

Santé publique bucco-dentaire et société

Jean POUËZAT *

L'examen de la littérature scientifique récente montre que les études relatives aux causes des caries se limitent aux processus biologiques, à la surface de la dent. Études importantes, capitales, certes, car elles ont permis de comprendre leurs mécanismes, de mettre en évidence des facteurs de risque, d'élaborer des stratégies de soins et de proposer des mesures de prophylaxie individuelles et collectives. Mais ces études sont insuffisantes pour comprendre leur développement et leurs variations dans les populations (1). Les dernières études épidémiologiques réalisées en France, par les seize facultés d'odontologie (2) et par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) (3), montrent que dans notre pays, comme dans les autres pays industrialisés, la prévalence des caries dentaires des enfants et des adolescents a fortement diminué. Mais ces progrès sont réservés à certaines catégories socioprofessionnelles. Des rapports récents confirment, en effet, qu'une partie, de moins en moins marginale, de la population ne bénéficie pas de cette amélioration. Dans certaines communautés de nombreux pays industrialisés, 20 % des enfants ont 80 % des caries (4). On trouve ces populations à haut risque de caries dans les groupes socio-économiques les plus défavorisés qui subissent les conséquences insupportables du chômage et de la pauvreté.

Comment expliquer cette situation ? L'examen des *Comptes nationaux de la santé* fournit des éléments instructifs sur la réponse apportée aux demandes de santé. En 2000, la consommation médicale totale s'élevait à 13 061 F par habitant et par an, la consommation de soins de médecins à 1 659 F par habitant, celle de la médecine préventive et autres services de santé publique à environ 280 F, la consommation des soins dentaires à 696 F (5). La prévention dentaire est d'autant plus inexistante qu'elle n'est pas rémunérée. Pourtant le récent arrêté du 19 janvier 2001 qui modifie la nomenclature générale des actes professionnels des chirurgiens dentistes, en y ajoutant le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, constitue une évolution encourageante.

Ces disparités, entre dépenses de consommation individuelle et efforts collectifs de santé, sont-elles le reflet d'une certaine conception de la santé ? L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), par exemple, considère la santé "*comme un état de*

* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

complet bien-être physique, mental et social et non simplement comme l'absence de maladie et d'infirmité". Il s'agit d'une définition idéaliste qui a néanmoins le mérite de "clarifier la distinction essentielle entre maladie et santé. Dans ce contexte, la maladie est un concept relativement étroit qui peut faire référence à des processus pathologiques, compromettant l'intégrité anatomique ou physiologique du corps. La santé fait référence à quelque chose de plus large. Elle concerne l'expérience subjective qu'ont les individus de leurs corps et d'eux-mêmes et les conséquences sur leur vie quotidienne. Tandis que la maladie appartient au domaine de la biologie, la santé appartient au domaine de la sociologie et de la psychologie, englobant comme lui les sentiments, les comportements et, in fine, la qualité de la vie" (6). Celle-ci sous-entend la possibilité de faire des choix.

Pour René Dubos, "*chercheur français d'Amérique*", il n'y a pas de définition universelle de la santé car l'environnement toujours changeant impose une adaptation permanente pour être en bonne santé. "*L'adaptation a des aspects positifs... qui font que nous nous transformons mentalement, socialement, physiquement, pour nous adapter à des conditions de vie inhabituelles, nouvelles ou anormales*" (7).

Une autre définition tient compte de la capacité des individus et de la collectivité à mieux contrôler les facteurs déterminants de la santé pour l'améliorer (8). À cet égard, ceux-ci jouent un rôle capital. Les actions engagées visent, en effet, à promouvoir la santé en favorisant l'élaboration d'une politique de santé publique et l'action des services de santé pour réduire les inégalités d'accès aux soins (9).

Deux représentations de la santé s'opposent. Le premier modèle, que l'on peut qualifier de biodentaire, est un modèle où la santé bucco-dentaire est définie par rapport à la maladie. Il s'agit d'une conception partielle centrée sur le système de soins, consultations, médicaments, soins conservateurs, extractions, prothèses. C'est le déterminant essentiel. La santé des individus est assurée par la consommation de soins. Mais il faut que tous puissent y avoir accès. Sinon l'impossibilité de recourir aux soins crée des inégalités.

Le deuxième modèle propose une conception élargie, une conception globale de la santé, où la prise en considération des déterminants socio-économiques joue un rôle prépondérant. Plutôt que les caries d'un individu, on doit prendre en compte son cadre de vie, la collectivité dans laquelle il vit. Il faut tirer les conséquences de cette situation pour définir les objectifs et les classer par ordre d'importance, et favoriser, pour le plus grand nombre, une meilleure adaptation au milieu environnant. La démarche de santé bucco-dentaire doit se concevoir en termes de problèmes à résoudre. Il faut donc choisir. La préférence pour la consommation de soins est-elle un bon choix ?

En identifiant les réponses de santé à la consommation de soins, peut-on ignorer les autres facteurs ? La santé dépend-elle du système de soins ou des modes de vie ? À la question de savoir quelle est la part des "*interventions cliniques dentaires*" dans le déclin des caries, Petersen, expert à l'OMS, répondait quelle était "*probablement très*

faible". *"Les causes les plus vraisemblables de ce déclin sont à mettre en relation avec le souci de soi, le régime alimentaire, l'éducation, l'élévation du niveau de vie, la stabilité sociale et politique, et une période de croissance économique soutenue et stable"* (10).

Un meilleur accès aux soins réduit-il l'inégalité de santé dentaire ? Une récente étude comparait la santé dentaire d'enfants inscrits chez un chirurgien dentiste référent et celle d'enfants qui ne le sont pas. Les résultats montraient que l'état de santé bucco-dentaire des enfants des deux groupes était similaire (11). L'état de santé bucco-dentaire des individus d'une population dépend peu du système de soins (12), mais de comportements liés à des facteurs éthologiques, mœurs et habitudes, à des déterminants socio-économiques, chômage, pauvreté, emploi, logement, et aux préoccupations associées à l'allongement de la vie, retraite, dépendance, handicap. Ces déterminants ont plus d'importance que l'amélioration qui pourrait être apportée par les soins.

La dimension sociale devient pour les odontologistes un sujet de réflexion obligé. Dès lors quatre objectifs s'imposent :

1^{er} objectif : comprendre le milieu social.

Une compréhension pertinente du contexte social et économique de la santé et des maladies bucco-dentaires est un préalable indispensable pour une meilleure prise en charge sanitaire de la population et pour sa participation à des programmes de santé publique. C'est pourquoi les défis futurs pour la santé publique bucco-dentaire sont ailleurs ; ils ont quitté le domaine clinique pour le domaine social. Des travaux canadiens ont mis en lumière la corrélation entre l'état sanitaire d'un pays et l'homogénéité de son tissu social (13). Bien des pathologies sont les conséquences de l'organisation sociale et on observe en France une médicalisation toujours plus grande des phénomènes sociaux. Un éditorial du journal *Le Monde*, du 26 septembre 1996, affirmait, déjà, qu' *"une priorité absolue doit être donnée à la lutte contre les inégalités. Il faut à la fois en percevoir les formes nouvelles pour mieux adapter les instruments d'action et afficher une détermination sans faille pour la combattre"* (14). La réduction des inégalités sociales est donc un facteur clé qui doit contribuer à l'amélioration de la santé. Deux économistes de la santé, Pouvourville et Contandriopoulos, pensent qu' *"une des conséquences importantes de cette prise de conscience est qu'il peut être plus rentable parfois d'investir ailleurs que dans le système de soins pour produire de la santé"* (15). Une politique de santé intéresse aussi, par exemple, l'éducation, le logement, les retraites, ou l'organisation de la cité et de ses banlieues.

2^e objectif : cibler les groupes à haut risque de caries.

Du point de vue de la santé publique, il est plus efficace de cibler les groupes plutôt que les individus à haut risque de caries. La pauvreté et l'ignorance sont les

indicateurs de risque les plus importants qui expliquent les différences de santé bucco-dentaire. Pour certaines personnes, "*environ un ménage sur dix, avec davantage de jeunes et de familles monoparentales*" (16), la crise de la société va engendrer des situations de précarité. La pauvreté absolue se définit par rapport au minimum vital, logement, nourriture, soins et pauvreté relative par rapport au niveau de vie des autres (17). La crise de l'emploi brouille les repères sociaux et déstabilise de nombreuses personnes. Selon le rapport statistique annuel du Secours catholique, cité par le journal *Le Figaro*, les pauvres sont plus jeunes, plus seuls, de plus en plus marginalisés. Aujourd'hui une personne sur huit vit seule (18). Malgré la loi d'orientation de 1998, relative à la lutte contre les exclusions, le nombre de personnes sans aucune ressource augmente. Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle sont en majorité des jeunes (19). L'impossibilité d'échapper à la pauvreté conduit à l'exclusion. Les exclus, mères délaissées par leur famille ou chômeurs de longue durée par exemple, sont condamnés à être assistés. Ces personnes sont très vulnérables sur le plan médical. Les troubles dépressifs et anxieux, l'alcoolisme semblent plus fréquents parmi les exclus (20). Ces exclus resteront dépendants à vie. La société doit les assumer comme tels.

Le niveau d'instruction et la malnutrition, étroitement liés à la pauvreté, sont des indicateurs de risques de caries très importants. Ils vont influencer les comportements à l'égard de l'hygiène et de la santé dentaire. Une étude, menée à Amsterdam, étudiait la prévalence de la carie chez des enfants de cinq ans et issus de différents groupes ethniques. Les auteurs de cette étude avaient aussi recueilli des données socio-économiques et des données relatives aux habitudes d'hygiène dentaire, en particulier le brossage des dents et l'utilisation de dentifrices fluorés. Les résultats de l'étude montraient que les différences de prévalence et de sévérité des caries entre les groupes ne pouvaient s'expliquer par l'appartenance ethnique des enfants. Par contre, le niveau d'instruction des parents était l'indicateur de risque de caries le plus important (21). Sans instruction, il n'y a pas d'insertion dans la société. Alain Bentolila "*...pense que c'est vraisemblablement la maîtrise de la langue qui conditionne un destin scolaire et un destin social*" (22). La vulnérabilité sociale des illettrés est réelle (23) ; 11,6 % des jeunes de 17 ans, convoqués aux journées d'appel de préparation à la défense, entre septembre 2000 et juin 2001, manifestaient des difficultés de lecture (24). Les jeunes ruraux étaient particulièrement touchés. La télévision les isolait et les éloignait de la communication (25).

L'alimentation est directement affectée par la pauvreté ; la malnutrition de la mère et celle de l'enfant pendant les premiers mois de la vie entraîneront des hypoplasies, c'est-à-dire des formations incomplètes de l'émail. Les individus des groupes à haut risque de caries sont sous-alimentés et préfèrent nourrir leurs bébés au biberon. Ceux-ci sont sevrés plus précocement, puis ils consomment régulièrement des jus de fruit et des confiseries. Dans les pays en développement et dans les groupes à risque des pays industrialisés, le rôle du sucre dans le développement des caries de l'émail est indiscutable. Ingré en grande quantité, il affecte aussi le métabolisme du

complexe dentino-pulpaire. Le volume de dentine sécrétée est réduit et sa minéralisation moindre. Les réactions de défense au cours du processus carieux sont diminuées (26). L'augmentation de la consommation des produits sucrés, observée dans les zones urbaines des pays en développement, est un facteur de risque indéniable. Tous ces indicateurs de caries sont à mettre en relation directe avec la pauvreté.

La pauvreté et l'ignorance sont des indicateurs de risque pour les caries non traitées et pour identifier les groupes à haut risque de caries mais ils n'expliquent pas les causes de la maladie. Les facteurs de risque vont jouer un rôle essentiel dans l'apparition de la maladie. Le manque d'utilisation biquotidienne d'un dentifrice contenant des fluorures est un facteur de risque pour les caries. Leur rôle est en grande partie thérapeutique et leur action topique. De faibles concentrations de fluor, présentes en permanence dans la cavité buccale, grâce à l'utilisation régulière de dentifrices fluorés, sont, par conséquent très efficaces pour prévenir les caries (4). La santé bucco-dentaire des pays en développement pourrait être améliorée grâce à l'utilisation de dentifrices fluorés à bas prix (27).

Si un brossage biquotidien avec un dentifrice fluoré est recommandé aux enfants des groupes à haut risque de caries, il est important de bien reconnaître l'influence des facteurs culturels de risque. Le rôle des mères est essentiel. En général elles sous-estiment l'importance d'entreprendre elles-mêmes le brossage des dents de leurs enfants ou de le surveiller au cours des premières années de la vie (28). L'âge auquel les parents commencent le brossage des dents de leurs enfants et la fréquence des brossages sont aussi des facteurs potentiels de risque (21).

Les indicateurs et les facteurs de risque de caries étant identifiés, il faut se demander si les efforts de prévention doivent être ciblés et comment. Les stratégies de prévention pourraient être plus efficaces si elle s'adressaient à des individus à risque préalablement identifiés. Pour atteindre ce but, elles requièrent des informations complémentaires, un examen de bouche détaillé et, si possible, des informations concernant le niveau d'hygiène dentaire, la prévention et les soins dentaires. La numération des bactéries salivaires est discutable. Elle présente peu d'intérêt pour prédire l'activité carieuse (29). Cette démarche a influencé un grand nombre d'études. En dépit de ces efforts importants, la recherche des individus à haut risque, en particulier les enfants d'âge préscolaire, vivant dans les zones défavorisées ou dans les zones urbaines à développement rapide des pays industrialisés, ainsi que les enfants d'immigrants, est rarement efficace. Il est préférable de sélectionner les groupes plutôt que les individus à risque.

3^e objectif : réfléchir aux conséquences de la longévité et du vieillissement.

Les conditions de vie et les comportements des individus sont profondément modifiés par le vieillissement. Invalidités, dépendance, traitements médicamenteux

psychotropes, histoire sociale individuelle, catégories socioprofessionnelles, sont autant de facteurs qui vont influencer la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Celles des groupes économiquement aisés, indépendantes, ont un état bucco-dentaire satisfaisant. Par contre celui des personnes vivant seules, chez elles ou en maisons médicalisées, l'est moins, car elles sont particulièrement sujettes aux risques de dénutrition et de carence nutritionnelle qui vont affaiblir leurs défenses immunitaires. On observe fréquemment des prothèses défectueuses, des stomatites sous-prothétiques, l'augmentation des caries radiculaires, des atteintes parodontales. Les dépendances, physique et psychique, entraînent des soins chroniques à domicile ou en institution.

Prolonger la vie active et réduire la période de dépendance avant la mort, en gardant une bonne santé bucco-dentaire, sont les grands défis de demain. Il est nécessaire d'améliorer les programmes de prévention dentaire, en particulier dans les maisons de retraite. D'autre part il faut trouver des solutions thérapeutiques adaptées aux besoins individuels en évitant le surtraitement ou la négligence thérapeutique. Mais est-ce suffisant ?

L'espérance de vie sans invalidité ne dépend pas seulement de déterminants biologiques mais aussi de déterminants sociaux. Depuis cent ans, l'âge au départ à la retraite diminue et celui de l'espérance de vie augmente et accompagne les progrès économiques et sociaux (30). En un siècle les français ont gagné 25 ans en espérance de vie. En 1999 les plus de 60 ans représentaient 20 % de la population ; en 2010 ils représenteront le quart de la population. Le vieillissement n'est pas un problème en soi à condition de devancer ses conséquences budgétaires, économiques et sociales. Sans réforme, les retraites, la dépendance et les dépenses de santé provoqueront l'implosion de l'état providence (31). Un conflit de générations risque d'éclater, les actifs moins nombreux se rebellant contre les droits acquis par leurs aînés. Le principe de la gratuité des soins pourrait être remis en cause (32).

4^e objectif : promouvoir l'enseignement de la santé publique bucco-dentaire.

Actuellement la formation initiale de l'odontologiste privilégie le domaine curatif, grâce à l'acquisition de connaissances, en grande partie scientifiques et techniques, au désavantage de connaissances relatives au dialogue patient-praticien et aux questions de santé publique, indispensables à une pratique généraliste.

Il est difficile de passer d'une culture de soins à une culture de santé publique. C'est pourquoi il est nécessaire d'établir un véritable trait d'union entre les concepts biologiques et les concepts épidémiologiques de la carie. Pour réussir cette liaison, une approche sociologique est nécessaire. Trois disciplines apporteront leur concours précieux. L'épidémiologie sociale s'intéressera aux causes sociales des maladies. La psychologie sociale odontologique observera les réactions des individus et des groupes quant à la santé, à la prévention et aux traitements des maladies

bucco-dentaires. Enfin la sociologie des systèmes de soins dentaires étudiera leurs structures et leurs fonctionnements, les prises de décision et le rôle des odontologistes dans la société (33).

L'ambition de la santé publique bucco-dentaire est de participer à la formation d'un odontologiste clinicien qui, initié aux causes et aux conséquences de la carie, considérera son patient dans sa globalité en tenant compte de son éducation, de sa situation familiale et sociale et de son insertion dans la société, mais aussi à la formation d'un odontologiste citoyen, engagé dans la vie de la cité, jouant un rôle aux côtés des médecins mais aussi d'économistes, de spécialistes de l'action sociale, sociologues, psychologues, dans l'établissement d'une politique de santé. Ainsi, cet odontologiste, clinicien de santé publique bucco-dentaire et citoyen, menant des études d'épidémiologie sociale et privilégiant le dialogue patient-praticien, pourra, en animant une approche multidisciplinaire et des actions sociales, intégrer le concept de la santé publique bucco-dentaire à la société pour une meilleure prise en charge sanitaire de la population.

En conclusion, si la qualité des soins dépend des odontologistes, la qualité de la santé dépend de la société et de facteurs économiques. Leur rôle n'est pas de changer la société mais de la comprendre, en identifiant les sources et les raisons des comportements contraires à la santé bucco-dentaire. Les analyser et hiérarchiser les objectifs, c'est se donner les moyens de choisir les priorités pour promouvoir une stratégie globale. Il y a donc une nécessaire implication des odontologistes dans la détermination des choix politiques de santé. Ils doivent agir avec sérieux et résolution pour alimenter le débat social, mais les progrès ne pourront se faire sans l'aide des responsables politiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. HOLST D, SCHULLER AA, ALEKSEJUNIENÉ J, ERIKSEN HM. Caries in population – a theoretical, causal approach. *Eur J Oral Sc* 2001 ; 109 , 143-148.
2. CAHEN PM, OBRY-MUSSET AM, GRANGE D, FRANK RM. Caries prevalence in 6 to 15-year-old french children based on 1987 and 1991 national surveys. *J Dent Res* 1993 ; 72 , 1581-1587.
3. HESCOT P, ROLAND E. *La santé dentaire en France*. p. 97, UFSBD, 1998.
4. WHELTON H, O'MULLANE DM. Public health aspects of oral diseases and disorders – Dental caries, in *Community Oral Health*, (PINE CM ed.), 75-81. Wright, Oxford, 1997.
5. FENINA A, GEFFROY Y. *Comptes nationaux de la santé 2000*. 12-22, DREES-série Statistiques, n° 23 – août 2000.
6. SCHOU L, LOCKER D. Principles of health promotion, in *Community Oral Health*, (PINE CM ed.), 178-179. Wright, Oxford, 1997.

7. DUBOS R, ESCANDE JP. *Chercher, Des médecins des chercheurs...et des hommes*, 130. Stock, Paris, 1979.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion : a discussion. Document on the concept and principles ; WHO regional office for Europe, Copenhagen, 1984.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ottawa charter for health promotion*. WHO, 1986.
10. PETERSEN PE. Society and oral health, in *Community Oral Health*, (PINE CM ed.), 20-39. Wright, Oxford, 1997.
11. HOLLOWAY PJ, BLINKHORN AS, HASSALL DC, MELLOR AC, WORTHINGTON HV. An assessment of capitation in the General Dental Service Contract 1. The level of caries and its treatment in regularly attending children and adolescents. *Brit Dent J* 1997 ; 182 , 418-423.
12. NADANOVSKY P, SHEIHAM A. The relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dental Oral Epidemiol* 1995 ; 23 , 331-339.
13. KERVASDOUÉ J. La cohésion sociale, facteur-clé de l'égalité devant la santé. *Le Monde*, 2 juillet 1992.
14. La France inégale, *Le Monde*, 26 septembre 96.
15. de POUVOURVILLE G, CONTANDRIOPOULOS A-P. Les économistes et la santé : question de recherche et enjeux pour demain. *Mls* 2000 ; 16 , 1172-1185.
16. *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2001*. DREES, Collection études et statistiques, 88-104. La Documentation française, Paris, 2001.
17. MAJNONI D'INTIGNANO B. *La protection sociale*, 114. de Fallois, Paris, 1997.
18. Des pauvres plus jeunes et plus seuls, *Le Figaro*, 7 novembre 2001.
19. DECLERCK P. *Les Naufragés*. Avec les clochards de Paris, 394, Plon "Terre humaine", Paris, 2001.
20. PAPANAKOS V. *Crise sociale et psychiatrie*, 31-33. Médecine et société. Presses Universitaires de France, Paris, 1999.
21. VERRIPS GH, FRENCKEN JE, KALSBEK H, ter HORST G, FILEDT KOK-WEIMAR TK. Risk indicators and potential risk factors for caries in 5-year-olds of different ethnic groups in Amsterdam. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992 ; 20 , 256-60.
22. BENTOLILA A, *Préface*, p. 14, in RIVIÈRE J Ph, *Illettrisme, la France cachée*. Gallimard, Paris, 2001.
23. RIVIÈRE J Ph. *Illettrisme, la France cachée*, 153-161. Gallimard, Paris, 2001.
24. Expliquez-vous Alain Bentolila, *Le Figaro*, 1^{er} novembre 2001.
25. *Les journées d'appel de préparation à la défense – Bilan annuel d'activités, septembre 2000 à juin 2001 – Sous-direction de la réglementation et de la gestion du service national*, 18, n° 3 – septembre 2001.
26. VÄLIKANGAS L, PEKKALA E, LARMAS M, RISTELI J, SALO T, TJÄDERHANE L. The effects of high levels of glucose and insulin on type I collagen synthesis in mature human odontoblasts and pulp tissue *in vitro*. *Adv Dent Res* 2001 ; 15, 72-75.

27. BRIAN A, EKLUND B and SA. Community-based strategies for preventing dental caries, 112-113, in *Community Oral Health*. (PINE CM ed.), Wright, Oxford, 1997.
28. KAY EJ, BLINKHORN AS. A study of mothers' attitudes towards the prevention of caries with particular reference to fluoridation and vaccination. *Community Dent Health* 1989 ; 6 , 357-63.
29. van PALENSTEIN HELDERMAN WH, MIKX FHM, van't HOF MA, TRUIN GJ, KALSBEK H. The value of salivary bacterial counts as a supplement to past caries experience as caries predictor in children. *Eur J Oral Sci* 2001 ; 109 , 312-315.
30. Le BRAS H. Les impossibles en démographie, p. 10, *Pour la Science* 1996 ; 224 , 8-11.
31. GODEAU R. Démographie sans réformes, le choc du vieillissement provoquera l'implosion de l'état providence. Les trois bombes des comptes sociaux. *Le Figaro économie*, 11 septembre 2001.
32. MAJNONI D'INTIGNANO B. *Economie de la santé* (avec Ulmann Ph). 464 pages. Collection Thémis (PUF), Paris, 2001.
33. PETERSEN PE. Community dentistry and sociology. *Scand J Soc Med* 1986 ; 14 , 1-2.