

Santé bucco-dentaire des aînés : l'urgence d'agir

À découvrir dans cette analyse

Les sourires édentés des aînés en maisons de repos sont à la fois touchants et préoccupants : la santé bucco-dentaire des aînés est désastreuse. Or, elle entretient des liens étroits avec la santé générale, bien que ces liens soient bien souvent ignorés. L'hygiène bucco-dentaire des aînés laisse à désirer, et leur recours aux soins bucco-dentaire est faible. Dans cette analyse, nous tenterons de mieux comprendre la question et de faire quelques recommandations en la matière.

Questions pour lancer et/ou prolonger la réflexion

- La santé bucco-dentaire des aînés est-elle pire que celle des autres groupes d'âge ?
- Par quoi se marque la mauvaise santé bucco-dentaire des aînés ?
- Quels sont les risques d'une mauvaise santé bucco-dentaire ?
- Pourquoi la santé bucco-dentaire des aînés laisse-t-elle à désirer ?
- Que peut-on mettre en place pour que la santé bucco-dentaire des aînés soit meilleure ?

Thèmes

- Santé
- Santé bucco-dentaire
- Accès aux soins
- Maisons de repos
- Qualité de vie

La santé bucco-dentaire est une composante importante de la santé et du bien-être de tout un chacun. Pourtant, la santé bucco-dentaire des aînés – et tout particulièrement de ceux hébergés en institution – est alarmante. C'est en tout cas ce dont attestent la plupart des données à ce sujet, notamment en raison de problèmes d'hygiène bucco-dentaire et d'accès aux soins bucco-dentaires (De Visschere et coll., 2006 ; Guivante-Nabet et coll., 1998 ; 1999 ; Harford, 2009 ; Iglesias Corchero & García Cepeda, 2008 ; Montal et coll., 2006 ; Müller et coll., 2007 ; Petersen & Yamamoto, 2005 ; Tramini et coll., 2007).

On peut assez facilement évaluer la santé bucco-dentaire d'une personne sur base du nombre de dents qui lui reste. Or, le nombre moyen de dents restantes des aînés est faible (Lamy, 2014). De façon générale, en France, on estime à 16 % le nombre de personnes de plus de 65 ans qui sont des édentés totaux, c'est-à-dire qui n'ont plus aucune dent (Azogui-Lévy & Boy-Lefèvre, 2005). Chez les personnes institutionnalisées, la prévalence d'édentés totaux est presque toujours supérieure à 50 % (Lamy, 2014). Sur les 28 dents (hors dents de sagesse) qui devraient être présentes, il ne reste que 10 dents en moyenne... Mais le nombre de dents n'est évidemment pas le seul indicateur de santé bucco-dentaire. Des études ont par exemple mis en évidence que la situation bucco-dentaire des aînés fragiles ou dépendants était caractérisée par une mauvaise hygiène bucco-dentaire, des caries radiculaires (caries à la base des dents), des dents fracturées, des restes radiculaires et des prothèses mal adaptées (Fure & Zickert, 1997 ; Hawkins, 1999 ; Mojon et coll., 1998). On retrouve aussi des gingivites (inflammations des gencives), des parodontites (inflammations des tissus soutenant les dents) ou de l'halitose (mauvaise haleine) (Roland, 2012).

Si l'état de santé bucco-dentaire des aînés institutionnalisés est plus mauvais que celui des aînés

vivant à domicile, cela s'explique notamment par le fait que les aînés institutionnalisés sont, en moyenne, plus âgés que ceux qui vivent à domicile. Par exemple, il existe bien un lien entre le nombre de dents absentes et l'âge (Iglesias Corchero & García Cepeda, 2008 ; Koivogui et coll., 2013 ; Müller et coll., 2007 ; Tramini et coll., 2007). Cependant, il est utile de mentionner que la perte des dents n'est pas une conséquence normale du vieillissement, et qu'elle ne doit donc pas être considérée comme une fatalité.

Dans cette analyse, nous tenterons de comprendre les problèmes que peut engendrer une mauvaise santé bucco-dentaire. Nous verrons également pourquoi les aînés ont une mauvaise santé bucco-dentaire. Enfin, nous terminerons en envisageant ce qui peut être fait pour améliorer les choses.

Quels sont les risques liés à une mauvaise santé bucco-dentaire ?

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut engendrer plusieurs conséquences négatives (pour une bonne revue de la question, voir Bodineau et coll., 2007). Ces conséquences sont illustrées à la Figure 1 (d'après Tamisier, 2004).

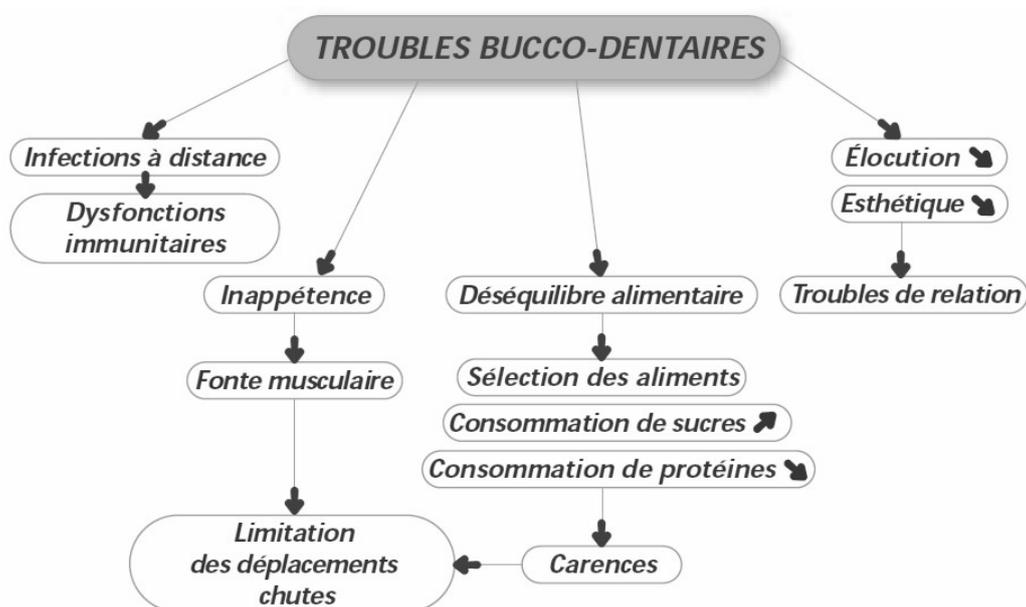


Figure 1. Effets des troubles bucco-dentaires sur la santé.

La santé bucco-dentaire a des effets assez évidents sur la qualité de vie (Gift & Atchison, 1995). Par exemple, l'édentement constitue une atteinte à l'intégrité corporelle. Il a entre autres des conséquences esthétiques et des conséquences sur la phonation, qui rendent la vie sociale et la communication moins agréables (surtout dans notre société, où le « paraître » joue un rôle considérable). Certains aînés sont gênés de leur état bucco-dentaire et cessent de participer à la vie sociale, avec un risque d'isolement (Gordon, 2005).

L'état bucco-dentaire est également important pour la nutrition (Bert & Bodineau-Mobarak, 2010). En effet, la perte des dents et la mauvaise santé bucco-dentaire modifient la capacité à mastiquer les aliments et influencent le type d'alimentation des aînés. Elles favorisent les régimes pauvres en fruits, fibres et protéines, et riches en hydrates de carbone. Cela a un impact sur les apports nutritionnels, tant en terme de qualité qu'en terme de quantité. Cela a aussi un impact sur le confort et sur le plaisir à manger (Lamy et coll., 1999). Dès lors, on constate qu'une mauvaise santé bucco-dentaire est corrélée avec certains indicateurs de dénutrition (Lamy et coll., 1999 ; Lamy, 2014 ; Mojon et coll., 1999 ; Van Lancker et coll., 2012).

Plusieurs études ont en outre montré qu'une mauvaise santé bucco-dentaire (et particulièrement les maladies parodontales) est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires comme l'athérosclérose (perte de l'élasticité des artères), la maladie coronarienne et l'AVC (Elter et coll., 2003 ; Mattila et coll., 1989 ; Otomo-Corgel et coll., 2012).

Enfin, un mauvais état de santé bucco-dentaire, lorsqu'il est associé à des troubles de la déglutition, peut prédisposer aux pneumopathies (aussi appelées infections respiratoires) (Mojon et coll., 1997 ; van der Maarel-Wierink et coll., 2013). En effet, les bactéries qui se sont accumulées dans la bouche peuvent se retrouver dans les poumons et aggraver des problèmes pulmonaires existants ou causer une pneumonie (Gordon, 2005).

La bouche se trouve à un carrefour fonctionnel qui implique la gustation, la mastication, la déglutition, l'alimentation, la salivation, la mimique, la phonation et la ventilation (Tamisier, 2004). La santé bucco-dentaire est donc beaucoup plus importante qu'on le pense spontanément.

Pourquoi les aînés ont-ils une mauvaise santé bucco-dentaire ?

La mauvaise santé bucco-dentaire des aînés semble être attribuable à un manque d'hygiène bucco-dentaire ainsi que de soins bucco-dentaires. Elle peut néanmoins aussi être mise en relation avec certains facteurs de risque liés à l'âge.

Des problèmes liés à l'hygiène bucco-dentaire et aux soins bucco-dentaires

Si la santé bucco-dentaire des aînés en institution est encore plus mauvaise que celle des aînés en général, c'est notamment parce que ces aînés sont, la plupart du temps, dépendants. Ils ne sont plus toujours capables de se brosser eux-mêmes les dents, et ne peuvent se rendre seuls chez un dentiste pour y être soignés. On estime que près de la moitié des aînés en institution n'ont pas vu de dentiste depuis plus de 5 ans (Haute Autorité de Santé, 2010). De plus, on estime que le recours à un dentiste des aînés en hébergement est inférieur de 25 % à celle des aînés vivant à domicile (Thiébaud et coll., 2013).

Or, du côté du personnel de soin et des proches, les soins bucco-dentaires ne sont pas toujours perçus comme importants, et passent souvent après d'autres problèmes médicaux perçus comme plus urgents et plus évidents (Riesen et coll., 2002). De plus, la cavité buccale est vue comme relevant de la sphère intime. Il a été montré que le personnel se montre réservé pour tout ce qui touche au maintien de l'hygiène bucco-dentaire des résidents (Chung et coll., 2000). L'accès aux soins dentaires pour les aînés en institution est donc, souvent, faible (dans une étude de Cohen et coll., 2006, il y avait 78,2 % des résidents dont les besoins étaient non couverts !). Même du côté des dentistes, tout n'est pas parfait : ils manquent souvent d'expérience avec les patients très âgés et peuvent avoir peur au moment de traiter des problèmes gériatriques, ils n'ont pas l'habitude de pratiquer à domicile ou en établissement et peuvent aussi avoir des attitudes négatives à l'égard des besoins dentaires des personnes âgées (David Matear & Gudofsky, 1999).

Des facteurs de risque liés à l'âge

Si les aînés ont une mauvaise hygiène bucco-dentaire, ce n'est pas seulement parce qu'ils auraient une moindre hygiène bucco-dentaire ou consulteraient moins fréquemment un dentiste. C'est aussi parce qu'il existe des facteurs de risque liés à l'âge qui prédisposent à une moindre santé bucco-dentaire : insuffisance salivaire (xérostomie), polymédication et polypathologie, problèmes diététiques ou de déglutition, dépendance physique (Bodineau et coll., 2007 ; voir aussi le très bon chapitre de Veyrune & Lassauzay, 2009).

Que peut-on faire pour améliorer la santé bucco-dentaire des aînés ?

La bonne prise en charge bucco-dentaire des aînés, surtout lorsqu'ils entrent dans une phase de dépendance, est un défi incontournable des années à venir (Veyrune & Lassauzay, 2009). Pour tenter d'améliorer la santé bucco-dentaire des aînés, il semble utile d'améliorer leur hygiène bucco-dentaire et prothétique (liée aux prothèses dentaires). Comme nous l'avons vu, en institution, les soins d'hygiène sont peu ou pas réalisés par les aînés, et ne sont pas forcément pris en charge par le personnel soignant. C'est évidemment étonnant, car, si un aîné hébergé ne sait pas s'en occuper, on s'attendrait à ce que le personnel soignant s'en occupe. Mais dans les faits, ces soins passent souvent à la trappe.

Les actions visant à promouvoir une meilleure santé bucco-dentaire peuvent d'adresser à divers acteurs. Tout d'abord, il peut être utile de mieux sensibiliser les aînés hébergés ainsi que leurs

proches, via des campagnes d'information et de prévention (Lamy, 2014). Il semble également utile de mieux informer les médecins généralistes à ce sujet (Lamy, 2014). Le médecin traitant joue souvent un rôle très important auprès des aînés. Il pourrait donc diagnostiquer les problèmes bucco-dentaires de ses patients aînés. Dans les faits, c'est rarement le cas (voir Bismuth et coll., 2012). Les médecins généralistes sont insuffisamment informés au sujet de la santé bucco-dentaire. Or, il est probable qu'ils puissent se sentir plus concernés si on les informait des liens entre la santé bucco-dentaire et la santé générale. De plus, est important d'informer, de sensibiliser et d'éduquer le personnel soignant à ces questions (Cohen et coll., 2006 ; Koivogui et coll., 2013 ; Lamy, 2014 ; Roland, 2012). En effet, il faut améliorer l'accès aux soins dentaires des aînés en institution et réduire le délai entre les visites dentaires (Koivogui et coll., 2013). Une autre solution consiste à effectuer des examens bucco-dentaires à l'admission en institution (Cohen et coll., 2006 ; Koivogui et coll., 2013). L'insuffisance de personnel soignant permettant d'assurer les soins d'hygiène orale quotidiens et adéquats pose cependant un problème que la formation de ce personnel aux techniques d'hygiène bucco-dentaire ne résoudra pas (Koivogui et coll., 2013). Enfin, la prévention en matière de santé bucco-dentaire commence dès le plus jeune âge. Il est donc important d'informer et d'éduquer correctement les enfants en la matière. Ce sont les aînés de demain.

De plus, il semble que certaines mesures liées au financement des soins bucco-dentaires puissent améliorer la santé. En effet, il ne faut pas nier qu'une des raisons qui freine les soins bucco-dentaires, c'est leur coût. D'ailleurs, Lavigne (2008) propose un intéressant plaidoyer en faveur d'un financement public des soins bucco-dentaires. À ce sujet, il est intéressant de mentionner que la Mutualité chrétienne (2014), partenaire d'Énéo, a récemment renforcé son assurance (*Dento Solidaire*) et lancé une nouvelle assurance complémentaire (*Dento +*) afin de mieux rembourser les soins bucco-dentaires préventifs et curatifs. De telles initiatives nous semblent très positives pour les aînés.

Pour terminer, signalons qu'en plus de ces recommandations, il est utile de tester certains projets innovants qui visent la prévention des problèmes bucco-dentaires, dans un but d'évaluation et de documentation (Lavigne, 2008). Ces dispositifs prennent toujours place dans un certain contexte, qui peut contenir des obstacles et des facteurs favorables qu'il convient d'évaluer (De Visschere & Vanobbergen, 2012). Néanmoins, certains semblent prometteurs. Par exemple, Giraudeau et coll. (2014) proposent de la télémédecine en matière de soins bucco-dentaires dans les maisons de retraite. Ailleurs, les affiliés à une mutualité reçoivent, à leurs 65 ans, une invitation pour se rendre chez le dentiste de leur choix, pour une consultation gratuite (Birou, 2012).

On le voit, des choses peuvent et devraient être faites. Il reste à les faire !

Jean-Baptiste Dayez

Pour aller plus loin...

- Azogui-Lévy, S., & Boy-Lefèvre, M. L. (2005). La santé bucco-dentaire en France. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 51, 4-8.
- Bert, E., & Bodineau-Mobarak, A. (2010). Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, 134(3), 73-86.
- Birou, G. (2012). Résultats d'un programme de prévention bucco-dentaire destiné aux retraités du milieu agricole. Évaluation de l'action MSA 65 ans. *Gérontologie et Société*, HS1(5), 173-178.
- Bismuth, S., Arlet, P., Clément, C., Escourrou, B., & Oustric, S. (2012). Le médecin généraliste et la bouche de ses patients âgés. *Cahiers de l'Année Gérontologique*, 4(3), 320-329.
- Bodineau, A., Boutelier, C., Viala, P., Laze, D., Desmarest, M., Jonneaux, L. et coll. (2007). Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 7(40), 7-14.
- Chung, J. P., Dent, M., Mojon, P., & Budtz-Jørgensen, E. (2000). Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Special Care in Dentistry*, 20(1), 12-17.
- Cohen, C., Tabarly, P., Hourcade, S., Kirchner-Bianchi, C., & Hennequin, M. (2006). Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution ? *La Presse Médicale*, 35(1), 1625-1634.

- David Matear, B., & Gudofsky, I. (1999). Aspects pratiques de la prestation des soins en dentisterie gériatrique. *Journal de l'Association Dentaire Canadienne*, 65, 289-291.
- De Visschere, L. M., Grooten, L., Theuniers, G., & Vanobbergen, J. N. (2006). Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions—a cross-sectional study. *Gerodontology*, 23(4), 195-204.
- De Visschere, L., & Vanobbergen, J. (2012). Recommandations en termes de produits de soins bucco-dentaires à destination des personnes âgées dans les maisons de retraite. *Prophylaxie Infos*, 2012, 11-14.
- Elter, J., Offenbacher, S., Toole, J., & Beck, J. (2003). Relationship of periodontal disease and edentulism to stroke/TIA. *Journal of Dental Research*, 82(12), 998-1001.
- Fure, S., & Zickert, I. (1997). Incidence of tooth loss and dental caries in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(2), 137-142.
- Gift, H. C., & Atchison, K. A. (1995). Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical Care*, NS57-NS77.
- Gordon, Michael. (2005). La santé au bout des dents. *L'Explorateur*, 15(3), 37-39.
- Guivante-Nabet, C., Berenholc, C., & Berdal, A. (1999). Caries activity and associated risk factors in elderly hospitalised population-15-months follow-up in French institutions. *Gerodontology*, 16(1), 47-58.
- Guivante-Nabet, C., Tavernier, J., Trevoux, M., Berenholc, C., & Berdal, A. (1998). Active and inactive caries lesions in a selected elderly institutionalised French population. *International Dental Journal*, 48(2), 111-122.
- Harford, J. (2009). Population ageing and dental care. *Community dentistry and oral epidemiology*, 37(2), 97-103.
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Stratégies de prévention de la carie dentaire*. Paris : Haute Autorité de Santé.
- Hawkins, R. J. (1999). Functional status and untreated dental caries among nursing home residents aged 65 and over. *Special Care in Dentistry*, 19(4), 158-163.
- Iglesias Corchero, A. M., & García Cepeda, J. R. (2008). Oral health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 13(8), 523-528.
- Koivogui, A., Michelet, A., Ndiaye, G., Modoianu, L., Barro, S.-A., Laurendon, C. et coll. (2013). Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes. *La Revue de Gériatrie*, 38(1), 31-39.
- Lamy, M. (2014). La santé bucco-dentaire des personnes âgées. *Revue Médicale de Liège*, 69(5-6), 1-4.
- Lamy, M., Mojon, P., Kalykakis, G., Legrand, R., & Butz-Jorgensen, E. (1999). Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry*, 27(6), 443-448.
- Lavigne, S. E. (2008). L'état de la santé buccodentaire dans les résidences pour personnes âgées : une question de santé publique ? *Journal de l'Association Dentaire Canadienne*, 74(10), 899-901.
- Mattila, K. J., Nieminen, M. S., Valtonen, V. V., Rasi, V. P., Kesäniemi, Y. A., Syrjälä, S. L., et al. (1989). Association between dental health and acute myocardial infarction. *British Medical Journal*, 298(6676), 779.
- Mojon, P., Budtz-Jørgensen, E., & Rapin, C. H. (1999). Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age and Ageing*, 28(5), 463-468.
- Mojon, P., Budtz-Jørgensen, E., Miche, J. P., & Limeback, H. (1997). Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elders. *Gerodontology*, 14(1), 9-16.
- Mojon, P., Rentsch, A., Budtz-Jørgensen, E., & Baehni, P. C. (1998). Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. *European Journal of Oral Sciences*, 106(4), 827-834.
- Montal, S., Tramini, P., Triay, J.-A., & Valcarcel, J. (2006). Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly. *Gerodontology*, 23(2), 67-72. doi : 10.1111/j.1741-2358.2006.00111.x
- Müller, F., Naharro, M., & Carlsson, G. E. (2007). What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants Research*, 18(s3), 2-14.
- Mutualité chrétienne (2014). *Soins dentaires*. Accessible en ligne : <http://www.mc.be/mes-avantages/soins-dentaires-dento/index.jsp>

- Otomo-Corgel, J., Pucher, J. J., Rethman, M. P., & Reynolds, M. A. (2012). State of the science: chronic periodontitis and systemic health. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 12(3), 20-28.
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 81-92.
- Riesen, M., Chung, J.-P., & Pazos, E. B.-J., E. (2002). Interventions bucco-dentaires chez les personnes âgées. *Revue Médicale Suisse*, 2414(586), 22553.
- Roland, A. (2012). La préservation des dents, n'en démordez pas ! *vie@home*, 1, 8-11.
- Tamisier, J. (2004). État de santé bucco-dentaire des personnes âgées en Bretagne. *Dossiers de l'URCAM Bretagne*, 23, 1-6.
- Thiébaud, S., Lupi-Pégurier, L., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2013). Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2013(7).
- Tramini, P., Montal, S., & Valcarcel, J. (2007). Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. *Gerodontology*, 24(4), 196-203.
- van der Maarel-Wierink, C. D., Vanobbergen, J. N. O., Bronkhorst, E. M., Schols, J. M. G. A., & de Baat, C. (2013). Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: A systematic literature review. *Gerodontology*, 30(1), 3-9.
- Van Lancker, A., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., Vanderwee, K., Goossens, J., & Beeckman, D. (2012). The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1568-1581.
- Veyrone, J.-L., & Lassauzay, C. (2009). Vieillesse et pathologie buccodentaire. In X. Hébuterne, E. Alix, A. Raynaud-Simon & B. Vellas (Eds.), *Traité de nutrition de la personne âgée* (pp. 73-82). Paris : Springer.

Pour citer cette analyse

Dayez, J.-B. (2014). Santé bucco-dentaire des aînés : l'urgence d'agir. *Analyses Énéo*, 2014/11.

Avertissement : Les analyses Énéo ont pour objectif d'enrichir une réflexion et/ou un débat à propos d'un thème donné. Elles ne proposent pas de positions avalisées par l'asbl et n'engagent que leur(s) auteur(e)(s).

Énéo, mouvement social des aînés asbl

Chaussée de Haecht 579 BP 40 — 1031 Schaerbeek - Belgique
e-mail : info@eneo.be — tél. : 00 32 2 246 46 73

En partenariat avec



Avec le soutien de



Avec l'appui de

