

Citer cet article

Cosker K, Denis P, Tala S, Rigault A, Rivière S, Pestel L, et al. Pathologies associées, états de santé et traitements des

personnes diabétiques en France : les données du Sniiram 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(30-31):507-14. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_3.html

ARTICLE // Article

CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN TERMES DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES PERSONNES DIABÉTIQUES DE TYPE 2 DANS L'ÉTUDE ENTRED 2007, FRANCE

// KNOWLEDGE AND PRACTICES RELATED TO ORAL HEALTH IN PERSONS WITH TYPE 2 DIABETES IN THE ENTRED 2007 STUDY, FRANCE

Nolwenn Regnault¹ (n.regnault@invs.sante.fr), Michèle Chantry², Sylvie Azogui-Lévy³, Sandrine Fosse-Edorh¹

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), Paris, France

³ Université Paris Diderot-Paris 7, UFR d'Odontologie, Paris, France

Soumis le 15.07.2014 // Date of submission: 07.15.2014

Résumé // Abstract

Objectifs – Évaluer la proportion des personnes (1) qui avaient connaissance d'un lien entre diabète et santé bucco-dentaire, (2) qui déclaraient que leur chirurgien-dentiste était informé de leur statut diabétique, ainsi que des facteurs explicatifs associés, et mettre ces informations en perspective avec le recours aux soins dentaires.

Méthodes – Dans l'étude Entred 2007, 8 926 adultes diabétiques résidant en France métropolitaine ont été tirés au sort. Un questionnaire a permis de renseigner, pour 3 894 personnes identifiées comme diabétiques de type 2, leurs caractéristiques sociodémographiques, leur état de santé et des indications sur leurs connaissances et pratiques en termes de santé bucco-dentaire.

Résultats – Près de 70% des personnes n'avaient pas connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire. Plus de 40% déclaraient que leur chirurgien-dentiste n'était pas informé de leur statut diabétique, parmi lesquels près de 40% pensaient que le diabète ne concernait pas le chirurgien-dentiste. La connaissance des liens et le fait que le chirurgien-dentiste soit informé du diabète étaient favorablement associés au recours aux soins dentaires.

Conclusion – Nos résultats suggèrent qu'il existe des améliorations importantes à apporter en termes d'information des personnes diabétiques sur les liens entre diabète et santé bucco-dentaire, ainsi que sur la connaissance des chirurgiens-dentistes concernant le statut diabétique de leurs patients.

Objectives – To assess the proportion of persons (1) who had some knowledge of the relationship between diabetes and oral health, (2) who declared that their dentist was aware of their diabetes, as well as their determinants; and link this knowledge and information to dental care use.

Methods – In the ENTRED 2007 Study, 8,926 adults with diabetes, living in mainland France, were randomly selected. Among them, 3,894 persons with type 2 diabetes filled in a questionnaire regarding their socio-demographic characteristics, their health status, and some indications of their knowledge and behaviours related to oral health.

Results – Almost 70% of the participants did not know there was a link between diabetes and oral health. More than 40% declared that their dentist did not know about their diabetes, among them 40% thought that diabetes was of no concern to the dentist. Knowing the links between diabetes and oral health and informing one's dentist was favorably associated with dental care use.

Conclusion – Dental diseases can be prevented and controlled in diabetic patients. Important improvement can be made in terms of patient information as well as awareness of the dentist regarding their patients' diabetic status in order to allow adequate dental care management.

Mots-clés : Diabète, Santé bucco-dentaire, Information, Recours aux soins, France

// **Keywords**: Diabetes, Oral health, Health literacy, Access to care, France

Introduction

Le diabète et la santé bucco-dentaire sont étroitement liés, et ce de manière bidirectionnelle^{1,2}. Un diabète non équilibré est un facteur de risque de la maladie parodontale et peut entraîner une destruction progressive du support osseux de la dent^{1,2}. Si les dents ne sont pas remplacées de manière appropriée, leur perte rend la mastication plus difficile avec des conséquences sur la nutrition et l'équilibre glycémique des personnes diabétiques³. La maladie parodontale peut également avoir des conséquences sur le diabète, l'inflammation chronique favorisant l'insulinorésistance^{4,5}.

La prévention des affections bucco-dentaires semble avoir un effet bénéfique sur l'équilibre glycémique des diabétiques⁵. Cette prévention passe par des connaissances, attitudes et pratiques appropriées, notamment en termes d'hygiène et de recours aux soins bucco-dentaires. La Haute Autorité de santé (HAS) a préconisé au moins une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste dans le cadre du suivi des patients diabétique⁶. Pourtant, en 2008, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) a montré que seulement 57% des personnes diabétiques avaient eu recours au chirurgien-dentiste dans les deux dernières années contre 69% des personnes non diabétiques⁷.

La principale barrière au recours aux soins dentaires est financière⁷. Dans l'étude Entred (Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) 2007, les soins dentaires étaient un des principaux postes du reste à charge chez les personnes diabétiques qui déclaraient également, pour plus de 50% d'entre elles, rencontrer des difficultés financières⁸.

Le manque d'information des personnes diabétiques sur les liens entre diabète et santé bucco-dentaire peut également expliquer le recours insuffisant au chirurgien-dentiste ainsi que l'absence de mise en œuvre de comportements de santé bucco-dentaire adéquats. Si, à notre connaissance, aucune donnée sur les adultes diabétiques de type 2 n'est disponible en France, des études menées dans d'autres pays ont montré que seulement 17% à 42% des personnes diabétiques (principalement de type 2) déclaraient connaître ce lien⁹⁻¹¹. Les implications bucco-dentaires du diabète apparaissent toujours moins bien connues par les patients que les autres complications du diabète⁹.

Des études dans divers pays ont également montré que l'information des personnes concernant les liens entre diabète et santé orale venait principalement des professionnels de santé^{10,12,13}. Les informations les plus générales sur l'existence d'un lien venaient en proportion relativement égale de l'endocrinologue, du médecin généraliste et du chirurgien-dentiste, entre 47% à 57%¹², alors que les informations plus spécifiques (fréquences de brossage, d'utilisation du fil dentaire et de consultation...) étaient plus fréquemment données par le chirurgien-dentiste¹². Entre 50% et 85% des personnes déclaraient n'avoir pas reçu d'information sur la santé bucco-dentaire en

lien avec le diabète de la part d'un professionnel de santé^{10,12}. Une étude rapportait que seulement 48% des personnes avaient parlé de leur diabète à leur chirurgien-dentiste¹⁰. Or, l'information du chirurgien-dentiste par le patient de son état diabétique est indispensable pour qu'il puisse lui proposer un suivi régulier et une prise en charge odontologique adaptée. Ainsi, la sensibilisation insuffisante aux liens entre diabète et santé bucco-dentaire semble concerner à la fois les patients et les professionnels de la santé.

Les objectifs principaux de ce travail étaient d'évaluer (1) la proportion des personnes diabétiques qui avaient connaissance du lien entre diabète et santé bucco-dentaire et (2) la proportion des chirurgiens-dentistes que ces personnes déclaraient informés de leur statut diabétique, et de décrire les facteurs associés, notamment sociodémographiques et économiques. L'objectif secondaire était de mettre en perspective la connaissance des patients et l'information du chirurgien-dentiste avec le recours aux soins dentaires.

Méthodes

Population

La méthodologie de l'étude Entred 2007 a été décrite précédemment¹⁴. Le tirage au sort d'une clé matriculaire correspondant aux deux derniers chiffres du numéro de sécurité sociale a sélectionné, à partir des bases de consommation médicale du régime général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), hors sections mutualistes, et du Régime social des indépendants (RSI), 8 926 adultes diabétiques, remboursés d'antidiabétiques oraux ou d'insuline, à au moins trois dates différentes au cours des 12 derniers mois et résidant en France métropolitaine. Les données de consommation médicale ont été extraites pour l'ensemble des personnes sélectionnées à partir des bases de l'Assurance maladie. Parmi ces personnes, 4 277 ont répondu à un questionnaire relatif à leurs caractéristiques sociodémographiques et à leur état de santé. Un algorithme épidémiologique de typologie du diabète a permis d'identifier 3 894 personnes diabétiques de type 2 sur lesquelles ont été conduites nos analyses.

Données relatives à la santé bucco-dentaire

Les participants ont été interrogés sur leurs connaissances et leurs pratiques en termes de santé bucco-dentaire. Les questions suivantes ont été posées : « Êtes-vous informé(e) des liens qui existent entre votre diabète et l'état de vos dents et gencives ? », et « Votre dentiste est-il au courant de votre diabète ? ». Si la réponse à cette deuxième question était négative, les personnes avaient la possibilité de choisir une ou plusieurs raisons dans une liste, présentée dans la figure. Il était également demandé aux participants de l'étude s'ils avaient déjà renoncé à des soins dentaires (consultation de surveillance, traitement des caries, détartrage...) ou à des prothèses dentaires (couronne ou appareil) pour des raisons financières, ainsi que

la fréquence habituelle à laquelle ils consultaient un chirurgien-dentiste (« *Au moins une fois par an* », « *Moins d'une fois par an* », « *Uniquement en cas d'urgence ou de douleur* », « *Jamais* »). En parallèle, les données de consommation médicale ont permis d'identifier les personnes qui avaient eu « *Au moins une consultation ou un acte de chirurgie dentaire ou de stomatologie libérale ou une hospitalisation en service de stomatologie sur un an de liquidation* ».

Analyses statistiques

Les analyses ont été pondérées afin de tenir compte du plan de sondage et de la non-participation aux questionnaires. Les résultats descriptifs sont présentés sous forme de pourcentages et d'intervalles de confiance à 95%. Les facteurs associés à la connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire par les personnes diabétiques et au fait qu'elles aient informé leur chirurgien-dentiste de leur diabète ont été recherchés en utilisant des régressions logistiques. Les facteurs étudiés, listés dans le tableau 1, incluaient les caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes, leur couverture sociale et, en particulier, leur prise en charge du fait d'une affection de longue durée (ALD), quelle que soit cette affection, les caractéristiques de leur diabète, leur recours aux soins et d'autres caractéristiques ou habitudes de vie, en utilisant des niveaux d'ajustement successifs correspondant à ces différents groupes de variables explicatives d'intérêt. Les résultats des modèles finaux sont présentés sous forme d'odds ratios (OR) accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95%. Les analyses ont été réalisées en utilisant le logiciel SAS Enterprise Guide® Version 4.3 et exécutées en utilisant les procédures « *Surveyfreq* » et « *Surveylogistic* ».

Résultats

Le tableau 1 résume les principales caractéristiques des personnes incluses dans l'analyse (N=3 894). Plus de 50% avaient un niveau d'études inférieur ou égal au primaire, près de 30% étaient ouvriers et 53,5% évaluaient leur situation financière comme étant difficile.

Concernant les informations relatives à la santé ou au recours aux soins bucco-dentaires, 33% des personnes avaient connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire et 60% déclaraient que leur chirurgien-dentiste était au courant de leur statut diabétique (tableau 2). Parmi ceux qui ne l'avaient pas mis au courant, les principales raisons citées étaient un oubli de la part du patient (44%) et le fait que le patient pensait que le diabète ne concernait pas le chirurgien-dentiste (38%) (figure). Les connaissances du patient et l'information du praticien étaient étroitement liées. Les personnes qui connaissaient les liens entre diabète et santé bucco-dentaire déclaraient à 88% que leur chirurgien-dentiste était informé de leur diabète contre 46% des personnes qui ne connaissaient pas ces liens ($p<0,0001$).

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de connaître les liens entre diabète et santé bucco-dentaire était moindre chez les hommes (OR=0,61 ; $p<0,0001$), chez les personnes avec un niveau d'études inférieur ou égal au niveau primaire par rapport à celles qui étaient allées au lycée ou à l'université (OR=0,63 ; $p=0,0001$), chez celles sans ALD (OR=0,71 ; $p=0,01$), celles avec un diabète diagnostiqué plus récemment (≤ 10 ans vs. >10 ans : OR=0,79 ; $p=0,01$) et celles non traitées par l'insuline (OR=0,43 ; $p<0,0001$) (tableau 3). Par rapport aux personnes diabétiques qui consultaient leur médecin généraliste entre 6 et 11 fois dans l'année, celles qui consultaient le moins fréquemment ou le plus fréquemment ainsi que celles qui consultaient annuellement un endocrinologue avaient une probabilité plus élevée de connaître le lien entre diabète et santé bucco-dentaire (OR=1,30 pour ce dernier ; $p=0,01$).

En ce qui concerne l'information du chirurgien-dentiste par le patient quant à son statut diabétique, une partie des facteurs associés étaient les mêmes que ceux associés à la connaissance des liens. Néanmoins, on pouvait noter que l'information du chirurgien-dentiste était plus fréquente chez les professions intermédiaires (OR=1,50 ; $p=0,02$) ou les personnes au foyer/n'ayant jamais travaillé que chez les ouvriers (OR=1,83 ; $p=0,05$) et moins fréquente chez les personnes qui ne ressentaient pas le besoin de soutien social par rapport à celles qui en étaient satisfaites (OR=0,65 ; $p=0,02$). Le recours au médecin généraliste ou à l'endocrinologue n'était pas associé au fait que le patient informe son chirurgien-dentiste (tableau 3).

Concernant le recours aux soins, 33% des personnes déclaraient aller chez le chirurgien-dentiste au moins une fois par an, ce qui était proche de l'estimation faite à partir des consommations sur une année glissante (38% pour l'année précédant le tirage au sort) ; 57% des personnes ne recourraient jamais ou seulement en urgence à leur chirurgien-dentiste (tableau 2). Les personnes qui avaient connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire avaient plus fréquemment consulté leur chirurgien-dentiste dans l'année (45%) que celles qui ne connaissaient pas les liens (35% ; $p<0,0001$). Cette association persistait après ajustement sur les caractéristiques associées au recours aux soins et identifiées lors d'un travail précédent¹⁵, notamment les caractéristiques socio-économiques du patient (en particulier son ressenti financier et le fait qu'il ait une couverture complémentaire) ainsi que sur les caractéristiques du diabète et le recours au médecin généraliste ou à l'endocrinologue. Ainsi, la probabilité de recours au chirurgien-dentiste était diminuée chez les personnes qui n'avaient pas connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire (OR=0,67 ; $p<0,001$). Le fait que le chirurgien-dentiste soit informé du statut diabétique était également significativement associé au fait d'avoir eu au moins une visite dans l'année. Parmi les personnes qui avaient informé leur chirurgien-dentiste, 51% avaient eu une visite contre 33% pour celles qui ne l'avaient pas informé

Tableau 1

Caractéristiques des personnes diabétiques de type 2. Entred 2007, France (N=3 894)

Caractéristiques	Fréquence pondérée (%)	IC95%
Caractéristiques sociodémographiques et économiques		
Âge (>65 ans)	56,1	[54,5-57,7]
Sexe (hommes)	54,2	[52,5-55,8]
Statut marital (en couple)	67,0	[65,4-68,5]
Niveau d'études		
≤ Primaire	50,3	[48,6-51,9]
Collège	30,3	[28,7-31,8]
≥ Lycée	19,5	[18,2-20,7]
Profession et catégorie socioprofessionnelles		
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise, agriculteurs	11,4	[10,6-12,2]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	7,4	[6,5-8,3]
Professions intermédiaires	18,9	[17,5-20,3]
Employés	25,2	[23,7-26,8]
Au foyer ou n'ayant jamais travaillé	7,5	[6,5-8,5]
Ouvriers	29,5	[28,0-31,1]
Pays d'origine*		
France	84,2	[83,0-85,4]
Maghreb	7,3	[6,5-8,1]
Autres pays	8,5	[7,6-9,4]
Soutien social relatif au diabète		
Patient satisfait du soutien de son entourage	76,2	[74,8-77,7]
Patient non satisfait du soutien de son entourage	11,9	[10,9-13,0]
Patient qui ne ressent pas le besoin de soutien	11,9	[10,7-13,0]
Difficultés financières ressenties	53,5	[51,8-55,1]
Couverture sociale		
Affection de longue durée (ALD)	85,0	[83,9-86,2]
Couverture complémentaire	87,7	[86,6-88,8]
Caractéristiques du diabète		
Ancienneté du diabète (>10 ans)	47,2	[45,5-48,8]
Traitement par insuline	18,4	[17,1-19,6]
HbA1c>7%	43,6	[41,4-45,8]
Au moins 1 hospitalisation dans l'année**	34,8	[33,3-36,4]
Recours aux soins		
Consultations chez le médecin généraliste		
≤5 dans l'année	43,8	[42,2-45,4]
entre 6 et 11	37,9	[36,3-39,4]
≥12 dans l'année	18,3	[17,1-19,5]
Au moins 1 consultation chez un endocrinologue*** dans l'année	15,3	[14,1-16,4]
Autres caractéristiques et habitudes de vie		
Surpoids ou obésité	80,5	[79,2-81,9]
Consommation d'alcool excessive****	8,3	[7,1-9,4]
Dépression****	17,5	[15,8-19,2]
Tabagisme actuel	13,5	[12,4-14,6]

* Le pays d'origine a été défini comme le pays de naissance, extrait du fichier de données de l'Assurance maladie. Les patients nés hors de France, mais qui ont déclaré être Français avec des parents français, ont été considérés être d'origine française et placés dans le groupe des personnes d'origine française.

** Hospitalisation publique ou privée sur 1 an de liquidation.

*** Consultation ou acte de médecine interne ou endocrinologie libérale ou hospitalisation dans un service de diabétologie, endocrinologie, nutrition ou médecine interne sur 1 an de liquidation.

**** Information recueillie auprès du médecin soignant.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Tableau 2

Santé bucco-dentaire et recours aux soins des personnes diabétiques de type 2 (N=3 894). Entred 2007, France

	Fréquence pondérée (%)	IC95%
Le patient a connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire	32,6	[31,1-34,2]
Le chirurgien-dentiste du patient est au courant de son statut diabétique	60,1	[58,4-61,9]
Le patient a déjà renoncé aux soins dentaires* pour des raisons financières	34,7	[30,9-38,6]
Le patient a déjà renoncé aux soins prothétiques** pour des raisons financières	50,1	[46,0-54,2]
Fréquence des visites chez le chirurgien-dentiste déclarée par le patient		
Au moins une fois par an	32,6	[31,1-34,2]
Moins d'une fois par an	10,4	[9,4-11,4]
En urgence seulement	45,1	[43,5-46,8]
Jamais	11,9	[10,8-13,0]
Consommation de soins : au moins une consultation dentaire***	38,1	[36,6-39,7]

* Consultation de surveillance, traitement des caries, détartrage.

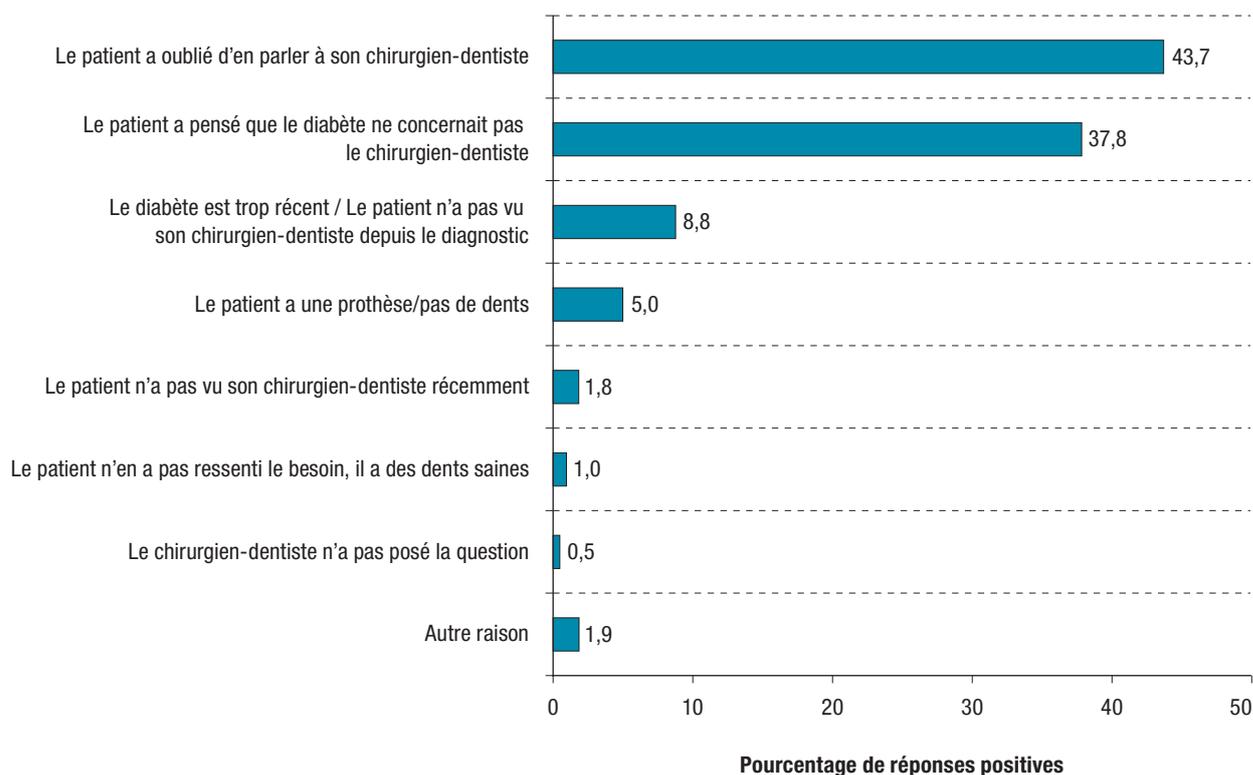
** Couronne ou appareil.

*** Au moins une consultation ou un acte de chirurgie dentaire ou de stomatologie libérale ou une hospitalisation en service de stomatologie sur 1 an de liquidation dans l'année précédant le tirage au sort.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Figure

Raisons évoquées par les personnes diabétiques de type 2 qui n'avaient pas informé le chirurgien-dentiste de leur statut diabétique (N=1 348). Entred 2007, France



($p < 0,0001$). La connaissance des liens par le patient ou l'information du chirurgien-dentiste concernant le diabète n'étaient pas associées au renoncement aux soins dentaires ou prothétiques pour des raisons financières (p comprises entre 0,58 et 0,97).

Discussion

Dans l'étude Entred 2007, près de 70% des personnes diabétiques de type 2 recrutées n'avaient pas connaissance des liens entre le diabète et la

santé bucco-dentaire. Parmi les facteurs associés à la connaissance de ces liens, étaient retrouvés le sexe ou le niveau d'études, qui sont classiquement associés dans la littérature à un intérêt plus marqué pour la santé (chez les femmes) et à une meilleure compréhension des enjeux de santé (pour les niveaux d'études les plus élevés). *A contrario*, l'âge et le pays d'origine n'étaient pas associés à la connaissance des liens entre le diabète et la santé bucco-dentaire. En revanche, le fait d'être né dans un pays du Maghreb semblait lié à une meilleure information

Tableau 3

Facteurs associés à la connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire (N=3 697) et au fait que la personne ait mis son chirurgien-dentiste au courant de son statut diabétique (N=3 318). Analyse multivariée des données des personnes diabétiques de type 2 de l'étude Entred 2007, France

Facteurs étudiés		Patient connaissant les liens entre diabète et santé bucco-dentaire			Dentiste informé du statut diabétique du patient		
		OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Caractéristiques sociodémographiques et économiques							
Âge	≥65 ans vs. <65 ans	0,91	[0,76-1,09]	0,31	0,96	[0,79-1,15]	0,63
Sexe	Hommes vs. femmes	0,61	[0,49-0,75]	<0,0001	0,75	[0,60-0,93]	0,01
Niveau d'études	≤ Primaire vs. ≥ lycée	0,63	[0,48-0,83]	0,001	0,76	[0,58-1,00]	0,15
	Collège vs. ≥ lycée	0,85	[0,66-1,10]		0,83	[0,64-1,07]	
Profession et catégorie socioprofessionnelle	Artisans, commerçants [...] vs. ouvriers	0,81	[0,59-1,10]	0,09	1,17	[0,86-1,59]	0,31
	Cadres et profession intellectuelles supérieures vs. ouvriers	1,20	[0,82-1,76]		1,30	[0,88-1,93]	0,92
	Professions intermédiaires vs. ouvriers	1,23	[0,93-1,61]		1,50	[1,14-1,98]	0,02
	Employés vs. ouvriers	1,24	[0,96-1,60]		1,29	[0,99-1,68]	0,77
	Au foyer/n'ayant jamais travaillé vs. ouvriers	1,08	[0,72-1,60]		1,83	[1,15-2,90]	0,05
Pays de naissance	Maghreb vs. France	0,99	[0,71-1,37]	0,93	1,53	[1,05-2,23]	0,05
	Autres vs. France	0,94	[0,69-1,29]		1,10	[0,78-1,55]	0,52
Soutien social	Pas besoin de soutien vs. satisfait du soutien	0,91	[0,69-1,21]	0,60	0,65	[0,48-0,88]	0,02
	Pas satisfait du soutien vs. satisfait du soutien	0,89	[0,68-1,16]		0,90	[0,69-1,19]	0,45
Affection de longue durée	Non vs. oui	0,71	[0,55-0,91]	0,01	0,58	[0,46-0,74]	<0,0001
Caractéristiques du diabète							
Ancienneté du diabète	<10 ans vs. ≥ 10 ans	0,79	[0,66-0,95]	0,01	0,48	[0,40-0,58]	<0,0001
Traitement par insuline	Non vs. oui	0,43	[0,34-0,53]	<0,0001	0,40	[0,30-0,53]	<0,0001
Recours aux soins							
Consultations chez le médecin généraliste	≥12 dans l'année vs. entre 6 et 11	1,30	[1,08-1,57]	0,01	0,91	[0,7-1,11]	0,38
	≤5 dans l'année vs. entre 6 et 11	1,29	[1,02-1,64]	0,01	1,08	[0,84-1,39]	
Consultations chez un endocrinologue	Oui vs. non	1,32	[1,06-1,66]	0,01	1,24	[0,95-1,60]	0,11

* Artisans, commerçants, chefs d'entreprise, agriculteurs.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; p : probabilité.

du chirurgien-dentiste concernant le statut diabétique de la personne.

Dans notre étude, toutes choses étant égales par ailleurs, les patients diabétiques sans ALD avaient une moins bonne connaissance des liens entre le diabète et la santé dentaire que ceux avec ALD. Ainsi, les processus aboutissant à la mise sous ALD d'un patient pourraient constituer une étape propice à l'information des patients. Les organismes d'assurance maladie ont certainement un rôle à jouer dans cette information, comme l'illustre le programme Sophia (service d'accompagnement personnalisé de l'Assurance maladie pour les maladies chroniques)¹⁶.

Il est également possible que l'ALD permette au chirurgien-dentiste d'identifier le patient comme étant un patient diabétique et favorise le transfert d'information du praticien vers le patient. Cet effet favorisant de l'ALD en ce qui concerne la connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire est à mettre en perspective avec le fait qu'*a contrario*, avoir une couverture à 100% des soins au titre de l'ALD diabète est souvent un motif d'absence de complémentaire santé, rendant plus problématique le recours au chirurgien-dentiste du fait des restes à charge potentiels⁷. Mais si les aspects financiers restent un frein objectif au recours aux soins prothétiques, cela ne devrait pas être le cas pour les consultations annuelles, les détartrages et les soins conservateurs qui sont remboursés. Néanmoins, cela implique que le patient ait bien compris le dispositif de prise en charge par ALD et qu'il passe outre la perception inexacte que toute visite chez le chirurgien-dentiste est coûteuse quels que soient les actes réalisés.

L'ancienneté et la gravité du diabète étaient associées à une meilleure connaissance des liens avec la santé bucco-dentaire. Les participants qui consultaient un endocrinologue avaient également une meilleure connaissance de ces liens. Ceci tient peut-être au fait que les patients qui consultent dans un contexte hospitalier peuvent avoir accès plus facilement à des séances d'éducation thérapeutique. Concernant le médecin généraliste, les patients qui le consultaient le plus étaient les plus informés, probablement de par la fréquence élevée des contacts avec le médecin. Ceux qui le consultaient le moins étaient aussi mieux informés que ceux qui avaient une consommation intermédiaire. Ceci s'explique peut-être par un phénomène de confusion résiduelle, bien que les analyses aient pris en compte certaines caractéristiques sociodémographiques des participants. En effet, dans Entred, des caractéristiques sociodémographiques plus favorables étaient liées à moins de consultations du médecin généraliste et plus de consultations chez l'endocrinologue, comme décrit dans l'article de S. Fosse-Edohr et coll., publié dans ce même numéro¹⁷.

Un autre enseignement important de cette étude est que plus de 40% des personnes interrogées déclaraient que leur chirurgien-dentiste n'était pas informé de leur statut diabétique. Les réponses apportées par ces personnes semblent suggérer qu'ils imputaient ce

manque d'information du chirurgien-dentiste davantage à une insuffisance de leur part, due à un manque de prise de conscience du lien entre diabète et santé bucco-dentaire, qu'à une absence d'interrogation de la part du praticien. En effet, seul 0,5% indiquait que le chirurgien-dentiste ne leur avait pas posé la question, alors qu'environ 40% des personnes déclaraient respectivement qu'elles avaient oublié ou qu'elles avaient pensé que le diabète ne concernait pas le chirurgien-dentiste. Il est en effet probable que ces patients aient déclaré un diabète de type 2 alors qu'ils étaient déjà suivis par leur chirurgien-dentiste et qu'ils aient omis de lui signaler cette nouvelle information. Parallèlement, si les chirurgiens-dentistes procèdent à un interrogatoire médical lors de la première consultation, il est possible que tous ne réitèrent pas cet interrogatoire chaque année et qu'ils ne soient, par conséquent, pas informés d'une pathologie nouvellement diagnostiquée. S'il est important que les patients informent leur chirurgien dentiste d'un diagnostic récent de diabète, ces derniers se doivent également d'avoir une attitude proactive : questionner les nouveaux patients et mettre à jour régulièrement leur questionnaire médical. Il serait probablement utile d'insister davantage, au cours de la formation des chirurgiens-dentistes, sur le rôle qu'ils ont à jouer dans l'information des patients diabétiques, que ce soit sur les liens entre diabète et santé bucco-dentaire ou sur l'importance d'effectuer des contrôles réguliers. Néanmoins, pour que le chirurgien-dentiste puisse jouer pleinement son rôle auprès des patients diabétiques, il semble nécessaire de réaffirmer au niveau institutionnel sa place dans l'éducation thérapeutique et le parcours de soins de ces patients.

La connaissance des liens entre le diabète et la santé bucco-dentaire par le patient et l'information du chirurgien-dentiste concernant le statut diabétique du patient étaient favorablement liées au recours aux soins dentaires. Il est intéressant de noter que 32,6% des personnes déclaraient avoir connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire et que, dans le même temps, la même proportion déclarait se rendre chez son chirurgien-dentiste au moins une fois par an. Mais si la probabilité d'effectuer au moins une visite était plus élevée chez les patients qui connaissaient les liens que chez ceux qui ne les connaissaient pas, la correspondance entre connaissance et comportement était loin d'être totale puisque 54% des personnes qui connaissaient ce lien déclaraient ne pas avoir suivi la recommandation d'au moins une visite par an. Comme l'ont montré les études Entred 2001 et 2007, le recours au chirurgien-dentiste était le recours recommandé à un spécialiste le moins suivi, avec peu d'évolution entre 2001 et 2007¹⁵. L'absence d'association entre connaissance des liens par le patient ou l'information du chirurgien-dentiste, d'une part, et le renoncement aux soins dentaires ou prothétiques pour des raisons financières, d'autre part, s'expliquent peut être en partie par le fait qu'une proportion importante des personnes interrogées se trouvaient dans une situation financière qui ne les laissait pas libre d'arbitrer leurs dépenses entre différents postes en fonction de leur importance perçue pour leur santé.

Les limites de cette étude sont notamment l'absence de données concernant la source d'information à l'origine de la connaissance des personnes diabétiques sur les liens entre diabète et santé bucco-dentaire et la difficulté à déterminer si l'absence d'information du chirurgien-dentiste concernant le statut diabétique du patient était due à un questionnement insuffisant de sa part ou à une méconnaissance des liens de la part de son patient. Les forces de cette étude résident principalement dans la grande taille de son échantillon et dans l'originalité de la thématique abordée sur laquelle il n'existait pas, jusqu'à présent, de données françaises.

En conclusion, nos résultats suggèrent qu'il existe des améliorations importantes à apporter, en termes d'information des personnes diabétiques sur les liens entre diabète et santé bucco-dentaire, ainsi que sur la connaissance des chirurgiens-dentistes concernant le statut diabétique de leurs patients. Les pathologies bucco-dentaires peuvent être prévenues et contrôlées chez les patients diabétiques. Il est important de souligner que des comportements adéquats, tel un brossage régulier et une consultation de routine annuelle, peuvent notamment éviter ou retarder la perte de dents, et donc les difficultés de mastication, ainsi que le besoin en prothèses coûteuses pour le patient, et potentiellement limiter l'aggravation de leur diabète. ■

Remerciements

L'étude Entred 2007 a été financée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), le Régime social des indépendants (RSI), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et la Haute Autorité de santé (HAS). Les personnes diabétiques et les médecins qui ont généreusement participé à l'étude sont chaleureusement remerciés.

Références

- [1] Lalla E, Papapanou PN. Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases. *Nat Rev Endocrinol.* 2011;7(10):738-48.
- [2] Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, *et al.* Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia.* 2012;55(1):21-31.
- [3] Tsakos G, Herrick K, Sheiham A, Watt RG. Edentulism and fruit and vegetable intake in low-income adults. *J Dent Res.* 2010;89(5):462-7.
- [4] Taylor JJ, Preshaw PM, Lalla E. A review of the evidence for pathogenic mechanisms that may link periodontitis and diabetes. *J Periodontol.* 2013;84(4 Suppl):S113-34.
- [5] Engebretson S, Kocher T. Evidence that periodontal treatment improves diabetes outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol.* 2013;40(Suppl 14):S153-63.
- [6] Haute Autorité de santé. ALD n°8. Actes et prestations affection de longue durée (APALD). Diabète de type 1 et

diabète de type 2. Actualisation mars 2014. Saint-Denis: HAS (coll. Les Parcours de soins); 2014. 22 p. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565292/fr/l-ensemble-des-actes-et-prestations-pour-les-ald-apald-hors-maladies-rares

- [7] Rochereau T, Azogui-Lévy S. La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ? Exploitation de l'enquête ESPS 2008. *Questions d'Économie de la Santé.* 2013;(185):1-6. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes185.pdf>

- [8] Detournay B, Robert J, Gadenne S. Le reste à charge des patients diabétiques en France en 2007. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(37-38):472-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11807

- [9] Allen EM, Ziada HM, O'Halloran D, Clerehugh V, Allen PF. Attitudes, awareness and oral health-related quality of life in patients with diabetes. *J Oral Rehabil.* 2008;(35):218-23.

- [10] Sandberg GE, Sundberg HE, Wikblad KF. A controlled study of oral self-care and self-perceived oral health in type 2 diabetic patients. *Acta Odontol Scand.* 2001;59(1):28-33.

- [11] Mirza KM, Khan AA, Ali MM, Chaudhry S. Oral health knowledge, attitude, and practices and sources of information for diabetic patients in Lahore, Pakistan. *Diabetes Care.* 2007;30(12):3046-7.

- [12] Yuen HK, Wolf BJ, Bandyopadhyay D, Magruder KM, Salinas CF, London SD. Oral health knowledge and behavior among adults with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2009;86(3):239-46.

- [13] Eldarrat AH. Awareness and attitude of diabetic patients about their increased risk for oral diseases. *Oral Health Prev Dent.* 2001;9(3):235-41.

- [14] Fosse S, Romon I, Druet C, Fagot-Campagna. Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Rapport méthodologique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012. 73 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11086

- [15] Robert J, Roudier C, Poutignat N, Fagot-Campagna A, Weill A, Rudnichi A, *et al.* Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. *Bull Epidémiol Hebd.* 2009;(42-43):455-60. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=957

- [16] L'Assurance maladie. Sophia. Le diabète. Complications au niveau des dents et des gencives. 2013. <https://www.ameli-sophia.fr/diabete/mieux-connaître-diabete/complications-possibles/complications-des-dents-et-des-gencives.html>

- [17] Fosse-Edorh S, Pernet C, Delpierre C, Rey G, Bihan H, Fagot-Campagna A. Associations entre niveau socioéconomique et recours aux soins des personnes diabétiques, et évolutions entre 2001 et 2007, à partir d'une approche écologique. France, Enquêtes Entred 2001 et 2007. *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;(30-31):xx-xx. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_2.html

Citer cet article

Regnault N, Chantray M, Azogui-Lévy S, Fosse-Edorh S. Connaissances et pratiques en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes diabétiques de type 2 dans l'étude Entred 2007, France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;(30-31):514-21. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_4.html