

La santé buccodentaire des personnes défavorisées dans les régions rurales des pays en développement

Ajit Auluck, BDS

Auteur-ressource

Dr Auluck

Courriel :
drajitauluck@yahoo.co.in



© J Can Dent Assoc 2005; 71(10):753-5
Cet article a été révisé par des pairs.

La dentisterie est en train de subir d'énormes changements en raison des progrès qui sont réalisés dans les secteurs du diagnostic et des traitements. Toutefois, des technologies nouvelles comme la radiographie numérisée, la conception et la fabrication de prothèses dentaires assistées par ordinateur, ainsi que le traitement au laser sont coûteuses et ne sont pas à la portée de tous les patients, surtout ceux qui vivent dans la pauvreté. Même si, sur le plan technologique, la pratique dentaire dans les pays en développement progresse rapidement, les gens vivant dans les régions rurales de ces pays sont toujours privés des soins dentaires de base. Le présent article traite des problèmes de santé buccodentaire que connaissent ces personnes et des efforts qui sont faits pour les régler.

Dans les pays en développement comme l'Inde, de 60 % à 65 % de la population vit en région rurale où l'agriculture est le principal moyen de subsistance, où le taux d'analphabétisme atteint des sommets et où les habitants négligent souvent leur hygiène buccodentaire simplement parce qu'ils manquent de connaissances. En outre, les infrastructures et autres installations y sont inadéquates, et la qualité de vie en général est mauvaise.

Prenons l'exemple d'un paysan qui travaille dans un champ et touche un salaire journalier. Il gagne seulement de 20 à 30 roupies (moins d'un dollar) par jour. Outre ses besoins personnels, il doit subvenir à ceux de sa famille. Combien d'argent peut-il se permettre de dépenser pour des soins buccodentaires? Selon toute probabilité, pas beaucoup, si ce n'est aucun.

Ce scénario soulève également les questions importantes que sont les besoins nutritionnels et les conditions de vie. Beaucoup de personnes défavorisées vivant dans les pays en développement souffrent de malnutrition et vivent dans des conditions insalubres. Elles sont, par conséquent, exposées à des maladies buccodentaires comme la myiase de la bouche (ill. 1) et le noma (stomatite gangréneuse), maladies presque oubliées dans les pays développés.

Dans les régions éloignées, frappées par la pauvreté, les gens ont à peine de quoi payer leurs soins médicaux. Il y a donc peu de cliniques dentaires. Bien que des centres de soins de santé primaires aient été établis, du moins à certains endroits, ils ne possèdent pas les installations suffisantes pour fournir des soins buccodentaires de qualité. De plus, la plupart des médecins ne sont pas disposés à travailler dans ces centres en raison du piètre état des infrastructures et des salaires peu élevés. Les personnes défavorisées sont donc privées des soins buccodentaires essentiels.

Malgré leur pauvreté, toutefois, bon nombre de ces personnes sont accoutumées au tabac non transformé et à l'alcool, qui sont d'importants facteurs de risque associés au cancer de la bouche^{1,2}. Habituellement, durant les premiers stades du cancer, ces patients ne signalent rien aux médecins, en partie à cause du manque de cliniques dentaires, ainsi que de leur ignorance et de leur pauvreté. C'est seulement quand le cancer a atteint un stade avancé (ill. 2) qu'ils demandent de l'aide médicale, et un traitement adéquat peut alors être impossible. Le dépistage et le diagnostic



Illustration 1 : Patient souffrant de myiase de la bouche. La nécrose des tissus mous de la joue a été causée par des asticots.



Illustration 2 : Patient souffrant d'un cancer avancé.

précoces du cancer sont donc importants. Une étude menée récemment au Kerala, en Inde, révèle que le dépistage du cancer de la bouche par inspection visuelle peut contribuer à réduire le taux de mortalité chez les personnes présentant des risques élevés, ainsi qu'à prévenir au moins 37 000 décès associés au cancer dans le monde entier³. La question est de savoir comment nous pouvons rejoindre ces personnes.

En Inde, on répond à cette question en partie par des cliniques dentaires itinérantes servant à dépister le cancer de la bouche et à détecter la présence de lésions précancéreuses. On y prodigue en même temps des soins de base tels le détartrage rudimentaire, les extractions et la mise en place d'obturations temporaires. Voici en bref comment fonctionnent ces cliniques.

Une équipe composée de dentistes dynamiques (spécialistes issus de toutes les disciplines) et d'assistantes dévouées, transportant avec elle tout l'équipement nécessaire, voyage toute la nuit en autobus à destination d'une région rurale éloignée. Avec l'aide de l'administration municipale et scolaire de la région, l'équipe érige une clinique itinérante sur les lieux de l'école ou dans une salle vacante d'un édifice municipal. Elle installe l'équipement et dispose des chaises et des tables de bois le long de la salle. Tous les déchets sont regroupés dans une partie de la salle, et les instruments sont stérilisés dans un chaudron d'eau bouillante sur une cuisinière à gaz. Des bénévoles de la localité s'occupent de gérer la foule; ils font entrer les patients dans l'ordre et la discipline, tiennent les lampes de poche qui servent de lampes de travail et transmettent des directives aux patients. Ces gens sont d'une aide précieuse dans l'organisation de ces cliniques.

Dès l'ouverture de la clinique, des centaines, voire des milliers, de patients font la file pour s'inscrire. Chaque patient est soumis à un examen initial, après quoi on lui remet une

fiche de santé buccodentaire afin de recevoir des soins sur place ou, au besoin, à l'hôpital principal (qui organise la clinique). Sur présentation de cette fiche, les patients envoyés à l'hôpital sont traités gratuitement. Les dentistes travaillent debout dans ces cliniques.

Souvent, il y a tellement de patients qu'on doit les traiter par groupe de 4. Le dentiste commence par administrer un anesthésique local (en se servant de seringues différentes, bien entendu) aux 4 patients, l'un après l'autre. Pendant que le quatrième patient reçoit sa dose de produit anesthésiant, la dose administrée au premier patient a fait son effet, et le dentiste peut alors commencer à traiter ou à extraire la dent du patient. Le personnel paramédical et les infirmières veillent à ce que le dentiste ait à portée de la main une quantité suffisante de matériel et d'instruments stérilisés. Chacun leur tour, les membres de l'équipe prennent de courtes pauses pendant lesquelles ils peuvent boire de l'eau ou du thé et manger une collation. Les dentistes ont juste le temps de tremper leurs mains dans une solution antiseptique avant de changer de gants et de passer au prochain patient. Ils n'ont pas

Plus près de chez nous...

Maux de dents à Kashechewan : Une partie d'un portrait plus vaste

L'écllosion de la bactérie *E. coli* dans le système d'approvisionnement en eau de la communauté autochtone de Kashechewan située dans le Nord de l'Ontario, et l'évacuation des résidants qui en a résulté, a retenu l'attention des médias et des politiciens en octobre. Plus tôt cette année, j'ai pu me rendre compte personnellement des conditions de vie délabrées et de la santé buccodentaire tout à fait exécrable des membres de cette communauté.

À titre de dentiste résident de Moose Factory, en Ontario, je me suis aventuré à Kashechewan pour y offrir des services dentaires pendant une semaine. À mon arrivée, il s'était écoulé plus d'un mois depuis la dernière visite d'un dentiste à la communauté. Des infirmières prodiguaient des soins dentaires et traitaient automatiquement chaque mal de dent avec de la pénicilline (à dose et à fréquence insuffisantes) et avec des analgésiques. Il n'était pas rare que l'on menace les infirmières, et la plupart d'entre elles n'acceptaient de travailler que si elles étaient protégées par des gardiens de sécurité.

Lorsque les résidants ont constaté la présence d'un dentiste, on a sorti une longue liste de patients en attente de soins, bon nombre d'entre eux suppliant que l'on traite leurs problèmes dentaires. Je disposais de 30 minutes pour prendre connaissance des antécédents médicaux, repérer les dents qui causaient le plus de douleur, prendre une radiographie, établir un diagnostic et pratiquer les extractions (la plupart nécessitant une chirurgie), et pour fournir des instructions postopératoires et remettre des ordonnances. Quelle tâche colossale!

Tous ceux que j'ai rencontrés à Kashechewan souffraient de maux de dents, et bon nombre d'entre eux depuis fort longtemps. Je n'étais en mesure que de prodiguer des soins d'urgence, procédant à l'extraction d'un

le temps de se plaindre de la fatigue ou de maux de dos. Devant tous ces gens qui attendent, vous prenez une bonne respiration pour vous remonter le moral et vous passez au prochain patient; vous ne pensez à rien, vous faites seulement votre travail. C'est dans cet esprit que s'effectue le travail.

Comme on peut présumer d'après cette description, la réussite de ces cliniques repose sur un effort concerté de la part des organisateurs (venant de la région rurale même et des écoles dentaires des régions urbaines), des dentistes, des infirmières, des bénévoles et des patients.

L'aménagement de cliniques dentaires itinérantes dans les régions rurales éloignées est l'un des moyens que prennent les services d'assistance sociale et les collèges dentaires pour répondre aux besoins des populations défavorisées des régions rurales. Je me suis joint dernièrement à une équipe qui est allée visiter une clinique du genre. En 2 jours, on y a examiné et traité plus de 3200 patients. J'ai vécu une expérience fantastique, et je suis heureux et fier d'avoir contribué à cette clinique.

nombre incalculable de dents fortement cariées qui étaient la cause de la douleur chez la plupart des patients. Bien des enfants présentaient des caries de la petite enfance et devaient être orientés vers l'hôpital de Moose Factory pour recevoir un traitement sous anesthésie générale.

Le concept de prévention était très étranger aux membres de la communauté. En outre, la sensibilisation à la santé buccodentaire de cette communauté était parmi les moins bien documentées. Sur le plan de l'alimentation, on m'a cité les boissons gazeuses et les aliments contenant du sucre comme exemples de denrées de consommation courante (il va sans dire que ces aliments sont beaucoup moins chers que les aliments plus sains vendus au magasin du coin).

À mon départ de Kashechewan, je savais que malgré les longues heures travaillées, mon apport n'était que très mince étant donné l'incroyable quantité de soins requis. La communauté n'avait pas besoin que d'un dentiste pendant une très courte période pour extraire des dents. Elle avait besoin de toute urgence de meilleures conditions de vie globales : un hébergement propre, une eau saine, un accès à des aliments nutritifs et des projets d'hygiène publique en général, y compris des programmes préventifs de santé dentaire publique.

Il est malheureux qu'il ait fallu une éclosion de la bactérie *E. coli* pour que la plupart des Canadiens prennent connaissance de la souffrance du peuple de Kashechewan. La crise récente ne se limite pas à l'approvisionnement en eau, mais elle se manifeste par le manque d'accessibilité à des soins de santé buccodentaire.

À titre de professionnels de la santé, les dentistes ont la responsabilité sociale d'agir en tant que défenseurs pour s'assurer que les besoins de base en santé buccodentaire de l'ensemble des collectivités sont satisfaits. Si nous appliquons ce concept aux résidents de Kashechewan, force est de constater que nous avons failli à notre tâche. ❖

— Dr James Noble
Winnipeg (Manitoba)

Bien que nous profitons des progrès technologiques de la dentisterie, n'oublions pas qu'il y a des personnes défavorisées dans ce monde qui attendent encore qu'on réponde à leurs besoins fondamentaux en soins buccodentaires. Des mesures ont été prises, comme le démontrent les cliniques décrites dans le présent article, mais il reste encore beaucoup à faire.

Je remercie toutes les personnes dévouées qui ont permis que l'installation de cliniques dentaires en Inde devienne réalité. ❖

Le présent article décrit la situation qui prévaut dans les régions rurales éloignées de l'Inde et ne doit pas être considéré comme un portrait des établissements de soins dentaires qu'on trouve ailleurs en Inde.

L'AUTEUR

Le Dr Auluck est étudiant au programme supérieur de médecine et de radiologie buccale au Collège des sciences dentaires de Manipal, à Manipal, en Inde.

Écrire au : Dr Ajit Auluck, Department of Oral Medicine and Radiology, Manipal College of Dental Sciences, Manipal – 576104, Karnataka, India. Courriel : drajitauluck@yahoo.co.in.

Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les vues et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. Nair U, Bartsch H, Nair J. Alert for an epidemic of oral cancer due to use of the betel quid substitutes gutkha and pan masala: a review of agents and causative mechanisms. *Mutagenesis* 2004; 19(4):251–62.
2. van der Eb MM, Leyten EM, Gavarasana S, Vandenbroucke JP, Kahn PM, Cleton FJ. Reverse smoking as a risk factor for palatal cancer: a cross-sectional study in rural Andhra Pradesh, India. *Int J Cancer* 1993; 54(5):754–8.
3. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, Rajan B; Trivandrum Oral Cancer Screening Study Group. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365(9475):1927–33.