABOUT METHAMPHETAMINE + THE MOUTH »

⁵ National Cancer Institute, 2009.





Mouth and Nose Gallery

These photos show the damage that methamphetamine and tobacco can do to your mouth and what happens when cocaine destroys the cartilage in your nose.





Test Your Knowledge!

Take this quiz to find out how much you know about how drugs affect the mouth and face.



Figure 13 : Suite de la campagne américaine Drugs + Your Body, page "meth mouth" (d'après NIDA & National Institut of Health)

66

MOUTH AND NOSE GALLERY

These photos show the damage that methamphetamine and tobacco can do to your mouth and what happens when cocaine destroys the cartilage in your nose.



Figure 14 : Suite de la campagne américaine Drugs + Your Body, "meth mouth" illustrée (d'après Nida & National Institut of Health)

De plus, le site réoriente l'internaute vers un autre projet, interactif cette fois, permettant de visualiser chaque mécanisme d'action de la méthamphétamine et les conséquences qui en découlent : la diminution du flux salivaire, la vasoconstriction, le bruxisme etc. Le site dirige ainsi progressivement le lecteur, par l'addition des différentes actions de la substance, vers le syndrome « *Meth mouth* » (figures 15-16).

<http://www.methproject.org/answers/what-is-meth-mouth.html#The-Perfect-Storm>

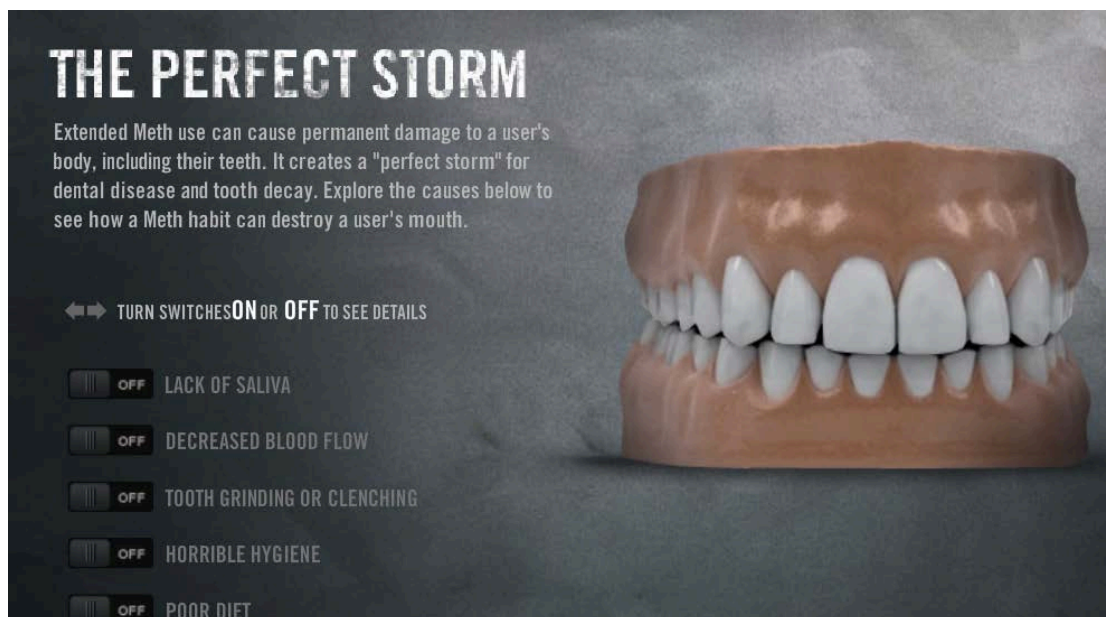


Figure 15 : "Meth Project", bouche interactive avec les conséquences désactivées



Figure 16 : "Meth Project", bouche interactive avec les conséquences activées

Toujours aux États-Unis, le ministère de la Justice de l'Arizona en partenariat avec « l'Arizona Meth Project » ont produit en 2008 une campagne visuelle mettant en avant l'effet de la méthamphétamine sur la bouche, souligné par le slogan « vous ne vous préoccuperez plus jamais de votre rouge à lèvres » (figure 17).



Figure 17 : Meth Not Even Once (d'après Arizona Meth Project)

- En Europe :

Il n'existe pas à ce jour en Angleterre de campagne de prévention impliquant la sphère buccale (figure 18).

Dear Mr Mercier,

Thank you for your correspondence of 13 June about dental services. I have been asked to reply. The Department of Health is not involved with any prevention campaign relating to dental health risks caused by addiction at present.

For more information about dental health in England, you can consult the following link:

<http://www.nhs.uk/LiveWell/Dentalhealth/Pages/Dentalhome.aspx>.

I hope this reply is helpful.

Yours sincerely,

Caroline Soury

Ministerial Correspondence and Public Enquiries Department of Health

Figure 18 : Correspondance avec la ministère de la santé anglais, réponse

À ce jour, nos courriels aux Ministères de la Santé allemand et espagnol restent sans réponse (figures 19-20).

Estimado señor/a,

Soy estudiante en la facultad de Nancy y estoy terminando actualmente una tesis para mi proyecto fin de carrera titulada: "Proposición y evaluación de una acción de prevención de las toxicomanías mediante estudio buco-dental en público de estudiantes de instituto".

En la práctica, iré a principios de octubre a dos institutos con el fin de informar a los alumnos sobre los daños infligidos por las drogas en la cavidad bucal.

Me dirijo a usted porque, en el marco de este trabajo, necesito comparar los diferentes enfoques existentes en otros países en materia de prevención. Cualquier información que ustedes puedan aportarme (posters, vídeos, *flyers*, etc.) me sería de gran utilidad.

Me pongo a su disposición para cualquier información complementaria y le agradezco de antemano por su tiempo.

A la espera de su respuesta, le saluda atentamente,

Thomas Mercier

Figure 19 : Correspondance avec la ministère de la santé espagnol, requête

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Ich arbeite derzeit an meiner Abschlussthese zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Zahnarztheilkunde an der Universität in Nancy. Thema und Titel meiner Arbeit ist: "Vorschlag und Bewertung einer Vorbeugung von Rauschgiftkonsum in mund-zahnärztlicher Hinsicht bei Gymnasiasten."

Praktischerweise soll ich mich Anfang Oktober in zwei Gymnasien begeben, um die Schüler über die vom Rauschgiftkonsum in der Mundhöhle zugefügten Schäden zu informieren.

Im Rahmen dieser Arbeit habe ich mir auch vorgenommen, die verschiedenen Wege, auf denen in anderen Ländern an die Sache Vorbeugung herangegangen wird, miteinander zu vergleichen. Aus diesem Grunde wende ich mich jetzt an Sie, um Daten über die Vorbeugungskampagnen über Rauschgift zu sammeln, die in Deutschland unternommen wurden.

Jegliche Auskunft, allerlei Materialien (unter anderem Poster, Video, Flyer) würden mir von größtem Nutzen sein.

Ich stehe Ihnen ganz zur Verfügung, um Ihnen jede zusätzliche Information zu geben und bedanke mich im Voraus für die Aufmerksamkeit und die Zeit, die Sie meiner Bitte schenken werden.

Mit vorzüglicher Hochachtung .

Thomas Mercier

Figure 20 : Correspondance avec la ministère de la santé allemand, requête

▪ Prévention en France

La prévention des drogues en France a plusieurs visages : une campagne très régulière, organisée par le ministère de l'Éducation nationale en partenariat avec les autorités, donnant lieu à des interventions en lycée par la brigade des stupéfiants, des campagnes d'affichages gouvernementales (INPES), mais également tout un pan numérique avec des sites subventionnés par l'État, pour informer les usagers, leurs proches et les personnes se posant des questions et ainsi les orienter.

Nota Bene : la liste de sites internet suivante n'est absolument pas exhaustive, elle répertorie les principales réponses qu'un individu lambda trouverait s'il cherchait des renseignements sur les drogues. Ce chapitre n'a pas vocation à classer ou juger ces différents sites d'informations, mais à en souligner les points forts et justifier la complémentarité de notre projet.

- Les interventions en lycée par les autorités :

Les programmes jumeaux de la police, avec les policiers formateurs anti-drogue ou PFAD, et de la gendarmerie, avec les gendarmes formateurs relais anti-drogue ou FRAD, sont les plus visibles dans le paysage de la prévention en milieu scolaire. En 2013, les PFAD auront sensibilisé 347 000 personnes au cours de 11 600 séances d'information (contre 292 000 pour les FRAD) pour l'essentiel des scolaires ou des étudiants (300 000), mais aussi des enseignants et parents d'élèves (près de 6 000), et des travailleurs sociaux ou personnels hospitaliers (4 000 personnes).

Nous avons eu la chance d'assister à une intervention de prévention d'un membre de la brigade des stupéfiants en mai 2014. Cette intervention fait partie d'un plan national de lutte contre les drogues, dont la brigade des stupéfiants de Paris coordonne l'aspect prévention sur tout le territoire français : il s'agit du plan STUPS.

Le policier formateur antidrogues, M. Graillot, aborde les jeunes avec

respect, tout en faisant tomber les barrières : il les tutoie et les invite à lui poser des questions dès qu'ils le désirent durant la séance ; il emploie un vocabulaire adapté et décomplexé.

Le sergent est en uniforme et le diaporama qui illustre ses propos est principalement axé sur le plan pénal. Il est de son devoir de rappeler ce qu'est la loi, son contenu et qui elle concerne.

Puis il présente chaque stupéfiant, ses effets (recherchés et indésirables) et les risques dans le cadre législatif. Au cours de cette même intervention est aussi abordé le sujet des drogues licites : tabac et alcool.

Les jeunes assistent à une séance d'une heure, dans une bonne ambiance certes, mais avec la distance qu'impose un représentant de l'ordre. Ils ne retiendront sans doute pas les différences de peines dues aux différentes situations (possession, vente, culture, consommation sur la voie publique, etc.).

Le sentiment général laissé par cette expérience est qu'elle était nécessaire : c'est un discours qui doit être entendu par les jeunes. Elle assumait son rôle moralisateur (figures 21-22-23).

Néanmoins cette stratégie trouve ses limites : l'abord du sergent face à l'auditoire, tout aussi chaleureux et adapté qu'il soit, est cantonné à une restriction dans la mesure où il représente les forces de l'ordre. De plus, l'importance de chiffres mentionnées privait peut-être les adolescents de la possibilité de fixer des informations clés.

C'est donc un aspect essentiel de la prévention qui marque l'esprit des jeunes par "la peur du gendarme" ; cependant, elle fait également ressurgir le désir adolescent de défier l'autorité et de contourner les interdits.

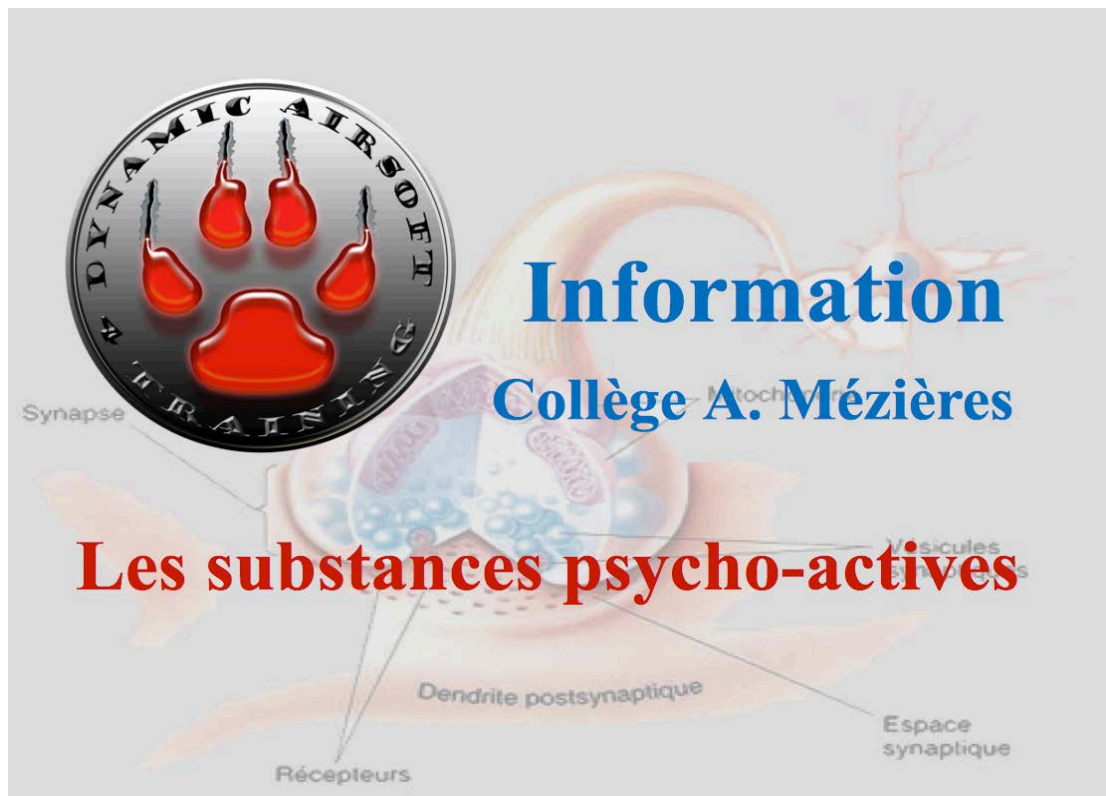


Figure 21 : Diaporama de la brigade des stupéfiants (M. Graillot, Policier, 2014)



Qu'est ce qu'une loi ?

Dura lex, sed lex :

**La loi est dure,
mais c'est la loi !**

**les Romains s'exprimaient pour
rappeler que tout homme doit
obéir à la loi sous peine de
sanctions.**

Figure 22 : diaporama de la brigade des stupéfiants, suite (M. Graillot, Policier, 2014)

PAYS	CLASSEMENT DES STUPEFIANTS	USAGE DE STUPEFIANTS	POSSESSION POUR USAGE PERSONNEL	DETENTION, CESSATION, AUTRES FORMES DE TRAFICS
AUTRICHE	Pas de distinction entre drogues dites dures et douces	Non incriminé directement	Jusqu'à 6 mois	Jusqu'à 5 ans
ALLEMAGNE	Pas de distinction entre les drogues	Non incriminé directement	Jusqu'à 6 mois	Jusqu'à 5 ans
BELGIQUE (2)	Pas de distinction entre les drogues	Usage collectif : de 3 à 5 ans	Assimilée au trafic dans la loi	3 mois à 20 ans
DANEMARK	Pas de distinction entre les drogues	Non incriminé directement	Assimilée au trafic dans la loi (1)	Jusqu'à 6 ans
ESPAGNE	Distinction entre cannabis et autres drogues	Usage en public : sanctions administratives	Sanction administratives (3)	Droge douce : 10 à 17 ans Droge dure : 14 à 23 ans
FINLANDE	Pas de distinction entre les drogues	Jusqu'à 1 an	Assimilée au trafic dans la loi	Jusqu'à 2 ans Circonstances aggravantes : 10 ans
FRANCE	Pas de distinction entre les drogues	Jusqu'à 1an	Assimilée au trafic dans la loi	Jusqu'à perpétuité

Quand les textes ne prévoient pas de qualification spécifique pour la détention pour usage personnel, en présence d'une faible quantité de stupéfiants, la pratique choisira plutôt la qualification d'usage. Cette remarque est valable dans tous les pays.

Dernière modification législative qui prévoit que l'usage ou la possession d'une quantité de cannabis en vue de l'usage personnel ne sont plus poursuivis (aucun seuil n'étant prévu cependant) sauf si l'usager est considéré comme problématique pour lui-même ou pour autrui (nuisances)

Les sanctions administratives peuvent être par ex des sanctions pécuniaires, ou un retrait de PC ou injonction de soins. (décision de l'autorité administrative)

Figure 23 : Diaporama de la brigade des stupéfiants, tableau des peines d'emprisonnement (M. Graillot, Policier, 2014)

Selon Henri Bergeron, chercheur et auteur de « Sociologie de la drogue », « les programmes d'intervention qui, à l'école, mettent en avant les forces de l'ordre ne sont pas des plus efficaces. Les policiers ne sont pas considérés comme crédibles. Or, on sait que, dans les campagnes de prévention, la qualité de la source et sa crédibilité sont au moins aussi importantes que l'information transmise » (Branget, Barbier, 2011).

Très récemment, une sociologue, chargée de recherche à l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice, a entrepris une évaluation de la relation globale entre les établissements scolaires et les forces de sécurité, qui comprend donc les programmes PFAD et FRAD. Son travail s'achèvera en 2016 et portera surtout sur les aspects qualitatifs (modes d'expression des intervenants, ressentis des élèves), ce qui est un premier pas utile, mais qui ne permettra pas de mesurer l'impact global du programme sur l'auditoire. Dans le rapport présenté par Mme A-Y Le Dain et M. L. Marcangeli (Le Dain et Marcangeli, 2014), on lit également que ces interventions sont parfois critiquées dans leur principe par les professionnels de la prévention (médecins et travailleurs sociaux) au motif qu'il y aurait confusion entre prévention et répression, que l'image véhiculée par les forces de sécurité tendrait à délégitimer leurs discours aux yeux des adolescents qui les suspecteraient de diaboliser le produit, ou que leur formation serait insuffisante. Les PFAD et les FRAD sont aussi suspectés de susciter la curiosité pour l'interdit en montrant les substances, ce qui est faux, puisque ceux-ci ne le font plus depuis de nombreuses années.

Pour autant, si ces interventions n'existaient pas, le taux d'usagers ne serait-il pas encore plus prononcé ? Une complémentarité des messages à délivrer nous est alors apparu nécessaire.

- Le site drogues-infos-services.fr :

Financé par l'INPES, ce site est une œuvre de « l'Addictions Drogue Alcool Info Service » (ADALIS).

C'est le plus souvent la première page Internet proposée lorsque l'on effectue une recherche sur les drogues dans un moteur de recherche.

Il présente 4 rubriques principales : s'informer, dialoguer, aider et être aidé et enfin « adosphère » (figure 24).

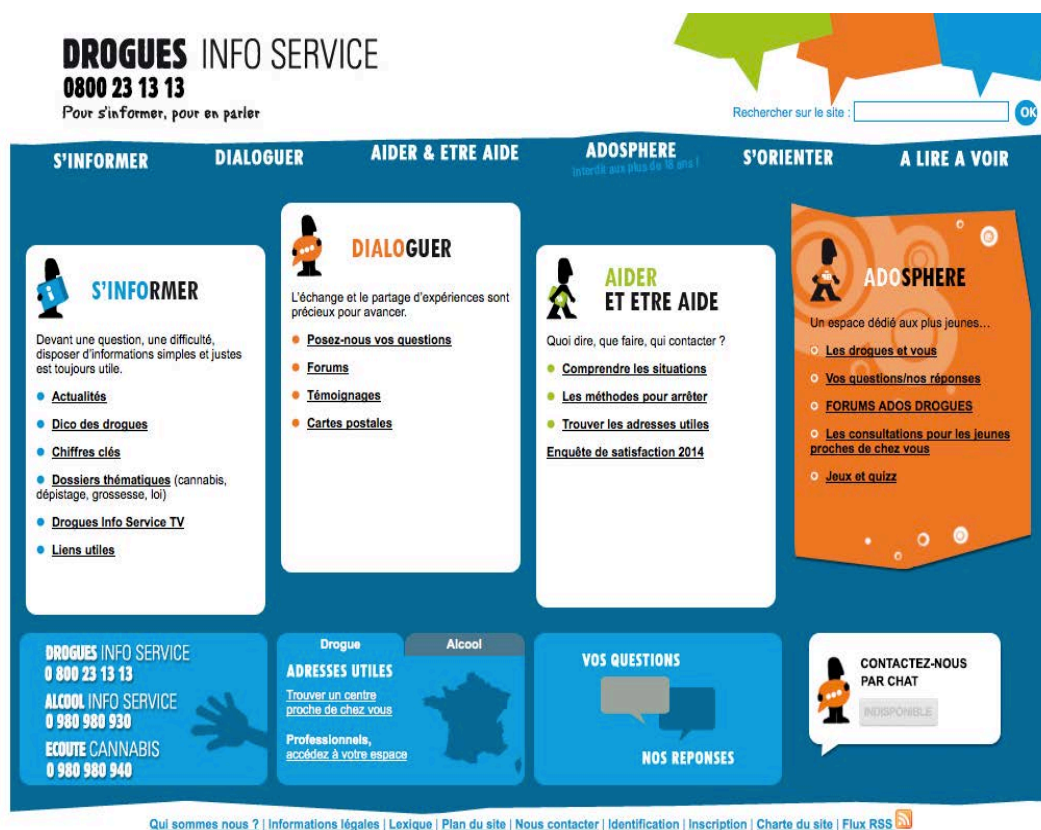


Figure 24 : Site internet de prévention Drogues Info Service (d'après l'INPES, ADALIS)

Il est à noter que, dans la rubrique “s’informer”, aucune illustration des dommages physiques des drogues n'existe et que la sphère ORL n'est pas évoquée.

- Le site drogues.inpes.fr :

Élaboré par l'INPES et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), ce site propose des vidéos interactives pour tester ses connaissances. Il présente sans fioriture le point de vue de non-usagers, d'usagers ou de dealers (figure 25). Il met particulièrement l'accent sur les effets sociaux des toxicomanies et sur les sensations négatives qu'elles peuvent provoquer. La sphère ORL n'est pas mentionnée.

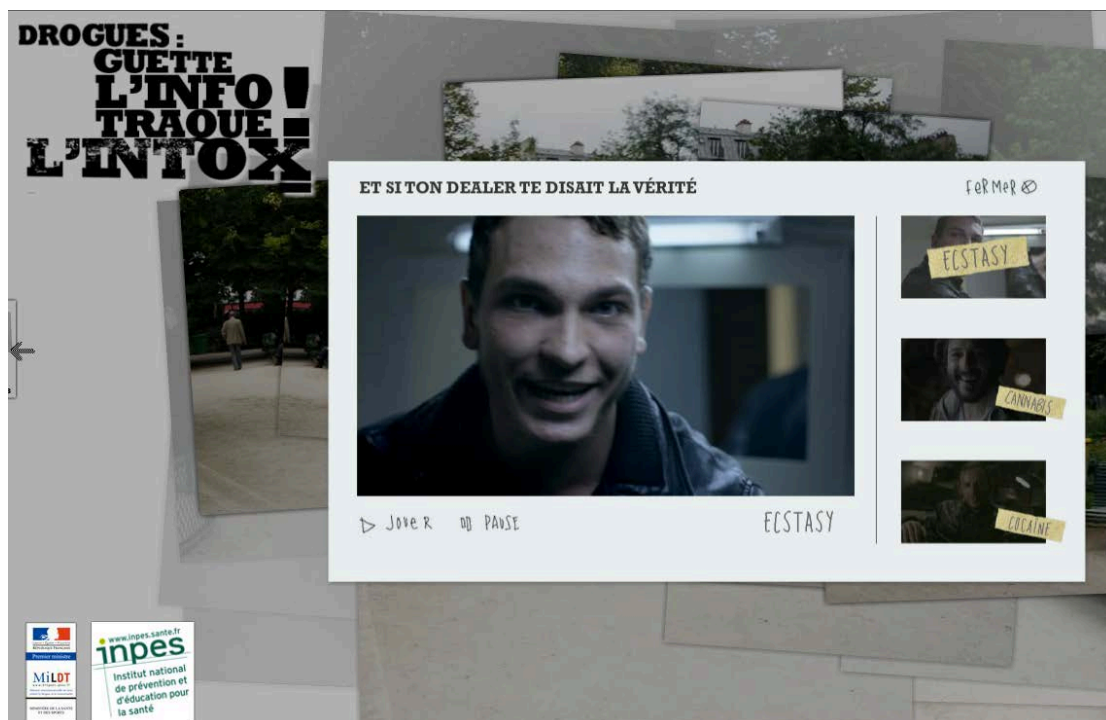


Figure 25 : Site de prévention de l'INPES (d'après l'INPES, MILDT)

- Le site drogues-dependance.fr :

Autre œuvre conjointe de la MILDT et de l'INPES, ce site offre trois volets principaux : “s’informer” (sur les drogues, la dépendance etc...), “les différents produits” (et leurs effets), “agir, aider, être aidé”. Le descriptif des effets des produits ne comprend aucune photographie de lésion, mais fait mention des nécroses des cloisons nasales par la cocaïne (figure 26).



Figure 26 : Site de prévention Drogues & dépendance (d'après l'INPES, MILDT)

- Le site drogues.gouv.fr :

Mis en ligne par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives (MILDECA, ancien MILDT), il répertorie de la même manière les produits, leurs effets, explique le processus de l'addiction et dirige par une carte interactive les internautes vers les établissements de soutien les plus proches. Ici sont mentionnées l'hyposialie causée par le cannabis et les nécroses nasales dues à la cocaïne.

- Le site infosdentistesaddiction.org :

Prenant le problème dans l'autre sens, l'Ordre national des chirurgiens dentistes (ONCD) et la MILDT ont publié ce site visant, à former les professionnels de santé à la rencontre de patients consommateurs. Il met notamment en évidence toutes les conséquences d'une consommation de produit et fournit des conseils sur l'abord du patient.

3.1.2. Conclusion : un nouvel abord proposé

Aujourd'hui la prévention en France mise sur les effets sociaux à long terme, sur les effets désagréables (nausées, "*bad trip*"...) et dangereux (overdose, troubles psychiatriques, risque d'infection au VHB, VHC, VIH...) des consommations.

Laissée pour compte dans ces messages, la sphère ORL pourrait pourtant apporter un regain d'énergie à cette démarche : l'impact bucco-dentaire des drogues est rapide et visible. Les États-Unis ont ouvert la voie en proposant un nouveau type de campagne de prévention. Ne serait-ce pas le moment de tester cette approche pour à nouveau capter l'attention des jeunes consommateurs potentiels qui, sans en être conscients, s'exposent à ces conséquences?

3.2. Protocole et mise en place d'une étude préliminaire

3.2.1. Choix de la population cible

Comme indiqué précédemment, l'âge de première consommation ne cesse de diminuer. Il est donc primordial d'intervenir tôt.

Si le collège semble le moment idéal dans les statistiques pour de la prévention primaire, il nous a semblé que ce n'était pas le seul élément à prendre en compte : il est nécessaire que les jeunes soient assez matures pour être responsabilisés sur leur propre santé afin que l'intervention soit une réussite.

De plus, et comme nous l'avons vu précédemment si les premières expérimentations sont observées dès la classe de 4ème (11 % des élèves), les niveaux progressent rapidement par la suite, avec un doublement des niveaux en 3ème puis de nouveau en 2de (respectivement 24 % et 41 %) » (OFDT, 2014).

Il a donc été décidé d'intervenir au lycée, aussitôt que possible : nous avons donc visé les classes de seconde.

3.2.2. Choix de l'information donnée

▪ Abord spécifique de cette population

Au contraire de l'enfant qui recevra un dialogue de prévention tel quel sans l'interpréter (drogue = danger), l'adolescent lui, percevra à travers un message de diabolisation une certaine ambivalence vis-à-vis du produit : il sera à ses yeux dangereux mais séduisant, car interdit. Il faudra donc modifier cette partie positive de l'image des drogues dans son esprit.

L'adolescent ne se projette pas dans l'avenir. Il faut donc insister sur les conséquences à court terme (MILDECA et ONCD, 2014).

Il est important de ne pas sortir de son rôle de professionnel de santé : ne pas s'impliquer dans la dimension sociale, afin que les jeunes ne se sentent pas mis en danger et ne perçoivent pas d'intrusion dans leur vie. De plus la jeunesse de l'intervenant doit être un atout pour se démarquer de la prévention préexistante (forces de l'ordre, infirmière scolaire).

En pratique, il nous faut :

- adopter un langage adapté
- préciser qu'en tant que professionnel de santé, le secret médical est d'usage et que durant les interventions, toute information divulguée restera confidentielle
- ne pas juger, adopter une attitude respectueuse, fondée sur l'écoute.
- les responsabiliser quant à leur propre santé et leur propre corps

▪ Choix du message et du contenu visuel

Si les campagnes de port du préservatif pour le VIH ont tant de mal à faire effet, c'est bien parce qu'une contamination n'est pas immédiatement

visible. Il ne faut pas pour autant passer sous silence les conséquences gravissime d'une consommation de produit sur la cavité buccale (bruxisme, désordre des ATM, cancers ORL...), mais il est impératif de marteler un message sur l'impact rapide et visible, tant par soi que par les autres (caries, taches, mauvaise haleine...).

En pratique :

- donner une information claire, chiffrée, sans noyer le public visé de détails
- donner des exemples, illustrer le propos
- informer sur toutes les conséquences de santé, des plus anodines aux plus graves et mettre l'accent sur ce que les jeunes n'ont pas l'habitude d'entendre : notamment sur l'impact à court terme des substances.

Avant d'intervenir, nous avons fait le choix d'écrire un discours, une sorte de fil conducteur des séances. Bien qu'il s'agisse d'un texte destiné non pas à être lu, mais à être écouté, nous avons fait le choix de le placer ici comme base de réflexion : face à une classe de lycéens il est nécessaire de s'approprier son message, d'employer ses propres mots, afin d'être crédible. Il n'a donc jamais été déclamé et a, au contraire, subi de nombreuses adaptations, parenthèses et parfois raccourcis pendant les séances.

Fil conducteur du discours accompagnant le diaporama :

Bonjour,

Je m'appelle Thomas Mercier, je suis chirurgien dentiste et aujourd'hui je vais vous parler de drogues. Ca peut vous paraître **bizarre** un dentiste qui vient vous parler de ça, mais vous allez vite comprendre.

Avant de commencer on se met juste d'accord : si vous avez la moindre **question** pendant l'intervention vous n'hésitez pas à **m'interrompre** dès que vous le souhaitez, j'y mets juste **2 conditions** : que vous **leviez la main** histoire que ce soit pas l'anarchie et que **vous me tutoyez**, moi je vous tutoierai si on est amené à discuter.

- Gardez bien en tête que je suis pas là pour vous dire de ne pas vous droguer: **je ne suis pas votre mère**. Vous êtes grands, **responsables de votre corps, c'est votre vie**. Mais je sais des choses qu'on ne vous dira jamais si je ne le fais pas.

- Mon premier patient avait 22 ans. Il a commencé au collège par fumer des pétards, puis au lycée il est passé à l'héro. Je lui ai enlevé 29 dents. Alors pour info dans une bouche avec les dents de sagesse on a 32 dents. Ca veut donc dire que **je lui ai tout retiré**. A 22 ans il s'est retrouvé avec un dentier.

Et ce patient il ne venait pas de Paris ou d'une grande ville, il venait du coin, donc je ne vais pas vous parler d'un truc incroyable qui n'arrive pas **en province**. **Ca arrive**.

Au cours de cette séance je vais aborder le cannabis, la cocaïne, la métamphétamine, l'héroïne, l'ecstasy et les médicaments psychotropes.

A chaque fois, je vous montre à quoi ça ressemble, comment ça se consomme et je vous fais voir et je vous explique aussi ce que ça fait dans une bouche.

Figure 27 : fil conducteur de l'intervention, page 1 (Thomas Mercier)

▪ **On commence par le cannabis :**

- on l'appelle au aussi **herbe, mary jane, marijuana, beuh, weed, Hasch, ganja...** La plupart du temps ça ressemble à ça, une **plante de 30cm à 5m** de haut dont vous aurez tous reconnu la **feuille** (cf photo de l'herbe et **fleur de la plante femelle**) mais on en trouve aussi sous forme de **shit** (c'est de la **résine compressée**) et **d'huile**. La plupart du temps ça se **fume** (mais ça peut aussi se **manger = spacecake, s'infuser** etc...): c'est bien évidemment **fumé** que ça a le plus **d'impact sur la cavité buccale**, donc ce qu'on appelle les **joint**s ou les **pétards**.
- on dit souvent que c'est une drogue "**douce**" mais aujourd'hui le cannabis qui arrive en France, **ce n'est plus le cannabis de mai 68**. C'est un produit qui a été élaboré en laboratoire, par croisement, pour contenir un maximum de **THC** (c'est le nom de la molécule qu'il contient et qui lui donne ses effets) et sa **teneur a été multiplié par 20 en 30 ans**.

- ça a pour effet :

---> **une diminution de la production de salive** : c'est dû au THC. Le problème c'est que votre salive est là pour **protéger** vos dents. Retenez bien ça parce ça va revenir souvent pendant l'intervention. La salive elle forme un **film protecteur** sur les dents, ça **évite aux bactéries de s'accrocher d'une part, et ça contrebalance l'acidité** dont se servent ces mêmes bactéries pour provoquer des caries.

---> **l'apparition de caries** : c'est ce que je vous expliquais, dues à cette **diminution de salive**, mais également dues à une **baisse d'hygiène**. C'est clair qu'un mec complètement défoncé c'est pas sa priorité de se brosser les dents avant de se coucher... En plus avec cette sensation de bouche sèche, on va se diriger vers une **consommation de boisson**, et évidemment ce sera souvent vers des sodas ou de l'alcool, donc quelque chose de sucré, qu'on se tournera en soirée.

---> **une maladie des gencives qu'on appelle la parodontite**. C'est simplement des bactéries qui se nourrissent des tissus qui maintiennent les dents (l'os et la gencive), ça commence par produire des saignements des gencives puis comme l'os est détruit progressivement les dents bougent jusqu'à se déchausser et être perdues. **Donc de la même manière que pour les caries, le**

?

Figure 28 : fil conducteur de l'intervention, page 2 (Thomas Mercier)

cannabis va donc faciliter le travail des bactéries et des virus. Mais en plus de ça, il va **diminuer les défenses du corps**, il va diminuer la réponse immunitaire. Cette parodontite va donc **évoluer très vite**.

---> **une perte du goût**

---> une **augmentation du risque de cancer**. La fumée du cannabis est jusqu'à **5 fois plus cancérigène** que celle du **tabac**.

Je vous montre quelques photos des dégâts du cannabis sur la bouche. C'est un peu choquant, donc préparez vous, ça ne fait pas rêver (faire ici référence à l'image sociale, la difficulté de trouver du travail, de trouver un ou une copine, parler de l'haleine)

▪ **On continue avec la cocaïne et le crack :**

- Ca ressemble à une **poudre blanche**, ça se **sniffe** (se faire un **rail**) ou ça **s'injecte**. Les **restes sont ramassés au bout du doigt et frottés sur les gencives** (vous avez tous déjà vu ça dans un film).
- la cocaïne n'est **jamais consommée pure**, on dit qu'elle est **coupée**. Ca peut être avec plein de substances différentes : **paracétamol, sucre, talc, plâtre etc...** lorsque c'est avec du **bicarbonate de soude ou d'ammoniaque ça devient du crack** qui lui, peut être fumé à la pipe. (l'ammoniaque on en trouve dans les lave-vitres pour info).

- ça donne :

---> **une diminution de la production de salive**

---> **des caries à évolution rapide**

---> **une parodontite**

---> **des pertes de sensibilités**

---> **des grincements de dents très violents**

---> **des lacérations des gencives** (une fois camé on ne se rend plus compte des sensations qu'on a dans la bouche donc les personnes se brossent si fort qu'elles se blessent)

---> **des perforations des parois du nez et du palais**

Figure 29 : fil conducteur de l'intervention, page 3 (Thomas Mercier)

▪ **On enchaîne avec l'héroïne :**

- **sniffée, fumée, injectée**, ça ressemble à une **poudre blanche** ou **brune**. On l'appelle **aussi came, méca ou blanche**. Comme la cocaïne, elle est **souvent coupée avec tout et n'importe quoi**.
- elle provoque :
 - > **une diminution de la salive**
 - > **des caries à évolution rapide**
 - > **une parodontite**
 - > **des grincements de dents**
 - > **des mycoses**

▪ **Au tour de l'ecstasy :**

- ou **MDMA** (méthyl-dioxy-metamphétamine), c'est la même chose.
- L'ecsta peut se trouver sous plusieurs formes : des **cristaux de couleurs, des gelules**, de la **poudre**, mais la forme la plus traditionnelle c'est **des petits cachets de toutes les couleurs avec le symbole du producteur ou du dealer imprimé dessus**.
- la poudre peut être **sniffée, chauffée** et à ce moment **respirée** (=chasser le dragon) mais aussi **diluée** et **injectée** ou **avalée**. Les comprimés s'avalent évidemment mais les cristaux aussi, enroulés dans du papier (=parachute).
- alors vu d'ici ça a l'air chouette l'ecsta, un petit cacheton en soirée, qui ressemble à un smarties... sauf que !
- en bouche ça donne :
 - > **une diminution de la salive**
 - > **des grincements de dents très violents**
 - > **des douleurs musculaires**
 - > **une parodontite**

Figure 30 : fil conducteur de l'intervention, page 4 (Thomas Mercier)

▪ **La methamphétamine :**

- aussi appelée **Crystal, Ice ou Yaba** : ce sont des **cristaux** qui une fois **concassés** donne une **poudre cristalline**, souvent **blanche** mais parfois **brune, orange, voire rose**.
- la plupart du temps elle est **diluée dans une boisson** (sodas et alcool), mais on peut **aussi l'injecter, la fumer, la sniffer**.

- Ses effets :

---> **diminution de la salive** (ici c'est causé par un rétrécissement des canaux qui amènent la salive et une **déshydratation générale** due à la substance)

---> **caries à évolution rapide**

---> **la parodontite**

---> **grincements de dents très violents**

Ces effets sont évidemment **empirés par la baisse d'hygiène orale et la consommation en parallèle de sodas due à la deshydratation**.

▪ **Les médicaments psychotropes :**

Ca regroupe **les somnifères, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques**. A moins que votre médecin vous en prescrive, n'en prenez pas. N'essayez pas de vous donner un genre avec ça, **ça n'a rien de cool de piquer dans la pharmacie de vos parents pour obtenir ça** :

---> **une diminution de la salive**

---> **caries**

---> **la parodontite**

---> **mycoses**

---> **perte du goût**

On a fait le tour des différentes substances mais pas de tous les effets, ça n'a plus rien à voir avec le dentaire mais je vous en touche un mot rapidement :

avec la consommation de ces drogues, vous vous **exposez à une perte de contrôle**. **En soirée, de ce fait, il y a beaucoup de rapports sexuels non protégés et parfois aussi non consentis**, y

Figure 31 : fil conducteur de l'intervention, page 5 (Thomas Mercier)

compris avec la conso d'une drogue qu'on vous donnerait à votre insu, vous en avez tous entendus parler : le **GHB**.

Pour ce qui est des rapports non protégés, ça peut avoir **2 conséquences** :

- **tomber enceinte** pour les filles, sans le vouloir et sans y être préparée.
- **être contaminé** par un virus, du genre hépatite ou VIH, ainsi qu'une maladie sexuellement transmissible et ça, **ça concerne tout le monde**.

Ces maladies là, vous avez en plus **d'autres façons de les contracter** : si vous vous droguez en vous **injectant des produits**, que vous empruntez la **seringue** de quelqu'un, ou que vous **sniffez** un produit, avec la **paille** de quelqu'un.

Enfin il ne faut pas oublier qu'avec ces substances, on a vu **apparaître beaucoup de maladies mentales**. Des personnes qui consomment et qui restent **perchées**, qui ne sortent plus de leur état, ça arrive tous les jours.

Ce qu'il faut retenir de tout ça....

- Des drogues douces aux drogues dures, en passant par les légales, toutes ont un impact sur votre corps et sur votre bouche
- On est jamais sûr de la manière dont on va réagir face à une substance :
on peut planer OU faire un bad trip
on peut en prendre juste 1 fois OU devenir accro
- **ON NE SAIT JAMAIS JUSQU'OUÙ CA PEUT MENER** car on ne sait jamais ce qu'on prend vraiment

Alors maintenant oui, vous pourrez le dire : si vous voulez consommer ce sera votre choix, car vous saurez vraiment ce que vous ferez.

6

Figure 32 : fil conducteur de l'intervention, page 6 (Thomas Mercier)

Sur le plan de l'iconographie, on peut aujourd'hui se demander s'il est encore possible et souhaitable de choquer les jeunes comme seule solution pour les interpeller, à l'image des campagnes de prévention routière.

Internet ne leur a-t-il pas encore saturé leur « capital innocence » ? Pas en matière d'image corporelle : la violence à laquelle ils peuvent être exposés par un écran, ils ne s'y identifient pas. Mais, chaque jour, les jeunes se regardent dans le miroir. En pleine période narcissique, la façon dont ils se perçoivent, l'esthétique, semble être un bon angle de réflexion.

Un message non illustré ne saurait les marquer. Une iconographie soigneusement sélectionnée est donc importante. Il faut illustrer chaque propos : de la simple tache au cancer. Ci-dessous, le diaporama diffusé lors de l'intervention :



Figure 33 : diapositive 1 (Thomas Mercier)

Mon premier patient avait 22 ans.

Il a commencé au collège par fumer des joints. Au lycée il est passé à l'héro.

Je lui ai retiré 29 dents.

Figure 34 : diapositive 2 (Thomas Mercier)

Le cannabis, ça ressemble à
quoi ?



herbe
mary jane
marijuana
shit
haschich



Figure 35 : diapositive 3 (Thomas Mercier)

Le cannabis, ça fait quoi dans une bouche ?

- Assèchement de la bouche
- Caries
- Maladies des gencives : la parodontite
- Perte du goût
- Cancers

Figure 36: diapositive 4 (Thomas Mercier)

27 ans, fumeur de cannabis



Figure 37 : diapositive 5 (Thomas Mercier ; source image : CHU Dijon, Dr Larras)

Parodontite due au cannabis



Figure 38 : diapositive 6 (Thomas Mercier ; source image : EMC)

Cancer de la langue



Figure 39 : diapositive 7 (Thomas Mercier ; source image : wikimedia)

La cocaïne et le crack, ça ressemble à quoi ?



Figure 40 : diapositive 8 (Thomas Mercier)

La cocaïne, ça fait quoi sur une bouche ?

- Assèchement de la bouche
- Caries
- Parodontite
- Grincements de dents
- Perte de sensibilité
- Perforation de la paroi du nez
- Perforation du palais

Figure 41 : diapositive 9 (Thomas Mercier)

23 ans, accro à la coke



Figure 42 : diapositive 10 (Thomas Mercier ; source image : CHU Dijon, Dr Larras)

26 ans, accro à la coke et au cannabis



Figure 43 : diapositive 11 (Thomas Mercier ; source image : CHU Dijon, Dr Larras)

Perforations du palais dues à la cocaïne



Figure 44 : diapositive 12 (Thomas Mercier ; source image : Dr Bemer, CHU du Havre)

L'héroïne, ça ressemble à quoi ?

héro
came
méca
blanche



Figure 45 : diapositive 13 (Thomas Mercier)

L'héroïne, ça fait quoi dans une bouche ?

- Assèchement de la bouche
- Caries
- Parodontite
- Grincements de dents
- Mycose

Figure 46 : diapositive 14 (Thomas Mercier)

Mycoses

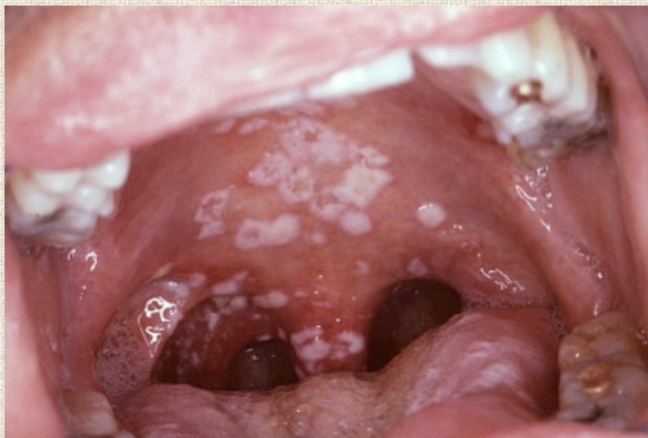


Figure 47 : diapositive 15 (Thomas Mercier ; source image : wikimedia)

L'ecstasy, ça ressemble à quoi ?



MDMA

Figure 48 : diapositive 16 (Thomas Mercier)

L'ecstasy, ça fait quoi dans une bouche ?

- Assèchement de la bouche
- Grincements de dents très violents
- Douleurs musculaires
- Parodontite

Figure 49 : diapositive 17 (Thomas Mercier)

Grincements à l'extrême



Figure 50 : diapositive 18 (Thomas Mercier ; source image : Centers for Disease Control and Prevention's Public Health Image Library)

La methamphétamine, ça ressemble à quoi ?

crystal

yaba

ice



Figure 51 : diapositive 19 (Thomas Mercier)

La meth, ça fait quoi sur une bouche ?

- Assèchement de la bouche
- Caries
- Parodontite
- Grincements de dents

Figure 52 : diapositive 20 (Thomas Mercier)

25 ans, accro à la meth



Figure 53 : diapositive 21 (Thomas Mercier ; source image : Martin S. Spiller)

Les médicaments psychotropes

Les anxiolytiques

Les somnifères

Les neuroleptiques

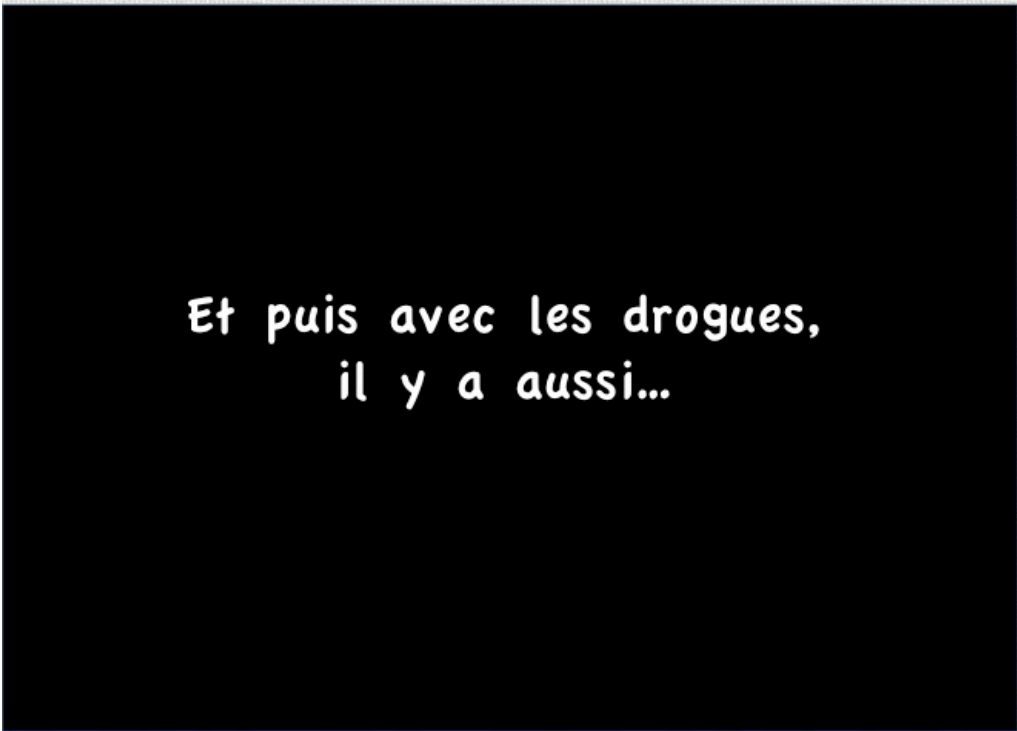
Les antidépresseurs

Figure 54 : diapositive 22 (Thomas Mercier)

Les médicaments psychotropes, ça fait quoi dans une bouche ?

- Assèchement de la bouche
- Caries
- Parodontite
- Mycoses
- Perte du goût

Figure 55 : diapositive 23 (Thomas Mercier)



Et puis avec les drogues,
il y a aussi...

Figure 56 : diapositive 24 (Thomas Mercier)



Les autres risques engendrés par une consommation

- Maladies mentales
- VIH, Hépatites C
(par injection, paille ou rapports non protégés)
- Grossesse non désirée

Figure 57 : diapositive 25 (Thomas Mercier)

Ce qu'il faut retenir :

- Des drogues douces aux drogues dures, en passant par les légales, toutes ont un impact sur votre corps et sur votre bouche
- On est jamais sûr de la manière dont on va réagir face à une substance :

on peut planer OU faire un bad trip
on peut en prendre juste 1 fois OU devenir accro

- ON NE SAIT JAMAIS JUSQU'OU CA PEUT MENER car on ne sait jamais ce qu'on prend vraiment

Figure 58 : diapositive 26 (Thomas Mercier)

**Maintenant si vous voulez
consommer, vous savez ce que
vous faites.**

Ce sera votre choix.

Figure 59 : diapositive 27 (Thomas Mercier)



Figure 60 : diapositive 28 (Thomas Mercier)

- **Durée de l'intervention**

Dès le début, nous avons opté pour une intervention courte. Capter l'attention des jeunes par une approche marquante, les garder focalisés sur le sujet par des images, donner les informations principales puis conclure et laisser place à un temps de dialogue. Une heure par intervention a été retenue comme adéquate.

- **Choix du support**

Laisser un document semble indispensable, ne serait-ce que pour fournir des informations sur le sevrage ainsi que les lieux d'écoute. Un rappel rapide du contenu de l'intervention est alors propice.

Notre choix s'est porté sur un document de type prospectus dépliant (que nous appellerons ici « plaquette de prévention »). Sur sa page de garde

nous avons choisi d'apposer un slogan : « Tu t'es regardé quand t'es camé ? » en écho au fameux « Tu t'es vu quand t'as bu ? », encore célèbre même pour cette génération. Le tout sur un fond coloré rouge vif, agressif, à l'image des produits.

À l'intérieur du document ont été listées les différentes drogues évoquées, ainsi qu'un résumé de leurs effets.

Enfin, nous avons sélectionné des pages internet pouvant être consultées par les jeunes (inscrites sur un fond bleu ciel, apaisant et rassurant) pour les aider s'ils se posent des questions ou cherchent de l'aide :

- <http://www.drogues-info-service.fr>
- <http://www.drogues.gouv.fr>
- <http://www.drogues.inpes.fr>
- <http://www.drogues-dependance.fr>

Nous avons fait le choix de ne remettre dans ce support aucune image provenant de l'intervention : par peur de les banaliser. Cependant nous avons eu la chance qu'un artiste américain, Paul Zdepski, nous autorise à utiliser et reproduire l'une de ses œuvres : "*Meth Mouth*".

Cet homme se dit hanté par des visions de junkies, par la perte de proches qui ont sombré dans la drogue. Son œuvre, terrible, ne peut que marquer les esprits, jeunes et moins jeunes.

Ci-dessous, la plaquette finalisée :



Figure 61 : plaquette, page de garde (Thomas Mercier)



Figure 62 : plaquette, page de rabat (Thomas Mercier)

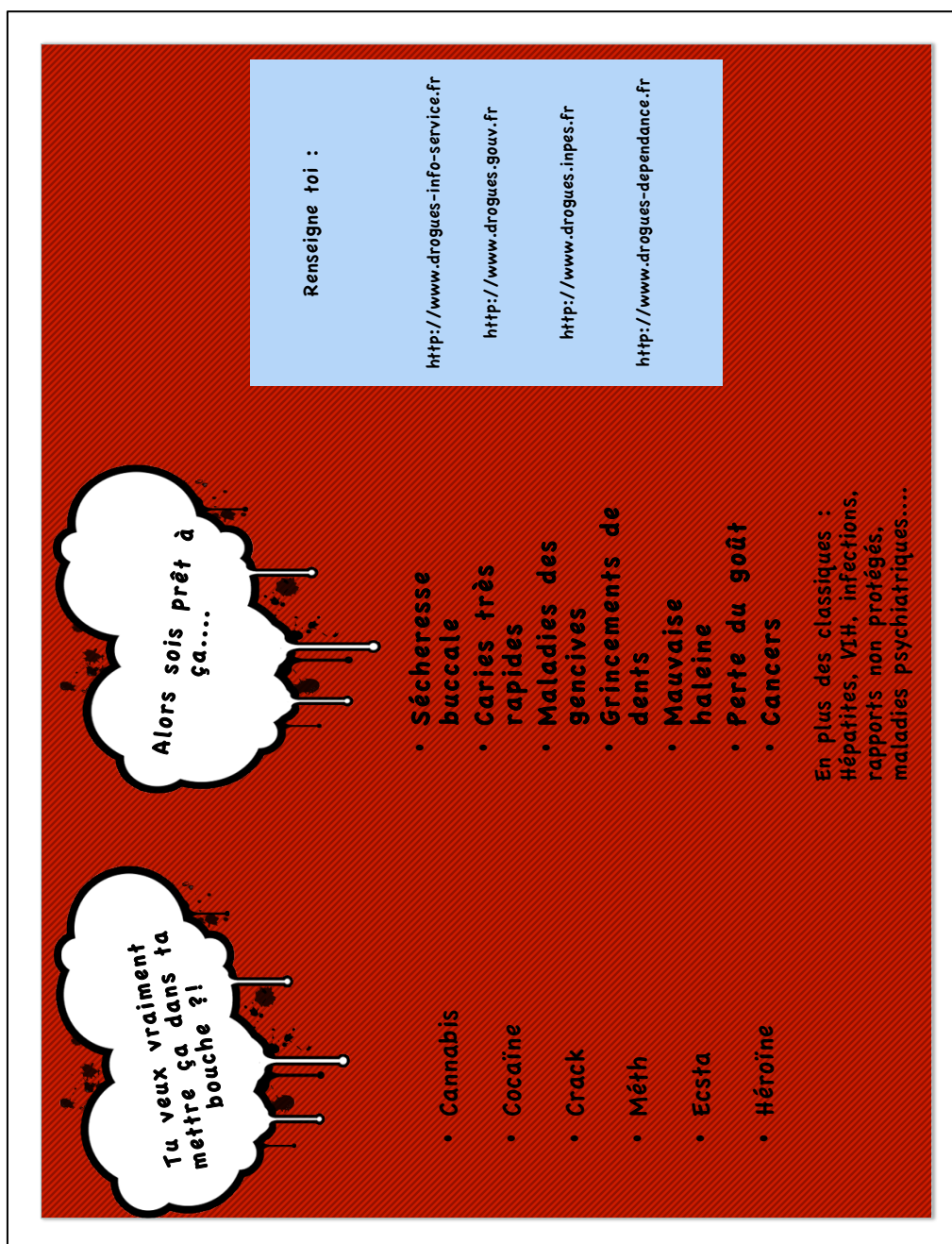


Figure 63 : plaquette, triptyque intérieur (Thomas Mercier)



Figure 64 : plaquette, dos (Thomas Mercier)

▪ **Choix de l'évaluation (Berthier, 2010)**

Une évaluation de l'intervention doit permettre :

- de connaître l'état d'esprit de la population
- de connaître les comportements
- d'évaluer les effets d'une action

Dans notre cas, nous aurons recours à une étude transversale (étude de l'état d'esprit d'une population à un moment donné) par un questionnaire anonyme standardisé (le plus adapté pour évaluer les fréquences de consommation).

Afin de commettre le moins de biais possible, il faut suivre un plan d'élaboration de l'enquête :

- définir l'objectif général : savoir si l'intervention est dissuasive sur la consommation de produits.
- définir l'(es) objectif(s) spécifique(s) : vérifier que l'âge de la population cible n'est pas trop élevé.
- Préparer des outils d'observation : il s'agit du questionnaire.

Toute la difficulté d'évaluer une consommation illégale de drogue est d'éviter le biais de la désirabilité sociale. En effet, un comportement désirable serait alors surévalué (si le fait de consommer une drogue est perçu par les jeunes comme positif sur l'image qu'ils renvoient, ils seraient tentés de "tricher" : c'est *a priori* le risque ici), tout comme un comportement indésirable amènerait à une sous-estimation.

Pour parer au biais de désirabilité, on s'appuie sur l'anonymat (il sera par exemple préférable de demander aux élèves de déposer le questionnaire une fois rempli sur un coin de la table de sorte que l'intervenant le récupère sans qu'il ait à passer entre les mains d'un camarade), et pour ce qui est du biais d'indésirabilité, il faut déculpabiliser les consommateurs éventuels et établir un climat permissif en laissant entendre que le comportement, même s'il n'est pas accepté, est toléré :

On ne proposera donc pas :

« Avez-vous déjà conduit en état d'ébriété ? »

Mais :

« La dernière fois que vous avez conduit en état d'ébriété, c'était : »

« récemment » / « il y a longtemps » / « jamais »

De plus, introduire un éventail de réponses augmente la possibilité que les répondants reconnaissent un état qui soit éloigné du neutre.

Les données que nous avons souhaité étudier sont les suivantes :

- le sexe du répondant
- l'âge du répondant
- la consommation préalable de substances du répondant
- la substance concernée si elle existe
- l'apport ou non d'information(s) nouvelle(s) par l'intervention
- la dissuasion potentielle de consommation de drogue par l'intervention

Ci-dessous le questionnaire retenu :

Quelques questions

A propos de vous (merci de cocher la case qui vous correspond)

- Êtes-vous : ☐ un homme ☐ une femme
- Quel âge avez-vous :
|
- La dernière fois que vous avez consommé une des substances évoquées pendant l'intervention, c'était quand ?
☐ cette semaine ☐ il y a moins de 30 jours ☐ il y a plus de 30 jours ☐ jamais
- Merci de préciser laquelle :
☐ cannabis ☐ cocaïne ☐ héroïne
☐ ecstasy ☐ méthamphétamine ☐ médicaments psychotropes
☐ autres

Figure 65 : questionnaire, page 1 (Thomas Mercier)

A propos de l'intervention (merci de cocher la case qui correspond à votre avis)

- Vous êtes vous senti(e) concerné(e) par cette intervention ? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous appris des choses sur les dégâts que les substances évoquées créent sur la bouche ? ☐ oui ☐ non
- Cette intervention vous a-t-elle dissuadé de consommer à l'avenir une de ces substances ?
☐ oui ☐ non
- Avez-vous une remarque, un conseil ou une demande pour améliorer cette intervention ?

Merci de votre participation !

Figure 66 : questionnaire, page 2 (Thomas Mercier)

Enfin, pour traiter les données récoltées, nous aurons recours à un tri à plat avec des tableaux de données.

3.2.3. Demandes d'autorisations

Afin de pouvoir effectuer les interventions, il a fallu obtenir l'accord des chefs d'établissements.

Ce sont les lycées Gustave Courbet de Belfort, administré par M. Beaufiles-Testa (proviseur) grâce au concours de Mme Caubien (infirmière scolaire), et Henri Poincaré de Nancy, administré par M. Lutz (CPE), qui nous ont ouvert leurs portes.

Un livret d'informations pour présenter le projet a été fourni aux établissements (cf. figure 26, à laquelle étaient jointes une copie de la plaquette et du diaporama, ainsi que la demande d'autorisation de droit à l'image pour enfant mineur).

Motivé d'une part par le désir de garder une trace de ces interventions, comme support d'un éventuel travail futur, et d'autre part de pouvoir en montrer l'efficacité sur le public, nous avons fait le choix de filmer l'une des interventions. Quoi de plus parlant qu'un visage ? Ainsi il a été nécessaire de requérir l'autorisation parentale du droit à l'image des élèves concernés (figure 67).



Figure 67 : couverture du dossier à l'intention du personnel des établissements (Thomas Mercier)

Ci-dessous sont présentées les demandes d'autorisations aux parents des élèves mineurs du lycée Henri Poincaré pour pouvoir les filmer pendant l'intervention.

Madame, Monsieur, Je me nomme Thomas Mercier, je suis étudiant en chirurgie dentaire. Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, je me propose de réaliser une action de prévention au sein de l'établissement que votre enfant fréquente. Le but de cette action est de sensibiliser les jeunes aux effets des drogues sur la cavité buccale : consommer ces produits a non seulement un impact sur la santé générale, mais également sur la santé orale avec parfois de lourdes conséquences esthétiques (corde sensible a cet âge). Il existe déjà des campagnes de prévention : spots télévisés, affiches, interventions par les autorités etc... Mon travail a pour objectif supplémentaire d'avertir les élèves de seconde des effets très rapides et dévastateurs des drogues sur la sphère buccale. Par ailleurs, il est envisagé que ce travail novateur par son approche soit exploité à des fins pédagogiques et donc présenté à des instances médicales départementales et régionales, ainsi que lors de la soutenance de mon doctorat. Aussi je requiers votre autorisation afin de pouvoir filmer la séance (ce court film de 3 à 5 minutes sera tourné par un caméraman d'Ere Production, entreprise nancéienne de réalisation de documentaires). En cas de refus de votre part, je m'engage à flouter le visage de votre enfant. Je vous remercie par avance de votre compréhension et de votre confiance et vous prie de croire Madame, Monsieur, en l'expression de mes sentiments respectueux. Thomas Mercier étudiant en chirurgie dentaire  ----- Madame, Monsieur _ _ _ _ _ ☐ Autorise ☐ N'autorise pas mon enfant _ _ _ _ _ a être filmé(e) durant la séance de prévention des toxicomanies. Signature :

Figure 68 : demande de droit à l'image (Thomas Mercier)

Il a également été nécessaire d'obtenir l'accord de l'infirmière responsable des programmes de santé du rectorat : Mme Christine Grangé.

3.3. L'étude préliminaire

3.3.1. Déroulement de l'intervention

Chacune des séances a suivi la même chronologie, débutant par une brève présentation du sujet, de l'intervenant, puis le traitement du sujet lui-même, rythmé par la projection des diapositives.

Dans le cas où les élèves n'auraient pas osé poser toutes leurs questions durant le discours, la possibilité leur était laissée de les formuler lors d'un moment d'échange à la fin.

Puis, avant d'être libérés, ils se voyaient distribuer le questionnaire ainsi que la plaquette de prévention.

▪ Au lycée Henri Poincaré de Nancy :

Nous nous sommes vus confier quatre classes de seconde générale, deux d'entre elles vues par moitié, les deux autres en classes entières.

▪ Au lycée Gustave Courbet de Belfort :

Nous nous sommes vus confier six classes de seconde générale, toutes vues en classe entière.

3.3.2. Évaluation de l'impact sur l'auditoire

L'évaluation repose sur le traitement des données recueillies via le questionnaire.

▪ **Au lycée Henri Poincaré de Nancy :**

Au total, 135 élèves ont assisté à l'intervention, dont 79 filles et 56 garçons, âgés de 14 à 17 ans, pour un âge moyen de 14,88 ans.

32 avaient déjà consommé du cannabis (soit 23%), 3 d'entre eux étaient concernés par les psychotropes, 2 par l'ecstasy, 1 par une substance dont la nature n'a pas été précisée.

Il est à noter que parmi les jeunes filles ayant déjà consommé (21 filles), 13 ont été dissuadées de renouveler l'expérience (62%), contre 4 non dissuadées et 4 indécises.

De leur côté, 7 des 13 garçons ayant consommé auparavant ont été dissuadés (soit 54%), 6 ne l'ont pas été.

Parmi les 58 jeunes filles n'ayant encore jamais consommé, 47 d'entre elles ont été dissuadées (soit 81%), contre 8 non dissuadées et 3 indécises.

De leur côté, sur les 43 garçons n'ayant encore jamais consommé, 37 ont été dissuadés (soit 86%), pour 6 non dissuadés.

En supprimant la distinction hommes/femmes, on obtient donc :

- 20 individus sur 34, ayant déjà consommé, sont dissuadés de reprendre une de ces substances, soit 59%.
- 84 individus sur 101, n'ayant jamais consommé de substances, sont dissuadés d'en consommer un jour, soit 83%.

Ci-dessous se trouvent le tableau de l'analyse détaillée faisant la distinction des individus s'étant sentis concernés par l'intervention ou non. Néanmoins, cette donnée restant difficile à exploiter par la diversité des réponses obtenues (ayant eu des répondants : ayant consommé + sentis concernés, ayant consommé + sentis non concernés, n'ayant pas consommé + sentis concernés et n'ayant pas consommé + sentis non concernés), il a été décidé de présenter les résultats dans un tableau plus synthétique.

			filles	garçons
ayant consommé	concerné(e)s	dissuadé(e)s	10	4
		non-dissuadé(e)s	3	
		indécis(es)	3	
	non-concerné(e)s	dissuadé(e)s	3	3
		non-dissuadé(e)s	1	6
		indécis(es)	1	
n'ayant pas consommé	concerné(e)s	dissuadé(e)s	8	10
		non-dissuadé(e)s	1	1
		indécis(es)		
	non-concerné(e)s	dissuadé(e)s	39	27
		non-dissuadé(e)s	7	5
		indécis(es)	3	
		effectif total	79	56

Tableau 8 : résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Henri Poincaré à Nancy, distinction concerné / non concerné (Thomas Mercier)

		filles	garçons
ayant consommé	dissuadé(e)s	13	7
	non-dissuadé(e)s	4	6
	indécis(es)	4	
n'ayant pas consommé	dissuadé(e)s	47	37
	non-dissuadé(e)s	8	6
	indécis(es)	3	

Tableau 9 : résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Henri Poincaré à Nancy (Thomas Mercier)

▪ **Au lycée Gustave Courbet de Belfort :**

Au total, 182 élèves ont assisté à l'intervention, dont 100 filles et 82 garçons, âgés de 13 à 18 ans, pour un âge moyen de 15,1 ans.

55 avaient déjà consommé du cannabis (soit 30%), 4 d'entre eux étaient concernés par les psychotropes, 1 par l'ecstasy, 1 par la cocaïne et 5 par une substance dont la nature n'a pas été précisée.

Il est à noter que parmi les jeunes filles ayant déjà consommé (31 filles), 13 ont été dissuadées de renouveler l'expérience (42%), contre 10 non dissuadées et 8 indécises.

De leur côté, 21 des 28 garçons ayant consommé auparavant ont été dissuadés (soit 75%), 7 ne l'ont pas été.

Parmi les 69 jeunes filles n'ayant encore jamais consommé, 63 d'entre elles ont été dissuadées (soit 91%), contre 6 non dissuadées.

De leur côté, sur les 54 garçons n'ayant encore jamais consommé, 45 ont été dissuadés (soit 83%), pour 7 non dissuadés et 2 indécis.

En supprimant la distinction hommes/femmes, on obtient donc :

- 34 individus sur 59, ayant déjà consommé, sont dissuadés de reprendre une de ces substances, soit 58%.
- 108 individus sur 123, n'ayant jamais consommé de substances, sont dissuadés d'en consommer un jour, soit 88%.

De la même manière que précédemment, se trouvent ci-dessous les tableaux (tableaux 10 et 11) de l'analyse détaillée faisant ou non la distinction des individus s'étant sentis concernés par l'intervention ou non. À nouveau cette donnée reste difficile à exploiter par la diversité des réponses obtenues.

			filles	garçons
ayant consommé	concerné(e)s	dissuadé(e)s	5	11
		non-dissuadé(e)s	6	2
		indécis(es)	5	
	non-concerné(e)s	dissuadé(e)s	8	10
		non-dissuadé(e)s	4	5
		indécis(es)	3	
n'ayant pas consommé	concerné(e)s	dissuadé(e)s	12	5
		non-dissuadé(e)s	1	
		indécis(es)		
	non-concerné(e)s	dissuadé(e)s	51	40
		non-dissuadé(e)s	5	7
		indécis(es)		2
		effectif total		100

Tableau 10 : résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Gustave Courbet à Belfort, distinction concerné / non concerné (Thomas Mercier)

		filles	garçons
ayant consommé	dissuadé(e)s	13	21
	non-dissuadé(e)s	10	7
	indécis(es)	8	
n'ayant pas consommé	dissuadé(e)s	63	45
	non-dissuadé(e)s	6	7
	indécis(es)		2
effectif total		100	82

Tableau 11 : résultats relatifs à la discussion ou non de consommation de drogues après l'intervention chez les élèves du lycée Gustave Courbet à Belfort (Thomas Mercier)

3.3.3. Ressenti personnel

De nombreux échanges avec les élèves, des réactions vives, des remarques positives dans le questionnaire... Tous ces éléments nous portent à penser que cette démarche est prometteuse.

Nous estimons que le jeune âge de l'intervenant est clairement un point fort, faisant tomber les barrières et libérant le dialogue. Les références d'une même génération permettent de faire passer un message qui restera gravé dans la mémoire des jeunes.

Mais avant tout, leur parler de points qui les préoccupent permet de les toucher. Il faut faire référence aux premiers baisers, aux amours de lycée, etc. Nous sommes aujourd'hui persuadé que c'est le moyen de capter leur attention. Leur parler du risque de cancer majoré par la drogue est important, certes, mais évoquer le fait de "rouler une galoche à quelqu'un qui a une mycose" les touchera pourtant plus et c'est finalement tout ce que ce travail sert à démontrer.

Un impact rapide, esthétique, sur lequel ils sont capables de se projeter.

Les retours de la part du personnel des établissements ont également été très positifs, nous poussant à continuer dans cette voie. Tous ont trouvé le message (tant oral que visuel) adapté et novateur.

DISCUSSION

4. Discussion

Le chirurgien dentiste, professionnel de santé à part entière, est parfois malheureusement perçu aujourd'hui comme un marchand de prothèses.

Pourtant, chaque nouvelle promotion d'étudiants semble un peu plus encouragée à percevoir le patient dans sa globalité, dans son ensemble. Réduire notre champ de vision aux dents serait une grave erreur : la santé d'un individu est complexe, multifactorielle. Nos actions ont des répercussions sur son état général et réciproquement. Aussi, l'hygiène de vie de nos patients conditionne notre prise en charge.

Cet aspect, largement ignoré par les patients, mériterait sans doute d'être valorisé : par la prévention, les chirurgiens dentistes pourraient redorer leur blason et retrouver leur place au sein des autres professions de santé.

Ce travail, loin d'être une étude définissant précisément le besoin en matière de prévention, a plutôt vocation à jeter un pavé dans la mare. Il semblerait que notre domaine pourrait aboutir sur une approche novatrice et convaincante en matière de toxicomanies.

Près de 27% des jeunes (87 répondants sur 317) ayant assisté à l'intervention, âgés de 13 à 18 ans, avaient déjà consommé du cannabis. Selon l'European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), en 2011, 42% des jeunes de 17 ans y avaient touché. Nous avons donc ciblé un intervalle d'âge très concerné par la première expérimentation (REITOX, 2013).

Or le plan d'action initié par la MILDECA de 2013 à 2017 a établi comme l'une de ses priorités la prise en compte des populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux. En effet, ce plan d'action rappelle que les premières consommations sont extrêmement dommageables car ont lieu en période de maturation cérébrale. Il rappelle la grande vulnérabilité des jeunes : « la consommation à l'adolescence peut être prédictive d'une dépendance ultérieure à cette substance ou à une autre. Plus l'initiation de la consommation est précoce (dès le début de l'adolescence), plus le risque de devenir dépendant est élevé ».

Ce rapport précise que la prévention des conduites addictives doit être menée avec « le souci constant d'empêcher, de retarder ou de limiter les consommations, sans proposer de réponses hygiénistes ou moralisatrices, dont on sait qu'elles sont inefficaces. Le seul interdit légal ne constitue pas un argument suffisant », ce qui corrobore également nos conclusions et souligne la concordance de notre démarche.

De plus la MILDECA insiste sur la nécessité de sensibiliser les jeunes « aux effets indésirables des conduites addictives à court terme auxquels ils peuvent être plus réceptifs ainsi qu'aux effets durables, à long terme, auxquels ils sont peu sensibles. » Là encore, notre démarche s'inscrit parfaitement dans cette ligne de conduite.

Enfin ce rapport définit des axes pour la création de nouvelles campagnes dont :

- le développement de nouvelles approches (intervention précoce, prévention par les pairs)
- une meilleure prise en compte de la spécificité des jeunes dans l'élaboration des messages et dans les modalités de diffusion de ces messages (en communiquant sur les risques immédiats spécifiques et en recourant aux codes d'expression auxquels ils adhèrent)

Ce cahier des charges semble également rempli par notre action (MILDT, 2013).

Parallèlement le rapport d'information sur les toxicomanies présenté au parlement et au sénat en 2011, définissait lui aussi les lignes directrices de travail en matière de prévention :

PRÉVENIR LE PASSAGE À L'ACTE, UNE PRIORITÉ

1. Améliorer les méthodes de la prévention

a) Mieux cibler les publics visés

b) Adopter une démarche centrée sur la promotion de la santé

c) Clarifier les messages

2. Prévenir dès le plus jeune âge

(Branget et Barbier, 2011)

Une fois encore notre démarche semble correspondre aux attentes des plans gouvernementaux.

Enfin, avec 86% (192 sur 224 répondants) de jeunes dissuadés d'expérimenter ces substances et 58% (54 sur 93 répondants) dissuadés d'en prendre à nouveau, cette action semble être une réussite.

Il reste alors à trouver comment exploiter cette ébauche. Plusieurs pistes se sont offertes à nous lors de l'élaboration de ce travail, et ce sont autant de mains tendues aux instances concernées, qui pourraient aider à diffuser notre message.

L'éducation nationale pousse par exemple les établissements à mettre en place des journées de prévention à thème (alcool, tabac, drogues etc...). À cette occasion, les élèves assistent à des interventions de médecins, de policiers, etc. Les chirurgiens dentistes ne devraient-ils pas intervenir également ? Peut-être que les promotions d'étudiants, toujours plus nombreux, pourraient être mises à contribution par un enseignement optionnel de santé publique ? La création d'une sorte d'équivalent des interventions « M'T'Dents » dans les maternelles mais cette fois dans les lycées pourrait être un nouvel outil de communication de prévention.

D'autre part, l'utilisation d'œuvres graphiques, telles que celles employées aux États-Unis, serait une piste intéressante à suivre : l'artiste, Paul Zdepski, nous a confié qu'il ressentait ainsi par la diffusion de son portrait, une véritable utilité à son travail. Une collaboration entre la MILDECA

et des artistes engagés pourrait, semble-t-il, déboucher sur un visuel nouveau et accrocheur.

Pour finir, le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques a publié le 20 novembre 2014 un rapport indiquant la nécessité de réexaminer toute la politique française de prévention des toxicomanies afin de recenser les interventions de prévention existantes, les évaluer, les sélectionner, étendre celles choisies à l'ensemble du pays afin d'uniformiser et de rationaliser le message transmis. Ce rapport insiste sur la labélisation des interventions par la MILDECA et le rôle clé de l'intervention précoce et d'un besoin de moderniser les moyens de communication mis en oeuvre (Le Dain et Marcangeli, 2014).

Une dernière fois, ce travail n'est, nous l'espérons, que l'ébauche d'un projet de plus grande ampleur, tout disposé à être soumis à des évaluations.

BIBLIOGRAPHIE :

- ADALIS, 2014. Drogues Info Service [en ligne]. Disponible : www.drogues-info-service.fr (page consultée le 14 mai 2014).
- Agneray, A., 2012. Prise en charge du patient toxicomane au cabinet dentaire [Thèse d'exercice]. Lille : Université du droit et de la santé, Faculté de chirurgie dentaire. 153 f.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington.
- Berthier, N., 2010. Les techniques d'enquête en sciences sociales: méthodes et exercices corrigés. Paris : Armand Colin. 350 p.
- Blanksma, C.J., Brand, H.S., 2005. Cocaine abuse : orofacial manifestations and implications for dental treatment. *International Dental Journal* 55, 365–369.
- Blanksma, C.J., Brand, H.S., Gonggripj, S., 2008. Cocaine and oral health. *British dental journal* ; 204 : 365-369.
- Brand, H.S., Dun, S.N., Nieuw Amerongen, A.V., 2008. Ecstasy (MDMA) and oral health. *British Dental Journal*, 204, No. 2., 77-81.
- Branget, F., Barbier, G., 2011. Rapport d'information sur les toxicomanies [en ligne]. Disponible : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3612-ti.asp> (page consultée le 2 février 2014)
- Briones, D. F., Wilcox, D. O. et al. (2006). Risk factors and prevention in adolescent substance abuse : A biopsychosocial approach. *Adolescent Medicine Clinics*, 17, 335-352.

- Brown, C., Krishnan, S., Hursh, K., Yu, M., Johnson, P., Page, K. [et al.], 2012. Dental disease prevalence among methamphetamine and heroin users in an urban setting A pilot study. *J. Am. Dent. Assoc.* 143(9), 992–1001.
- Cabal, C., 2002. L'impact éventuel de la consommation des drogues sur la santé mentale de leurs consommateurs [en ligne]. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000129/index.shtml> (page consultée le 2 février 2014).
- Cho, C.M., Hirsch, R., Johnstone, S., 2005. General and oral health implications of cannabis use. *Australian Dental Journal* ; 50 : 70-74.
- Cohen, F., Lowenstein, M., 2010. Les effets délétères du cannabis sur la santé bucco-dentaire. *Courr. Addict.* 12(4), 16–17.
- Coudert, J.L.& Parret, J.& Vignat, J.P., Complications bucco-dentaires de l'usage des psychotropes, *Concours Med.*, 104, 1982, p.7333-7340
- Crews, F., He, J., & Hodge, C., 2007. Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology, Biochemistry of Behavior*, 86, 189-199.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2010. World Drug Report 2010 [en ligne]. Disponible : http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf (page consultée le 14 mars 2014)
- Donaldson, M., Goodchild, J.H., 2006. Oral health of the methamphetamine abuser. *Am. J. Health. Syst. Pharm.* 63(21), 2078-82.
- Favresse, D., 2009. Psychotropes, adolescence et perspectives d'intervention [en ligne]. Disponible : <http://www.prospective->

jeunesse.be/Psychotropes-adolescence-et (page consultée le 18 février 2014).

Gagnon, J., Martel, J., 2002. Altération du goût d'origine médicamenteuse. [en ligne]. Disponible : <http://www.pharmactuel.com/sommaires%5C200205pt.pdf> (page consultée le 14 février 2014).

Hamamoto, D., Rhodus, N., 2009. Methamphetamine abuse and dentistry. Oral Dis. 15(1), 27–37.

INPES, 2007. Hépatite C, Dépistage, clinique, prise en charge et conseils aux patients. [en ligne]. Disponible : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/officiels/vhc/2007-hvc-medecins-inpes.pdf

INPES, 2002. [en ligne]. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/02/dp020624.pdf> (page consultée le 2 juin 2014)

INPES, 2014. [en ligne]. Disponible : www.inpes.sante.fr (page consultée le 20 mai 2014).

INPES, MILDT, [s. d.]. [en ligne]. Disponible : www.drogues-dependance.fr (page consultée le 2 juin 2014).

INPES, 2007. Repérage précoce de l'usage nocif du cannabis. [en ligne]. Disponible : www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/982.pdf (page consultée le 16 mai 2014).

Institut de Veille Sanitaire, 2007. Enquête Coquelicot 2004-2007. Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues. [en ligne]. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1406 (page consultée le 16 mai 2014).

Institut de Veille Sanitaire, 2004. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues. [en ligne]. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3714 (page consultée le 16 mai 2014).

Institut de Veille Sanitaire, 2012. Connaissances, perceptions et pratiques vis-à-vis de l'hépatite B en population générale en France métropolitaine en 2010. [en ligne]. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8331 (page consultée le 16 mai 2014).

Institut de Veille Sanitaire, 2003. Epidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. [en ligne]. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4200 (page consultée le 16 mai 2014).

Institut National de Santé Publique du Québec, 2009. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Portrait épidémiologique. [en ligne]. Disponible : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/950_usasubspsychojeunesqueb.pdf (page consultée le 2 juin 2014).

Larousse Médical, 2006. Toxicodépendance - Toxicologie - Toxicomanie [en ligne]. Disponible : <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/1013> (page consultée le 16 janvier 2014).

Larousse Médical, 2006. Drogue [en ligne]. Disponible : <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/299> (page consultée le 16 janvier 2014).

Larousse Dictionnaire de français, [s. d.]. Adolescence [en ligne]. Disponible : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156> (page consultée le 16 janvier 2014).

- Le Dain, M-Y., Marcangeli, L., 2014. Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. Rapport d'information sur l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites. [en ligne]. Disponible : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2385.asp#P582_156949 (page consultée le 27 novembre 2014).
- Ledoux, S., Choquet, M., Hassler, C., Beck, F., Peretti-Watel, P., 2000. Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999. *Tendances* 2000, 6 : 1-4.
- Legleye, S., Beck, F., Spilka, S., Le Nezet, O., 2007. Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD [en ligne]. Disponible : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxsl5.html> (page consultée le 20 avril 2014)
- Léonard, L. & Ben Amar, M., 2002. Les psychotropes: Pharmacologie et toxicomanie. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leshner, A., 2003. Understanding drug addiction : Insights from the research. *American society of addiction medicine*, 47-56.
- Lowenstein, M., 2009. Toxicomanie et santé parodontale [en ligne]. Disponible : <https://www.yumpu.com/fr/document/view/16515775/toxicomanie-et-sante-parodontale-morgan-lowenstein> (page consultée le 4 mars 2014).
- Lowenthal, A.H., 1967. Atypical caries of the narcotic addict. *Dental Survey*, 43 : 44-47

- Madinier, I., Harrosch, J., Dugourd, M., Giraud-Morin, C., Fosse, T., 2003. Etat de santé bucco-dentaire des toxicomanes suivis au CHU de Nice. Presse Med ; 32 : 919-23.
- Meier, M.H., Caspi, A., Ambler, A., Harrington, H., Houts, R., Keefe, R.S.E. [et al.], 2012. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Proc. Natl. Acad. Sci. 109(40), E2657–E2664.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., Mouren-Siméoni, M.C., 2001. Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence, in: Ann. méd. Psychol.. pp. 622–631.
- MILDECA, 2014. [en ligne]. Disponible : www.drogues.gouv.fr (page consultée le 5 juin 2014).
- MILDECA, ONCD, 2014. Les chirurgiens-dentistes et la prise en charge des patients usagers de drogues [en ligne]. Disponible : <http://www.infosdentistesaddictions.org> (page consultée le 5 juin 2014).
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction générale de la santé, Reynaud, M., 1999. Usages nocifs de substances psychoactives : Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir : rapport au Directeur Général de santé [en ligne]. Disponible : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000138-usages-nocifs-de-substances-psychoactives-identification-des-usages-a-risque-outils> (page consultée le 17 février 2014).
- Morio, K.A., 2008. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot study. Journal of the American Dental Association, fév 2008, 139, n°2, p. 171-176.

Myon, L., Delforge, A., Raoul, G., Ferri, J., 2010. Nécrose palatine par consommation de cocaïne. [en ligne]. Disponible : <http://www.em-consulte.com/en/article/243226> (page consultée le 19 septembre 2014).

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2014. [en ligne]. Disponible : www.ofdt.fr (page consultée de 18 juin 2014).

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2014. [en ligne]. Disponible : <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/> (page consultée de 18 juin 2014).

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2013. Rapport européen sur les drogues 2013 : tendances et évolutions [en ligne]. Disponible : <http://a-f-r.org/rapports-etudes/rapport-europeen-sur-drogues-2013-tendances-evolutions> (page consultée le 5 juin 2014).

Organisation Mondiale de la Santé, 1994. Lexicon of Alcohol and Drug Terms. [en ligne]. Disponible : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ (page consultée le 14 mai 2014).

Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., 2013. Marchés, substances, usagers: les tendances récentes (2011-2012) [en ligne]. Tendances. 86. Disponible : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxact7.pdf> (page consultée le 19 juin 2014).

Padilla, R., Ritter, A.V., 2008. Meth Mouth: Methamphetamine and Oral Health. J. Esthet. Restor. Dent. 20(2), 148–149.

Paglia-B., A. & Adlaf, E., 2007. La consommation de substances, les méfaits et les jeunes. In Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les

- toxicomanies (Ed.), Toxicomanie au Canada: Pleins feux sur les jeunes (pp. 4-13). Ottawa.
- Pesci-Bardon, C., Prêcheur, I., 2010. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé bucco-dentaire. EMC, Médecine Buccale, 28-915-M-10.
- REITOX, 2013. Rapport national 2013 (données 2012) à l'OEDT [en ligne].
Disponible : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnxoftb.pdf>
(page consultée le 2 février 2014)
- Rocques, B., 1999. La Dangersité des Drogues. Paris : Odile Jacob.
- Saina, T.S., Edwards, P.C., Kimmes, N.S., Carroll, L.R., Shaner, J.W., Dowd, F.J., 2005. Etiology of Xerostomia and Dental Caries among Methamphetamine Abusers. Oral Health Prev Dent; 3 : 189-195.
- Schweinsburg, A. D., Brown, S. A., & Tapert, S. F., 2008. The influence of marijuana use on neurocognitive functioning in adolescents. Current drug abuse reviews, 1, 99-111.
- Shekarchizadeh, H., Khami, M.R., Mohebbi, S.Z., Ekhatiari, H., Virtanen, J.I., 2013. Oral Health of Drug Abusers : A review of Health Effects and Care. Iranian J Publ Health, 42, No. 9, 929-940.
- Squeglia, L. M., Jacobus, J., & Tapert, S. F., 2009. The influence of substance use on adolescent brain development. Clinical EEG Neurosciences, 40, 31-38.
- Swati, Y., Rawal, B.D.S., Tatakis, D.N., 2012. Periodontal and Oral Manifestations of Marijuana Use. Journal of the Tennessee Dental Association, 92-2.
- Titsas, A., Ferguson, M., 2002. Impact of Opioid Use on Dentistry. Aust. Dent. J. 47(2), 94–98. doi:10.1111/j.1834-7819.2002.tb00311.x

UNODC. World Drug Report 2010. [en ligne]. Disponible : http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf (page consultée le 14 février 2014).

Valfrey, J., Kuntzmann, H., 2005. Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie. *Encycl. méd.-chir., Stomatol.* 2005:1-13. [Article 22-012-F-10]

Véléa, D., 2005. Toxicomanie et conduites addictives. Paris : Heures de France. 379 p.

Jury : Président : J.M. MARTRETTE – Professeur des Universités
Juges : C. CLEMENT – Maître de Conférences des Universités
J.BEMER – Maître de Conférences des Universités
F.CAMELOT -Assistant Hospitalier Universitaire
E. PFLETSCHINGER – Docteur en Pharmacie

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: Monsieur MERCIER Thomas, Cédric

né(e) à: BELFORT (Territoire de Belfort) le 3 mai 1988

et ayant pour titre : « Proposition et évaluation d'une action de prévention des toxicomanies
par un abord bucco-dentaire sur un public lycéen ».

Le Président du jury



J.M. MARTRETTE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 6756.

NANCY, le - 6 NOV. 2014

Le Président de l'Université de Lorraine


P. MUTZENHARDT

MERCIER Thomas – Proposition et évaluation d'une campagne de prévention des toxicomanies par un abord bucco-dentaire sur un public lycéen.

Nancy 2014 : 137 pages ; 79 illustrations

Th : Université de Lorraine ; 2014

MOTS-CLÉS :

- Prévention
- Lycéen
- Drogue
- Bucco-dentaire

MERCIER Thomas – Proposition et évaluation d'une campagne de prévention des toxicomanies par un abord bucco-dentaire sur un public lycéen.

Th : Université de Lorraine ; 2014

La prise en charge du patient toxicomane au cabinet dentaire est souvent difficile. Les dégâts sont généralement très importants et il est bien souvent trop tard lorsque le patient consulte et prend conscience des conséquences oro-faciales de sa consommation.

Pourtant, il n'existe à ce jour en France aucune campagne de prévention des toxicomanies qui mette en avant l'impact bucco-dentaire des drogues. C'est pourtant la conséquence la plus visible et esthétique et, au moment des premières expérimentations, en pleine adolescence, une corde très sensible.

Ce travail se veut être une proposition d'une nouvelle approche fondée sur l'abord bucco-dentaire : la mise en place et l'évaluation d'une campagne de prévention primaire, dans les lycées auprès des classes de seconde, par un discours informatif, non moralisateur et mettant l'accent sur les dégradations bucco-dentaires engendrées par une consommation de drogue.

JURY

Pr J.-M. Martrette	Professeur des Universités	Président
<u>Dr J. Bemer</u>	Praticien Hospitalier	Juge
<u>Dr C. Clément</u>	Maître de conférences des Universités	Juge
Dr E. Pfletschinger	Docteur en Pharmacie	Juge
Dr F. Camelot	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge

