

Quel est le rôle du dentiste dans la lutte contre l'épidémie d'obésité?

Jean-Philippe Chaput, MSc; Jo-Anne Gilbert, MSc; Christian Caron, DDS;
Belinda Nicolau, PhD; Angelo Tremblay, PhD

Auteur-ressource

Dr Tremblay
Courriel : angelo.tremblay@kin.msp.ulaval.ca



Pour les citations, la version définitive de cet article est la version électronique : www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-8/707.html

L'obésité a pris des proportions épidémiques à l'échelle mondiale, et le Canada n'échappe pas à cette tendance, la prévalence de l'obésité ayant augmenté au cours des 15 à 20 dernières années, à la fois chez les enfants et les adultes^{1,2}. Or, l'obésité est associée à de nombreuses maladies (notamment les maladies cardiovasculaires, certaines formes de cancer, le diabète de type 2 [DT2] et des maladies buccodentaires chroniques) et, pour en assurer un contrôle optimal, une démarche multidisciplinaire s'impose.

L'obésité et les maladies buccodentaires ont un facteur de risque en commun – le régime alimentaire. Il est en effet bien établi que l'alimentation a une incidence sur la santé buccodentaire et la dentition, et, selon l'American Dietetic Association, la nutrition fait partie intégrante de la santé buccodentaire. Cette association recommande même que les professionnels dentaires collaborent avec les diététistes afin de promouvoir la santé buccodentaire, de prévenir les maladies et d'assurer la mise en place d'interventions adéquates³. On sait également qu'un régime alimentaire sous-optimal augmente les risques de surpoids ou d'obésité^{4,5}. Le programme de santé buccodentaire de l'Organisation mondiale de la Santé⁶ insiste sur la nécessité d'intégrer la santé buccodentaire au programme global de santé, notant à cet égard que certaines maladies chroniques non transmissibles – comme l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le DT2 et les maladies buccodentaires – partagent une série de facteurs de risque⁶. Cette démarche,

initialement proposée par Sheiham et Watt⁷, déborde du cadre étroit et cloisonné d'éducation en matière de santé buccodentaire, pour privilégier la diffusion de messages de promotion de la santé plus généraux. De fait, on allègue souvent qu'une approche établissant une distinction entre la santé buccodentaire et la santé générale peut donner lieu à une répétition des efforts et à la diffusion de messages contradictoires en matière de promotion de la santé. À l'inverse, une démarche intégrée tenant compte des facteurs de risque communs part du principe fondamental selon lequel la promotion générale de la santé peut, par la maîtrise d'un petit nombre de facteurs de risque, avoir un impact considérable sur un grand nombre de maladies, et ce à un coût moindre et avec une plus grande efficacité que les démarches ciblant une maladie en particulier⁷. À titre d'exemple, les programmes de prévention de l'obésité pourraient avoir des effets bénéfiques sur la santé buccodentaire, et vice versa.

Le présent article préconise l'adoption, par la profession dentaire (et chaque dentiste), d'une démarche d'éducation du public qui tienne compte des facteurs de risque communs à plusieurs maladies, et propose des exemples précis pour y parvenir.

Existe-t-il un lien entre une mauvaise hygiène buccale, l'obésité et le DT2?

La littérature montre que la santé buccodentaire est étroitement liée à l'état nutritionnel.

Dans le cadre de leur étude, Joshipura et coll.⁸ ont ainsi observé que les participants édentés mangeaient moins de légumes, de fibres et de carotène, mais en revanche plus de cholestérol, de gras saturés et de calories, que les participants qui avaient 25 dents ou plus. Pour leur part, Johansson et coll.⁹ ont comparé le régime alimentaire de personnes édentées d'âge moyen (25 à 64 ans) à celui de personnes du même sexe et du même âge qui avaient encore leurs dents naturelles; ces chercheurs n'ont observé aucune différence dans l'apport énergétique quotidien, mais ils ont constaté que les hommes et les femmes édentés consommaient davantage de sucreries que les personnes qui avaient leurs dents naturelles. Les hommes édentés consommaient également moins de fruits, de légumes et de fibres, tandis que les femmes édentées avaient une alimentation plus riche en gras. Les hommes et les femmes édentés étaient aussi plus obèses; par ailleurs, leurs taux sériques en lipoprotéines de haute densité étaient moins élevés que chez les personnes qui avaient leurs dents, tandis que les concentrations sériques de cholestérol total et de triglycérides étaient nettement supérieures chez les femmes édentées que chez celles qui avaient leurs dents. Enfin, la présence d'au moins 2 facteurs de risque cardiovasculaire a été plus répandue chez les personnes édentées que chez celles qui avaient leurs dents naturelles. Tous ces résultats viennent corroborer l'hypothèse voulant que les personnes édentées d'âge moyen sont plus sujettes à l'obésité et présentent un profil de facteurs de risque plus défavorable en ce qui a trait aux maladies cardiovasculaires.

De façon générale, l'indice de masse corporelle (IMC) est une variable explicative indépendante du nombre de dents¹⁰, le fait notamment d'avoir au moins 21 dents augmentant la probabilité d'avoir un IMC acceptable¹⁰. À l'inverse, les personnes qui ont moins de 21 dents naturelles sont en moyenne 3 fois plus susceptibles d'être obèses que les personnes qui ont entre 21 et 32 dents¹¹. L'association positive entre l'obésité globale et abdominale et la prévalence des maladies parodontales¹² est un autre facteur qui vient corroborer le lien entre l'IMC et la perte de dents – laquelle pourrait être due à une maladie parodontale.

Jusqu'à maintenant, les chercheurs ont interprété l'association entre la santé buccodentaire, l'obésité et le DT2, en partant du principe qu'un IMC élevé est une variable prévisionnelle d'une mauvaise santé buccodentaire. Cependant, l'inverse peut aussi être vrai, et un mauvais état buccodentaire pourrait favoriser un gain de poids. Il est donc réaliste de poser comme principe qu'une mauvaise santé buccodentaire pourrait favoriser une diminution de la capacité de mastication et le choix d'aliments pauvres en fibres et denses en énergie. De mauvais choix alimentaires pourraient donc être considérés comme un effet intermédiaire, dans ce tableau où un piètre état buccodentaire entraîne à long terme un gain de poids, l'obésité et le DT2.

Quel est le rôle du dentiste dans la démarche axée sur les facteurs de risque?

Encadré 1 Quelques mesures axées sur les facteurs de risque que les dentistes peuvent incorporer dans leur cabinet

- Examen des habitudes alimentaires des patients à risque;
- Suivi alimentaire (peut-être en collaboration avec une diététiste) des patients ayant subi des extractions dentaires;
- Mise en place d'affiches (dans les cabinets dentaires) illustrant les bienfaits d'habitudes alimentaires saines, afin de mieux sensibiliser les patients à l'importance du régime alimentaire ainsi qu'à ses bienfaits potentiels sur la santé buccodentaire et le poids corporel;
- Vérification du poids corporel à chaque visite, pour déceler tout changement dans ce facteur chez les patients à risque;
- Aiguillage des patients à risque vers un médecin ou autre professionnel de la santé, en cas de changements importants dans le poids corporel ou les habitudes alimentaires.

La démarche fondée sur les facteurs de risque communs consiste à tenir compte des facteurs de risque qui sont communs à de multiples maladies chroniques, dans un contexte socio-environnemental plus large. Cette démarche s'appuie sur des données probantes établissant l'existence de tels facteurs, ainsi que sur l'hypothèse voulant qu'il est moins efficace de cibler chaque maladie séparément que de s'attaquer à un facteur de risque commun à une variété de maladies chroniques. Comme les maladies buccodentaires chroniques dépendent principalement du régime alimentaire, des pratiques d'hygiène buccale, du tabagisme, de la consommation d'alcool et du stress, il est recommandé d'adopter une démarche de collaboration qui favorise l'établissement d'alliances avec d'autres secteurs poursuivant des objectifs similaires. De fait, pareille démarche est jugée essentielle, eu égard aux taux alarmants d'obésité et de DT2.

Afin de réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité, il doit s'établir des partenariats entre les différents secteurs et les différentes disciplines de la santé buccodentaire. Ce type de collaboration requiert le développement d'un éventail de compétences en matière de réseautage et de communication, lesquelles pourront aussi contribuer à améliorer les interactions avec les patients. Dans cette optique, les dentistes généralistes devraient tout au moins insister auprès de leurs patients sur l'importance d'une saine alimentation. De plus, comme l'obésité est un problème de santé publique et qu'une démarche multidisciplinaire est hautement souhaitable pour s'attaquer à ce problème, nous encourageons fortement les dentistes à inclure dans leurs interventions auprès des patients quelques mesures modestes axées expressément

sur ce problème. En raison de leurs contacts réguliers avec les patients, les dentistes ont la possibilité de contribuer à la lutte contre l'obésité (et toutes les comorbidités qui y sont associées). Aussi importe-t-il de mettre au point et de diffuser des outils de prévention pratiques et faciles à utiliser, surtout si les dentistes veulent exercer une influence auprès des patients dont la capacité de mastication est réduite ou qui ont moins de 21 dents naturelles. Les dentistes peuvent appliquer certaines mesures visant à mettre en œuvre une démarche fondée sur les facteurs de risque communs (encadré 1).

Comme la littérature montre qu'il est très plausible (pour des raisons à la fois biologiques et comportementales) qu'un lien existe entre l'obésité, le DT2 et les maladies bucco-dentaires chroniques, nous invitons les professionnels dentaires à tenir compte des facteurs de risque communs dans leurs efforts d'éducation en matière de santé. Ces états pathologiques sont en effet si répandus qu'il semble plus indiqué d'adopter une démarche globale qu'une autre axée sur une maladie précise. Les dentistes peuvent utiliser à cette fin diverses options et, de ce fait, ils contribueront non seulement à prévenir les maladies buccodentaires, mais aussi à lutter contre un des principaux problèmes de santé publique des sociétés modernes, celui de l'obésité. ✦

LES AUTEURS

Remerciements : Les travaux de M. Chaput sont financés par une bourse de recherche au doctorat du Centre de recherche de l'Hôpital Laval, et ceux du Dr Tremblay le sont en partie par la Chaire de recherche du Canada en activité physique, nutrition et bilan énergétique. La Dre Nicolau est titulaire d'une bourse salariale du Fonds de la recherche en santé du Québec.



M. Chaput est étudiant au doctorat à la Division de kinésiologie, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec (Québec).



Mme Gilbert est chercheuse professionnelle à la Division de kinésiologie, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec (Québec).



Le **Dr Caron** est professeur agrégé à la Faculté de médecine dentaire, Université Laval, Québec (Québec). Il exerce également dans un cabinet privé à Québec.



La **Dre Nicolau** est professeure adjointe à la Division d'épidémiologie et de biostatistiques, INRS-Institut Armand Frappier, Laval (Québec), et professeure associée, Faculté de médecine dentaire, Université McGill, Montréal (Québec).



Le **Dr Tremblay** est professeur à la Division de kinésiologie, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec (Québec).

Écrire au : Dr Angelo Tremblay, Division de kinésiologie (PEPS), Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec, QC G1K 7P4.

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

Références

1. Torrance GM, Hooper MD, Reeder BA. Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970–1992): evidence from national surveys using measured height and weight. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(6):797–804.
2. Bélanger-Ducharme F, Tremblay A. Prevalence of obesity in Canada. *Obes Rev* 2005; 6(3):183–6.
3. Touger-Decker R, Mobley CC; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(5):615–25.
4. Astrup A. The role of dietary fat in obesity. *Semin Vasc Med* 2005; 5(1):40–7.
5. Rolls BJ, Drewnowski A, Ledikwe JH. Changing the energy density of the diet as a strategy for weight management. *J Am Diet Assoc* 2005; 105(5 Suppl 1):S98–103.
6. Organisation mondiale de la Santé. Rapport d'une consultation de l'OMS sur l'obésité. **Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale.** Organisation mondiale de la Santé: Genève; 1998.
7. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(6):399–406.
8. Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 1996; 127(4):459–67.
9. Johansson I, Tidehag P, Lundberg V, Hallmans G. Dental status, diet and cardiovascular risk factors in middle-aged people in northern Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22(6):431–6.
10. Forslund HB, Lindroos AK, Blomkvist K, Hakeberg M, Berggren U, Jontell M, and other. Number of teeth, body mass index, and dental anxiety in middle-aged Swedish women. *Acta Odontol Scand* 2002; 60(6):346–52.
11. Marceles W, Steele JG, Sheiham A, Walls AW. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):809–16.
12. Saito T, Shimazaki Y, Koga T, Tsuzuki M, Ohshima A. Relationship between upper body obesity and periodontitis. *J Dent Res* 2001; 80(7):1631–6.