

LISTE DES ABREVIATIONS

- 1. AFRC** : Approche grâce aux Facteurs de Risque Communs
- 2. AINS** : Anti inflammatoires non stéroïdiens
- 3. AVC** : Accidents Vasculaires Cérébrales
- 4. C.P.B.L** : Clinique Privé à But Lucratif
- 5. C.P.B.N.L** : Clinique Privé à but Non Lucratif
- 6. Cab. Cons.** : Cabinet de Consultation privé
- 7. Cab. RX** : Cabinet Rayon X
- 8. Chr. Dent.** : Chirurgie Dentaire
- 9. CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- 10. CNSS** : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- 11. CSC** : Centre de santé Communal
- 12. CSCA** : Centre de santé Communal avec lits pour accouchement
- 13. CSUA** : Centre de Santé Urbain avec lits pour accouchement
- 14. DR** : Dispensaire Rural
- 15. E.H** : Etablissement Hospitalier
- 16. FDI** : Fédération Dentaire Internationale
- 17. I.E.C** : L'information, l'éducation et la communication
- 18. INR** : International normalized ratio
- 19. ISN** : la Société Internationale de Néphrologie
- 20. Lab. Med.** : Laboratoire Médical
- 21. MNT** : Maladies Non transmissibles
- 22. OCP** : Office Chérifien de Phosphates
- 23. OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- 24. ONE** : Office Nationale d'électricité
- 25. ONEP** : Office Nationale d'eau potable
- 26. ONG** : Organisation Non Gouvernementale

- 27. Phar. Dépôt** : Pharmacie et Dépôt
- 28. SCU** : Centre de Santé Urbain
- 29. SNIS** : Service National de L'information sanitaire
- 30. TP** : Taux de Prothrombine
- 31. VADS** : Voies Aero Digestives Supérieures
- 32. WHA** : World Health Associated
- 33. WHO** : World Health Organization

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte du Maroc	6
Figure 2 : Différentes raisons de références des patients chez des médecins....	63
Figure 3 : Types de pathologies générales observées sur les patients adressés aux chirurgiens-dentistes.....	64
Figure 4 : Raisons de référence des patients au chirurgien-dentiste.....	69
Figure 5 : Pathologies générales des patients référés aux médecins Spécialistes	70
Figure 6: Pathologies buccales diagnostiquées par les médecins spécialistes...	71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Profil de la population marocaine	5
Tableau II :	Médecins du ministère de la santé	9
Tableau III :	Médecins du secteur privé.....	10
Tableau IV :	Répartition des médecins du secteur public (y compris les médecins des collectivités locales et les enseignants chercheurs) par spécialité et par province / préfecture, année 2011	11
Tableau V:	Répartition des médecins du secteur public (y compris les médecins des collectivités locales et les enseignants chercheurs) par spécialité et par province / préfecture, année 2011	12
Tableau VI:	Évolution du nombre des pharmaciens et des chirurgiens dentistes du secteur public par province / préfecture, année 2011.....	14
Tableau VII :	Infrastructures sanitaires Publiques	16
Tableau VIII :	Infrastructures sanitaires Privés.....	17
Tableau IX:	Activités de prévention réalisées dans les consultations journalières.....	61
Tableau X :	Différents thèmes de séances de prévention au niveau communautaire.....	62
Tableau XI:	Types de services de Maladies Non Transmissibles au niveau des structures.....	63
Tableau XII :	Pathologies diagnostiquées par les chirurgiens dentistes	65
Tableau XIII :	Proportion de chirurgiens-dentistes et connaissance des facteurs de risque	66
Tableau XIV :	Propositions des chirurgiens dentistes	67

Tableau XV:	Activités de prévention réalisées dans les consultations journalières.....	67
Tableau XVI :	Différents thèmes de séances de prévention au niveau communautaire.....	68
Tableau XVII :	Pourcentage de médecins spécialistes ayant reçu un patient référé par un Chirurgien dentiste.....	70
Tableau XVIII:	Proportion des spécialistes de maladies chroniques et connaissance des facteurs de risque communs.....	72
Tableau XIX:	Propositions des médecins spécialistes de maladies chroniques.....	73

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	4
CHAPITRE 1 : CADRE D'ETUDE	5
I. PRESENTATION DU MAROC	5
1. Géographie et climat	7
2. Politique	7
3. Population marocaine	7
4. Economie.....	7
II. SECTEURS DE SANTE.....	8
1. Grandes fonctions du système national de santé	8
2. Présentation des différents secteurs de santé.....	8
3. Système de santé national et ses principales caractéristiques	8
3.1. Secteur public étatique	9
3.2. Secteur privé ou libéral.....	9
4 .Professionnels de santé.....	10
4 .1.Médecins	10
4 .1.1.Médecins du secteur public	10
4 .1.2.Médecins du secteur privé.....	10
4 .1. 3. Répartition par spécialité.....	10
4.2. Pharmaciens	13
4.3. Chirurgiens dentistes	13
III.PRINCIPALES DONNEES SUR LA VILLE DE RABAT	15
1. Population de la Région	15
2. Climat	15
3. Economie.....	16
4. Ressources sanitaires.....	16
CHAPITRE II : AFFECTIONS BUCCODENTAIRES ET MALADIES CHRONIQUES	18
I. LES MALADIES BUCCO-DENTAIRES	18
1. La maladie carieuse	18
2. Maladies parodontales : gingivite et parodontite	19
2.1. Gingivite.....	19
2.2. Parodontite	20
3. Cancers de la bouche.....	20
4. Facteurs de risque de cancers buccaux.....	21
5. Prévention des affections bucco-dentaires	22
5.1 Approche de l'OMS	23
5.1.1. Prévention primaire	23
5.1.2Prévention secondaire	23
5.1.3. Prévention tertiaire	24
5.2. Approche de la prévention selon LEAVELL et CLARK	24
5.2.1. Promotion de la santé ou protection non spécifique.....	24

5.2.2. Protection spécifique	25
5.2.3. Diagnostic et traitement précoce	25
5.2.4. Limitation des dégâts	25
5.2.5. Réadaptation ou réhabilitation de l'individu	25
5.3. Éducation en santé et efforts de promotion des mesures de prévention	25
5.4. Prévention des caries dentaires	27
5.4.1. Quelques méthodes de prévention	27
5.4.1.1. Modification et protection du terrain par les fluorures	27
5.4.1.1.1. Ingestion de fluorures par voie générale avec l'eau	27
5.4.1.1.2. Application de fluorures par voie locale	28
5.4.1.1.2.1. Application topiques de fluorures par des spécialistes	28
5.4.1.1.2.2. Rinçages de bouche fluorés	29
5.4.1.1.2.3. Brossage des dents avec des dentifrices fluorées	29
5.4.1.1.2.4. Brossage avec du gel de fluorure	29
5.4.1.1.3. Méthodes combinées	30
5.4.1.2. Agents de scellement des fissures	30
5.4.1.3. Hygiène buccale	31
5.4.1.4. Conseils diététiques	31
5.5. Prévention des affections du parodonte	32
5.5.1. Méthodes de prévention	32
5.5.2. Consignes d'hygiène bucco-dentaire	32
5.5.3. Détartrage et nettoyage	33
5.6. Prévention du cancer de la cavité buccale	34
II. LES MALADIES CHRONIQUES	34
1. Généralités	34
2. Diabète	35
2.1. Définition	35
2.2. Données épidémiologiques	37
2.3. Prévention du diabète	37
2.4. Prise en charge d'un diabétique	38
2.4.1. Diabète rénal et insipide	39
2.4.2. Diabète sucré	39
3. Maladies cardio-vasculaires	40
3.1. Définition	40
3.2. Données épidémiologiques	41
3.3. Prévention des maladies cardiovasculaires	42
3.4. CAT devant un patient cardiaque	42
4. Maladies rénales	45
4.1. Définition	45
4.2. Données épidémiologiques	46
5. Cancer	47
5.1. Définition	47
5.2. Données épidémiologiques	48

III. ACTIONS PROPOSÉES	48
IV. REPERCUSSIONS ET INTERACTIONS ENTRE PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES ET PATHOLOGIES GENERALES	50
DEUXIEME PARTIE : ENQUÊTE PORTANT SUR LES CHIRURGIENS DENTISTES ET SPECIALISTES DES MALADIES CHRONIQUES	
I. JUSTIFICATION	54
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	55
1. Objectif général	55
2. Objectifs spécifiques	56
III. METHODOLOGIE	56
1. Type d'étude.....	56
2. Cadre et population de l'étude	56
3. Durée et période de l'étude	56
4. Critères de sélection	57
4.1. Critères d'inclusion	57
4.2. Critères de non inclusion.....	57
5. Procédure de collecte de variables	57
5.1. Collecte de données.....	57
5.2. Recueil des données	58
5.3. Description des variables.....	58
5.3.1. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes.....	58
5.3.2. En ce qui concerne les médecins spécialistes de maladies chroniques	59
5.6. Plan d'analyse des données	60
IV. RESULTATS	61
A. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes	61
1. Prévention.....	61
1.1. Activités de prévention dans la consultation journalière.....	61
1.2. Séances de prévention au niveau communautaire	61
1.3. Thèmes des séances de prévention au niveau communautaire.....	61
1.4. Organisation de séances de prévention intégrées avec les autres programmes de la structure	62
2. Services de Maladies Non Transmissibles (MNT)	62
2.1. Existence de service des Maladies Non Transmissibles au niveau de la structure	62
2.2. Type de services de Maladies Non Transmissibles.....	62
3. Collaboration entre praticiens	63
3.1. Référence de patients à des médecins spécialistes	63
3.2. Raisons de la référence des patients aux médecins spécialistes.....	63
3.3. Chirurgiens-dentistes ayant reçu des patients atteints de maladies générales référés par des médecins spécialistes.....	64
4. État général et bucco-dentaire des patients référés	64
4.1. État général des patients référés aux chirurgiens-dentistes	64
4.2. État buccal des patients adressés aux chirurgiens-dentistes.....	64
5. Facteurs de risques communs aux maladies chroniques et aux pathologies bucco-dentaires	65

5.1. Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires	65
5.2. Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires	65
5.3. Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque	66
5.4. Sensibilisation contre ces facteurs de risques dans la consultation	
journalière.....	66
5.5. Collaboration avec les médecins spécialistes	66
B. En ce qui concerne les spécialistes de maladies chroniques.....	67
1. Prévention.....	67
1.1. Activité de prévention dans la consultation journalière	67
1.2. Séances de prévention au niveau communautaire.....	68
1.3. Thèmes des séances de prévention au niveau communautaire.....	68
1.4. Séances de prévention intégrées au niveau de la structure.....	68
2. Services de maladies bucco-dentaires	68
2.1. Existence de service des maladies bucco-dentaires	68
3. Collaboration entre praticiens	69
3.1. Référence par le médecin spécialiste des malades chez le chirurgien	69
3.2. Raisons de la référence des patients au chirurgien-dentiste	69
4. Etat général et buccal des patients référés.....	69
4.1. Médecins spécialistes ayant reçu des patients référés par des chirurgiens dentistes.....	69
4.2. Etat général des patients référés à des médecins spécialistes.....	70
4.3. Etat buccal des patients référés à des chirurgiens-dentistes	70
5. Facteurs de risques communs des maladies chroniques et des maladies bucco-dentaires ...	71
5.1. Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires	71
5.2. Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires	71
5.3. Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque	72
5.4. Sensibilisation contre ces facteurs de risques dans la consultation	
Journalière	72
5.5. Collaboration avec les médecins spécialistes	72
V. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	74
V.1.DISCUSSION	74
V.1.1.En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes.....	74
V.1.1.1.Prévention	74
V.1.1.1.1.Activité de prévention dans la consultation journalière	74
V.1.1.1.2.Séances de prévention au niveau communautaire	75
V.1.1.1.3.Thèmes des séances de prévention au niveau communautaire.....	76
V.1.1.1.4.Séances de prévention intégrées	76
V.1.1.2.Services de maladies non transmissibles.....	77
V.1.1.2.1.Existence de service de maladies non transmissibles.....	77
V.1.1.2.2.Type de services de maladies non transmissibles	77
V.1.1.3.Collaboration entre praticiens.....	78

V.1.1.3.1.Référence de patients atteints de maladies bucco-dentaires à des médecins spécialistes.....	78
V.1.1.3.2.Raison de la référence du chirurgien-dentiste au médecin spécialiste	78
V.1.1.3.3.Chirurgiens-dentistes ayant reçu des patients atteints de maladies générales référés par des médecins spécialistes	79
V.1.1.4.Etat général et bucco-dentaire des patients référés	79
V.1.1.4.1.Etat général des patients référés aux chirurgiens-dentistes	79
V.1.1.4.2.Etat buccal des patients adressés aux chirurgiens-dentistes	80
V.1.1.5.Facteurs de risques communs aux maladies chroniques et aux pathologies buccodentaires	80
V.1.1.5.1.Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires	80
V.1.1.5.2 Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires	81
V.1.1.5.3.Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque	81
V.1.1.5.4.Sensibilisation contre ces facteurs de risque dans la consultation journalière	81
V.1.2 En ce qui concerne les spécialistes des maladies chroniques.....	82
V .1.2.1Prévention.....	82
V.1.2 .1 .1 .Activité de prévention dans la consultation journalière	82
V.1.2.1.2.Séances de prévention au niveau communautaire	83
V .1.2.1.3.Thème des séances de prévention au niveau communautaire	83
V.1.2 .1 .4.Séances de prévention intégrées	84
V .1.2.2.Services de maladies bucco dentaires.....	84
V.1.2.2.1 Existence de services de maladies bucco dentaires	84
V .1.2. 3. Collaboration entre praticiens	84
V .1.2. 3.1. Raison de la référence du médecin spécialiste des maladies chroniques au chirurgien-dentiste.....	84
V .1.2.4.Etat général et buccal des patients référés	85
V .1.2.4.1.Etat général des patients référés à des médecins spécialistes.....	85
V .1.2.4.2.Etat buccal des patients référés à des chirurgiens-dentistes	85
V .1.2.5.Facteurs de risques communs des maladies chroniques et des maladies buccodentaires	86
V .1.2.5.1.Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires	86
V .1.2.5.2.Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires	86
V .1.2.5.3.Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque	87
V .1.2.5.4.Sensibilisation contre ces facteurs de risques dans la consultation journalière.....	87
V .2.Recommandations	87
CONCLUSION.....	90
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	95

INTRODUCTION

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes [52].

Les affections bucco-dentaires sont aussi classées selon l'OMS dans cette catégorie et participent ainsi aux défis que vont poser les maladies chroniques au XXIème siècle [53,58, 59].

La relation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale a été établie scientifiquement; des formes sévères de maladies parodontales sont, par exemple, associées au diabète [25]. La forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles (chroniques) est principalement due à des facteurs communs de risque.

De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires qui accroissent le risque de maladies bucco-dentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales. Cette conception élargie de la santé bucco-dentaire ne diminue en rien l'importance des deux principales pathologies bucco-dentaires au plan mondial – la carie dentaire et les maladies parodontales. Il est possible de les prévenir et de les traiter grâce à un ensemble de mesures individuelles, communautaires et professionnelles.

Les programmes de santé bucco-dentaire en Afrique sont gérés de façon isolée et ne sont pas associés aux autres projets de la santé. Malgré les efforts déployés pour promouvoir et organiser ce secteur et l'adoption de résolution pertinente par l'assemblée mondiale de la santé et les comités régionaux de l'OMS au cours des dernières années, la santé bucco-dentaire dans les pays en

développement n'est pas toujours intégrée dans le système de santé existant, encore moins au niveau fondamental des soins de santé primaires [54].

Face à l'augmentation de la prévalence et de l'incidence de ces maladies dans les pays en développement, une attention particulière leur ait accordé.

Ainsi, l'intérêt de la mise en œuvre d'une approche intégrée de prise en charge et de lutte contre ces maladies chroniques et bucco-dentaires à partir des facteurs de risque communs a été recommandé [46].

La nécessité de travailler en collaboration entre chirurgien dentiste et médecin spécialiste des maladies chroniques dans le domaine de la prévention est préconisée par l'OMS en 2007 à partir de la résolution WHA 60-17. La stratégie mondiale OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles est une nouvelle conception de la prise en charge des maladies bucco-dentaires par la prévention et leur contrôle. Une surveillance continue des niveaux et de la tendance des facteurs de risque est fondamentale pour planifier et évaluer les activités de prévention et de promotion menées dans la communauté. Cette collaboration a pour but de rationaliser les ressources d'une manière générale afin que nos actions soient plus efficaces et plus efficientes. L'application de ces stratégies est très timide au niveau des pays africains comme le Maroc. Cependant, sur le plan de la prise en charge curative des patients, la nécessité d'une collaboration se fait pourtant sentir et se manifeste par un système de référence contre référence entre les spécialistes de santé bucco-dentaire et ceux des maladies non transmissibles.

PREMIERE PARTIE :

CONSIDERATIONS GENERALES

CHAPITRE I : CADRE D'ETUDE

I. PRESENTATION DU MAROC

- Le Maroc est situé à l'angle Nord-Ouest du continent Africain.
- Sa façade maritime s'étend sur 3446 Km.
- Sa superficie est d'environ 710.850 Km² dont une part importante est couverte de zones montagneuses et zones arides.
- Le Maroc est dirigé par sa majesté le roi MOHAMED VI, que dieu le glorifie, dans le cadre d'une monarchie constitutionnelle, avec multipartisme, deux chambres, avec séparation du pouvoir.
- L'administration du territoire est organisée en provinces, préfectures et Wilayas à la tête des quelles un gouverneur est nommé par dahir.

Sur le plan sanitaire ; malgré l'évolution, et le chemin parcouru, la santé au Maroc présente encore des indicateurs alarmants :

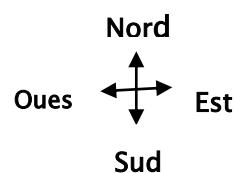
- Le taux de mortalité maternelle : **132** pour **100 000** naissances vivantes
- Le taux de mortalité infantile de **40** pour **1 000** naissances
- La couverture médicale : **30 %** de la population [41].

Tableau I : Profil de la population marocaine [27].

Année	1960	1982	2008
Population totale (en milliers)	11 626	20 419	31 177
Population urbaine (en milliers)	3 389	8 730	17 730
Population rurale (en milliers)	8 236	11 689	13 447
Proportion de la population urbaine en %	29.1	42.7	56.9



Figure 1 : Carte du Maroc [11]



1. Géographie et climat

Il existe deux grandes saisons au Maroc : saison sèche et chaude de mai à septembre, plus froide et humide d'octobre à avril. Ces contrastes climatiques et géographiques offrent une flore et une faune très riches et diversifiées.

La capitale du Maroc est la ville de Rabat, les villes principales sont Casablanca, Marrakech, Agadir, Tanger, Fès, Meknès, Oujda[60].

2. Politique

Le Maroc est une monarchie constitutionnelle (proclamée en 1962 par le roi Hassan II et modernisée à plusieurs reprises). Le parlement est élu au suffrage universel depuis 1997. Le pouvoir exécutif peut alors être exercé par un gouvernement formé par un premier ministre issu de la majorité et nommé par le roi, Mohammed VI. Descendant de la dynastie des Alaouites, il a accédé au trône en 1999 et a engagé le Maroc dans la modernité[41,60].

3. Population marocaine

Selon le dernier recensement de 2004, la population au Maroc était de 29.9 millions d'habitants, aujourd'hui elle est estimée à 32.4 millions d'habitants (2012) [26].

Environ 60% de la population est concentrée dans les régions côtières, dans les plaines du nord ou dans les grandes villes du pays. Enfin, c'est une population jeune (plus de la moitié de la population à moins de 25 ans) et la croissance démographique reste élevée.

C'est un pays qui est également très remarquable par sa tradition d'accueil et la volonté de préserver sa multi culturalité en permettant la coexistence pacifique de toutes les origines et de toutes les confessions.

4. Économie

Le Maroc est la cinquième puissance économique d'Afrique. Pays en développement, charnière entre l'Afrique et l'Europe dans lequel les entreprises étrangères investissent de plus en plus. Le taux de croissance en 2006 est de 8%, le plus élevé des pays du Maghreb.

L'année 2007 est marquée par un taux de croissance moins élevé (3,2%), lié à une année de sécheresse. Le Maroc fait partie des pays émergents au même titre que des pays tels que l'Inde, le Brésil, la Turquie, la Tunisie ou encore la Chine. La monnaie marocaine est le dirham, DH (1 euro = 11 dirhams environ) [41].

II. SYSTEME DE SANTE

1. Grandes fonctions du système national de santé

- Organisation d'une offre de soins décentralisée et hiérarchisée ;
- Instauration d'un mécanisme de financement des soins qui maintient un juste équilibre entre les dépenses de santé et la capacité de payer de la collectivité....

2. Présentation des différents secteurs de santé

Dans **le système socialiste** l'état estime que la santé lui incombe entièrement.

Dans **le système libéral**, l'initiative privée répond aux besoins de la population.

La santé publique tire ses ressources des impôts.

La sécurité sociale bénéficie des ressources des cotisations des assurés. Les membres et les groupes s'assurent réciproquement contre certains risques [41].

3. Système de santé national et ses principales caractéristiques

Présentation des différents secteurs du système de santé national

- **Secteur public.**

Le réseau hospitalier, le réseau des soins de santé de base, les institutions et laboratoires nationaux et les services de santé des Forces Armées Royales.

- **Secteur privé à but lucratif**

Les hôpitaux et les cliniques privées, les cabinets libéraux, les officines...

- **Secteur privé à but non lucratif**

Les hôpitaux et les établissements de soins de la C.N.S.S., des mutuelles, de l'OCP, de l'ONEP de l'ONE....

- **Secteur de médecine traditionnelle,**

Informel, non réglementé, à impact limité sur la santé de la population [1].

3.1. Secteur public étatique

Un secteur public où entrent en jeu les dispositifs du Ministère de la Santé, le service de santé des Forces Armées Royales et les collectivités locales [41].

Tableau II : Médecins du ministère de la santé

Catégorie	Nombre
Médecine générale	4 799
Chirurgie générale	422
Autres spécialités	5712
Total des Médecins	10 933

Quant au personnel infirmier, il y a actuellement environ 8,5 infirmiers pour 10 000 habitants, soit environ 1'infirmier pour 1 134 habitants dans le secteur public.

3.2. Secteur privé ou libéral

Un secteur privé à but lucratif où exercent des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des professionnels paramédicaux soit au sein du cabinet ou de cliniques d'hospitalisation [6,41].

Tableau III : Médecins du secteur privé

Catégorie	Nombre
Médecine Générale	4 109
Chirurgie Générale	400
Autres spécialités	3 808
Total des Médecins	8 317

4 .Professionnels de santé

4 .1.Médecins

4 .1.1.Médecins du secteur public

L'effectif total des médecins du secteur public est de **10 933**.

Le nombre de médecins généralistes est de 4 799.

Pour ce qui est de la répartition par réseau 5 598 (51,2 %) des médecins du secteur public exerçant dans les hôpitaux, le reste est affecté au niveau du réseau ambulatoire.

4 .1.2.Médecins du secteur privé

L'effectif des médecins privés est de **8 317**. Environ 50 % des médecins privés exercent dans les régions de Grand Casablanca et Rabat-Salé-Zemmour-Zaer.

4 .1. 3. Répartition par spécialité

Il existe 8 316 médecins spécialistes pour les deux secteurs réunis. Le secteur public emploie 6 134 médecins spécialistes.

Tableau IV : Répartition des médecins du secteur public (y compris les médecins des collectivités locales et les enseignants chercheurs) par spécialité et par province / préfecture, année 2011 [43].

Régions	Provinces et Préfectures	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GRANDCASABLANCA	AINCHOCK AINSEBAAHAYMOHAMMADI ALFIDADERBSULTAN BENMSIK CASA- ANFA CHU-CASA FACULTEDECASA HAYHASSANI MACHOUARCASA MEDIOUNA MOHAMMADIA MOULAYRACHIDSIDIOTHMAN NOUACEUR SIDIBERNOUSSI			1 1 1 2 3 77 33 2 16 10	1 1 3 2 5 42 34 7 2	1 4 4 2 5 14 14 4 2	1 3 3 5 9	2 2 36 6 1	1 1 25 4 1	3 2 4 8 3	
	Total région	3	29	128	37	58	98	23	55	40	66
RABAT-SALE-ZEMMOUR-ZAER	CHU-RABAT FACULTEDERABAT KHEMISSET RABAT SERVICESCENTRAUX SALE SKHIRAT-TEMARA		15 21	71 40 3 5 2	44 27 2 5 17	65 38 2 9 3	40 13 2 3 1	16 13 2 3 2	26 13 1 5 2	14 6 1 5 5	
	Total région	9	39	124	100	122	123	38	55	24	64
DOUKKALA-ABDA	ELJADIDA SAFI SIDIBENNOUR YOUSSOUFIA	1		4 4 1	2 2	5 2	5 2	3 2	4 2	1 1	3 2
	Total région	1		9	4	7	10	5	6	2	5
TADLA-AZILAL	AZILAL BENIMELLAL FQIHBENSALAH	3	2	3 3 2	1 2	1 3	2 6	3 3	3 1	1 1	
	Total région	4	2	6	3	4	9	3	3	1	1
MEKNES-TAFILALET	ELHAJEB ERRACHIDIA IFRANE KHENIFRA MEKNES MIDELET			2 2 2 6	1 1 1 1	1 1 5 1	2 2 8 1	1 1 2 4	1 1 1 2		
	Total région		3	12	2	9	20	7	4	2	3
FES-BOULEMANE	BOULEMANE CHU-FES FACULTEDEFES FESMYAACOUB SEFROU	2	7 3	1 23 4 5 2	1 7 2 7 1	1 10 3 7 1	2 24 3 7 1	1 13 2 1 1	1 5 1 3	18 4 2	
	Total région	2	10	35	12	22	37	8	18	10	25
TAZA-ALHOCEIMA-TAOUNATE	ALHOCEIMA GUERCIF TAOUNATE TAZA	1		1 2	6 2	2 1	4 1	2 1	1 1	1 1	1
	Total région	1	1	10	4	5	7	5	4	3	3
TANGER-TETOUAN	CHEFCHAOUEN FAHSANJRA LARACHE MDIQ-FNIDEQ OUAZZANE TANGER- ASSILAH TETOUAN			3 3 1 1 7		2 2 1 1 2	2 4 1 11 4	1 1 1 1 3	1 1 1 1 4	2 1	
	Total région		3	17	5	11	23	7	4	3	11
	TOTALGENERAL	37	104	431	204	295	434	131	191	107	228

1-ana pathologie 2- Anesthésie 3- Biologie 4-Biologie 5-Cardiologie

6-Chirurgie Générale 7-Chirurgie infantile 8-Dermatologie 9- Endocrinologie

Tableau V: Répartition des médecins du secteur public (y compris les médecins des collectivités locales et les enseignants chercheurs) par spécialité et par province / préfecture, année 2011[39,43,44].

Régions	Provinces et Préfectures	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
GRANDCASABLANCA	AINCHOCK	3		68	2	3		3		1	4
	AINSEBAAHAYMOHAMMA	5		61	2	4		3		2	3
	DI ALFIDADERBSULTAN	5	1	58	3	11	3	3		2	3
	BENMSIK	1		33	2	3				1	
	CASA-	5	1	106	3	3			1	2	5
	ANFA	60	23	9	15	10	31	44	20	35	70
	CHU-	14	10		4	2	11	7	3	8	9
	CASA	4	1	43	4	4		2		2	3
	FACULTEDECAS			3		2				3	
	A HAYHASSANI			28						2	
	MACHOUARCAS	4		65	1	2	1	1		2	3
	A MEDIOUNA	5		51	1	1		1		2	3
	MOHAMMADIA	4		26	1	3				1	
	MOULAYRACHIDSIDIOTHM	4		58	1	3			1	1	2
	AN NOUACEUR										
	SIDIBERNOUSSI										
	Total région	114	36	609	39	51	46	64	25	61	106
RABAT-SALE-ZEMMOUR-ZAER	CHU-RABAT	85		36	29	1	18	19	10	26	25
	FACULTEDERABA	32	8		28		16	6	12	12	34
	T KHEMISSET	7		74		1		1		2	1
	RABAT	6		179	6	7		1	2	5	10
	SERVICESCENTRAU			107		6				1	
	X SALE	6		132	4	2		3	2	3	2
	SKHIRAT-TEMARA	5		117	3	9		3		3	2
	Total région	141	8	645	70	26	34	33	26	52	74
DOUKKALA-ABDA	ELJADID	3		85	2	11	2	2	1	3	3
	A SAFI	3		60	1	4	3	3	1	1	2
	SIDIBENNOU	2		46							
	R	1		19							
	YOUSSOUFIA										
	Total région	9		210	3	15	5	5	2	4	5
TADLA-AZILAL	AZILAL	2		67						1	
	BENIMELLAL	5	1	62	1			3	3	1	1
	FOIHBENSALA	1		28							3
	Total région	8	1	157	1			3	4	1	2
MEKNES-TAFILALET	ELHAJEB	2		46		1					
	ERRACHID	6		89	2	1	1				3
	IA IFRANE	2		45						1	2
	KHENIFRA	1		62	1	2		1		1	2
	MEKNES	7	1	154	2	16	3	2	3	3	2
	MIDELT	2		30							
	Total région	20	1	426	5	18	4	3	3	5	9
FES-BOULEMANE	BOULEMANE	3		51	1					1	2
	CHU-FES	23		16	12		7	9	15	8	18
	FACULTEDEF	5	1	2			3	1	2	2	2
	S FES	8	3	234	2	9	3	2	2	3	
	MYYAACO			24		2					
	UB SEFROU	2		47		1					
	Total région	41	4	372	17	12	13	12	19	14	22
TAZA-ALHOCEIMA-TAOUNATE	ALHOCEIM	4	1	72	1			2	1	1	2
	A GUERCIF	1		20							
	TAOUNAT	2		65	1			1			1
	E TAZA	3		77	1		2	1	1	2	2
	Total région	10	1	234	3		4	3	2	4	5
TANGER-TETOUAN	CHEFCHAOUE	3		44	1			1		1	2
	N FAHSANJRA			13							
	LARACHE	4		73	1	3		1		2	2
	MDIQ-FNIDEQ	3		37							
	OUAZZANE	1		32							
	TANGER-	11	2	134	3	2	3	2	3	5	3
	ASSILAH	6	1	78	2	2	3	1	2	1	2
	TETOUAN										
	Total région	28	3	411	7	7	6	5	5	9	9
TOTALGENERAL		499	67	5030	180	173	150	159	101	197	300

4.2. Pharmaciens

4.2. Pharmaciens

Ils sont passés de 580 en 1979 à plus de 8 400 en 2008 et couvre convenablement le territoire dans son ensemble. Il faut signaler le manque de pharmaciens dans le secteur public.

4.3. Chirurgiens-dentistes

Ils sont 3 867 dont Plus de 1 000 femmes marocaines actuellement soit environ deux dentistes pour 16 000 habitants.

Beaucoup de chirurgiens dentiste ont été formés au Maroc depuis une dizaine d'années dans les deux facultés de Rabat et de Casablanca [43].

Tableau VI: Évolution du nombre des pharmaciens et des chirurgiens dentistes du secteur public par province / préfecture, année 2011[43].

Région	Province et préfectures	Pharmaciens	Chirurgiens dentistes
GRANDCASABLANCA	AINCHOCK AINSEBAA HAYMOHAMMADI ALFIDADERBSULTAN BENMSIK CASA-ANFA CHU-CASA HAYHASSANI MACHOUARCASA MEDIOUNA MOHAMMADIA MOULAYRACHID SIDIOUHMANE NOUACEUR SIDIBERNOUSSI	0 3 2 3 2 4 1 0 1 2 2 2	2 5 6 4 7 85 4 4 2 4 6 2
	Total région	24	133
RABAT-SALE-ZEMMOUR-ZAER	CHU-RABAT KHEMISSET RABAT SERVICESCENTRAUX SALE SKHIRAT -TEMARA	58 2 2 42 1 3	59 3 25 0 11 12
	Total région	108	110
DOUKKALA-ABDA	ELJADIDA SAFI SIDIBENNOUR YOUSSOUFIA	4 5 2 1	5 4 0 0
	Total région	12	9
TADLA-AZILAL	AZILAL BENIMELL AL FQIHBENSALAH	2 2 1	2 5 1
	Total région	5	7
MEKNES-TAFILALET	ELHAJEB ERRACHIDIA IFRANE KHENIFRA MEKNES MIDELT	2 3 2 2 6 1	1 7 4 3 10 0
	Total région	16	25
FES-BOULEMANE	BOULEMANE CHU-FES FES MYYAACOUB SEFROU	1 1 3 2 2	1 5 10 2 3
	Total région	9	21
TAZA-ALHOCEIMA-TAOUNATE	ALHOCEIMA GUERCIF TAOUNATE TAZA	7 1 4 2	3 1 6 4
	Total région	14	14
TANGER-TETOUAN	CHEFCHAOUEN FAHSANJRA LARACHE MDIQ-FNIDEQ OUAZZANE TANGER -ASSILAH TETOUAN	1 2 3 1 1 7 5	3 2 5 2 2 12 5
	Total région	20	31
TOTAL GENERAL		311	464

III.PRINCIPALES DONNEES SUR LA VILLE DE RABAT

1. Population de la Région

La population de la région s'élève à 2.366.494 habitants (soit 7,9% de la population totale nationale) dont 2 millions sont urbains (soit 81% de la population totale régionale). C'est donc une région à prédominance urbaine (Recensement 2004). Comparée à l'ensemble du pays (42 hab/km² en 2004), la Région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër est densément peuplée (247 hab/km² [26]).

L'agglomération de Rabat-Salé concentre près de 60% de la population totale régionale sur un espace ne dépassant pas 8% du territoire régional. Cette situation est due aux afflux importants des migrants vers les grandes métropoles où se concentre une bonne partie des activités industrielles et tertiaires. De plus, le taux d'activité de la région est de 48,4%.

2. Climat

La région se distingue par la diversité de ses aspects climatologiques. Trois domaines thermiques peuvent être définis :

- un domaine océanique limité à une étroite bande littorale et qui illustre la région de Rabat. L'influence tempérante de la masse océanique se traduit par des températures moyennes de l'ordre de 12° pour le mois le plus froid et de 23° pour le mois le plus chaud. Les moyennes des températures maxima sont proches de 28° pour les mois de Juillet, Août et Septembre, tandis que les moyennes des températures minima ne descendent pas au-dessous de 7° pour les mois d'hiver.
- un domaine semi-continental correspondant aux zones de Tiflet, Rommani et Khémisset.
- un domaine de moyenne montagne illustré par la zone d'Oulmès. Les températures moyennes du mois le plus chaud sont de 25-26°, celles du mois

le plus froid sont comprises entre 7 et 8°C. Concernant la pluviométrie en enregistre 500 mm/an dans le bas pays (Rabat-Tiflet-Tiddas) et 528 mm/an pour la moyenne montagne (Oulmès).

3. Economie

La région, d'une superficie de 9 580 km², génère 9,8 % du PIB national. Le secteur tertiaire domine l'activité économique avec 56 % des emplois tandis que 25,2 % de la population travaillent dans le secteur secondaire. Pour le tourisme, la capacité d'hébergement à Rabat, classée (en termes de lits) en 2008, est de 4812 lits [61].

4. Ressources sanitaires

En matière d'infrastructures de base dans le domaine de la santé, la région compte un Centre hospitalier universitaire de grande valeur et 14 hôpitaux publics d'une capacité de 3843 ainsi que 115 établissements sanitaires de base.

En ce qui Concerne l'infrastructure sanitaire privé, la région compte 44 cliniques contenant 703 lits, 32 Cabinets de Rayon X, 62 Laboratoires Médicaux, 1118 Cabinets de Consultations, 786 Pharmacies et 445 Chirurgiens-Dentistes [61].

Tableau VII : Infrastructures sanitaires Publics

PROVINCE	E.H		CSUA	CSU	CSCA	CSC	DR
	Nombre	Lits					
Rabat	8	3 043	3	24	0	0	0
Salé	3	453	0	21	2	0	2
Skhirate – Témara	1	59	2	8	3	3	0
Khemisset	3	288	0	8	12	20	7
TOTAL	15	3 843	5	61	17	23	9

Tableau VIII : Infrastructures sanitaires Privées

PROVINCE	C.P.BL		C.P.B.N.L		Cab. RX	Lab. Med.	Cab. Cons.	Phar. Dépôt	Chir. Dent.
	Nbre	Lits	Nbre	Lits					
Rabat	27	409	2	55	26	48	821	263	305
Salé	9	159	0	0	6	7	137	199	75
Skhirate – Témara	1	16	0	0	0	5	100	154	42
Khemisset	5	64	0	0	1	2	60	170	23
TOTAL	42	648	2	55	32	62	1 118	786	445

De ces tableaux on peut tirer les principaux indicateurs suivants:

- Le nombre d'habitants par établissement de soins de santé de base est de 21225;
- Le nombre d'habitants par cabinet de consultation privé est de 2183;
- Le nombre d'habitants par lit hospitalier est égal à 537 ;
- Le nombre d'habitants par médecin est de 651;
- Le nombre d'habitants par chirurgien-dentiste est de 5033;
- Le nombre d'habitants par Pharmacie est de 3105 ;

CHAPITRE II : AFFECTIONS BUCCODENTAIRES ET MALADIES CHRONIQUES

II. LES MALADIES BUCCO-DENTAIRES

Caries et maladies parodontales sont les maladies microbiennes les plus communes de la cavité buccale. Environ 300 espèces de germes colonisent la cavité buccale formant ainsi une flore bactérienne commensale. La distribution des bactéries au sein de cette flore permet un équilibre entre germes protecteurs et germes pathogènes. Le risque carieux et le risque parodontal varient d'un individu à l'autre.

1. La maladie carieuse

La carie dentaire est une déminéralisation localisée et progressive des tissus durs des surfaces coronaires et/ou radiculaires des dents, provoquée par les acides produits par des bactéries. La carie est un processus dynamique, les périodes de déminéralisation alternant avec des phases de reminéralisation.

Si le processus de réparation ne suffit pas à compenser la destruction, d'une simple déminéralisation localisée de l'émail, la carie évolue vers la destruction progressive de la dentine sous-jacente [5]. La lésion dentaire peut se propager depuis les tissus durs jusqu'à la pulpe de la dent, (la pulpe comprenant les nerfs et vaisseaux) créant ainsi une plaie pulpaire. Cette plaie pulpaire ouverte met en communication le milieu buccal et sa charge microbienne avec la voie générale et le reste de l'organisme. C'est une porte d'entrée à la diffusion microbienne.

Certains facteurs de risque accompagnent et influencent le processus carieux[9]. La détermination des facteurs de risque et du risque carieux permet de cibler les besoins de prise en charge individuelle de chaque patient pour en accroître la pertinence et l'efficacité. Les facteurs sont multiples : l'âge, la salive, la plaque dentaire (agrégat bactérien adhérant à la dent) et l'hygiène bucco-dentaire, les

habitudes alimentaires, la consommation de fluor, le comportement de l'individu [21].

Le risque de développer des caries est fonction de l'âge ; à certaines tranches d'âges bien déterminés (5-7 ans, 12 ans, 35-44 ans, 65-74 ans) correspondent des schémas de localisation des pathologies carieuses.

La salive protège les surfaces dentaires de la déminéralisation par son taux de sécrétion, son contenu minéral et son pouvoir tampon. Les facteurs immunitaires salivaires sont également impliqués dans le développement des lésions carieuses. La plaque dentaire et l'hygiène jouent un rôle primordial. La plaque dentaire représente un substrat permettant aux bactéries de se développer. Les habitudes alimentaires ont un rôle prépondérant : type d'alimentation, fréquence d'ingestion, contenu en glucides fermentescibles. La consommation de fluor en tant qu'agent cariostatique est un moyen de lutte contre la carie.

Le risque carieux individuel est fondé sur les interactions entre les facteurs étiologiques et les facteurs de risques. Certains de ces facteurs sont intrinsèques au patient et d'autres lui sont extérieurs, certains peuvent être modifiés alors que pour d'autres aucune intervention n'est actuellement possible, tels les facteurs génétiques. Un rôle important est attribué à la perception qu'a l'individu de sa santé et à ses comportements: coopération, recours aux soins, recours à des consultations préventives.

2. Maladies parodontales : gingivite et parodontite

2.1.Gingivite

La gingivite est un état inflammatoire des tissus mous entourant les dents, c'est une réponse inflammatoire directe à la plaque dentaire microbienne [30].

L'état gingival est, de plus, influencé par différents facteurs tel le tabagisme, certains traitements médicamenteux entraînant une hyperplasie gingivale (la nifédipine utilisée dans les traitements d'hypertension artérielle, la phénytoïne

employée pour traiter l'épilepsie, et la cyclosporine médicament immuno-supresseur), et par les modifications hormonales (puberté, grossesse).

Les lésions intéressent d'abord la gencive provoquant des gingivites (stade réversible). En l'absence de traitement, elles évoluent vers des parodontites signant des atteintes progressives et irréversibles des tissus de soutien de la dent.

2.2. Parodontite

La parodontite est caractérisée par une destruction inflammatoire des tissus de soutien de la dent c'est-à-dire destruction des fibres attachées à la dent et de l'os dans lequel elles sont insérées. La parodontite également initiée par la plaque microbienne, pourrait faire suite à une période prolongée de gingivite. Son risque d'apparition est influencé par la réponse immunitaire et inflammatoire individuelle, en effet l'initiation de la parodontite ne nécessiterait que peu de plaque chez les patients susceptibles, et une fois initiée la destruction progressive serait indépendante de l'hygiène buccale du patient [67]. Bien que les bactéries soient essentielles pour l'initiation et la progression de la maladie, elles ne sont probablement pas suffisantes, la maladie se développant chez un hôte susceptible. A ce jour, plusieurs facteurs sont associés à une susceptibilité accrue tels que : âge, insuffisance d'hygiène buccale et faible fréquentation du cabinet dentaire, tabagisme, stress, diabète, ostéoporose, ethnique, prédispositions génétiques, immunodépression et certaines bactéries pathogènes. Aucun de ces facteurs n'est suffisant à lui seul pour induire la maladie : il semble que plusieurs facteurs de risque soient nécessaires pour initier puis déterminer la vitesse de progression de la maladie. Pour cette raison, la parodontite est considérée comme une maladie multifactorielle.

3. Cancers de la bouche

Ces cancers sont essentiellement les VADS développés aux dépends de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et des cavités naso-sinusiques.

4. Facteurs de risque de cancers buccaux

Les études cas/témoins et des études analytiques de cohortes menées dans diverses régions géographiques ont fourni des données. On dispose de données suffisantes, provenant d'une méta-analyse des essais comparatifs randomisés, pour recommander le counselling visant à encourager les patients à cesser de fumer probantes à l'appui d'une relation causale entre l'usage des produits du tabac, l'association alcool-tabac et l'apparition d'un cancer de la cavité buccale [8 ,68]. Certaines de ces études ont montré que l'arrêt de la consommation de tabac ou d'alcool s'accompagnait d'une baisse des taux observés de cancer buccal. Une méta-analyse des essais comparatifs randomisés nous fournit suffisamment de données pour recommander le counselling visant à encourager l'abandon du tabac [35].

L'évolution des maladies parodontales peut conduire à la perte de l'organe dentaire. La présence de poches parodontales entre la gencive et la dent, véritable réservoir de bactéries et le risque de saignement favoriseraient la diffusion bactérienne dans l'organisme et constituerait un facteur de risque de contamination non négligeable.

Les programmes en milieu scolaire qui visent à prévenir la consommation de tabac sans fumée n'ont pas tous eu un égal succès [31, 32] .L'évaluation des programmes d'abandon du tabac sans fumée a été assez restreinte, aboutissant à des résultats contradictoires dans de petites séries de cas [32] Un essai randomisé portant sur 518 utilisateurs de tabac sans fumée a cependant montré que l'intervention d'hygiénistes dentaires (examen des tissus mous, recommandation de cesser de consommer, matériel d'initiative individuelle, vidéo, date de cessation) a permis d'accroître les taux d'abandon après trois mois (32 % des membres du groupe d'intervention contre 21 % des témoins, $p<0,01$) [34].

5. Prévention des affections bucco-dentaires

Le succès des mesures de prévention est surtout tributaire de leur disponibilité et de leur utilisation par les populations, les agents de santé et les collectivités. Afin que chacun puisse en tirer avantage, des efforts d'éducation, d'information et de communication sont nécessaires.

Ainsi toute mesure de prévention présente un aspect éducatif. L'information et l'éducation en santé constituant la base de la réussite en ce sens qu'elles sont de nature à favoriser une plus grande acceptation non seulement de la part des milieux professionnels mais aussi des collectivités. Elle est d'autant plus nécessaire que les affections bucco-dentaires sont très fréquentes. Selon l'organisation mondiale de la santé, « l'éducation pour la santé bucco-dentaire représente essentiellement une action exercée sur l'individu pour l'amener à modifier son comportement. Elle vise en général à lui faire acquérir et conserver des saines habitudes, à lui apprendre à profiter judicieusement des services de santé mis à sa disposition et à le conduire à prendre lui-même isolément ou collectivement les décisions qu'implique l'amélioration de son état de santé et de la salubrité du milieu où il vit ». [35]. Il ne suffit pas d'informer pour éduquer. Il faut, après avoir informé, arriver à une prise de conscience du danger d'une part et déclencher le besoin de changement d'autre part. Une bonne éducation doit convaincre mais à cela s'opposent très souvent des croyances, des interdits, des habitudes, l'ignorance, etc. L'information peut se définir comme un ensemble d'idées ou de faits qui sont véhiculés d'une personne à une autre par le biais de différents moyens pouvant être à l'affiche, l'entrevue, la radio, la télévision, etc. Elle doit répondre à des objets précis. Les cibles doivent aussi être clairement identifiées. La communication quant à elle peut se définir comme un ensemble de techniques qui permettent la diffusion des messages écrits ou audiovisuels auprès d'une audience vaste et hétérogène [55].

Elle repose sur le dialogue et nécessite une retraduction. Il faut connaître les réactions des gens, ce qui permettra de corriger les éventuelles erreurs de notre

stratégie. Information, Education et Communication (I.E.C) est une stratégie de prévention.

5.1 Approche de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé a distingué 3 types de prévention :

- La prévention primaire
- La prévention secondaire
- La prévention tertiaire

5.1.1. Prévention primaire

Elle intervient avant la maladie et vise à empêcher la survenue. C'est la plus satisfaisante des préventions parce qu'elle permet le maintien de l'intégrité corporelle du sujet. Elle l'est également pour une autre raison : des moyens simples d'entretien sont mis en œuvre, sans recours aucun aux actes curatifs [7]. L'objectif prophylactique est de donner à l'individu toutes les chances possibles pour préserver sa santé. Dans la pratique, les acteurs de cette prévention primaire sont nombreux : professionnels et non professionnels.

5.1.2Prévention secondaire

Elle a pour but de déceler à un stade précoce des maladies qui n'ont pu être conjurées par la prévention primaire. Le moyen capital est le dépistage précoce. Contrairement à la prévention primaire, le dépistage doit être l'apanage des professionnels de la santé. Les acteurs principaux sont donc représentés par le chirurgien-dentiste et surtout le personnel auxiliaire (exemple de l'infirmier spécialisé en odontologie). Compte tenu de la complexité de la carie et des parodontopathies, cette prévention secondaire trouve son intérêt parce qu'elle permet de soigner plus tôt, plus rapidement, plus facilement aussi et cela à moindre frais. Contrairement à la prévention primaire, elle ne peut se faire qu'avec un minimum de technologie et dans des conditions suffisantes pour faire le dépistage. L'acteur principal est ici le technicien supérieur en odontologie [7].

5.1.3. Prévention tertiaire

Elle intervient après la survenue de la maladie quand il y a un échec des mesures précédentes et que l'on cherche à éviter que la maladie ne soit à l'origine de certaines complications. Elle inclue la réhabilitation de l'individu dans le cas où la maladie a évolué jusqu'à son terme et que celui-ci en porte les séquelles [13]. En dentisterie, il s'agit d'éviter les complications infectieuses ou inflammatoires, les extractions, etc. En prothèse, l'intervention consistera à mettre en place des prothèses pour la réhabilitation de l'individu. En définitive, le but visé est de pratiquer des soins de qualités et bien adaptés. Le cadre de ce niveau de prévention est le cabinet dentaire et il est essentiellement du ressort du spécialiste [7]. Ce troisième type de prévention, essentiellement curatif, est tributaire d'un certain nombre de facteurs en particulier le temps, la nécessité d'un personnel spécialisé et la dépendance technologique.

5.2. Approche de la prévention selon LEAVELL et CLARK

Pour LEAVELL et CLARK [13] le mot prévention ne doit pas être pris dans le sens de la prévention pré-pathogénique. Chaque maladie a sa propre façon d'évoluer lorsqu'elle est laissée à elle-même : c'est ce que l'on appelle histoire naturelle de la maladie, on interpose des obstacles. Ce sont ces obstacles que l'on appelle niveaux de prévention de LEAVELL et CLARK. Ils sont au nombre de cinq.

5.2.1. Promotion de la santé ou protection non spécifique

Elle vise essentiellement à augmenter la résistance de l'individu face à une maladie non déterminée. La bonne nutrition, l'exercice physique en plein air, l'habitation propre et conforme aux normes d'hygiène sont les principales mesures utilisées dans le cadre de la santé en général. Pour la promotion de la santé dentaire, on peut citer comme mesures : l'éducation pour la santé la propagande en faveur d'examens cliniques périodiques, l'alimentation rationnelle, la surveillance du développement de la personnalité, les consultations génériques.

5.2.2. Protection spécifique

Il s'agit de protéger l'individu contre une maladie spécifique qui s'est déclarée malgré les mesures préventives du premier niveau, elle conserve également l'hygiène buccale personnelle, la fluoruration de l'eau, les applications topiques, etc.

5.2.3. Diagnostic et traitement précoce

Ce niveau devient nécessaire quand la maladie n'a pu être évitée soit parce qu'il n'existe pas de méthodes efficaces à un niveau antérieur soit parce que les méthodes préventives existantes n'ont pas été appliquées. Les enquêtes de dépistage, les rendez-vous de rappel, les traitements précoce de carie, le détartrage, etc., sont d'une grande importance.

5.2.4. Limitation des dégâts

Ce niveau est appliqué quand il y a un échec des mesures précédentes et que l'on cherche à éviter que la maladie ne soit à l'origine de d'autres complications.

5.2.5. Réadaptation ou réhabilitation de l'individu

La maladie a évolué jusqu'à son terme et le malade porte les séquelles. Elle peut avoir occasionné une incapacité totale ou partielle. Même à ce stade, il est possible de faire un travail de prévention dans le dessein d'éviter que l'individu ne soit une charge lourde pour lui-même et pour la société. En odontologie, la prothèse et la psychothérapie sont déterminantes pour réinsérer cet individu dans la vie sociale. Les deux premiers niveaux correspondent à la prévention primaire, le troisième à la prévention secondaire alors que les deux derniers constituent la prévention tertiaire.

5.3. Éducation en santé et efforts de promotion des mesures de prévention

Le succès des mesures de prévention dépend de leur disponibilité et de leur acceptation et de leur utilisation par les populations, les agents de santé et les collectivités. Pour faire en sorte que chacun tire avantage des mesures de

prévention, des efforts d'éducation et de promotion sérieux et organisés sont nécessaires. Ainsi, toute mesure de prévention comporte un aspect éducatif. L'éducation en santé constitue l'élément fondamental de la réussite, en ce sens qu'elle est susceptible de favoriser une plus grande acceptation et un plus grand usage de la part des milieux professionnels et de la collectivité. Elle peut s'avérer d'autant plus nécessaire pour prévenir les affections bucco-dentaires que celles-ci se multiplient et sont généralement bénignes. Les termes d' « **éducation sanitaire** » et de « **promotion de la santé** » sont entendus ici comme suit :

- **Education sanitaire** correspond à un ensemble d'occasions d'apprentissage induisant des changements volontaires de comportement qui concourent à l'amélioration de l'état de santé. Il se peut que les comportements individuels, familiaux, collectifs ou institutionnels aient à se modifier. L'éducation est nécessaire dès le début et à tous les stades ultérieurs de toute mesure de santé collective.
- **Promotion de la santé** correspond à un ensemble d'actions éducatives, organisationnelles, économiques et environnementales induisant des comportements qui favorisent un meilleur état de santé. Elle agit soit en modifiant l'environnement de façon telle que l'état de santé s'améliore indépendamment de toute initiative individuelle, soit en donnant aux gens la possibilité de profiter des mesures ou des services de prévention. Par exemple, doter les écoles d'un programme de prévention consistant en exercices de rinçage de bouche avec un produit fluoré permet aux élèves de bénéficier d'une mesure de prévention des caries sans guère d'effort de leur part. Parallèlement, le décret exigeant l'utilisation en voiture de ceintures et sièges de sécurité pour les enfants est un élément de promotion de la santé.

Bien que l'éducation diffère de la promotion, les deux sont nécessaires aux programmes de prévention des affections bucco-dentaires. L'éducation permet d'éveiller et d'entretenir l'intérêt, apporte de nouvelles informations et renforce les

connaissances acquises. La promotion apporte une méthode de prévention et permet, dans le même temps, d'enseigner aux gens, aux collectivités et aux professionnels de la santé, le contenu de la mesure introduite. Le but est de mettre en pratique des décisions orientées vers la prévention.

Le principal objectif de ces actions est d'améliorer la santé bucco-dentaire et leur efficacité sera évaluée en fonction de l'amélioration de cet état de santé.

L'hygiène bucco-dentaire est une composante normale de l'hygiène individuelle et devrait faire partie de tout effort visant à l'améliorer.

5.4 .Prévention des caries dentaires

5.4.1. Quelques méthodes de prévention

Il existe en odontologie un certain nombre de méthodes destinées à empêcher la survenue de la carie dentaire. Il s'agit essentiellement de la modification et protection du terrain par les fluorures, de l'utilisation des produits obturant, des méthodes d'hygiène buccale et enfin des consultations de diététique [55].

5.4.1.1. Modification et protection du terrain par les fluorures

Parmi les mesures auxquelles on peut recourir pour augmenter la résistance des dents à la carie, l'application de fluorures sous diverses formes conserve la primauté. Pour faire parvenir des fluorures à la communauté, on utilise diverses méthodes qui peuvent être schématiquement divisées en 3 catégories [17].

- L'ingestion de fluorures par voie générale
- L'application de fluorure par voie locale
- Les méthodes combinées

5.4.1.1.1. Ingestion des fluorures par voie générale avec l'eau

La fluoration de l'eau touche actuellement environ des millions de personnes tandis que des millions d'autres ont accès à l'eau dont la teneur naturelle en fluorures atteint ou dépasse le niveau optimal. L'efficacité des programmes de fluoration de l'eau a été démontrée à maintes reprises notamment chez les populations parmi lesquelles le taux de caries est important. Il a été possible de

réduire ce taux de 50% à 70% dans des pays de toutes les régions du monde. Une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la fluoruration des eaux de boissons a tiré un certain nombre de conclusions [17].

- Une action remarquable contre la carie dentaire lorsque l'eau est utilisée à 1mg/l de fluorure. Pour cependant atteindre son maximum d'efficacité au niveau de la prévention elle doit être absorbée pendant toute la vie ;
- Il n'y a aucune preuve que l'eau ingérée à cette concentration soit à l'origine d'une altération de l'état général ;
- La fluoruration des eaux de boisson est une mesure sanitaire efficace et réalisable.

5.4.1.1.2. Application de fluorures par voie locale

5.4.1.1.2.1. Application topiques de fluorures par des spécialistes

Dans ce cas, des préparations à forte concentration de fluorure (solution, vernis ou gel) sont appliquées directement sur la surface des dents par les spécialistes ou des auxiliaires dentaires. En raison de son caractère individuel, ce mode d'application est plus coûteux que tout autre et son utilisation doit, par conséquent, se limiter à quelques sujets vulnérables.

Pour cette application, on recommande les préparations suivantes 2% de fluorure de sodium neutralisé (0,9% d'ion fluor) ; 8% de fluorure de fluorure d'étain (2% d'ion fluor) ; ou 2,8% de fluorure de sodium acidulé (1,23% d'ion).

Le fluorure d'étain et le phosphato-fluorure acidulé sont disponibles en gels ; tous peuvent être utilisés en solution. Les vernis fluorés contiennent du fluorure de sodium.

Les applications de gels fluorés sont effectuées par un personnel spécialisé comprenant des auxiliaires spécifiquement formés. Des précautions sont nécessaires pour éviter l'ingestion excessive de gels fluorés.

5.4.1.1.2.2. Rinçages de bouche fluorés

L'usage des rinçages de bouche est une méthode d'application topique de fluorures en faible concentration sur les dents. Pour que cette méthode soit efficace, il faut :

- une application quotidienne d'une solution de fluorure de sodium, à 0,05% ;
- une application hebdomadaire ou bimensuelle d'une solution de fluorure de sodium, à 0,2%.

D'autres composés, tels que le fluorure d'étain, ont été utilisés avec succès en rinçage. Cependant, parmi tous ces composés, le fluorure de sodium reste le moins cher et le mieux toléré quant au goût.

L'usage quotidien de rinçages de bouche est plus onéreux et ne semble pas plus efficace que l'usage hebdomadaire. En revanche, le rinçage quotidien est indiqué à la maison, car il peut facilement faire partie des soins habituels d'hygiène bucco-dentaire, tandis que les rinçages hebdomadaires ou bimensuels sont préférables dans le cadre scolaire. Une contre-indication est à signaler pour les enfants de moins de six ans qui ont tendance à ingurgiter une partie du rinçage.

5.4.1.1.2.3. Brossage des dents avec des dentifrices fluorées

De nombreuses études ont montré que les dentifrices d'une concentration de fluor de 1ppm donnent une diminution modérée de la carie. L'utilisation de cette méthode à la maison est pour certains auteurs une bonne mesure de santé publique.

5.4.1.1.2.4. Brossage avec du gel de fluorure

Des études sur le brossage avec des gels fluorés ont montré que cette méthode est efficace quand elle est utilisée cinq fois par an. Des difficultés pour l'appliquer sont nombreuses entre autres la quantité de produits devant être stockée, le coût assez élevé de matériels et fournitures et la nécessité d'une supervision.

5.4.1.1.3. Méthodes combinées

Les pâtes dentifrices fluorées sont disponibles dans bien des régions du monde. Elles contiennent normalement des fluorures d'étain, des fluorures de sodium, des monofluorophosphates de sodium ou des fluorures d'amine, mélangés à des abrasifs appropriés pour faciliter l'action des fluorures. Les concentrations en fluorure tournent généralement autour de 0,1%. De nombreuses études ont montré que l'utilisation régulière de dentifrices fluorés, avec des abrasifs appropriés, est d'une grande efficacité dans la prévention des caries. Les dentifrices fluorés sont utilisés comme tous les autres produits de nettoyage des dents, avec une brosse, un bâtonnet, etc. Leur utilisation régulière à la maison est recommandée, bien que l'on puisse instaurer dans les écoles des programmes de brossage des dents sous supervision.

La méthode des dentifrices fluorés peut être utilisée avec n'importe quelle autre méthode d'administration du fluor par voie systémique (eau, sel ou comprimés) et peut avoir encore d'avantage d'effet si on y ajoute l'application locale d'une préparation fluorée (produits appliqués par des spécialistes ou rinçages de bouche). Les dentifrices fluorés sont contre-indiqués pour les jeunes enfants qui peuvent en absorber de trop grandes quantités et qui risquent, en conséquence, de souffrir de fluorose.

5.4.1.2. Agents de scellement des fissures

Les agents de scellement sont des matériaux en plastique qui servent à badigeonner les puits et les fissures des dents postérieures (zones très vulnérables aux agents cariogènes) et qui durcissent et rendent les surfaces plus résistantes. Il s'agit donc d'une prévention localisée des caries.

La technique d'application des scellements est simple, mais demande un accès facile, un bon éclairage, un système de pompage de la salive pour maintenir au sec la surface de la dent traitée tout au long de l'intervention. Des contrôles

annuels et de nouvelles applications sont recommandés. Lorsqu'un agent de scellement demeure intact, la carie n'évolue pas.

Les agents de scellement peuvent être appliqués par des auxiliaires aussi bien que par des dentistes ou des agents de soins de santé primaires, après une formation adéquate. Cette technique est relativement coûteuse, mais hautement efficace, tout particulièrement lorsqu'elle est appliquée, dès leur apparition, aux premières et secondes molaires qui sont les dents les plus sujettes aux caries.

5.4.1.3. Hygiène buccale

La santé buccale ne se conçoit pas sans une bonne hygiène. Cependant, il semble que du point de vue de la prévention de la carie dentaire, le brossage des dents et autres moyens d'entretien de l'hygiène ne soient opérants que dans la mesure où ils empêchent la croissance et la rétention de la plaque [57]. Il convient donc de ne pas surestimer leur efficacité en tant que mesure de santé publique contre la carie dentaire. Chez des sujets motivés, capables d'appliquer avec soin et rigueur une méthode valable, il est possible que le brossage des dents accompagné d'un nettoyage dentaire approprié arrive à empêcher la carie. Le brossage des dents est toutefois un élément indispensable dans tout programme complet de prévention ; il peut être utilisé dans l'application topique de fluorures mais il ne constitue pas isolément un moyen pour prévenir la carie [55].

5.4.1.4. Conseils diététiques

D'après des études contrôlées faites sur l'homme, l'incidence et la prévalence de la carie baissent sensiblement lorsque la fréquence de la consommation de sucre est réduite [55]. Des données épidémiologiques obtenues sur l'observation de nombreux et importants groupes de populations attestent que la prévalence de la carie varie parallèlement à la consommation totale du sucre, augmentant et s'abaissant avec elle [55].

Un rapport rédigé par le comité Britannique sur les aspects médicaux de la politique nutritionnelle montre que les sucres sont la cause principale des caries

dentaires chez les enfants, adolescents et personnes âgées et exhorte chaque individu à diminuer sa consommation de sucre.

Cette relation est très inquiétante notamment dans les pays où les habitudes alimentaires traditionnelles sont de plus en plus abandonnées en faveur d'une consommation accrue de sucre. Il est donc recommandé, partout où il est possible d'instituer des conseils diététiques, d'en déconseiller énergiquement l'ingestion fréquente entre les repas.

5.5. Prévention des affections du parodonte

5.5.1. Méthodes de prévention

Les données actuelles en microbiologie et notre connaissance des réactions des tissus récepteurs n'ont pas encore montré qu'il existait un micro-organisme simple ou un groupe de micro-organismes spécifiquement responsables du développement de la gingivite ou de la parodontite. Par conséquent, d'un point de vue clinique, il faut considérer et traiter la plaque dentaire comme un facteur qui contribue à l'apparition de maladies.

La surveillance de l'évolution de la plaque dentaire doit se faire au niveau individuel, malgré la nécessité fréquente de recourir à un traitement spécialisé. Le but est de protéger la bouche de la plaque dentaire et de limiter ainsi le plus possible ce type d'affection à une gingivite bénigne et réversible.

5.5.2. Consignes d'hygiène bucco-dentaire

On a vu plus haut que la plaque dentaire s'accumulait sur les parois gingivales si elle n'était pas régulièrement éliminée. Un minimum d'hygiène bucco-dentaire est fondamental dans la lutte contre les parodontopathies.

Les instruments utilisés pour le nettoyage des dents et des gencives comprennent les bâtonnets de mastications et les brosses à dents classiques, aussi bien que les brosses à dents électriques, les cure-dents et la soie dentaire. Différents

produits de nettoyage, allant du dentifrice commercial au sel au bicarbonate de soude, sont utilisés pour leur pouvoir abrasif et leur goût. Des produits trop abrasifs peuvent se révéler nocifs. Les rinçages de bouche n'enlèvent pas la plaque, mais peuvent donner un sentiment de propreté et de bien-être.

Comme il n'existe aucune méthode universelle ou technique isolée qui garantit l'hygiène bucco-dentaire, l'objectif ne consiste à éliminer ou à empêcher l'évolution de la plaque dentaire et à le faire de manière uniforme sans endommager les tissus durs et les tissus mous.

Le choix des méthodes dépend des objectifs et des actions prévus. Dans les pays où l'éducation en hygiène bucco-dentaire est une nouveauté, il est souhaitable d'emprunter des moyens d'information appropriés, tels que la radio, la télévision ou le cinéma. L'étape suivante consiste à donner une éducation concernant l'hygiène bucco-dentaire aux enfants préscolarisés et scolarisés et aux adultes sur leur lieu de travail. On ne devra pas oublier que les conseils, en eux-mêmes, ne seront pas suffisants pour garantir l'hygiène bucco-dentaire ; pour atteindre des résultats positifs, il est nécessaire de faire pratiquer des exercices individuellement ou en petit groupe. Dans l'idéal, les enfants scolarisés devraient avoir des sessions périodiques d'apprentissage et de perfectionnement. Durant ce temps, les enfants ont besoin d'une surveillance quotidienne, allant d'une semaine à un mois, selon leur âge. Ensuite un contrôle périodique est suffisant. On devra montrer aux enfants et aux adultes comment examiner régulièrement leur bouche pour identifier la présence d'une plaque dentaire ; l'usage de produits révélateurs peut aider au diagnostic. La distribution des brochures, la radio et la télévision peuvent être utilisées pour donner des conseils en hygiène bucco-dentaire, même si l'on sait que les conseils individuels sont plus efficaces.

5.5.3. Détartrage et nettoyage

Le détartrage et le nettoyage (connus sous le nom de traitement prophylactique dans certains pays) ont pour effet d'éliminer les dépôts mous ou durs

(plaque et tartre) des surfaces de la dent et sont effectués par un dentiste ou une autre personne qualifiée utilisant les ultrasons ou quelque instrument spécial. Le tartre sous-gingival, notamment, ne peut pas être éliminé autrement. Le but est le même que celui de l'hygiène individuelle, c'est-à-dire qu'il s'agit d'éliminer les dépôts accumulés. Le détartrage devrait faire partie intégrante de tout programme d'hygiène bucco-dentaire, et devrait permettre à chacun d'empêcher que ce tartre ne se reforme, en se nettoyant soigneusement la bouche et les dents.

5.6. Prévention du cancer de la cavité buccale

En 1979, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique a indiqué que les cancers de la cavité buccale étaient une cause évitable de morbidité importante et de mortalité. A l'époque, la détection précoce de ce type de cancer était jugée possible, mais les données à l'appui de l'efficacité des stratégies de prévention et de traitement des cancers de la cavité buccale étaient limitées. Le Groupe d'étude insiste toutefois sur l'importance du counselling visant à encourager l'abandon du tabac comme moyen de prévenir le cancer de la cavité buccale, et la recommandation concernant le counselling anti-tabac qui porte plus généralement sur la prévention des maladies causées par le tabac.

III. MALADIES CHRONIQUES.

1. Généralités

Les MNT sont des conditions médicales qui, par définition, sont non infectieuses et non transmissibles entre les personnes. Les MNT sont généralement chroniques c'est-à-dire de longue durée et à évolution lente, mais elles peuvent être aigues avec par exemple l'apparition rapide de crises. Les quatre grandes catégories, qui représentent 80% des cas sont les maladies cardiovasculaires (comme la crise cardiaque et les AVC), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'asthme) et le diabète.

Ce sont les maladies associées au mode de vie parce que la plupart d'entre elles pourraient être évitées par des changements de style de vie. Cependant les MNT comprennent aussi des maladies auto-immunes, des maladies rénales chroniques, l'ostéoporose, la maladie d'Alzheimer, la cataracte et beaucoup d'autres.

Les liens de cause à effet L'OMS a identifié des facteurs de risque importants pour les maladies non transmissibles.

On sait que les facteurs de risque comme les antécédents d'une personne, son style de vie et son environnement augmentent la probabilité de certaines MNT. Il s'agit de l'âge, du sexe, des antécédents génétiques, l'exposition à la pollution de l'air et les comportements.

Les analyses ont démontré que 80% des MNT sont associées à trois grands facteurs de risque comportementaux—l'abus de drogue ou d'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activité physique.

D'autres facteurs de risque plus élevés de MNT sont liés aux conditions économiques et sociales d'une personne, ce sont les "déterminants sociaux de la santé"

2. Diabète

2.1. Définition

Le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. L'hyperglycémie, ou concentration sanguine élevée de sucre, est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins.

347 millions de personnes sont diabétiques dans le monde [14]. En 2004, on estimait que 3,4 millions de personnes étaient décédées des conséquences d'une glycémie élevée à jeun [24]. En 2010, le nombre de décès a été comparable. Plus de 80% des décès par diabète se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire [48].

Diabète de type 1

Le diabète de type 1 (précédemment connu sous le nom de diabète insulinodépendant ou juvénile) est caractérisé par une production insuffisante d'insuline et exige une administration quotidienne de cette dernière. La cause de diabète de type 1 n'est pas connue, et en l'état des connaissances actuelles, il n'est pas évitable:

Les symptômes sont les suivants: excrétion excessive d'urine (polyurie), sensation de soif (polydipsie), faim constante, perte de poids, altération de la vision et fatigue. Ces symptômes peuvent apparaître brutalement.

Diabète de type 2

Le diabète de type 2 (précédemment appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Le diabète de type 2 représente 90% des diabètes rencontrés dans le monde. Il est en grande partie le résultat d'une surcharge pondérale et de la sédentarité.

Ses symptômes peuvent être les mêmes que ceux du diabète de type 1 mais sont souvent moins marqués. De ce fait, la maladie peut être diagnostiquée plusieurs années après son apparition, une fois les complications déjà présentes.

Récemment encore, ce type de diabète n'était observé que chez l'adulte mais on le trouve désormais aussi chez l'enfant.

Diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est une hyperglycémie apparue ou décelée pour la première fois pendant la grossesse.

Les symptômes du diabète gestationnel sont les mêmes que ceux du diabète de type 2. Il est très souvent diagnostiqué au cours du dépistage prénatal et non pas suite à des symptômes.

Altération de la tolérance au glucose et de la glycémie à jeun

L'altération de la tolérance au glucose et de la glycémie à jeun sont des affections intermédiaires qui font la transition entre normalité et diabète. Les personnes qui en sont atteintes sont exposées à un risque élevé d'évolution vers un diabète de type 2, même si ce dernier n'est pas inévitable [16].

2.2 Données épidémiologiques

L'enquête nationale sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires menée en 2000

a montré que la prévalence du diabète est :

- 6.6% chez les personnes âgées de 20 et plus sont diabétiques soit un million de diabétiques.
- Plus de 50% des personnes atteintes méconnaissent leurs maladies.
- 10 000 enfants sont diabétiques.
- 300 000 diabétiques sont pris en charge par le Ministère de la Santé dont 120 000 sont insulinotraités [45].

2.3. Prévention du diabète

Avec plus de 1,5 million de personnes diabétiques au Maroc, cette maladie gagne de plus en plus de terrain. L'urgence est à la prévention et à l'information pour éviter le pire.

On le sait, le diabète est la maladie du siècle. Tous les indicateurs dans le monde sont au rouge tant le nombre de patients atteints des pourcentages affolants. Le Maroc ne déroge pas à la règle et affiche pas moins d'un million et demi de diabétiques. Ce sont là les chiffres officiels, tels qu'annoncés par la ministre de la Santé publique, en 2011, lors du 8ème congrès maghrébin et 34ème congrès national d'endocrinologie, diabétologie et nutrition.

Et la panoplie des chiffres rend compte de la situation de cette maladie dans notre pays. 32% de ces diabétiques sont pris en charge par le ministère de la Santé, soit 410.000 personnes (170.000 sont insulinotraités). Face à cette percée préoccupante de la maladie, quelles sont les mesures prises au Maroc pour aider les patients? Tout d'abord, il y a ce plan quinquennal 2008-2012, qui vise à réduire l'incidence de la maladie et d'offrir les soins appropriés aux diabétiques.

Le ministère de la santé a mis en place, dans le cadre d'un programme spécifique national de lutte contre le diabète, un plan stratégique de prévention et de contrôle. Avec un acquis de taille qui est l'accès gratuit aux médicaments antidiabétiques, notamment l'insuline, au niveau de tous les établissements de santé de base.

Sans oublier également l'implantation de centres régionaux et d'unités provinciales de prise en charge des diabétiques.

Mais un tel plan stratégique ne peut être opérationnel et efficace que s'il est accompagné par le «renforcement des compétences des professionnels de santé par la formation continue des médecins généralistes et infirmiers dans ce domaine; la mise en place d'un système de dépistage au niveau de tous les établissements de soins de santé de base chez les personnes à haut risque et le renforcement de la collaboration intersectorielle sont les autres actions de ce plan».

Il y a aussi d'autres mesures importantes qui sont prises pour freiner et lutter contre le diabète. Il s'agit d'une approche rationnelle de prise en charge intégrée du diabète avec les deux pathologies qui lui sont très liées à savoir l'hypertension artérielle et les maladies rénales chroniques.

Sans oublier d'autres pathologies et les conséquences que provoque le diabète qui, souvent, immobilise les patients, les écarte de la vie active et les condamne à des traitements longs et éprouvants. D'où l'importance aujourd'hui de tabler sur la prévention et l'information pour aider les citoyens à mieux se nourrir, à garder leur forme physique pour mieux lutter contre tous les risques de diabète.

2.4. Prise en charge d'un diabétique

- S'assurer que le malade est suivi pour son diabète, sinon il faut l'orienter d'abord chez un médecin interniste sauf en cas d'urgence ;
- Le médecin traitant doit préciser : type de diabète, traitement en cours, tendance aux comas
- Examen clinique minutieux, examens biologiques et radiologiques.

2.4.1. Diabète rénal et insipide

La conduite à tenir est la même que pour l'insuffisance rénale chronique (préciser le degré de l'insuffisance).

2.4.2. Diabète sucré

- Examens biologiques (glycémie à jeun): on peut être confronté à 2 situations :

A Diabète équilibré poids stable, ne fait pas de malaise, valeurs glycémiques normales et stables dans le temps.

NB : L'équilibre diabétique est très précaire et souvent rompu pour toute infection banale ou effraction du régime.

Les sujets diabétiques sont souvent en déséquilibre [18].

Conduite à tenir :

- Préparation biologiques et sédative si nécessaire ;
- S'assurer qu'il n'est pas à jeun avant tout acte ;
- Le prendre en charge en matinée, séances courtes ;
- Le vasoconstricteur n'est pas contre indiqué en faible quantité ;
- Eviter les prescriptions injustifiées (les médicaments utilisés sans notre spécialité ne posent généralement pas de problèmes d'interactions sauf l'aspirine, tétracycline, corticoïde) ;
- Contrôle du patient jusqu'à cicatrisation.

A malade non équilibré (la majorité de nos malades) + altération de l'état général):

- Il faut prendre l'avis du médecin traitant.
- Il est préférable de porter tous les actes jusqu'à l'équilibration du diabète.

En cas d'urgence : agir en milieu hospitalier sous surveillance de l'interniste.

A diabète difficile à équilibrer (ambulatoire) et présence de foyers infectieux : agir quelque soit le taux de glycémie pour assurer sa diminution.

En cas de malaise hypoglycémique :

Installer le patient en décubitus latéral de sécurité, libérer les VADS

- Resucrage :
 - Patient conscient : Resucrage per os par des sucres rapidement absorbés (2 à 3 morceaux de sucre, boisson sucrée) suivis de sucres d'absorption lente (pain, biscuit) pour prévenir la rechute.
 - Patient non conscient : Resucrage par voie parentérale en IV.

Diabète gestationnel :

- Les patients sont systématiquement mis sous insuline
- Même CAT que précédemment [18].

3. Maladies cardio-vasculaires

3.1. Définition

Les maladies cardio-vasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, qui comprennent :

- les cardiopathies coronariennes (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le muscle cardiaque)

- les maladies cérébro-vasculaires (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau)
- les artériopathies périphériques (touchant les vaisseaux sanguins qui alimentent les bras et les jambes)
- les cardiopathies rhumatismales, affectant le muscle et les valves cardiaques et résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, causé par une bactérie streptocoque
- les malformations cardiaques congénitales (malformations de la structure du cœur déjà présentes à la naissance)
- les thromboses veineuses profondes et les embolies pulmonaires (obstruction des veines des jambes par un caillot sanguin, susceptible de se libérer et de migrer vers le cœur ou les poumons).

Les infarctus et les accidents vasculaires cérébraux sont généralement des événements aigus et sont principalement dus au blocage d'une artère empêchant le sang de parvenir au cœur ou au cerveau. Leur cause la plus courante est la constitution d'un dépôt gras sur les parois internes des vaisseaux sanguins alimentant ces organes. Les accidents vasculaires cérébraux peuvent aussi résulter du saignement d'un vaisseau sanguin cérébral ou de caillots[49].

3.2. Données épidémiologiques

Selon les données de l'OMS:

On estime à 17,3 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires, soit 30% de la mortalité mondiale totale [49]. Parmi ces décès, on estime que 7,3 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,2 millions à un accident vasculaire cérébral (dernières statistiques 2008) [48].

- Plus de 82% des décès interviennent dans des pays à revenu moyen ou faible et touchent presque également hommes et femmes.

- D'ici 2030, près de 23,3 millions de personnes mourront d'une maladie cardio-vasculaire (cardiopathie ou accident vasculaire cérébral principalement) [38 ,49].

D'après les projections, ces maladies devraient rester les premières causes de décès, le taux de progression le plus important devrait toucher la région de la Méditerranée Orientale. L'Asie du Sud-est devrait compter le plus grand nombre de décès.

En 2008, les maladies de l'appareil circulatoire représentaient 23% des causes de décès au Maroc soit la première cause de mortalité, avec un pourcentage de 14,8% pour les cardiopathies et 2,1% pour les maladies hypertensives [44].

3.3. Prévention des maladies cardiovasculaires

Si on se réfère aux résultats de l'étude réalisée par le ministère de la santé sur les facteurs de risques, on peut relever que notre pays est directement confronté à un risque cardiovasculaire puisque 33% de la population adulte sont hypertendus, 13% ont du surpoids, 6% sont diabétiques et 29% présentent du cholestérol... Ces facteurs de risques cardiovasculaires exposent les marocains à problèmes cardiaques parmi lesquelles l'infarctus du myocarde. L'angine de poitrine instable peut être un signe avant-coureur d'infarctus.

Les maladies cardiovasculaires sont responsables chaque année de 32% des décès en France. Ce chiffre pourrait être considérablement diminué ! En effet les facteurs de risque sur lesquels il est possible d'intervenir sont bien connus : le tabac, la sédentarité, un déséquilibre alimentaire[48].

3.4. CAT devant un patient cardiaque

Précautions à prendre face au risque infectieux chez le cardiaque

Elles visent à réduire la bactériémie spontanée et provoquée par l'application des mesures de prévention de l'endocardite infectieuse

- contact avec le médecin traitant (afin de connaître le type de cardiopathie et les médicaments en cours) ;
- instauration d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- recherche et éradication de tout foyer infectieux [19].

➤ **chez les patients à haut risque**

- Pour les patients présentant une atteinte parodontale, réaliser le débridement mécanique (détartrage, surfaçage radiculaire) sous antibioprophylaxie en minimisant au maximum le nombre de séances. Ce débridement a pour objectif d'assainir et de maîtriser les foyers infectieux parodontaux. La décision d'extraire ou de conserver des dents présentant des poches parodontales se fait en fonction du cas (degré d'hygiène, motivation du patient, nombre de dents restantes, réponse tissulaire, valeur de la dent ...) et parfois après réévaluation parodontale. Ne seront gardées à la fin du traitement que les dents avec un parodonte sain ou assaini ;
- extraire les dents présentant une atteinte pulpaire sous antibioprophylaxie;
- contre-indiquer l'extraction des dents incluses profondes ne présentant pas de risque de désinclusion ou de péricoronarite .
- contre-indiquer la chirurgie parodontale, les implants et la chirurgie péri-apicale ;

➤ **Chez les patients à risque**

- pour les dents présentant une atteinte parodontale : idem que pour les patients à haut risque;
- les traitements endodontiques peuvent être réalisés, mais seulement pour les monoradiculées, en une seule séance, sous digue et sous antibioprophylaxie ;

- la chirurgie parodontale, les implants et la chirurgie péri-apicale sont contre-indiqués [19].

➤ Patients sans risque

- Ils seront traités sans précautions particulières vis-à-vis du risque infectieux.
- La prescription d'une antibioprophylaxie indiquée en cas d'actes chirurgical se fait selon le protocole suivant (conférence de consensus de la SPILF):

Risque hémorragique

Il concerne les patients cardiaques sous anticoagulants (héparine ou anti-vitamines K) et également les patients sous antiagrégants plaquettaires [19].

Anticoagulants et antiagrégants plaquettaires

Ils sont généralement prescrits par le cardiologue en présence d'un risque thromboembolique (thrombose veineuse, thrombose artérielle, prothèse valvulaire, infarctus récent ou antécédents d'infarctus) [12].

Précautions à prendre face à un risque hémorragique

- effectuer un interrogatoire destiné à rechercher une éventuelle prise d'anticoagulants ;
- prendre contact avec le médecin traitant pour avis et pour connaître le type de cardiopathie et la médication en cours ;
- pour les patients sous **anti-vitamines K** : demander un bilan de coagulabilité pour le jour de l'acte : TP (Taux de Prothrombine) et INR (International Normalized Ratio).

Pour un sujet sain : TP= 70-100%, INR< 1,2.

- Si $TP \geq 30\%$ et $INR \leq 2$: les actes saignants peuvent être réalisés en utilisant les moyens locaux d'hémostase ;

- Si pour des raisons médicales, l'INR doit être maintenu > 2 ($TP \leq 30\%$), l'acte thérapeutique entraînant un risque hémorragique doit être réalisé en milieu hospitalier. Un relais à l'héparine peut être également préconisé par le cardiologue (des injections d'héparine sont effectuées toutes les 12 heures en même temps que la prise des anti-vitamines K. Lorsque l'INR est stabilisée sur un allongement correct, le cardiologue peut supprimer les anti-vitamines K). Le praticien peut agir alors à la fin de l'action de la dernière injection de l'héparine (environ 12 heures). Les injections pourront être reprises quelques heures après l'intervention en fonction de l'importance de celle-ci [63].
- Pour les patients sous **aspirine ou ticlopidine** : demander le temps de saignement qui doit être inférieur à 10 min selon la méthode Ivy. Le traitement doit être interrompu 8 jours avant l'acte opératoire, et la reprise ne se fera qu'après cicatrisation. En cas d'urgence, le trouble hématologique sera corrigé par un apport de plaquettes ;
- lors de l'acte opératoire :
 - éviter tout traumatisme,
 - éliminer les tissus de granulation et les débris osseux,
 - utiliser les moyens locaux d'hémostase : compression post-chirurgicale, sutures hermétiques, colles chirurgicales, gouttière compressive, éponges hémostatiques.
 - si un bain de bouche est prescrit après un acte hémorragique, ne le débuter qu'après 24h pour éviter un saignement ;
- concernant la prescription médicamenteuse :
 - les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et l'aspirine sont contre-indiqués chez les patients sous anticoagulants.

- Les tétracyclines et les barbituriques sont contre-indiqués chez les patients sous anti-vitamines K car ils potentialisent leur effet [63].

4. Maladies rénales

4.1. Définition

L'insuffisance rénale est le résultat de pathologies (affections) concernant les reins et se caractérisant par une diminution de la fonction et du nombre des néphrons. Le néphron est une minuscule unité fonctionnelle dont le principal constituant est le glomérule. Le glomérule est une minuscule sphère où la filtration du sang a lieu et où s'élabore donc l'urine primitive.

4.2. Données épidémiologiques

L'enquête sur la prévalence et les facteurs de risques de la maladie rénale chronique (MaReMar), la plus large enquête au niveau du continent africain et du monde arabe, réalisée au Maroc, livre aujourd'hui ses résultats.

L'enquête montre que la maladie rénale chronique est présente chez 2,9% de la population adulte. Ses principales causes sont le diabète (32,8%), l'hypertension artérielle (28,2%) et la lithiase urinaire (9,2%).

L'étude a montré aussi que les principaux facteurs de risques pour l'apparition d'une maladie rénale chronique sont présents chez 16,7% de la population adulte pour l'hypertension artérielle, 13,8% de la population pour le diabète et 23,2% de la population pour l'obésité.

D'autres facteurs d'exposition, pouvant favoriser le développement de la maladie rénale chronique, ont également été étudiés. Il s'agit principalement de l'usage excessif de plantes médicinales retrouvé chez 2,9%, de l'utilisation abusive et hors prescription médicale de médicaments analgésiques chez 4,7%, et du tabagisme chez 4,7%.

L'enquête organisée par le Ministère de la Santé, en partenariat avec la Société Marocaine de Néphrologie, l'ISN et l'OMS, a été menée sur 03 années pour mesurer la prévalence et les facteurs de risques de la maladie rénale chronique chez un échantillon représentatif de la population marocaine de 10 524 personnes âgées entre 26 à 70 ans.

La deuxième phase de MaReMar se déroulera sur les 5 prochaines années en vue de renforcer le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique au niveau des structures sanitaires nationales et d'engager une politique nationale de prévention de l'insuffisance rénale chronique [40].

Perspectives pour améliorer la prise en charge des insuffisants rénaux

Généralisation de la mise en place du registre MAGREDIAL;

- Création d'un « réseau diabète hypertension artérielle rein » pour la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale ;
- Opérationnalisation de l'accord avec l'association des éphrologues du Maroc pour l'achat de services de dialyse ;
- Mise en service des 25 nouveaux centres ;
- Création de 2 nouveaux centres (Fès et Marrakech) ;
- Développement de la greffe à partir des donneurs décédés [40].

5. Cancer

5.1. Définition

Le cancer est une maladie caractérisée par la prolifération anarchique de cellules au sein d'un tissu normal de l'organisme. Ces cellules dérivent toutes d'un même clone, cellule initiatrice du cancer, qui a acquis certaines caractéristiques lui permettant de se diviser indéfiniment et de pouvoir former des métastases.

Le cancer est aujourd'hui une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité.

- Plus de 10 millions de nouveaux cas et plus de 6 millions de décès sont recensés chaque année dans le monde.
- Plus de 20 millions de personnes et plus de la moitié des cas surviennent dans les pays en développement.
- 15 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès sont prévus chaque année d'ici 2020. Au Maroc, le cancer constitue un des problèmes majeurs de santé publique, car le diagnostic est souvent tardif et la prise en charge est difficile et coûteuse.

5.2. Données épidémiologiques

Selon le registre de population du grand Casablanca, mis en place en 2006 grâce à l'effort soutenu de l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer :

- l'incidence annuelle nationale du cancer est estimée à 35 000 nouveaux cas de cancer par ans dont seulement 12 000 sont pris en charge.
- Le cancer du sein occupe la première place chez la femme (36,1%), suivi du cancer du col (12,83%).

Chez l'homme, le cancer du poumon occupe la 1ère place, suivi du cancer de la prostate et des lymphomes [42].

III. ACTIONS PROPOSÉES

- **Élaborer des politiques publiques favorables à la santé**
 - Élaborer des textes législatifs et réglementaires relatifs à un mode de vie, un comportement et un environnement favorables à une bonne santé,
 - Accroître les ressources consacrées à la lutte contre les MNT,
 - Créer une division de lutte contre les maladies non transmissibles.
- **Prévenir les MNT et leurs facteurs de risque**
 - Élaborer une stratégie nationale d'éducation pour la santé visant particulièrement ceux ayant des comportements à risque,
 - Informer et sensibiliser les marocains sur l'ampleur, la gravité des MNT et les mesures de prévention à adopter,

- Organiser des journées nationales de promotion de la santé centrées sur les facteurs de risque majeurs et les déterminants environnementaux,
- Impliquer la communauté dans la mise en œuvre des stratégies de prévention des MNT.

- **Assurer la prise en charge des MNT**

- Mettre en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des moyens appropriés de diagnostic et de prise en charge correcte,
 - Assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments,
 - Assurer la disponibilité des autres méthodes de traitements,
 - Renforcer et pérenniser le plan sésame,
- Créer et rendre opérationnel un comité national pour le don d'organes et de tissus humains,
- Créer des centres de référence fonctionnels pour la prise en charge diagnostique, thérapeutique des patients souffrant de MNT.

- **Formation**

- Renforcer la place de l'enseignement des MNT dans la formation initiale du personnel de santé,
- Renforcer la formation du personnel de santé pour une prise en charge correcte des maladies non transmissibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- Former les spécialistes dans les différents domaines liés aux MNT,
- Renforcer les centres de formation.

- **Recherche et la surveillance épidémiologique**

- Mener des enquêtes de prévalence des MNT et sur leurs facteurs de risque,
- Promouvoir la recherche opérationnelle liée aux MNT,
- Intégrer les indicateurs relatifs aux MNT dans le SNIS,
- Contribuer à la formation des chercheurs et à l'équipement des institutions de recherche.

- **Partenariat**

- Mettre en place un comité interministériel de lutte contre les MNT,
- Promouvoir le dialogue avec le secteur privé, en vue d'améliorer la prise en charge des personnes à haut risque de maladies chroniques,
- Établir des relations de partenariat avec les communautés, le secteur associatif et caritatif ainsi que les ONG nationales et internationales œuvrant dans la lutte contre les MNT sous toutes ses formes,
- Renforcer le partenariat international.

IV. REPERCUSSIONS ET INTERACTIONS ENTRE PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES ET PATHOLOGIES GENERALES.

Au cours de ces dernières années, des preuves sont venues supporter l'idée que des infections localisées, telle que la maladie parodontale, pouvaient effectivement influencer un certain nombre de maladies systémiques. Les bactéries de la plaque dentaire pouvant pénétrer dans le flot sanguin en passant à travers les tissus oraux (épithélium sulculaire, canaux radiculaires) et causer l'infection d'un site éloigné. Il est également possible que des bactéries de la maladie parodontale stimulent la libération de cytokines pro inflammatoires ou des protéines de la phase aiguë de l'inflammation à un site distant (foie, pancréas, squelette ou artères par exemple).

Ces produits pourraient également initier ou intensifier un processus morbide comme l'athérosclérose ou le diabète. Les bactéries pourraient également voyager de sites oraux vers d'autres surfaces muqueuses (poumon, intestin) et y causer inflammation et infection (pneumonie, ulcère gastrique) [69].

Des études récentes travaillent sur des liens entre infections orales et pathologies générales / maladies systémiques. Citons comme exemple les répercussions [5]:

- cardio-vasculaires : des études relataient une association positive entre une mauvaise santé buccale et la prévalence d'événements cardiovasculaires. Les données disponibles suggèrent que la maladie parodontale pourrait être

associée aux maladies induites par l'athérosclérose telles que la maladie cardiovasculaire, l'infarctus et la maladie vasculaire périphérique.

- pulmonaires : les résultats de certaines études suggèrent que la cavité buccale servirait de réservoir à l'infection des voies aériennes supérieures. Cette observation suggère que l'hygiène buccale améliorerait ou éliminerait les microbes pathogènes respiratoires de la bouche et empêcherait ainsi le développement d'une infection respiratoire sérieuse chez les sujets vulnérables.
- sur le diabète : des études récentes relèvent la présence de signes selon lesquels il existerait un rapport bidirectionnel défavorable entre le diabète et la maladie parodontale [65]. Un mauvais contrôle glycémique contribuerait à une mauvaise santé parodontale, et un état parodontal perturbé aurait des effets néfastes sur la stabilisation du diabète.
- articulaires : les germes provenant de foyers dentaires pourraient pénétrer dans les structures articulaires. Lorsque les articulations sont saines, ils pourraient provoquer des arthrites ou rhumatisme ; en cas de port de prothèses, ils pourraient prédisposer au développement de processus infectieux, surtout dans le cas de prothèse de hanche.

A l'heure actuelle, la plupart des études décrivent des liens statistiquement confirmés entre maladies parodontales et maladies coronariennes, accidents cardiovasculaires, maladies respiratoires et prématuress hypotrophes [64].

Toutefois, plusieurs études font état d'une association seulement faible à modérée et certaines récentes n'ont établi aucune corrélation. Quelques auteurs s'inquiètent de cette théorie sur les infections focales qu'ils jugent, à ce jour, insuffisamment démontrée [56].

Un consensus pourrait être réalisé sur l'importance du mode et de la qualité de vie et leurs impacts sur l'état de santé générale et par conséquent sur l'état de

santé parodontale. Les maladies parodontales sont révélatrices non seulement d'un état bucco-dentaire altéré mais également d'une qualité de prise en charge générale et d'une certaine notion d'hygiène corporelle. Il est difficile, compte tenu des multiples facteurs de risque, de démontrer les éléments en cause. Même si une relation peut être vérifiée entre les maladies parodontales et des affections systémiques, celle-ci semble être concomitante d'autres facteurs et non la cause en elle-même.

Caries et maladies parodontales induisent la destruction progressive des tissus buccaux, pouvant avoir des répercussions non seulement sur l'intégrité de ses fonctions : phonation, mastication, déglutition, mais aussi sur l'esthétique et les capacités relationnelles de l'individu.

Des études concluent à une relation entre perte de dents, régime alimentaire, et apport nutritionnel ayant pour conséquence un risque majoré de maladie systémique [62].

Chez les personnes âgées, un état bucco-dentaire altéré (glossite atrophique, diminution du flux salivaire, troubles masticatoires, en particulier la disparition de dents naturelles non remplacées par une prothèse) est un facteur de dénutrition [3].

Il est également relaté l'importance de l'état bucco-dentaire dans la qualité de vie [29] : des fonctions orales perturbées entraînent une dévalorisation de l'estime de soi et sont perçues par les patients comme un handicap dans la société et dans les activités quotidiennes.

DEUXIEME PARTIE :

**ENQUÊTE PORTANT SUR LES CHIRURGIENS
DENTISTES ET SPECIALISTES DES
MALADIES CHRONIQUES**

I. JUSTIFICATION

Les maladies chroniques et les traumatismes sont les principaux problèmes de santé dans pratiquement toutes les régions du monde. Le tableau de la morbidité évolue partout rapidement. Il est étroitement lié à l'évolution du mode de vie avec notamment une alimentation riche en sucre et l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool.

La santé bucco-dentaire dépend des facteurs sociaux et environnementaux et aussi, fortement, de ceux liés au mode de vie. Ces facteurs constituent des risques pour la plupart des maladies chroniques ou au contraire des facteurs protecteurs, comme une exposition appropriée aux fluorures ou une bonne hygiène. Les maladies bucco-dentaires peuvent être qualifiées de problèmes de santé publique majeurs en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées dans toutes les régions du monde et par le fait que, comme pour toutes les maladies, elles atteignent principalement les populations défavorisées et socialement marginalisées. Il faut également prendre en considération les effets qu'elles peuvent avoir en termes de douleur, de déficience fonctionnelle et de détérioration de la qualité de vie.

Le traitement classique des maladies bucco-dentaires est extrêmement coûteux dans nombre de pays industrialisés et est inaccessible dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. La stratégie mondiale OMS de prévention et de contrôle des MNT et l'approche fondée sur les facteurs communs de risque constituent une nouvelle façon d'aborder la prévention et le contrôle des maladies bucco-dentaires. Le programme OMS de santé bucco-dentaire a été renforcé en vue d'améliorer la santé bucco-dentaire partout dans le monde grâce à des liens avec d'autres programmes techniques au sein du département de prévention des MNT et de promotion de la santé.

L'intégration de la lutte contre les pathologies bucco-dentaires dans celle des maladies chroniques à travers leurs facteurs de risque communs préalablement cités

a été une recommandation proposée par l'OMS depuis 2007 à travers la résolution WHA 60-17.

L'application de cette résolution, en Afrique notamment, permettra d'aider à la mise en place de programmes de prévention et de promotion axés sur les populations et les groupes à haut risque. Cette recommandation préconise le travail en équipe entre les professionnels de santé bucco-dentaire et ceux des maladies chroniques en vue de rationaliser les ressources par la mise en commun des énergies à travers un programme de prévention orienté sur l'ensemble des facteurs de risque communs.

En dehors de cette résolution de l'OMS, les chirurgiens-dentistes et les différents médecins spécialisés sur les maladies chroniques travaillent en étroite collaboration sur la prise en charge curative des maladies à travers un système de référence contre référence. En effet, le traitement des maladies chroniques dans beaucoup de cas nécessite une prise en charge bucco-dentaire et vice versa. C'est pour dire qu'aussi bien sur le plan curatif que préventif, la collaboration entre ces différents acteurs constitue une nécessité pour la promotion et l'amélioration de la santé dans ces domaines.

II.OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif général

L'objectif général consistait à déterminer la place de la prévention des maladies bucco dentaires et celles non transmissibles dans les consultations des praticiens dans les structures publiques de la ville de Rabat au Maroc, et d'évaluer leurs connaissances sur les facteurs de risques communs ainsi que sur la collaboration entre ces praticiens.

2. Objectifs spécifiques

Il s'agissait de :

- Déterminer la place de la prévention dans les activités du chirurgien-dentiste et des spécialistes de maladies chroniques;

- Réaliser un état des lieux de la relation entre médecins spécialistes de maladies chroniques et chirurgiens-dentistes dans la prise en charge du patient;
- Apprécier l'attitude des praticiens dans leur manière d'appréhender leur patient et la place qui lui est accordée dans leur relation;
- Évaluer les connaissances des praticiens sur les facteurs de risques communs aux maladies bucco dentaires et chroniques.

III. METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et analytique, portant sur les chirurgiens-dentistes et médecins spécialistes des maladies chroniques exerçant dans les structures publiques et parapubliques de la ville de Rabat.

2. Cadre et population de l'étude

Il s'agissait d'une enquête exhaustive qui concernait l'ensemble des praticiens exerçant dans les structures publiques et parapubliques de la ville de Rabat.

L'enquête avait porté sur 60 chirurgiens-dentistes et 48 médecins spécialistes de maladies chroniques exerçant dans des structures publiques dans la ville de Rabat.

3. Durée et période de l'étude

L'étude s'était déroulée du 15 Janvier 2013 au 20 Mars 2013.

4. Critères de sélection

4.1. Critères d'inclusion

Ce sont les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes de maladies chroniques exerçant au niveau des structures publiques et parapubliques des centres de santé et des hôpitaux (établissements publics de santé) de Rabat.

4.2. Critères de non inclusion

Il s’agissait des praticiens autres que les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes de maladies chroniques telles que les techniciens supérieurs en odontologie et tous les chirurgiens-dentistes et médecins spécialistes de maladies chroniques exerçant dans le secteur privé et qui faisaient des vacations au niveau des services publics.

5. Procédure de collecte de variables

5.1. Collecte de données

Nous avions utilisé deux questionnaires pour le recueil des données ; d’abord pour les chirurgiens-dentistes et ensuite pour les spécialistes de maladies chroniques.

Les fiches portaient sur les rubriques suivantes :

- La prévention,
- Les services des maladies non transmissibles,
- Les services des maladies bucco-dentaires,
- La collaboration entre les praticiens,
- L’état de santé des patients référés,
- La connaissance des praticiens sur les facteurs de risque communs aux maladies bucco-dentaires et à celles non transmissibles.

5.2. Recueil des données

Le recueil des données était réalisé à partir de la fiche par les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes de maladies chroniques qui avaient constitué l’échantillon.

Ces fiches ont été ensuite récupérées par nous-mêmes ou envoyées par e-mail.

5.3. Description des variables

5.3.1. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes

Les informations à recueillir portaient sur :

- ***La prévention:*** il s'agissait de déterminer :
 - la proportion des chirurgiens-dentistes qui réalisaient des activités de prévention dans la consultation quotidienne,
 - la proportion de chirurgiens-dentistes qui avaient au moins organisé une séance de prévention au niveau communautaire,
 - les différents thèmes de séances de prévention au niveau communautaire,
 - la participation des praticiens à une prévention intégrée,
- ***Les services de maladies non transmissibles:*** les données avaient porté sur le pourcentage de praticiens qui travaillaient dans les structures disposant de services de maladies non transmissibles d'une part et d'autre part les types de service de maladies non transmissibles existant (diabétologie, cardiologie, médecine interne).
- ***La Collaboration entre médecins:*** les informations avaient porté sur la proportion des chirurgiens-dentistes qui avaient référé des patients à des médecins spécialistes ainsi que la raison de référence.
- ***L'état de santé des patients:*** il s'agissait soit de l'état général ou de l'état buccal des patients.
- ***Les facteurs de risque communs :*** il s'agissait de déterminer la proportion de chirurgiens-dentistes qui connaissaient les facteurs de risque communs aux maladies bucco-dentaires et à celles non-transmissibles.
- La participation des praticiens à une campagne de lutte contre ces facteurs de risque ainsi que l'intégration de la sensibilisation au niveau de la consultation journalière a été étudiée.

5.3.2. En ce qui concerne les médecins spécialistes de maladies chroniques

Les informations à recueillir portaient sur :

➤ ***La prévention*** : il s'agissait de déterminer :

- la proportion des médecins spécialistes qui réalisaient des activités de prévention dans la consultation quotidienne,
- la proportion de médecins spécialistes qui avaient au moins organisé une séance de prévention au niveau communautaire,
- les différents thèmes de séances de prévention au niveau communautaire,
- la participation des médecins spécialistes à une prévention intégrée,
- ***Les services de maladies bucco-dentaires***: les données avaient porté sur le pourcentage de praticiens qui travaillaient dans les structures disposant de service de maladies bucco-dentaires.
- ***Collaboration entre médecins***: les informations avaient porté sur la proportion des médecins spécialistes de maladies chroniques qui avaient référencé des patients à des chirurgiens-dentistes ainsi que la raison de référence.
- ***L'état de santé des patients***: il s'agissait de déterminer la proportion des médecins spécialistes de maladies chroniques qui connaissaient les facteurs de risque communs aux maladies bucco-dentaires et à celles non-transmissibles.
- la participation des praticiens à une campagne de lutte contre ces facteurs de risque ainsi que l'intégration de la sensibilisation de ces facteurs de risque au niveau de la consultation journalière a été étudiée.

6. Plan d'analyse des données

Le logiciel Epi info version 6.04 nous avait permis de faire le recensement des données.

Les logiciels SPSS et Word étaient utilisés pour l'analyse des données et les représentations tabulaires.

Les résultats étaient exprimés en effectifs (N) et en pourcentage (%) pour les variables qualitatives.

IV. RESULTATS

A. En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes

1. Prévention

1.1. Activités de prévention dans la consultation journalière

90,2% des chirurgiens-dentistes réalisent des activités de prévention dans la consultation quotidienne, dont 74% étaient exclusivement représentées par l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire

Tableau IX: Activités de prévention réalisées dans les consultations journalières.

Activités réalisées	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Hygiène Buccodentaire	48	74
Mesures Hygiéno-diététiques	17	26
Total	65	100

1.2. Séances de prévention au niveau communautaire

47.1% des chirurgiens-dentistes ont au moins organisé une séance de prévention au niveau communautaire tandis que 52.9% n'en ont jamais réalisé.

1.3. Thèmes des séances de prévention au niveau communautaire

Parmi les 24 praticiens qui organisent des séances de prévention, 83% réalisent des séances de prévention au niveau communautaire sur le thème: programme national de santé bucco-dentaire.

Tableau X : Différents thèmes de séances de prévention au niveau communautaire.

Thèmes	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Diabète	1	4,1
Facteurs de risques de maladies	1	4,1
Programme national de santé bucco-dentaire	20	83,4
N'a pas répondu	2	8,4
Total	24	100

1.4. Organisation de séances de prévention intégrées avec les autres programmes de la structure

Seulement 47% participent à l'organisation de séances de prévention intégrée avec les autres programmes de la structure.

2. Services de (MNT)

2.1. Existence de service des Maladies Non Transmissibles au niveau de la structure

79% des chirurgiens-dentistes travaillent dans des structures ne disposant pas de services de Maladies Non Transmissibles.

2.2. Type de services de Maladies Non Transmissibles

Sur les 21% des structures ayant de services de Maladies Non Transmissibles, 36.4% de ce pourcentage sont constitués de service de cardiologie, 18.2% de service de médecine interne et 45.4% de service de diabétologie.

Tableau XI: Types de services de Maladies Non Transmissibles au niveau des structures.

Types de services	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Cardiopathie	4	36,4
Diabète	5	45,4
Médecine interne	2	18,2
Total	11	100

3. Collaboration entre praticiens

3.1. Référence de patients à des médecins spécialistes

100% des chirurgiens-dentistes ont déjà adressé des patients chez les médecins.

3.2. Raisons de la référence des patients aux médecins spécialistes

34% des chirurgiens-dentistes réfèrent au niveau des médecins spécialistes en vue de préparer une chirurgie buccale, 33% pour la prise en charge des infections et 33% pour un complément de diagnostic.

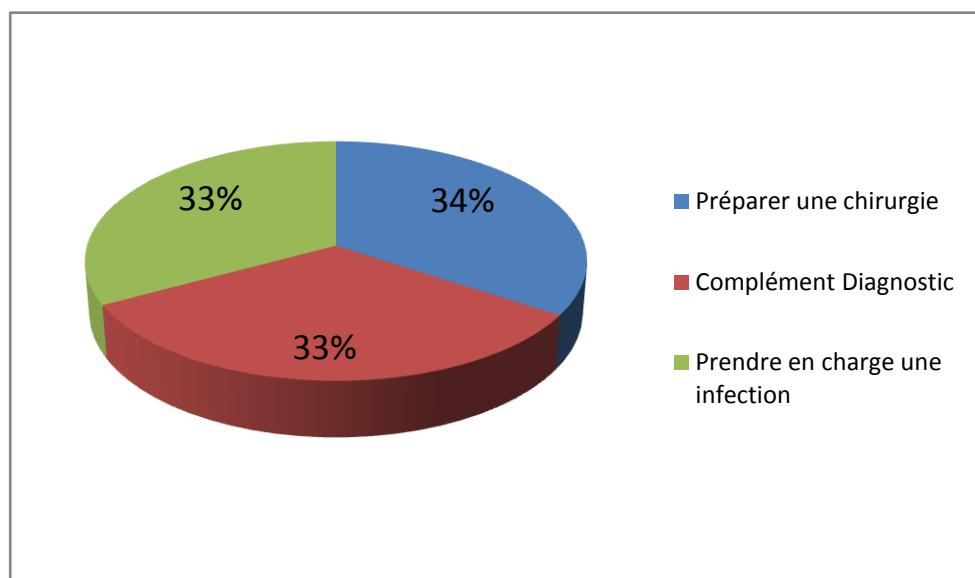


Figure 2 : Différentes raisons de références des patients chez des médecins.

3.3. Chirurgiens-dentistes ayant reçu des patients atteints de maladies générales référés par des médecins spécialistes

100% des chirurgiens-dentistes ont au moins reçu des patients atteints de maladies générales référés par des médecins spécialistes.

4. État général et bucco-dentaire des patients référés

4.1. État général des patients référés aux chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes à qui l'on a référé des patients ont déclaré que les malades souffraient surtout de cardiopathies, de diabète et de cancer.

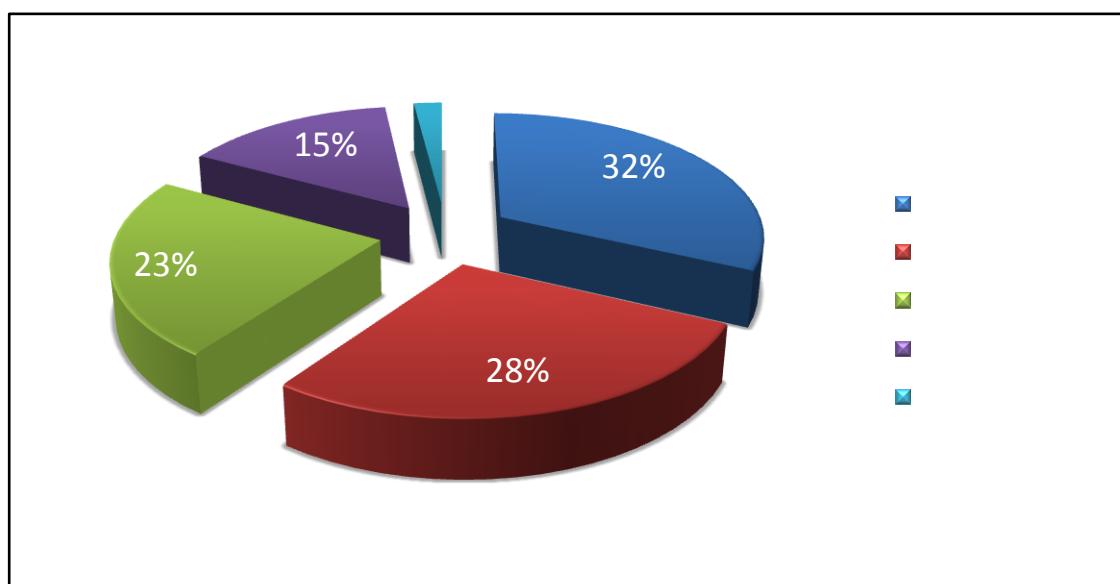


Figure 3 : Types de pathologies générales observées sur les patients adressés aux chirurgiens-dentistes.

4.2. État buccal des patients adressés aux chirurgiens-dentistes

La presque totalité des patients référés aux chirurgiens-dentistes présentaient une infection buccale (96%).

Tableau XII : Pathologies diagnostiquées par les chirurgiens-dentistes.

Pathologies	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Infection buccale	49	96
Autres	2	4
Total	51	100

5. Facteurs de risques communs aux maladies chroniques et aux pathologies bucco-dentaires

5.1. Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires

78% des chirurgiens-dentistes connaissent les MNT qui ont les mêmes facteurs de risque que les pathologies bucco-dentaires.

5.2. Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires

Parmi les chirurgiens-dentistes qui connaissent au moins un facteur de risque commun, 48% ont notifié le tabac, l'alcool et la nutrition. Cependant 24% ont notifié le tabac et l'alcool, 11% le tabac et la nutrition et 5% la nutrition.

Tableau XIII : Proportion de chirurgiens-dentistes et connaissance des facteurs de risque.

Facteurs de risque communs	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Alcool	4	6
Nutrition	3	5
Tabac	4	6
Tabac Alcool	15	24
Tabac Alcool Nutrition	30	48
Tabac Nutrition	7	11
Total	63	100

5.3. Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque

29.4% des chirurgiens-dentistes participent à une campagne de lutte contre les facteurs de risque communs aux pathologies bucco-dentaires et MNT.

5.4. Sensibilisation contre ces facteurs de risques dans la consultation journalière

90.2% des chirurgiens-dentistes sensibilisent les patients contre ces facteurs de risques lors de leurs consultations quotidiennes.

5.5. Collaboration avec les médecins spécialistes

88.2% des chirurgiens-dentistes ont l'intention de travailler en collaboration avec les médecins spécialistes et ont proposé pour cela : organisation des tables rondes pour discuter de la prise en charge de ces patients, regroupement en association ou en communauté, journées de sensibilisation et autres.

Tableau XIV : propositions des chirurgiens-dentistes.

Propositions	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Organisation des tables rondes pour discuter de la prise en charge de ces patients	20	43
Regroupement en association ou en communauté	10	22
Journées de sensibilisation	11	24
Autres	5	11
Total	46	100

B. En ce qui concerne les spécialistes de maladies chroniques

1. Prévention

1.1. Activité de prévention dans la consultation journalière

94,6% des médecins spécialistes réalisent des activités de prévention dans la consultation quotidienne. Parmi ces activités, 27.7% sont exclusivement représentées par la prévention des maladies cardiovasculaires, 21.5% sont représentées par la prévention du diabète.

Tableau XV: Activités de prévention réalisées dans les consultations journalières.

Activités de prévention	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Prévention des maladies cardiovasculaires	18	28
Prévention du diabète	14	21
Prévention de l'infection	9	14
Prévention bucco-dentaire	6	9
Prévention hygiéno-diététique	18	28
Total	65	100

1.2. Séances de prévention au niveau communautaire

29.7% des médecins spécialistes ont au moins organisé une séance de prévention au niveau communautaire.

1.3. Thèmes des séances de prévention au niveau communautaire

Parmi les 14 praticiens qui organisaient des séances de prévention, 50% réalisent des séances de prévention au niveau communautaire sur le thème de maladies chroniques.

Tableau XVI : Différents thèmes de séances de prévention au niveau communautaire.

Différents thèmes	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Maladies chroniques	7	50
Facteurs de risques de maladies	4	29
Santé maternelle et infantile	2	14
Programme de santé bucco – dentaire	1	7
Total	14	100

1.4. Séances de prévention intégrées au niveau de la structure

40.5% des médecins spécialistes participent à l'organisation de séances de prévention intégrées avec les autres programmes de la structure.

2. Services de maladies bucco-dentaires

2.1. Existence de service des maladies bucco-dentaires

94.6% des médecins spécialistes travaillent dans des structures ne disposant pas de services de maladies bucco-dentaires.

3. Collaboration entre praticiens

3.1. Référence par le médecin spécialiste des malades chez le chirurgien

86.5% des médecins spécialistes ont au moins adressé des patients aux chirurgiens-dentistes.

3.2. Raisons de la référence des patients au chirurgien-dentiste

48% des médecins spécialistes consultent des chirurgiens-dentistes en vue de réaliser des soins préopératoires, 21% pour des extractions et 17% pour une infection buccale.

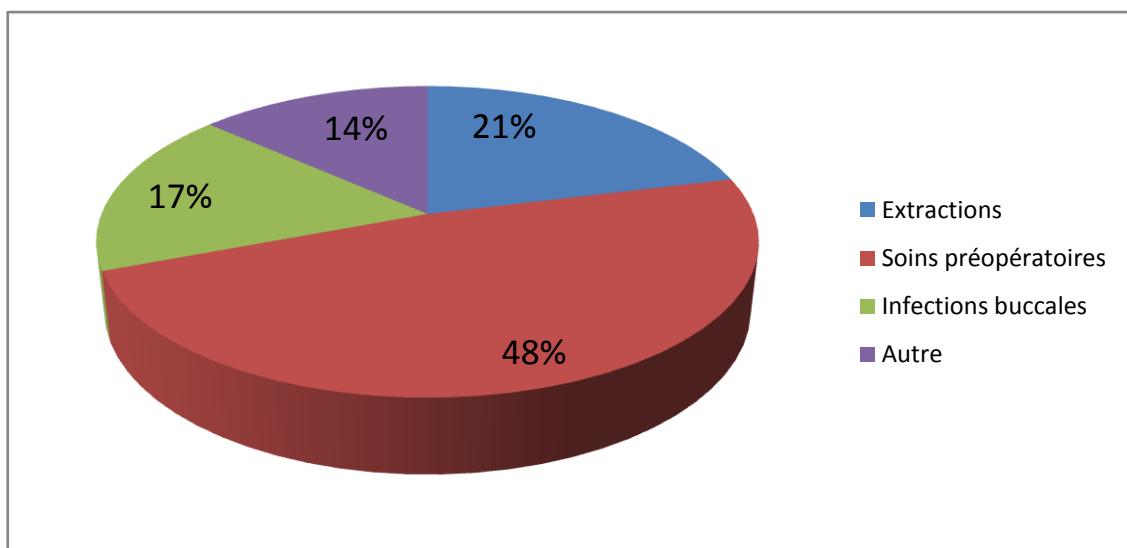


Figure 4 : Raisons de référence des patients au chirurgien-dentiste.

4. Etat général et buccal des patients référés

4.1. Médecins spécialistes ayant reçu des patients référés par des chirurgiens-dentistes

67.6% des médecins spécialistes ont au moins reçu des patients par des chirurgiens-dentistes.

Tableau XVII: Pourcentage de médecins spécialistes ayant reçu un patient référé par un chirurgien-dentiste.

	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Oui	25	67,6
Non	12	32,4
Total	37	100

4.2. Etat général des patients référés à des médecins spécialistes

Les médecins spécialistes à qui l'on a référé des patients ont déclaré que ces derniers souffraient surtout de cardiopathies de diabète et de cancer.

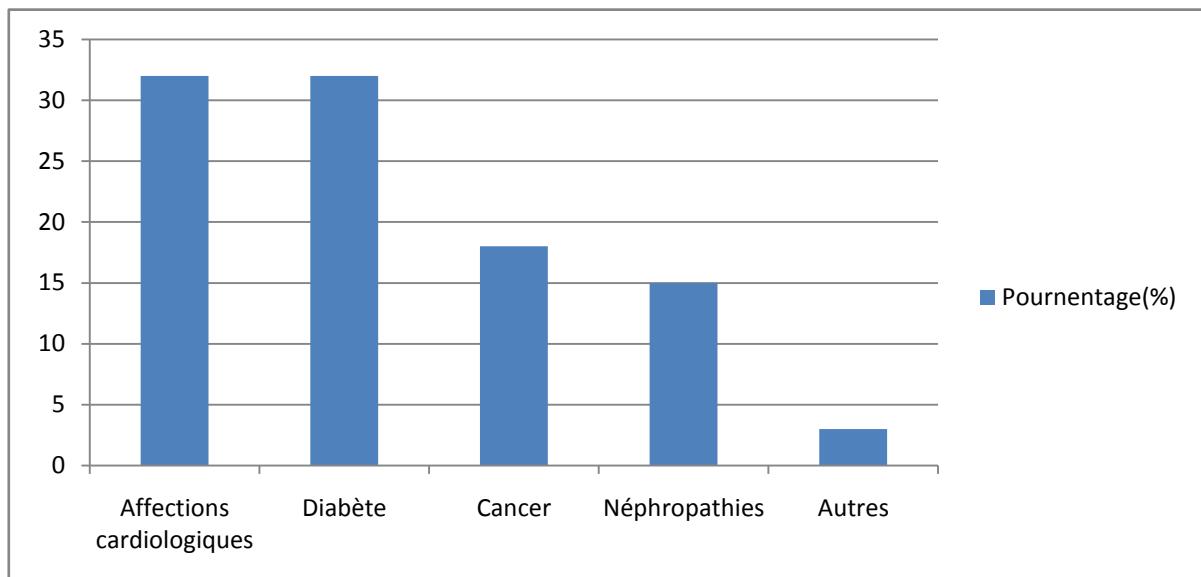


Figure 5 : Pathologies générales des patients référés aux médecins spécialistes

4.3. Etat buccal des patients référés à des chirurgiens-dentistes

Les pathologies buccales diagnostiquées par médecins spécialistes sur les patients référés par les chirurgiens-dentistes sont représentées surtout par des infections buccales.

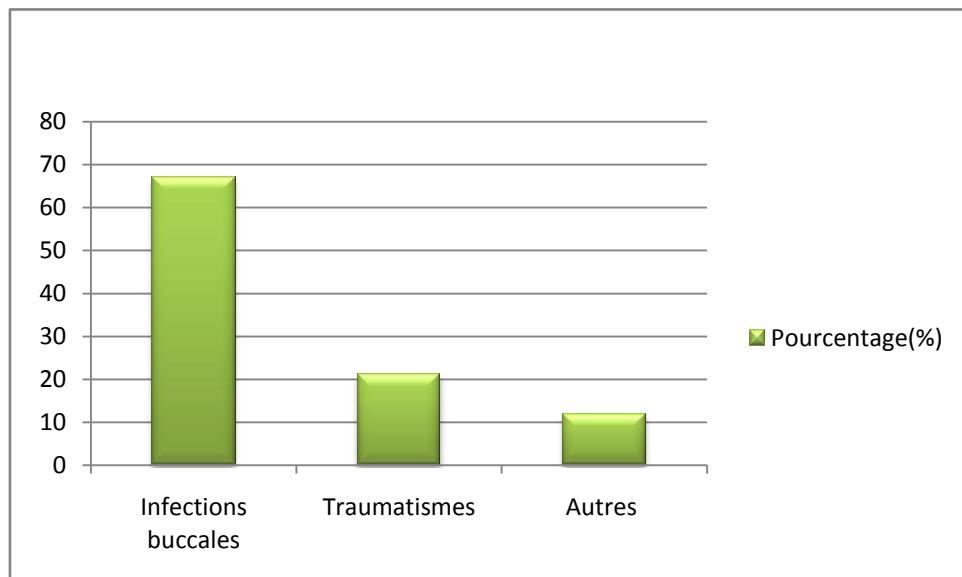


Figure 6: Pathologies buccales diagnostiquées par les médecins spécialistes.

5. Facteurs de risques communs des maladies chroniques et des maladies bucco-dentaires

5.1. Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires

43.2% des médecins spécialistes connaissent les maladies non transmissibles qui ont les mêmes facteurs de risque que les pathologies bucco-dentaires.

5.2. Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires

Parmi les spécialistes qui connaissent au moins un facteur de risque commun, 29% ont notifié le tabac, l'alcool et la nutrition, 29% ont notifié le tabac et l'alcool, 21% le tabac et la nutrition et 7% le tabac.

Tableau XVIII: Proportion des spécialistes de maladies chroniques et connaissance des facteurs de risque communs.

Facteurs de risque communs	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Alcool	3	6
Nutrition	2	4
Tabac	4	7
Tabac Alcool	15	29
Tabac Alcool Nutrition	15	29
Tabac Nutrition	11	21
Tabac Sédentarité	2	4
Total	52	100

5.3. Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque

64.9% des médecins spécialistes participent à une campagne de lutte contre les facteurs de risque communs aux pathologies bucco-dentaires et aux MNT.

5.4. Sensibilisation contre ces facteurs de risques dans la consultation journalière

81.1% des médecins spécialistes sensibilisent les patients contre ces facteurs de risques lors de leurs consultations quotidiennes.

5.5. Collaboration avec les médecins spécialistes

89.2% des médecins spécialistes ont l'intention de travailler en collaboration avec les chirurgiens-dentistes et parmi les propositions : organisation des tables rondes pour discuter de la prise en charge de ces patients, regroupement en association ou en communauté, journées de sensibilisation et d'informations.

Tableau XIX: Propositions des médecins spécialistes de maladies chroniques.

Propositions des médecins	Effectif (N)	Pourcentage (%)
Organisation de tables rondes pour discuter la prise en charge	24	54,5
Regroupement en communautés ou en association	11	25
Journées de sensibilisation et d'informations	9	20,5
Total	44	100

V. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

V.1.DISCUSSION

Notre étude, qui avait pour objectif de déterminer la place de la prévention des maladies bucco dentaires et celles non transmissibles dans les consultations des praticiens dans les structures publiques de la ville de Rabat, et d'évaluer leurs connaissances sur les facteurs de risques communs ainsi que sur la collaboration entre ces praticiens a permis d'avoir des résultats intéressants.

60% des chirurgiens-dentistes et 33% des médecins spécialistes du secteur public de rabat ont répondu au questionnaire, Globalement, nous n'avons pas rencontré de problèmes majeurs, à part des médecins qui ont refusé de répondre soit par manque de temps, soit pour cause de vacances ou congé de maternité. Quelques praticiens aussi n'ont pas répondu à tous les items.

V .1.1.En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes

V.1.1.1.Prévention

V.1.1.1.1.Activité de prévention dans la consultation journalière

Une proportion importante de chirurgiens-dentistes marocains réalise une prévention dans les consultations quotidiennes. La même proportion a été notée chez les chirurgiens-dentistes sénégalais. Cette prévention est surtout basée sur l'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire comme c'est le cas au Sénégal en 2012 où les mesures hygiéno-diététiques, la motivation et l'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire, le détartrage /surfaçage ont été les actes les plus effectués par les praticiens de santé dentaire [2].

L'enseignement à l'hygiène devrait intégrer le brossage dentaire et les habitudes d'hygiène dont les effets sur la survenue de la carie dentaire et les gingivites ont été relatés par Donald et col [32].

Ces résultats sont également comparables à une étude réalisée au centre de consultation et de traitement dentaire de Casablanca, où la totalité des praticiens motivaient leurs patients à l'hygiène bucco-dentaire [20].

Wang et coll. (1995-96) ont, pour leur part, démontré que 98% des médecins dentistes au Danemark procèdent à la motivation à l'hygiène bucco-dentaire de leurs patients [66].

Le rôle du brossage dentaire dans l'élimination de la plaque bactérienne et par conséquent dans la prévention de la maladie carieuse et parodontale ainsi que le maintien des conditions d'une santé bucco-dentaire n'est plus à démontrer. Le brossage reste aujourd'hui le moyen mécanique par excellence, d'élimination de la plaque bactérienne.

V.1.1.1.2.Séances de prévention au niveau communautaire

Presque la moitié des chirurgiens-dentistes marocains ont au moins organisé une séance de prévention au niveau communautaire.

Comparé à l'étude faite par Amacodou D. en 2012, au Sénégal, il y a un faible pourcentage des chirurgiens-dentistes menant des activités de prévention au niveau communautaire étant donné qu'il y a une quasi absence de structure en zone rurale et au niveau communautaire [2].

Depuis les années 90, l'association marocaine de prévention bucco-dentaire a mené des activités d'éducation en santé bucodentaire à travers le pays dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes.

La FDI et Unilever international dans le cadre du programme Live, Learn, Laugh lui ont apporté leur soutien pour la mise en place d'un programme et soins bucco-dentaires au sein de la population rurale.

Le programme mis en œuvre prend en considération l'environnement culturel, social et économique ; il cible à la fois les individus et leurs conditions de vie. Il se

base sur la participation à tous les niveaux de la communauté en reliant les programmes de santé orale aux problèmes sanitaires et sociaux, afin de considérer la santé comme une entité importante de la santé [21].

V.1.1.1.3.Thèmes des séances de prévention au niveau communautaire

La prévention au niveau communautaire au Maroc porte sur le Programme national de santé bucodentaire qui intègre 83% des chirurgiens-dentistes.

Cependant sur une étude menée au Sénégal, les thèmes de prévention portaient sur la promotion et la prévention. Parmi les chirurgiens-dentistes qui mènent des séances de prévention au niveau communautaire, la majeure partie de leur consultation suivie de soins réalisés au niveau communautaire a été associée à des activités promotionnelles et de prévention primaire [2]. Ces activités sont cependant faibles. Pourtant l'oms depuis 1983, date de la mise en place des soins de santé primaires odontologiques, a préconisé un paquet d'activités minimum basé sur la prise en charge des urgences, des restaurations atraumatiques, et de la disponibilité ainsi que de l'accessibilité de la pâte dentifrice fluorée.

V.1.1.1.4.Séances de prévention intégrées

Dans notre étude, 47% des chirurgiens-dentistes marocains ont participé à l'organisation de séances de prévention intégrées avec les médecins spécialistes.

Cependant, ce pourcentage est beaucoup plus important que celui trouvé dans une étude réalisée au Sénégal qui est de 31,7% [2].

Par ailleurs en France en 2005 selon l'étude de Tenebaum. A concernant la réalisation d'actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires, on dénombre moins de chirurgiens-dentistes que de médecins prêts à s'investir dans ces actions de prévention. Seulement 4 chirurgiens-dentistes et 6 médecins sur 12 seraient susceptibles de participer à des actions communes [4]. Cette faible participation montre un déficit de collaboration entre les spécialistes de santé bucco-

dentaire et ceux de maladies non transmissibles. Ceci est peut être dû à la méconnaissance de la relation qui existe entre ces deux types de pathologie, ou à l'absence de cadre d'organisation ou de concertation entre les spécialistes au niveau des structures sanitaires.

V.1.1.2.Services de maladies non transmissibles

V.1.1.2.1.Existence de services de maladies non transmissibles

79% des chirurgiens-dentistes marocains travaillent dans des structures ne disposant pas de services de maladies non transmissibles.

Ces résultats sont comparables à ceux trouvés au Sénégal où la presque totalité des chirurgiens-dentistes travaillent dans des structures ne disposant pas de services de maladies non transmissibles [2]. Il en découle une diminution de l'interaction qui doit exister entre le chirurgien-dentiste et le médecin spécialiste pour la prise en charge totale d'un patient atteint de pathologie bucco-dentaire et/ou de maladie chronique. Le déficit des spécialistes des maladies chroniques constitue un problème majeur pour la prise en charge des patients. Selon le rapport sur la santé dans le monde en 2002, le fardeau des maladies chroniques dans le monde s'alourdit rapidement. En 2001 ces maladies avaient été responsables d'environ 60% des 56,5 millions de décès déclarés dans le monde, d'environ 40% de la charge mondiale de morbidité [51].

V.1.1.2.2.Type de services de maladies non transmissibles

Sur les 21% des structures ayant des services de maladies non transmissibles, 36.4% de ce pourcentage sont constitués de services de cardiologie, 18.2% de services de médecine interne et 45.4% de services de diabétologie.

Au Maroc comme au Sénégal, il se pose alors un problème de prise en charge des MNT surtout dans les zones dépourvues de services où les patients éprouvent des difficultés pour accéder aux structures. Cependant ce déficit est réglé en partie

par les médecins généralistes qui dans la plupart du temps prennent en charge les patients atteints de maladies chroniques.

V.1.1.3.Collaboration entre praticiens

V.1.1.3.1.Référence de patients atteints de maladies bucco-dentaires à des médecins spécialistes

La totalité des chirurgiens-dentistes a au moins référé une fois des patients chez un médecin spécialiste. Cette forte collaboration entre ces deux types de praticiens au Maroc, a été notée au Sénégal aussi.

Par ailleurs en France en 2005, les relations entre médecins/chirurgiens-dentistes dans la prise en charge du patient ont montré que la pratique de la chirurgie dentaire reflète, par certains aspects, une préoccupation plus accrue de la santé du patient. En effet, cette étude avait montré que 11 chirurgiens dentistes sur 12 demandaient systématiquement à leurs patients s'ils disposaient de médecin. Ils ont tous déjà adressé des patients chez le médecin. C'est ainsi que la moitié d'entre eux a déjà été en relation régulière avec un médecin [4]. La nécessité de collaborer avec un médecin spécialiste de maladie chronique facilite toujours la prise en charge du patient et contribue à une meilleure efficacité des soins.

V.1.1.3.2.Raison de la référence du chirurgien-dentiste au médecin spécialiste

34% des chirurgiens-dentistes conseillent à leurs patients de consulter les médecins spécialistes en vue de préparer une chirurgie buccale, 33% pour la prise en charge des infections et 33% pour un complément de diagnostic.

Selon une étude réalisée en France, cette collaboration constitue dans la majorité des cas, le résultat d'un besoin d'information complémentaire avant la réalisation des soins. Selon les médecins, la sollicitation du chirurgien-dentiste consiste à mieux connaître certains aspects médicaux ou un accord quant à la réalisation de certains actes [4].

V.1.1.3.3. Chirurgiens-dentistes ayant reçu des patients atteints de maladies générales référés par des médecins spécialistes

Tous les chirurgiens-dentistes ont au moins reçu des patients atteints de maladies générales référés par des médecins spécialistes dans le but de détecter et de traiter tous les foyers infectieux au niveau buccal.

D'autres études réalisées en France et au Sénégal ont aussi montré que les médecins sollicitent les chirurgiens-dentistes une fois sur deux dans le cadre d'une pathologie systémique où l'infection bucco-dentaire constitue un facteur de risque et d'aggravation. Les situations les plus fréquentes intéressent une recherche de foyers infectieux dans les pathologies cardiaques (valvulaires, ou orthopédiques), en particulier pour les prothèses de hanche. Dans l'autre moitié des cas, le médecin sollicite le chirurgien-dentiste après avoir repéré un foyer infectieux ou une anomalie de la cavité buccale [2,4].

V.1.1.4. Etat général et bucco-dentaire des patients référés

V.1.1.4.1. Etat général des patients référés aux chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes à qui l'on a référé des patients ont déclaré que les malades souffraient surtout de cardiopathie, de diabète et de cancer.

Une étude réalisée au Maroc en 2000 a montré qu'il a été établi une association positive entre une mauvaise santé buccale et la prévalence d'événement cardiovasculaire. Les données disponibles suggèrent que la maladie parodontale pourrait être associée aux maladies induites par l'athérosclérose telles que les maladies cardiovasculaires, l'infarctus et la maladie vasculaire périphérique [28].

De plus des études récentes relèvent la présence de signes selon lesquels il existerait un rapport bidirectionnel défavorable entre le diabète et la maladie parodontale. Un mauvais contrôle glycémique contribuerait à une mauvaise santé parodontale, et un état parodontal perturbé aurait des effets néfastes sur la stabilisation du diabète [36].

En effet, Oliver et Tervonen concluent à propos des études menées dans le monde entier que les diabétiques sont très sensibles aux parodontopathies .Cette perspective est partagée par beaucoup d'autres comme De Pommereau, Ennibi , Kinane ,Oliver et Tervonen , qui dans leur publications, ont conclu que la plupart des preuves stipulent qu'il y a un rapport direct entre le diabète et la maladie parodontale [15, 47].

C'est ce qui a poussé Loe à classer la maladie parodontale comme étant « sixième complication du diabète « [37].

V.1.1.4.2.Etat buccal des patients adressés aux chirurgiens-dentistes

La presque totalité des patients référés aux chirurgiens-dentistes présentaient une infection buccale (96%), la prise en charge de cette dernière constituait le motif de la référence.

Selon des études menée au Maroc par Lamjoun.A en 2002et Hicham.B en 2000 , le rôle de l'infection buccale dans le déséquilibre du diabète et surtout dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires est une préoccupation et constitue ainsi une nécessité de collaboration entre les acteurs de la santé bucco-dentaire et ceux des maladies chroniques[28,36].

V.1.1.5.Facteurs de risques communs aux maladies chroniques et aux pathologies bucodentaires

V.1.1.5.1.Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires

78% des chirurgiens-dentistes connaissent les maladies non transmissibles qui ont les mêmes facteurs de risque que les pathologies bucco-dentaires, ce qui peut entraîner une prévention précoce de l'une des pathologies si l'autre est déjà installée. Cette connaissance devrait faciliter l'intégration de la lutte contre les pathologies bucco-dentaires dans celle des maladies chroniques comme préconisée par la résolution WHA 60-17 de l'OMS en 2007 [51].

V.1.1.5.2 Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires

78% des chirurgiens-dentistes connaissent les facteurs de risque communs entre les maladies bucco-dentaires et les MNT que sont l'alcool, le tabac et l'alimentation. Selon l'oms, parmi les facteurs de risque des affections bucco-dentaires figurent la mauvaise alimentation, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool. Ce sont aussi des facteurs de risque pour les quatre principales catégories de maladies chroniques (pathologies cardio-vasculaires, cancers, affections respiratoires et diabète) et les affections bucco dentaires sont souvent associées, une hygiène buccale défectueuse est aussi un facteur de risque [51].

V.1.1.5.3.Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque

Seulement 29.4% des chirurgiens-dentistes participent à une campagne de lutte contre les facteurs de risque communs aux pathologies bucco-dentaires et aux maladies non transmissibles. Ces campagnes constituent un cadre d'échange entre chirurgien-dentiste et médecin spécialiste dans le but de favoriser la diminution de la prévalence des maladies. Ceci participe aussi à l'harmonisation des activités et à la rationalisation des ressources.

V.1.1.5.4.Sensibilisation contre ces facteurs de risque dans la consultation journalière

Presque la totalité des chirurgiens-dentistes au Maroc sensibilisent leurs patients contre ces facteurs de risque lors de la consultation quotidienne.

Cette sensibilisation des patients par les chirurgiens-dentistes peut avoir un impact certain sur la cessation tabagique et retarder ou empêcher aux jeunes de fumer ou de consommer de l'alcool. Du coup, la visite chez le dentiste va servir de prétexte pour participer à la réduction de la survenue de maladies chroniques.

L'OMS rappelle souvent ses recommandations de bonne hygiène bucco-dentaire. Ainsi, en appelle-t-elle à chacun de lutter contre des facteurs de risques désormais bien connus. Il s'agit de la mauvaise hygiène alimentaire et de la consommation de tabac et/ou d'alcool. Elle encourage également à limiter la consommation de sucre et à adopter une bonne hygiène bucco-dentaire. Cette dernière, rappelle l'OMS, passe par deux brossages quotidiens et des visites régulières (au moins une fois par an) chez le dentiste [50]. Il faut aussi utiliser des équipements de protection pendant les activités sportives et la conduite automobile afin de réduire les risques de lésions faciales et évoluer dans un environnement physique sain.

V.1.2 En ce qui concerne les spécialistes des maladies chroniques

V .1.2.1Prévention

V.1.2 .1 .Activité de prévention dans la consultation journalière

Presque la totalité des médecins spécialistes réalisent des activités de prévention dans la consultation quotidienne.

Parmi ces activités 27.7% sont exclusivement représentées par la prévention des maladies cardio-vasculaires ,21.5% par la prévention du diabète.

La prévention des complications des maladies chroniques fait partie des enjeux de l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Chez les personnes souffrant de diabète, les complications (neuropathies, ulcérations, parodontopathies) sont fréquentes et d'évolution souvent grave.

L'oms vise à susciter et à soutenir l'adoption de mesures efficaces de surveillance, de prévention et de lutte contre le diabète et ses complications, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. C'est ainsi qu'elle :

- fournit des lignes directrices scientifiques sur la prévention du diabète;
- établit des normes et des critères de soins pour cette maladie;
- sensibilise à l'épidémie mondiale de diabète, notamment en partenariat avec la Fédération internationale du diabète pour la célébration de la Journée mondiale du diabète (14 novembre);

- assure la surveillance du diabète et de ses facteurs de risque [51] ;

V.1.2.1.2.Séances de prévention au niveau communautaire

L'étude a montré un faible pourcentage des médecins spécialistes menant des activités de prévention au niveau communautaire.

Plusieurs erreurs ont conduit à ne pas se préoccuper des maladies chroniques, l'idée qu'elles constituent une menace lointaine et sont moins importantes et moins graves que certaines maladies infectieuses peuvent être dissipées par plusieurs preuves.

Pourtant selon l'OMS 388.000.000 personnes peuvent mourir d'une maladie chronique au cours des 10 années à venir. En plus pendant des décennies, les pays africains ont mis l'accent sur la lutte contre les maladies transmissibles n'attachant pas trop d'importance sur les maladies non transmissibles [51].

V .1.2.1.3.Thème des séances de prévention au niveau communautaire

Dans notre étude parmi les 14 praticiens qui organisaient des séances de prévention, 50% réalisent des séances au niveau communautaire sur le thème de maladies chroniques.

Selon l'OMS, Chaque pays, quel que soit le niveau de ses ressources, a la possibilité d'améliorer sensiblement la prévention et la maîtrise des maladies chroniques et de prendre des mesures en vue d'atteindre l'objectif mondial.

Cette même organisation et celle des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, ont proposé de nouvelles recommandations concernant l'alimentation et l'exercice physique pour aider les gouvernements à lutter contre les maladies chroniques. La charge de ces affections (cardio-vasculaires, cancers, diabète) augmente rapidement dans le monde. En 2001, elles étaient à l'origine de 59% environ des 56,9 millions de décès enregistrés dans le monde et de 46% de la charge mondiale de morbidité [51].

V.1.2 .1 .4.Séances de prévention intégrées

Dans notre étude, 40.5% des médecins spécialistes participent à l'organisation de séances de prévention intégrées.

Cependant, ce pourcentage est beaucoup plus important que celui trouvé dans une étude réalisée au Sénégal qui est de 31,7% [2].

Par ailleurs en France en 2005 selon l'étude de Tenebaum. A concernant la réalisation d'actions communes de prévention des pathologies bucco-dentaires, on dénombre moins de chirurgiens-dentistes que de médecins prêts à s'investir dans ces actions de prévention. Seulement 4 chirurgiens-dentistes et 6 médecins sur 12 seraient susceptibles de participer à des actions communes [4].

Cette faible participation montre un déficit de collaboration entre les spécialistes de santé bucco-dentaire et ceux de maladies non transmissibles

V .1.2.2.Services de maladies bucco dentaires

V.1.2.2.1 Existence de services de maladies bucco dentaires

Presque la totalité des médecins spécialistes travaillent dans des structures ne disposant pas de services de maladies bucco-dentaires. Il en découle une diminution de l'interaction qui doit exister entre le chirurgien-dentiste et le médecin spécialiste pour la prise en charge totale d'un patient atteint de pathologie bucco-dentaire et/ou de maladie chronique.

V .1.2. 3. Collaboration entre praticiens

V .1.2. 3.1. Raison de la référence du médecin spécialiste des maladies chroniques au chirurgien-dentiste.

Un pourcentage important des médecins spécialistes ont au moins adressé des patients aux chirurgiens-dentistes. C'est ainsi que 48% des médecins spécialistes réfèrent des patients à des chirurgiens-dentistes en vue de réaliser des soins préopératoires, 21% pour des extractions et 17% pour une infection buccale quelconque.

Cependant, en France les médecins jugent leur relation avec les chirurgiens-dentistes inexistante mais leurs pratiques ne reflètent pas un intérêt particulier pour les besoins bucco-dentaires de leurs patients : la moitié d'entre eux n'adressent jamais des patients chez les chirurgiens-dentistes, 8 sur 12 ne demandent pas à leur patient s'ils ont un chirurgien-dentiste, 11 n'ont jamais été en relation régulière avec un chirurgien-dentiste pour le suivi d'un patient, la moitié seulement conseille de consulter [4].

V .1.2.4.Etat général et buccal des patients référés

V .1.2.4.1.Etat général des patients référés à des médecins spécialistes

Selon notre étude, les médecins spécialistes à qui l'on a référé des patients ont déclaré que les malades souffraient surtout de cardiopathies, de diabète et /ou de cancer. En effet, plusieurs études ont montré les relations qui existent entre le diabète et les maladies cardiaques. Il a été aussi démontré la survenue de parodontopathies chez les diabétiques.

Une étude menée au Maroc en 2000 sur la relation entre la santé bucco-dentaire et les maladies cardiaques a montré une association positive entre une mauvaise santé buccale et la prévalence d'événement cardiovasculaire. Les données disponibles suggèrent que la maladie parodontale pourrait être associée aux maladies induites par l'athérosclérose telles que les maladies cardiovasculaires, l'infarctus et la maladie vasculaire périphérique [28]. Des études récentes relèvent la présence de signes selon lesquels il existerait un rapport bidirectionnel défavorable entre le diabète et la maladie parodontale.

Un mauvais contrôle glycémique contribuerait à une mauvaise santé parodontale, et un état parodontal perturbé aurait des effets néfastes sur la stabilisation du diabète [36].

V .1.2.4.2.Etat buccal des patients référés à des chirurgiens-dentistes

Les pathologies buccales diagnostiquées sur les patients référés aux chirurgiens-dentistes sont représentées essentiellement par des infections buccales.

Selon Lamjoun.A en 2002 et Hicham.B en 2000, le rôle de l'infection buccale dans le déséquilibre du diabète et surtout dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires est une préoccupation et constitue ainsi une nécessité de collaboration entre les acteurs de la santé bucco-dentaire et des maladies chroniques [28,36].

V .1.2.5.Facteurs de risques communs des maladies chroniques et des maladies buccodentaires

V .1.2.5.1.Connaissance des MNT ayant les mêmes facteurs de risque que les maladies bucco-dentaires

Presque la moitié des médecins spécialistes connaissent les maladies non transmissibles qui ont les mêmes facteurs de risque que les pathologies bucco-dentaires. Ceci pourrait faciliter la collaboration entre ces différents acteurs.

V .1.2.5.2.Facteurs de risque communs aux maladies chroniques et aux affections bucco-dentaires

43.2% des médecins spécialistes connaissent les maladies non transmissibles qui ont les mêmes facteurs de risque que les pathologies bucco-dentaires. Selon l'OMS, ces principaux facteurs de risque sont à l'origine des principales maladies chroniques et bucco dentaires.

Chaque année à travers le monde, ces facteurs de risques sont à l'origine de décès de :

- 4,9 millions de personnes au moins par suite du tabagisme ;
- 2,6 millions de personnes au moins par suite d'une surcharge pondérale ou d'une obésité ;
- 4,4 millions de personnes au moins par suite d'une hypercholestérolémie totale ;
- 7,1 millions de personnes au moins par suite d'une hypertension artérielle [51];

V .1.2.5.3.Participation à une campagne de lutte contre les facteurs de risque.

Plus de la moitié des médecins spécialistes participent à une campagne de lutte contre les facteurs de risque communs aux pathologies bucco-dentaires et aux maladies non transmissibles. Ces campagnes constituent un cadre d'échange entre chirurgien-dentiste et médecin spécialiste dans le but de favoriser la diminution de la prévalence des maladies.

V .1.2.5.4.Sensibilisation contre ces facteurs de risques dans la consultation journalière

Une grande majorité des médecins spécialistes sensibilisent les patients contre ces facteurs de risques lors de leurs consultations quotidiennes. La diminution de la prévalence des pathologies bucco dentaires peut survenir à long terme grâce à l'action de ces médecins spécialistes sur les facteurs de risques communs.

V .2.Recommandations

Les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes qui ont l'intention de travailler en collaboration proposent pour cela :

- Organisation de tables rondes pour discuter de la prise en charge de ces patients ;
- Organisation des formations continues et la sensibilisation des médecins spécialistes à l'odontologie permettrait une prise en charge plus efficace de certaines pathologies ;
- Regroupement en réseaux ;
- Instauration de journées de sensibilisation sur les facteurs de risques commun des maladies bucco dentaires et celles chroniques ;
- Formalisation d'un cadre de concertation entre personnels dentaires et spécialistes des maladies chroniques ;

- Développement d'une politique de prévention ;
- Implantation des services de maladies chroniques au niveau des structures dentaires devra passer par la formation des praticiens, leurs recrutement et leurs affectations au niveau des structures ;

La FDI reconnaît que la santé et les conséquences psychosociales et économiques des maladies bucco-dentaires dans les pays tant en développement qu'industrialisés n'ont pas été traduites en une réaction globale qui fût en corrélation avec l'ampleur de leurs impacts.

Par conséquent, la FDI et l'OMS devrait prévoir de :

1. Encourager les initiatives mondiales d'amélioration de la santé visant à incorporer la santé bucco-dentaire au programme des MNT. Ceci améliorera également la santé générale et bucco-dentaire dans le monde et en particulier dans les pays en développement confrontés avec une pénurie en personnel dentaire.
2. Étudier s'il est possible de créer une Alliance de santé bucco-dentaire pour promouvoir la santé orale au niveau international avec les autres parties prenantes, continuer à collaborer avec les ONG et le secteur privé et à être actif au sein de l'AMPS et de l'Alliance des MNT.
3. Explorer avec l'OMS et l'IADR s'il est possible que les directives visant à élaborer des objectifs de santé bucco-dentaire incluent dans le contexte des déterminants sociaux de santé des objectifs socio-dentaires pour la santé bucco-dentaire et les besoins en effectifs.

➤ Stratégies et traitement des maladies bucco-dentaires dans le contexte des MNT

En 2007, une résolution de l'OMS demandait d'intégrer la santé bucco-dentaire au programme de prévention des maladies chroniques.

Des démarches couramment utilisées en matière de prévention et de lutte contre les maladies bucco-dentaires ont été relativement inefficaces.

Cependant, il existe des méthodes visant à prévenir un très grand pourcentage de maladies bucco-dentaires.

En conséquence, les organisations internationales, les états et les décideurs politiques doivent s'orienter dans des stratégies qui impactent sur la promotion de la santé bucco-dentaire :

1. Réduire "l'écart connaissances-mise en œuvre" en recommandant des directives en vue de démarches de promotion de la santé basées sur des données probantes.
2. Appliquer les principes définis dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui recommande la transformation d'une approche verticale vers une approche plus horizontale et implique une plus grande intégration avec ceux confrontés aux MNT.

Comme mentionné plus haut, la plupart des maladies bucco-dentaires et les autres MNT, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer, ont des facteurs de risque communs. L'approche grâce aux facteurs de risque communs porte sur ces facteurs communs à de nombreuses affections chroniques et la prévention des maladies bucco-dentaires doit être intégrée à la prévention des autres MNT. L'AFRC sera un principe directeur pour la FDI dans son rôle consultatif auprès des ADN en matière de prévention, de cessation tabagique et de traitement des caries et des maladies parodontales et doit être commencée tôt dans le cycle de vie. Des stratégies pour action basées sur des données probantes doivent être : globales, pluridisciplinaires et participatives et traiter les déterminants sociaux de santé bucco-dentaire. Elles doivent principalement se concentrer sur des interventions à l'échelle de la population et porter sur des facteurs qui encouragent la santé ainsi que sur des interventions qui réduisent le fardeau des maladies [22].

CONCLUSION

De mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme ou d'autres formes d'usage du tabac, la consommation d'alcool et le stress sont parmi les facteurs de risque communs à de nombreuses maladies non transmissibles, y compris des problèmes de santé bucco-dentaire. Le Programme mondial de santé bucco-dentaire occupe une place privilégiée au sein du département prévention des maladies non transmissibles et promotion de la santé au Siège de l'OMS, afin de favoriser l'application d'une approche de prévention de la maladie et de promotion de la santé fondée sur des facteurs communs de risque. Si les progrès en matière de santé bucco-dentaire ont été encourageants dans de nombreux pays au cours des dernières décennies, il reste encore beaucoup à faire. Il est donc important de pouvoir s'appuyer sur nos réalisations et sur des stratégies qui ont fait leurs preuves.

Ce travail constitue un état des lieux de la relation entre médecins spécialistes et chirurgiens-dentistes. Par des enquêtes de terrain nous avons confronté nos hypothèses de départ à la pratique des professionnels et ainsi objectivé au mieux cette relation.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale et analytique portant sur les chirurgiens-dentistes et médecins spécialistes travaillant dans les secteurs publics et parapublics au Maroc. Pour cela, 60 chirurgiens-dentistes et 48 médecins spécialistes ont été ciblés. Deux questionnaires ont été introduits du 15 Janvier 2013 au 20 Mars 2013.

Les résultats obtenus :

- ❖ Pour les chirurgiens-dentistes
- 90,2% d'entre eux réalisent des activités de prévention dans la consultation quotidienne représentées essentiellement par l'enseignement à l'hygiène bucodentaire et des mesures hygiéno diététiques.

- 47.1% des chirurgiens-dentistes ont au moins organisé une séance de prévention au niveau communautaire sur le thème : Programme national de santé bucco-dentaire.
- 79% des chirurgiens-dentistes travaillent dans des structures ne disposant pas de services de MNT contre seulement 21% qui en ont.
- 100% des chirurgiens-dentistes ont déjà adressé des patients chez les médecins spécialistes dont 34% d'entre eux le réfèrent en vue de préparer une chirurgie buccale, 33% pour la prise en charge des infections et 33% pour un complément de diagnostic.

Parmi les chirurgiens-dentistes qui réfèrent pour préparer la chirurgie buccale, 28% le font vers le diabétologue, 32% vers le cardiologue, 23% vers le cancérologue et 15% vers le pneumologue.

- 100% des chirurgiens-dentistes ont au moins reçu des patients atteints de maladies générales référés par des médecins spécialistes.
- 96% des chirurgiens-dentistes ont diagnostiqué une infection buccale chez les patients référés par le médecin spécialiste.
- 78% des chirurgiens-dentistes connaissent les facteurs de risques communs dont 48% ont notifié le tabac, l'alcool et la nutrition.

❖ Pour les spécialistes de maladies chroniques

- 94,6% des médecins spécialistes réalisent des activités de prévention dans la consultation quotidienne dont 27.7% sont exclusivement représentées par la prévention des maladies cardiovasculaires, 21.5% sont représentées par la prévention du diabète.
- 29.7% des médecins spécialistes ont au moins organisé une séance de prévention au niveau communautaire dont 50% sur le thème de maladies chroniques.

- 94.6% des médecins spécialistes travaillent dans des structures ne disposant pas de services de maladies bucco-dentaires.
- 86.5% des médecins spécialistes ont au moins adressé des patients aux chirurgiens-dentistes dont 48% d'entre eux en vue de réaliser des soins préopératoires, 21% pour des extractions et 17% pour une infection buccale quelconque.
- 67.6% des médecins spécialistes ayant reçu des patients référés par des chirurgiens-dentistes et qui souffraient surtout de cardiopathies, de diabète et cancer.
- 43.2% des médecins spécialistes connaissent les facteurs de risques communs dont 29% ont notifié le tabac, l'alcool et la nutrition, 29% le tabac et l'alcool, 21% le tabac et la nutrition et 7% le tabac.

Ces résultats expliquent en partie la forte collaboration entre les praticiens au Maroc ce qui explique une puissante connexion entre les maladies bucco-dentaires et les quatre principales MNT, à savoir diabète, cancer, maladies cardiovasculaires et maladies respiratoires.

Mais le déficit de services de MNT au niveau des structures dentaires et vise versa ,le pourcentage moyen des médecins spécialistes connaissant les facteurs de risque communs ainsi que le faible pourcentages des praticiens participant à des campagnes de luttes contre ces facteurs de risques n'est pas en faveur de cette collaboration .Cette analyse de la situation recommande la mise en place de nouvelles stratégies en vue d'améliorer cette collaboration.

Il s'agit en effet de :

- Développement d'une politique de prévention ;
- Organisation des formations continues et la sensibilisation des médecins spécialistes à l'odontologie permettrait une prise en charge plus efficace de certaines pathologies ;
- Organisation de journées de sensibilisation sur les facteurs de risques commun des maladies bucco dentaires et celles chroniques ;

- Implantation des services de maladies chroniques au niveau des structures dentaires devra passer par la formation des praticiens, leurs recrutements et leurs affectations au niveau des structures.
- Utilisation d'une démarche du facteur de risque commun et de la prévention basée sur des données probantes pour traiter les déterminants de santé bucodentaire. Cette approche ciblée des déterminants aidera non seulement à améliorer la santé bucco-dentaire et les soins bucco-dentaires appropriés basés sur des données probantes, mais également à réduire la fréquence des autres MNT et à aborder les déterminants sociaux de la santé générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ABID H.** :L'accès aux soins bucodentaires au Maroc.
Thèse Chir. Dent., Rabat, 2002,n°50 :28-59.
2. **DIOP A.** : Prise en charge des affections bucco dentaires et des maladies non transmissibles (chroniques).
thèse : Méd. Den., 2012,n°24.
3. **ANAES** : Service des recommandations et références professionnelles :
Classification des maladies parodontales adapté de Armitage :mai 2002.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769683604001298>, consulté le 15 avril 2013.
4. **ANNABELLE T.** : La relation médecin chirurgien/dentiste dans la prise en charge du patient : les évolutions nécessaires.
Mém.Den.,Paris,2004.
5. **BELTRAN-AGUILAR E, BERTAN-NEIRA R**, Oral diseases and conditions throughout the lifespan.II. Systemic Diseases,
Gen Dent, 2004, 52: 107-114.
6. **BENNIS A.** : Le système de santé au Maroc ;Quelques éléments d'analyses de ses atouts et faiblesses.2003.
7. **BERTHIER P.** :L'éducation préventive au cabinet dentaire- La place de l'audiovisuel, étude et enquête.
Thèse Chir. Dent., Lyon, 1983 ; n°42.12.83.146.
8. **BIMSTEIN E, SOSKOLNE WA, LUSTMANN J., GAZIT D.**: Gingivitis in human deciduous dentition : a correlative clinical block surface light microscopic (BSLM)
Study. J. Clin. Periodontal, 1988; 15: 575-580.
9. **BOURGEOIS D, CHEDID N**, : Intérêt de la prédition des facteurs de risque carieux dans la pratique dentaire,
Réal. Clin., 2004 ;15 :215-226

10.BOUTAHIRI N.: Estimation du risque cardiovasculaire chez le personnel de l'hôpital régional Mohammed v de Meknès
thèse méd. Fès.,2011.

11.CARTE DU MAROC : www.infos-maroc.com, consulté le 15 janvier 2013.

12.CATHELIN M. : « Patients sous anticoagulants : quelle attitude adopter devant un acte de chirurgie buccale ? ».
Act. Odonto_ Stomatol.,1996;196 : 549-557.

13.CISSE D. : Prévalence de la carie dentaire en milieu urbain, Sub urbain et rural chez les enfants des écoles primaires de la région de Dakar.
Thèse Chir. Dent., 1987 ; n°19.

14.DANAEI G, FINUCANE MM, LU Y, SINGH GM, COWAN MJ, PACIOREK CJ ET AL.: National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants.
Lancet, 2011, 378(9785):31–40.

15.DE POMMEREAU V. ,PARE C., BORDAIS P ., ROBERT JJ. : Insulin-dependent diabetes and periodontal disease in young patients].
Ann Pediatr (Paris). 1991 Apr;38(4):235-9. Review. French.

16.DEFINITION, DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF DIABETES MELLITUS AND ITS COMPLICATIONS. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCD/NCS/99.2).

17.DIPASQUALE C. : A propos de diverses méthodes de fluoruration pour la communauté, situation en Afrique.

Odontostomtologie, 1983 ; 6, (1) : 7-17.

18.FACULTE MEDICALE :

http://www.medespace.fr/Facultes_Medicales_Virtuelles/cat-devant-un-diabetique/, consulté le 13 avril 2013.

19.FACULTE DE MEDECINE DE RABAT :

http://www.fmdrabat.ac.ma/wjd/v2n4/PATIENT_CARDIAQUE.htm consulté le 15 mars 2013.

20.FACULTE DE MEDECINE DENTAIRE DE CASABLANCA : Place de la prévention bucco-dentaire au sein du centre de consultation et de traitement dentaire de Casablanca (Maroc) : Enquête auprès de 129 praticiens, 2012.

21.FDI WORLD DENTAL FEDERATION: Leader in world dentistry

http://www.ampbd.org/3L_rapport1.pdf, consulté le 27 juin 2013

22.FDI : Déclaration de principe de la FDI maladies non transmissibles, 2012.

23.FEJERSKOV O.: Changing paradigms in concepts on dental caries : consequences for oral health care.

Caries Res, 2004 ;38 :182-191

24.GLOBAL HEALTH RISKS. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, 2009.

25.GROSSI SG, GENCO RJ. :Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship.

Ann. Periodontol.,1998; 3:51-61

26.HAUT COMMISARIAT AU PLAN DU MAROC : Centre d'études et de recherches démographiques, 2012.

27.HAUT COMMISARIAT AU PLAN DU MAROC : www.hcp.ma, consulté le 19 janvier 2013.

28.HICHAM B. : Santé bucco dentaires et cardiopathies

Thèse :Med. Dent .,Rabat.2000 ;n 24 :47-48.

- 29.HOLLISTER M, WEINTRAUB J.**: The association of oral status with systemic health, quality of life and economic productivity,
J .Dent. Educ., 1993 ; 57: 901-912 .
- 30.JENKINS W, KINANE D.** : Epidémiologie des maladies parodontales.
Real .Clin., 2003;14 :253-256 .
- 31.JONSON R, HOWLAND BE, BOWDEN GH.**: Relationship between periodontal health, salivary steroids and bacteroides intermedius in males and pregnant women .
J. Dent. Res., 1988; 67: 269-277.
- 32.KEYES PH.**: Recent advance in dental caries research Bacteriology.
Bacteriological findings and biological implication.
Int. Dent. J., 1962; 12: 443-64.
- 33.KINANE DF, CHESTNUTT IG.** :Relationship of diabetes to periodontitis.
Curr. Opin. Periodontol., 1997;4:29-34. Review.
- 34.KONATE C.** : Le problème de l'accessibilité aux soins dentaires des populations primaires au Sénégal .
Thèse Chir. Dent., Dakar, 1988, n°23 .
- 35.KPODAR A.S.M.N.**: L'infirmier spécialisé en odontologie face aux soins de santé primaires au Sénégal.
Thèse Chir. Dent. Dakar, 1988, n°24.
- 36.LAMJOUN A.** :Etat bucco dentaire du diabétique .
Thèse Chir. Dent.,Rabat,2002 ; n°63 :39-40.
- 37.LOE H.**, Periodontal disease : the sixth complication of diabetes mellitus
Diabetes care 1993:16six(1):329_334quatre.
Master 2 Recherche en Ethique .2004-2005.
- 38.MATHERS CD, LONCAR D.**: Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.
PLOS Med., 2006, 3(11):442.

39. MINISTÈRE DE LA SANTE DU MAROC : Direction de la

planification et des ressources financières

<http://www.sante.gov.ma/departements/dprf/Finance/StrategieContractualisationIntern e.pdf>, consulté le 17 février 2013.

40. MINISTÈRE DE LA SANTE DU MAROC:

http://srvweb.sante.gov.ma/Programmes/Documents/PEC_INSUFFISANCE_RENALE.pdf, consulté le 17 mars 2013.

41. MINISTÈRE DE LA SANTE DU MAROC : Initiation à la médecine

sociale 2010-2011.

www.medramo.ac.ma/fmp/images/docs/cours/polycopi.pdf consulté le 18 janvier 2013.

42. MINISTÈRE DE LA SANTE DU MAROC : Programme national de prévention et de lutte contre le cancer

<http://srvweb.sante.gov.ma/revuepresse/dossiersante/Documents/Lutte%20contre%20le%20Cancer.pdf>, consulté le 27 mars 2013

43. MINISTÈRE DE LA SANTE DU MAROC : Santé en chiffre 2011 édition 2012.

<http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Documents/publications/SANTE%20EN%20CHIFFRES%202011%20Edition%202012.pdf>, consulté le 5 février 2013

44. MINISTÈRE DE LA SANTE DU MAROC : Service de la carte sanitaire

www.sante.gov.ma/Departements/DPRF/.../repOffreSoinsRegion.htm, consulté le 17 février 2013.

45. MINISTÈRE DE LA SANTE DU MAROC: Prévention et lutte contre le diabète.

[2012 srvweb.sante.gov.ma/revuepresse/.../Programme%20Diabète.pdf](http://2012.srvweb.sante.gov.ma/revuepresse/.../Programme%20Diabète.pdf), consulté le 15 mars 2013

- 46.Ndiaye C.** :Oral health in the African Region. In: WHO, Standardization of oral Health Information in the African Region. Report of the Regional Workshop, May 2005. World Health Organization, Regional office for Africa, (AFR/ORH/07.1), 2007: 5-6.
- 47.Oliver RC, Tervonen T.**: Diabetes--a_risk_factor for periodontitis_in_adults J Periodontol. 1994 May;65(5 Suppl):530-8. Review.
- 48.OMS** :Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO; 2011.
- 49.OMS** : Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010. 2011. Genève,
- 50.OMS** :<http://www.lepotentiel.cd/2012/05/1%20%80%99oms-renouvelle-ses-recommandations-de-bonne-hygiene-bucco-dentaire.html>, consulté le 18 mai 2013
- 51.OMS** : Mise à jour du projet de document révisé ,plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020
- 52.OMS** : thèmes de santé : les maladies chroniques.
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, consulté le 17 mars 2013.
- 53.OMS** : Les systèmes de santé : des soins intégrés fondés sur des principes. In : Rapport sur la santé dans le monde, 2003 : façonner l'avenir. Genève . 2003 : 109-137.
- 54.OMS** : Atelier régional de normalisation des données en santé buccodentaire dans la région africaine. Rapport final.
Bureau régional pour l'Afrique, 2007.
- 55.OMS** : Série de rapports techniques. Etiologie de la sécrétion salivaire EMC, stomatologie, 1982 : 22008 .
- 56.PALLASCH T, WAHL M,:** The focal infection theory: appraisal and reappraisal CDA.
Journal. 2000, 28: 194-199.

57.Perrin M. Bellon P, Abjean, Michel J.F. : Questions d'internat en Parodontologie : Question n°129 groupes et sujets à risque .

<http://ancien.odonto.univ-rennes.fr/old site/gip129.htm> , consulté le 27/02/2013

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

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

59.PetersenPE.: World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007.

Int Dent J.,2008 Jun;58(3):115-21.

60.PORTAIL DE LIMMOBILIER AU MAROC: Données générales du Maroc.

<http://www.selektimmo.com/magazine/le-maroc/donnees-generales-du-maroc/fr/>,consulté le 20 janvier 2013.

61.PORTAIL NATIONAL DU MAROC : www.maroc.ma , consulté le 27 mars 2013.

62.RITCHIE C, JOSHIPURA K, HUNG H, DOUGLASS C, : Nutrition as a mediator in the relation between oral and systemic disease : associations between specific measures of adult oral health and nutrition outcomes.

Crit Rev.Oral Biol.Med.,2002; 13 :291-300.

63.ROSE L F., GENCO J G., COHEN D W., MEALEY B L.:

« Periodontal medecine », B. C. Decker, 2000.

64.SLOTS J, KAMMA J, : General health risk of periodontal disease.

Int Dent.J., 2001; 51: 417-427.

65.TENG Y, TAYLOR G, SCANNAPIECO F, KINANE D, CURTIS M, BECK J, KOGON S, : Santé parodontale et troubles systémiques. J.Can.Dent. Assoc., 2002 ;68 : 188-92.

66.WANG NJ., KALLESTAL C., PETERSEN PE., ARNADOTTIR IB.:
Caries preventive services for children and adolescents in Denmark, Iceland, Norway and Sweden : strategies and recourse allocation.

Community. Dent. Oral. Epidemiol.,1998 ; 26(4) : 263-71.

67.WINKELHOFF A, : Diagnostic microbiologique en parodontologie.
Real Clin. 2003;14:267-277 .

68.Yach D., Hawkesc, Gould LC., Hofman KJ.: Th global burden of chronic diseases: Overcoming impediments to prevention and control.

JAMA.,2004; 291: 2616-6622.

69.YOSHIO M, JIRO N, YOKO E,: Dental Diseases and Gastroenterology.
Bull.Tokyo.dent.Coll.,1997; 38: 261-267 .

SERMENT DU CHIRURGIEN DENTISTE

«En présence des Maîtres de cette Ecole de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de ma profession.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais d'honoraires au dessus de mon travail ; je ne participerai jamais à aucun partage illicite d'honoraire.

J'exercerai ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine et envers la communauté.

Je ne dévoilerai à personne les secrets qui me seront confiés par le patient ou dont j'aurai connaissance.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je jure de les honorer et de rester digne de leur enseignement.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Vu

Vu

Le Président du jury

Le Doyen

Vue et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Université Cheikh Anta DIOP

Dakar