

# LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES

M. LAMY (1)

**RÉSUMÉ :** La santé bucco-dentaire est mauvaise chez les personnes âgées, qu'elles vivent à domicile, ou, plus encore, en milieu institutionnalisé. La prévalence des patients édentés totaux est presque toujours supérieure à 50 % et le nombre moyen de dents présentes en bouche, chez les patients dentés, est de dix. Cette situation a des conséquences sur la qualité de vie, la nutrition, les maladies cardiovasculaires et les pneumopathies des personnes âgées. Des mesures doivent être mises en place pour changer ce triste constat.

**MOTS-CLÉS :** Santé bucco-dentaire - Personnes âgées - Patient édenté total - Parodontie

## BUCCO-DENTAL HEALTH IN THE ELDERLY

**SUMMARY :** Whether they live at home or in institutions, the elderly generally have a poor bucco-dental health. The proportion of totally toothless patients is almost always higher than 50% and, among the others, the average number of remaining teeth is no more than ten. In the aged, this condition has several consequences on the quality of life, nutrition, cardiovascular diseases and pneumopathies. Measures should be taken to improve this appalling state of affairs

**KEYWORDS :** Bucco-dental health - Elderly - Toothless patient - Periodontics

## INTRODUCTION

Les pays européens et extra-européens connaissent, à l'heure actuelle, un phénomène de vieillissement de leur population. En effet, la proportion de personnes âgées devient de plus en plus importante. Cette augmentation s'explique notamment par l'amélioration des conditions de vie ainsi que par le développement de moyens médicaux de prévention, de diagnostic et de traitement de diverses affections.

L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées représente un motif de préoccupation. De nombreux auteurs ont, d'ailleurs, entrepris et entreprennent des recherches à ce sujet. Leurs résultats tendent à démontrer que l'état bucco-dentaire des personnes âgées est mauvais, voire très mauvais (1). La proportion d'édentés totaux parmi nos aînés et, dans cette même tranche d'âge, le nombre moyen de dents restantes en apportent le témoignage.

## ÉTAT DE LA QUESTION

La prévalence d'édentés totaux (fig. 1) est presque toujours supérieure à 50% chez les personnes âgées institutionnalisées. Le nombre moyen de dents dans la même population est de 10 (fig. 2), alors que, physiologiquement, 28 dents (exception faite des dents de sagesse) devraient être présentes en bouche.

Parmi les personnes âgées, indépendantes, vivant à domicile, la prévalence d'édentés totaux présente de plus grandes variations. Un rapport de l'OMS, portant sur 21 pays euro-

péens, montre, chez des personnes âgées de 65 à 74 ans vivant à domicile, une prévalence d'édentés totaux allant de 12,8% à 69,6%. Le nombre moyen de dents résiduelles dans ce même rapport varie entre 3,8 et 15,1.

L'état oral des personnes âgées institutionnalisées est donc généralement plus mauvais que celui des personnes âgées indépendantes vivant à domicile. Ceci s'explique, notamment, par le fait que les personnes âgées institutionnalisées présentent une moyenne d'âge souvent plus élevée et un état de santé général et mental plus altéré.

Il est important de rappeler que la perte de dents n'est pas une conséquence normale du vieillissement. Les pertes dentaires sont, en effet, encore trop souvent considérées comme une fatalité liée à celui-ci.

Cependant, élément positif, plusieurs études montrent que le pourcentage de personnes âgées édentées diminue. En effet, les philosophies de traitements dentaires actuelles se veulent beaucoup plus conservatrices : on extrait moins facilement qu'auparavant. De plus, l'amélioration des techniques, notamment les progrès de la dentisterie conservatrice, de la parodontologie, des techniques prothétiques moindrement invasives, le développement d'anesthésiques locaux très efficaces, le fluor, la prévention et les progrès de l'instrumentation et des matériaux conduisent à une meilleure conservation dentaire.

La perte totale des dents reste cependant toujours plus fréquente dans les groupes socialement défavorisés. De manière générale, l'état oral des patients est très souvent lié à des facteurs socio-économiques.

(1) Professeur, Université de Liège. Chef de Service, Prothèses Amovibles, Prothèse Implantaire et Occlusion, Service de Dentisterie, CHU de Liège.



Figure 1. Patient édenté total.



Figure 2. Patient édenté partiel (moyenne : 10 dents).



Figure 3. Mauvais état bucco-dentaire.



Figure 4. Réaction inflammatoire au niveau de la gencive.

La prévalence des problèmes bucco-dentaires est donc importante chez les personnes âgées (fig. 3). Pourtant, les besoins consécutifs en soins dentaires n'entraînent malheureusement pas toujours de recours aux soins. En effet, alors que de nombreuses personnes âgées admettent avoir des problèmes bucco-dentaires, peu d'entre elles consultent régulièrement un dentiste.

#### POURQUOI CETTE NÉGLIGENCE ?

Les personnes âgées considèrent très souvent leurs problèmes bucco-dentaires comme une conséquence normale du vieillissement. Ces questions passent alors habituellement au second plan par rapport à des pathologies générales, par ailleurs, fréquemment présentes. Les problèmes bucco-dentaires sont ainsi supportés avec fatalisme, sans qu'aucune action soit entreprise.

Les personnes qui se soumettent régulièrement à des contrôles bucco-dentaires sont, en général, les plus jeunes, les mieux portantes et celles qui appartiennent aux classes sociales les plus favorisées.

Les raisons qui expliquent la baisse des consultations dentaires avec l'âge et le peu d'intérêt pour la santé bucco-dentaires sont nombreuses. On a déjà évoqué le fatalisme lié à l'âge. Le coût des traitements est une deuxième

justification parfois avancée. Parmi les autres raisons, l'accès au cabinet dentaire peut paraître plus problématique en raison de la mobilité restreinte. De plus et de façon surprenante, la peur du dentiste est encore bien présente chez ces patients âgés et l'attitude que les praticiens adoptent parfois à leur égard peut jouer un rôle. Certains dentistes sont, en effet, peu enclins à soigner ces patients, car le traitement requiert, en général, plus de temps et de patience que pour les adultes plus jeunes. Enfin, une dernière raison majeure est que le monde médical et le personnel soignant sont souvent peu concernés et peu investis dans la santé bucco-dentaire des personnes âgées alors qu'ils sont, le plus souvent, en première ligne pour, d'une part, veiller ou suppléer à une bonne hygiène bucco-dentaire et, d'autre part, référer lorsque des soins sont nécessaires.

#### CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Il faut avoir à l'esprit que les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sont importantes et nombreuses. Parmi celles-ci, on peut mettre en évidence :

*SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET QUALITÉ DE VIE*

L'édentement partiel ou total constitue une atteinte à l'intégrité corporelle. Ses conséquences sur l'esthétique, la phonation et la nutrition sont des obstacles majeurs à la communication, à une bonne perception de soi et à la vie sociale (2). Cet état de choses peut conduire à l'isolement et, donc, à une forte altération de la qualité de vie des personnes âgées. Ceci, d'autant plus que, dans notre société actuelle, l'esthétique et la communication sont omniprésentes.

*SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET NUTRITION*

L'alimentation des personnes âgées, tout comme celle de tous les groupes d'âge, est très importante pour l'équilibre général. En effet, la malnutrition entraîne, chez les aînés, une augmentation de la morbidité et de la mortalité. Plus spécifiquement, la malnutrition diminue les fonctions immunitaires et accroît le risque d'infections. Elle augmente également les risques de chutes et de fractures.

Les causes de malnutrition chez les personnes âgées sont multiples. La nutrition d'un individu est, effectivement, susceptible d'être influencée directement ou indirectement par de nombreux facteurs.

La perte des dents et la mauvaise santé bucco-dentaire réduisent le potentiel masticaire et influencent le type d'alimentation de la personne âgée. Elles favorisent les régimes pauvres en fruits, fibres et protéines, et riches en hydrates de carbone.

Les indicateurs de la dénutrition, tels que l'indice de masse corporelle, les paramètres biologiques et le MNA (Mini Nutritional Assessment) sont corrélés avec des problèmes bucco-dentaires.

Une mauvaise santé bucco-dentaire influence ainsi directement le type d'alimentation de la personne âgée avec un impact sur ses apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, son confort et son bien-être (3, 4).

*SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES*

De nombreuses études longitudinales et prospectives semblent montrer que l'hygiène buccale déficiente et les pathologies bucco-dentaires, principalement les maladies parodontales, pourraient constituer un facteur de risque d'athérosclérose et de cardiopathies ischémiques, coronaropathies et accidents vasculaires cérébraux de type ischémique (5-7).

La nature infectieuse des maladies parodontales n'est plus à démontrer. Le biofilm bactérien est, en effet, le premier maillon de la chaîne. Celui-ci se dépose à la surface de la dent et, s'il n'est pas éliminé régulièrement par une bonne hygiène orale, une réaction inflammatoire au niveau de la gencive marginale va s'ensuire (fig. 4). Face à cette irritation persistante et chronique causée par l'invasion bactérienne, le système immunitaire est impuissant et, devant cet acharnement, va littéralement retourner sa veste et devenir une menace pour l'hôte lui-même.

En effet, c'est principalement l'infiltrat inflammatoire engendré par l'exacerbation bactérienne qui sera responsable successivement de la destruction du collagène gingival, entraînant une migration apicale de l'attache épithéliale, suivie d'une résorption osseuse d'origine inflammatoire, le tout aboutissant à la formation d'une poche parodontale.

La parodontite est donc une maladie infectieuse dans laquelle la réponse immunitaire de l'hôte joue un rôle clé dans le processus de destruction tissulaire.

*SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET PNEUMOPATHIES*

Un mauvais état bucco-dentaire et une hygiène orale déficiente prédisposent à la survenue de pneumopathies par inhalation lorsqu'ils sont associés à des troubles de la déglutition (8). En effet, les taux de germes buccaux augmentent alors dans la salive et l'aspiration des sécrétions oropharyngiennes est un facteur de risque de pneumopathie.

La charge bactérienne orale est ainsi un facteur de risque de pathologies respiratoires.

Mojon et coll. (9) ont observé le lien existant entre l'état dentaire et la survenue d'infections respiratoires chez 302 personnes âgées en institution. Parmi les sujets édentés, 27% avaient eu au moins un antécédent d'infection respiratoire *versus* 40% chez les dentés. Ce risque augmente lorsqu'il existe une pathologie dentaire. Chez les édentés, le port d'une prothèse défectueuse ou la présence d'une candidose est fortement associée au risque d'infection respiratoire.

*DES SOLUTIONS ?*

Face à ce triste constat de mauvaise santé bucco-dentaire chez les personnes âgées, principalement en institutions, que pouvons-nous faire ?

Un moyen relativement simple pour améliorer et prévenir une grande partie des problèmes

bucco-dentaires chez les sujets âgés est d'améliorer leur hygiène dentaire et prothétique. Une telle amélioration permettrait de prévenir les caries et certaines pathologies muqueuses, mais également les maladies parodontales. En institutions ou en milieu hospitalier, on constate, en effet, que les soins d'hygiène dentaire et prothétique sont peu ou pas réalisés par les personnes âgées elles-mêmes et qu'ils ne sont que peu ou pas du tout pris en charge par le personnel soignant. Ceci est, bien entendu, interpellant, car lorsqu'un patient n'est pas en mesure d'assurer son hygiène corporelle, logiquement celle-ci doit être prise en charge par le personnel soignant. Bizarrement, l'hygiène bucco-dentaire semble «oubliée» dans ce cas.

Concrètement, nous pensons que quatre moyens sont à mettre en œuvre pour améliorer la situation bucco-dentaire des personnes âgées institutionnalisées.

Premièrement, des campagnes d'information et de prévention doivent cibler cette tranche de la population. Rappelons que, chez les enfants, ce type de campagne a montré sa grande efficacité.

Deuxièmement, le médecin traitant doit, lui aussi, être bien averti des problèmes bucco-dentaires des personnes âgées et de leurs conséquences générales. Le médecin traitant est, en effet, très souvent consulté par ces patients; il pourrait, dès lors, être au premier plan pour diagnostiquer les problèmes bucco-dentaires et en référer au dentiste. La pratique quotidienne révèle, hélas, que c'est rarement le cas. Le médecin n'est que peu ou pas informé des pathologies orales. De plus, il se sent souvent peu concerné. Des études mettant en évidence l'influence de la santé bucco-dentaire sur l'état de santé général des personnes âgées et leur diffusion pourraient très probablement contribuer à une meilleure sensibilisation des médecins.

Troisièmement, en institution comme en milieu hospitalier, une sensibilisation, une éducation et une motivation du personnel soignant concernant les problèmes bucco-dentaires des personnes âgées, doivent également être mises en œuvre.

Quatrièmement, le dentiste doit lui-même prendre conscience de ces problèmes et mettre sa compétence et sa patience au service des personnes âgées vivant à domicile ou en institution.

Enfin, il est fondamental d'insister sur l'importance de la santé orale des individus dès leur plus jeune âge. C'est, en effet, en maintenant les individus, dès le départ, dans un système de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire

que nous pourrions espérer maintenir chez les personnes âgées un bon statut oral. Celui-ci permettra alors de contribuer au maintien d'un état bucco-dentaire sain et équilibré. C'est chaque jour qu'il faut préparer le lendemain...

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lamy M.— *Contribution à l'étude de la santé bucco-dentaire et de son influence sur l'état nutritionnel de sujets institutionnalisés âgés de 65 ans et plus*. Université de Liège, 1999.
2. Gift HC, Redford M.— Oral health and the quality of life. *Clin Geriatr Med*, 1992, **8**, 673-783.
3. Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, et al.— Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent*, 1999, **27**, 443-448.
4. Poisson P, Laffond T, Campos S, et al.— Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. *Gerodontology*, 2014, doi 10.1111/ger.12123 (Epub ahead of print).
5. Elter JR, Offenbacher S, Toole JF, Beck JD.— Relationship of periodontal disease and edentulism to stroke/TIA. *J Dent Res*, 2003, **82**, 998-1001.
6. Mattila KJ, Nieminen MS, Vattonen VV, et al.— Association between dental health and acute myocardial infarction. *BMJ*, 1989, **298**, 779-781.
7. Otomo-Corgel J, Pucher JJ, Rethman MP, et al.— State of the science : chronic periodontitis and systemic health. *J Evid Based Dent Pract*, 2012, **12**, 20-28.
8. van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Brokhorst EM, et al.— Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people : a systematic literature review. *Gerodontology*, 2013, **30**, 3-9.
9. Mojon P, Bridtz-Jørgensen E, Michel JP, et al.— Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elders. *Gerodontology*, 1997, **14**, 9-16.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Lamy, Service de Dentisterie, CHU de Liège, Belgique.  
Email : Marc.lamy@ulg.ac.be