

IMPORTANCE DE L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE DANS L'ALIMENTATION DES PERSONNES ÂGÉES

[Edmée Bert, Agnès Bodineau-Mobarak](#)

Fondation Nationale de Gérontologie | « [Gérontologie et société](#) »

2010/3 vol. 33 / n° 134 | pages 73 à 86

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/g.134.0073

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-73.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Fondation Nationale de Gérontologie.

© Fondation Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

IMPORTANCE DE L'ÉTAT BUCCO-DENTAIRE

dans l'alimentation des personnes âgées

EDMÉE BERT¹ & AGNÈS BODINEAU-MOBARAK²

1. CHIRURGIEN-DENTISTE – ARS ILE-DE-FRANCE

2. CHIRURGIEN-DENTISTE – PRATICIEN ATTACHÉ HÔPITAL LOUIS MOURIER,
HÔPITAL JOFFRE-DUPUYTREN, AP-HP

L'alimentation est l'un des éléments du « bien vieillir ». Chez les personnes âgées, son suivi doit être rigoureux car la dénutrition constitue, pour cette population, un risque majeur. Un mauvais état bucco-dentaire est un facteur de risque reconnu de dénutrition. Les organes de la cavité buccale subissent, comme l'ensemble de l'organisme, les effets du vieillissement. Les risques pathologiques menacent les dents, le parodonte, les muqueuses, les glandes salivaires, fragilisés par la sénescence. Le premier acte de la digestion est la constitution du bol alimentaire.

Les troubles de la mastication ou de la salivation ont, de ce fait, un effet sur la nutrition. Les études sur les personnes âgées, en particulier les personnes dépendantes, témoignent d'un état de santé bucco-dentaire très détérioré. Cependant la consommation de soins dentaires diminue avec l'âge. Les freins au recours aux soins bucco-dentaires sont nombreux mais le défaut de soins pourrait être considéré comme un signe de maltraitance. Il est donc essentiel de faciliter le recours aux soins. Formation et informations pour les intervenants auprès des personnes âgées, réseaux de soins et plateaux techniques adaptés permettraient d'améliorer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

IMPORTANCE OF ORAL HYGIENE IN THE DIET OF OLDER PEOPLE

A healthy diet is one of the basic elements of "good ageing". It must be strictly followed by older people as they are seriously at risk of under-nourishment. Bad oral hygiene is a well-known under-nourishment risk factor. The organs situated in the mouth suffer, as does the whole body, from the effects of old age; pathological risks threaten teeth, gums, mucus and saliva glands which are all weakened by ageing. The first digestive action is making up the "bolus of food". Mastication and salivation problems all stem from this and have an effect on nutrition. Studies carried out on older people, in particular dependent people, reveal serious deterioration of buccodental health. However seeking dental care diminishes with age. Many obstacles stand in the way of seeking dental care but the lack of such care could be considered as a sign of abuse and neglect. It is therefore essential to facilitate access to treatment. Access to buccodental care for older people could be improved by training and information for carers along with care networks and technical platforms.

La définition du sujet âgé est une notion socioculturelle qui a varié au cours des époques. En 1750, lorsque l'espérance de vie était de 25 ans, les cinquantenaires étaient considérés comme des vieillards. Les épidémiologistes fixent à 65 ans le seuil du troisième âge mais la très rapide augmentation de l'espérance de vie repousse la vieillesse au-delà de cet âge charnière.

Le vieillissement, qui n'est pas une pathologie, entraîne des changements physiologiques au niveau organique. L'état bucco-dentaire des sujets âgés est souvent défectueux alors que santé et confort oraux sont des pré-requis à une fonction masticatoire correcte et à une bonne nutrition. Le vieillissement de la cavité buccale et les pathologies qui y sont associées entraînent une diminution du potentiel masticatoire qui est sous l'influence 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 ou de pathologies des muqueuses associées à des douleurs (Bodineau-Mobarak *et al.*, 2008).

Alors qu'à tout âge de la vie une alimentation saine, équilibrée, en quantité suffisante, est indispensable pour entretenir l'organisme en bonne santé, la perte d'appétit, la sensation de réplétion précoce amènent les personnes âgées à réduire leurs apports alimentaires. La modification du goût, la diminution de l'odorat, induisent un désintérêt: manger n'est plus un plaisir, c'est même quelquefois une « corvée ».

Le statut nutritionnel est un déterminant pronostic de l'état de santé et de la survie de la personne âgée. La dénutrition protéino-énergétique peut engendrer des infections, une fonte musculaire; elle est un facteur causal de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité (Séguier, à paraître).

La prévalence de la dénutrition est évaluée à 5% chez les personnes âgées de plus de 65 ans vivant à leur domicile; elle atteint 50% à l'entrée dans un service hospitalier de court séjour (Constans *et al.*, 1994) et varie, selon les auteurs, de 20 et 70% chez les patients institutionnalisés dans les services de soins de longue durée (Folliguet, *et al.*, 2004).

L'état bucco-dentaire influe également sur la qualité de vie. En effet, l'édentement constitue un handicap, une atteinte à l'intégrité

corporelle. Les pathologies bucco-dentaires altérant la phonation ou la prise de repas sont un obstacle majeur à la communication et à la vie sociale. Une gêne ou une douleur buccale peuvent être à l'origine d'un comportement agressif, avec refus de s'alimenter.

VIEILLISSEMENT DE LA CAVITÉ BUCCALE ET PATHOLOGIES INDUITES

Les organes constitutifs de la cavité buccale sont touchés par le vieillissement.

LES TISSUS DENTAIRES

L'ensemble des tissus constituant l'organe dentaire (émail, dentine, tissu pulpaire et cément) subit un processus de sénescence. Les pertes de substance par érosion, abrasion ou attrition sont des caractéristiques du vieillissement dentaire et favorisent l'exposition de dentine sclérotique. Le vieillissement physiologique du tissu pulpaire se traduit par une fibrose partielle ou totale associée à un rétrécissement de la cavité pulpaire parfois jusqu'à son oblitération complète (Henrard J.C., 2006). La rétraction physiologique de la gencive favorise l'exposition des racines dentaires et du tissu recouvrant leur surface, le cément. Celui-ci est souvent sclérotique et présente de nombreuses irrégularités telles que des pertes de substance résultant d'un brossage traumatique. La zone de jonction entre la couronne et la racine, appelée collet dentaire, est une zone de moindre résistance donc sujette au développement de lésions carieuses.

Les lésions carieuses intéressant le collet et les racines dentaires constituent une pathologie spécifique du sujet âgé et leur prévalence augmente de 18 à 51 % avec l'âge (Bailey *et al.*, 2004).

Le risque de carie est considéré comme élevé chez la personne âgée. Une alimentation riche en sucres et en hydrates de carbone, de consistance molle et adhérente aux dents, ou l'accumulation de plaque bactérienne liée aux difficultés de pratique de l'hygiène buccale favorisent l'augmentation du risque de carie. Les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires participent à l'augmentation de la prévalence des lésions carieuses chez les patients âgés (Mack *et al.*, 2004).

LE PARODONTE

Le parodonte est défini comme l'ensemble des tissus qui entourent la dent et constitue son système d'attache. Ces tissus subissent des modifications au cours du vieillissement : perte d'élasticité, aspect plus lisse, légère récession et fragilité accrue aux agressions microbiennes et mécaniques. L'os alvéolaire se modifie aussi, il présente des capacités de remodelage, de cicatrisation et d'adaptation réduites et la présence des dents joue un rôle majeur dans sa conservation.

Paradoxalement, les répercussions de l'ostéoporose sur l'appareil masticateur ont été peu étudiées, alors que cette pathologie est une préoccupation majeure en gériatrie. Il a néanmoins été mis en évidence un lien statistique entre la hauteur du bord alvéolaire édenté et la quantité de calcium présente dans l'organisme (Kribbs *et al.*, 1989).

Le ligament alvéolo-dentaire, tissu conjonctif fibreux réalisant la jonction entre la dent et l'os alvéolaire, subit aussi des altérations. Le nombre de fibres diminue, les espaces interstitiels augmentent et la densité cellulaire diminue. Cependant ces modifications ne semblent pas avoir de conséquences importantes sur la fonctionnalité du parodonte. La réduction de près de 25% de l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire au cours de la vie semble davantage être le résultat de la diminution physiologique des forces mastica-toires avec l'âge.

Les changements morphologiques et physiologiques des tissus parodontaux au cours du vieillissement jouent un rôle majeur sur leurs capacités de défense et de cicatrisation vis-à-vis d'une agression microbienne (Joly *et al.*, 2000). Les pathologies des sujets âgés et les handicaps qui en résultent compromettent la réalisation des soins d'hygiène buccale et favorisent l'accumulation de plaque dentaire. Ainsi, une maladie parodontale (gingivite ou parodontite) serait retrouvée chez 55 à 85% des personnes âgées. Certaines spécificités semblent exister dans le développement de la maladie parodontale chez le sujet âgé : l'altération des réponses immunitaires pourrait expliquer les difficultés à maîtriser le processus inflammatoire cliniquement, la diminution des capacités de remodelage et de cicatrisation des tissus serait à l'origine de retards de cicatrisation, enfin la diminution du pH de la cavité

buccale favoriserait la prolifération des micro-organismes pathogènes (Bailey *et al.*, 2004).

LES MUQUEUSES BUCCALES

Les muqueuses buccales deviennent atrophiques ; elles présentent progressivement un aspect fin et lisse, associé à une perte d'élasticité. Ceci concerne également la muqueuse du dos de la langue qui contient les papilles gustatives impliquées, entre autres, dans la perception du goût et des saveurs.

Les répercussions fonctionnelles sont nombreuses, notamment en terme de fragilité muqueuse et de susceptibilité accrue aux agressions externes. L'atrophie des muqueuses masticatoires et de recouvrement, entraînant une vulnérabilité aux traumatismes et à la pression durant la mastication, explique la difficulté à consommer des aliments durs et la moindre tolérance au port de prothèses dentaires (Fontijn-Tekamp *et al.*, 1996 ; Ghezzi & Ship, 2000).

Enfin, l'atrophie physiologique des papilles gustatives, observable cliniquement par l'aspect lisse de la langue, participe aux modifications de la perception du goût et des régimes alimentaires, susceptibles de favoriser une malnutrition chez le sujet âgé.

Outre les ulcérations et autres lésions traumatiques, la candidose est l'une des premières pathologies des muqueuses buccales rencontrées chez le sujet âgé. Elle est favorisée par de nombreux facteurs tels qu'une hygiène insuffisante, la diminution de la sécrétion salivaire, le port de prothèses défectueuses, l'antibiothérapie au long court, un diabète mal équilibré ou une immunodéficience. Les lésions cliniques de la candidose chez la personne âgée sont souvent localisées au niveau de la muqueuse palatine recouverte d'une plaque prothétique. Selon leur stade d'évolution, ces lésions vont d'une plaque discrètement érythémateuse bien limitée, à une hyperplasie inflammatoire avec de nombreuses formations exophytiques. Une atteinte linguale en miroir peut également être observée. Enfin la perlèche du sujet âgé, classiquement favorisée par l'affaissement naturel du pli commissural et la macération salivaire, est rarement isolée ; elle est généralement associée à une candidose buccale (Chevaux *et al.*, 2002).

Parmi les autres pathologies des muqueuses rencontrées chez les personnes âgées, citons les hyperplasies fibro-épithéliales en rapport avec une prothèse mal adaptée, les états post-lichéniens dont le potentiel de transformation maligne après plusieurs décennies d'évolution nécessite une surveillance, les cancers de la cavité buccale (dont la presque totalité est représentée par les carcinomes épidermoïdes), l'atrophie des muqueuses liée à certaines affections hématologiques (telles que la maladie de Biermer) et associant plaques érythémateuses et ulcérations douloureuses ou les manifestations d'hémopathies, maladie de Vaquez ou leucémie myéloïde chronique par exemple.

LES GLANDES SALIVAIRES

Avec l'âge, on observe une atrophie et une diminution de volume des *acini*, une irrégularité des canaux sécrétoires et une augmentation du tissu conjonctif fibreux et du tissu adipeux. La perte du tissu acineux intéresse l'ensemble des glandes salivaires.

L'hyposialie (production insuffisante de salive) est le signe objectif de la réduction de la sécrétion salivaire; elle est définie par un débit salivaire inférieur à 0,1 ml/min en flux non stimulé et à 0,5 ml/min en flux stimulé.

Il semble que l'hyposialie liée au vieillissement soit relativement peu importante. Il est surtout rapporté une diminution du flux salivaire non stimulé (d'un facteur 2-3) alors que le flux stimulé semble stable avec l'âge. En revanche, la diminution du potentiel sécrétoire du parenchyme glandulaire est souvent associée à d'autres facteurs de risque tels que la polymédication ou la déshydratation.

De très nombreux médicaments entraînent une diminution de la production salivaire. Par ailleurs, il semblerait que certaines co-morbidités, fréquentes chez le sujet âgé (maladie d'Alzheimer, diabète, maladie de Parkinson,...), favorisent par elles-mêmes l'apparition d'une hyposialie, aggravée secondairement par les thérapeutiques psychotropes prescrites (Ghezzi & Ship, 2000). L'hyposialie a des répercussions importantes lors des différentes fonctions.

...
...

PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES ET NUTRITION

Le bol alimentaire, première étape de la digestion, est constitué dans la bouche par la mastication des aliments et leur imbibition salivaire. L'apparition d'une dénutrition chez le sujet âgé est généralement multifactorielle c'est pourquoi il est souvent difficile d'établir un lien direct et exclusif entre dénutrition et pathologies buccales.

Cependant le vieillissement de la cavité buccale et les pathologies qui y sont associées entraînent une diminution du potentiel masticatoire. Ce potentiel est sous l'influence 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 plus ou moins fonctionnelles, la présence d'une inflammation gingivale ou de pathologies des muqueuses associées à des douleurs. Il influence le type d'alimentation de la personne âgée, avec un impact sur ses apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, son confort et son bien-être (Touilly *et al.*, 2004).

La conservation de vingt dents, au minimum, semble nécessaire au maintien d'une fonction masticatoire correcte et d'une bonne nutrition. Le nombre moyen de dents perdues augmente avec l'âge et chez les personnes de plus de 65 ans, le nombre de dents restantes varie entre 12 et 17 selon les pays (Krall *et al.*, 1998). Ainsi, seuls 10% des personnes âgées de plus de 75 ans ont 21 dents naturelles ou plus, par rapport aux 72% dans l'ensemble de la population adulte, et la plupart des enquêtes montre une prévalence de l'édentement proche de 60% chez les patients âgés en institution (Bailey *et al.*, 2004 ; Folliguet *et al.*, 2004).

La perte de dents peut constituer un facteur de risque d'être en *sous poids*: la perturbation du potentiel et du temps masticatoires conduisent à l'exclusion de certains aliments et à la consommation excessive d'autres (Appollonio *et al.*, 1997 ; Marcenes *et al.*, 2003). L'atrophie physiologique de la muqueuse, responsable d'une vulnérabilité aux traumatismes et à la pression durant la mastication, aboutit à l'éviction de certains aliments durs et riches en fibres (Joshipura *et al.*, 1996).

La réduction du nombre de dents et le vieillissement physiologique des tissus bucco-dentaires favorisent les régimes pauvres en

fruits, fibres et protéines, et riches en hydrates de carbone. Chez les sujets présentant un état dentaire défectueux, on observe des déficits en fer, en vitamine A, vitamine C, acide folique, thiamine et protéines, ainsi qu'un risque accru de morbidité et mortalité (Papas *et al.*, 1998). Il existe un lien statistique entre l'édentement, des apports faibles en nutriments et de multiples inadéquations diététiques conduisant à un régime athérogène. Les personnes totalement édentées ont habituellement des prises alimentaires quantitativement inférieures aux niveaux recommandés. De même, les indicateurs de la dénutrition, tels que l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou la perte de poids, sont corrélés avec les troubles masticatoires. En effet, il a été montré le rôle significatif de l'édentement et du port de prothèses mal adaptées dans la perte de poids supérieure à 4% du poids de référence (Marcenes *et al.*, 2003).

Par ailleurs la diminution du taux d'albumine serait statistiquement liée à la présence de caries radiculaires et de nombreux troubles buccaux sont impliqués dans la perte de poids de plus de 10% (halitose, hygiène buccale insuffisante, bouche sèche, absence d'occlusion, pathologie temporo-mandibulaire, infection-inflammation, lésions muqueuses, douleurs orales...) (Sullivan *et al.*, 1993). Parmi ces troubles, les perturbations de la constitution du bol alimentaire, conséquences de l'hyposialie, semblent particulièrement importantes et entraînent des difficultés à s'alimenter qui compromettent le statut nutritionnel. Il a été mis en évidence un lien statistique entre la réduction forte des flux salivaires, stimulés ou non, la dénutrition sévère (Narhi *et al.*, 1999) et le taux d'albumine (Dormenval *et al.*, 1998). On observe aussi un IMC plus faible chez les sujets atteints de parodontite sévère.

CONSOMMATION DE SOINS DENTAIRES

Les études montrent que si les consultations de médecins augmentent avec l'âge (Narhi *et al.*, 1999), les soins dentaires suivent une distribution par âge inverse. Ainsi, si durant le mois précédant l'enquête, un tiers des personnes interrogées avait consulté un médecin, c'était le cas de la moitié de celles ayant 65 ans et plus; la proportion des personnes ayant consulté un dentiste est nettement plus faible (7%) et n'atteint que 5% chez les 65 ans et plus (DREES, 2006; Dutheil & Scheidegger, 2006).

Pourtant, la très forte consommation de médicaments est susceptible d'aggraver le risque de pathologies dentaires et devrait conduire à consulter plus fréquemment le chirurgien-dentiste.

D'une part, une enquête de consommation des médicaments réalisée auprès de 199 bénéficiaires de l'Assurance Maladie des Yvelines, de plus de 70 ans, a montré que 83,9% des personnes consommaient au moins cinq médicaments (Chantry, 2006). D'autre part, en 2005, une enquête exhaustive de la consommation de soins dentaires des assurés et bénéficiaires de l'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine, âgés de 65 ans et plus, soit 180 831 personnes, a montré que 60% de cette population n'avait pas consulté un chirurgien-dentiste ou un stomatologiste au cours de l'année précédente. En moyenne, la moitié seulement des assurés traités pour des troubles cardiovasculaires, psychologiques ou psychiatriques ou pour un diabète, identifiés par les médicaments remboursés, avaient bénéficié de soins dentaires (Folliguet *et al.*, 2006.)

Les professionnels se préoccupent de l'offre de soins, en particulier le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes qui observe également un faible recours aux soins des personnes âgées (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2004). Il reconnaît la nécessité d'un engagement des praticiens et rappelle que des mallettes pour soins à domicile sont disponibles auprès des conseils départementaux pour répondre à des situations d'urgence.

Nous n'avons pas évoqué le risque de déshydratation, fréquent chez les personnes âgées. Mais, hormis l'agressivité du liquide ingéré, trop chaud, trop froid, trop acide pour les muqueuses fragiles ou les « dents sensibles », l'état bucco-dentaire n'a pas d'influence sur la capacité à s'hydrater.

DISCUSSION

Les troubles bucco-dentaires sont considérés par tous les auteurs comme un facteur de risque de dénutrition. Cependant aucune étude ne met en évidence un lien exclusif entre dénutrition et mauvaise santé bucco-dentaire chez les personnes âgées. Mais,

dans la population des personnes âgées, il est difficile de trouver un échantillon suffisant ne présentant aucune autre pathologie que bucco-dentaire.

Les enquêtes de consommation de soins bucco-dentaires montrent que le recours aux soins diminue avec l'âge alors que les besoins augmentent. L'augmentation des besoins de soins est un constat clinique qui ne correspond pas toujours au ressenti des patients eux-mêmes. La « fatalité » de la perte de ses dents avec la vieillesse est une idée reçue persistante. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que les personnes âgées actuelles étaient enfants il y a 60 ou 70 ans. A l'époque, l'offre de soins était limitée, l'accès aux soins plus ou moins réservé à une « élite », la gravité potentielle d'une affection dentaire méconnue. Les moyens matériels dont disposaient les chirurgiens-dentistes ne permettaient pas d'effectuer des soins conservateurs strictement indolores. La solution la plus rapide, la plus économique, la plus facilement acceptée était souvent l'extraction, d'autant que la consultation n'avait lieu que lorsque l'infection était clairement déclarée. Les édentations partielles ou totales étaient fréquentes, même chez des sujets jeunes, et n'étaient pas considérées comme une « perte de chance ». Un sourire éclatant avec des dents parfaitement alignées et étincelantes est une des caractéristiques des « pin up » américaines, découvertes par le grand public avec le cinéma hollywoodien.

La population actuelle des personnes âgées n'a pas bénéficié, au cours de sa vie, de mesures préventives. La diffusion du message sur la nécessité d'un brossage dentaire bi- ou tri-quotidien, la prescription de fluor aux jeunes enfants, la fluoruration du sel (1995) sont des mesures de prévention relativement récentes.

L'avancée de l'âge s'accompagne souvent d'une augmentation des co-morbidités. Outre l'accroissement du risque de pathologies bucco-dentaires, les médicaments nécessaires au traitement de ces co-morbidités retentissent sur la sphère orale. Par ailleurs, la prise de nombreux cachets, comprimés, de gélules et de gouttes, avant ou au début du repas, entraîne un sentiment de réplétion précoce. Les handicaps induits par la sénescence, qu'ils soient physiques ou psychiques, ne permettent pas la réalisation d'une hygiène orale correcte d'autant que les personnes pouvant apporter leur aide sont parfois peu disposées aux soins de bouche et très souvent insuffisamment formées. Outre le défaut de sensibi-

lisation et de connaissance des personnels soignants, le retrait de la toilette buccale des indicateurs de dépendance a relégué ces gestes d'hygiène, indispensables, à un niveau accessoire dans les établissements.

Il faut également retenir les freins au recours aux soins de la population âgée. Dans un contexte algique généralisé les douleurs dentaires sont faiblement perçues, d'autant qu'une dent âgée est beaucoup moins réactive qu'une dent jeune, la demande est faiblement exprimée. Le manque de communication, dans les cas de pathologies dégénératives, ne permet pas l'expression des besoins ressentis. Les difficultés de déplacement, la fatigabilité des sujets âgés rendent les séances de soins dentaires aléatoires. Si les soins conservateurs et chirurgicaux sont remboursés par l'assurance maladie à la hauteur de tous les actes médicaux dispensés, les dépassements d'honoraires pour les actes de prothèse, non pris en charge par la collectivité, excèdent les possibilités financières de nombreuses personnes âgées.

Certains établissements se sont dotés d'un cabinet dentaire pour répondre aux besoins de soins de leurs résidents. Cette organisation n'est envisageable que pour les grandes structures mais n'autorise que des soins de première nécessité. Il n'en demeure pas moins des difficultés de recrutement des professionnels, médicaux et para-médicaux. De plus, un environnement médicalisé est bien souvent indispensable lors de la prise en charge de patients à risque médical majoré.

D'autres établissements sont organisés en réseaux de soins, avec des professionnels libéraux, des structures hospitalières ou des centres de santé. Les difficultés résident alors dans l'accès à la structure (accompagnement, transport, financement) et aussi dans la prise en charge financière des soins.

L'accès aux soins ne représente qu'un aspect de la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées. La prévention primaire doit être effective, efficace et quotidienne. Elle nécessite la participation active des équipes soignantes des établissements pour assurer une hygiène buccale optimale et celle des odontologistes pour les consultations, les diagnostics et les prescriptions de produits fluorés.

La bonne alimentation des personnes âgées doit faire l'objet d'une attention toute particulière, le risque de dénutrition est permanent. La dénutrition fait courir un risque vital aux sujets atteints, soit directement par l'insuffisance d'apport énergétiques, soit indirectement par l'aggravation de pathologies existantes et l'augmentation de la fragilité inhérente au grand âge. Mais pour avoir plaisir à manger il faut ne pas éprouver de gêne ou de douleurs à l'ingestion et à la mastication des aliments. Un mauvais état bucco-dentaire est alors un véritable handicap. Dans ce contexte négliger la toilette buccale, ignorer les pathologies muqueuses, dentaires ou gingivales hormis les situations d'urgence, s'apparente à de la maltraitance par défaut de soins.

Toutes les difficultés de prise en charge odontologique des personnes âgées pourraient être réduites par une politique effective de prévention qui intéresserait tous les professionnels en charge des personnes âgées. La consultation odontologique inscrite dans le Plan National Bien Vieillir 2007-2009 est une reconnaissance de cette nécessité. En 2010, elle est toujours au stade d'expérimentation.

■

BIBLIOGRAPHIE

- APPOLLONIO I., CARABELLESE C., FRATTOLA A. *et al.* (1997). *Influence of dental status on dietary intake and survival in community-dwelling elderly subjects.* *Age & Ageing*; 26 : 445-56.
- BAILEY R.L., LEDIKWE J.H., SMICIKLAS-WRIGHT H. *et al.* (2004). *Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults.* *J. Am. Diet. Assoc.*, 104:1273-76.
- BODINEAU-MOBARAK A., RADOÏ L. & FOLLIGUET M. (2008). *Approche odontologique du patient âgé.* *Rev francophone de Gériatrie et gérontologie*; 150: 556-562.
- CHANTRY M. (2006). *Consommation des médicaments chez les personnes âgées des Yvelines.* SMAMIF, www.smamif.org.
- CHEVAUX J.M., NANFI C., BROCKER P. *et al.* (2002) *Candidoses oropharyngées et prothèses amovibles chez les sujets âgés: diagnostic et traitement.* *Inf. Dent*; 83: 673-8.
- CONSTANS T., LESOURD B., ALIX E. & DARDAINE V. (1994). *Alimentation et état nutritionnel des personnes âgées en France: domicile et hôpital.* *Prévenir*; 26: 93-99.
- DORIN M. *et col.* (2003). *Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dans l'Essonne. Service du contrôle Médical de l'Assurance Maladie, Essonne.*
- DORMENVAL V., BUDTZ-JORGENSEN., MOJON P. *et al.* (1998). *Associations between malnutrition, poor general health and oral dryness in hospitalized elderly patients.* *Age & Ageing*; 27: 123-8.
- DREES (2006). *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005. Etudes et statistiques; La Documentation Française.*
- DUTHEIL N. & SCHEIDEGGER S. (2006). *Etudes et résultats, DREES*; 494.
- FOLLIGUET M., VEILLE-FINET A., TAVERNIER J.C. *et al.* (2004). *Dental and nutritional status of long-term care institutionalised old adults.* *Age & Nutrition*; 15: 84-9.
- FOLLIGUET M., BERT E., LEROUX J.L., TRUTT B. *et col.* (2006). *Consommation de soins dentaires des plus de 65 ans: étude exhaustive dans les Hauts de Seine. Communication. 6^e journée de santé publique bucco-dentaire. Créteil.*
- FONTIJN-TEKAMP F.A., VAN'T HOF M.A., SLAGTER A.P. *et al.* (1996). *The state of dentition in relation to nutrition in elderly Europeans in the SENECA study of 1993.* *Eur. J. Clin. Nutr.*; 50 (2): 117-22.
- GHEZZI E.M. & SHIP J.A. (2000). *Systemic diseases and their treatments in the elderly: impact on oral health.* *J. Public Health Dent*; 60: 289-96.
- HENRARD J.C. (2006). *Personnes âgées, vieillissement, grand âge et santé; in B. E. H.*; 5-6: 37.
- JOLY J.P., DEVILLE DE PERIÈRE D. & DELESTAN C. (2000). *L'accès aux traitements bucco-dentaires chez les personnes âgées dépendantes hospitalisées.* *Rev. Gériatrie*; 25 (8): 547-552.
- JOSHIPURA K.J., WILLETT W.C. & DOUGLASS C.W. (1996). *The impact of edentulousness on food and nutrient intake.* *J. Am. Dent. Assoc.*; 127: 459-67.
- KRALL E., HAYES C. & GARCIA R. (1998). *How dentition status and masticatory function affect nutrient intake.* *J. Am. Dent. Assoc.*; 129: 1261-9.
- KRIBBS P.J., CHESNUT C.H., OTT S.M. *et al.* (1989). *Relationship between mandibular and skeletal bone in an osteoporotic population.* *J. Prosthet. Dent.*; 62: 703-7.

- MACK F., MOJON P., BUDTZ-JORGENSEN E. et al. (2004).** *Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany : results of the study of health in Pomerania. Gerodontology; 21: 27-36.*
- MARCENES W., STEELE J.G., SHEEHAM A. et al. (2003).** *The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. Cad. Saude Publica; 19 (3): 809-16.*
- MOUQUET M.C. & OBERLIN P. (2008).** *Impact du vieillissement sur les structures de soins. Rapport DREES.*
- NAGLER R.M. (2004).** *Salivary glands and the aging process: mechanistic aspects, health-status and medicinal-efficacy monitoring. Biogerontology; 5: 223-33.*
- NARHI T.O., MEURMAN J.H. & AINAMO A. (1999).** *Xerostomia and hyposalivation. Drugs & Aging; 15: 103-16*
- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES (2004).** *Personnes âgées dépendantes: une sous médicalisation bucco-dentaire. Dossier, 27: 23-31.*
- PAJUKOSKI H., MEURMAN J.H., HALONEN P. et al. (2001).** *Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication and systemic diseases. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.; 92 (6): 641-9.*
- PAPAS A.S., JOSHI A., GIUNTA J.L. & PALMER C.A. (1998).** *Relationships among education, dentate status, and diet in adults. Spec. Care Dent; 18: 26-32.*
- PLAN NATIONAL BIEN VIEILLIR (2007-2009).** *Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, p. 18.*
- PLAN NATIONAL NUTRITION SANTÉ.** *Plan d'action n°3 du Programme National Nutrition Santé (PNNS), p. 34-42.*
- SÉGUIER S., BODINEAU A., GIACOBBI A., TAVERNIER JC. & FOLLIGUET M. (à paraître).** *Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé: répercussions sur la nutrition et la qualité de vie. Bull. Acad. Natle Chir. Dent.*
- SULLIVAN D.H., MARTIN W., FLAXMAN N. & HAGEN J.E. (1993).** *Oral health problems and involuntary weight loss in a population of frail elderly. J. Am. Geriatr. Soc.; 41: 725-31.*
- TOULLY V., CHICOYE A., CHAUVENET T.M., GRENECHE S. & PIARD A.L. (2004).** *Les enjeux du vieillissement: Quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003? Quelle anticipation des besoins futurs? In: Livre blanc de la Gériatrie française. Jeandel C., Bonnel M. Paris: Gériatrie: 33-46.*