



HAL
open science

[Dental carie as chronic disease, a new therapeutic approach.]

Thomas Trentesaux, Brigitte Sandrin-Berthon, Chantal Stuckens, Olivier Hamel, Christian Hervé

► **To cite this version:**

Thomas Trentesaux, Brigitte Sandrin-Berthon, Chantal Stuckens, Olivier Hamel, Christian Hervé. [Dental carie as chronic disease, a new therapeutic approach.]. La Presse Médicale, 2011, 40 (2), pp.162-166. 10.1016/j.lpm.2010.10.002 . inserm-00574316

HAL Id: inserm-00574316

<https://inserm.hal.science/inserm-00574316>

Submitted on 7 Mar 2011

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.

**La carie dentaire comme maladie chronique,
vers une nouvelle approche clinique.**

Dental carie as chronic disease, a new therapeutic approach

T.Trentesaux^{1,2}, B. Sandrin Berthon³, C. Stuckens⁴, O. Hamel^{1,5}, C. Hervé¹

¹ Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale. Université Paris Descartes.

² Faculté de chirurgie dentaire, Lille. Département d'odontologie pédiatrique.

³ Médecin de santé publique, directrice de la formation au Diabète éducation de langue française, membre du Haut Conseil de Santé Publique, présidente de la commission "Maladies chroniques".

⁴ Pédiatre, diabétologue, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille.

⁵ Faculté de chirurgie dentaire, Toulouse. Département de santé publique.

Correspondance

Docteur Thomas TRENTESAUX

Faculté de Chirurgie dentaire

Département d'Odontologie pédiatrique

Place de Verdun

59000 LILLE

ttrentesaux@wanadoo.fr

13211 signes

Mots-clé: Education thérapeutique, maladie chronique, carie dentaire, éthique.

Remerciements

Cet article a été écrit suite au symposium intitulé "*L'éducation thérapeutique du patient, un concept applicable en odontologie pédiatrique ?*" qui a eu lieu à Lille le 22 mai 2010 lors des 40^{èmes} Journées de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique. Nous remercions tout particulièrement Madame le Professeur Monique Marie Rousset, Présidente du congrès et Madame le Docteur Caroline Delfosse, Présidente scientifique pour leur soutien bienveillant.

Conflits d'intérêt: aucun

Résumé

Depuis plusieurs décennies, la santé buccodentaire s'est largement améliorée en France. L'indice carieux a fortement diminué. Pourtant, certains groupes qualifiés "à risques" cumulent l'essentiel de la pathologie. Pour ces derniers, l'éducation à la santé relayée par les praticiens ou les campagnes de santé publique se révèle inefficace. La pathologie évolue dès le plus jeune âge et perdure à l'âge adulte. Cette pathologie initialement définie comme aiguë devient alors véritablement chronique. Aborder la carie dentaire sous l'angle de la pathologie chronique permet d'envisager des prises en charge alternatives telles que l'éducation thérapeutique du patient.

For many decades, oral health has been improving considerably in France. Caries indicators have decreased strongly . However, some "high risk"populations accumulate the majority of tooth decay. For them, health education and public health policies are inefficient. Tooth decay starts early and continues throughout their lives.

Describing dental caries as a chronic pathology enables us to envisage alternative therapies, such as therapeutic patient education.

L'incidence de la carie dentaire a fortement diminué depuis maintenant plus de 30 ans [1]. Différents facteurs peuvent expliquer cette décroissance. L'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire mais aussi des conseils en matière d'alimentation viennent appuyer une large utilisation de fluorures prescrits sous forme topique ou systémique [2,3]. Des campagnes de santé publique à l'échelon local, régional ou national telles que le programme M'T Dents sont relayées au quotidien dans les cabinets des praticiens libéraux et offrent des résultats intéressants [4]. Malheureusement certains enfants restent à l'écart de ces mesures. Près de 20 % des enfants en France cumulent ainsi 80 % de la pathologie [5]. Ces enfants appartiennent le plus souvent à des groupes socio-économiques défavorisés et l'entourage parental n'a pas toujours conscience de l'importance de la santé buccodentaire et de ses répercussions sur la santé générale. Ils constituent donc une population vulnérable.

Sur un plan clinique, ces enfants sont touchés par la carie précoce du jeune enfant (ECC: Early Childhood Caries) [6]. Il s'agit d'une atteinte rapide et importante des dents de lait. En fonction de la gravité du tableau clinique, les conséquences fonctionnelles et esthétiques sont plus ou moins dramatiques. Un handicap social y est souvent associé en raison de la difficulté d'intégration scolaire de ces enfants "différents", polycariés. Les prises en charge sont longues et difficiles. Dans ce contexte, la modification des habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire est un prérequis indispensable. En l'absence de ces changements le bénéfice des soins ne pourra être pérennisé. La récurrence carieuse est alors fréquente [7] et le problème sera décalé vers une atteinte carieuse de la dent définitive. La carie précoce du jeune enfant est d'ailleurs reconnue comme étant un facteur prédictif majeur de caries à l'adolescence et à l'âge adulte [6].

Pour ces populations, le facteur temps prend alors toute son importance. La pathologie carieuse initialement aiguë et qu'il est possible de prévenir devient une pathologie inscrite

dans la durée. Elle a des répercussions non négligeables sur la qualité de vie du patient [8]. Accepter cette approche permet d'envisager pour ces groupes à risques la carie dentaire sous un angle différent, celui de la maladie chronique.

Le concept de chronicité

La notion de chronicité est une notion récente. D'ailleurs la lecture du dictionnaire de la pensée médicale ne propose pas d'entrée "maladie chronique" [9]. Elle est plutôt assimilée à des entrées telles que "mucoviscidose", "sida". Dans cette approche, la maladie chronique est définie comme une maladie létale, d'évolution lente et qui va exclure petit à petit le patient. Pour l'assurance maladie, il s'agit d'affections de longue durée (liste de 30 ALD répertoriées) et concerne 9 millions de personnes. Dans le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques [10], il s'agit d'une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Elle concerne dès lors près de 15 millions d'individus. Quelle que soit la définition retenue, *"la maladie chronique impose une adaptation particulière qui, indépendamment de la spécificité de chaque maladie, est, en substance la même: il s'agit d'apprendre à vivre sa vie en évoluant au mieux, et ce malgré les limites majeures que la maladie impose au quotidien au niveau des affects, du travail et de la vie sociale"* [11]. La maladie chronique requiert donc une réponse adaptée et nuancée de santé dans un contexte où le besoin de suivi médical et paramédical des patients s'accroît inévitablement [12]. Toutefois, la définition de la maladie chronique n'exclut pas sa réversibilité.

Spécificité de la carie dentaire, des facteurs communs de risque

La carie dentaire et en particulier la carie précoce du jeune enfant peuvent-elles être considérées comme des pathologies chroniques ? Sont-elles susceptibles de réduire la qualité de vie du patient [13] ?

Les bactéries impliquées dans l'initiation et dans le développement de cette pathologie carieuse d'origine infectieuse ont été largement décrites tout comme le sont les mécanismes physio-pathologiques [14]. La carie précoce du jeune enfant représente actuellement une des plus fréquentes maladies de l'enfance que l'on peut prévenir [15]. Et pourtant, une fois développée, elle constitue un facteur prédictif majeur de carie à l'âge adulte dans la mesure où elle influe sur la santé dentaire du futur adolescent et adulte. Non seulement les coûts en terme de santé publique sont considérables mais il est clairement admis qu'un mauvais état bucco-dentaire a des répercussions importantes sur la santé générale et la qualité de vie. Cette pathologie peut donc parfois s'inscrire dans la durée et engendrer des co-morbidités notamment chez des enfants présentant des pathologies systémiques. La carie dentaire peut donc à ce titre être considérée comme une pathologie chronique. Elle est d'ailleurs reconnue par certains auteurs comme la plus courante des maladies chroniques de l'enfant [16,17,18,19,20].

D'autres considèrent toutefois qu'en raison de sa potentielle réversibilité, la pathologie carieuse ne constitue pas une pathologie chronique. Cet argument ne s'oppose pas à la définition de la maladie chronique. De plus, sans aller aussi loin dans la dénomination, force est de constater qu'elle partage des facteurs de risques communs avec un certain nombre de maladies chroniques. On peut citer le diabète et l'obésité par exemple [21]. Enfin, l'atteinte carieuse est souvent due à des facteurs sociaux et environnementaux comme pour certaines maladies chroniques. Toutes ces pathologies nécessitent une prise en charge adaptée et spécifique.

L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient constitue une approche récente et novatrice. Elle se construit autour de la rencontre des sciences médicales, humaines et sociales [22]. L'apport de ces disciplines amène à une nouvelle pratique de santé qui modifie en profondeur les rôles et les interactions entre les professionnels de santé et les patients. Loin d'une relation de soin basée sur un modèle paternaliste, l'éducation thérapeutique matérialise la place que le législateur a voulu donner au patient: la loi du 04 mars 2002 rend celui-ci acteur autonome de sa propre santé au sein d'une véritable démocratie sanitaire [23]. L'éducation thérapeutique diffère de la simple information ou du conseil. Elle est centrée sur le patient-sujet, dans le respect de sa personne. Ainsi, Morasz insiste sur le fait qu'il "*ne s'agit pas d'inculquer au patient de nouvelles compétences, ni de le rééduquer en fonction de normes arbitraires, mais de l'aider, par le biais de la relation, à retrouver ses capacités et à s'équilibrer dans le cadre de sa personnalité afin de l'aider à faire face à sa maladie*" [24]. La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ont repris la définition de l'éducation thérapeutique du patient mentionnée en 1998 dans le rapport de l'OMS-Europe comme suit : "*l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique*" [25]. Beaucoup de personnes atteintes de maladie chronique ont en effet du mal à suivre pleinement les prescriptions et les conseils de leurs médecins.

Plus récemment, Saout et al. insistent sur l'importance d'actions intégrées aux soins dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient avec sa pathologie [12]. L'éducation thérapeutique du patient, considérée comme un élément clé des différentes politiques de prévention, a été intégrée à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) par le biais de

l'article 84: "*l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie*"[26].

La spécificité de la pédiatrie

L'exercice de la pédiatrie s'adresse autant à l'enfant qu'à sa famille. Les responsables légaux des soins de l'enfant sont presque toujours ses parents. L'éducation thérapeutique concerne donc les parents et l'enfant, la part parentale variant bien sûr en fonction de l'âge. Cela se fait progressivement selon les capacités de l'enfant, sa motivation, sa maturité, ses conditions de vie. Dans tous les cas, le transfert de connaissances et de compétences des parents vers l'enfant est à prendre en compte.

La qualité de la relation entre les soignants et l'enfant dépend pour une grande part de la confiance qui s'établit entre les soignants et les parents. En odontologie pédiatrique, la dimension sociale et familiale de la relation de soin est donc indispensable et omniprésente. De fait, le développement même du concept d'éducation thérapeutique en pédiatrie ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les missions et les valeurs de l'institution familiale.

Quelle éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique? Objectifs individuels et collectifs.

La notion d'éducation thérapeutique appliquée à la chirurgie dentaire commence à se développer dès 2007 sous l'influence notamment de Saporta pour la parodontologie [27]. Mano l'évoque également pour lutter contre l'abandon de traitement en orthopédie dentofaciale [28]. Dans le champ de l'odontologie pédiatrique l'idée se développe seulement

[29]. Pourtant les enjeux sont d'importance. Cette éducation thérapeutique diffère de l'ensemble des actions de promotion de la santé bucco-dentaire et de dépistage développées notamment au sein des écoles. Ces dernières s'adressent en effet à l'ensemble des individus d'une classe d'âge indépendamment du niveau de risque de chacun.

D'un point de vue individuel tout d'abord, il s'agit d'améliorer la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. L'objectif principal est d'instaurer de nouvelles habitudes afin d'obtenir une meilleure santé buccodentaire et un mieux-être. Cela ne peut se faire que dans le respect du patient et de sa famille, de son identité en tant que sujet et de son autonomie. Cette prise en charge spécifique et respectueuse du patient et de sa famille est en totale opposition avec une éventuelle stigmatisation d'un groupe d'individus donné.

Cette approche, dans une relation d'éducation et de confiance, permettra non seulement de parvenir à des changements d'habitudes mais aussi de limiter le renoncement aux soins et les consultations en urgence.

D'un point de vue collectif, cette pathologie a un impact financier lourd dans l'ensemble des pays industrialisés [30]. Même si cet aspect n'est pas la préoccupation première du thérapeute, pourquoi ne pas l'évoquer quand l'action entreprise présente un bénéfice pour le patient mais aussi une réduction des coûts en terme de santé publique ? De plus, dans une approche globale de la santé, l'amélioration de la santé buccodentaire peut concourir à la réduction des inégalités de santé.

Mise en place

Il existe à ce jour deux grandes orientations pour la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique.

Dans le premier cas, le patient est déjà porteur d'une autre pathologie chronique. C'est l'exemple classique du diabète. Une relation à double sens existe entre le diabète et les pathologies buccodentaires. Un diabète déséquilibré entraîne des complications buccodentaires; la parodontite constitue ainsi la 6^{ème} complication du diabète [31]. A l'inverse, un état buccodentaire altéré, la présence de foyers infectieux d'origine dentaire peuvent perturber l'équilibre glycémique. Si ces patients bénéficient déjà d'une éducation thérapeutique, il est intéressant de leur offrir, dans ce cadre, la possibilité de consulter un chirurgien dentiste. Ce dernier peut alors animer une séance collective d'éducation thérapeutique ou devenir un praticien-relais si les actions s'inscrivent dans le cadre d'un travail en réseau. Ces initiatives, malheureusement peu répandues, donnent pourtant des résultats très intéressants [32].

Dans le second cas de figure, le patient est uniquement atteint de pathologie carieuse. Il convient dès lors d'envisager la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique spécifiques notamment au cœur des centres hospitaliers ou des centres de soins. A l'issue d'un bilan éducatif, il devient possible de définir avec le patient et sa famille des objectifs à atteindre et un plan d'action. Des séances individuelles et/ou collectives peuvent alors permettre de modifier certaines habitudes, d'améliorer l'observance et l'assiduité aux rendez-vous, de pérenniser les résultats. L'approche à la fois technique et biopsychosociale, permet ainsi de situer la santé bucco-dentaire comme un élément de la santé générale.

Dans les deux cas, le programme se doit d'être partagé et accepté par les différents acteurs de la relation de soin.

Transdisciplinarité, coordination et évaluation

L'éducation thérapeutique est par essence transdisciplinaire. Elle nécessite une coordination des différents acteurs qui permet d'optimiser la démarche éducative auprès du patient. Les modalités des programmes et des échanges d'informations sont discutées en collégialité. Ils doivent par ailleurs être "*conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et contenus sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local après autorisation des agences régionales de santé*" [25].

Dans un second temps les programmes doivent être évalués. Cette démarche est essentielle pour améliorer les pratiques et offrir des solutions pragmatiques, dans l'intérêt du patient et de son entourage. Le partage d'expérience entre équipes est également indispensable pour tendre vers ces objectifs.

Conclusion

Même si la prévalence de la carie dentaire a fortement diminué en France dans la population jeune, elle impacte encore très fortement la qualité de vie de la population à n'importe quel âge. En odontologie pédiatrique, un petit nombre d'enfants cumule l'essentiel de la pathologie. La carie dentaire se développe très rapidement et bien souvent l'enfant grandit avec sa pathologie. Une prise en charge ponctuelle en réponse au caractère aiguë de la maladie est insuffisante et inefficace à long terme. En modifiant notre approche de cette pathologie et en intégrant la notion de temps, des solutions alternatives apparaissent. L'éducation thérapeutique du patient appliquée à la maladie carieuse, qui serait reconnue comme maladie chronique, dans certains groupes à risques, constitue une voie à explorer. Des initiatives locales sont déjà mises en place. Une évaluation de ces expérimentations et une coordination nationale seront nécessaires pour développer des outils efficaces.

L'essentiel

L'incidence de la carie dentaire a fortement diminué en France chez les jeunes.

Dans cette catégorie d'âge, des groupes "à risques" cumulent désormais l'essentiel de la pathologie.

Pour ces patients, la carie dentaire constitue une pathologie chronique.

Une approche technique centrée sur une conception de la maladie aiguë est inefficace à long terme sur la disparition ou la limitation de la pathologie.

Une éducation thérapeutique du patient formalisée, intégrant les soins techniques à une approche globale, bio-psycho-sociale améliorerait l'efficacité de la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Drees. Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans. *L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*. Rapport 2007.
- 2- Agence Française de Sécurité Sanitaire Appliquée Aux Produits de Santé. Mise au point. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. Octobre 2008.
- 3- Bratthall D, Hansell Peterson G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci* 1996; 104:416-22.
- 4- Rendez-vous de prévention M'T dents. Comment inciter toujours plus d'enfants et d'adolescents à aller chez le dentiste? Campagne 2009. Dossier de presse. 27 mars 2009. Disponible sur www.ameli.fr
- 5- Droz D, Guéguen R, Bruncher P, Gerhard J-L, Roland E. Enquête épidémiologique sur la santé bucco-dentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. *Archives de Pédiatrie*. 2006 ; 13(9) : 1222-1229.
- 6- Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatric Dent* 1999; 21:325-26.
- 7- Foster T, Perinpanayagam H, Pfaffenbach A. Recurrence of early childhood caries after comprehensive treatment with general anaesthesia and follow-up. *Journal of dentistry for children*. 2006;73(1):25-30.
- 8- Peterson PE. Global policy for improvement for oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009; 37:1-8.
- 9- Lecourt D. Dictionnaire de la pensée médicale. Presses universitaires de France. 2004.

- 10- Ministère de la santé et des solidarités. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007. 52p. Disponible sur www.sante.gouv.fr
- 11- Bonino S. Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie. De Boeck, 2008, 142p.
- 12- Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Septembre 2008. 165p. Disponible sur www.sante.gouv.fr
- 13- Glossaire multilingue de la banque de données en santé publique, consultable sur www.bdsp.ehesp.fr.
- 14- Featherstone John D.B. The science and practice of caries prevention. J Am Dent Assoc. 2000; 131; 887-889.
- 15- Selwitz H. R, Ismail I. A, Pitts B.N. Dental caries. Lancet. 2007 ; 369: 51-59.
- 16- Gussy M.G, Waters E.G, Walsh O, Kilpatrick N.M. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. Journal of Paediatrics and Child Health. 2006; 42; 37-43.
- 17- Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. J Am Acad Nurse Pract. 2009 Jan; 21(1): 1-10.
- 18- Nunn M.E, Dietrich T, Singh H.K, Henshaw M.M, Kressin N.R. Prevalence of early childhood caries among very young urban boston children compared with US children. Journal of Public Health Dentistry 2009; 69(3), pp.156-162.
- 19- US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health, 2nd ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
- 20- Ramos-Gomez F.J, Weintraub J.A, Gansky S.A, Hoover C.I, Featherstone J.D.B. Bacterial, behavioral and environmental factors associated with early childhood caries. J Clin Pediatr Dent 2002; 26(2): 165-173.

- 21- Petersen P.E, Estupinan-Day S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health. *Bulletin of the World Health Organization*. Sept 2005, 83(9).
- 22- Sandrin-Berthon B. Education thérapeutique. Concepts et enjeux. *Adsp*. n°66. Mars 2009.
- 23- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 ; JO n°54 du 5 mars 2002.
- 24- Morasz L. La souffrance dans la relation soignant-soigné. *In* *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, 2002, pp 405-424.
- 25- Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Mai-juin 2008. 92p. Disponible sur www.has-sante.fr
- 26- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO n°0167 du 22 juillet 2009.
- 27- Saporta S. Spécial bouche & qualité de vie. Vous avez dit éducation thérapeutique du patient ? *Information Dentaire*. 2008 ; 90(32) :1772.
- 28- Mano MC. Orthopédie dento-faciale. L'éducation thérapeutique comme autre perspective soignante. *Médecine*. 2010, 6(4), 180-184.
- 29- Trentesaux T, Delfosse C, Ternois M, Rousset M.M, Hervé C, Hamel O. L'éducation thérapeutique du patient, un concept applicable en odontologie pédiatrique? *Rev. Francoph. Odontol. Pédiatr*. 2010; 5(2):52-56.
- 30- Petersen P.E, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*. September 2005, 83(9).
- 31- Loë H. Periodontal disease, the 6th complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1993, 16(1), 329-334.

32- Ternois M, Stuckens C, Trentesaux T, Delfosse C, Fontaine P, Rousset M.M. L'éducation à la santé bucco-dentaire chez les patients diabétiques de type 1: un apprentissage long et répété est indispensable. Rev. Francoph. Odontol. Pédiatr. 2010; 5(2):64-70.