

Étude nationale 2018

Bien vieillir
**Les déterminants
de la santé
bucco-dentaire**

En partenariat avec la Cnav





Étude nationale 2018

Bien vieillir

**Les déterminants
de la santé
bucco-dentaire**

En partenariat avec la Cnav

Sommaire

Édito	5
Cnav - Agirc-Arrco : la santé bucco-dentaire	8
Préface	11
Histoire de l'art dentaire	15
1. Les soins dentaires	16
2. Bridges, prothèses et implants	20
3. Dents et ornements	22
4. Les soins d'hygiène	23
5. Le cabinet dentaire : d'hier à aujourd'hui	24
6. Anecdotes et dictons	24
La bouche et les dents : éléments anatomiques, physiologiques et psychosociaux	29
1. Rappel anatomique bucco-dentaire	30
2. Physiologie bucco-dentaire	33
3. Aspects psychosociaux de la sphère orale	35
Odontologie et seniors	37
1. Déterminants de la santé orale	38
2. Principales pathologies orales	40
3. Interrelations entre santé générale et pathologies orales	43
4. Bonnes pratiques préventives et curatives	47

L'implication des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco dans le repérage et l'accompagnement des pathologies orales	57
1. Présentation des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco	58
2. Corrélations entre santé générale et santé orale : résultats d'une étude transversale des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco	59
Glossaire	81
Auteurs	85
Remerciements	87
Annexes	89
A1. Revue de littérature	90
A2. Carte des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco	98
A3. Questionnaire GOHAI	101
A4. Calcul du coefficient masticatoire	103
A5. Synthèse des précédentes études	104



ÉDITO

Le sommeil, l'activité physique, la mémoire, l'audition influent sur notre qualité de vie quotidienne. Ces sujets ont été explorés dans le cadre des études nationales des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco.

Chaque étude a montré l'importance du sujet traité en termes de santé publique, et a également identifié les leviers pour agir en termes de prévention primaire ou universelle.

Une nouvelle étude complète ces thématiques : celle relative à la santé bucco-dentaire.

Elle s'inscrit en complément du Guide « Santé Bucco-dentaire, à l'usage des établissements pour personnes âgées » publié en 2014 en partenariat avec l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), dans lequel la santé bucco-dentaire des résidents en établissement était éclairée pour les professionnels du secteur par des aspects pratiques.

La présente étude s'appuie sur une population âgée de plus de 50 ans, qui a fréquenté les centres de prévention Agirc-Arrco en 2017 avec la volonté d'engager des actions de prévention.

La cavité buccale, en tant que première partie du tube digestif, a une fonction d'alimentation. Elle nous permet de nous nourrir, de mieux digérer, d'assimiler les aliments. Elle a également une fonction de communication. Elle est essentielle à nos échanges interpersonnels au travers de la prise de parole, l'expression, la séduction, et également pour la confiance en soi.

L'étude de 2009 (Bien vieillir – perception de l'avancée en âge) avait démontré que les leviers du bien vieillir résidaient notamment dans le lien social et l'état psychologique. L'un et l'autre sont directement préservés ou affectés par l'état de la cavité buccale.

L'objet de cette parution est d'inventorier l'état de la connaissance sur la santé bucco-dentaire et d'explorer les déterminants d'une bonne santé orale auprès de la population fréquentant les centres de prévention.

La population étudiée est ciblée (plus de 50 ans) mais non institutionnalisée. Cette caractéristique rend cette étude unique en France.

Comme pour les autres études réalisées dans les centres de prévention, les conclusions révèlent des situations préoccupantes : 28 % des bénéficiaires présentent un mauvais état de la cavité buccale (selon l'échelle GOHAI) nécessitant une prise en charge et 40 % des personnes interrogées ne consultent pas un dentiste au moins une fois par an, contrairement à la préconisation de la Haute Autorité de Santé et l'UFSBD.

La santé bucco-dentaire est véritablement un enjeu de santé publique.

La démarche préventive que nous portons s'inscrit dans la volonté de maintenir une bonne santé bucco-dentaire, favorisant le bien vieillir. Les conséquences de cette démarche sont également économiques et permettraient à grande échelle de limiter les dépenses de santé.

Éclairer chacun pour modifier les comportements sur le long terme, tel est l'objectif des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. ◆

Brigitte Pisa

*Présidente
de la Commission sociale Arrco
et Vice-Présidente
de la Commission sociale Agirc*

Denis Gindre

*Vice-Président
de la Commission sociale Arrco*

Jean Traynard

*Président
de la Commission sociale Agirc*

Cnav – Agirc-Arrco : la santé bucco-dentaire

La prévention est un des éléments clé du bien-vieillir en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Si elle peut revêtir différentes formes, dans ses applications pratiques, son but final est de proposer au plus grand nombre la meilleure qualité de vie possible. Vivre mieux et plus longtemps, c'est possible. Il n'y a pas d'âge pour se prendre en charge. Et pas d'âge pour se faire du bien.

Cependant, en France, il existe un décalage marqué entre l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité. En 2016, l'espérance de vie était de 79,3 ans pour les hommes et de 85,3 ans pour les femmes, tandis que l'espérance de vie en bonne santé à la naissance était respectivement de 62,7 ans et 64,1 ans. Il existe donc des marges de progrès pour le « bien-vieillir ». Le second constat est qu'avec plus de 1,2 million de personnes dépendantes actuellement (soit environ 10 % d'une classe d'âge), la prévention de la perte d'autonomie est devenue un enjeu majeur pour la société.

C'est dans cet esprit que l'Assurance retraite propose des offres de prévention centrées sur la préservation de l'autonomie couvrant les différents champs du « bien-vieillir » :

- > la prévention relative aux comportements et modes de vie (alimentation, sommeil, mobilité et prévention des chutes, aides à la vie quotidienne...);
- > la prévention destinée à lutter contre l'isolement, la solitude et la précarité ;
- > la prévention touchant à l'environnement de la personne, en particulier le logement.

Ces offres de prévention s'articulent autour de trois niveaux d'intervention complémentaires :

- des informations et conseils pour bien vivre sa retraite ;
- des programmes d'actions et d'ateliers collectifs de prévention à destination de publics ciblés sur l'ensemble du territoire (prévention des chutes, nutrition, mémoire...);
- des actions individuelles à destination des retraités les plus fragiles, en les accompagnant tout au long de leur retraite, notamment dans des situations particulièrement difficiles où survient un risque de perte d'autonomie (hospitalisation, perte d'un proche).

La question de la fragilité est au centre de ce *continuum* de prévention que la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (Cnav) et son réseau proposent. L'enjeu est de détecter et de repérer le niveau de risque auquel les retraités sont confrontés pour proposer des actions proactives susceptibles de retarder, voire d'empêcher, la perte d'autonomie.

Parmi les nombreux enjeux de santé des populations vieillissantes, l'importance de la santé bucco-dentaire des personnes âgées a tendance à être minimisée. En effet, la santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines : elle fait partie intégrante de l'état de santé général et est essentielle au bien-être. Elle est un facteur déterminant de qualité de vie. Par exemple, l'ensemble des pathologies bucco-dentaires, en altérant la phonation ou la nutrition, sont un obstacle majeur à la communication et à la vie sociale et peuvent être source d'isolement. De même, une mauvaise santé bucco-dentaire favorise les chutes. En effet, l'articulation de la mâchoire participe à la construction et à la préservation de l'équilibre. La perte des dents sans remplacement, les prothèses non ajustées ou trop usées favorisent une instabilité et augmentent le risque de chutes. C'est pourquoi l'application de mesures d'hygiène rigoureuses, l'assainissement de la cavité buccale et un suivi régulier doivent être réalisés pour optimiser la qualité de vie des personnes âgées.

Les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire doivent nous encourager à développer des actions préventives dans ce sens. Les programmes d'actions collectives de la Cnav revêtent plusieurs formes : des ateliers, des conférences, des réunions collectives, des sorties, des visites à domicile, et se répartissent en deux catégories. D'une part, des actions collectives de prévention et de promotion de la santé qui traitent de la globalité du bien-vieillir et/ou abordent des thématiques spécifiques telles que l'activité physique, l'équilibre et la nutrition, etc. D'autre part, des actions collectives de maintien du lien social. Ces actions collectives sont financées et/ou organisées par de nombreux partenaires tels que l'Agirc-Arrco, la Mutualité sociale agricole, etc. L'approche partenariale, Cnav/Agirc-Arrco de la prévention du « Bien-vieillir » est mise en œuvre au niveau des Carsat, des centres de prévention Bien vieillir et des Comités régionaux de coordination d'action sociale Agirc-Arrco. C'est donc dans le cadre de cette co-construction de dispositifs de prévention que la Cnav a souhaité participer à la présente étude menée par l'Agirc-Arrco sur la santé bucco-dentaire. En effet, elle est un levier pour la prévention de la perte d'autonomie, la nutrition et la socialisation étant des facteurs de maintien en bonne santé. ◆

Frédérique Garlaud

Directrice nationale de l'action sociale de la Cnav



Une bonne santé orale : une nécessité pour les seniors

Par la professeure Marysette Folliguet

*Cheffe de service de médecine bucco-dentaire, Hôpital Louis Mourier,
AP-HP, Paris*

PRÉFACE

Au cours du vieillissement, l'ensemble des tissus et organes oraux sont sujets à de nombreuses modifications qui altèrent leurs fonctions et leur potentiel de cicatrisation en cas de traumatisme. C'est pourquoi, il est nécessaire de maintenir une bonne santé orale tout au long de la vie pour ne pas aggraver les effets liés au vieillissement.

L'augmentation des besoins de soins bucco-dentaires pour les seniors résulte de plusieurs facteurs :

- > le vieillissement de cette population qui n'a pas bénéficié antérieurement de mesures préventives telles que l'utilisation systématique des dentifrices fluorés,
- > l'apparition de co-morbidités qui accroissent le risque de pathologies orales comme le diabète,
- > la consommation importante de médicaments retentissant sur la sphère orale,
- > les limitations fonctionnelles qui empêchent une hygiène orale correcte.

Cependant, les enquêtes de consommation montrent que le recours aux soins bucco-dentaires diminue avec l'âge alors même que les besoins augmentent. En effet, si 47 % des 45-64 ans consultent un chirurgien dentiste, seuls 43,3 % des 65-84 ans le font, alors qu'ils sont davantage à risque de pathologies orales que les plus jeunes. On note par ailleurs des variations régionales prononcées.

De nombreux facteurs influencent le recours aux soins. Certains sont liés aux patients eux-mêmes (difficultés de déplacement, absence de besoin ressenti), d'autres au coût des soins prothétiques.

Conscients de l'impact de la santé orale sur la qualité de l'avancée en âge, les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco, ont cherché à évaluer l'état bucco-dentaire des bénéficiaires d'un bilan de prévention afin de les orienter, si nécessaire, vers des comportements conformes aux recommandations.

En effet, une cavité buccale saine est indispensable pour maintenir une bonne santé générale. Il faut donc traiter l'ensemble des pathologies orales : caries radiculaires, pathologies parodontales, pathologies des muqueuses, édentements....

Les caries chez les seniors sont essentiellement des caries radiculaires qui atteignent des zones de dentine situées sur les racines des dents qui présentent des rétractions gingivales. Par ailleurs, les tissus parodontaux ont des capacités de défense et de cicatrisation diminuées. Les muqueuses buccales deviennent progressivement atrophiques et présentent une susceptibilité accrue aux agressions externes, ce qui explique la difficulté de consommer des aliments durs et la moindre tolérance au port des prothèses dentaires au cours de l'avancée en âge. La diminution du potentiel sécrétoire, associée à la polymédication, favorise l'hyposialie.

Une fonction masticatoire optimale est un élément important de la qualité de vie des seniors. Or, la perte des dents augmente avec l'âge, et même si l'édentement total diminue depuis quelques années, plaçant la France au 13^{ème} rang (avec 16,3 % d'édentés totaux) en comparaison du Canada (58 %), il faut cependant rester vigilant car l'édentement a un impact, particulièrement accentué chez les seniors, sur la santé générale.

L'OMS a d'ailleurs proposé parmi ses objectifs pour une population en bonne santé à l'horizon 2020, celui de conserver au moins 20 dents naturelles à 80 ans.

Pour certains auteurs, le nombre de dents est un facteur prédictif de la mortalité par maladies cardio-vasculaires. D'autres études ont porté sur le risque de mortalité toutes causes en lien avec l'édentement. Conserver au moins 20 dents à 70 ans semble, au vu de toutes ces études, un indicateur de longévité.

Par ailleurs, certains sujets présentent une prévalence de l'édentement plus forte (diabétiques, fumeurs...) et nécessitent donc une surveillance particulière. De même, certaines études établissent une relation entre les pathologies démentielles et l'édentement.

De nombreuses études ont mis en évidence des liens entre les pathologies bucco-dentaires ou les infections orales liées à une mauvaise hygiène bucco-dentaire et les co-morbidités particulièrement fréquentes chez les sujets âgés : diabète, athérosclérose, pneumopathie, dénutrition.

Le potentiel masticateur influence le type d'alimentation avec un impact sur les apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, le confort et le bien-être. Le risque de dénutrition est accru chez les personnes ayant un coefficient masticateur réduit. Or, celui-ci dépend de nombreux co-facteurs tels que le nombre, l'état et la mobilité des dents, la diminution du flux salivaire, le port éventuel de prothèses, la présence d'une inflammation gingivale...

La prise en charge de la santé bucco-dentaire doit inclure obligatoirement des mesures préventives. En effet, les soins sont parfois difficiles à réaliser chez des personnes fragiles et/ou polymédiquées. Il est préférable de mettre en place un plan de prévention qui associe des visites de contrôle périodiques, des conseils alimentaires, le respect de l'hygiène orale et le recours aux stratégies fluorées.

Il est essentiel de maintenir une bonne santé orale tout au long de la vie, pour favoriser une bonne santé générale et promouvoir une qualité de vie optimale. Pour cela, il suffit de suivre les recommandations des professionnels de santé qui préconisent un suivi régulier et le recours aux mesures préventives qui ont fait la preuve de leur efficacité. C'est cette mission que se sont donnés les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco au cours de leur nouvelle étude nationale 2018, conscients de l'enjeu de santé publique que représente la bonne santé orale des seniors. ◆



Chapitre I

Histoire de l'art dentaire

Chapitre I

Histoire de l'art dentaire

É

crire l'histoire de l'art dentaire reviendrait à rédiger un ouvrage entier, ce qui a déjà été fait (1), et n'est pas l'objet de cette publication. Seront donc abordés quelques repères historiques mais aussi des aspects moins connus en relation avec l'odontologie.



L'arracheur de dents, Théodore Rombouts, 1635, Musée du Prado, Madrid.

Un des cinq panneaux
de bois d'Hésy-Rê,
III^e dynastie, Saqqara,
Mastaba, Musée du Caire.



1. Les soins dentaires

a - Dans l'Antiquité

■ L'Égypte ancienne

Il existe des « médecins des dents », comme le mentionne Hérodote (V^{ème} siècle av. J-C).

Certains papyrus (environ 1550 av. J-C) font état de remèdes pour les maux de dents. Une dizaine de paragraphes sont en lien avec la thérapeutique dentaire.

En dehors des dents très mobiles, il ne semble pas que les Égyptiens aient pratiqué d'extractions dentaires. En revanche, des soins sont rapportés, comme des ingestions de souris cuites pour soigner les accidents de dentition des enfants.

Les traitements ont surtout pour but d'atténuer la douleur et non de reconstituer une dent cariée. On retrouve ainsi des obturations réalisées au moyen de substances diverses : silicate de cuivre, terre de Nubie, etc.

■ En Chine

Les algies sont soulagées par l'application d'ail dans l'oreille opposée. Des excréments de chauve-souris sont utilisés pour obturer les caries.

■ En Grèce

La thérapeutique est assez pauvre, se résumant à l'avulsion dentaire et à la cautérisation des lésions gingivales.

b - À l'époque romaine

■ **Hippocrate** (460 - 356 av. J-C) ne propose que quelques idées générales sur les troubles bucco-dentaires. La thérapeutique n'est pas abordée. Il est resté célèbre par son aphorisme (chapitre II des Epidémies) : « Ceux qui ont beaucoup de dents (les troisièmes molaires) vivront vieux ».

■ **Celse** (29 av. J-C - 37 ap. J-C), écrivain, est l'auteur d'une encyclopédie de la médecine et de la chirurgie. Il est à l'origine de l'étiologie humorale - la pituite - qui persistera à travers les époques, puisque toujours reconnue par les dentistes du XVIII^{ème} siècle. La pituite est assimilée à une humeur dont l'excès parvenant dans la cavité buccale déclenche le mal. De nombreuses « thérapeutiques » sont proposées pour en neutraliser les effets : régimes alimentaires, gargarismes chauds et secs, etc.

■ **Pline** (23 - 79) défend également cette théorie voulant que la pituite soit à l'origine de la carie. Il préconise, pour la neutraliser, des gargarismes d'urine.

■ **Galien** (131 - 201) s'est surtout intéressé à l'aspect anatomique. Son traitement de la carie comprend un mélange de foie de lézard ou d'excréments de souris, le tout recouvert de cire.

c - Au Moyen-Age



En Occident, l'ancêtre du dentiste est le barbier qui récupère en 1465 le droit de pratiquer les soins et la chirurgie dentaire perdu en 1423 à la demande des chirurgiens (la séparation entre chirurgiens et barbiers a été réglementée par Saint Louis en 1260). Leur pratique se limite le plus souvent à des extractions dans des boutiques ou lors de marchés ou de foires.

Dentiste avec une pince en argent et un collier de dents pendant l'extraction d'une dent à un homme assis, 1360-1375, British Library, Londres.

En Orient, l'élément le plus important de cette période est la publication d'Abu Al-Qasim (940-1013) : « Kitab al-Tasrif » (« La pratique »). C'est une œuvre de trente volumes qui traite tous les domaines de la médecine et de la chirurgie.



Manuscrit original d'Al-Tasrif représentant des instruments chirurgicaux.

Aboulcassis est le premier à décrire l'extraction dentaire lorsque le traitement conservateur échoue. Après celle-ci, il conseille des gargarismes au vinaigre ou au vitriol.

d - La Renaissance

Cette période est surtout marquée par l'amélioration des connaissances anatomiques avec Léonard de Vinci (1452 - 1519) et Vésale (1514 - 1564).

Ambroise Paré (1516 - 1590) est à l'origine de la reconnaissance de l'art dentaire comme une vraie spécialité. Il décrit les pulpites, sans en apporter le traitement. Comme ses prédécesseurs, il considère les dents comme des os.

e - Le XVII^{ème} siècle

L'activité dentaire est très marginale. Le seul élément important se trouve en fin de siècle : les dentistes sont placés sous l'autorité du Premier chirurgien du Roi, aux côtés des médecins et des chirurgiens, par les édits royaux de 1699.

f - Le XVIII^{ème} siècle

Il sera marqué par le dentiste de Louis XIV, Pierre Fauchard (1679 - 1761), surnommé « l'Ambroise Paré dentiste ».

En 1728, il publie « Chirurgien-dentiste » où il décrit l'anatomie dentaire et son développement, les traitements qu'il pratique et les instruments qu'il a conçus. C'est à lui que l'on doit la reconnaissance du sucre comme source de caries. S'il pratique encore certains traitements anciens, il préconise pour les caries, après le nettoyage, l'application d'huile de girofle et un plombage à base d'étain, de plomb et d'or.

L'art dentaire acquiert ses lettres de noblesse et le Collège de Chirurgie de Paris précise en 1768 les conditions pour devenir dentiste.

g - Les XIX^{ème} et XX^{ème} siècles

Le XIX^{ème} siècle voit l'art dentaire entrer dans la modernité avec l'amélioration des connaissances et des techniques et les débuts de l'anesthésie locale en 1889.

Charles Godon (1854 - 1923), chirurgien-dentiste, fondateur de la première école dentaire française, l'École dentaire de Paris en 1879, écrit : « *La médecine dentaire est la discipline la plus spécialisée et la plus autonome de toutes les disciplines médicales* ». Car comme le dit l'écrivain Christophe Lefébure (1) : « *La médecine dentaire est bien un art. Elle l'est d'abord par la noblesse de son objet, mais aussi par l'extrême finesse de sa pratique et la sophistication des techniques mises en œuvre. Discipline universelle, l'art dentaire a bénéficié depuis ses débuts des progrès successifs amenés par chaque civilisation.* »



Portrait de Pierre Fauchard
par J. Le Bel - vers 1723 - 1728.

2. Bridges, prothèses et implants (2)

a - Dans l'Antiquité

Les premières prothèses sont découvertes sur des momies en Égypte (2500 - 2400 avant J-C).

Ces dents reliées par des fils d'or sont sculptées dans l'ivoire ou le sycomore.



En 700 av. J-C, les Étrusques réalisent les premières prothèses conjointes. Des dents d'animaux sont utilisées et les fils d'or peuvent être remplacés par des bandes d'or.

Les Phéniciens utilisent les mêmes techniques. Celles-ci sont reprises par les Grecs, les Romains et les Arabes, des anneaux d'or étant le plus souvent utilisés.

Le premier bridge a été découvert à Sayda. Il date du VI^{ème} siècle av. J-C. Il est constitué de dents humaines féminines ligaturées d'un fil d'or.



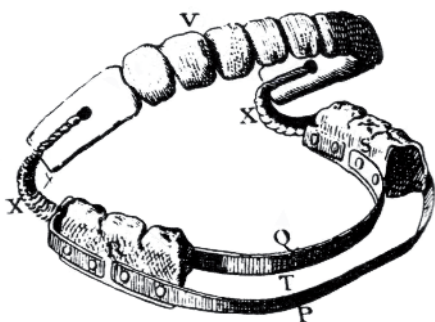
© RMN-Grand Palais / Jean-Gilles Berizzi.

Le Moyen Âge n'apporte pas de réels progrès.

Au XVI^{ème} siècle, Ambroise Paré crée la première prothèse amovible. Elle est fabriquée à base de fémur de bœuf.

Au XVII^{ème} siècle, Pierre Fauchard est à l'origine d'une conception novatrice : la dent à tenon.

En 1722, les premières empreintes à la cire sont réalisées par un médecin allemand : Purman. Pour confectionner une nouvelle dent, il applique, dans la bouche, un boudin de cire. Cette technique reste en vigueur pendant deux siècles, jusqu'à l'avènement du moule en plâtre.



Prothèse dentaire fabriquée par Ambroise Paré (dessin du XIX^{ème} siècle).

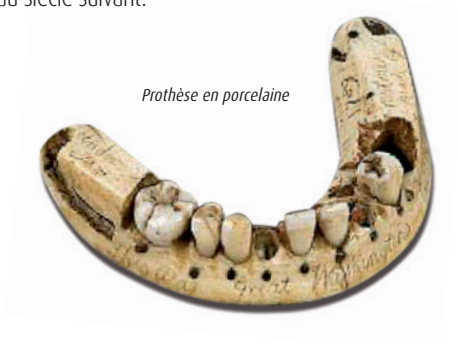
À cette époque, les dents d'hippopotame sont très utilisées car elles sont particulièrement résistantes. Une seule dent d'hippopotame suffit pour la réalisation d'une prothèse.



Le recours à des dents métalliques ou en porcelaine, fabriquées dès 1774, est fréquent. Fragiles, elles s'écaillent et se cassent facilement.

La première prothèse en porcelaine apparaît à la fin du XVIII^{ème} siècle.

Les dents humaines prélevées sur des cadavres ou des condamnés à mort sont également utilisées. Cette pratique connaît son apogée au siècle suivant.



b - Les XIX^{ème} et XX^{èmes} siècles

Le XIX^{ème} siècle reste célèbre dans l'art dentaire pour les « dents de Waterloo » (3).

Avec les guerres napoléoniennes, des milliers d'hommes sont tués sur les champs de bataille. Environ 50 000 soldats sont morts à Waterloo. Ils sont jeunes avec une dentition en très bon état. Avant de les enterrer, les pilleurs les détroussent et leur arrachent les dents. Celles-ci inondent le marché et sont pour la plupart de grande qualité, ce qui contraste avec les dents récupérées auparavant. Les « Waterloo Teeth », comme elles sont appelées, se retrouvent en Angleterre où les individus des classes aisées les portent avec fierté.

Lors de la Guerre d'indépendance américaine (1775-1783), cette pratique était déjà de mise.

Ce terme de « Waterloo teeth » a perduré, correspondant à toute denture récupérée sur un champ de bataille. Ainsi, en 1860, dans les catalogues dentaires, il est encore possible d'acheter des dents provenant de la guerre civile américaine.



Dents de Waterloo

Au XIX^{ème} siècle, les techniques progressent considérablement : l'occluseur permet de construire des prothèses prenant en compte les mouvements, facilitant le montage rationnel des dents. La prise d'empreinte devient une pratique courante et la dent sur pivot (technique des « richmonds ») est améliorée.

Au XX^{ème} siècle, la prothèse prend son essor grâce aux progrès des matériaux, à la connaissance de leurs compatibilités et au perfectionnement des techniques.

3. Dents et ornements

Si les dents ont été l'objet d'ornements divers ou rituels (noircissement des dents au Japon, dorures, limages etc.), deux pratiques méritent d'être signalées :



Au Mexique (4) ont été retrouvés les ossements d'une femme datant de 1600 ans av. J-C, dans la cité pré-hispanique de Teotihuacan. Les dents sont incrustées de pierres précieuses. Son appartenance à une classe privilégiée est indéniable.

Au Guatemala, les fouilles à Antigua Guatemala ont mis en évidence les pratiques des Mayas (5) : vers 900, ils ornent leurs incisives de diverses pierres précieuses : jade, serpentine, cinabre, hémateite, pyrite. Cette pratique est supposée être religieuse ou rituelle.

4. Les soins d'hygiène (6)

L'hygiène dentaire est connue depuis des temps très anciens.

a - Les cure-dents

Dès l'Âge de bronze, les cure-dents sont utilisés.

Les Grecs recourent à des cure-dents en arête de poisson, en os ou en argent.

Le cure-dents est un objet de luxe. En Europe, il est fabriqué à partir d'or, d'argent ou de bois, voire de plume.

b - Les poudres, les pâtes et les « dentifrices »

En Chine ancienne, la poudre à base de musc et de gingembre est utilisée pour blanchir les dents.

Pour l'haleine, les Romains gardent sous la langue une feuille de myrrhe. Ils se rincent la bouche avec du vin additionné de roses sèches. Ils mâchent de la verveine, du plantain et de la jusquiame et inventent un dentifrice à base de poudre de pierre ponce, de poussière de marbre, de poudre de corne de cerf, de poudre d'or, de tête de loup, de poudre de lierre, d'œuf ou d'écaille d'huître, d'eau aromatique avec l'essence de safran ou de rose.

Au XVIII^{ème} siècle, Pierre Fauchard préconise plusieurs formules de poudres, pâtes et eaux dentifrices. Il recommande également l'urine humaine.

A cette époque, des dentifrices commencent à être fabriqués industriellement. Leur composition est variée, associant divers agents dont au moins un polissant minéral, du fluor et un arôme.

c - La brosse à dents

La brosse à dents la plus ancienne connue à ce jour daterait de 1498 et a été découverte en Chine.

Au XVII^{ème} siècle, la France détient le monopole de sa fabrication et la conserve jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle. Le manche est en bois ou en os et les soies proviennent de sanglier, de blaireau, de chèvre ou de porc. Plus tard, les soies animales disparaîtront au profit de matériaux synthétiques.



5. Le cabinet dentaire : d'hier à aujourd'hui (5)



1880

*Reconstitution
d'un cabinet dentaire avec
foreuse à pédale*



1940

*Fauteuil de traitement
dentaire avec bras Doriot et
entraînement au pied*



Aujourd'hui

*Cabinet dentaire du XXI^{ème} siècle :
un confort partagé entre
le praticien et son patient*

Les premières foreuses dentaires électriques apparaissent en 1914, avec des vitesses pouvant atteindre 3 000 tours par minute. Mais il faudra attendre 1957 pour disposer d'une poignée à turbine pneumatique à haute vitesse. La vitesse de rotation sera portée à 300 000 tours par minute (7, 8).

6. Anecdotes et dictons

■ La Petite Souris

La Petite Souris a probablement pour origine un conte français du XVII^{ème} siècle de la baronne d'Aulnoy : « La Bonne Petite Souris ». Une fée se transforme en souris pour aider une reine à vaincre un méchant roi. Elle se cache sous l'oreiller du roi, puis lui fait tomber toutes ses dents (9).

Pierre Baron (9) rappelle que « Suivant une ancienne croyance, lorsqu'un animal mangeait une dent de lait, la dent permanente prenait les caractéristiques de l'animal et on donnait parfois les dents de lait aux rongeurs dans l'espoir que les enfants obtiennent des dents plus dures et plus pointues que celles des rongeurs. En outre, les rongeurs ayant de belles petites dents bien blanches, la souris a été prise comme symbole. »

■ Les enfants nés avec des dents

Ces enfants ont la réputation d'être méchants. Ils mordent les seins de leur nourrice. Né avec deux dents à la naissance, le futur Louis XIV dut, de ce fait, fréquemment changer de nourrice.

Brosse à dents à poignée en argent doré de Napoléon I^{er}, 1795,
Science Museum London



Bonaparte aussi est né avec des dents. L'historiographe Frédéric Masson (1847-1923), relate : « Il avait toutes ses dents belles, fortes et bien rangées. Il (les) curait soigneusement avec un cure-dents en buis, puis les brossait longuement avec une brosse trempée dans de l'opiat, revenait avec du corail fin, et se rinçait la bouche avec un mélange d'eau-de-vie et d'eau fraîche. Il se raclait enfin la langue avec un racloir d'argent, de vermeil ou d'écaille. »

Être né avec des dents prédisposerait également à une sexualité excessive.

Dictons



« Il fait partie des devoirs de l'épouse
d'accompagner l'homme chez le dentiste »

- Avoir une dent contre quelqu'un
- Montrer les dents
- Être armé jusqu'aux dents
- Avoir la dent dure
- Œil pour œil, dent pour dent
- Mal de dent, mal d'amour
- Avoir la dent
- N'avoir rien à se mettre sous la dent
- Rire à pleines dents
- Mentir comme un arracheur de dents
- Si un homme souffre des dents,
c'est que sa femme est enceinte
- Mal de dent et mal d'enfant sont les plus grands
- Répondre du bout des dents
- Dévorer la vie à pleines dents
- Être sur les dents
- Prendre le mors aux dents
- Avoir les dents longues

Bibliographie

- 1 -** Lefébure C.
Une histoire de l'art dentaire
Privat, oct 2001 ; 155.
- 2 -** Cabanès A.
Dents et Dentistes à travers l'histoire, Tome premier, chapitre
Laboratoires Bottu, Paris, 1928.
- 3 -** Riaud X.
Les dents de Waterloo
Site d'histoire de la Fondation Napoléon, avril 2011.
www.napoleon.org/histoire-des-2-empires/articles/les-dents-de-waterloo/
- 4 -** Europe1.fr avec AFP
Découverte d'ossements pré-hispaniques à Teotihuacan, 8 juillet 2016
www.europe1.fr/sciences/mexique-decouverte-dossements-pre-hispaniques-a-teotihuacan-2794576
- 5 -** Société française d'histoire de l'art dentaire
www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/debut.htm
- 6 -** Fontaine A.
Histoire et évolution de l'hygiène bucco-dentaire
Thèse d'exercice. Odontologie, Reims, 2012.
- 7 -** Forum Medicine discoveries
Dental drill
www.discoveriesinmedicine.com/Com-En/Dental-Drill.html
- 8 -** Pace Bringer S.
The History and Necessity of Dental Handpieces
contemporaryproductsolutions.com/wp-content/uploads/Schein_11_14_Handpiece_History.pdf

9 - Baron P.

Dents de lait : la véritable histoire de la petite souris

www.atlantico.fr, 12 février 2014

www.atlantico.fr/decryptage/dents-lait-veritable-histoire-petite-souris-pierre-baron-979024.html



Chapitre II

La bouche et les dents : éléments anatomiques, physiologiques et psychosociaux

Chapitre II 1. Rappel anatomique bucco-dentaire

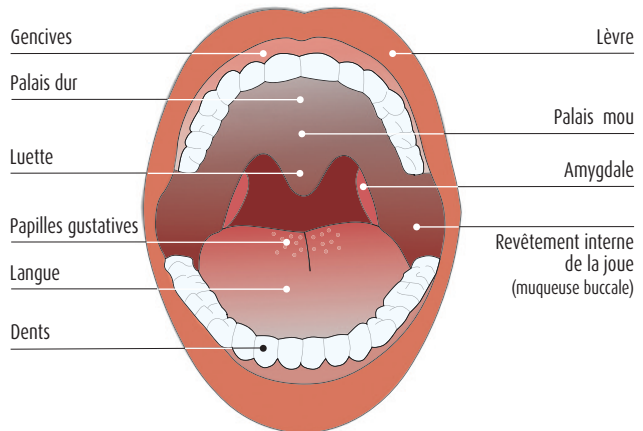
La bouche
et les dents :
éléments
anatomiques,
physiologiques et
psychosociaux

a - La cavité buccale

La cavité buccale est délimitée :

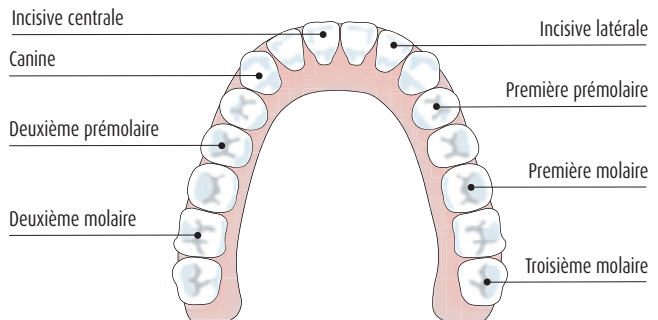
- > en haut, par le palais ;
- > en bas, par la langue ;
- > latéralement, par les joues ;
- > en avant, par les lèvres ;
- > en arrière, par l'isthme du gosier
et les amygdales en haut
et la base de la langue en bas.

Bouche (cavité buccale)



b - Les dents

Dentition définitive

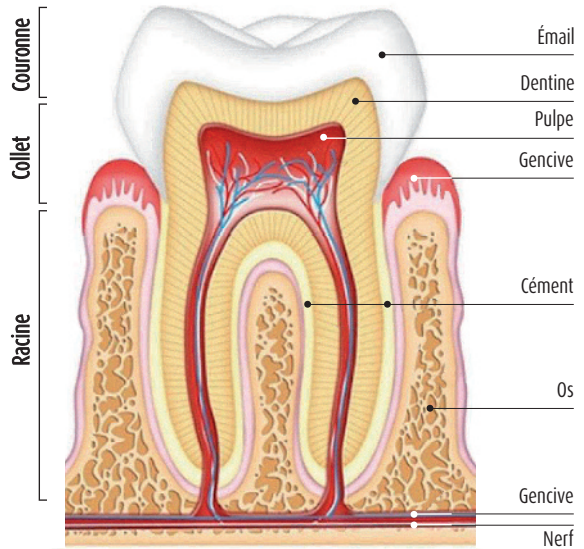


- > Les incisives : au nombre de 8, elles servent à trancher les aliments.
- > Les canines : au nombre total de 4, elles servent à déchirer les aliments et sont considérées comme les piliers de l'occlusion.
- > Les prémolaires et les molaires : les prémolaires sont au nombre de 8, les molaires, de 8 à 12. Elles servent à broyer les aliments.

c - Anatomie de la dent

La dent est formée de :

- > la couronne dentaire, qui constitue la partie visible ;
- > le collet, zone de jonction entre la couronne et la racine dentaire ;
- > la racine dentaire, qui constitue la partie invisible.



■ La couronne dentaire

Elle est constituée de trois éléments (du centre vers l'extérieur) :

- > La chambre pulpaire

Cette cavité, au centre de la couronne, renferme la pulpe dentaire, qui assure l'innervation et la vascularisation de la dent. Elle participe également à la réponse immunitaire lors d'infections.

- > La dentine

La dentine entoure la pulpe dentaire.

La structure de la dentine est poreuse. Elle est parcourue par de très nombreux canalicules (ou tubules dentinaires) qui assurent la transmission d'informations au nerf de la dent. Ainsi, tout stimulus (chaud, froid, etc...), est ressenti comme un message douloureux lors d'une carie.

Dans des conditions normales, la dentine est entièrement recouverte par l'émail au niveau de la couronne, et par le cément au niveau de la racine.

> L'émail

L'émail est la couche externe de la dent. C'est le tissu le plus dur et le plus minéralisé de l'organisme. Il a pour fonction de protéger la dent des agressions.

■ Le collet

> La racine dentaire

C'est au niveau de la racine que la dent se fixe dans l'os alvéolaire. Elle est constituée de trois éléments (du centre vers l'extérieur) :

- Le canal pulpaire : situé au centre de la racine, il contient la pulpe radicaire.

Son rôle est identique à celui de la chambre pulpaire.

L'extrémité de la racine, dénommée apex, permet le passage des terminaisons nerveuses et des vaisseaux sanguins.

- La dentine (identique à celle de la couronne).
- Le ciment : il recouvre la surface externe des racines, protégeant ainsi la dentine. Il fait suite à l'émail de la couronne.

L'épaisseur du ciment est plus fine que celle de l'émail. Il est particulièrement vulnérable et constitue une porte d'entrée de choix pour les bactéries lorsque la gencive ne recouvre plus la racine.

■ Le parodonte

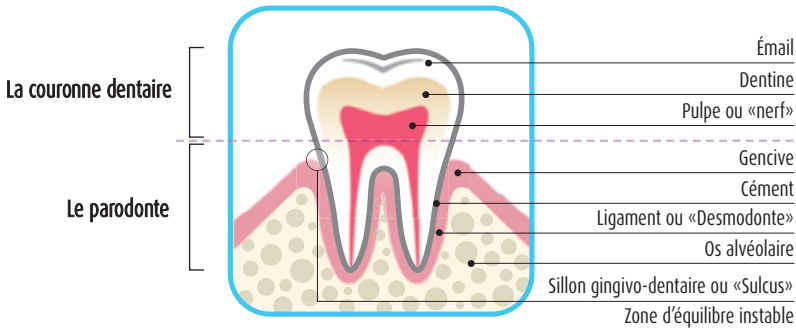
Le parodonte « attache » la dent à l'os alvéolaire de la mandibule et du maxillaire.

Il est constitué de l'ensemble des tissus de soutien de la dent et se fixe sur le ciment.

Il se compose de trois parties :

- > le ligament alvéolo-dentaire (ou desmodonte) est situé dans l'espace compris entre le ciment et l'os alvéolaire et assure ainsi le lien entre la dent et l'os ;
- > la gencive constituée d'un tissu de recouvrement qui tapisse l'os alvéolaire ;
- > l'os alvéolaire qui suit un remodelage osseux selon les forces ou contraintes qu'il subit. Il apparaît avec la dent et disparaît avec elle. C'est donc un os labile qu'une pathologie peut facilement atteindre, voire détruire.

L'odonte : la dent



2. Physiologie bucco-dentaire

La bouche est la porte d'entrée des aliments. La nourriture y est broyée et mastiquée par les dents et mélangée à la salive qui contient des sucs digestifs. C'est le début de la digestion.

Avant même l'ingestion d'aliments, le système digestif se prépare à leur arrivée. Les stimuli sensoriels (vue, odorat, ouïe) suffisent à initier l'activité digestive, notamment par une augmentation des sécrétions salivaires.

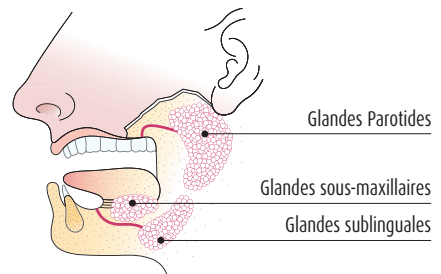
L'arrivée de la nourriture dans la cavité buccale intensifie ces réponses des glandes salivaires.

a - Composition et rôle de la salive

La salive provient des glandes salivaires principales et accessoires.

Les principales sont :

- > les parotides (salive aqueuse) ;
- > les glandes sous-maxillaires (salive riche en mucines) ;
- > les glandes sublinguales.



Les glandes accessoires sont microscopiques.

La salive est principalement composée de mucus et d'enzymes permettant de pré-digérer l'amidon et les lipides (lipase linguale et amylase salivaire). Elle contient également, en moindre quantité, des lysozymes et des IgA qui détruisent les bactéries à l'origine des caries et de la mauvaise haleine.

Le mucus lubrifie la cavité buccale permettant ainsi de diminuer les dommages causés par le frottement de la nourriture sur l'épithélium.

Substances	Rôle
Mucine	Lubrification
Amylase salivaire	Digestion de l'amidon
Lipase linguale	Digestion des lipides
Lysozyme	Antibactérien
IgA	Antibactérien - Défense immunitaire

b - La mastication

La mastication est essentielle à la bonne digestion des aliments. Elle sert à les broyer et à les séparer en petites particules. De plus, la mastication favorise le mélange de la salive aux aliments.

Salivation et mastication remplissent donc plusieurs fonctions :

- > la réduction des aliments en petites particules ;
- > la formation du bol alimentaire pour la déglutition ;
- > le début de la digestion des lipides et de l'amidon grâce à la salive ;
- > la facilitation de la perception des goûts par la solubilisation des particules ;
- > le nettoyage de la bouche assorti d'une action antibactérienne.

c - La déglutition

L'initiation de la déglutition peut être automatique ou initiée volontairement. On ne peut contrôler que la partie initiale. La suite de la séquence est automatique.

Lors du temps buccal de la déglutition, la bouche est fermée, la pointe de la langue s'appuie sur la partie antérieure du palais et la langue forme ainsi un plan incliné en arrière dirigeant les aliments vers le pharynx. Une vague de contractions involontaires viendra ensuite bloquer l'accès des aliments aux voies respiratoires et pousser le bol alimentaire dans l'œsophage.

3. Aspects psychosociaux de la sphère orale

Dans sa définition de la santé bucco-dentaire, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) énonce l'impact des douleurs ou des affections de la sphère orale sur le bien-être psychosocial : « La santé bucco-dentaire se caractérise "par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial" » (70).

L'importance de la sphère orale dans la relation à autrui n'est plus à démontrer. Organe de transition entre l'extérieur et l'intime (les Romains ne disaient-ils pas que « la bouche est le vestibule de l'âme » ?), la bouche participe à l'image de soi, ressentie ou renvoyée.

Elle est le support de la communication verbale, du premier babillage avant la structuration de la parole au langage formé. Mais la bouche est aussi le vecteur de la communication non verbale, quand les mimiques reflètent les émotions. Par elle sont poussés le premier cri et le dernier soupir. Elle est organe de séduction et de plaisir, mais aussi la porte d'entrée de dangers (tabacs, alcool, drogues).

La bouche est également l'attribut de l'être social. Le visage et le sourire constituent la première image que l'on offre aux autres et participent à la communication, qu'elle soit sociale ou affective. Avoir honte de sa bouche altère l'image de soi et peut conduire au repli social. Par ailleurs, lorsque trop de dents sont absentes, l'élocution est troublée et le lien social s'en trouve entravé. Un sourire harmonieux, une bonne haleine ainsi qu'une élocution verbale claire sont donc autant de facteurs de confiance et d'estime de soi favorisant le lien social.



Chapitre III

Odontologie et seniors

Chapitre III 1. Déterminants de la santé orale

Odontologie et seniors

La Haute Autorité de Santé a évalué les groupes de personnes à risque élevé de caries. Parmi ces groupes figurent les personnes âgées dépendantes et les personnes porteuses de pathologies chroniques. Ces populations présentent de nombreux facteurs de risque de développer des pathologies orales (10). L'analyse des déterminants les plus fréquents de la santé orale met en évidence ces populations sur lesquelles une attention particulière doit être portée.

De nombreux déterminants influençant la santé orale sont retrouvés en population générale.

a - L'âge

Il est en lui-même un facteur de risque de pathologies orales. Avec le vieillissement apparaissent des abrasions et des fêlures de l'émail et la prévalence des maladies parodontales et des cancers oraux augmente. C'est donc une période au cours de laquelle il conviendrait de consulter davantage, alors que ces groupes de populations ont précisément tendance à moins consulter leur praticien. Un phénomène de lassitude y est associé, mettant le compte des pathologies sur l'effet irréversible de l'âge.

b - Le milieu social - le niveau d'éducation

Tout deux sont fortement corrélés aux pathologies orales.

c - Les comportements en santé

S'agissant du tabac, les fumeurs ont deux à trois fois plus de risques de développer une maladie parodontale que les non-fumeurs (11). Le risque de développer un cancer oral est augmenté d'environ 12 fois chez les fumeurs actifs, alors que la forte consommation d'alcool (supérieure à quatre verres par jour) augmente trois fois ce risque (12).

Cigarette électronique : doit faire ses preuves...

Inventée et commercialisée pour la première fois en 2004, la cigarette électronique est un dispositif imitant la cigarette traditionnelle mais ne contenant pas de tabac. La vapeur est produite par des liquides, aromatisés ou non, avec ou sans nicotine.

Pour autant, des traces de métaux peuvent être retrouvées sous forme de nanoparticules. Par ailleurs, la présence de substances potentiellement toxiques (propylène glycol et glycérine végétale notamment) ne doit pas être négligée, tout comme celle d'arômes, naturels ou non, dont les effets sont encore inconnus lorsqu'ils sont chauffés et inhalés. Enfin, la vapeur pouvant arriver en bouche à une température de 50°C, elle retarde le phénomène de cicatrisation, ce qui a un impact lors de traitements parodontaux, d'extraction ou de pose d'implants. Le succès du traitement sera donc diminué par rapport à un patient non vapoteur.

Des études sur le long terme seront donc nécessaires avant d'émettre une conclusion définitive quant à l'innocuité de ce dispositif.

Les habitudes d'hygiène dentaire ont également une influence sur les pathologies orales. L'absence de suivi dentaire et de consultations régulières conduit à des pertes dentaires qui peuvent avoir des répercussions sur la santé des personnes. C'est souvent le cas chez les personnes âgées qui ont des difficultés de déplacement et qui, en l'absence de douleur, n'estiment pas utile de consulter un chirurgien-dentiste. La découverte des cancers oraux chez les personnes âgées à des stades avancés témoigne de cette situation. Il a été montré qu'il existe une association inverse entre le risque de cancer des voies aérodigestives supérieures d'une part et, d'autre part, le suivi bucco-dentaire annuel, le brossage dentaire au moins une fois par jour, l'absence de maladie parodontale et l'absence de moins de cinq dents ($vs > = 5$). En revanche, le port de prothèses amovibles ne semble pas lié à ce risque (13).

d - L'alimentation

Elle est également un facteur de risque de pathologies orales par différents mécanismes. Les difficultés masticatoires (dents mobiles, dents manquantes...) conduisent les personnes à éliminer de leur quotidien certains aliments, déséquilibrant leurs rations alimentaires en protéines au profit des sucres et des graisses, avec des répercussions à la fois orales (caries)

et générales (diabète, dyslipidémie...). La consommation excessive de boissons sucrées et/ou acides entraîne des caries et des érosions de l'émail.

e - Le lieu de résidence

Le lieu de résidence des personnes influence l'accès aux soins car de nombreuses régions sont sous-dotées en chirurgiens-dentistes. Or, la distance ajoutée à la disponibilité des professionnels, constitue un frein significatif à une dynamique préventive.

2. Principales pathologies orales

Il n'y a pas de pathologies bucco-dentaires spécifiques aux personnes âgées. Cependant, elles sont davantage concernées par certaines d'entre elles.

a - Pathologies dentaires et des tissus de soutien des dents (parodonte)

Au cours du vieillissement, l'ensemble des structures dentaires subit un processus de sénescence.

Des colorations et des fêlures apparaissent sur l'émail et les pertes de substance par érosion ou abrasion sont caractéristiques du vieillissement dentaire. Le vieillissement physiologique du tissu pulpaire se traduit par un rétrécissement de la cavité pulpaire parfois jusqu'à son oblitération complète. Les lésions carieuses les plus typiques sont situées au niveau radiculaire (14). Elles sont le plus souvent peu profondes et indolores. Les caries radiculaires se développent là où la plaque bactérienne n'est pas éliminée. Selon leur situation par rapport à la gencive, les lésions sont supra ou infra-gingivales. Ces dernières, plus fréquentes, intéressent le collet anatomique ou le cément et la dentine radiculaire.

Par ailleurs, la rétraction physiologique de la gencive favorise l'exposition des racines dentaires et du cément. Celui-ci peut présenter des pertes de substance résultant d'un brossage traumatique.

Les modifications de la gencive liées au vieillissement sont principalement représentées par une perte d'élasticité, un aspect lisse et des récessions. Le vieillissement de l'os alvéolaire se traduit par une augmentation du nombre des cavités de résorption, une diminution en nombre et en taille des ostéoblastes et une diminution de la prolifération des cellules ostogéniques. Enfin, le ligament alvéolo-dentaire subit aussi des altérations. Ces modifications physiologiques sont aggravées par l'accumulation de plaque et de tartre dentaires et conduisent à la maladie parodontale. La parodontite est une maladie infectieuse caractérisée

par une inflammation chronique provoquant la destruction des tissus parodontaux, une lyse osseuse ainsi que la formation de poches parodontales. Elle est définie cliniquement par des saignements gingivaux, des mobilités dentaires et des récessions parodontales et, radiologiquement, par la perte d'os alvéolaire.

b - Modifications salivaires

Avec l'âge, il est observé une baisse du débit salivaire. L'hyposalivie est fréquente chez la personne âgée. Elle est responsable de xérostomie (sensation de bouche sèche) et de stomatodynies (douleurs buccales). Les modifications de la sécrétion salivaire sont aggravées par de nombreuses médications sialoprives (antihypertenseurs, tranquillisants, anxiolytiques, neuroleptiques, antidépresseurs) très souvent prescrites chez la personne âgée.

c - Pathologies des muqueuses

Les muqueuses buccales deviennent atrophiques avec l'âge et voient leur potentiel de cicatrisation diminué. Ceci concerne les muqueuses masticatoires et de recouvrement mais également la muqueuse linguale, qui comprend les papilles gustatives.

Les pathologies de la muqueuse buccale sont fréquentes. Dans la littérature, leur prévalence varie entre 49 % et 84 % (15, 16), les patients atteints de démences accumulant davantage de lésions que les autres. Elles peuvent avoir un retentissement important sur la nutrition et la qualité de vie. Outre l'âge, les polyopathologies et les polymédications, les déficits nutritionnels, les traumatismes muqueux répétés et la dépendance aux soins bucco-dentaires augmentent le risque.

Parmi les pathologies muqueuses, les ulcérations, les lésions blanches et les carcinomes épidermoïdes concernent tout particulièrement les personnes âgées.

d - Ulcérations

■ Ulcération traumatique

L'ulcération traumatique est la pathologie la plus fréquente (17). Elle est provoquée par le port de prothèses amovibles iatrogènes, par la présence de dents délabrées mais également par les troubles comportementaux chez la personne atteinte de troubles cognitifs. Cliniquement, elle est unique ou multiple. Il faut avant tout supprimer la cause : arrêt du port des prothèses mal adaptées jusqu'à la cicatrisation, meulage des bords prothétiques et avulsion des dents délabrées. La guérison survient généralement entre 10 et 15 jours. Si elle persiste, il faut réaliser une biopsie muqueuse pour exclure une ulcération néoplasique ou une pathologie infectieuse ou dermatologique (17).

■ Ulcération néoplasique

Le carcinome épidermoïde de la muqueuse buccale représente la majorité des lésions malignes buccales et se présente cliniquement sous forme de lésions ulcérées, ulcéro-végétantes ou végétantes. Son incidence augmente avec l'âge, avec un pic entre 55 et 74 ans chez les hommes, alors que l'incidence augmente de façon continue chez les femmes (18). L'intoxication alcoolo-tabagique chronique constitue le facteur de risque principal mais d'autres facteurs comme les papillomavirus humains, l'immunodépression congénitale ou acquise, la prédisposition génétique, les lésions à potentiel de transformation maligne, l'alimentation pauvre en fruits et légumes et le mauvais état bucco-dentaire sont évoqués dans la littérature (19,20). Les localisations les plus fréquentes de ces cancers sont la langue mobile et le plancher buccal. La biopsie est l'examen complémentaire de référence pour le diagnostic. Le traitement est chirurgical, complété éventuellement par la radiothérapie et/ou la chimiothérapie.

e - Lésions blanches

Les lésions blanches se présentent principalement sous forme de dépôts blancs passagers qui disparaissent au grattage (candidoses) ou de dépôts blancs persistants dus à des anomalies de kératinisation de l'épithélium d'origine traumatique, tabagique ou dermatologique (17).

■ Lésions candidosiques

Elles sont fréquentes chez le sujet âgé. Généralement dues au développement excessif d'un champignon saprophyte de la flore buccale (*candida albicans*), elles sont responsables de lésions des muqueuses buccales blanches qui se détachent au grattage. Elles sont aiguës ou chroniques et favorisées par l'hyposalie, le diabète déséquilibré, l'antibiothérapie prolongée, les immunodéficiences congénitales. Elles peuvent également être acquises, causées par le port de prothèses défectueuses et une hygiène buccale insuffisante (21, 22). Les lésions sont le plus souvent localisées au niveau de la face dorsale de la langue, des commissures labiales et du palais recouvert par une plaque prothétique. Le diagnostic est essentiellement clinique, éventuellement complété par un prélèvement mycologique. Le traitement est topique et/ou systémique avec des antifongiques. Les facteurs favorisants doivent être recherchés et traités afin de prévenir les récurrences (équilibre du diabète, traitement de l'hyposalie, désinfection des prothèses amovibles, amélioration de l'hygiène orale...) (22).

■ Lésions blanches non candidosiques

Les kératoses réactionnelles de cause exogène sont des lésions blanches dues à des facteurs irritatifs (mécaniques, chimiques, thermiques). Ainsi, une agression de type frictionnel, chronique, causée par une prothèse mal adaptée ou une dent acérée, se traduit progressivement par un épaississement de l'épithélium avec hyperkératinisation. Le tabac fumé est responsable de

kératoses réactionnelles par agression thermique et chimique des muqueuses (17). Deux aspects cliniques existent : les lésions homogènes et inhomogènes. Ces dernières présentent un risque de transformation maligne plus élevé, en particulier si elles se situent au niveau du plancher buccal et de la langue (17). La suppression des facteurs irritatifs conduit à la disparition ou à la régression des lésions. Les kératoses nécessitent une surveillance clinique et histologique régulière afin de déceler précocement une éventuelle transformation maligne.

Le lichen plan est une maladie inflammatoire chronique qui atteint la peau, les phanères et les muqueuses. Il débute généralement vers 30 à 40 ans, mais son incidence augmente après 50 ans (23). Il touche notamment la face interne des joues et la langue. Le patient se plaint de gêne ou de douleurs buccales. Le diagnostic est surtout clinique. Le traitement a pour objectif la réduction de l'inconfort et de la douleur des patients. Des corticoïdes topiques sont prescrits en première intention. Des corticoïdes par voie générale ou d'autres immunosuppresseurs sont prescrits en cas de mauvaise réponse au traitement topique (23).

3. Interrelations entre la santé générale et les pathologies orales

Au cours du vieillissement, le risque de développer des maladies chroniques et des déficiences s'accroît. La polymédication ajoute un risque iatrogène. Il existe de nombreux liens établis ou suspectés entre certaines pathologies orales et générales (diabète, maladies cardio et cérébro-vasculaires, cancers, pathologies respiratoires et neurodégénératives). Les pathologies orales semblent augmenter la mortalité et altèrent la qualité de vie.

a - Diabète

Le diabète est une maladie fréquente et en progression constante. Selon l'OMS, en 2014, 9 % de la population adulte mondiale était diabétique. Il est un facteur de risque important de nombreuses complications macro-vasculaires (maladies cardio et cérébro-vasculaires) et micro-vasculaires (rétinopathies, néphropathies, neuropathies).

L'association entre maladie parodontale et diabète a été explorée dans de nombreuses études, et il est maintenant acquis que la maladie parodontale présente une prévalence et une sévérité plus importantes chez les patients diabétiques comparés aux non diabétiques. De ce fait, le risque de perte de dents et le risque de malnutrition liés à une mastication inefficace sont augmentés chez les patients diabétiques. Pour la santé de ces patients, il est indispensable d'effectuer un diagnostic précoce des parodontites permettant ainsi leur traitement. De nombreuses études montrent une amélioration du contrôle glycémique après traitement parodontal.

En cas de diabète déséquilibré, d'autres complications buccales peuvent apparaître, comme la xérostomie, les caries, les retards de cicatrisation et une plus grande sensibilité aux infections (24).

Les diabétiques présentent fréquemment un dysfonctionnement des glandes salivaires provoqué par l'altération métabolique du parenchyme glandulaire et par l'atteinte du système nerveux autonome. De plus, ils sont souvent amenés à prendre des médicaments sialoprides. Dès lors, la diminution de la salive prive la cavité orale de ses propriétés protectrices, favorisant ainsi l'accumulation de plaque dentaire, l'apparition de caries, l'hypertrophie des glandes parotides, une dysgueusie, des stomatodynies, le développement de la maladie parodontale, une halitose. Une autre manifestation du diabète est la présence d'infections opportunistes, telles que la candidose buccale. Des études ont montré une prévalence significativement plus élevée des infections à *candida albicans* chez les patients diabétiques comparés aux non diabétiques (24).

b - Pathologies cardio et cérébro-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires touchent 16,3 % des personnes âgées de 65 à 79 ans et 29,7 % des personnes de 80 ans ou plus (25). De nombreuses études ont montré une association positive, bien que modeste, entre les pathologies bucco-dentaires et la survenue d'athérosclérose et de pathologies cardio- et cérébro-vasculaires ischémiques (coronaropathies, accidents vasculaires cérébraux (AVC) et artériopathies périphériques) ou le décès par ces maladies (26,27).

La maladie parodontale semble être particulièrement impliquée dans la survenue d'évènements cardio-vasculaires. La maladie parodontale et les maladies athérosclérotiques partagent des facteurs de risque communs, tels que l'hérédité, le stress, la consommation de tabac et le diabète sucré.

Une large étude de cohorte prospective incluant 867 256 hommes et femmes coréens, âgés de 30 à 95 ans suivis pendant 14 ans, a montré une association significative entre la perte de sept dents ou plus et le risque d'AVC, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (28). Une autre étude de cohorte prospective, incluant 1 203 hommes américains suivis en moyenne 24 ans, a montré un risque élevé de survenue d'évènement ou de décès cardio-vasculaire (infarctus du myocarde notamment) chez les sujets de moins de 60 ans atteints de parodontite chronique (29). Chez les sujets âgés de 60 ans ou plus, le risque de maladie cardio-vasculaire était augmenté lorsqu'ils étaient totalement édentés. Cette association chez les édentés totaux pourrait être liée à la maladie parodontale ancienne, mais également aux modifications de l'alimentation, déséquilibrée et athérogène. De plus, l'édentement pourrait

refléter un statut socio-économique précaire qui est un frein aux soins bucco-dentaires et prothétiques, mais également aux soins des pathologies vasculaires et des autres comorbidités qui représentent des facteurs de risque pour les deux types de pathologies (30).

c - Pathologies respiratoires

Il est essentiel de dépister précocement les troubles de la déglutition. En effet, l'aspiration de bactéries présentes dans la cavité buccale est le facteur de risque majeur des pneumopathies nosocomiales (31). Les soins buccaux réduisent le nombre de bactéries et, ainsi, préviennent ces pneumopathies.

En se basant sur un indice de plaque dentaire, Abe (32) estime que les patients dont les dents sont recouvertes de plaque dentaire sur la moitié ou plus de leur surface, sont à haut risque de pneumonie.

Une attention particulière doit être portée aux prothèses amovibles dont l'hygiène doit être stricte. En effet, le port de prothèses peut engendrer des infections muqueuses et la colonisation par des bactéries Gram négatif ou des levures (*Candida spp.*) qui peuvent être aspirées dans les poumons (33). Or, dans une étude concernant des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), il a été observé que beaucoup étaient porteurs de prothèses amovibles en résine anciennes, mais surtout que, la plupart du temps, ils ne consultaient pas régulièrement et portaient des prothèses traumatisantes pour les muqueuses par manque de stabilité (34). La porosité de la résine facilite la rétention de microorganismes et de débris alimentaires.

Dans une étude de suivi sur trois ans de sujets de 85 ans et plus, le chercheur T. Iinuma observe que les troubles de la déglutition et le port des prothèses durant la nuit multiplient par deux à trois fois le risque de survenue d'une pneumopathie. Cependant, la plupart des porteurs de prothèses amovibles souhaitent les conserver la nuit (35).

d - Pathologies cancéreuses

La probabilité de développer un cancer augmente avec l'avancée en âge et, du fait de l'augmentation régulière de l'espérance de vie et des progrès médicaux en oncologie, le nombre total de cancers est en hausse et la majorité des cancers et des décès par cancer concernent des personnes âgées. Parmi les facteurs de risque, de nombreuses études épidémiologiques font état du rôle d'une mauvaise santé bucco-dentaire (13).

La littérature montre une augmentation significative des cancers respiratoires et digestifs chez les sujets édentés partiellement ou totalement ou porteurs de maladie parodontale (36).

e - Maladies neuro-dégénératives

Les maladies neuro-dégénératives, qui évoluent inexorablement dans le temps, se rencontrent dans la majorité des cas après 65 ans (37, 38).

Ces maladies entraînent des perturbations de la vie quotidienne. La diminution de la dextérité manuelle et les troubles cognitifs et praxiques représentent des obstacles majeurs à la réalisation des soins d'hygiène buccale et favorisent l'accumulation de plaque bactérienne et le développement de maladies parodontales. Ainsi, une pathologie parodontale liée à l'absence d'hygiène buccale quotidienne est retrouvée chez 55 à 85 % des personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives (38). Les traitements des pathologies neurodégénératives (notamment les médicaments psychotropes et neuroleptiques) induisent une détérioration de l'état bucco-dentaire par une diminution du flux salivaire. La sécheresse buccale rend difficile l'alimentation normale et la déglutition par manque d'insalivation du bol alimentaire, favorisant les fausses routes. L'alimentation molle aggrave les pathologies dentaires et diminue aussi la production de salive.

f - Dénutrition

L'état bucco-dentaire défectueux est responsable de déficits nutritionnels (notamment en fer, vitamines et protéines), ainsi que d'un risque accru de mortalité. Le statut nutritionnel des personnes âgées institutionnalisées est décrit comme plus précaire que celui des personnes résidant à domicile. Par ailleurs, un lien a été établi entre la perte de poids non volontaire à un an, la dénutrition protéino-énergétique et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité (39).

g - Mortalité et santé orale

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre la perte de dents et la mortalité. La nutrition est un facteur explicatif de ce lien.

Les douleurs, la perte de dents ou des prothèses inadaptées rendent l'alimentation plus compliquée : la mastication et la déglutition sont plus difficiles, ce qui peut nuire à la digestion. La prise de repas peut ainsi devenir source d'angoisse plus que de plaisir, certains aliments peuvent être exclus faute de pouvoir les mâcher correctement, au détriment d'un bon équilibre alimentaire.

C'est pourquoi un nombre de 20 dents en bouche constitue un prérequis pour une alimentation équilibrée permettant de consommer tous les types d'aliments et ainsi de réduire le risque de mortalité (31). Dans son étude sur 600 personnes âgées, suivies sur cinq ans, Hiroto met en évidence un taux de mortalité de 2,5 % chez les sujets présentant 20 dents

ou plus et de 6,1 % chez ceux ayant 19 dents restantes ou moins, tout en ajustant sur les facteurs de confusion que sont le sexe, l'indice de masse corporelle, un niveau d'albumine sérique, le statut de fumeur, le niveau d'éducation ou les pathologies chroniques (40).

Polzer a montré que l'édentement complet est fortement lié à la santé générale même si de nombreux cofacteurs ont aussi une influence : l'âge, la situation socio-économique, le type d'alimentation, les habitudes de vie... (41)

h - Qualité de vie et santé orale

Aujourd'hui, la santé est considérée dans un contexte large qui tient compte de son impact sur la vie quotidienne. Le concept de qualité de vie est très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus.

De nombreuses échelles ont été établies pour évaluer les liens entre santé bucco-dentaire et qualité de vie. Les plus connues et utilisées sont le GOHAI (General Oral Health Assessment Index) et le OHIP (Oral Health Impact Profil). Ces échelles permettent de mettre en relation la perception personnelle du patient de sa santé bucco-dentaire avec sa qualité de vie, l'OHIP évaluant plus particulièrement l'impact dentaire sur le bien-être. Cette appréciation est largement dépendante des douleurs, de l'incapacité physique ou psychique et de l'âge. Ribeiro (42) a montré que les patients ont toujours une vision de leur santé orale optimiste par rapport à celle du professionnel de santé.

L'évaluation et la prise en compte des troubles physiques, socio-psychiques, de la douleur, de l'inconfort, des difficultés à manger, à parler, à prendre ses médicaments, et de leurs conséquences sur la qualité de vie permettent de prendre en charge le patient de façon globale et contribuent à lui redonner une meilleure image de lui-même et un confort de vie plus satisfaisant.

4. Bonnes pratiques préventives et curatives

Des recommandations professionnelles incitent les personnes présentant des pathologies chroniques à consulter régulièrement un chirurgien-dentiste. Pour le diabète, par exemple, la recommandation est d'une visite par an, ce qui, dans les faits, n'est pas respecté (43). Le rôle du chirurgien-dentiste prend pourtant tout son sens dans la prise en charge des personnes diabétiques dans la mesure où l'éradication des foyers infectieux bucco-dentaires et le traitement de la maladie parodontale contribuent, bien que modestement, à l'amélioration du contrôle glycémique. Il est essentiel que les diabétiques bénéficient d'une évaluation de leur santé bucco-dentaire régulière, même en l'absence de signes cliniques, et veillent à avoir une hygiène bucco-dentaire rigoureuse (44).

La Société française de chirurgie orale (SFCO) préconise l'éradication des foyers infectieux bucco-dentaires (caries, abcès, dents à l'état de racines et mobiles...) avant un traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, thérapies ciblées) ou anti-résorbeur osseux, ou d'une radiothérapie cervico-faciale. Un suivi bucco-dentaire bisannuel doit être instauré chez ces personnes ainsi que chez celles porteuses d'une maladie chronique (insuffisance hépatique et rénale, infection avec le VIH, greffe d'organe) (44).

L'ostéoporose, pathologie osseuse fréquente chez la personne âgée, peut nécessiter la prescription d'anti-résorbeurs osseux dont certains (bisphosphonate, denosumab) peuvent induire une ostéonécrose des maxillaires après des soins invasifs, notamment des avulsions dentaires. Des recommandations de bonnes pratiques en odontostomatologie existent afin de réduire le risque de cette complication (45).

Des recommandations de bonnes pratiques existent également sur la prise en charge des personnes sous anti-thrombotiques lors des actes invasifs bucco-dentaires afin de réduire le risque de complications hémorragiques et thrombo-emboliques en péri-opératoire d'un acte de chirurgie orale (46).

Soins dentaires et idées reçues (78)

Les soins dentaires effraient et font parfois l'objet d'idées reçues qu'il convient de combattre pour favoriser la prévention.

« Les soins dentaires coûtent chers »

Pris à temps, les problèmes dentaires relèvent souvent d'un traitement simple pris en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé. Il est donc important de rapidement prendre en compte les signaux d'alerte (sensibilité des dents, saignements des gencives, mauvaise haleine, etc.)

« Perdre ses dents est normal à partir d'un certain âge »

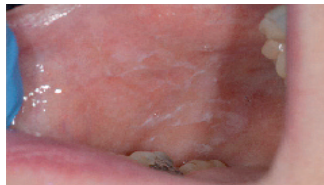
Ce n'est pas une fatalité. Une bonne hygiène bucco-dentaire et un suivi régulier contribuent à retarder la perte de dents, voire à l'éviter totalement.

« On peut être en bonne santé même sans prendre soin de ses dents »

Sur le long terme, un mauvais état bucco-dentaire a des conséquences physiques, psychiques et sociales très importantes. Cela peut conduire à un délabrement de la dentition entraînant une dénutrition et, de fait, l'affaiblissement de la personne. De même, une élocution diminuée représente un frein aux rapports sociaux pouvant aboutir à un isolement et au repli sur soi. Négliger ses dents, c'est à la fois négliger son confort et sa qualité de vie et risquer des pathologies bien plus graves.



*Gingivite
ulcéro-nécrotique chez
un patient diabétique.*



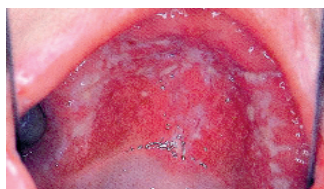
*Lichen plan situé dans la
zone interne de la joue.*



Lichen plan gingival.



*Hypertrophie en feuillet chez
un patient porteur d'une prothèse
amovible supérieure complète.*



*Candidose sous-prothétique
sur le palais d'un patient porteur
d'une prothèse amovible partielle
en résine.*



*Lésions cervicales d'usure
chez une patiente de 77 ans.*



*Vieillessement
de l'émail, présence
de fêlures et d'usure.*



*Prothèse en résine
ancienne avec plusieurs
réparations, facteurs de
risque de candidose.*



*Carcinome épidermoïde
de la cavité orale
chez un patient de 64 ans
grand fumeur et buveur.*

Bibliographie

- 10** - Haute Autorité de Santé :
**Stratégies de prévention de la carie dentaire-
Synthèse et recommandations**
Mars 2010 (www.has-sante.fr).
- 11** - Azogui-Levy S., Rochereau T.
Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire
Questions d'économie de santé, IRDES, 2005, 94.
- 12** - Radoï L., Paget-Bailly S., Cyr D., Papadopoulos A., Guida F., Schmaus A., et al.
**Tobacco smoking, alcohol drinking and risk of oral cavity cancer
by subsite**
Results of a large population-based case-control study,
ICARE study. *European J Cancer Prev* 2013; 22(3):268-76.
- 13** - Hashim D., Sartori S., Brennan P. Curado M.P., Wünsch-Filho V., Divaris K., et al.
**The role of oral hygiene in head and neck cancer:
results from International Head and Neck Cancer Epidemiology
(INHANCE) consortium**
Ann Oncol. 2016;27(8):1619-25.
- 14** - Griffin S.O., Griffin P.M., Swann J.L., Zlobin N.
Estimating rates of new root caries in older adults
J Dent Res. 2004;83(8):634-8.
- 15** - Ferreira R.C., Magalhaes C.S. de, Moreira A.N.
**Oral mucosal alterations among the institutionalized
elderly in Brazil**
Braz Oral Res 2010;24 (3): 296-302.
- 16** - Espinoza L., Rojas R., Aranda W., Gamonal J.
**Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago,
Chile**
J Oral Pathol Med 2003;32 (10): 571-5.

- 17 -** Szpirglas H., Ben Slama L. in.
Pathologie de la muqueuse buccale
Paris, Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, 1999.
- 18 -** Ligier K., Belot A. et al.
Epidemiology of oral cavity cancers in France
Rev Stomatol Chir Maxillofac 2011;112 (3): 164-71.
- 19 -** Petti S.
Lifestyle risk factors for oral cancers
Oral Oncol 2009; 45 (4-5): 340-50.
- 20 -** Radoï L., Luce D.
**LA review of risk factors for oral cavity cancer:
the importance of a standardized case definition**
Community Dent Oral Epidemiol 2013; 41 (2): 97-109.
- 21 -** Agbo-Godeau S., Guedj A.
Mycoses buccales. Encyclopédie medico-chirurgicale
Elsevier SSA , Paris, Stomatologie, 22-045-M-10, 2005.
- 22 -** Epstein J.B.
Diagnosis and treatment of oropharyngeal candidiasis
Oral Maxillofac Surg Clin N Am 2003; 15 (1): 91-102.
- 23 -** Chainani-Wu N. and al.
**Oral lichen planus: patient profile, disease progression,
and treatment responses**
JADA 2001;132 (7): 901-9.
- 24 -** Dupuis V., Léonard A.
Odontologie du sujet âgé, spécificités et précautions
Edt Elsevier Masson. 2010. [Collection Pratique dentaire]. Pp: 88-109.

Bibliographie

- 25 -** Allonier C., Guillaume S., Sermet C.
De quoi souffre-t-on ?
État des lieux des maladies déclarées en France
Enquête décennale santé INSEE 2002/2003. Bulletin d'information en économie de la santé, n° 123 juin 2007.
- 26 -** Mattila K.J., Pussinen P.J., Paju S.
Dental infections and cardiovascular diseases
A review. J Periodontol 2005 ; 76(11 Suppl) : 2085-8.
- 27 -** Hosomi N., Aoki S., Matsuo K., Deguchi K., Masugata H., Murao K., et al.
Association of serum anti-periodontal pathogen antibody with ischemic stroke
Cerebrovasc Dis 2012; 34(5-6): 358-92.
- 28 -** Choe H., Kim Y.H., Park J.W., Kim S.Y., Lee S.Y., Jee S.H.
Tooth loss, hypertension and risk for stroke in a Korean population
Atherosclerosis 2009; 203(2): 550-6.
- 29 -** Dietrich T., Jimenez M., Krall Kaye E.A., Vokonas P.S., Garcia R.I.
Age-dependent associations between chronic periodontitis/edentulism and risk of coronary heart disease
Circulation 2008; 117(13): 1668-74.
- 30 -** Moynihan P.J.
The relationship between nutrition and systemic and oral well-being in older people
J Am Dent Assoc 2007; 138(4): 493-7.
- 31 -** Kikutani T., Tamura F., Tashiro H., Yoshida M., Konishi K., Hamada R.
Relationship between oral bacteria count and pneumonia onset in elderly nursing home residents
Gerontol Int 2015; 15(4): 417-21.

- 32** - Abe S., Ishihara K., Adachi M., Okuda K.
Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing pneumonia in dentate elderly
Arch Gerontol Geriatr 2006; 43(1): 53-64.
- 33** - Przybyłowska D., Rubinsztajn R., Chazan R., Swoboda-Kopec E., Kostrzewa-Janicka J., Mierzwińska-Nastalska E.
The Prevalence of Oral Inflammation Among Denture Wearing Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Adv Exp Med Biol 2015; 858:87-91.
- 34** - Bassim C.W., Gibson G., Ward T., Paphides B.M., De Nucci D.J.
Modification of the risk of mortality from pneumonia with oral hygiene care
J Am Ger Soc, 2008; 56(9): 1601-7.
- 35** - Iinuma T., Arai Y., Abe Y., Takayama M., Fukumoto M., Fukui Y., et al.
Denture wearing during sleep doubles the risk of pneumonia in the very elderly
J Dent Res 2015; 94(3 Suppl): 28S-36S.
- 36** - Michaud D.S., Liu Y., Meyer M., Giovannucci E., Joshipura K.
Periodontal disease, tooth loss and cancer risk in a prospective study of male health professionals
Lancet Oncol 2008; 9(6): 550-8.
- 37** - Haute Autorité de Santé
Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge
Recommandations HAS, 2011.
- 38** - Alzheimer's Society
Dental care and oral health
www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=138

Bibliographie

- 39** - Moynihan PJ.
The relationship between nutrition and systemic and oral well-being in older people
J Am Dent Assoc 2007; 138: 493-7.
- 40** - Hirotsomi T, Yoshihara A., Ogawa H., Miyazaki H.
Number of teeth and 5-year mortality in a elderly population
Community Dent Oral Epidemiol 2015; 43(3):226-31.
- 41** - Polzer I, Schimmel M., Müller F, Biffar R.
Edentulism as part of the general health problems of elderly adults
Int Dent J 2010; 60(3): 143-55.
- 42** - Ribeiro G.R., Costa J.L., Ambrosano G.M., Garcia R.C.
Oral health of the elderly with Alzheimer's disease
Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012, 114(3): 338-43.
- 43** - Haute Autorité de Santé.
Guide parcours de soins
Diabète de type 2 de l'adulte, mars 2014.
- 44** - Société française de chirurgie orale.
Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires
Recommandations. 2012.
- 45** - Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale.
Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques)
Recommandations de bonne pratique, juillet 2013.

- 46** - Société française de chirurgie orale en collaboration avec la Société Française de Cardiologie et le Groupe d'Intérêt en Hémostase Péri-Opératoire

Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale

Recommandations, juillet 2015.



Chapitre IV

**L'implication des centres
de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco
dans le repérage et l'accompagnement
des pathologies orales**

Chapitre IV

1. Présentation des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco

L'implication des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco dans le repérage et l'accompagnement des pathologies orales

Les premiers centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco existent depuis une quarantaine d'années. Ils couvrent aujourd'hui 70 départements au travers de 160 zones d'intervention mobiles.

Ils s'adressent aux ressortissants Agirc-Arrco âgés de 50 ans et plus et à leurs ayant-droit - actifs ou retraités - avec pour objectif de concilier avancée en âge et qualité de vie par l'acquisition de bonnes pratiques aptes à modifier certains comportements. Chaque année, ils accueillent plus de 25 000 personnes, âgées en moyenne de 70 ans.

Leur action s'appuie sur une approche personnalisée, globale (médico-psycho-sociale) basée sur un parcours de prévention alliant un temps individuel (bilan de prévention médico-psycho-social), éventuellement suivi d'un temps collectif (conférences et/ou ateliers). Cette démarche, ainsi que les actions mises en place, ont fait l'objet d'une modélisation et d'un référentiel commun.

Les futurs bénéficiaires sont d'abord informés de l'existence du dispositif par un courrier envoyé par leur caisse de retraite complémentaire ou à l'occasion d'événements spécifiques (stages de préparation à la retraite, conférences, réunions organisées par les CRCAS¹...) ou en consultant le site centredprevention.com.

Des partenaires locaux (Carsat, MSA, Clic...) peuvent également intervenir en tant que relais d'information. C'est donc sur la base du volontariat que les bénéficiaires se présentent dans un centre de prévention.

Lors de leur première visite, ils renseignent d'abord un auto-questionnaire commun à l'ensemble des centres assorti d'un consentement. Cet auto-questionnaire permet le recueil de données sociodémographiques, économiques et sociales, de données concernant la santé et les conditions de vie, les activités physiques et culturelles, les habitudes alimentaires, etc.

Les bénéficiaires réalisent ensuite une évaluation individuelle à partir de deux consultations, l'une avec un médecin, l'autre avec un psychologue. L'évaluation est construite autour de trois axes :

- > **un bilan médical** : hygiène de vie, antécédents personnels et familiaux, facteurs environnementaux, examen clinique à la recherche de facteurs de risque (troubles

¹ Comités régionaux de coordination de l'action sociale.

de l'équilibre ou de la marche, troubles sensoriels, déséquilibres alimentaires, etc.), en vue d'accompagner la personne vers un changement de comportement ;

- > **un bilan psychologique** : vécu affectif et relationnel, moral, difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, évaluation de la plainte mnésique, vécu de son vieillissement et/ou de celui de son proche, perception de l'entourage... ;
- > **un bilan social** : habitudes de vie, intégration sociale, relations familiales, ressources...

À l'issue de ce bilan initial, et en fonction des risques de fragilité identifiés et des résultats de certains tests de repérage, le centre de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco propose un accompagnement personnalisé encadré par les professionnels du centre ou des intervenants extérieurs et pouvant prendre la forme :

- > d'un bilan spécifique concernant trois thèmes (la mémoire, le sommeil et la nutrition) permettant un temps individuel supplémentaire en cas de problématique avérée ;
- > d'un accompagnement médical ou psychologique complémentaire, avec préconisation d'une orientation vers un professionnel de santé spécialisé si cela s'avère nécessaire ;
- > d'ateliers « modules de découverte ou d'initiation » portant sur cinq grands thèmes : activité physique et équilibre, nutrition, mémoire, sommeil et gestion du stress ;
- > de conférences ou tables rondes autour de différentes thématiques en lien avec le bien vieillir.

Un outil informatisé commun permet le recueil des données en vue de réaliser des études nationales sur un thème prédéfini. En 2017, cette étude a porté sur la santé bucco-dentaire des personnes ayant bénéficié d'un bilan de prévention dans l'un des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco.

2. Corrélations entre santé générale et santé orale : résultats d'une étude transversale des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco

Santé orale et santé générale sont intimement liées (47). Ainsi, les maladies bucco-dentaires sont associées à une augmentation du risque de nombreuses pathologies (48) telles que les maladies cardiovasculaires (en particulier l'endocardite infectieuse (49)), la broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO) (50), ainsi qu'à des difficultés du contrôle du diabète (51). Le maintien d'un bon état bucco-dentaire est un enjeu important pour préserver les chances de vieillir en bonne santé, et donc une préoccupation des professionnels intervenant dans les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. Si des données existent concernant la santé bucco-dentaire dans la population adulte (52) ou chez les personnes

âgées institutionnalisées (53), la santé bucco-dentaire dans la population particulière des retraités vivant à domicile est moins documentée.

Jusqu'en 2017, les données concernant l'observation des cavités buccales des bénéficiaires d'un bilan de prévention n'étaient pas systématiquement recueillies.

Les objectifs de l'étude mise en place en 2017 étaient, d'une part, de recueillir des données descriptives concernant l'état de santé bucco-dentaire des bénéficiaires des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco, leurs comportements de santé orale tels que le brossage des dents ou la fréquence du suivi par un chirurgien-dentiste et, d'autre part, d'identifier, au sein de cette population, les facteurs associés à ces mauvaises pratiques.

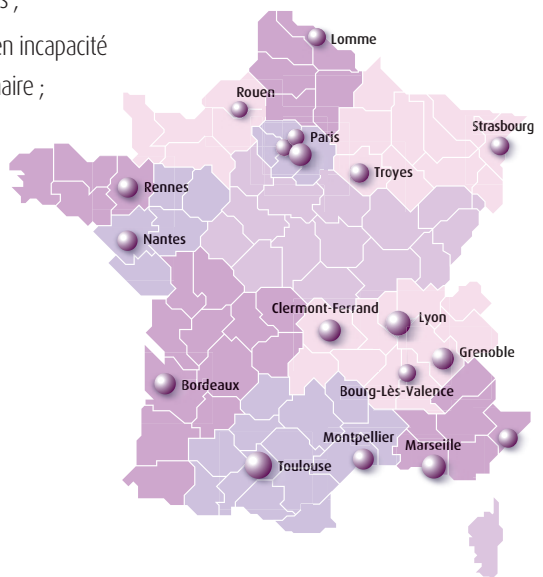
a - Méthodologie

■ Population

Au cours de l'année 2017, parmi les bénéficiaires d'un bilan de prévention médico-psychosocial dans l'un des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco, 19 585 personnes ont été incluses dans l'étude.

Les critères de sélection des bénéficiaires ont été les suivants :

- > critères d'inclusion : hommes ou femmes, de 50 ans ou plus acceptant de remplir l'auto-questionnaire et l'utilisation anonymisée des données recueillies ;
- > critères d'exclusion :
 - personnes de moins de 50 ans ;
 - personnes refusant ou étant en incapacité de renseigner l'auto-questionnaire ;
 - personnes n'ayant pas donné leur consentement à l'utilisation de ses données anonymisées.



■ Données recueillies

Les données recueillies sont issues de l'auto-questionnaire renseigné par les participants au début de leur parcours de prévention.

Ce questionnaire comportait également :

- > des échelles psychologiques telles que l'échelle de dépression gériatrique GDS (Geriatric Depression Scale) à 30 items (54) ;
- > des questions sur les comportements de santé orale ;
- > le questionnaire Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) (55) qui évalue la qualité de vie en rapport avec la santé orale (voir annexe p.101). Cet indicateur évolue de 0 à 60.

Pour un sous-groupe de 4 657 bénéficiaires reçus en bilan entre septembre et décembre 2017, les données de l'évaluation clinique orale suivantes ont été recueillies par les médecins des centres : nombre de dents absentes et non remplacées, présence de tartre, de plaque dentaire, caries et mobilité dentaire. Le coefficient masticatoire (CM) a été calculé pour chaque sujet selon les critères indiqués dans l'annexe 4 (p. 103).

Un professeur d'université en odontologie a sensibilisé les médecins directeurs des centres en termes de pathologies orales pour optimiser le repérage et, localement, des chirurgiens-dentistes ont formé les médecins des centres de prévention.

L'ensemble des données a été recueilli à l'aide du système d'information des centres.

■ Analyse statistique

Les données sont présentées sous forme de pourcentages pour les variables catégorielles, et sous forme de moyennes accompagnées de leur écart-type pour les variables continues. En cas de distribution non gaussienne, la médiane et l'intervalle interquartiles sont présentés.

Un score GOHAI inférieur à 50 a été considéré comme indicateur d'une altération de la qualité de vie en rapport avec la santé orale (55).

Conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (56) comme de l'Union française pour la santé bucco-dentaire (57) :

- > moins d'une consultation annuelle du chirurgien-dentiste est considérée comme un déficit de suivi ;
- > moins de deux brossages de dents par jour est considéré comme insuffisant.

Les facteurs associés aux pratiques de santé bucco-dentaire ont été étudiés. Pour les analyses univariées, ont été utilisés le test du χ^2 pour les données catégorielles et, selon le cas, le test du t de student ou le test non paramétrique de Mann & Whitney pour les données continues.

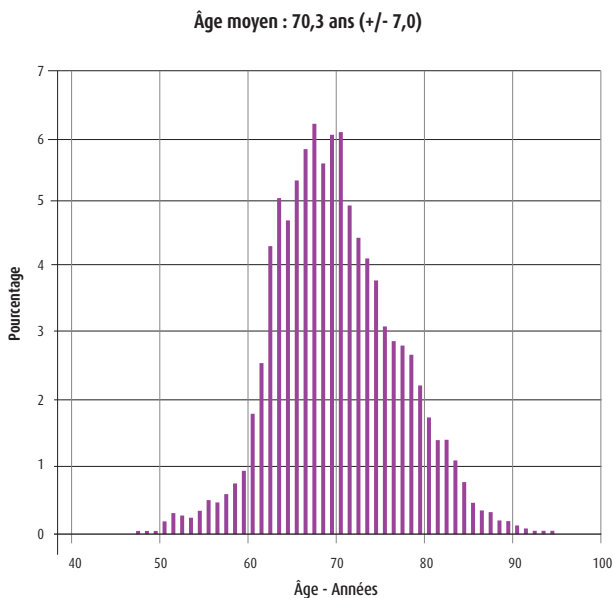
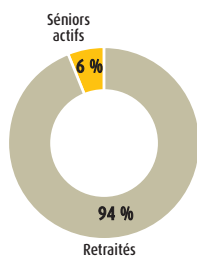
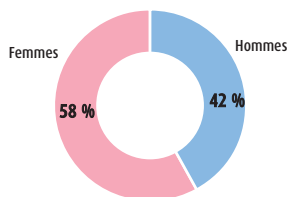
Les caractéristiques des bénéficiaires associées aux variables dépendantes (déficit de suivi et brossage insuffisant) au seuil de 20 % ($p < 0,20$) dans les analyses univariées ont été retenues pour l'analyse multivariée réalisée par régression logistique pas à pas descendante.

Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 % ($p < 0,05$).

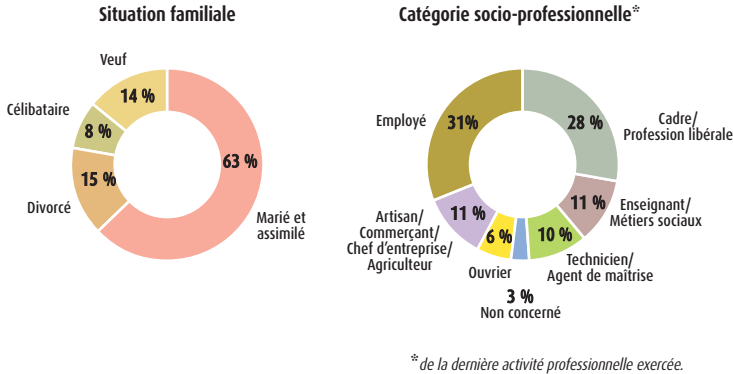
L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel Stata SE version 10 (Stata Statistical Software, Statacorp, College Station, Texas, USA).

b - Résultats

Caractéristiques socio-démographiques :



Caractéristiques socio-démographiques (suite)

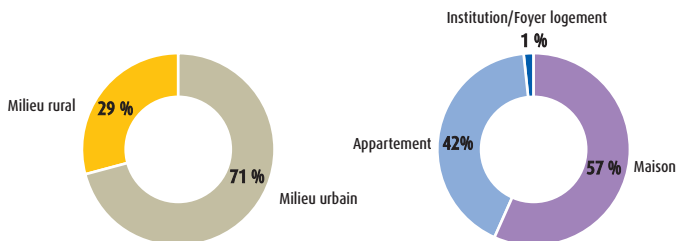


Plus de la moitié de la population reçue dans les centres de prévention en 2017 était composée de femmes (58 %). L'âge moyen au moment du bilan était de 70 ans. 94 % des bénéficiaires étaient retraités et les 6 % restants étaient des seniors non encore retraités âgés en moyenne de 59 ans.

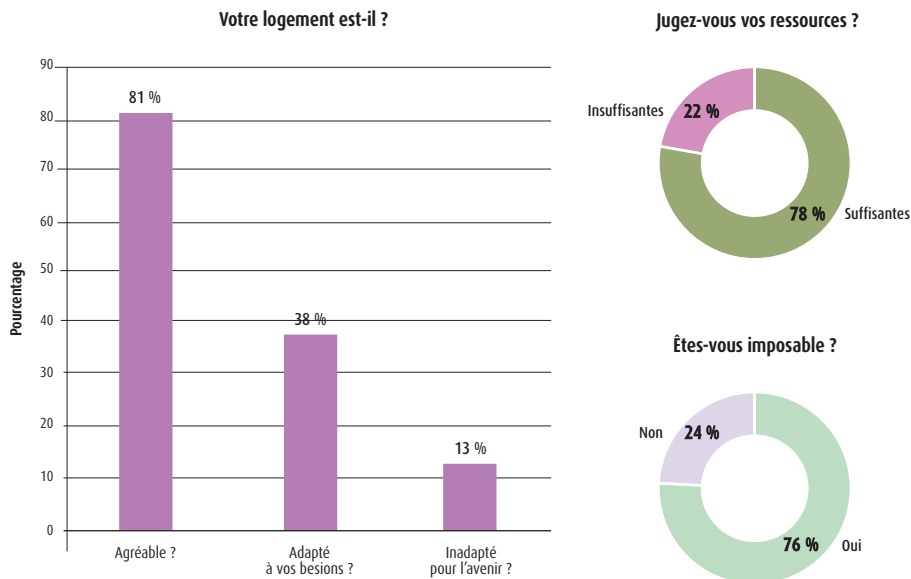
Parmi les retraités, 82 % avaient pris leur retraite à l'âge prévu ou bénéficié d'une pré-retraite. 4 % avaient cessé leur activité par choix (démission, suite à une naissance...) et 14 % dans un contexte subi (licenciement, maladie).

Près d'une personne sur cinq (17 %) avait déclaré être aidant d'un proche, le plus souvent d'un ascendant (40 % des aidants), mais aussi d'un enfant (33 %), de son conjoint (17 %) ou d'une autre personne (ami, voisin, frère/sœur...).

Conditions de vie :



Conditions de vie (suite)



Les bénéficiaires des bilans résidaient majoritairement en milieu urbain. 80 % d'entre eux déclaraient disposer de ressources suffisantes pour répondre à leurs besoins. Pour autant, près d'un quart d'entre eux n'était pas impossible.

Cependant, il existe d'importantes disparités géographiques.

Ainsi, si la population fréquentant les centres parisiens était quasi-exclusivement domiciliée en milieu urbain, des répartitions plus équilibrées entre milieu urbain et rural étaient retrouvées chez les bénéficiaires des bilans réalisés à Troyes (à 60 % rural), Strasbourg, Rennes ou Clermont-Ferrand.

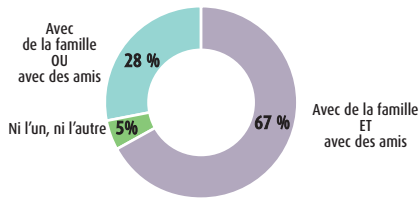
De la même façon, moins de 20 % des personnes reçues à Rennes, Lyon ou Paris 13^{ème} déclaraient des ressources insuffisantes, alors que cette proportion approchait ou dépassait les 30 % chez les bénéficiaires accueillis à Marseille/Nice ou à Troyes.

Concernant leur logement, 80 % le jugeaient agréable, 3 % le jugeaient peu fonctionnel, et 13 % inadapté pour l'avenir.

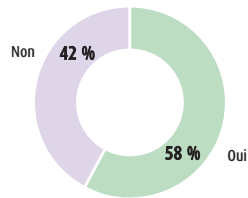
En ce qui concerne les déplacements, 75 % des bénéficiaires conduisaient leur voiture. De plus, les bénéficiaires se déplaçaient à pied (60 %), en transport en commun (41 %) et à vélo (15 %) mais 3 % déclaraient rencontrer des difficultés pour se déplacer.

Activités / relations sociales :

Entretien des relations régulières ...

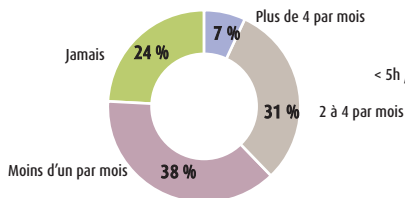


Exerce une activité de nature collective*



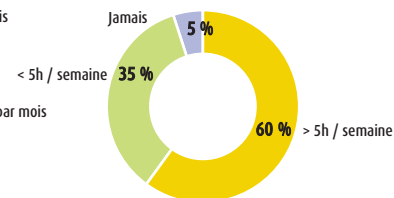
* loisirs, culture, politique...

Assistez-vous à des spectacles**



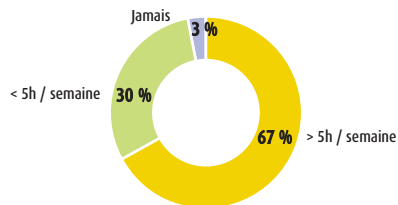
** Cinéma, théâtre...

Stimulez-vous votre esprit**



** Lecture, mots-croisés...

Activité physique*



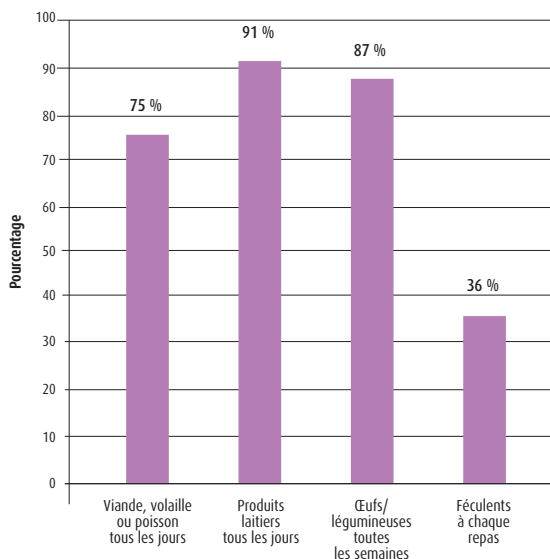
* dont ménage, bricolage, jardinage...

Cette population paraissait active, tant pour l'activité physique que pour des activités culturelles. Plus de la moitié participaient à des activités collectives (loisirs, culture, politique...).

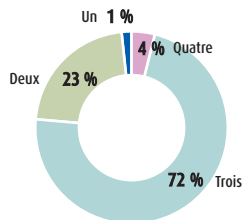
Ces personnes bénéficiaient d'un réseau social riche : 87 % avaient des relations régulières avec des membres de leur famille, 75 % avec des amis. Seules 5 % n'avaient aucune relation régulière, ni avec de la famille, ni avec des amis, et étaient considérées comme isolées.

De plus, 38 % des bénéficiaires vivaient seuls, 10 % se déclaraient en vide relationnel et 6 % en vide affectif.

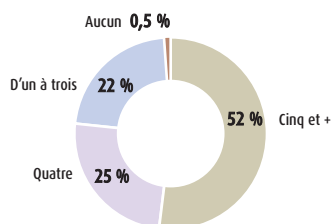
Comportements alimentaires



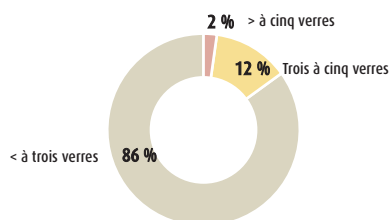
Nombre de repas par jour ?



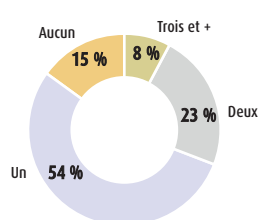
Fruits et légumes par jour ?



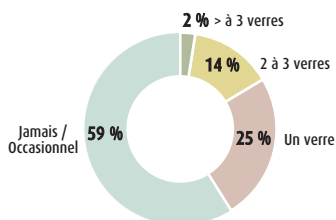
Boissons sucrées par jour ?



Sucre ou aliments sucrés par jour ?



Alcool par jour ?



24 % des bénéficiaires prenaient moins de trois repas par jour, dont 1 %, un seul.

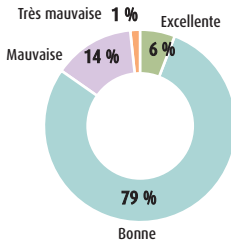
50 % des bénéficiaires déclaraient manger au moins cinq fruits et légumes par jour, 75 % consommaient de la viande, du poisson et/ou de la volaille tous les jours.

20 % consommaient au moins trois verres de boissons sucrées et/ou plus de deux sucres ou aliments sucrés par jour. 16 % buvaient plus d'un verre d'alcool par jour en moyenne. 7 % étaient fumeurs.

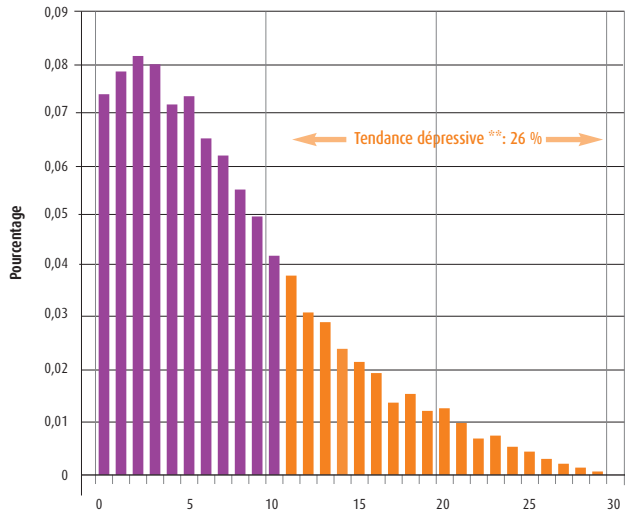
État de santé / consommation de soins :

Au moins une chute dans l'année : 32 %

Comment qualifieriez-vous votre santé ?



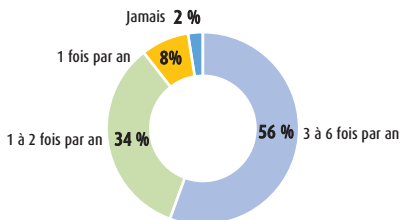
Échelle dépression GDS*



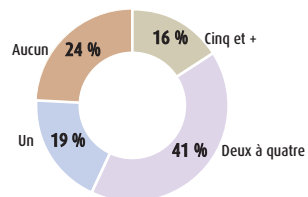
* Parmi les volontaires ayant accepté « d'évaluer leur moral ».

** GDS ≥ 11 .

Fréquence de consultation du médecin traitant



Consommation de médicaments



Cette population s'estimait en bonne santé (85 %). 10 % consultaient leur médecin traitant moins d'une fois par an. Une personne sur quatre ne suivait pas de traitement au long cours. *A contrario*, 16 % prenaient cinq médicaments ou plus par jour.

30,8 % avaient un score de GDS 30 supérieur ou égal à 10, évocateur d'une symptomatologie dépressive, dont 5,6 % supérieur à 20 évoquant une dépression avérée.

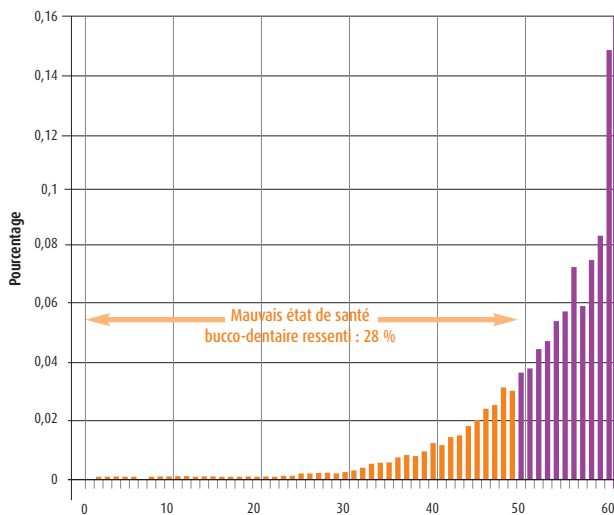
Parmi les 5,6 % de scores très élevés, cette situation était plus marquée chez les femmes (75,5 %). Elle augmentait avec l'âge et était liée à la catégorie socio-professionnelle (60 % étaient représentés par des ouvriers ou employés vs 23 % de cadres). On retrouvait également plus de fumeurs (12,3 % vs 6,5 % chez les personnes ayant un score inférieur à 10), plus de consommateurs excessifs d'alcool (4 % en buvaient quatre verres ou plus vs 1,5 % chez les personnes ayant un score inférieur à 10) et plus de personnes prenant moins de trois repas par jour (34,8 % vs 22,7 % chez les personnes ayant un score inférieur à 10).

L'état de santé ressenti était également largement impacté avec 55,7 % de personnes jugeant leur santé mauvaise ou très mauvaise vs 7,3 % chez les personnes ayant un score inférieur à 10.

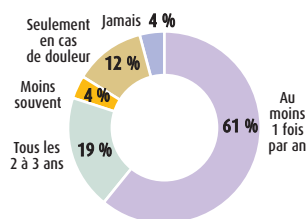
32 % des bénéficiaires déclaraient être tombés au moins une fois au cours des douze derniers mois.

Santé bucco-dentaire

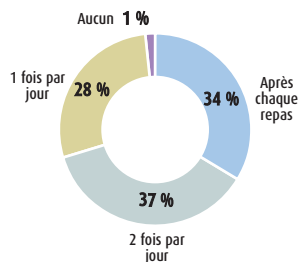
État de santé bucco-dentaire ressenti (GOHAI)



Fréquence de consultations du chirurgien-dentiste



Brossages



61 % des bénéficiaires consultaient un chirurgien-dentiste au moins une fois par an, alors que 16 % ne consultaient jamais ou seulement en cas de douleur.

La fréquence des consultations est significativement liée à l'état psychologique : 47 % des personnes ayant un score très élevé de GDS ne consultaient pas tous les ans vs 37 % chez les personnes ayant un score inférieur à 10.

70 % se brossaient les dents après chaque repas ou au moins deux fois par jour. La pratique d'un brossage biquotidien était plus fréquente chez les femmes (79 % vs 60 % chez les hommes), sans réelle différence selon l'âge chez les moins de 75 ans, âge à partir duquel la pratique d'un brossage biquotidien diminue.

50 % des bénéficiaires brossaient leurs dents pendant plus de deux minutes. 76 % utilisaient une brosse manuelle (contre 24 % une brosse électrique). 74 % privilégiaient des brosses à poils souples.

L'échelle GOHAI a été utilisée pour explorer les composantes de la qualité de vie liées à la santé orale, telles que les difficultés à mâcher, à avaler ou à parler, le ressenti concernant l'aspect des dents, la douleur, la gêne, la sensibilité dentaire...

28 % des bénéficiaires avaient un score global inférieur à 50, seuil témoignant d'un mauvais état bucco-dentaire nécessitant une prise en charge.

Cet état de santé orale ressentie était très lié à l'état psychologique : 56,4 % des personnes ayant un score très élevé à la GDS 30 ont un score de Gohai inférieur à 50, vs 20,6 % chez les personnes ayant un score normal à la GDS 30.

Ce score bas était significativement lié au port de prothèse amovible : 43 % des porteurs de prothèses amovibles avaient un score inférieur à 50, contre seulement 22 % chez ceux qui n'en portaient pas.

Les scores moyens étaient de :

- > avec prothèse : 49,4 +/- 8,7
- > sans prothèse : 53,4 +/- 7,2 ($p < 0,001$)

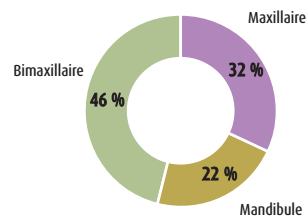
Au total, 28 % portaient une ou deux prothèse(s) amovible(s). Cette proportion augmentait avec l'âge pour atteindre 55 % chez les 75 ans et plus.

80 % estimaient leurs prothèses confortables.

Ce ressenti était significativement lié à l'état psychologique : seules 61,2 % des personnes ayant un score très élevé à la GDS 30 avaient ce bon ressenti vs 82,9 % des personnes ayant un score normal à la GDS 30.

Focus sur les personnes porteuses de prothèses amovibles

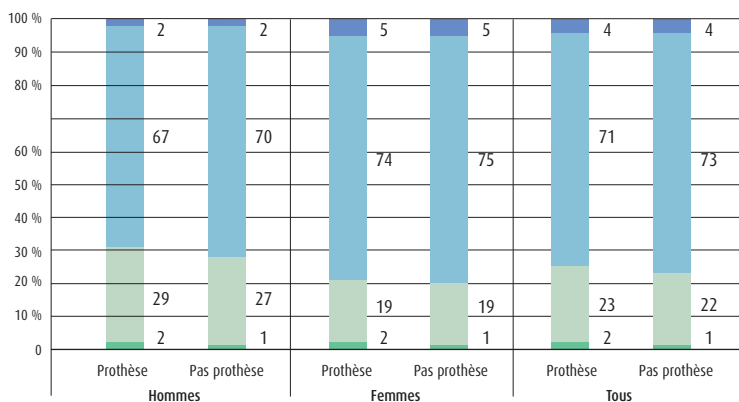
Localisation de la prothèse amovible



97 % les nettoyaient quotidiennement et 64 % les désinfectaient chaque semaine.

Les personnes ne prenant qu'un ou deux repas par jour portaient plus fréquemment des prothèses amovibles que les autres (25 % vs 23 %, $p = 0,006$).

Nombres de repas par jour et port de prothèse(s) amovible(s)



■ Comportements de santé orale

Les facteurs associés à un déficit de suivi (moins d'une consultation dentaire annuelle) et à un brossage insuffisant ont été recherchés.

À l'issue des analyses multivariées par régression logistique, les bons comportements de santé orale (suivi régulier par un chirurgien-dentiste ou brossage de dents régulier) étaient associés :

> à des facteurs socio-démographiques

Ainsi, les femmes avaient de meilleurs comportements de santé bucco-dentaire. Les pratiques se dégradent avec l'avancée en âge, en particulier chez les 85 ans et plus.

En revanche, le suivi bucco-dentaire était meilleur chez les cadres et professions libérales (65,8 %) par rapport aux autres catégories socio-professionnelles, en particulier les ouvriers (47,3 %).

> aux ressources financières et aux conditions de vie

Les comportements de santé orale étaient moins bien adaptés chez les personnes jugeant leurs ressources insuffisantes et celles ayant des difficultés à se déplacer. *A contrario*, ils étaient meilleurs chez les personnes imposables ou vivant en milieu urbain.

> aux activités sociales et culturelles

Les comportements de santé orale adéquats étaient associés positivement avec le fait d'avoir des relations sociales régulières avec un réseau étendu (famille, amis...) ou des activités culturelles.

> à la consommation de tabac et d'alcool

Suivi par le chirurgien-dentiste et fréquence de brossage des dents étaient mieux respectés par les non-fumeurs.

Les personnes consommant plus d'un verre d'alcool avaient des pratiques d'hygiène moins adaptées (moins de brossages).

Le suivi oral était meilleur chez les personnes ayant une consommation modérée d'alcool, contrairement à celles qui n'en consommaient pas du tout, ou à celles qui consommaient plus d'un verre par jour.

> à l'état de santé et à la consommation de médicaments

Le recours au chirurgien-dentiste était plus fréquent chez les personnes se déclarant en bonne santé.

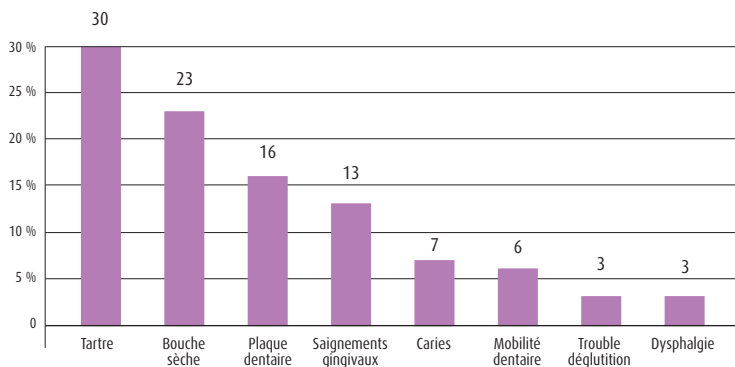
Il était également significativement lié à l'état psychologique : les personnes aux scores de GDS les plus élevés sont les moins bien suivies.

Lorsqu'elles consommaient plus de quatre médicaments quotidiens, le suivi bucco-dentaire était moins bon mais il n'a pas été mis en évidence de lien avec le brossage.

■ Évaluation clinique orale

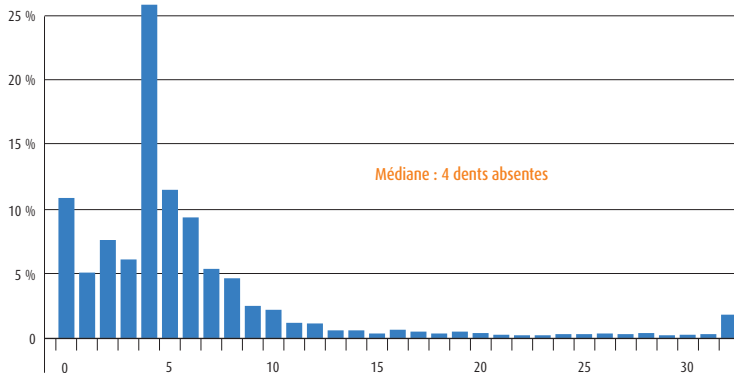
L'évaluation clinique a porté sur un sous-groupe de 4 657 personnes.

Résultats de l'évaluation clinique

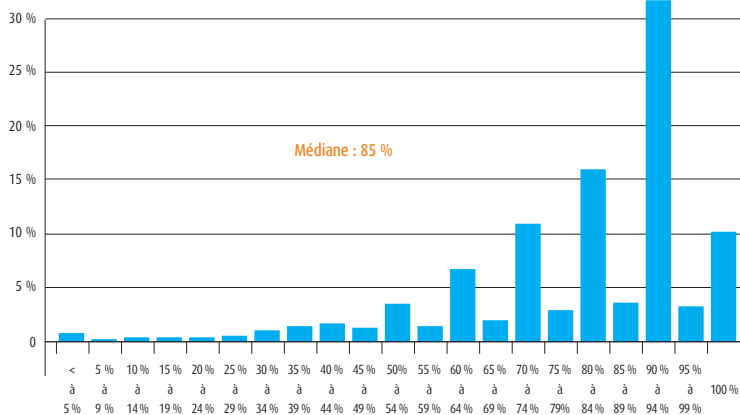


Résultats de l'évaluation clinique (suite)

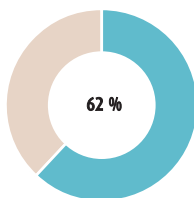
Dents absentes et non remplacées par des prothèses



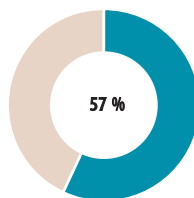
Coefficient masticoire



Fréquence de consultation du chirurgien-dentiste chez les diabétiques et non diabétiques



Diabétiques
(visite annuelle)



Non diabétiques
(visite annuelle)

8,2 % d'entre elles étaient diabétiques, mais aucune différence de suivi par le chirurgien-dentiste n'a été relevée entre les diabétiques et les non-diabétiques (environ 60 % de consultations dans les deux groupes).

59 personnes (soit 1,3 %) avaient eu un antécédent de cancer ORL (0,8 %) et/ou un antécédent d'irradiation de la tête ou du cou (0,9 %).

La présence de tartre a été constatée chez 30 % des bénéficiaires, de plaque dentaire chez 16 %, de caries chez 7 % et une mobilité dentaire chez 6 %. 13 % se sont plaints de saignements gingivaux.

Aucune relation significative n'a été retrouvée entre ces variables et la fréquence de suivi, ou le nombre de brossages, ou la qualité de vie en relation avec la santé orale (GOHAI) ou l'autoévaluation de la santé.

23 % des bénéficiaires se sont plaints d'une sensation de bouche sèche dont 3 % avec un retentissement soit sur la parole, soit sur l'alimentation, soit sur le port de prothèses amovibles.

La prise de psychotropes et de neuroleptiques était liée à cette sensation de bouche sèche, dont la fréquence était de 42 % chez les consommateurs au moment du bilan et de 33 % chez ceux en ayant pris dans le passé, contre 20 % chez les personnes n'ayant jamais consommé ces médicaments ($p < 0,001$).

Le nombre médian de dents absentes était de quatre (intervalle interquartiles 3 à 6).

Le nombre de dents absentes était positivement corrélé à l'indice de masse corporelle ($p < 0,001$).

Le coefficient masticatoire médian était de 85 (intervalle interquartiles 70 à 90). 4,3 % des bénéficiaires avaient un coefficient masticatoire inférieur à 40, nécessitant le remplacement rapide des dents absentes, étant donné le lien constaté entre l'édentement et l'état nutritionnel (l'IMC). Le coefficient masticatoire n'était cependant pas corrélé au ressenti du bénéficiaire, notamment à sa capacité à mordre et à mastiquer.

c - Discussion

Cette étude, menée chez les bénéficiaires d'un bilan médico-psycho-social proposé par les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco en 2017, a révélé que près de 40 % d'entre eux ne consultaient pas un chirurgien-dentiste tous les ans, et que près de 30 % ne se brossaient pas les dents au moins deux fois par jour.

Dans l'effectif de cette étude, représentatif de la population cible des bilans de prévention, les cadres sont légèrement plus nombreux qu'en population générale chez les 50 ans et plus (30 % vs 20 % selon l'Insee) (58). De même, la consommation d'alcool et de tabac apparaît globalement plus faible que dans la population générale (59, 60).

Pourtant, les recommandations de bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire émises par l'HAS (56) et l'UFSBD (57) ne semblent pas mieux suivies que dans la population générale, puisque les résultats sont comparables à ceux observés dans le Baromètre Santé 2014 (52).

Comme en population générale (52), une bonne hygiène orale est associée à des facteurs socio-démographiques, aux ressources financières et aux conditions de vie, aux activités sociales et culturelles, à la consommation de tabac et d'alcool, mais aussi à l'état psychologique évalué par le score à la GDS 30.

Ainsi, on retrouve un recours au chirurgien dentiste significativement moins fréquent chez les personnes ayant un mauvais état psychologique, chez les hommes, chez les personnes souffrant de maladies chroniques, chez les ouvriers et chez les personnes jugeant leurs revenus insuffisants. De même, on observe que le brossage des dents est plus fréquent chez les femmes, qu'il diminue avec l'âge, dépend de la catégorie socio-professionnelle et est lié à une faible consommation de tabac et d'alcool.

Le fait que les femmes consultent plus que les hommes et se brossent plus régulièrement les dents est probablement à rapprocher de la notion connue que les femmes ont des comportements de santé globalement mieux adaptés que les hommes (61, 62).

L'existence d'inégalités sociales de santé est reconnue de longue date et le rôle des déterminants sociaux de la santé est primordial, notamment l'accès aux soins et à la prévention (63). Les résultats de cette étude confirment que les gradients sociaux de santé expliquent en grande partie les différences observées dans le recours au chirurgien-dentiste et le brossage des dents selon la catégorie socio-professionnelle, le niveau de revenus, l'intensité des relations sociales ou des activités culturelles, la fréquence du tabagisme ou la consommation excessive d'alcool.

Le suivi oral est en revanche légèrement meilleur chez les personnes consommant régulièrement une faible quantité d'alcool (un verre par jour), non seulement par rapport aux buveurs excessifs, mais aussi par rapport aux non buveurs. Or, il a été déjà observé (64) que cette consommation raisonnable d'alcool pouvait s'inscrire dans un comportement global plus favorable à la santé (tabagisme moins fréquent, alimentation plus équilibrée...) que chez les non buveurs ou les buveurs excessifs. S'il peut sembler contre-intuitif, ce résultat pourrait donc simplement être le reflet d'un comportement général de « bonne hygiène de vie » dans cette catégorie de population consommant de l'alcool avec modération.

Le recours au chirurgien-dentiste est associé au bien-être physique et psychologique, avec un suivi plus fréquent chez les personnes se déclarant en bonne santé, et moins fréquent chez les personnes souffrant de troubles dépressifs.

Une corrélation significative a été observée entre la prise de médicaments psychotropes et neuroleptiques et la sensation de bouche sèche, connue pour ses répercussions fonctionnelles sur la cavité orale (parole, mastication et port des prothèses amovibles) et l'augmentation du risque carieux.

On observe un lien entre un coefficient masticatoire faible (expression d'édentements non compensés) et un indice de masse corporelle augmenté, contrairement à la littérature (65, 66, 67) qui met en évidence une association inverse, mais dans une population institutionnalisée plus âgée. De plus, la dénutrition chez la personne âgée est un phénomène complexe, évalué grâce à de nombreux indicateurs en dehors de l'IMC, indicateurs cliniques et biologiques qui ne sont pas disponibles dans cette étude. Les porteurs de prothèses amovibles avaient 2,3 fois plus de risque de présenter une altération de la qualité de vie en rapport avec la santé orale (score GOHAI < 50). Ceci s'explique probablement par une instabilité prothétique, des blessures muqueuses, des douleurs et/ou des infections buccales.

Tous ces résultats confirment le lien entre la santé orale et la santé générale ou le bien être des patients. Ils indiquent la nécessité d'une prise en charge conjointe, médicale et odontologique, des patients atteints de pathologies générales. Par exemple, il est nécessaire :

- > de remplacer les dents absentes et de traiter l'hyposialie chez les sujets dénutris ;
- > de traiter l'hyposialie, d'instaurer un suivi dentaire régulier, de traiter préventivement (application professionnelle de produits fluorés) et précocement (traitement des caries) les patients sous neuroleptiques/psychotropes ;
- > de traiter l'hyposialie, d'entretenir, de réadapter et de refaire les prothèses afin d'améliorer le confort et les fonctions orales du patient appareillé.

En conclusion, dans cette étude réalisée dans les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco, les comportements de santé orale varient selon le sexe, l'âge et la catégorie socio-professionnelle. Mais ils sont aussi largement influencés par l'état psychologique et les habitudes de vie, apportant ainsi un levier accessible à tous grâce à une information visant à un changement de comportements et à une prise en compte des facteurs psycho-sociaux, comme le pratiquent les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco.

Bien qu'il s'agisse d'une population se déclarant en bonne santé, des comportements de santé orale inadaptés ont été constatés. Dans ce contexte, les bilans médico-psycho-sociaux constituent un outil précieux pour sensibiliser les bénéficiaires à l'importance de la santé bucco-dentaire et les réintroduire dans le parcours de santé.

Bibliographie

- 47 -** Vergnes J.-N., Nabet C.
Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ?
La Santé de l'homme, INPES, 2012, 417 : 7-8.
- 48 -** Blaizot A., Vergnes J.N., Nuwwareh S., et al.
Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies
International Dental Journal, août 2009 ; 59(4) : 197-209.
- 49 -** Habib G., Hoen B., Tornos P., et al.
Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009)
European Heart Journal, 2009, 30, n° 19 : 2369-2413.
- 50 -** Leuckfeld I., Obregon-Whittle M.V., Lund M.B., et al.
Severe chronic obstructive pulmonary disease: association with marginal bone loss in periodontitis
Respiratory Medicine, 2008, 102, n° 4 : 488-494.
- 51 -** Darré L., Vergnes J.N., Gourdy P., et al.
Efficacy of periodontal treatment on glycaemic control in diabetic patients: a meta-analysis of interventional studies
Diabetes & Metabolism, 2008, 34, 5 : 497-506.
- 52 -** Ménard C., Grizeau-Clemens D., Wemaere J.
Santé bucco-dentaire des adultes
Évolutions, 2016 ; 35:1-10.
- 53 -** Tamisier J., Benedetti N.
État de santé bucco-dentaire des résidents en établissement pour personnes âgées en Bretagne
Revue de Gériatrie, 2007;32:743-51.
- 54 -** Brink T.L.
Proper Scoring of the geriatric depression scale
J Am Geriatr Soc. 1989 ; 37:819-20.

- 55** - Atchinson K.A., Dolan T.A.
Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index
J Dent Educ, 1990 ; 54(11):680-7.
- 56** - Haute Autorité de Santé (HAS).
Recommandations en santé publique. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations
Mars 2010.
- 57** - Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD).
Nouvelles recommandations : l'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention
Pratiques dentaires, novembre 2013.
- 58** - Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).
Enquête Emploi : catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2017
www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-Donnes
- 59** - Guignard R., Beck F., Richard J.B. et al.
La consommation de tabac en France : principaux résultats du Baromètre santé 2014
La santé en action 2015 ; 4 31:5-7.
- 60** - Richard J.-B., Palle C., Guignard R et al.
La consommation d'alcool en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes
Évolutions, 2015, 32: 6.
- 61** - Aïach P.
Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales
In Femmes et Hommes dans le champ de la santé. ENSP, 2001.
- 62** - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).
La santé des femmes en France
Études et résultats, Drees 2013, n°834.

Bibliographie

- 63** - Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. et al.
Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé
Sciences sociales et santé, 2002 ; 20 :75-128.
- 64** - Ruidavets J.B., Bataille V., Dallongeville J., et al.
Alcohol intake and diet in France, the prominent role of lifestyle
Eur Heart J. 2004;25(13):1153-62.
- 65** - Dormenval V., Mojon P., Budtz-Jørgensen E.
Associations between self-assessed masticatory ability, nutritional status, prosthetic status and salivary flow rate in hospitalized elders
Oral Dis. 1999 ; 5(1):32-8.
- 66** - Lamy M., Mojon P., Kalykakis G., Legrand R., Butz-Jørgensen E.
Oral status and nutrition in the institutionalized elderly
J Dent. 1999 ; 27(6):443-8.
- 67** - Okada K., Enoki H., Izawa S., Iguchi A., Kuzuya M.
Association between masticatory performance and anthropometric measurements and nutritional status in the elderly
Geriatr Gerontol Int. 2010 ; 10(1):56-63.



GLOSSAIRE

> ALGIE

Douleur localisée.

> ATHÉROGÈNE

Qui produit des dépôts dans les zones internes des artères.

> ATHÉROSCLÉROSE

Maladie des artères avec apparition de plaques d'athérome.

> AVULSION

Intervention chirurgicale, couramment appelée extraction dentaire, au cours de laquelle la dent est éliminée dans son intégralité.

> CARIE RADICULAIRE

Carie affectant la racine d'une dent.

> CŒFFICIENT MASTICATOIRE

Somme des scores attribués à chaque dent fonctionnelle présente en bouche.

> DYSGUEUSIE

Trouble de la perception normale du goût consistant le plus souvent en une diminution.

> GERME SAPROPHYTE

Germe qui vit dans l'organisme sans être pathogène.

> HALITOSE OU MAUVAISE HALEINE

Odeur désagréable de l'air expiré par la bouche.

> HYPOSIALIE

Réduction de la sécrétion salivaire pouvant conduire à une sensation de bouche sèche.

> IATROGÈNE

Associé à un traitement, à un médicament.

> **INDICE CAOD**

Somme des dents permanentes cariées, absentes pour caries et obturées.

> **INDICE PARODONTAL**

Indice d'évaluation de la santé parodontale.

> **KÉRATOSE**

Épaississement de la couche superficielle des muqueuses buccales.

> **LEUCOPLASIE**

Affection chronique des muqueuses qui se caractérise par la formation d'une plaque blanche.

> **LYSE OSSEUSE**

Destruction de l'os alvéolaire.

> **NETTOYAGE PROPHYLACTIQUE**

Nettoyage préventif des dents.

> **NOSOCOMIAL**

Infection contractée en milieu de soins.

> **OSTÉOBLASTE**

Cellule osseuse qui produit l'oséine, substance protéique entrant dans la composition des os.

> **PARODONTITE**

Inflammation et destruction progressive des tissus qui entourent et soutiennent les dents.

> **STOMATODYNIE**

Sensation de brûlure orale chronique sans cause identifiable.

> **XÉROSTOMIE**

État de sécheresse buccale dont se plaint le patient.



AUTEURS

Cette publication a été rédigée par

- > Vincent BATAILLE, épidémiologiste à l'Adimep de Toulouse (31)
- > Philippe DEJARDIN, gériatre, coordinateur des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco jusqu'en 2015
- > Geoffrey DEJARDIN, chirurgien-dentiste, Doubs (25)
- > Pr. Marysette FOLLIGUET, cheffe du service de médecine bucco-dentaire AP-HP Paris (75)
- > Michel FREUND, directeur du centre de prévention Grand Est de Strasbourg (67)
- > Frédérique GARLAUD, directrice nationale de l'action sociale de la Cnav (75)
- > Delphine JUNG, psychologue au centre de prévention Grand Est de Strasbourg (67)
- > Laurence LASCARAY, directrice du centre de prévention Occitanie de Montpellier (34)
- > Florence MARTIN, directrice du centre de prévention Occitanie de Toulouse (31) et coordinatrice des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco jusqu'en 2018
- > Pr. Loredana RADOÏ, PU-PH médecine bucco-dentaire AP-HP Paris (75)
- > Dominique ROVERA-DEROCHE, responsable des activités sociales - Fédération Agirc-Arrco (75)
- > Anne SAINT-LAURENT, directrice de l'action sociale Agirc-Arrco (75)

Ont contribué à sa réalisation,

- > Élodie CARAFRAY, chargée d'action sociale - Fédération Agirc-Arrco
- > Sarah CHORFI-COUIX, chargée d'action sociale - Fédération Agirc-Arrco
- > Didier TRÉMEREL, iD&G pour la maquette
- > Gaëlle VACHER, chargée de communication - Fédération Agirc-Arrco



REMERCIEMENTS

Les auteurs de cette publication souhaitent remercier très chaleureusement les différentes personnes qui ont permis sa réalisation :

- > les administrateurs Agirc-Arrco qui se sont engagés dans une politique active de prévention, axe prioritaire de l'action sociale ;
- > les équipes des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco qui ont, à l'occasion de cette évaluation, mis en place un examen bucco-dentaire approfondi ;
- > les retraités et leurs conjoints qui fréquentent les centres de prévention ;
- > les bénéficiaires et leurs proches qui ont participé à cette étude ;
- > les entités pilotes des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco : AG2R La Mondiale, Apicil, Klesia, Malakoff Médéric Humanis et Alliance professionnelle Retraite ;
- > l'Adimep et particulièrement son épidémiologiste Vincent Bataille pour le traitement des résultats statistiques. ◆



ANNEXES



Sont joints les documents suivants :

> ANNEXE 1

Revue de littérature

> ANNEXE 2

Carte des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco

> ANNEXE 3

Questionnaire GOHAI

> ANNEXE 4

Calcul du coefficient masticatoire

> ANNEXE 5

Synthèse des précédentes études

Revue de littérature

Quelques éléments descriptifs de la santé orale dans le monde à partir d'une revue de littérature

La prévention bucco-dentaire représente un enjeu de santé publique en raison de la prévalence et de l'incidence élevée des pathologies bucco-dentaires et de l'impact sur la santé générale.

La fréquence des pathologies bucco-dentaires augmente avec l'âge.

Actuellement, il existe peu d'études épidémiologiques chez les adultes et notamment chez les seniors (68).

Dans les études réalisées, certaines sont basées sur des données déclaratives, analysant essentiellement le comportement bucco-dentaire (brossage de dents, fréquence et motif de consultation du chirurgien-dentiste). D'autres portent sur une observation clinique, évaluant l'état bucco-dentaire notamment par le nombre de dents manquantes, l'indice CAOD et l'indice parodontal.

a - L'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adultes

■ Comportement bucco-dentaire

Les études déclaratives réalisées dans la population 15-74 ans, par le Baromètre 2014, ont mis en évidence qu'un quart des Français ne pratiquait pas le brossage biquotidien et que plus d'un tiers n'avaient pas vu de dentiste dans l'année (69), ce qui confirme l'importance de la diffusion des messages de prévention bucco-dentaire et la mise en place d'actions de prévention auprès des adultes.

■ Caries dentaires et édentations

Selon l'OMS, la carie dentaire reste un problème de santé bucco-dentaire majeur dans la plupart des pays industrialisés, puisqu'elle touche 60 à 90 % des élèves et la grande majorité des adultes (70). Elle semble plus rare dans la plupart des pays d'Afrique, mais l'incidence de la carie dentaire devrait augmenter dans les pays en développement d'Afrique, en raison d'une augmentation croissante de la consommation de sucre et d'une exposition insuffisante aux fluorures (70).

Les études épidémiologiques réalisées en France, révèlent un risque carieux plus élevé lors de situations socio-économiques défavorisées (68, 71, 72, 73). La catégorie socio-professionnelle, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'hygiène orale semblent être des déterminants majeurs de l'état bucco-dentaire (71).

En 2000, une étude de la carie dentaire chez les enfants âgés de 12 ans, dans six régions OMS, avait mis en évidence un indice CAOD voisin de 2,5 (70).

ANNEXE 1 (suite)

Les études ont aussi montré que les adultes ont un indice CAOD moyen compris entre 13 et 15 (2,5) ainsi qu'en moyenne entre 1 et 1,2 dent cariée à traiter (69). La proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter était comprise entre 33 % et 50 % (69).

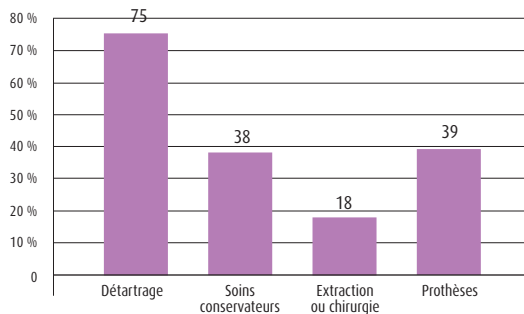
Plus spécifiquement, dans la tranche d'âge 35-44 ans, l'étude menée sur les centres d'examen de santé de 1999 à 2003 auprès de 384 530 personnes, avait mis en évidence une augmentation de l'indice CAOD de 2 à 2,5 entre les personnes de 35 ans et celles de 44 ans (71). Ceci laisse présumer que cet indice augmente encore plus avec l'âge et notamment chez les seniors.

D'ailleurs, le Baromètre Santé 2014 (69) avait observé une augmentation linéaire en fonction de l'âge des pathologies dentaires rencontrées au cours d'une année : 29,6 % pour les 15-24 ans et 47,9 % chez les 65-75 ans.

Le nombre de dents manquantes augmente avec l'âge : en 1993, dans la tranche d'âge 35-44 ans, le nombre moyen de dents absentes était estimé à 3 et à 16,9 dans la tranche d'âge 65-74 ans, avec 16,3 % d'édentés complets dans cette tranche d'âge (72). Selon l'OMS, dans certains pays industrialisés, on observe une tendance à la diminution des édentations chez l'adulte depuis quelques années, alors que la proportion d'adultes édentés âgés de 65 ans et plus est encore élevée dans d'autres pays (70).

Une étude de la Mutualité sociale agricole, réalisée dans le cadre du Plan dentaire institutionnel (PDI), a évalué 8 887 ressortissants du régime MSA, dans les six mois suivant leur 65ème anniversaire (74) et a confirmé l'augmentation de l'indice CAOD avec l'âge. L'indice CAOD moyen était de 15,9. En moyenne, les participants avaient 8,5 dents absentes non remplacées par une prothèse, soit quasiment 1/3 des dents absentes. Près de 87 % de la population nécessitaient un ou plusieurs soins bucco-dentaires : 75 % avaient besoin d'un détartrage, 38 % de soins conservateurs, 18 % d'actes chirurgicaux et 39 % de prothèses (74).

**Besoins de soins bucco-dentaires
de 8 887 ressortissants de la MSA, âgés de 65 ans**



L'état bucco-dentaire des femmes était plus médiocre que celui des hommes avec plus de dents absentes et obturées, mais leur efficacité masticatoire était meilleure car elles avaient moins de caries et de dents absentes non remplacées, signes de meilleure prise en charge (74). Le Baromètre 2014 a confirmé le fait que les femmes sont toujours plus nombreuses que les hommes à mettre en pratique les recommandations de prévention bucco-dentaire (69).

■ Maladies parodontales

Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses multifactorielles, causées par l'accumulation de bactéries entre la gencive et la dent, provoquant la destruction des tissus de soutien (75). La gingivite chronique est la plus commune des maladies parodontales et se caractérise par une inflammation réversible de la gencive, avec saignements provoqués par le brossage (75). La parodontite chronique se traduit par une atteinte des tissus de soutien profonds, avec apparition de poches parodontales et atteinte notamment de l'os alvéolaire, pouvant être responsables de mobilités dentaires (75).

Dans le monde, la plupart des enfants présentent des signes de gingivite, et parmi les adultes, les stades initiaux de maladies parodontales sont courants (70). La parodontite chronique intéresserait entre 20 et 50 % des adultes (76).

Une observation de l'état de santé parodontale a été réalisée dans la tranche d'âge 35-44 ans sur six régions OMS en 2000, à l'aide de l'Indice parodontal communautaire (80). Moins de 10 % de la population présentait des gencives saines (70). La parodontite sévère, qui peut entraîner la perte de dents, touchait 5 à 15 % de la plupart des populations (70).

En France, en 2002-2003, une enquête nationale a été menée auprès de 2 144 adultes âgés de 35 à 64 ans, ayant six dents ou plus, sélectionnés dans les Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. La santé parodontale a été évaluée cliniquement par le niveau d'attachement parodontal et la profondeur des poches au sondage.

95,4 % d'entre eux présentaient une perte d'attache clinique, et 82,2 % des poches parodontales (77).

50 % des adultes en France souffrent d'une maladie parodontale sévère selon la classification internationale des maladies parodontales (77).

Dans les pays industrialisés, des études montrent que le tabagisme est un facteur de risque majeur de maladie parodontale chez l'adulte. Il est responsable de plus de la moitié des cas (70).

La fréquence et la sévérité des parodontites augmentent aussi avec l'âge, avec un pic d'incidence autour de 60 ans (75).

ANNEXE 1 (suite)

■ **Cancers de la cavité buccale et leucoplasie**

Bien que les cancers de la cavité buccale et du pharynx soient évitables, ils restent un problème majeur de santé publique. La prévalence du cancer de la cavité buccale est particulièrement élevée chez les hommes puisqu'il arrive au huitième rang des cancers les plus fréquents dans le monde (70). Le taux d'incidence varie chez les hommes de 1 à 10 cas pour 100 000 habitants dans de nombreux pays (70).

Le cancer buccal est souvent précédé par une lésion prénéoplastique de type leucoplasie.

Les taux de prévalence de leucoplasie de la cavité buccale seraient compris entre 0,1 % et 10,6 % selon les régions ou les zones géographiques (70).

b - L'état de santé bucco-dentaire des seniors hébergés en établissement

Les personnes âgées, hébergées en établissement ou vivant à leur domicile, ont peu recours aux chirurgiens-dentistes (68). Dans les établissements pour personnes âgées, environ une personne sur trois est édentée. Entre 30 et 40 % des résidents dentés présentent un besoin en soins conservateurs. À la maladie carieuse s'ajoutent les maladies parodontales et le besoin prothétique (68).

Une enquête a été réalisée par l'UFSBD et l'Agirc-Arrco, auprès de 358 résidents dans 13 établissements Ehpad Agirc-Arrco, d'octobre 2012 à octobre 2013. L'âge moyen était de 83 ans et les personnes étaient essentiellement des femmes (74 %). Le niveau d'autonomie a été évalué par le GIR avec un GIR moyen est de 3,55 (78).

Les observations concernant l'hygiène bucco-dentaire avaient mis en évidence la présence de plaque dentaire chez 19,5 % des personnes et de tartre chez 17 % d'entre elles.

Le nombre de dents absentes non remplacées était élevé puisqu'évalué à 9,32.

En moyenne, le besoin en soins dentaires était d'au moins une à deux dents cariées et une racine résiduelle.

32 % des résidents avaient une prothèse adjointe et 23,3 % avaient une prothèse totale. Une mauvaise hygiène des appareils dentaires était constatée chez 10,6 % des personnes.

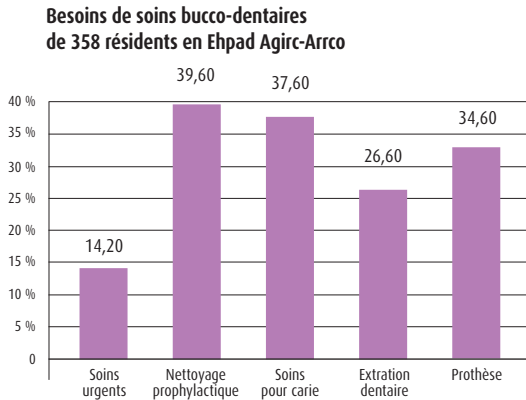
52 % présentaient des parodontopathies et 10 % des mobilités dentaires.

22,8 % des résidents avaient une alimentation mixée.

Parmi les personnes examinées :

- > 14,2 % avaient besoin de soins urgents (douleur, blessure, infection ou mobilité) ;
- > 39,6 % nécessitaient un nettoyage prophylactique ;

- > 37,6 % avaient besoin de soins des caries ;
- > 26,6 % avaient besoin d'extractions dentaires ;
- > 33,4 % avaient besoin de prothèses.



4 à 9 % présentaient des pathologies buccales, de type candidose, lichen, leucoplasie ou blessure.

57 % avaient besoin de soins dentaires, sans pour autant exprimer de plainte particulière, d'où la nécessité de vigilance plus importante de l'état bucco-dentaire des personnes en Ehpad. *A contrario*, quand une plainte existait, il s'agissait d'une urgence dentaire dans 72 % des cas.

Les enquêtes réalisées par le service médical de l'Assurance maladie de l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie (Urcam) s'accordent sur le très mauvais état bucco-dentaire des résidents et la quasi-absence de recours aux soins (79).

Le recours aux soins diminue avec l'âge alors que les besoins de soins buccodentaires augmentent (79).

Ce constat confirme la nécessité d'impliquer le personnel des Ehpad dans l'hygiène et la surveillance de l'état bucco-dentaire.

Face à ce problème de santé publique, il semble nécessaire de développer des actions de prévention bucco-dentaire en population et plus spécifiquement auprès des seniors.

Actuellement, le développement des actions de prévention bucco-dentaire est essentiellement à destination des enfants. Avec le programme M'T dents, l'Assurance-maladie permet à tous les enfants, adolescents et jeunes adultes de 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans de bénéficier d'un rendez-vous, sans avance de frais, chez le chirurgien-dentiste et de soins, si nécessaire. Ce dispositif a été étendu aux femmes enceintes.

ANNEXE 1 (suite)

Les recommandations de la Haute autorité de santé (68) renforcent les mesures de prévention du Plan national de prévention bucco-dentaire de 2006-2010, en recommandant un brossage biquotidien, l'utilisation d'un dentifrice fluoré et un examen de prévention bucco-dentaire annuel, et ce pour la population générale adulte, même en l'absence de situation de fragilité.

L'étude descriptive de l'état bucco-dentaire des seniors de 50 ans et plus réalisant un bilan de prévention aura pour intérêt de compléter le faible nombre de données de la littérature chez les seniors à domicile et de mettre en évidence des liens éventuels entre plusieurs facteurs médico-psycho-sociaux et l'état bucco-dentaire. Les résultats permettront de réfléchir à un meilleur ciblage des actions de prévention bucco-dentaire envers les seniors.

Bibliographie

- 68** - Haute autorité de Santé (HAS).
Recommandations en Santé Publique. Stratégies de Prévention de la carie dentaire. Synthèse et Recommandations
Mars 2010.
- 69** - Ménard C., Grizeau-Clemens D., Wemaere J.
Santé bucco-dentaire des adultes
Évolutions, 35, mars 2016. Baromètre Santé 2014
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2014/index.asp>
- 70** - Organisation mondiale de la Santé.
Rapport OMS sur la santé bucco-dentaire dans le monde en 2003
OMS, 2003.
- 71** - Dupré C., Guéguen R., Roland E.
La santé bucco-dentaire des adultes de 35-44 ans examinés dans les Centres d'examens de santé entre 1999 et 2003
Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (Cetaf), Saint-Etienne, France.
http://invs.santepubliquefrance.fr//publications/2005/jvs_2005/poster_1.pdf

Bibliographie

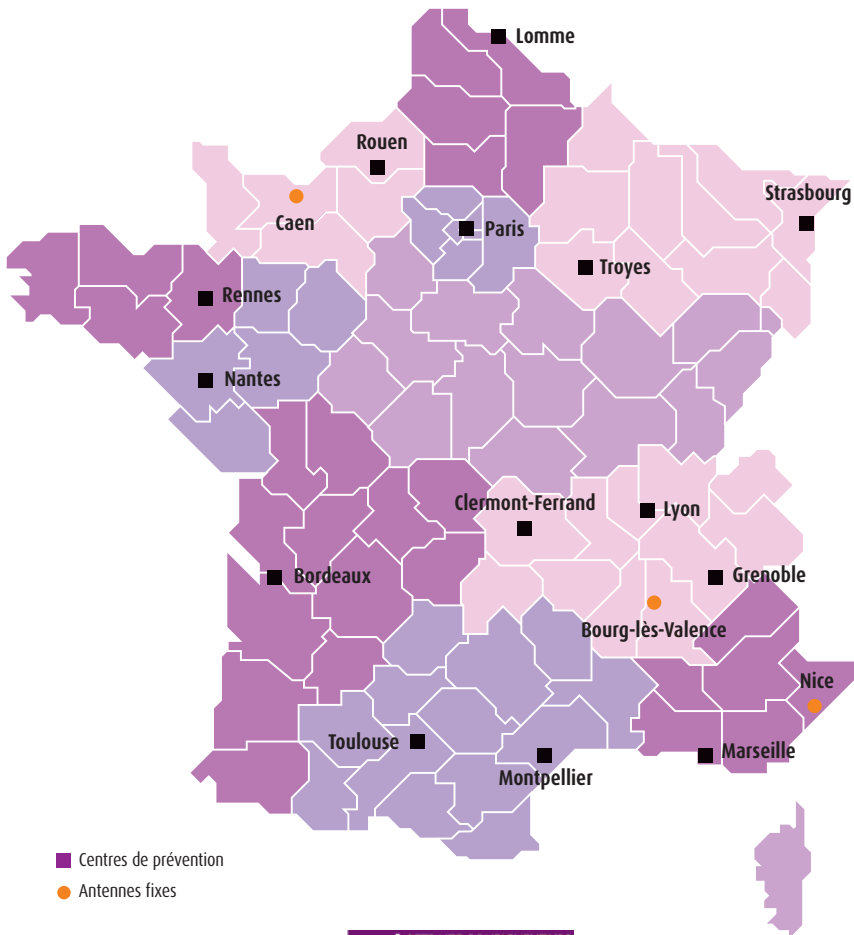
- 72** - Ministère des Solidarités et de la Santé.
Synthèse du plan bucco-dentaire :
La Santé bucco-dentaire (principales données)
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_plan_bucco-dentaire.pdf
- 73** - Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.
Problèmes dentaires et précarité
Rapport CREDES, 509 (biblio n° 1369), février 2002.
www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/rap1369.pdf
- 74** - Blanchoz J.M., Zamparo B., Danguy V.
L'état de santé bucco-dentaire des ressortissants de la Mutualité sociale agricole de 65 ans ayant participé à un examen de prévention
France, 2008. BEH32, 13 septembre 2011.
- 75** - Jourde M.
Maladies parodontales : facteurs de risque et approches thérapeutiques
Bulletin Académie Vétérinaire de France, 2014, 167,1.
Communication présentée le 17 octobre 2013.
www.academie-veterinaire-defrance.org
- 76** - Albandar J.M., Rams T.E.
Global epidemiology of periodontal diseases: an overview
Periodontol 2000, 29: 7-10.
- 77** - Bourgeois D., Bouchard P., Mattout C.
Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France 2002-2003
J Periodontal, Res 42: 219-227.

ANNEXE 1 (suite)

- 78** - Agirc-Arrco en partenariat avec l'UFSBD.
Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées
2014. Edition réactualisée 2017.
<http://fr.calameo.com/read/002711729414d437f6955>
- 79** - Folliguet M.
Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées
Direction générale de la Santé SD2B, mai 2006.
- 80** - Zaghez M., Benkemouche A.
L'indice communautaire Parodontal (CPI) : Procédure et cadre d'application
Facmed, 2016,4,1, 54-62.



Localisation et coordonnées des centres de prévention et des antennes Bien vieillir Agirc-Arrco en 2018



ANNEXE 2 (suite)

Auvergne-Rhône-Alpes**CLERMONT-FERRAND**

Tél : 04 73 27 87 10
 Email : contact@cpbvaaclermont.fr
 2, rue Pierre Boulanger
 63100 Clermont-Ferrand
 Directrice : Eva ALMEIDA BERNARD
 Pilote : AG2R La Mondiale

GRENOBLE

Tél : 04 76 03 24 95
 Email : accueil@cpbvaagrenoble.fr
 29, rue de Turenne
 38000 Grenoble
 Directrice : Geneviève SAMSON
 Pilote : AG2R La Mondiale

LYON

Tél : 04 72 72 04 04
 Email : contact.lyon@bienvieillirauvergnerhonealpes.com
 19, rue Domer
 69007 Lyon
 Directeur : Pierre LIVET
 Pilote : Apicil
 Ce centre comporte une **antenne**
 à **Bourg-Lès-Valence** (26)

Bretagne**RENNES**

Tél : 02 99 92 25 25
 Email : contact@cpbvaarennes.fr
 5, rue Kerautret Botmel
 35200 Rennes
 Directrice : Aude THÉAUDIN
 Pilote : AG2R La Mondiale

Grand-Est**STRASBOURG**

Tél : 03 88 35 27 76
 Email : accueil@cpbvaastrasbourg.fr
 1, rue Georges Wodli
 67000 Strasbourg
 Directeur : Michel FREUND
 Pilote : AG2R La Mondiale

TROYES

Tél : 03 25 75 88 00
 Email : lesarcades3@wanadoo.fr
 Bâtiment « Les Arcades »
 6, rue du Pont Royal
 10000 Troyes
 Directrice : Delphine BÉRA
 Pilote : Malakoff Médéric Humanis

Hauts-de-France**LOMME**

Tél : 03 20 95 70 70
 Email : contact@cpbvaalille.fr
 Quartier Humanité
 10 bis, avenue Nelson Mandela
 59160 Lomme
 Directrice : Florence COELENBIER
 Pilote : Malakoff Médéric Humanis

Île-de-France**Paris XIII^{ème}**

Tél : 01 43 36 27 27
 Email : accueil@cpbvaaparis.fr
 12, rue Pirandello
 75013 Paris
 Directrice : Eliana ALONSO
 Pilote : AG2R La Mondiale

ANNEXE 2 (suite)

Paris X^{ème}

Tél : 01 42 27 01 13 ou 01 40 28 33 35
 Email : accueil10@cpbvaaparis.fr
 15, rue de Chabrol
 75010 PARIS
 Directrice : Eliana ALONSO
 Pilote : AG2R La Mondiale

Normandie

ROUEN

Tél : 02 32 81 59 30
 Email : contact@bienvieillirnormandie.com
 57, avenue de Bretagne
 76100 Rouen
 Directeur : Bernard CHERU
 Pilote : Malakoff Médéric Humanis
 Ce centre comporte une **antenne fixe**
 à **Caen** (14)

Nouvelle-Aquitaine

BORDEAUX

Tél : 05 57 21 29 31
 Email : accueil@bienvieilliraquitaine.org
 Immeuble George V
 44-50, boulevard George V
 33077 Bordeaux Cedex
 Directrice : Martine BURBAUD
 Pilote : Malakoff Médéric Humanis

Occitanie

MONTPELLIER

Tél : 04 99 51 24 02
 Email : accueil@cpbvaamontpellier.fr
 2, place Paul Bec
 CS 77508
 34960 Montpellier Cedex 2
 Directrice : Laurence LASCARAY-BLANC
 Pilote : Klesia

TOULOUSE

Tél : 05 61 63 05 21
 Email : secretariat@cpbvaatoulouse.fr
 9/11, rue Matabiau – 4^{ème} étage
 31000 Toulouse
 Directrice : Florence MARTIN
 Pilote : AG2R La Mondiale

Pays de la Loire

NANTES

Tél : 02 44 76 24 00
 Email : accueil@bienvieillirpdl.org
 Immeuble Île Rouge
 17, rue Lanoue Bras de Fer
 44200 Nantes
 Pilote : Malakoff Médéric Humanis

Provence-Alpes-Côte d'Azur

MARSEILLE

Tél : 04 96 13 03 50
 Email : accueil.marseille@cpbvaa-paca.org
 Immeuble le Nautile
 25, avenue de Frais Vallon
 13013 Marseille
 Directeur : Didier SEYLER
 Pilote : Alliance professionnelle retraite
 Ce centre comporte une **antenne fixe**
 à **Nice** (06)
 Email : accueil.nice@cpbvaa-paca.org

ANNEXE 3

Questionnaire GOHAI

Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

> **Réponses possibles :**

- Ne sait pas (0 point)
- Toujours (1 point)
- Souvent (2 points)
- Parfois (3 points)
- Rarement (4 points)
- Jamais (5 points)

> **Questions :**

- > **Q1** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous trié ou limité la quantité des aliments que vous mangiez en raison de problèmes dentaires ou de problèmes avec vos appareils dentaires ?
- > **Q2** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des difficultés pour mordre ou mastiquer certains aliments durs comme la viande ou une pomme crue ?
- > **Q3** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pu avaler confortablement ?
- > **Q4** : Au cours des 3 derniers mois, vos dents ou vos appareils dentaires vous ont-ils empêché(e) de parler comme vous le vouliez ?
- > **Q5** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pu manger de façon confortable ?
- > **Q6** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous évité les contacts, les relations avec d'autres gens à cause de l'état de vos dents ou de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?

Questionnaire GOHAI (suite)

- > **Q7** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été satisfait(e) de l'aspect de vos dents, de vos gencives ou de vos appareils dentaires ?
- > **Q8** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris un ou plusieurs médicament(s) pour soulager la douleur ou une sensation d'inconfort dans votre bouche ?
- > **Q9** : Au cours des 3 derniers mois, vos problèmes de dent, de gencive ou d'appareil dentaire vous ont-ils inquiété(e) ou préoccupé(e) ?
- > **Q10** : Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou mal à l'aise à cause de problèmes avec vos dents, vos gencives ou vos appareils dentaires ?
- > **Q11** : Au cours des 3 derniers mois, avez-vous éprouvé de l'embaras pour manger devant les autres à cause de problèmes avec vos dents ou vos appareils dentaires ?
- > **Q12** : Au cours des 3 derniers mois, vos dents ou vos gencives ont-elles été sensibles au froid, au chaud ou aux aliments sucrés ?

ANNEXE 4

Calcul du coefficient masticoaire

Table de calcul du coefficient masticoaire

2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	2
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	42	43	41	31	32	33	34	35	36	37	38
3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	3

En rouge Numéro de la dent

En noir Score attribué à chaque dent fonctionnelle

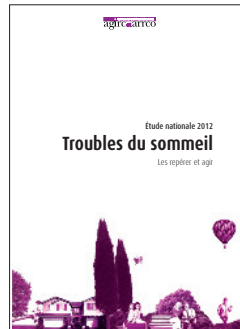
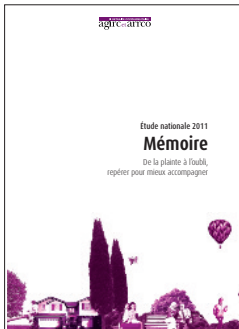
Somme des scores des dents fonctionnelles présentes en bouche = CM qui varie de 0 à 100.

Synthèse des précédentes études

Depuis près de 40 ans, les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco ont mis en place une démarche de prévention primaire qui, à partir d'une approche globale médicoc-sociale, met en évidence des facteurs de risque d'une mauvaise qualité d'avancée en âge. Chaque année, l'ensemble des centres de prévention s'attache à étudier un domaine particulier de la gérontologie, avec pour objectif de sensibiliser les acteurs de santé publique à l'importance de la prévention.

Ces études constituent la collection « Bien vieillir ». Dans un premier temps, la recherche de facteurs associés à la notion de Bien vieillir a fait l'objet de deux publications : l'une en 2005, l'autre en 2009. Puis, des thèmes précis ont été étudiés : les chutes, la sédentarité, la mémoire, le sommeil, l'audition...

2012



2010

2015

LES CLÉS DU BIEN VIEILLIR

ÉTUDE NATIONALE

2005

« Les clés du bien vieillir » diffusée en 2005 présente les principaux résultats issus des questionnaires portant sur un échantillon de près de 12 000 personnes accueillies dans les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco entre 2001 et 2003. L'étude repose sur l'exploitation de bilans médico-psycho-sociaux et propose une photographie des situations individuelles des personnes, de leur état de santé et de la perception qu'elles en ont. Cette première étude a permis de constater que celle-ci est fortement corrélée aux caractéristiques sociales et psychologiques ainsi que, dans une moindre mesure, à l'état de santé réel. D'autres facteurs comme le niveau d'activité physique, le niveau ou le lieu de vie ont également une influence sur la perception de l'état de santé. L'exploitation des questionnaires met en avant le poids du passé médical de la personne dans son état de santé actuel. Les troubles sensoriels, la qualité du suivi et les troubles de la mémoire sont ensuite les éléments les plus prédictifs de l'état de santé. Réduire la notion de vieillissement réussi à la seule absence de pathologies s'avère ainsi insuffisant. A partir de ces données, une première ébauche d'indicateurs de « vieillissement réussi » a pu être esquissée. Elle intègre à la fois l'état de santé physique, psychologique et cognitif, sans oublier l'influence déterminante de l'état de santé ressenti.

BIEN VIEILLIR

ÉTUDE NATIONALE

2009

L'étude a été réalisée auprès de 4 163 personnes de plus de 55 ans reçues lors d'un bilan médico-psycho-social dans les six centres de prévention utilisateurs du questionnaire complémentaire « Bien vieillir » entre octobre 2008 et septembre 2009. Cette étude s'inscrit dans la continuité de celle de 2005 et cherche à dégager les indicateurs d'un vieillissement réussi. Parmi les seize critères de vieillissement réussi proposés aux personnes interrogées, quatre ont été retenus comme prépondérants : ne pas être malade, ne pas être gêné au quotidien dans ses activités, ne pas être une charge pour les siens, ne pas avoir de problème de sommeil. L'état de santé ressenti est déterminant : seules 32,1 % des personnes s'estimant en mauvaise santé ont le sentiment de bien vieillir (contre 83 % pour celles s'estimant en bonne santé). La prise de psychotropes, la dépression, les troubles du sommeil, des difficultés mnésiques ou familiales influencent négativement le sentiment de bien vieillir. Enfin, le ressenti du vieillissement est intimement lié à l'existence ou non d'activités intellectuelles et/ou culturelles et à la qualité des relations sociales.

En conclusion, si les premières préoccupations des personnes à la retraite ou à l'approche de la retraite restent des préoccupations de santé et d'autonomie, le sentiment de vieillissement réussi dépend également et de façon indépendante, de paramètres socio-démographiques, de l'état de santé, de l'état psychologique et cognitif, et de l'implication sociale. Ces trois déterminants constituent des leviers mobilisables sur lesquels des actions de prévention et modifications comportementales peuvent influencer de manière positive.

PRÉSERVER L'ÉQUILIBRE POUR PRÉVENIR LES CHUTES

ÉTUDE NATIONALE

2010

Le nombre de chutes des personnes âgées de plus de 65 ans est estimé à plus de deux millions par an. Dans 30 % des cas, elles constituent un facteur important d'entrée dans la dépendance. La chute est également la première cause de mortalité accidentelle des plus de 65 ans. Au cours de l'année 2010, une nouvelle étude est menée dans trois centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco auprès de 90 personnes volontaires pour participer à un parcours Equilibre. Le but est de mesurer de façon objective les effets à court terme de cette action de prévention. Au terme de cette étude, 45 % des personnes ont amélioré leur performance au test de station unipodale. Des améliorations significatives sont également retrouvées avec les trois autres tests d'équilibre (marche avec un tour complet, marche avec demi-tour et marche talon-pointe). Les mesures quantitatives mettent en évidence une amélioration de la confiance en soi, notamment pour les actes quotidiens (se déplacer dans la maison, monter et descendre les escaliers, se pencher pour ramasser un objet...), associée à une diminution de la peur de sortir. Les éléments qualitatifs (questionnaire psychologue et témoignages) montrent un bénéfice global sur le plan social se traduisant par une reprise d'activité par les personnes étudiées. Les résultats de cette étude attestent de l'intérêt d'une démarche de prévention active de réduction des risques de chute et encouragent l'ensemble des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco à orienter les bénéficiaires dont l'examen clinique met en évidence un risque de chute vers un parcours « Équilibre ».

ANNEXE 5 (suite)

MÉMOIRE : DE LA PLAINTÉ A L'OUBLI, REPÉRER POUR MIEUX ACCOMPAGNER

ÉTUDE NATIONALE

2011 actualisée en
2014

Une plainte mémoire est exprimée par 39 % des bénéficiaires d'un bilan dans les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. L'étude Mémoire vise à évaluer la sensibilité de tests psychométriques permettant un repérage rapide des troubles cognitifs en comparant notamment deux tests : le MoCA, et le test de mémoire des 12 mots. Entre janvier et décembre 2011, 573 personnes provenant de sept centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco ont été incluses. Agées de 65 à 87 ans, elles ont toutes bénéficié d'un bilan classique avec médecin et psychologue intégrant l'évaluation par l'échelle de dépression (GDS), l'échelle d'anxiété (Goldberg) et l'échelle de difficultés cognitives (EDC). Lors du bilan mémoire complémentaire, il est proposé le MoCA ou le test des 12 mots qui seront complétés par le Trail Making Test, la fluence, le test de l'horloge, le MMS et le RL/RI 16. La moitié des personnes a passé le test des 12 mots, l'autre moitié le MoCA. Les constats soulignent l'effet négatif de certains facteurs psychologiques et environnementaux (âge, sexe, niveau socio-éducatif, manque de pratique d'activité culturelle, préoccupations financières...) sur les performances aux différents tests proposés. Spécifiquement, les scores de MoCA diminuent avec l'âge mais aussi chez les personnes en état dépressif. Les performances au test des 12 mots sont dépendantes de la catégorie socio-professionnelle et du déficit de relations sociales. Les résultats suggèrent que le test des 12 mots serait le test le plus adapté dans le repérage de troubles cognitifs légers comparé au MoCA. Ainsi, outre des indications sur les performances de certains tests psychométriques dans le repérage précoce de troubles cognitifs, cette étude souligne l'influence des facteurs psychologiques et environnementaux sur l'évaluation de l'état cognitif. L'approche pluridisciplinaire et l'accompagnement proposés dans les centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco permettent de prendre en compte cette dimension et aident les retraités à adopter des comportements préventifs positifs.

TROUBLES DU SOMMEIL : LES REPÉRER ET AGIR

ÉTUDE NATIONALE

2012

Le sommeil a un impact direct sur l'état de santé de l'individu et sur son bien-être. Les pathologies qui lui sont associées sont souvent méconnues et peu diagnostiquées chez les personnes âgées. De fait, le recours aux hypnotiques est trop fréquent et souvent inapproprié, avec des effets particulièrement délétères chez le senior, tant sur l'équilibre que sur la mémoire. L'objectif principal de l'étude 2012 est de dépister le syndrome d'apnées du sommeil auprès d'une population de 65 ans et plus. Celle-ci a été menée par dix centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco auprès de 7 376 bénéficiaires, au moyen d'une autoévaluation complète (échelle d'anxiété, de dépression, de qualité du sommeil) par l'auto-questionnaire PSQI. Avec 51 % de participants présentant une mauvaise qualité de sommeil (PSQI > 6), les troubles du sommeil s'avèrent un sujet d'importance majeure en termes de prévention. La corrélation entre le sentiment d'insatisfaction de vie (notamment dans des situations de dépression) et la mauvaise qualité du sommeil montre l'importance d'une prise en charge psychologique adaptée. Parmi les bénéficiaires présentant une mauvaise qualité de sommeil, 434 personnes ont bénéficié d'un test de détection du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) permettant une mesure du débit nasal à domicile. Les résultats ont montré que 44 % des personnes testées avaient un risque avéré de syndrome d'apnées du sommeil. Le sexe (les hommes y étant plus sujet) et un index de masse corporelle élevé constituent des facteurs associés au risque. Enfin, que les troubles de sommeil soient expliqués ou non par le bénéficiaire, la proportion de sujets à risque de SAOS semble être la même. On pourrait donc suggérer la systématisation d'un test de détection en cas d'insomnies réelles ayant des répercussions sur la qualité de vie.

ANNEXE 5 (suite)

ÉTUDE DE COHORTE DES CENTRES DE PRÉVENTION BIEN VIEILLIR AGIRC-ARRCO

ÉTUDE NATIONALE

2013

Cette étude porte sur une cohorte de 5 926 personnes ayant bénéficié d'un bilan pluridisciplinaire au sein des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco des régions Midi-Pyrénées (CEDIP) et Rhône-Alpes (CRP) entre 2007 et 2009 (visite initiale), puis en 2013 (visite de suivi). L'objectif est de décrire à 5 ans d'intervalle les éventuels changements de comportement de santé d'une cohorte et d'en mesurer l'impact. À l'issue de la visite initiale, des conseils avaient été donnés à 8 bénéficiaires sur 10 et 35,3 % avaient été orientés vers un atelier.

Ces personnes ont été systématiquement réinvitées pour une visite de suivi. 17,3 % d'entre elles ont répondu à cette invitation. Des tendances positives ont été observées sur les plans médicaux et psycho-sociaux malgré l'avancée en âge : réduction du nombre de fumeurs et de consommateurs excessifs d'alcool, diminution du sentiment d'inutilité. Chez les 102 personnes ayant participé à des ateliers, on note une accentuation des constats positifs sur le plan médical (meilleur suivi ophtalmologique, ORL et dentaire), psychologique (diminution du sentiment d'inutilité). Autres constats : l'amélioration des comportements alimentaires (augmentation de la consommation de produits laitiers et de protéines) et l'augmentation du nombre de personnes ayant des activités intellectuelles plus de cinq heures par semaine. Seul bémol : le faible taux de retour et l'absence de groupe témoin n'ont pas permis d'établir des résultats statistiques significatifs.

Cette étude a par ailleurs mis en évidence l'efficacité des bilans de prévention qui ont permis de découvrir ou de suspecter des pathologies non connues jusque-là chez 40 % des bénéficiaires (portant principalement sur des atteintes sensorielles et de l'hypertension). Elle a également permis de vérifier la pertinence du ciblage : les personnes orientées vers les ateliers sont bien les plus fragiles et présentent des risques accrus (niveau socio-économique et activité intellectuelle plus faibles, personnes confrontées à des situations de veuvage, de dépression ou prenant des psychotropes, plaintes mémoire, santé perçue comme moins bonne...).

ACTIVITÉ PHYSIQUE : LUTTER CONTRE LA SÉDENTARITÉ POUR BIEN VIEILLIR

ÉTUDE NATIONALE

2014

L'objectif de cette étude est de repérer les personnes ayant des habitudes de vie sédentaires pour leur proposer un atelier d'activité physique encadrée, afin de les inciter à devenir plus actives. Elle a été menée auprès de 3 586 personnes âgées de 65 ans et plus, ayant bénéficié d'un bilan dans l'un des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. Ces dernières ont répondu aux 21 questions de l'échelle « PASE », afin de calculer un score global du niveau d'activité physique sur les sept derniers jours. Dans cet effectif, 48 % des personnes ont ainsi été identifiées comme sédentaires (score PASE \leq 120). L'activité physique mesurée est plus importante chez les hommes et diminue avec l'âge. Elle est également influencée par des facteurs psycho-sociaux (habitat, isolement social) et probablement par l'état de santé (les personnes nécessitant un suivi médical régulier et évoquant des maladies chroniques ont des scores PASE moins élevés). Sur la base du volontariat, ces personnes sédentaires se sont vues proposer de participer à un atelier Activité physique (Programme D-marche + séances en salle) d'une durée de trois mois. Au total, 174 personnes ont été incluses dans cette deuxième partie de l'étude et ont été affectées aléatoirement, soit dans le groupe Activité Physique, soit dans le groupe témoin. Ces personnes ont bénéficié d'un bilan complémentaire assorti de mesures cliniques et psychologiques (force musculaire, équilibre, perception de la douleur, sommeil, anxiété ou dépression).

L'augmentation du score au PASE est significative dans le groupe Activité physique (25 points versus 13 points pour le groupe témoin), principalement attribuable à une augmentation de la pratique de la marche. Cette étude a montré qu'avec une offre adaptée à leur âge et à leur niveau d'activité physique, des personnes retraitées sédentaires sont sensibles à l'offre proposée et bénéficient de l'impulsion donnée à l'occasion de leur passage dans les centres.

ANNEXE 5 (suite)

BIEN VIEILLIR : DE L'IMPORTANCE DE BIEN ENTENDRE (TOME I)

ÉTUDE NATIONALE

2015

Cette publication est la première partie d'une étude sur la déficience auditive chez les bénéficiaires des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco. En effet, l'audition est un facteur essentiel d'intégration sociale qui est lui-même l'un des déterminants majeurs du bien vieillir.

L'étude donne une photographie des capacités auditives d'un échantillon de 3 595 personnes non appareillées, ayant bénéficié d'un test audiométrique automatisé lors de leur bilan de prévention dans l'un des 17 centres participants. L'âge moyen des participants est de 69 ans, trois sur cinq sont des femmes. Un participant sur deux a déclaré avoir un sentiment de perte auditive et près d'un sur deux également (48 %) être gêné dans les environnements bruyants. 45,4 % ont une perte auditive moyenne (PAM) sur la meilleure oreille comprise entre 21 et 39 dB, soit une surdité légère. 7,6 % ont une PAM supérieure à 40 dB correspondant à une surdité moyenne à sévère pour laquelle une consultation spécialisée est recommandée en vue d'un éventuel appareillage. La PAM est globalement plus élevée chez les hommes et chez les artisans. Les capacités auditives observées sont également significativement liées à l'état de santé perçue, aux difficultés observées lors des tests cognitifs, à un risque de dépression et à une situation d'isolement social. Ces chiffres sous-estiment très certainement la prévalence de cette déficience auditive puisqu'ont été exclues de l'échantillon les personnes déjà suivies et appareillées. Dès lors, on comprend bien l'enjeu, en terme de santé publique, pour une population vieillissante comme l'est celle de la France.

BIEN VIEILLIR : DE L'IMPORTANCE DE BIEN ENTENDRE (TOME II)

ÉTUDE NATIONALE

2017

Cette publication constitue la deuxième partie de l'étude nationale « De l'importance de bien Entendre ». Elle s'intéresse à la qualité de vie des personnes repérées comme présentant un déficit léger à moyen, à la qualité de vie de leur proche, ainsi qu'à l'impact d'un atelier audition adapté.

L'étude a été menée auprès d'un effectif de 429 dyades (bénéficiaires + proches), présentant une perte auditive moyenne de la meilleure oreille comprise entre 21 et 70 db, non appareillées, sans trouble cognitif, et ayant un proche volontaire pour compléter les questionnaires. Les résultats ont montré que la qualité de vie des bénéficiaires était nettement influencée par les stratégies d'adaptation psychologique, mises en place par le bénéficiaire et son proche, face au stress que constitue la perte auditive. L'impact sur la qualité de vie du bénéficiaire était par ailleurs corrélé à la sévérité de la perte auditive. Des interventions ciblées permettraient de favoriser l'apprentissage et l'utilisation de stratégies efficaces.

Le deuxième volet de cette étude s'est intéressé à l'impact de l'atelier audition proposé à 118 bénéficiaires, en comparaison d'un groupe témoin de 1 273 personnes. Contrairement aux hypothèses de départ, la participation n'a pas entraîné d'augmentation de l'appareillage comparativement au groupe témoin, le frein semblant être principalement financier. En revanche, l'objectif principal qui était d'apporter aux bénéficiaires des connaissances sur les troubles auditifs, leurs conséquences et l'apport des aides techniques est largement atteint. Le rôle de l'orthophoniste et des stratégies d'adaptation simples et accessibles telles que l'apprentissage de la lecture labiale, a été découvert par la quasi-totalité des participants. La prise de conscience des proches de la nécessité d'adapter leur communication et de témoigner de davantage de bienveillance, la décision des personnes présentant ce handicap auditif d'oser affirmer leur gêne aux autres, de ne pas rester isolé, et de reprendre une activité pour ceux qui y avaient renoncé, sont probablement les effets les plus positifs de l'atelier, qui prend ainsi toute sa signification par la préservation du réseau social le plus riche possible, élément essentiel du Bien vieillir.

● RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc - arrco

16-18, rue Jules César - 75592 Paris Cedex 12
Tél. : 01 71 72 12 00 - www.agirc-arrco.fr
www.agircarrco-actionsociale.fr