

JENS CHRISTOPH TÜRP^{1,3}
HEINZ SPRANGER^{2,3}

¹ Clinique de médecine dentaire reconstructive et de désordres temporo-mandibulaires, Centre universitaire de médecine dentaire Bâle, Suisse

² Association professionnelle dentaire, Mühlenstrasse 1, 26906 Dersum, Allemagne

³ Collège interuniversitaire pour la santé et le développement, Graz/Château Seggau, Autriche

CORRESPONDANCE

Prof. Dr. Jens C. Türp, MSc, M.A.
Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin und Myoarthropathien

UZH – Universitätszahnkliniken
Hebelstrasse 3

4056 Basel

Tél. +41 61 267 26 32

Fax +41 61 267 26 60

E-mail: jens.tuerp@unibas.ch

Traduction: Jacques Rossier
et Thomas Vauthier



Les maladies non transmissibles et leur importance en médecine dentaire

MOTS-CLÉS

Santé générale, santé bucco-dentaire, prévention, facteurs de risque, OMS

Image en haut: Les maladies non transmissibles sont responsables de 91% des décès en Suisse.

RÉSUMÉ

Les maladies non transmissibles (MNT; en anglais: *non-communicable diseases* – NCDs), telles que les maladies cardio-vasculaires et respiratoires, les tumeurs malignes et le diabète sucré, se caractérisent par le fait qu'elles sont responsables de la plus grande partie des décès au plan mondial. Étant donné la prévalence croissante des maladies non transmissibles et leurs conséquences à long terme, leur prévention constitue une priorité majeure du point de vue de la santé publique. Dans ce processus, la médecine dentaire joue un rôle important. Puisque des facteurs de risque communs sont en cause dans les maladies orales et extra orales (par exemple hygiène bucco-dentaire déficiente, alimentation malsaine, abus d'alcool, consommation de tabac,

misère et détresse), il est possible grâce aux mesures de prévention d'éviter non seulement les maladies telles que la carie dentaire, les maladies parodontales et les tumeurs orales, mais aussi les maladies non transmissibles en médecine générale. La reconnaissance de ces relations par l'Organisation mondiale de la santé et l'Assemblée générale des Nations Unies confère à la médecine dentaire une tâche médicale globale, et également sociale, soutenue par les plus hautes instances politiques internationales, et dans laquelle le respect des principes de la médecine (dentaire) fondée sur des preuves joue un rôle important. C'est aussi l'occasion d'une réflexion critique sur l'orientation thématique actuelle et future de la médecine dentaire.

Le problème

Alors que jusqu'à la fin du XXI^e siècle les maladies transmises par les bactéries, les virus et les parasites étaient responsables de la plupart des décès (tab. I), cette situation a changé par la suite de manière significative (LIM ET COLL. 2012; NAGHAVI ET COLL. 2015). Ce sont aujourd'hui les maladies (chroniques) non transmissibles (MNT) (en anglais: *non-communicable diseases*, NCDs) qui représentent la cause de mort (et aussi de mort prématurée) la plus fréquente (tab. I). Selon les chiffres actuels (2015) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sur un total de 56 millions de

décès annuels au plan mondial, 38 millions (68%) sont provoqués par les MNT, en particulier par les maladies cardio-vasculaires (17,5 millions), les tumeurs malignes (8,2 millions), les maladies respiratoires chroniques (4 millions) et le diabète sucré (1,5 million). A l'heure actuelle, 22 millions de ces décès (58%) se produisent à partir de l'âge de 70 ans. Ces faits ont suscité jusqu'ici relativement peu d'attention (HORTON 2013).

Le tableau II présente les estimations actuelles concernant la proportion des décès consécutifs aux MNT dans un certain nombre de pays. On peut constater deux choses: d'une part, la prévalence des maladies non transmissibles est significativement plus élevée dans les pays économiquement développés (valeurs supérieures à 90%) par rapport aux régions économiquement sous-développées du monde (taux minimal: 19% en Somalie). D'autre part, les faibles taux enregistrés dans les pays structurellement peu développés, caractérisés par des revenus faibles ou intermédiaires, ont tout de même des répercussions importantes, car ces pays ont généralement des populations de densité élevée. C'est pourquoi, au plan mondial, 82% des décès provoqués par les MNT et survenant avant l'âge de 70 ans (il s'agit donc des décès dits prématurés ou précoces) sont répertoriés dans ces Etats.

Avec l'augmentation de la population mondiale et de l'espérance de vie, et donc du nombre de personnes âgées, et compte tenu de l'influence de plus en plus grande des facteurs de risque entraînant l'extension des MNT et de leur prise en charge, l'incidence et la prévalence de ces maladies va continuer à augmenter au cours des prochaines décennies (LOZANO ET COLL. 2012). BEN-

Tab. I Catégories relatives au recours à des soins de santé (modifié d'après ACHTERMANN ET COLL. 1991; WIESER ET COLL. 2014)

1. Maladies non transmissibles
 - maladies cardio-vasculaires (p. ex. maladie cardiaque coronarienne, ictus, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque);
 - néoplasies malignes;
 - maladies respiratoires chroniques (p. ex. bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme bronchique);
 - diabète sucré;
 - troubles psychiques (p. ex. dépression, schizophrénie);
 - troubles cognitifs (p. ex. démence);
 - maladies musculo-squelettiques (p. ex. dorsalgies, maladies rhumatismales);
 - maladies uro-génitales;
 - maladies du sang;
 - maladies métaboliques (sans le diabète sucré);
 - maladies bucco-dentaires (p. ex. carie dentaire, parodontopathies);
 - maladies du système digestif (p. ex. cirrhose hépatique);
 - malformations congénitales (p. ex. fente labio-maxillo-palatine, syndrome de Down);
 - maladies neurologiques (p. ex. démence);
 - maladies de la peau;
 - maladies des organes sensoriels (p. ex. glaucome, perte auditive);
 - néoplasies non malignes;
 - maladies congénitales.
2. Maladies transmissibles (maladies infectieuses*)
 - par des virus: hépatite A, B, C; VIH/SIDA; rougeole; poliomyélite; varicelle; *autres*
 - par des bactéries: borréliose; choléra; noma; peste; syphilis; tétanos; tuberculose; *autres*
 - par des parasites: malaria; maladie du sommeil; *autres*
3. Troubles de la grossesse et de l'accouchement
4. Malnutrition
5. Blessures
 - lors d'accident de la circulation;
 - automutilation et violence interpersonnelle;
 - catastrophes naturelles, guerre, interventions légales;
 - autres blessures non intentionnelles.
6. Non-maladies/non-blessures
 - grossesse et accouchement avec déroulement normal;
 - chirurgie plastique et esthétique;
 - soins de «bien-être» en dehors du catalogue de prestations des assureurs;
 - mesures de prévention;
 - dons d'organes;
 - *autres*.

* Pour une liste complète des maladies infectieuses, voir le site internet correspondant de l'Institut Robert Koch: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/InfAZ_marginal_node.html?cms_lv2=3544250&cms_box=1

Tab. II Evaluation de la part (en %) des maladies non transmissibles (MNT) dans l'ensemble des causes de mortalité évaluées dans 20 pays choisis (les chiffres de la population étant arrondis au million d'habitants) (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2014)

Pays	Habitants	MNT
Afrique du Sud	52 mio	43%
Allemagne	83 mio	91%
Argentine	41 mio	81%
Autriche	8 mio	92%
Brésil	199 mio	74%
Canada	35 mio	88%
Chine	1390 mio	87%
Espagne	47 mio	92%
France	64 mio	87%
Italie	61 mio	92%
Japon	127 mio	79%
Namibie	2 mio	43%
Nigéria	169 mio	24%
Russie	143 mio	86%
Serbie	9 mio	95%
Somalie	10 mio	19%
Suède	9 mio	90%
Suisse	8 mio	91%
USA	318 mio	88%
Zambie	14 mio	23%

ZIAN ET COLL. (2012) parlent dès lors du «lent tsunami des maladies chroniques». Ces développements futurs concernent également la médecine dentaire, car les maladies bucco-dentaires sont généralement de nature chronique (BENZIAN ET COLL. 2012) et font donc également partie des MNT.

Conséquences économiques pour le système de santé et la société

Selon une prévision datant de 2010 du World Economic Forum et de la Harvard School of Public Health, les conséquences macro-économiques des maladies non transmissibles seront énormes d'ici à l'année 2030: les maladies cardio-vasculaires, les néoplasies malignes, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et les troubles mentaux occasionneront, selon les calculs de ces deux institutions, une perte de productivité de près de 47 billions de dollars (c'est-à-dire 47 000 milliards = 47×10^{12}) (BLOOM ET COLL. 2011). La directrice générale de l'OMS, MARGARET CHAN (2011), met en garde contre «une catastrophe au ralenti» («a slow-motion disaster»).

Aujourd'hui déjà, on estime que les MNT occasionnent la plus grande partie des coûts liés à l'utilisation des prestations relevant du système de santé. Selon une étude réalisée sous l'égide de l'Office fédéral de la santé publique (WIESER ET COLL. 2014), le total des dépenses de santé en Suisse s'est élevé, en 2011, à 64,6 milliards de francs. Les traitements médicaux des MNT (médicaments, prestations médicales et autres prestations) ont entraîné des coûts de 51,7 milliards de francs (80,1%). Le montant des dépenses occasionnées par le traitement des maladies bucco-dento-maxillaires («les traitements dentaires») s'est élevé à 3822 millions de francs, soit 5,9% du total des dépenses de santé. Ces dépenses se rapportent presque exclusivement (98,8%: 3776 millions de CHF) aux traitements dentaires ambulatoires réalisés en pratique privée. Par contre, le coût des affections bucco-dento-maxillaires transmissibles n'a représenté que 43 millions de francs.

Maladies non transmissibles et médecine dentaire

Dans son «Rapport mondial sur la santé bucco-dentaire» («World Oral Health Report») publié en 2003 (PETERSEN 2003), l'OMS souligne que la santé bucco-dentaire est définie par l'absence de douleur chronique oro-faciale, de tumeurs malignes orales et pharyngées, de lésions tissulaires orales, de malformations congénitales (par exemple fente labio-maxillo-palatine) et d'autres maladies et troubles concernant les tissus oraux, dentaires et cranio-faciaux. Cependant, on est encore très éloigné de la réalisation de cet objectif («absence de»). PETERSEN (2014) souligne ainsi que sur le plan mondial, et en particulier dans les pays et les régions économiquement sous-développés, de très nombreuses personnes souffrent de douleurs orales persistantes et d'autres problèmes bucco-dentaires. Mais en Europe également, ces plaintes ne sont pas rares: la prévalence sur douze mois des douleurs bucco-dentaires est élevée, puisqu'elle se monte à 16% (TNS OPINION & SOCIAL 2010).

Les maladies bucco-dentaires persistantes, et en particulier les caries dentaires et les parodontopathies (LOESCHE 2007; PETERSEN 2008; KASSEBAUM ET COLL. 2014), ont souvent un impact sur les structures anatomiques adjacentes (FERRAZ ET COLL. 2014) et sont souvent associées à des limitations de la fonction de la mâchoire, de la qualité de vie et des performances (NEEDLEMAN ET COLL. 2004; WONG ET COLL. 2008; AL-HARTHI ET COLL. 2013). Par ailleurs, les maladies bucco-dentaires sont en relation étroite avec les maladies

non transmissibles extraorales (PETERSEN 2003). Les relations – en partie réciproques – avec les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes, les maladies pulmonaires, le diabète sucré et les troubles cognitifs sont bien documentées, même si ces relations ne sont pas toujours de nature causale (tab. III).

Prévention

L'importance de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles de la région orale a été soulignée par l'OMS il y a déjà plus de dix ans (PETERSEN 2003). L'OMS se focalise sur tous les groupes d'âge (PETERSEN 2010), des enfants (JÜRGENSEN & PETERSEN 2013) aux personnes âgées (PETERSEN & YAMAMOTO 2005; PETERSEN ET COLL. 2010). Cependant, la mise en œuvre de mesures adéquates, qui comprennent notamment la mise à disposition d'eau potable et d'installations sanitaires appropriées, l'utilisation des fluorures et la réalisation d'examen oraux de dépistage (PETERSEN 2008), continue de se heurter à des limitations importantes en raison des inégalités socio-économiques, particulièrement dans les pays à faible revenu (HOSSEINPOOR ET COLL. 2012).

Une connaissance remarquable pouvant guider les actions à réaliser est le fait que de nombreuses maladies non transmissibles partagent avec les maladies orales des facteurs de risque communs (tab. III), dont l'influence est donc susceptible d'être atténuée, voire éliminée en modifiant le mode de vie individuel de ces personnes. Parmi les exemples de mesures de prévention primaire efficaces à ce niveau, on peut mentionner les instructions visant à réaliser une hygiène bucco-dentaire efficace, les conseils concernant une alimentation saine et un mode de vie sain ainsi que les programmes de désaccoutumance tabagique. Grâce à des mesures appropriées ciblées au niveau de la région orale, il est possible non seulement d'améliorer la santé bucco-dentaire, et donc de réduire la prévalence des MNT de la région orale, mais il est également possible d'endiguer de cette manière la fréquence des MNT extraorales ainsi que leurs conséquences à long terme (y compris la mortalité) (PETERSEN & YAMAMOTO 2005).

La prévention et le contrôle des maladies orales sont donc synonymes de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles. La stratégie de prévention orale associée à ce concept est connue dans la littérature anglaise sous la dénomination de *Common Risk/Health Factor Approach* (SHEIHAM & WATT 2000). Elle vise à réduire les facteurs de risque communs modifiables (PETERSEN 2003) (tab. III). Ces facteurs sont les suivants:

- hygiène bucco-dentaire déficiente et ses conséquences sur la santé bucco-dentaire (caries, inflammations parodontales, perte de dents);
- alimentation malsaine;
- consommation élevée d'alcool;
- consommation de tabac.

C'est seulement en relation avec les maladies non transmissibles extraorales que l'OMS signale les facteurs de risque suivants (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2015):

- manque d'exercice physique;
- hypertension artérielle;
- consommation excessive de sel;
- surcharge pondérale/obésité;
- hyperglycémie;
- hyperlipidémie.

A cet égard, des études récentes indiquent que le surpoids/l'obésité peuvent avoir des effets négatifs sur la santé dentaire (tab. III).

Tab. III Relations entre les facteurs de risque communs des maladies bucco-dentaires et d'autres maladies non transmissibles

	Maladies orales	Maladies cardio-vasculaires	Néoplasies malignes	Maladies respiratoires chroniques	Diabète sucré	Troubles cognitifs
Hygiène bucco-dentaire insuffisante	<p>Caries et parodontopathies (LÖE 2000; VAN DER WEU-DEN & SLOT 2011)</p>	<p>Maladie cardiaque coronarienne (PASQUALINI ET COLL. 2012)</p> <p>Infarctus du myocarde (KARHUNEN ET COLL. 2006; LEE ET COLL. 2015)</p>	<p>Tumeurs orales (ZHENG ET COLL. 1990; MARSHALL ET COLL. 1992; GARROTE ET COLL. 2001; ROSENQUIST ET COLL. 2005)</p> <p>Tumeurs œsophagiennes et gastro-intestinales (ABNET ET COLL. 2001; SEPEHR ET COLL. 2005; WEI ET COLL. 2005)</p>	<p>(AZARPAZHOOH & LEAKE 2006; SJÖGREN ET COLL. 2008; SHI ET COLL. 2013; VAN DER MAAREL-WIERINK ET COLL. 2013) (surtout chez des personnes âgées hospitalisées ou vivant dans des homes)</p>		
Parodontite, y compris les inflammations endodontiques périapicales	<p>Mobilité dentaire augmentée et perte de dents (NIBALI ET COLL. 2013)</p>	<p>Artériosclérose (SCANNAPIECO ET COLL. 2003; LOCKHART ET COLL. 2012; BARTOVA ET COLL. 2014)</p> <p>Maladie coronarienne (CAPLAN ET AL. 2006; OIKARINEN ET AL. 2009; PASQUALINI ET AL. 2012; ROMAGNA ET AL. 2012; NAJAFIPOUR ET AL. 2013; LEE ET AL. 2015)</p> <p>Ictus (AVC) (LEE ET COLL. 2006; SIM ET COLL. 2008)</p>	<p>Tumeurs orales (TEZAL ET COLL. 2009; MEISEL ET COLL. 2012; GONDIVIKAR ET COLL. 2013; MOERTEL ET COLL. 2013; WEN ET COLL. 2014)</p> <p>Tumeurs pancréatiques (MICHAUD ET COLL. 2007)</p> <p>Tumeurs pulmonaires (HUJOEL ET COLL. 2003)</p>	<p>(DEO ET COLL. 2009; SI ET COLL. 2012; KELLER ET COLL. 2013; PETER ET COLL. 2013)</p>	<p>(FIRATLI 1997; PRADHAN & GOEL 2011; BASCONES-MARTÍNEZ ET COLL. 2014; CARRAMOLINO-CUÉLLAR ET AL. 2014)</p>	<p>(RAI ET COLL. 2012; DE SOUZA ROLIM ET COLL. 2014; WU & NAKANISHI 2014)</p>
Perte de dents importante/édentement		<p>Maladies cardio-vasculaires mortelles (ABNET ET COLL. 2005B; CABRERA ET COLL. 2005; TU ET COLL. 2007; JANKET ET COLL. 2014)</p> <p>Artériosclérose de l'artère carotide interne (JUNG ET COLL. 2014)</p> <p>Ictus (AVC) (ABNET ET COLL. 2005B; YOSHIDA ET COLL. 2012)</p>	<p>Tumeurs orales (ZHENG ET COLL. 1990; BUNDGAARD ET COLL. 1995; GARROTE ET COLL. 2001; LISSOWSKA ET COLL. 2003; ROSENQUIST ET COLL. 2005)</p> <p>Tumeurs gastro-intestinales (ABNET ET COLL. 2005A; ABNET ET COLL. 2005B)</p> <p>Tumeurs du pancréas (STOLZENBERG-SOLOMON ET AL. 2003; MICHAUD ET COLL. 2007)</p>			<p>(NAORUNGROJ ET COLL. 2013; PARK ET COLL. 2013; TAGUCHI ET COLL. 2013)</p>

Abus d'alcool	<p>Parodontopathies (KIM ET COLL. 2014; MADANI ET COLL. 2014; HACH ET COLL. 2015)</p> <p>Tumeurs orales (KIM ET COLL. 2014; MADANI ET COLL. 2014; HACH ET COLL. 2015)</p>	X	X	X	X
Alimentation malsaine	<p>Caries, érosions de l'émail, parodontopathies, noma (ENWONJU ET COLL. 2004; MOYNIHAN & PETERSEN 2004; KAYE 2012; LIU 2014)</p>	X	X	X	X
Consommation de tabac	<p>Douleurs orales (RILEY ET COLL. 2004)</p> <p>Tumeurs orales (TSAI ET COLL. 2009; KIM ET COLL. 2014; MADANI ET COLL. 2014; HACH ET COLL. 2015)</p> <p>Parodontopathies (NAJAFIPOUR ET COLL. 2013)</p> <p>Perte de dents (DIETRICH ET COLL. 2015)</p>	X	X	X	X
Détresse	<p>Parodontopathies (AROWOJOLU ET COLL. 2006; SUMAN ET COLL. 2008; BAKRI ET COLL. 2013)</p> <p>Bruxisme (ÅHLBERG ET COLL. 2002; LAVIGNE ET COLL. 2008; MANFREDINI & LOBBEZOO 2009)</p>	X	X	X	X
Surpoids/obésité	<p>Caries (WILLERSHAUSEN ET AL. 2007A; WILLERSHAUSEN ET AL. 2007B)</p> <p>Xérostomie (OSTBERG ET COLL. 2012)</p>	X	X	X	X
<p>Pour plus de clarté, les références justificatrices issues de la littérature spécialisée sont mentionnées seulement en relation avec les maladies bucco-dentaires. La mise en évidence documentée dans la littérature d'une relation entre les facteurs de risque mentionnés et les MNT extraorales est signalée par un «X».</p>					

Les efforts de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation des Nations Unies

Etant donné le lien étroit entre la santé bucco-dentaire, la santé générale et la qualité de vie, l'OMS avait déjà lancé un appel à ses Etats membres lors de la 60^e Assemblée mondiale de la santé, en mai 2007, leur demandant d'inclure la santé bucco-dentaire dans les efforts pour prévenir et traiter les maladies non transmissibles chroniques, et de mettre en œuvre simultanément des stratégies fondées sur l'évidence externe, c'est-à-dire sur une base factuelle (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2007). Dans le cadre de la session de l'Assemblée générale à un niveau élevé consacrée à la prévention et au contrôle des maladies non transmissibles, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en septembre 2011 une déclaration politique historique (ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES 2012; UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY 2012) (tab. IV). Compte tenu du fait que la carie dentaire et la gingivite ont une prévalence remarquablement élevée dans le monde entier, l'opportunité de faire mention, dans le présent document, des maladies bucco-dentaires entre les maladies des reins et des yeux peut être discutée. Cette réserve, cependant, est marginale si l'on considère la portée de ce «compromis-consensus» typique de l'ONU pour la politique de santé publique: Pour la première fois, les maladies de la sphère bucco-dento-maxillaire ont été désignées en tant que problème de santé publique dans une résolution de l'ONU (BENZIAN ET COLL. 2012). Cette résolution de l'ONU a été considérée par des institutions de soins dentaires telles que la Fédération Dentaire Internationale (FDI) comme une étape importante et un grand succès, car selon la FDI, les répercussions des maladies orales sont importantes puisqu'elles sont associées à des douleurs et à des souffrances, à des restrictions fonctionnelles de la mâchoire, à une réduction de la qualité de vie et à des coûts de traitement élevés (FDI WORLD DENTAL FEDERATION 2013).

Les conséquences pour la médecine dentaire

C'est au plus tard avec la déclaration de l'Assemblée générale des Etats membres de l'Organisation des Nations Unies (ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES 2012; UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY 2012) que l'exigence croissante manifestée au sein de la médecine dentaire à faire partie intégrante de la médecine (MEYER 1999, 2007; BERG & MOURADIAN 2014; LEVIN 2015) a été reconnue par l'organisme politique international le plus élevé.

L'identification des facteurs de risque communs aux maladies chroniques orales et extraorales reconnaît une mission médicale globale aux professions médico-dentaires (BENZIAN ET COLL. 2015; VARENNE 2015). Son importance est soulignée par l'objectif de santé adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2013, ciblant à 2025 une réduction relative de 25% de la mortalité précoce (c'est-à-dire avant l'âge de 70 ans) survenant en raison de maladies cardio-vasculaires, de néoplasies, de maladies respiratoires chroniques et de diabète (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013). Pour une partie des membres des professions médico-dentaires, les relations entre les maladies bucco-dentaires et systémiques sont déjà connues (PAQUETTE ET COLL. 2015). De leur côté, les médecins ne peuvent plus ignorer que la sphère bucco-dentaire joue un rôle important dans la prévention des maladies non transmissibles.

En parallèle, les problèmes de santé esquissés plus haut nous incitent à réfléchir au fondement de l'exercice de l'art médico-dentaire et à sa mission sociale, à savoir le ministère de guérison des personnes cherchant de l'aide, et à rester conscients que le principal vecteur identitaire de l'activité médicale et médico-dentaire trouve sa source dans une attitude fondamentalement bienveillante (MAIO 2009). C'est donc aussi l'occasion de se demander dans quelle mesure la tendance à mettre davantage l'accent sur l'esthétique dentaire et la beauté orofaciale, comme on peut l'observer chez une partie des membres des professions médico-dentaires, est compatible avec la réaffirmation des tâches centrales de ces professions telles qu'elles ont été formulées dans les résolutions de l'OMS et de l'ONU. Du côté de l'éthique médicale, l'orientation vers des «prestations dentaires esthétiques» (*dental beauty*) est certainement perçue de façon très critique (NUY & GORDIUN 2003; MAIO 2007, 2009). En outre, ce développement compromet le caractère scientifique de la médecine dentaire (TÜRPEL 2015B).

Tab. IV Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies de septembre 2011 (ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES 2012; UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY 2012)

«Nous, chefs d'Etat et de gouvernement et représentants d'Etat et de gouvernement, réunis au siège de l'Organisation des Nations Unies les 19 et 20 septembre 2011 pour traiter de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles partout dans le monde, et, singulièrement, des défis de développement et autres et des incidences sociales et économiques, sur les pays en développement en particulier,

1. Reconnaissons que le fardeau et la menace que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale figurent parmi les principaux défis pour le développement au XXI^e siècle, en ce qu'ils viennent remettre en cause le développement social et économique dans le monde entier et compromettre la réalisation des objectifs de développement arrêtés sur le plan international;

[...]

19. Reconnaissons que les maladies rénales, orales* et oculaires constituent un important fardeau sanitaire pour bon nombre de pays et que ces maladies partagent les mêmes facteurs de risque et peuvent bénéficier des réponses communes aux maladies non transmissibles;

[...]

39. Reconnaissons qu'une démarche intégrant des interventions fondées sur des données factuelles, financièrement abordables, d'un bon rapport coût-efficacité, menées à l'échelle de la population et intéressant de multiples secteurs peut prévenir ou réduire en grande partie l'incidence et les conséquences des maladies non transmissibles;

[...].>

* La version allemande du service de traduction de l'Organisation des Nations Unies comprend sur ce point une inexactitude. Le texte original anglais parle à l'article 19 des «maladies rénales, orales et oculaires», alors que la version allemande mentionne les «maladies de la bouche et de la gorge». Le mot anglais «oral» est traduit exclusivement par le terme allemand *oral*, et aussi par «bouche» dans les noms composés (par exemple *oral diseases: Mundkrankheiten*, en français «maladies bucco-dentaires»), et non pas avec *Rachen*, en français «gorge». Dans la version anglaise de la déclaration de l'ONU, il n'est jamais fait mention de la «gorge» (en anglais *throat*, en allemand *Rachen*).

Par contre, il serait opportun de se tourner de manière encore plus intensive que par le passé vers les problèmes de santé bucco-dentaire. Ceux-ci comprennent, par exemple, les maladies des muqueuses buccales et les douleurs oro-faciale persistantes. Ces dernières sont discutées à plusieurs reprises dans les articles professionnels des collaborateurs de l'OMS. Ainsi, PETERSEN & YAMAMOTO (2005) ont indiqué que l'expérience de la douleur peut affecter négativement la vie quotidienne, le bien-être et la confiance en soi des personnes atteintes. Dès lors, les objectifs importants des soins médico-dentaires de base comprennent notamment le contrôle de la douleur (PETERSEN 2014) – alors que l'esthétique dentaire n'est pas mentionnée dans les publications de l'OMS.

Dans la déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2011, le terme *evidence based* («fondé sur des preuves») est mentionné cinq fois. Cet engagement clair

en faveur de la médecine fondée sur les preuves, qui trouve un écho déjà relativement important en médecine humaine (EVANS ET COLL. 2013), devrait être pour la médecine dentaire une incitation à poursuivre ce chemin de façon déterminée (TÜRPEL 2013, 2015A). L'importance croissante accordée à ce concept scientifique et clinique et à sa mise en œuvre sur le plan clinique (MANFREDINI ET COLL. 2012; ANGELIERI 2013; FAGGION 2013; FARIAS-NETO & CARREIRO ADA 2013; SIGURDSSON 2013; BAYNE & FITZGERALD 2014; BIDRA 2014; LANG & TEICH 2014; RINDAL ET COLL. 2014) et dans le domaine de la formation (TEICH ET COLL. 2013; LALLIER 2014; MARSHALL ET COLL. 2014; HINTON ET COLL. 2015) est encourageante.

Plus que jamais, il apparaît que la santé bucco-dentaire est inextricablement liée à la santé générale. Le médecin-dentiste, s'il traite de «vrais patients» et pas seulement des «clients en bonne santé», sera davantage impliqué en tant que médecin avant d'être un spécialiste de «l'art dentaire».