

# LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE (SBD), UN CONCEPT À PART ?

Jean POUËZAT

Comité National Odontologique d'Éthique  
Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Comment clarifier les aspects conceptuels de la santé, de la maladie, du bien-être, de la qualité de vie et définir la SBD ?

C'est une tâche difficile, source de débats et de conflits. Les raisons en sont multiples. Ces concepts, abstraits, bien qu'intuitivement saisis, font référence à des situations, complexes, difficiles à cerner, très imprégnées de valeurs. Elles peuvent varier selon les contextes personnels, sociaux, culturels et politiques <sup>1</sup>.

De nombreux termes, imprécis, équivoques, quelquefois utilisés les uns pour les autres, servent à définir les concepts de santé et de maladie et compliquent souvent les discussions :

**« Par exemple : santé, maladie\*, affection\*, bien-être, mieux-être, répercussions psychosociales, santé positive, état fonctionnel, efficacité fonctionnelle, qualité de vie relative à la santé, qualité de vie. Sans parler de déficience, de limitations fonctionnelles, d'incapacité, de handicap, d'inconfort, de résistance au découragement, d'insatisfaction, de perceptions de la santé, d'inégalité, de carence et, bien sûr, de mort <sup>2</sup>. »**

---

1 - Locker D., Concepts of oral health, disease and the quality of life. in Slade G.D.A. ed. *Measuring oral Health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997, pp. 11-23.

2 - *Ibid.*, (p. 12, trad. JP\*).

\***Maladie (disease), \*affection (illness), NDA.**

\*trad. JP : traduction J. Pouëzat.

D'autre part le concept de santé lui-même, controversé, est difficile à cerner, car pouvant exprimer des points de vue opposés, voire conflictuels :

« • **maladie ou bien-être**

• **interprétations holistique\* ou réductionniste**

• **l'individu ou la collectivité**

• **points de vue professionnel ou profane**

• **interprétations subjective ou objective**<sup>3</sup>. »

Enfin, « **Un même concept peut-il valoir pour le physique et le mental, les êtres humains, les animaux et les plantes, et pour différents niveaux d'organisation comme la population, l'individu ou l'organisme, l'organe et la cellule ?**<sup>4</sup> »

Malgré ces difficultés, les caractéristiques qui permettent de clarifier les concepts de santé en général et de SBD en particulier et leurs définitions doivent être précisées avec soin car elles sont à l'origine d'enjeux multiples. « **Caractériser un état comme pathologique a, dans nos États-providence, d'importantes conséquences sociales, éthiques, politiques et juridiques**<sup>5</sup>. » Cette démarche engage les comportements personnels et les orientations des politiques de santé.

Il est, aussi, important de définir la maladie pour délimiter le champ de la médecine, «... : **à quoi est-il légitime qu'elle s'intéresse, à partir de quel point peut-on estimer qu'elle outre passe ses compétences et « médicalise » l'existence humaine ? Qu'est-ce qui relève de la « thérapeutique » et qu'est-ce qui relève de « l'amélioration » voire**

---

3 - Green J., Tones K., *Health Promotion: Planning and Strategies*. Sage Publications, 2010, (p.8, trad. JP).

4 - Giroux É., *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*. Philosophies, PUF, 2010, p.9.

5 - *Ibid.*, p. 6.

\***Holisme**, NDA.

**du dopage<sup>6</sup> ? »**

## **LA SANTÉ, QUELS MODÈLES ?**

La problématique de la santé s'organise autour de deux modèles *réductionniste* et *holistique* et de deux niveaux, *individuel* et *collectif*. Lorsque l'on parle de santé, il est habituel de se référer au modèle *biomédical*. La santé est définie par l'absence de maladie. Les bases dogmatiques de ce modèle reposent sur la dualité de l'esprit et du corps considérés comme des entités séparées. Le corps est isolé de la personne et les expériences subjectives de la santé et de la maladie sont ignorées. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le *positivisme*, interdisant tout jugement de valeur, avait coupé les médecins de la dimension éthique. Oubliant que le patient est un tout, ils diagnostiquaient la maladie (*disease*) en ignorant l'expérience qu'en avait le patient (*illness*) et par conséquent séparaient les faits de leurs valeurs<sup>7</sup>. Gestes techniques et services sanitaires étaient alors les éléments clés pour restaurer et améliorer la santé des individus et celle des populations<sup>8</sup>.

Proposé par Engel<sup>9</sup>, il y a plus de trente ans, le modèle *bio-psychosocial* amplifie le modèle biomédical. « **Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie**<sup>10</sup>. » La pratique clinique inspirée par ce modèle demande une participation active du patient. Malgré les bons résultats qu'il permet d'obtenir, ce modèle mal compris, selon l'auteur, « **reste**

---

6 - Lemoine M., Giroux É., Les concepts de santé et maladie : apport de la philosophie anglo-saxonne de la médecine. in Mouillée J.- M., *Médecine, santé et sciences humaines*. Collège des sciences humaines et sociales en médecine et santé. Paris : Les Belles Lettres, 2011, pp. 143-153.

7 - Tauber A.I., *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. The MIT Press, Cambridge, 2005, p. 49.

8 - Locker D., *op.cit.*, pp. 13-14.

9 - Engel G. L., The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.

10 - Berquin A., Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse* 2010; 6: 1511-13.

**réductionniste dans la mesure où le nombre de paramètres pris en considération est limité, ... »** C'est un outil clinique efficace facilitant diagnostic et traitement.

On peut également considérer la santé et la maladie, phénomènes strictement biologiques, dans une perspective holistique en élargissant le modèle d'Engel. L'*EURACT, Académie Européenne des Enseignants en Médecine Générale*, étend le modèle biopsychosocial aux dimensions culturelles et existentielles <sup>11</sup>. On assiste à une transformation de la personnalité du patient qui devient une personne plutôt qu'un corps. Il s'agit d'une représentation globale de l'être humain, donnant la priorité à la santé, dans laquelle un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, existentiels participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Tout ceci donne une signification plus importante aux réactions et aux interprétations personnelles de la santé et de la maladie grâce à une participation active du patient.

Certains pensent que les définitions de la santé et de la maladie doivent être réactualisées pour fournir des réponses rationnelles à la crise des systèmes de santé et pour les adapter aux modèles culturels spécifiques des sociétés où elles seront utilisées <sup>12</sup>. Un nouveau concept de santé, connu sous le nom de *modèle de Meikirch\**, a été proposé <sup>13</sup>. « **La santé est un état de bien-être changeant caractérisé par un potentiel physique, mental et social qui répond aux demandes d'une vie en fonction de l'âge, de la culture et de la responsabilité personnelle. On parle de**

---

11 - *European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe)*, The European Definition of General Practice/Family Medicine, Short version EURACT, 2005, p. 8.

12 - Bircher J., Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos* 2005; 8: 335-341.

13 - Bircher J., Wehkamp K.- H., Health care needs need to be focused on health. *Health* 2011; 3: 378-382.

**\*Meikirch, NDA..**

***maladie si le potentiel est insuffisant pour satisfaire les demandes*** <sup>14</sup>. »

Le potentiel physique, mental et social est fait d'une composante biologique donnée et d'une composante personnelle acquise. Celles-ci varient au cours de la vie. Cette définition est une aide au diagnostic et permet d'impliquer les patients en les responsabilisant. Enfin, elle fixe les priorités lors des prises de décisions stratégiques dans le domaine des soins de santé.

## **CONCEPTS DE MALADIE, DE SANTÉ, DE BIEN-ÊTRE ET DE QUALITÉ DE VIE**

Pour faire progresser la discussion il est nécessaire de faire une distinction entre santé et maladie. Initialement elle fût clairement précisée, en 1948, dans la définition de la santé de l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS), inspirée d'une proposition de définition de Sigerist en 1941 <sup>15</sup> :

**« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** <sup>16</sup>. » Cette définition a été critiquée en raison de sa nature utopique. Elle visait un état idéal, une manière d'être relativement durable. Elle était cependant utile car elle élargissait les frontières de la santé au-delà de l'absence de maladie pour englober le bien-être et reconnaître avec force la nature multidimensionnelle, holistique de la santé. Grâce à elle on commençait à clarifier la distinction entre santé et maladie, la maladie étant limitée à des processus pathologiques compromettant l'intégrité anatomique et physiologique du corps. Défini comme tel, c'est un concept biologique, étroit, appliqué aux corps, parties du corps, aux systèmes et aux tissus. Il appartient au modèle biomédical, focalisé sur les agents étiologiques, les paramètres physiologiques et les résultats cliniques. En outre la *Constitution*

---

14 - *Ibid.*, (p. 379, trad. JP).

15 - Sigerist H.E., *Medicine and Human Welfare*. New York, Yale University Press, 1941.

16 - *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé*, New York : 19-22 juin ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

déclarait que : « **La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelque soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale** <sup>17</sup>. » Ce droit à la santé, un des droits fondamentaux de l'homme inscrit dans de nombreux traités internationaux et nationaux, « **impose une obligation fondamentale : la satisfaction de l'essentiel du droit** <sup>18</sup>. »

La définition fut modifiée au cours de la 101<sup>e</sup> session du bureau exécutif de l'OMS en 1998. La santé doit être considérée non seulement comme un état complet de bien-être physique, mental et social mais aussi spirituel <sup>19</sup>. En fait la santé fait référence à quelque chose de plus large. C'est moins un état, manière d'être relativement durable, qu'un processus qui se développe dans le temps, en lien avec l'environnement <sup>20</sup>. « **Dans le contexte de la promotion de la santé on a considéré que la santé n'était pas un état abstrait, mais plutôt un moyen d'atteindre un but ; sur le plan fonctionnel, il s'agit d'une ressource qui permet de mener une vie productive sur les plans individuel, social et économique.**

**La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques** <sup>21</sup>. » Elle concerne ce que nous ressentons, ce qui marque nos corps et les conséquences qui en découlent sur notre vie quotidienne. Comme tel, il s'agit d'un concept qui appartient au modèle socio-environnemental <sup>22</sup>.

---

17 - *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, Documents fondamentaux, supplément à la quarante cinquième édition*. octobre 2006, p. 1, Genève : OMS.

[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf), (date d'accès : 12/05/2012).

18 - *Le droit à la santé*, aide-mémoire N°323, OMS, août 2007.

19 - WHO Fifty-Second World Health Assembly. Amendments to the Constitution, Annex 1, 7 April 1999, p. 4.

20 - *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* ; WHO/HPR/HEP/95.1, 1986, OMS, Genève.

21 - *Glossaire de la promotion de la santé*. WHO/HPR/HEP/98.1, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1999, p. 1.

22 - Nettleton S., *The Sociology of Health and Illness*. 2nd ed., Polity Press, Cambridge,

Enfin la santé, processus dynamique, est un des éléments qui, selon l'OMS, influence la qualité de vie <sup>23</sup>. Elle la définit comme suit : « **La qualité de vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des événements importants de l'environnement** <sup>24</sup>. » La notion de perception est essentielle, elle souligne le point de vue subjectif de la personne. Elle respecte l'autonomie des individus et reconnaît aux patients la possibilité de faire part de ce qui leur convient le mieux. Il y a qualité de vie lorsque les individus estiment que leurs besoins sont satisfaits.

C'est aussi un concept qui s'élargit à celui de bien-être général au sein d'une société. Le bien-être et la qualité de vie, au sein d'une population, sont associés à des facteurs tels que le niveau de vie, le bonheur, la liberté, la santé (Tab. 1). Ces déterminants non monétaires sont des compléments importants qui fournissent une image élargie de l'état de la société <sup>25</sup>.

« **La qualité de vie renvoie à la notion de bien-être évaluée plutôt par des indicateurs sociaux que par des mesures « quantitatives » de revenu et de production** <sup>26</sup>. »

« **Le bien-être subjectif renvoie à la notion de satisfaction à**

---

2006, pp. 1-12.

23 - What quality of life? The WHOQOL Group. *in World Health Forum*. 1996; 17: 354-356, WHO, Geneva.

24 - *Glossaire de la promotion de la santé*; WHO/HPR/HEP/98.1, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1999, p. 19.

25 - Boarini R., Johansson Å., Mira d'Ercole M., Les indicateurs alternatifs du bien-être.

OCDE, *Cahiers Statistiques* 2006; 11: 1-8.

26 - *Glossary of statistical terms*; OECD, Paris, 2007, (p. 640, trad. JP).

Source: Glossary of Environment statistics, Studies in Methods. Series F, N° 67, United Nations, New York, 1997.

***l'égard de la vie, à la présence d'expériences ou de sentiments positifs et à l'absence d'expériences ou de sentiments négatifs***<sup>27</sup>. »

Cette notion complexe est soumise à tout un ensemble de déterminants (Fig. 1)<sup>28</sup>. Le cadre des statistiques du *Produit Intérieur Brut* (*PIB*), valeur marchande de tous les biens et services produits dans un pays au cours d'une période de temps donnée, doit être dépassé pour mettre l'accent sur l'individu. L'*Organisation de Coopération et de Développement Économique* (*OCDE*) vient de dévoiler à l'occasion de son 50<sup>e</sup> anniversaire, le 24 mai 2011, à Paris, un nouvel indice interactif, intitulé « *Vivre mieux* », qui permettra à chacun de mesurer et de comparer sa propre qualité de vie. Onze items sont retenus : logement, revenu, travail, communauté, éducation, environnement, gouvernance, santé, bien-être subjectif, sécurité, conciliation travail et vie privée. Il ressort de ce travail que les priorités des français, par exemple, sont d'être en bonne santé et d'avoir du travail. Pour l'*OCDE*, cet indice donne l'occasion aux citoyens d'exprimer leurs préoccupations aux gouvernements<sup>29</sup>. En fait le concept de bien-être se substitue progressivement à celui de santé et évolue vers le « *mieux-être* »<sup>30</sup>.

Comment expliquer cette évolution ? La santé apparaît comme une préoccupation contemporaine à tel point qu'elle est devenue, et plus particulièrement les soins de santé, une « *commodity* » *i.e.* une marchandise, un bien de consommation<sup>31</sup>. Outre la santé, cette marchandisation atteint de larges secteurs de la société où sont appliquées « .... ***les lois « naturelles » du marché.....***<sup>32</sup>. » « ***La promotion-santé est un commerce d'avenir.***

---

27 - *Panorama des statistiques* ; OCDE 2010, 2010, p. 240.

28 - Bergheim S., Measures of well-being: there is more to it than GDP. *Deutsche Bank Research*, 8 September 2006, pp. 1-10, (p. 3, trad. JP).

29 - *Compendium of OECD well-being indicators*; OECD, Paris, 2011.

30 - Vigarello G., *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*. Seuil, Paris, 1993.

31 - Tauber A. I., *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. The MIT Press, Cambridge, 2005, pp. 57-65.

32 - Dufour D.-R., *La cité perverse. Libéralisme et pornographie*. folio essais, Denoël, 2009, p. 22.



**Parce que son objet est le bonheur de tous, elle est à l'abri des critiques**<sup>33</sup>. » Les media, sensibles à l'image du corps, vantent les mérites de tel ou tel régime alimentaire, les vertus des cures de thalassothérapie, etc. La balance fait partie de l'équipement des salles de bain. Le nombre des magasins du bien-être augmente à Paris alors que celui des librairies diminue<sup>34</sup>. Des « *Instituts du bien-être* » réunissent des individus qui partagent la même quête, prendre soin de soi physiquement, mentalement et rechercher le bonheur. Le chiffre d'affaires de ce marché est énorme. La santé perfectible est le rêve de l'homme contemporain devenu réalité grâce aux progrès de la médecine. On peut penser qu'ils puissent poser des cas de conscience et devenir des coupables. « **En fait, la coupable est plutôt l'idéologie de la prévention généralisée, fille de l'État-providence, qui multiplie les revendications de droits, au mépris des principes destinés à garantir la dignité de la personne**<sup>35</sup>. » Le domaine de la santé s'étend encore grâce à la recherche éperdue du mieux-être. Cette médicalisation de la santé vise à transformer en patients des personnes se considérant en bonne santé<sup>36</sup>. Les anglo-saxons décrivent cette démarche sous le nom de « **disease mongering**\* ». Il s'agit, en exploitant la peur de perdre la santé, de promouvoir une maladie et les médicaments pour la traiter et, par conséquent, de créer un marché qui n'existe pas. Moynihan et Henry la définissent comme suit : « **Selon nous, promouvoir une maladie pour la vendre repousse les frontières des pathologies et augmente les marchés pour ceux qui vendent et délivrent les traitements**<sup>37</sup>. » Cette

---

33 - Skrabanek P., *La fin de la médecine à visage humain*. Editions Odile Jacob, Paris, 1995, p. 51.

34 - Paris : boom des magasins de bien-être. <http://www.europe1.fr/France/Paris-boom-des-magasins-de-bien-être-939581/index.html> (date d'accès : 8/02/2012).

35 - Slama A.G., L'éthique en procès. *Supplément LE FIGARO*, 4 février 2012.

36 - Cathébras F., Le docteur Knock habite à Wall Street Les nouvelles cibles de l'industrie pharmaceutique Doctor Knock lives at Wall Street The new targets of pharmaceutical industry. *Rev Med Interne* 2003; 24: 538-541.

37 - Moynihan R., Henry D., The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Med*, 2006; 3: e191, (trad. JP).

\**Disease mongering*, NDA.

attitude existait à l'époque de Montaigne. « **Les médecins ne se contentent point d'avoir la maladie en gouvernement. Ils rendent la santé malade pour garder qu'on ne puisse en aucune saison échapper leur autorité** <sup>38</sup>. »

Définir la santé en terme de bien-être total, global, assimile la santé au bonheur. « **Pour les utilitaristes\*, le bien-être est le fin mot de l'existence humaine et, à la limite, le bonheur s'y réduit** <sup>39</sup>. » Il est à remarquer que le droit à la recherche du bonheur (« ... **and the Pursuit of Happiness** ») est affirmé, en 1776, dans la *Déclaration d'Indépendance des Etats Unis d'Amérique* <sup>40</sup>. Ce lien peut donner libre cours à des demandes sans limite pour des services sanitaires, hypothéquant la santé elle-même et les droits de l'homme, à une expansion sans fin de l'*État-providence* et à un amoindrissement de la responsabilité du citoyen. « **Être en bonne santé est politiquement correct ; c'est le devoir du citoyen responsable** <sup>41</sup>. » Élodie Giroux fait remarquer que « **Seul le maintien d'une définition négative de la santé (la santé est l'absence de maladie), dont nous verrons qu'elle n'exclut pas la possibilité d'une définition positive, permettrait d'éviter l'illimitation à laquelle conduit la définition positive de la santé de l'OMS** <sup>42</sup>. » Ce point de vue était déjà défendu, en 1992, par Doll : « **Par conséquent je limiterai l'usage du terme santé à l'état caractérisé par l'absence de maladie ou de déficience physique ou mentale i.e. par l'absence de situations qui diminuent la capacité fonctionnelle et dont l'effet est mesurable de manière objective** <sup>43</sup>. »

---

38 - de Montaigne M., Essais, Livre II, chapitre XXXVII, Garnier Frères, 1962, cité par Skrabanek P., *op. cit.*, p. 49.

39 - Ferry L., Le bonheur se réduit-il au bien-être ? *LE FIGARO*, 18 octobre 2012.

40 - In Congress, July 4, 1776. *A declaration by representatives of the United States of America, in General Congress Assembled.* [www.ushistory.org/declaration/document/](http://www.ushistory.org/declaration/document/) (date d'accès : 26/05/2012).

41 - Skrabanek P., *op. cit.*, p. 17.

42 - Giroux É., *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie.* Philosophies, PUF, 2010, pp. 61-62.

43. - Doll R., Health and the Environment in the 1990s. *Am J Pub Health* 1992; 82: 933-941, (p. 933, trad. JP).

## LES CONCEPTS DE SANTE ET MALADIE. LA CONTRIBUTION DES PHILOSOPHES ANGLO-SAXONS DE LA MEDECINE

Clarifier et définir ces concepts mais aussi préciser leur état est alors nécessaire mais est-ce possible ?, est-ce utile ? Dans ce débat le philosophe peut-il jouer un rôle ? Lennart Nordenfelt le pense. La santé est-elle un concept spécifique ? Existe-t-il une opposition logique entre santé et maladie ? Ces concepts sont-ils contraires ou contradictoires, descriptifs ou évaluatifs ? Le philosophe est aussi intéressé à replacer les notions médicales dans une perspective générale. Il pense qu'il ne peut y avoir de philosophie de la santé sans une philosophie de l'homme <sup>44</sup>.

Georges Canguilhem, analysant les concepts de santé et de maladie, critique la conception positiviste et défend la relativité individuelle de la santé en soutenant que la notion de *normativité biologique* <sup>45</sup> (norme et valeur) ne permet pas de concevoir objectivement et scientifiquement la santé et la maladie mais aide à distinguer le *normal* du *pathologique*. « **L'homme ne se sent en bonne santé - qui est la santé - que lorsqu'il se sent plus que normal - c'est-à-dire adapté au milieu et à ses exigences - mais normatif capable de suivre de nouvelles normes de vie** <sup>46</sup>. »

Trente ans après avoir ouvert à la réflexion les concepts de santé et de maladie, la démarche utilisée par Canguilhem, « **historique et critique** » <sup>47</sup>, va changer de visage. Préciser le sens de la santé et de la maladie pour aboutir à une définition qui puisse valoir pour l'ensemble des êtres vivants mais aussi pour le physique et le mental devient nécessaire. « **Il s'agit de confronter systématiquement une définition à l'ensemble des**

---

44 - Nordenfelt L., Health and disease: two philosophical perspectives. *J Epidemiol Community Health* 1986; 41: 281-284.

45 - Canguilhem G., *Le normal et le pathologique*. 11<sup>e</sup> éd., Quadrige/PUF, 2011, p. 77.

46 - *Ibid.*, pp. 132-133.

47 - Giroux É., Lemoine M., *Philosophie de la médecine Santé, maladie, pathologie*. Vrin, 2012, p. 11.

\**Utilitarisme*, NDA.

**cas pathologiques et non pathologiques qui font l'objet d'un consensus. Si une définition exclut le diabète ou les caries dentaires, elle pose un problème ; si elle exclut la grossesse ou le vieillissement elle en pose un autre. Cette démarche met ainsi en œuvre ce que la philosophie dite « analytique » appelle « l'analyse de signification » ou « analyse conceptuelle<sup>48</sup>. » « Son but est généralement de décrire (et non de réformer) la signification d'un terme à partir de ses (ou de certains de ses) usages<sup>49</sup>. »**

C'est dans ce cadre qu'un débat, mené par les philosophes anglo-saxons de la médecine, s'est organisé sur les conceptions *naturaliste* et *normativiste*. Selon les *naturalistes*, la santé et la maladie, phénomènes naturels, sont caractéristiques des organes, des cellules tout autant que de l'être humain en totalité. Ces concepts sont, avant tout, théoriques, descriptifs et scientifiques. Ils ne sont pas l'expression de valeurs, cependant secondairement des valeurs peuvent s'y joindre lorsque des choix sont en jeu. La maladie est un état caractérisé par un dysfonctionnement. Il s'agit d'une anomalie *biologique* et *statistique* i.e. une déviation de ce qu'un organisme peut normalement ou naturellement réaliser<sup>50</sup>. L'idée que défend Boorse « **est que la maladie est le dysfonctionnement d'une partie de l'organisme, qui se trouve empêchée d'apporter sa contribution typique aux buts de l'organisme que sont la survie et la reproduction, c'est-à-dire la contribution qui est statistiquement représentative de l'espèce à**

---

48 - Lemoine M., Giroux É., Les concepts de santé et maladie : apports de la philosophie anglo-saxonne de la médecine. in Mouillie J.-M., *Médecine, santé et sciences humaines* ; manuel. Collège des sciences humaines et sociales en médecine et santé, Paris : Les Belles Lettres, 2011, p. 144.

49 - Giroux É., Demazeux S., Methot P.-O., Kutschenko L. K., *Concepts de santé et de maladie : Par delà le clivage entre normativisme et naturalisme ? Science, Philosophie, Société*. IV<sup>e</sup> Congrès de la Société de Philosophie des Sciences (SPS), 1-3 juin 2012, Montreal, Canada, p. 14/185.

[www.scienceconf.org:sps2012:2996](http://www.scienceconf.org:sps2012:2996) (date d'accès 12/04/2013).

50 - Boorse C., Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977; 44: 542-573. trad. Giroux É., avec l'autorisation de l'auteur. in Giroux É., Lemoine M., *Textes clés de philosophie de la médecine : Santé, maladie, pathologie*. Paris : Vrin, 2012, pp. 62-119.

**laquelle cet organisme appartient**<sup>51</sup>. »

Pour les tenants du *normativisme*, la santé et la maladie sont caractéristiques de l'être humain dans son intégralité et non de ses organes, elles indiquent une capacité ou une incapacité à réaliser ses buts vitaux selon les normes et les valeurs d'un environnement social particulier à un moment donné. Ils doivent être définis en relation avec un bonheur minimal. « ...**les buts vitaux d'une personne sont les états de chose qui sont tels qu'ils sont nécessaires et conjointement suffisants pour un bonheur minimal du sujet sur le long terme**<sup>52</sup>. » Ce point de vue reprend, en partie, le concept holiste de l'OMS, en évitant d'assimiler la santé au bonheur et par conséquent en donnant des limites à la définition de la santé. Ces termes sont évaluatifs, ils reposent sur des valeurs<sup>53</sup>. La santé, « **Notons-le : ce n'est pas un concept exclusivement médical**<sup>54</sup>. », c'est un concept pratique. Nordenfelt considère que les conceptions *naturaliste* et *holistique* ne sont pas inconciliables à condition d'accorder la priorité à la démarche *holistique*<sup>55</sup>.

Pour rompre cette opposition entre *naturalistes* et *normativistes*, une position intermédiaire, dite du « **dysfonctionnement préjudiciable** », combinant dans la définition un élément *naturaliste*, le *dysfonctionnement* biologique et un élément *normatif*, le *préjudice* causé aux normes individuelles et sociales, a été proposée par Wakefield<sup>56</sup>. « **Mais il apparaît**

---

51 - Lemoine M., Giroux É., Les concepts de santé et maladie : apports de la philosophie anglo-saxonne de la médecine. in Mouillie J.- M., *Médecine santé et sciences humaines*. Collège des sciences humaines et sociales en médecine et santé. Paris : Les Belles Lettres, 2011, p. 145.

52 - Nordenfelt L., *Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare*, Dordrecht, Kluwer, 2000, trad. fr. Le Bihan M., Forest D., avec l'accord de l'auteur. in Giroux É., Lemoine M., *Philosophie de la médecine. Santé, maladie pathologie*. Paris, Vrin, 2012, p. 284.

53 - *Ibid.*, pp. 257-296.

54 - *Ibid.*, p. 294.

55 - Giroux É., op. cit., p. 56.

56 - Wakefield J. C., The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992; 47: 373-388, trad. fr. : Demazeux S., dans une version abrégée, avec l'accord de l'auteur. in Giroux É., Lemoine M., *Philosophie de la*

**que, plutôt qu'un dépassement, cette position hybride n'est jamais qu'une conciliation apparente pouvant être rattachée à l'un ou l'autre pôle selon la manière dont on interprète l'unité et l'unicité du concept de maladie**<sup>57</sup>. »

D'autres philosophes ont adopté des positions tranchées, réfutant les définitions de ces concepts qu'ils jugent inutiles et inappropriées. Hesslow considère la distinction santé/maladie non pertinente pour prendre des décisions pratiques, c'est un carcan conceptuel<sup>58</sup>. Il préfère que l'analyse conceptuelle soit réservée aux questions cachées, révélées par l'analyse des états observés, comme les questions d'éthique ou les situations juridiques. Au lieu d'essayer de définir correctement les concepts de santé et de maladie, on devrait parler des états de santé, physiologiques ou psychologiques et des jugements normatifs. Cette distinction, due à Ereshefsky, écarte les problèmes soulevés par la plupart des démarches pour définir la santé et la maladie et elle cerne plus clairement ce qui compte dans les discussions médicales<sup>59</sup>.

Une définition de ces concepts est-elle alors utile, est-elle possible ?  
**« Il n'existe pas de normes absolues à partir des quelles définir un état de santé, pas de traitement opposable permettant de la produire**<sup>60</sup>. »  
Pour répondre à ces questions nous emprunterons cette réflexion de Lemoine et Giroux. **« Est-ce une entreprise qui peut réussir, ou bien ces concepts sont-ils irrémédiablement indéterminés ? Est-on bien sûr qu'il est seulement utile de s'interroger sur la définition de la santé de la maladie ? La distinction entre normativisme et naturalisme est-elle vraiment une opposition, ou bien ces thèses ne touchent-elles pas à**

---

*médecine. Santé, maladie pathologie.* Paris, Vrin, 2012, pp. 127-176.

57 - Giroux É., Demazeux S., Methot P.-O., Kutschenko L. K., *op. cit.*, p. 2.

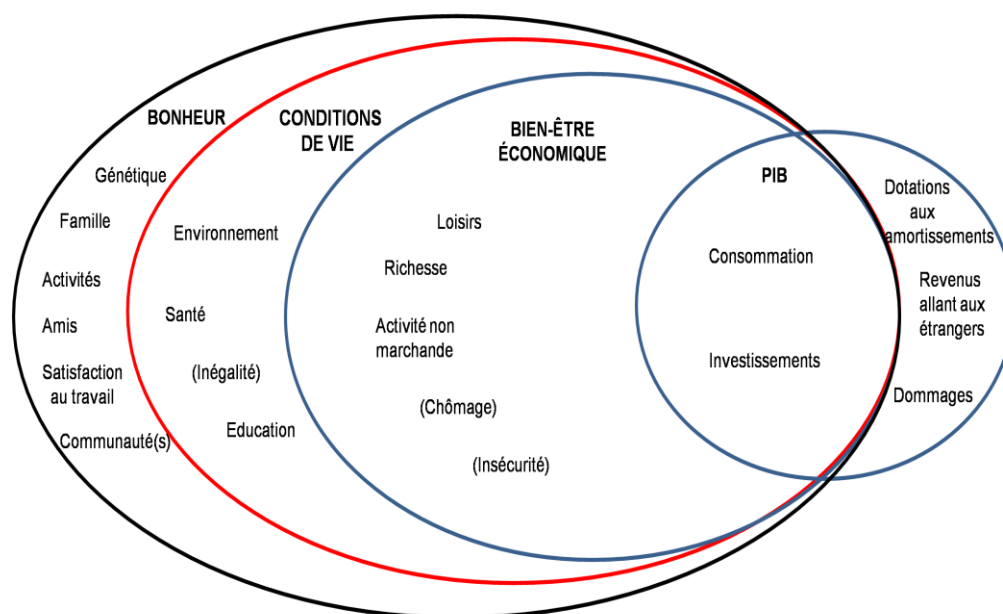
58 - Hesslow G., Do we need a concept of disease ? *Theor Med* 1993; 14: 1-14.

59 - Ereshefsky M., Defining 'health' and 'disease'. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci* 2009; 40: 221-227.

60 - Lecorps Ph., Paturet J.- B., Santé publique : du biopouvoir à la démocratie. ENSP, 1999, p. 12.

*des débats différents, voire à des concepts différents de santé et maladie ?<sup>61</sup> »*

Figure 1. Les multiples éléments du bonheur et du bien-être



( ) indique un impact négatif

Source : Adapté de Bergheim S. *Measures of well-being : there is more to it than GDP*, Deutsche Bank Research, 8 September 2006

Note : GDP : Gross Domestic Product (PIB)

61 - Lemoine M., Giroux É., *op. cit.*, p. 153.

## Tableau 1. Les indicateurs alternatifs du bien-être

### 1 - Les indicateurs monétaires

#### A - Les indicateurs des comptes nationaux

*Produit Intérieur Brut (PIB)*

*Revenu National Brut (RNB)*

*Produit Intérieur Net (PIN)*

*Revenu National Net (RNN)*

#### B - Les indicateurs non marchands

*Loisirs*

*Taille du ménage*

*Distribution des revenus*

### 2 - Les indicateurs non monétaires

#### A - Les indicateurs sociaux

*Autonomie*

*Équité*

*Santé*

*Cohésion sociale*

#### B - L'environnement

#### C - Le bonheur

Source : Adapté de : Boarini R., Johansson Å., Mira d'Ercole M., Les indicateurs alternatifs du bien-être. OCDE, *Cahiers Statistiques* 2006; 11: 1-8.



## LE CONCEPT DE *SBD*

Est-il plus facile de répondre aux questions : qu'est-ce que la *SBD* ? La *SBD* et la santé sont-ils deux états distincts ? Les concepts de *SBD* et de qualité de vie sont-ils un seul et même concept ou sont-ils distincts ?

### 1 - *SBD* et santé générale, deux concepts distincts ?

Inconfort, bourrage alimentaire, mauvaise haleine, malpositions et teintes des dents, formes des maxillaires sont des indices qui, probablement, vont amener à consulter plutôt que les conditions biologiques sous-jacentes. Ils affectent l'identité sociale et l'acceptabilité d'une personne qui se doit d'être en conformité avec son environnement (*labelling behaviour*). Le profane, l'homme de la rue, excepté les cas de douleur, cherche à se conformer à certains canons culturels d'images corporelles et tout particulièrement dans cette sphère symbolique qu'est la bouche. L'apparence plutôt que « la santé » est ici le caractère important <sup>62</sup>. C'est une exigence absolue, permanente qui modèle les comportements.

L'analyse des perceptions ressenties au niveau de la cavité buccale ne doit pas être négligée, elle peut être utile et efficace pour la prise de mesures de prévention et la promotion de la *SBD*. Pour le profane, définir la *SBD* reste cependant un exercice extrêmement difficile car le concept de santé est limité à une partie unique du corps. Cette anomalie conceptuelle s'écarte de la définition qui veut que la santé soit fondamentalement la caractéristique d'un être vivant et non celle d'une cavité ou d'une structure définie anatomiquement. Néanmoins, il faut dépasser les limites de ce point de vue, pour répondre à la question qu'est-ce que la *SBD* ?

On peut relever dans la littérature des définitions variées illustrant différents points de vue. Il est fréquent d'assimiler la *SBD* à l'absence de

---

62 - Petersen P. E., Society and Oral Health. in Pine C. M. ed., *Community Oral Health*. Wright, Oxford, 1997, pp. 20-38.

maladie : « **La santé bucco-dentaire désigne l'absence de douleur chronique buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, de lésion buccale, d'anomalie congénitale telle que fissure labiale ou bec-de-lièvre, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de carie et de déchaussement des dents, ainsi que d'autres pathologies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale** <sup>63</sup>. »

« **La santé bucco-dentaire signifie beaucoup plus qu'avoir des dents saines. Elle désigne l'absence de douleurs chroniques oro-faciales, de cancers buccaux et pharyngés (gorge), de lésions des tissus mous de la bouche, d'anomalies congénitales telles que bec de lièvre et fente palatine, et quantités d'autres maladies et troubles qui touchent les tissus bucco-dentaires et crânio-faciaux collectivement désignés sous le nom de complexe crânio-facial** <sup>64</sup>. »

« **La santé bucco-dentaire suppose en particulier des gencives et des dents saines, mais elle signifie également que la vie des personnes ne soit pas affectée par un certain nombre d'autres conditions notamment les maladies de la muqueuse orale, les cancers de la bouche et de la gorge, les troubles de l'occlusion, les anomalies congénitales (e.g. fente palatine), les dysfonctions occluso-articulaires, ou par un trauma\* de la mandibule ou du massif facial** <sup>65</sup>. »

« **On peut définir la santé bucco-dentaire comme l'absence de maladies bucco-dentaires et de situations qui compromettent ou limitent le bien-être fonctionnel, social, psychologique, et économique**

---

63- *Santé bucco-dentaire*. Aide mémoire N° 318, février 2007, Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

64 - Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Executive Summary. Chapter 1: *The meaning of oral health*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service. National Institute of Dental and Craniofacial Research. National Institutes of Health.2000, (p. 17 trad. JP).

[www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/chap1.htm](http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/chap1.htm) (date d'accès: 28/06/2010)

65 - Healthy mouth, Healthy lives. Australia's National Oral Health Plan 2004-2013, 2004, (p. 4, trad. JP).

\*Trauma, NDA.

**d'un individu**<sup>66</sup>. »

**« La santé bucco-dentaire est un état de la bouche et des structures associées où la maladie est maîtrisée, la maladie à venir prévenue, où l'occlusion est suffisante pour mastiquer les aliments et où les dents ont un aspect acceptable en société**<sup>67</sup>. » Ces deux dernières définitions, en mettant l'accent sur les préoccupations fonctionnelles et sociales, essaient de franchir la ligne de partage entre les modèles médicaux et socio-environnementaux tout en privilégiant les premiers<sup>68</sup>.

D'autres définitions identifient le confort, l'esthétique, les rôles fonctionnels et sociaux, le bien-être et la qualité de vie comme des facteurs clés de la santé et ils sont plus centrés sur la personne que sur la bouche :

**« une dentition exempte de soucis et fonctionnelle qui permet aux individus de briguer la fonction sociale à laquelle ils aspirent**<sup>69</sup>. »

**« La santé bucco-dentaire est un état des tissus et des structures associés à l'appareil bucco-dentaire d'une personne qui contribue à son bien-être physique, mental et social et qui améliore sa qualité de vie, en lui permettant de s'exprimer, de s'alimenter et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne**<sup>70</sup>. »

**« La santé bucco-dentaire désigne un état qui permet de sourire, parler, manger et aimer, avec une intégrité bucco-dentaire initiale ou retrouvée, en l'absence réelle ou supposée de pathologies de la sphère orofaciale, dans un contexte de bien-être physique, psychique et social**<sup>71</sup>. »

**« Pouvoir manger, parler et socialiser sans malaise ou gêne et**

---

66 - Reisine S, Locker D., Social, psychological, and economic impacts of oral conditions and treatments. in Cohen L. K., Gift H. C. eds, *Disease Prevention and Oral Health Promotion, Socio-Dental Sciences in Action*. Munksgaard, Copenhagen, 1995, (p. 38, trad. JP).

67 - Yewe-Dwyer M., The definition of oral health. *Brit Dent J* 1993; 174: 224-225, (trad. JP).

68 - Locker D., *op. cit.*, p.16.

69 - Dolan T. A., Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Special Care Dentist* 1993; 13: 35-39, (trad. JP).

70 - Mémoire de l' Association Dentaire Canadienne, présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2001.

71 - Bérenholc S., Pourquoi un Comité d'Éthique pour la médecine dentaire ? et pourquoi pas ? in Pirnay Ph. ed., *L'éthique en médecine bucco-dentaire*. Espace ID, 2012, pp. 18-19.

**sans pathologie bucco-dentaire affectant le bien-être général signifie être en bonne santé bucco-dentaire**<sup>72</sup>. »

Le rôle de ces facteurs clés peut être étendu aux groupes et aux populations, la SBD contribue alors à un bon état général communautaire.

**« La santé bucco-dentaire n'est pas simplement l'absence de maladie bucco-dentaire mais c'est un état qui permet à un individu de manger, parler et socialiser sans malaise ou gêne. C'est la capacité qu'ont les individus, les groupes, les populations de prendre des décisions saines qui promeuvent un bien-être positif et durable et qui contribuent à un bon état de santé globale**<sup>73</sup>. »

La santé publique bucco-dentaire est, encore, définie comme :

**« la science et l'art de prévenir et de contrôler les maladies bucco-dentaires et de promouvoir la santé bucco-dentaire grâce à l'organisation d'interventions collectives. Cette forme de pratique dentaire rend service à la communauté plutôt qu'à l'individu. Sont concernés l'éducation en santé bucco-dentaire du public, la recherche et l'application des résultats de cette recherche, la gestion de programmes de soins bucco-dentaires pour les groupes, et la prévention et le contrôle des maladies bucco-dentaires grâce à une approche communautaire**<sup>74</sup>. »

**« La santé publique dentaire a le souci d'agir pour améliorer et promouvoir la santé dentaire de toute la population comme celle des individus au sein de cette population**<sup>75</sup>. »

---

72 - *Oral Health of Australians : national planning for oral health improvement: Final Report/ Australian Health Ministers' Advisory Council, Steering Committee for National Planning for Oral Health, August 2001, (p. i, trad. JP).*

73 - *NSW Messages for a healthy mouth.* Center for Oral Health Strategy NSW, NSW Department of Health, 2006, (p. 3, trad. JP).

[www0.health.nsw.gov.au/pubs/2006/pdf/health\\_mouth.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2006/pdf/health_mouth.pdf) (date d'accès : 22/05/2013).

74 - American Board of Dental Public Health. *Guidelines for graduate education in dental public health.* Ann Arbor, MI: The Board of Dental Public Health, 1970, (trad. JP).

75 - Block L. E., Freed J. R., Dental Public Health: An overview. in Gluck G. M., Morganstein W. M., eds, *Jong's Community Dental Health.* 5 th ed., Mosby, 2003, pp. 3-36, (trad. JP).

La SBD est : « **la science et l'art de prévenir les maladies bucco-dentaires, de promouvoir la santé bucco-dentaire et d'améliorer la qualité de vie par le biais de mesures collectives appropriées** <sup>76</sup>. »

« **La santé bucco-dentaire est l'expression d'un système d'actions et de stratégies collectives, dont l'efficacité doit être fondée sur la preuve, établi sur un examen approfondi d'un ensemble complexe de comportements liés à des facteurs éthologiques, à des déterminants socio-économiques et sur l'évaluation des besoins des populations, qui favorise la réduction des inégalités de santé bucco-dentaire et la promotion d'une vie meilleure** <sup>77</sup>. »

Cette revue de la littérature, non exhaustive, montre que les définitions se partagent entre le modèle réductionniste, donnant la priorité à la maladie, et le modèle holiste, donnant l'avantage à la santé. Définie comme l'absence de maladie elle est strictement limitée à la cavité buccale, structure anatomiquement autonome, isolée du corps et de la personne. L'expérience vécue par le patient est ignorée. La restauration et l'amélioration de la santé, tant au niveau individuel que collectif, seront assurées par des actes techniques dispensés au sein de services de santé.

Puis progressivement, depuis soixante dix ans environ, le visage de la santé se transforme, il prend les traits d'une santé positive <sup>78</sup>. Donner la priorité à la santé implique de prévenir la maladie et de promouvoir la santé. La consultation n'a plus pour seul but de soulager et guérir. Des visites de routine favorisent le maintien de la santé en associant contrôles et actions de prévention <sup>79</sup>. Un ensemble de facteurs biopsychosociaux, culturels, existentiels, agissant au niveau du corps devenu personne, vont aider au maintien de la SBD et élargir le concept de SBD à ceux de bien-être et de

---

76 - Downer M. C., Gelbier S., Gibbons D. E., *Introduction to Dental Public Health*. 1994, FDI World Dental Press, London, (pp. 10-11, trad. JP).

77 - Pouëzat J., Être utile à son patient. in Pirnay Ph. ed., *L'éthique en médecine bucco-dentaire*. Espace ID, 2012, p. 128.

78 - Sigerist H. E., *op. cit.* .

79 - Fejerskov O., Changing paradigms in concepts on dental caries: consequences for oral health care. *Caries Res* 2004; 38: 182-191.

qualité de vie.

Le concept de SBD est-il différent de celui de santé générale ?

Une étude récente d'un échantillon représentatif de la population allemande fournit, par exemple, la preuve que le concept de *SBD* perçue et celui de santé générale sont inséparables <sup>80</sup>. La distinction entre *SBD* et santé générale s'explique par le contexte historique. Au tout début de la chirurgie au XIX<sup>e</sup> siècle, les soins dentaires et médicaux partageaient une origine commune puis ils ont évolué séparément. L'activité du chirurgien dentiste est restée focalisée sur les actes chirurgicaux jusqu'aux années 1950 <sup>81</sup>. Avant 1956, l'OMS n'avait pas de programme de *SBD* spécifique. Le premier programme, intitulé *Santé Dentaire (Dental Health, DNH)*, favorisait le développement d'une politique de santé et de recommandations stratégiques, il date de cette époque. Vers la fin de la période 1967-1973 il prit le nom de *SBD (Oral Health, ORH)* <sup>82</sup>. Cette nouvelle étape, essentielle, était caractérisée par l'élaboration de méthodes normalisées, par la collecte de données pour aboutir à la réalisation d'un manuel consacré aux méthodes d'enquêtes épidémiologiques. Locker apporte la précision suivante. La *SBD* est une anomalie conceptuelle. Il illustre ce propos de la façon suivante. Il est une question qui apparaît presque toujours dans les enquêtes épidémiologiques concernant la *SBD*, comment l'estimez-vous : excellente, très bonne, bonne, passable, médiocre ? La pertinence de cette formulation, utilisée aussi dans les enquêtes concernant la santé générale, est évidente, en revanche on peut s'interroger sur la réponse à un questionnaire qui demanderait : quelle est la santé de votre jambe ? <sup>83</sup>. « **Par conséquent, la distinction, souvent faite ou sous-entendue, entre l'état de santé**

---

80 - Reissmann D. R., John M., T., Schierz O., Kriston L., Hinz A., Association between perceived oral and general health. *J Dent* 2013, (Diffusion en ligne avant impression). [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23707644](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23707644), (date d'accès : 05/06/2013).

81 - *Returning the mouth to the body: Integrating oral health & primary care*. N° 40, 2012, p. 7, Grantmakers in Health. [www.gih.org](http://www.gih.org), (date d'accès : 06/06/2013).

82 - The "early history" of Oral Health in WHO - Malmö University, [www.mah.se](http://www.mah.se), (date d'accès : 04/06/2013).

83 - Locker D., *op. cit.*, (p. 17, trad. JP).

***générale et la santé bucco-dentaire, est sans fondement ; elle est véritablement sans logique tant biologique que théorique*<sup>84</sup>. »**

2 - *SBD* et qualité de vie. Un seul et unique concept ou deux concepts connexes mais distincts ?

Lorsque nous parlons de *SBD* nous ne devons pas concentrer notre attention sur la cavité buccale elle-même mais sur l'individu, la communauté et sur la manière dont les maladies confinées à la cavité buccale ou en relation avec d'autres maladies, menacent le bien-être, la qualité de vie, ces concepts se substituant progressivement à celui de *SBD*. Seuls, ils ne peuvent décrire la satisfaction, les symptômes ou la capacité des patients à accomplir leurs activités quotidiennes. C'est pourquoi, lors de l'évaluation des besoins de *SBD*, il est nécessaire d'évaluer la perception des patients en mesurant l'impact des conditions bucco-dentaires sur la qualité de vie<sup>85</sup>. Son évaluation se fait à l'aide d'indicateurs recourant à des questionnaires à items multiples comme, par exemple, l'indicateur « *Qualité de vie relative à la santé bucco-dentaire* » (*Oral Health-Related Quality of Life, OHRQoL*). L'indicateur « *Impact sur le profil de santé bucco-dentaire* » (*Oral Health Impact Profile, OHIP-14*) est un questionnaire de 14 items destiné à mesurer 7 paramètres d'impact, limitation fonctionnelle, douleur, gêne psychologique, incapacités physique, psychologique, sociale et handicap. Il dérive d'une version originale de 49 items<sup>86</sup> fondée sur un modèle théorique développé par l'OMS<sup>87</sup> et adaptée pour la santé bucco-dentaire<sup>88</sup>. Toutes les mesures attestent la fréquence des répercussions fonctionnelles et psycho-sociales engendrées par les désordres bucco-dentaires mais elles n'établissent pas

---

84 - Locker D., *op. cit.*, (p. 17, trad. JP).

85 - Reisine S., Locker D., *op. cit.*, pp. 33-71.

86 - Slade G. D., Spencer A. J., Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11: 3-11.

87 - World Health Organization. *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva, WHO: 1980.

88 - Locker D., Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988; 5: 3-18.

de façon certaine leur signification et leur conséquence <sup>89</sup>. Une revue systématique des études qualitatives, provenant des principales bases de données et concernant la perception des patients à l'égard de l'édentation partielle ou totale et de la réhabilitation prothétique, a été récemment menée. La méta-synthèse, fondée sur les seules 7 publications retenues, montre que la perte de dents est associée non seulement à une fonction buccale déficiente mais aussi à une perte de statut social et une estime de soi diminuée et que la réhabilitation orale a de nombreuses répercussions positives <sup>90</sup>. Cependant, une observation récente montre qu'il n'est pas nécessaire de remplacer, par une prothèse partielle amovible, les molaires manquantes pour améliorer l'indicateur *Qualité de vie relative à la santé bucco-dentaire* <sup>91</sup>. Les études quantitatives, montrant comment la qualité de vie est appréciée par des patients édentés, avant et après réhabilitation prothétique, sont relativement rares. Une revue de la littérature faite par Hultin et coll. <sup>92</sup>, a porté sur 2.138 articles et 2.102 résumés. Seules cinq publications ont été retenues. Elles montrent que le traitement a un effet positif sur la qualité de vie. Ces études indiquent que les données scientifiques actuelles sont insuffisantes pour tirer des conclusions générales. Par conséquent l'affirmation que les désordres bucco-dentaires affectent la qualité de vie n'est pas encore clairement démontrée. Les réponses à une variable particulière sont difficiles à interpréter car elles fluctuent. Les dispositions d'esprit des patients ne sont pas constantes, elles varient dans le temps et avec le vécu. Elles sont influencées par des attitudes psychologiques, adaptation, capacité à faire face, espérance,

---

89 - Locker D., Allen F., What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 401-411.

90 - Nordenram G., Davidson T., Gynther G., *et al.*, Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: A systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand* 2013; 71: 937-51.

91 - Wolfart S., Müller F. R., Gerss J. *et al.*, The randomized shortened dental arch study: oral health-related quality of life. *Clin Oral Investig* 2013; 17, (Diffusion en ligne avant impression).

92 - Hultin M., Davidson T., Gynther G. *et al.*, Oral rehabilitation of tooth loss: a systematic review of quantitative studies of OHRQoL. *Int J Prosthodont* 2012; 25: 543-52.



optimisme, contrôle de soi, estime de soi <sup>93</sup>. Une méthodologie précise et des études qualitatives pour analyser les conséquences des troubles bucco-dentaires perçus par les patients et les individus et, simultanément, des études quantitatives sont nécessaires pour analyser plus explicitement la perception de ces troubles. Des questionnaires normalisés et la volonté de les utiliser rendront ces études fructueuses <sup>94</sup>. Il semble, alors, difficile d'élargir le concept de *SBD* aux concepts de bien-être et de qualité de vie. « **La bouche est le reflet de la santé générale et du bien-être** » <sup>95</sup>. En aucun cas la qualité de vie ne peut être assimilée à la *SBD*. Celle-ci, comme la santé générale, est un des multiples éléments du bonheur et du bien-être.

### CONCLUSION

La *SBD* doit-elle être traitée comme un élément de la santé contribuant à la qualité de vie, au bien-être, ou considérée comme un concept distinct de l'état général ? L'interrogation est légitime, c'est évident. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à cette question, les différentes réponses reflètent simplement différentes façons de penser la santé <sup>96</sup>. La *SBD* est souvent définie en terme d'absence de maladie, l'analyse intéressant plus la bouche que la personne ou la collectivité mais elle est impossible à définir si on la sépare de la vie totale de l'individu ou de son champ culturel, social et de ses conditions de vie. Il faut tirer les conséquences de cette situation, la santé générale et la *SBD* ne sont pas des entités distinctes <sup>97</sup>. La différence, souvent faite ou implicite, entre *SBD*

---

93 - Allison P. J., Locker D., Feine J. S., Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med* 1997; 45: 221-230.

94 - Locker D., Gibson B., The concept of positive health: a review and commentary on its application in oral health research. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 161-73.

95 - Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Executive Summary. *Major findings*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000, (p. 10, trad. JP).

96 - Coulter I., Marcus M., Atchison K., Measuring oral health status: theoretical and methodological challenges. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1531-1541, cité par Locker D., *op. cit.* pp. 11-23.

97 - Petersen P. E., The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme.

et état général est sans fondement biologique et sans logique théorique. La SBD est un composant essentiel de la santé. « **En ce qui concerne la question ici débattue, ce point de vue donne à penser que la question « Qu'est ce que la santé bucco-dentaire ? » peut être reformulée ainsi « Qu'est ce que la santé ?**<sup>98</sup> »

## NOTES

### ***Disease mongering***

Il n'existe pas de traduction de *disease mongering*. *Monger* est un emprunt au vocabulaire latin du commerce, « (**monger** « **marchand** », **de mango**) », in Hagège C., *Contre la pensée unique*, Odile Jacob, 2012, p. 29. « **Monger s'emploie presque exclusivement en composition** », in Dubois M.-M. et coll., *Dictionnaire Moderne Anglais-Français*, Librairie Larousse, Paris, 1960, p. 422, e.g. *fishmonger* (marchand de poisson), *cheesemonger* (marchand de fromage). *Monger* au sens figuré prend une connotation péjorative et désigne une personne à l'influence néfaste e.g. *scaremonger* (alarmiste). Le latin *mango* ; *ōnis* désigne « **celui qui pare (maquille) sa marchandise, maquignon** », in Gaffiot F., *Dictionnaire illustré Latin Français*, p. 945, Hachette, Paris, 1934. Le substantif, *mongering*, évoque ici, les notions de ventes, d'activités, d'attitudes maquillées. Par analogie avec *war mongering* (propagande de guerre, incitation à la guerre) on peut aussi parler d'incitation à, de promotion de, de propagande, voire de marchandage, selon l'ampleur de la manœuvre mercantile, pour vendre une maladie et les médicaments pour la traiter.

### ***Holisme***

Ce néologisme, *holisme*, dû à J.C. Smuts, homme d'état sud-africain, (1870-1950), tire son origine de : « **ολος, ολη, ολον : 1 qui forme un tout,**

---

*Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 Suppl 1: 3-23.

98 - Locker D., *op. cit.*, p. 18.

**tout entier, entier ...** », in Bailly M.A., *Dictionnaire Grec-Français*, p.1370, XIII<sup>e</sup> édition revue, Hachette, Paris,1929.

Le *holisme* est une théorie philosophique qui explique la tendance de l'univers à bâtir des unités de difficulté croissante. « **C'est par conséquent un concept et un facteur : un concept puisqu'il représente tous les ensembles, un facteur parce que les ensembles qu'il désigne sont les vrais facteurs de l'univers** » (Smuts J. C., *General Concept of Holism*, pp. 87-124 in *Holism And Evolution*. 2nd ed., Mc Millan and Co, London, 1927. (p. 120, trad. JP).

Ce terme est fréquemment utilisé, tant par les journaux non-médicaux que par les revues professionnelles, mais il est plus rare de trouver des définitions car en général la plupart des auteurs pensent que le lecteur en perçoit le sens en dépit d'une très grande divergence d'emploi, (Freeman J., *Towards a definition of holism. Br J Gen Pract* 2005; 55: 154-155).

La définition suivante, par exemple, proposée par *Oxford Dictionaries on line*, présente le *holisme* à la fois comme une théorie et une méthode de traitement :

« **Philosophie (principalement)**

**Théorie selon laquelle les parties d'un tout sont intimement liées de telle sorte qu'elles ne peuvent pas exister indépendamment du tout, ou qu'elles ne peuvent pas être comprises sans référence au tout qui est par conséquent considéré comme plus grand que la somme des parties. Le holisme s'applique souvent aux états psychiques, au langage, à l'écologie. Atomisme s'oppose à holisme.**

**Médecine**

**Méthode de traitement global de la personne, tenant compte des facteurs psychiques et sociaux de préférence aux seuls symptômes physiques d'une maladie.** » (trad. JP).

[http://www.oxforddictionaries.com/definition/american\\_english/holism](http://www.oxforddictionaries.com/definition/american_english/holism), (date d'accès : 01 01 2013).

Plus qu'une méthode de traitement le holisme est une approche, une manière d'aborder la santé et la maladie. Le point de vue médical de cette définition est limité au traitement. Bien que mentionnant l'influence des facteurs psychiques et sociaux elle reste réductionniste car le nombre de paramètres pris en considération, psychiques et sociaux, est restreint.

La démarche proposée par l'*EURACT*\*, est une approche globale, holistique de la santé et de la maladie car, tout en utilisant le modèle biopsychosocial, elle l'élargit aux dimensions culturelles et existentielles, (p. 8).

\* *The European Definition of General Practice/Family Medicine*, European Academy of Teachers. in *General Practice (Network within WONCA Europe)*, short version. EURACT, 2005, pp. 1-8.

### **Maladie , affection**

Nous avons traduit *disease* par *maladie* et *illness* par *affection* :

- *maladie (disease)*, « **Nom sous lequel on désigne le « processus morbide envisagé depuis sa cause initiale jusqu'à ses conséquences dernières » (G.-H. Roger)** », in Garnier M., Delamarre V., *Dictionnaire des termes techniques de médecine*. 17<sup>e</sup> éd., Maloine, Paris, 1958, p. 737.
- *affection (illness)*, du latin *adficere*, *mettre dans tel ou tel état, affaiblir*, in Gaffiot F., *Dictionnaire illustré latin-français*. Hachette, Paris, 1934, p. 35, désigne les manifestations cliniques du processus morbide vécues par le patient.

Ces termes, pris isolément semblent presque similaires mais cette similitude est souvent illusoire car selon les points de vue philosophiques ils ont un sens différent. Nous retiendrons le point de vue d'Élodie Giroux : « **Pour le terme de maladie, au moins trois strates différentes de**

*signification sont mêlées qui ont été conventionnellement associées à trois termes anglais dans le débat philosophique contemporain : un sens médical et objectif (disease « une maladie »), un sens subjectif et clinique (illness, « être malade »), et un sens subjectif et social (sickness, « être un malade »).* », (Giroux É., *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*. p. 9, Philosophies, PUF, 2010). Giroux et Lemoine apportent cette précision. Pour affiner le sens de *disease* et *illness* on fera appel à « ....« **pathologie** », (ou plus précisément, le **pathologique**) et « **maladie** », distinction d'ailleurs présente chez Canguilhem. » Selon le contexte, cette différence de traduction n'est pas systématiquement utilisée, excepté pour les traductions des textes de Boorse et Nordenfelt. Ils traduisent « .....systématiquement « *disease* » par « **pathologie** » ou par « **pathologique** » quand cela était possible et « *illness* » par « **maladie** ». », (Giroux É., Lemoine M., *Philosophie de la médecine Santé, maladie, pathologie*. Vrin, Paris, 2012, pp. 20-21).

On pourra, sur le même sujet, consulter : Hofmann B., On the triad Disease, Illness and Sickness. *J Med Philos* 2002; 27: 651-673. L'auteur exprime un avis contraire à celui de Nordenfelt, les concepts de *disease*, *illness* et *sickness* peuvent exister sans une théorie générale de la santé.

### **Meikirch**

Meikirch est le nom d'un village suisse, voisin de Berne, où fut élaborée la définition de la santé connue, plus tard, sous la dénomination de *modèle de Meikirch*.

### **Trauma**

Le Dictionnaire *Harrap's Unabridged, Dictionnaire Anglais-Français*, 2001, p. 1290, traduit *trauma* par *traumatisme*. En adoptant la mise au point de Held A. J. et Chaput A., (*Parodontolyses, Pathologie, Clinique, Thérapeutique*. Prélat ed., Paris, 1959, p.117) nous avons retenu *trauma* plutôt que *traumatisme* :

« **Trauma** : lésion locale produit par un agent extérieur.  
**Traumatisme** : troubles locaux et généraux occasionnés par un trauma.  
Le trauma et le traumatisme sont donc des effets, et non des causes. »

« Du point de vue nomenclature, il est important de distinguer les termes *traumatisant* (ou traumatogène selon H. K. Box) et *traumatique*. En effet, on peut avoir à différencier une occlusion traumatisante (provoquant un trauma) et une occlusion traumatique (résultant d'un traumatisme). »

### **Utilitarisme**

L'*utilitarisme* et l'*empirisme* sont deux théories philosophiques mal connues en Europe ; « ...elles reflètent plutôt les grandes visions du monde qui traversent l'univers mental, culturel, intellectuel, politique et juridique anglo-saxon. On ne peut rien saisir à la culture américaine ou anglaise si on n'a pas une idée de ce que sont l'utilitarisme et l'empirisme. » (Ferry L., *La philosophie anglo-saxonne La force de l'expérience*. Collection Sagesses d'hier et d'aujourd'hui, 2012, pp. 7-38). Et Luc Ferry précise p. 11. « **Cela dit, l'utilitarisme ne cesse de gagner du terrain en Europe, « impérialisme américain » oblige, diront certains, notamment s'agissant de l'euthanasie et du droit des animaux (mais aussi du tabac, de la limitation des vitesses ou du féminisme...) : raison de plus pour s'y intéresser.** » La caractéristique essentielle de l'*utilitarisme* est d'être un *eudémonisme* i.e. une conception de l'existence qui réside dans la quête du bonheur. L'intérêt général des humains est la recherche du bonheur, du bien-être. Il n'y a pas d'actions désintéressées. L'*utilitarisme* est une *morale laïque*. Une action est bonne si la somme globale de bonheur et de bien-être dans le monde est augmentée. Pour viser l'intérêt général l'*utilitarisme* recourt à la *théorie des sentiments moraux*. L'*utilitariste* n'est pas individualiste, il est *altruiste*. Le *bien-être* animal marque la fin de l'*anthropomorphisme* qui considère que l'homme seul est un sujet de droit.

L'*antiracisme* et l'*antisexisme* sont regroupés sous le nom d'« *anti-spécisme\** » (*antiracisme humain*).

**\*Spécisme :** « ***Le spécisme est un préjugé ou une attitude de parti pris en faveur des intérêts des membres de sa propre espèce et à l'encontre des intérêts des membres des autres espèces.*** », Peter Singer ; *La Libération animale*, trad. par David Olivier et Louise Rousselle © Grasset, 1993, p. 35-53, cité par Ferry L. *La philosophie anglo-saxonne. La force de l'expérience*. Collection Sagesses d'hier et d'aujourd'hui, 2012, pp. 82-85.