

---

# Colloque National de Santé Publique

---

*Jeudi 14 octobre 2004  
Hôpital Européen Georges Pompidou - Paris*

---

*“La Santé des Personnes Agées,  
état des lieux et perspectives.  
Les enseignements à en tirer dans le  
domaine de la santé bucco-dentaire.”*

*Sous le haut patronage de M. Hubert Falco,  
Ministre Délégué aux Personnes Agées*

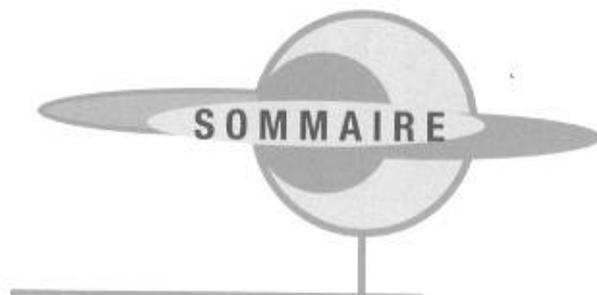
---



CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE  
NOUVEAUX CONCEPTS D'ÉDUCATION ET DE PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES



GlaxoSmithKline Santé Grand Public



**Introduction à la problématique de la journée par le Dr Patrick HESCOT**

*Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*

Page 5

**Ouverture du Colloque par M. Jean-Paul LE DIVENAH**

*Directeur de cabinet, représentant Hubert FALCO, Ministre Délégué aux Personnes Agées*

Page 7

**1<sup>ÈRE</sup> PARTIE**

**LA PROBLÉMATIQUE DES PERSONNES  
ÂGÉES EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**

*Par le Pr Jacques ROLAND, Ancien Président de la  
Conférence des Doyens de Facultés de Médecine  
et le Dr Patrick HESCOT*

Page 9

**LES ENJEUX MÉDICO-SOCIAUX DE  
L'AVANCÉE EN ÂGE : QUELLES OFFRES  
POUR QUELS BESOINS ?**

*Par le Pr Claude JEANDEL, Médecin gériatre,  
Secrétaire Général du Collège Professionnel des  
Gérialres Français et Chef du service de Gérontologie  
Clinique du CHU de Montpellier*

Page 12

**VIEILLISSEMENT AVEC SUCCÈS /  
VIEILLISSEMENT AVEC COMPLICATIONS**

*Par le Dr Patrice BROCKER, Médecin gériatre,  
Chef du service de Gérontologie du CHU de Nice*

Page 15

**ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ  
BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES**

*Par le Dr Julien LAUPIE, Chirurgien-dentiste,  
Chargé de mission de l'Union Française pour  
la Santé Bucco-Dentaire*

Page 18

**DÉBAT**

*Animé par le Dr Jean-Pierre GIORDANELLA, Médecin,  
Directeur de la Politique et des Services de Prévention  
de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris*

Page 20

**2<sup>ÈME</sup> PARTIE**

**PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES  
DE LA PERSONNE ÂGÉE ET  
CONSÉQUENCES MÉDICALES**

*Par le Pr Patrick MAHLER, Chirurgien-dentiste,  
Directeur de l'unité d'Odontologie Gériatrique  
du CHU de Nice*

Page 27

**CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES  
DE LA MAUVAISE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE  
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

*Par le Dr Valérie POUYSSEGUR, Chirurgien-dentiste,  
Maître de conférence universitaire de la faculté  
d'odontologie de Nice*

Page 29

**OFFRES ET PRISES EN CHARGE  
DE CETTE POPULATION**

*Par M. William GARDEY, Président de la Caisse Primaire  
d'Assurance Maladie de Paris,  
et M. Fabien TOURY, représentant Mme Josette  
RAYNAUD, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance  
Maladie de Paris*

Page 31

**LOI DE SANTÉ PUBLIQUE,  
RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE,  
LOI SUR LES LIBERTÉS LOCALES :  
UN NOUVEAU CONTEXTE POUR ORGANISER  
LA RÉPONSE AUX BESOINS**

*Par M. Bertrand GARROS, Directeur des Stratégies de  
Santé à la Fédération Nationale de la Mutualité Française*

Page 35

**DÉBAT**

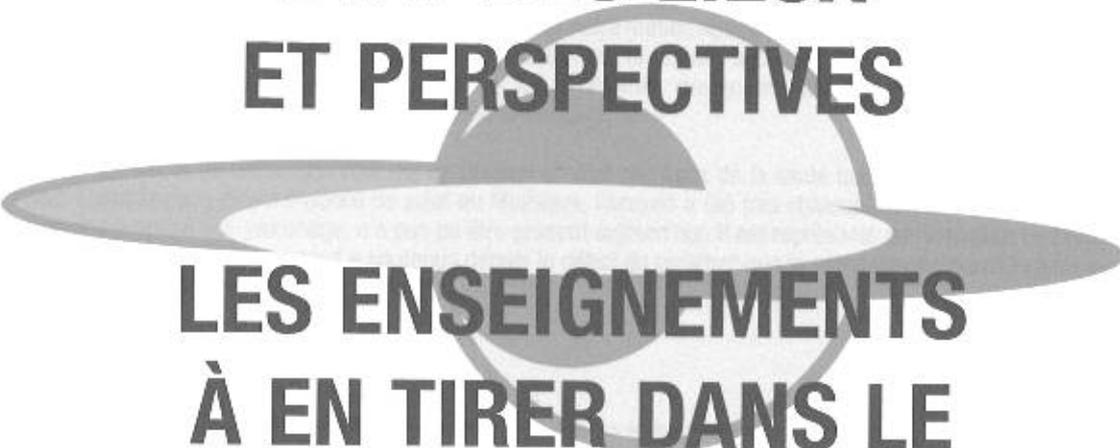
*animé par le Dr Jean-Pierre GIORDANELLA*

Page 39

*Synthèse du Colloque par le Pr Youssef HAIKEL, Doyen  
de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg*

Page 42

**LA SANTÉ DES  
PERSONNES ÂGÉES,  
ÉTAT DES LIEUX  
ET PERSPECTIVES**



**LES ENSEIGNEMENTS  
À EN TIRER DANS LE  
DOMAINE DE LA SANTÉ  
BUCCO-DENTAIRE**

*Ouverture du Colloque*

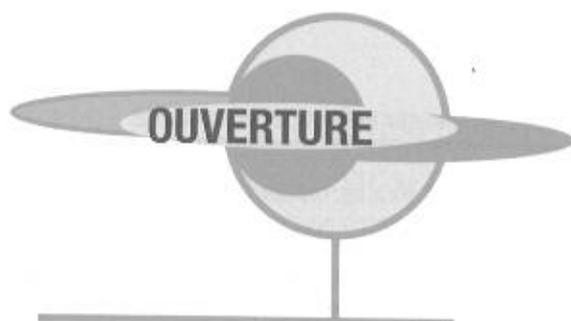


par le **DOCTEUR PATRICK HESCOT**

*Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*

**N**ous vous remercions d'être présents aujourd'hui. Lorsque nous avons eu l'idée de ce colloque de santé sur les personnes âgées, nous ne savions pas que Le Point allait titrer le jour même « Qui a peur des vieux ? ». Ma réponse est : pas les chirurgiens-dentistes. Par notre métier, nous sommes particulièrement sensibles aux aspects socioculturels, psychologiques et médicaux de la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Malheureusement, c'est en vieillissant, lorsque les problèmes deviennent difficilement réparables, que les personnes réalisent l'importance de la santé bucco-dentaire.

L'objectif de cette rencontre est de dresser un état des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Lorsque nous avons proposé ce sujet au Ministère, l'accueil a été très chaleureux. Monsieur Hubert Falco, qui nous a proposé son patronage, n'a pas pu être présent aujourd'hui. Il est représenté par Monsieur Le Divenah, son directeur de cabinet, qui nous a soutenus depuis le début du projet et que je remercie chaleureusement avant de lui passer la parole.



## par **MONSIEUR JEAN-PAUL LE DIVENAH**

*Directeur de Cabinet, représentant Hubert FALCO, Ministre Délégué aux Personnes Âgées*

**J**e suis honoré d'ouvrir ce colloque dont vous nous aviez annoncé la tenue lors d'un entretien au début du mois de juin. Hubert Falco vous accompagne de ses vœux et, par mon entremise, apporte son soutien aux initiatives de l'UFSBD pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Ce colloque intervient à un moment opportun puisqu'il se déroule pendant la semaine bleue, une semaine d'initiatives dédiées aux personnes âgées. Je serai d'ailleurs dans l'obligation de vous quitter pour aller remettre les prix de la semaine bleue attribués notamment à des initiatives favorisant les liens intergénérationnels.

### **Les enjeux de la santé bucco-dentaire des personnes âgées**

L'amélioration de la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées répond à des soucis esthétiques qui, s'ils sont importants, ne sont pas primordiaux. Il est en revanche essentiel de maintenir ou de rétablir un bon état nutritionnel chez ces personnes. La nutrition revêt en effet une importance vitale pour l'état de santé général des personnes âgées. Elle est garante du maintien d'une bonne autonomie fonctionnelle et de la prévention des maladies chroniques du troisième âge. C'est la raison pour laquelle le Ministre avait lancé en 2003 le programme « bien vieillir » orienté en priorité sur les questions d'alimentation. Ce programme se poursuit cette année, en lien avec le programme national « nutrition santé ».

Chez les adultes âgés, l'appétit, qui est un facteur décisif de l'alimentation, est fortement influencé par la prise de médicaments et l'existence de maladies physiques ou psychologiques. Par ailleurs, les difficultés de mastication influencent considérablement la qualité et la quantité des aliments consommés. La majorité des études met en évidence l'effet défavorable d'une mauvaise dentition, des difficultés de mastication ou de la déshydratation de la bouche sur l'appétit, le poids et l'alimentation. La littérature scientifique montre que si 3 % des personnes âgées conservent une dentition saine, une grande majorité de cette population a des problèmes bucco-dentaires. Ces quelques chiffres montrent que le phénomène est d'une ampleur considérable. Si l'édentation a des conséquences sur la santé, l'appareillage par des prothèses peut également être source de maladie lorsque la surveillance fait défaut. Pour éviter cette évolution, le contrôle régulier de l'état bucco-dentaire s'impose dès l'enfance. Nous savons que des soins dentaires simples ou une prothèse bien adaptée préservent l'image de la personne âgée. En effet, les concepts formels de beauté et d'apparence peuvent conduire, les plus jeunes notamment, à rejeter des personnes âgées en raison de leur dentition.

### **Une initiative régionale : l'unité mobile de soins dentaires**

En lien avec la CPAM 75, le Conseil Régional d'Île de France et l'URCAMIF, l'UFSBD a pris l'initiative de faire circuler à partir du mois de décembre une unité mobile de soins qui se rendra dans plusieurs établissements parisiens hébergeant des personnes âgées dépendantes. L'objectif est de sensibiliser et de former le personnel de ces établissements, d'apporter sur place les premiers soins et d'insérer les patients dans un réseau. Si l'évaluation de ce programme s'avère positive, je pense que sa généralisation à l'ensemble du territoire s'imposera. Dans ce cadre, j'estime qu'il serait important de conduire ces opérations avec les médecins coordonnateurs des maisons de retraite.

## Une préoccupation nationale : les lois sur la santé et la solidarité

Cet intérêt relativement récent pour les maisons de retraite est lié au phénomène de vieillissement que connaît notre société. Si ce vieillissement s'accompagne chaque année d'une amélioration de la santé, la proportion de personnes de plus de 80 ans ne cesse d'augmenter ; le taux de prévalence d'entrée dans la dépendance commence à concerner des populations considérables. Dans les années 70, les personnes âgées entraient en maison de retraite car elles étaient pauvres et isolées. Aujourd'hui, elles entrent en maison de retraite à 85 ans parce qu'elles sont dans un processus de perte d'autonomie avancée. Parallèlement, les politiques publiques qui avaient pris du retard dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées commencent à s'intéresser de près à ce phénomène.

Dans le rapport annexé à la loi de Santé Publique du 9 août 2004, un des objectifs de prévention concerne la santé bucco-dentaire des personnes âgées. La loi prévoit de réduire les affections bucco-dentaires et de diminuer de 10 % la proportion d'adultes de plus de 65 ans présentant une édentation totale. Les stratégies à mettre en œuvre sont, d'une part, une meilleure information de l'influence de la santé bucco-dentaire sur l'état général de la personne âgée et, d'autre part, l'accès au dépistage et aux soins. Dans ce cadre, la loi prévoit deux nouveaux dispositifs régionaux : le plan régional de santé publique et le groupement régional de Santé Publique. Ces nouveaux instruments sont adaptés à la mise en œuvre de cette loi importante.

La loi de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du 30 juin 2004 supprime un jour férié et instaure une augmentation de 0,3 % des charges sociales pour financer les politiques à destination de ces populations. A horizon 2007, cela représente 2,1 milliards d'euros qui iront dans la caisse nationale de solidarité pour améliorer la médicalisation des personnes âgées ou financer l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). En collaboration avec l'INPES, l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé, des actions de prévention globale des incapacités des personnes âgées pourraient être mises en place dès 2005. Enfin, nous pourrions financer le programme expérimental « bien vieillir » et continuer à développer des synergies pour travailler avec l'UFSBD.

Cette journée marque le début des travaux de mise en œuvre régionale de la prévention en partenariat avec les acteurs régionaux dont un grand nombre est présent aujourd'hui. Je tiens, au nom du Ministre, à saluer ces partenaires pour leur volonté d'agir en faveur de la bien traitance des personnes âgées.

## LA PROBLÉMATIQUE DES PERSONNES ÂGÉES EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

par le **PROFESSEUR JACQUES ROLAND**

*Ancien Président de la Conférence des Doyens de Facultés de Médecine*

et le **DOCTEUR PATRICK HESCOT**

*Professeur Jacques ROLAND*

Le thème de cette journée destinée aux chirurgiens-dentistes arrive à point dans l'actualité médicale, car nous, médecins, sommes à la croisée des chemins en ce qui concerne la gériatrie. En effet, si la pédiatrie est née il y a une cinquantaine d'années, nous venons, cette année seulement, d'officialiser l'origine de la gériatrie. Il n'y a pas si longtemps, les médecins généralistes ne pouvaient marquer leur orientation vers la gériatrie qu'au travers d'une capacité en gérontologie. Cette capacité était d'ailleurs très utile puisqu'elle permettait d'accéder à certaines fonctions dans les établissements abritant les personnes dépendantes. Les spécialistes avaient la possibilité de passer un DESC de type 1, c'est-à-dire non-qualifiant. Ce DESC permettait à un cardiologue ou à un rhumatologue ou un autre spécialiste d'afficher une orientation de son activité vers les personnes âgées. Aujourd'hui, un cardiologue ou un généraliste peut devenir gériatre, en exercice exclusif, grâce au DESC de type 2 qui vient d'être créé. Il s'agit donc de la naissance officielle de la gériatrie.

Cette évolution récente dans la profession médicale suscite des interrogations. Doit-on travailler avec les pouvoirs publics, et en particulier avec le Ministère de l'Éducation Nationale, pour favoriser la création d'une spécialisation vers les personnes âgées chez les médecins généralistes ou chez les chirurgiens-dentistes ? Nos professions ne progressent que grâce à ceux qui spécialisent leur activité. Toutefois, il existe des risques liés à une telle spécialisation qui sont qu'un dentiste, un médecin ou un cardiologue qui n'aurait pas cette orientation renonce à soigner les personnes âgées.

Quoi qu'il en soit, il est impossible de rester indifférent face à ces évolutions et il est nécessaire que l'ensemble de nos professions y réfléchisse.

*Docteur Patrick HESCOT*

En préambule, je souhaite remercier Monsieur Jean-Paul Le Divenah pour sa bienveillance par rapport aux projets de l'UFSBD. Le programme de la journée est complet. Il embrasse toutes les composantes de la problématique des personnes âgées et réunit les compétences d'un grand nombre de personnes. Nous les en remercions car leur implication ne se limite pas à l'intervention à cette conférence.

### Pourquoi ce colloque ?

La santé bucco-dentaire a été trop souvent sous-estimée. En effet, la santé inclut le bien-être physique et moral. Pour les personnes âgées, ce bien-être suppose une bonne santé dentaire sans laquelle il est difficile de conserver le respect de soi-même et l'envie de continuer à vivre.

Il est naturel que l'UFSBD, née il y a près de 40 ans, privilégie l'action auprès des personnes âgées. Nous l'avons fait à la demande des personnes qui travaillent pour cette population, comme ce fut le cas pour les personnes handicapées. En écoutant le personnel accompagnant, nous nous sommes rendus compte que la problématique dentaire était encore plus importante que nous ne l'imaginions. En effet, une personne édentée sans appareil est une personne qui finit par ne plus se nourrir, ne plus communiquer, par s'isoler et par mourir.

Les chirurgiens-dentistes sont des acteurs de la société et à ce titre, ont un rôle à tenir. Nous voulons prouver qu'une profession libérale – 90 % des chirurgiens-dentistes sont libéraux – est capable d'assumer ses responsabilités. Nous revendiquons un monopole d'exercice car nous revendiquons notre place dans la société. L'an prochain, l'UFSBD va être associée au programme de prévention et de santé et va lancer des campagnes importantes contre le tabac puis contre l'alcool. Ces problèmes ont, en effet, un impact sur la santé bucco-dentaire.

En tant que chirurgiens-dentistes, nous souffrons de notre spécificité. Nous ne faisons que six ans d'étude au lieu de neuf et par conséquent, nous sommes un peu dévalorisés par rapport à nos confrères médecins. Cela est à mettre en rapport avec la moindre importance que notre société accorde à la bouche par rapport aux autres organes du corps. Cela illustre le chemin qui reste à parcourir pour faire comprendre l'importance de la santé bucco-dentaire. Mon propos n'est pas de transformer la chirurgie dentaire en médecine mais d'apporter des solutions en médicalisant la santé bucco-dentaire sans complexe.

#### Déroulement de la journée

---

Le but d'un colloque comme celui d'aujourd'hui est de faire se rencontrer des personnes de mondes différents afin de construire le futur ensemble. Je remercie chacun des intervenants qui vont beaucoup nous apprendre à partir de leur connaissance des problèmes. Nous donnerons la parole au Professeur Jeandel qui est l'un des auteurs du livre blanc sur la gériatrie et qui nous expliquera les enjeux médico-sociaux du vieillissement de la population. Nous avons demandé au Docteur Brocker, un des premiers gériatres à s'être préoccupés des problèmes bucco-dentaires, de nous détailler les différentes manières de vieillir et notamment comment vieillir avec succès.

Le Docteur Julien Laupie nous présentera un état des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes âgées dans notre pays. Un séminaire récent de l'association dentaire française nous a permis de mesurer les lacunes en termes de données et de statistiques dans notre secteur. En effet, notre pays n'a pas une grande culture épidémiologique et il existe peu de chiffres sur la santé des personnes âgées et des adultes.

Nous avons choisi de ne pas interrompre les interventions et vous demandons de conserver vos questions pour les poser lors des deux moments de débat qui auront lieu et seront animés par le Docteur Jean-Pierre Giordanella, Vice-Président du Haut Conseil de la Santé Bucco-Dentaire.

Cet après-midi, nous traiterons des conséquences médicales et psychologiques de la mauvaise santé bucco-dentaire. Le Docteur Valérie Pouyssegur et le Professeur Patrick Mahler, spécialistes en odontologie gériatrique, ont réalisé un guide sur ce sujet et ils nous démontreront l'importance des traitements des problèmes bucco-dentaires de la population âgée.

L'une des forces de l'UFSBD réside dans sa volonté d'agir. Il nous a semblé important d'aborder les axes de prise en charge possibles en matière de santé bucco-dentaire des personnes âgées. En effet, l'UFSBD est l'organisme officiel de promotion et de prévention de la santé bucco-dentaire et, à ce titre, dispose de l'appui de tous les organismes associés comme les universités, les syndicats ou le Conseil de l'ordre. Pour agir, nous avons besoin d'argent et de partenaires de Santé Publique. Dans ce cadre, j'aurai le plaisir d'accueillir Monsieur William Gardey, Président de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et Monsieur Fabien Toury, représentant Madame Josette Raynaud, directeur général de la CPAM de Paris, qui nous montreront comment, concrètement, deux mondes, qui s'ignorent ou s'opposent parfois, savent s'entendre intelligemment pour le bien-être de la population. A ce titre, l'opération du bus dentaire, qui n'est pas à l'initiative de l'UFSBD mais de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, est remarquable. Cette opération témoigne d'une volonté manifeste des partenaires de collaborer.

Enfin, nous donnerons la parole à Monsieur Bertrand Garros, directeur de stratégie à la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). La FNMF se préoccupe énormément de la santé des personnes âgées. Monsieur Garros décortiquera le nouveau contexte législatif mis en place cet été pour organiser une réponse aux besoins de Santé Publique et nous expliquera comment la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées peut s'inscrire dans ces dispositifs.

Nous terminerons cet après-midi par un débat et donnerons la parole au Professeur Youssef Haïkel qui aura la lourde tâche de conclure notre journée.

Je remercie Monsieur Le Divenah pour ses propos très aimables et vous souhaite à tous un excellent colloque.

# LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES, ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

## LES ENSEIGNEMENTS À EN TIRER DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

*1<sup>ère</sup> partie*

## LES ENJEUX MÉDICO-SOCIAUX DE L'AVANCÉE EN ÂGE : QUELLES OFFRES POUR QUELS BESOINS ?

par le **PROFESSEUR CLAUDE JEANDEL**

*Médecin gériatre, Secrétaire Général du Collège Professionnel des Gériatres Français  
et Chef du service de Gériatrie Clinique du CHU de Montpellier*

**J**e tiens tout d'abord à remercier mon ami Jacques Roland grâce à qui j'ai pu entrer en contact avec l'UFSBD. L'objectif de mon intervention est de tenter de répondre à la question suivante : quelle offre pour quels besoins en matière de santé des personnes âgées ? Il me semble utile de préciser que ces besoins sont évolutifs et que l'offre est aujourd'hui en déphasage par rapport à ces besoins.

### Les facteurs démographiques

La définition des personnes âgées varie. Les économistes considèrent que l'âge de la retraite, 60 ans, marque l'entrée dans « l'âge avancé ». Les démographes et l'OMS considèrent que le seuil se situe à 65 ans. Pour les gériatres, les malades âgés deviennent gériatriques à partir de 75 ou 80 ans. A partir de 70 ans, les consommations médicales augmentent de façon significative. Cette situation est normale, les dépenses de santé se sédimentent en fin de vie en raison des progrès médicaux qui ont différé l'âge de survenue des maladies chroniques.

Les besoins sont induits par les changements démographiques. Au niveau planétaire, un double phénomène explique cette poussée démographique : d'une part, l'allongement de la durée de vie et de l'espérance de vie, plus particulièrement marqué dans les pays développés depuis le début du siècle dernier et, d'autre part, le vieillissement de la population. Ce vieillissement se traduit par une augmentation du nombre des plus âgés par rapport aux plus jeunes. En 1996, les pays ayant une population âgée de plus de 60 ans supérieure à 20 % se situaient exclusivement en Europe de l'Ouest. En 2025, cette situation concernera l'ensemble des pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

### Une population hétérogène

De 2000 à 2050, la part des plus de 65 ans va passer de 15,9 % à 28 % en France. Ceci a des conséquences sur la santé et la dépendance de la population, ainsi que sur les retraites. Si la prise de conscience de ces enjeux a eu lieu, les réponses sont encore inadaptées et les anticipations insuffisantes. Les besoins vont encore croître tandis que les moyens ne suivront pas.

En moyenne, la quantité de vie restante chez un individu de 60 ans est de 20 ans pour un homme et de 25 ans pour une femme. Cela signifie qu'on ne peut plus refuser de prodiguer des soins à partir d'un certain âge quand l'espérance de vie restante est encore significative. Cette espérance de vie est une moyenne et il existe une hétérogénéité importante. Par exemple, la mesure de la force musculaire dans une population de jeunes fait apparaître un écart type faible alors que la mesure de cette même force chez des personnes âgées fait apparaître un écart type important. Par conséquent, il nous faut être capable de distinguer les personnes et les soins à leur prodiguer non plus à partir de leur âge civil mais en termes fonctionnels et en fonction de leur état de santé. Les statistiques montrent qu'un homme de 70 ans atteint d'une pathologie traitée stable dispose de treize ans d'espérance de vie alors qu'un homme du même âge atteint de deux pathologies traitées stables voit son espérance de vie diminuer très sensiblement.

### Le pari gérontologique

Il me semble plus intéressant de se focaliser sur la notion d'espérance de vie de santé, c'est-à-dire la durée de vie en bonne santé. Dans un pays développé comme le nôtre, il existe une poussée d'espérance de vie globale mais aussi une augmentation de l'espérance de vie de santé. On constate une compression de la morbidité c'est-à-dire une réduction de la période de vie au cours de laquelle les maladies chroniques sont à la source d'invalidité et de handicaps. Dans nos pays développés, le pari gérontologique est non pas d'augmenter l'espérance de vie globale, mais de comprimer la morbidité afin que le plus grand nombre de personnes atteignent cette espérance de vie maximale en bonne santé. Les progrès de la prévention ont d'ores et déjà œuvré dans ce sens et il est sans doute possible de faire mieux.

### ■ Les modalités d'avancée en âge

Trois modalités d'avancée en âge peuvent être distinguées :

- le vieillissement avec succès dans lequel les fonctions de l'individu restent optimales ;
- le vieillissement usuel, qui se caractérise par une diminution des capacités fonctionnelles sans qu'on puisse attribuer cette diminution à une maladie des organes (c'est le cas lorsque la diminution du débit cardiaque n'est pas attribuable à une maladie de cœur par exemple) ;
- le vieillissement avec « morbidité » car l'âge est un facteur de risque dans les maladies chroniques.

Sur ce dernier point, la maladie d'Alzheimer touche 17 % des personnes âgées de plus de 75 ans et 25 % des plus de 85 ans. L'âge est donc un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer. Toutefois, elle n'est pas inéluctablement liée à l'âge.

Le concept de déconditionnement s'applique ici. Il fait l'hypothèse que l'individu soumis à un environnement stimulant bénéficiera d'un vieillissement réussi alors que celui qui se déconditionne et vit un quotidien appauvri évoluera vers un vieillissement de type usuel.

### ■ Les composantes génétiques et l'environnement

Si l'âge est un facteur de risque, il n'est pas la cause de la plupart des maladies. Par exemple, en ce qui concerne l'arthrose, il ne faut pas confondre la pression du temps et le temps de la pression. Une personne en surpoids à 20 ans est très susceptible de souffrir d'arthrose rapidement. En absence de surpoids, il faudra davantage de temps pour que la pression s'exerce sur les cartilages et, les fragilisant, génère de l'arthrose.

Il n'existe qu'une maladie du vieillissement qui est la presbytie. La plupart des maladies chroniques qui surviennent chez les sujets âgés sont des maladies qui peuvent survenir indépendamment de l'âge. Toutefois, elles sont davantage observées chez les sujets âgés en raison de la diminution des performances et aptitudes physiques.

Les maladies du vieillissement sont la résultante de facteurs génétiques et de l'environnement. En effet, de nombreuses maladies sont programmées génétiquement mais ne s'expriment que si l'environnement leur est favorable. L'alimentation, les facteurs sociaux ou la pratique d'une activité physique sont des facteurs très importants.

Deux études longitudinales ont analysé le débit cardiaque et la fonction rénale en fonction de l'âge. Le suivi de cohortes de personnes en bonne santé a montré que la fonction rénale et le débit cardiaque restent normaux chez des sujets d'âge avancé sous réserve qu'ils ne souffrent pas de diabète ou d'hypertension. Selon des enquêtes anglo-saxonnes, 25 % à 30 % de la population bénéficieraient d'un vieillissement idéal.

### ■ La sous-estimation de certaines affections

Nous sommes confrontés à un paradoxe apparent entre les gains en espérance de vie à la naissance et l'augmentation de la morbidité. Compte-tenu de l'hétérogénéité de la population, ce paradoxe n'en est pas un. Les enquêtes déclaratives du CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) montrent que la morbidité après 65 ans est liée essentiellement aux pathologies cardio-vasculaires (dans 19 % des cas). Selon les enquêtes nationales du PMSI, la population âgée est celle qui est la plus hospitalisée pour les affections cardio-vasculaires, les affections ostéo-articulaires et les troubles mentaux. J'estime que ces études ont éludé une composante sensorielle primordiale de la santé car nous sommes face à une épidémie silencieuse : l'hypocousie. Cette maladie touche de nombreuses personnes qui ne s'en plaignent pas et consultent très peu les spécialistes. Il en va de même pour des affections bucco-dentaires : seulement 12 % des personnes interrogées signalent l'existence d'infections buccales et dentaires.

## La survenance des maladies

Pour les gériatres, les malades gériatriques sont des personnes de plus de 75 ans, poly-pathologiques et à haut niveau de dépendance. Le pari gériatrique consiste à éviter de passer de la trajectoire de vieillissement habituel ou avec succès à celle du vieillissement avec morbidité. Ce passage s'opère en général de manière sournoise. Les personnes se fragilisent à l'occasion d'un certain nombre d'événements et risquent d'entrer dans des pathologies. Les pathologies bucco-dentaires figurent parmi les causes et les conséquences les plus fréquentes de la dénutrition qui est souvent observée dans le vieillissement avec morbidité.

### ■ Les pathologies infectieuses

Les enquêtes du CREDES indiquent que les personnes âgées déclarent en moyenne 2,4 maladies incidentes par an en sus d'éventuelles maladies chroniques. Il s'agit essentiellement de maladies infectieuses. Or la pathologie infectieuse est la troisième cause de mortalité primaire en France derrière les maladies cardiovasculaires et le cancer.

Les maladies infectieuses sont la première cause de mortalité des nonagénaires qui ont surmonté l'âge de survenue des maladies vasculaires et du cancer. Elles sont bien souvent consécutives à des états de dénutrition.

### ■ La prévalence du palliatif

Les maladies sont des déficiences qui sont à l'origine d'incapacités fonctionnelles, elles-mêmes à l'origine d'handicaps. Les équipes médicales ont été formées à guérir, domaine où la France excelle. En revanche, nous sommes moins performants dans le soin palliatif. Or, par définition, les maladies chroniques ne guérissent pas et, pour ces pathologies, la part du palliatif est majeure.

Le terme de « handicap » est aujourd'hui réservé à des personnes jeunes, en deçà de 60 ans. Un quadragénaire victime d'un accident cardio-vasculaire cérébral ayant comme conséquence un déficit fonctionnel sera considéré comme handicapé. Un sexagénaire ou un septuagénaire dans la même situation sera considéré comme dépendant et ne relèvera pas des mêmes dispositifs de prise en charge au niveau des soins. Je considère qu'il faut bannir le terme de dépendance et parler de handicap. En effet, la dépendance ne renvoie pas à la maladie dont elle est consécutive et n'incite pas à rechercher cette maladie. Dans certains services, j'ai vu des malades dits dépendants qui sont « gérés » sans que le personnel soignant sache à quoi est due cette dépendance.

### ■ Des moyens insuffisants et inadaptés

Actuellement, je considère que les personnes âgées sont sous-médicalisées. Les cancers sont de plus en plus fréquents dans cette population et les soins prodigués ne donnent pas les mêmes chances de guérison aux personnes âgées qu'aux jeunes. Il en va de même pour les traitements de dépressions nerveuses ou d'accidents vasculaires cérébraux. Selon l'âge, la rééducation sera une rééducation fonctionnelle ou se limitera à des soins de suite gériatrique. Or la dotation en personnel est trois ou quatre fois plus importante pour la rééducation que pour les soins de suite. Cette situation implique une perte de chance pour le plus âgé.

La politique médico-sociale est malheureusement erratique, la gestion des volets sanitaires et médico-sociaux est cloisonnée, la prise en charge demeure trop segmentée et on peut déplorer une absence notable d'anticipation. En effet, les analyses prospectives macro-économiques font état d'une augmentation des dépenses de santé de 1 % par an jusqu'en 2020 alors que, malgré les progrès de la médecine, l'état de santé global va se détériorer. En effet, les maladies chroniques sont de plus en plus nombreuses à un âge très avancé.

Enfin, aujourd'hui, on compte en moyenne un gériatre pour 7 000 personnes de plus de 65 ans en France. Dans la Creuse, la moyenne est d'un gériatre pour 17 600 personnes âgées !

### ■ Des itinéraires personnalisés

Il nous faut mettre en œuvre des réseaux gériatriques et il nous faut imaginer des itinéraires pour ces malades. Le meilleur itinéraire est le maintien à domicile du patient. Cela n'est possible que s'il bénéficie d'évaluations gériatriques régulières dans lesquelles l'évaluation bucco-dentaire a une place capitale.

Je suis sensible à ce colloque car j'estime qu'il nous faut trouver des convergences. Dans le livre blanc que j'ai signé, j'ai omis d'inclure un chapitre sur la santé bucco-dentaire. C'est une erreur que je réparerai dans la prochaine édition.

## VIEILLISSEMENT AVEC SUCCÈS / VIEILLISSEMENT AVEC COMPLICATIONS

par le **DOCTEUR PATRICE BROCKER**

*Médecin gériatre, Chef du service de Gériatrie du CHU de Nice*

**A**u centre universitaire de gériatrie du CHU de Nice, à l'hôpital de Cimiez, nous avons la chance de disposer d'un Professeur d'université en odontologie qui nous visite régulièrement depuis plus d'un an pour participer à l'évaluation gériatrique de nos patients.

Le vieillissement est un phénomène complexe qui met en jeu deux paramètres : des mécanismes génétiques et des mécanismes environnementaux. En matière de génétique, les thérapies pour empêcher de vieillir n'existent pas. Il nous faut donc agir sur les facteurs environnementaux pour éviter que le vieillissement en bonne santé ne devienne un vieillissement avec morbidité. Je rejoins Claude Jeandel qui déplore l'absence de politique de prévention globale pour un bon vieillissement.

### Quelques notions utiles

#### ■ L'espérance de vie

En l'an 1000, l'espérance de vie d'un homme était de 23 ans, celle d'une femme de 18 ans. Il a fallu attendre le début du vingtième siècle pour voir cette espérance de vie doubler : 46 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes. C'est à cette époque qu'Alzheimer a décrit sa maladie, la démence sénile, en prenant l'exemple d'une très vieille femme de 51 ans !

Brutalement, après la deuxième guerre mondiale, les conditions socio-économiques se sont améliorées et les progrès de la médecine ont été considérables. Lorsque j'ai commencé mes études de médecine, l'âge moyen des personnes atteintes d'accidents vasculaires cérébraux se situait aux alentours de 50 ans. Aujourd'hui, ces accidents surviennent chez des personnes de 75 ans. Certaines causes de survenance de maladie sont désormais retardées grâce aux progrès médicaux et à ceux de la pharmacologie.

Aujourd'hui, l'espérance de vie est de 84 ans pour une femme française et de 75 ans pour un homme. Il existe aujourd'hui en France près de 10 millions de personnes âgées de plus de 65 ans ; 4,5 millions ont plus de 75 ans et 1,5 million plus de 85 ans. Sur les 6 millions de patients âgés présentant des problèmes, 20 % sont atteints d'une démence de type Alzheimer.

La comparaison quantitative de la population des plus de 60 ans avec celle des moins de 20 ans montre un déséquilibre inquiétant. Toutefois, la France et l'Irlande sont les deux pays européens dans lesquels le taux de natalité s'est relevé alors que la tendance est inverse en Italie, en Espagne et en Allemagne. Ces pays connaissent désormais des problèmes gériatriques importants et sont soucieux pour leur avenir.

L'espérance de vie ne veut rien dire sauf pour les statisticiens ou les démographes. Elle permet simplement de constater que nous avons la chance de vivre dans un pays où les conditions socio-économiques sont bonnes et où la médecine est de qualité. Je vous rappelle que l'espérance de vie actuelle d'un homme russe est de 51 ans, celle d'un Malien est de 34 ans.

## ■ La mortalité

L'ensemble de la médecine, et les gériatres en particulier, doit travailler à comprimer la morbidité pour qu'elle se calque sur la courbe de mortalité. L'objectif étant de mourir en bonne santé !

La longévité exprime les capacités génétiques que chaque espèce a de vivre le plus longtemps possible. Un éphémère naît le matin pour mourir le soir, la tortue des îles Galapagos vit 300 ans. Jeanne Calment a montré que l'espèce humaine peut vivre au moins jusqu'à 120 ans. Les experts estiment que cette longévité pourrait être de 140 ans. Si nous nous rapportons au règne végétal, notre longévité est faible. En effet, le séquoia d'Amérique du Nord peut vivre jusqu'à 10 000 ans.

20 à 25 % des Français vieillissent en bonne santé et 20 à 30 % vieillissent avec des maladies usuelles. Les autres vont développer des pathologies chroniques les unes après les autres, vont voir leurs capacités fonctionnelles se réduire et vont devenir moins performants vis-à-vis des événements stressants qui vont survenir.

Avant 80 ans, la mortalité est essentiellement due aux cancers, aux accidents cardio-vasculaires et respiratoires. Après 80 ans, les maladies cardio-vasculaires et les cancers restent les causes essentielles des décès. La maladie d'Alzheimer est estimée responsable de 17 % des décès sur cette population. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est non seulement un diagnostic de mort sociale mais aussi, compte tenu des traitements existants, de mort physique.

## ■ Le vieillissement

Les phénomènes qui interviennent dans le vieillissement sont la génétique, le stress oxydatif avec la libération des radicaux libres et les déficits hormonaux. L'impact de la génétique sur le vieillissement est rendu évident et visible par une maladie comme la progéria dont on connaît désormais les gènes responsables.

### → L'alimentation

Pour améliorer le vieillissement et la longévité, des travaux américains ont mis en évidence l'intérêt des restrictions caloriques. Des souris ont été nourries selon un régime restreignant les calories et ont été comparées à une cohorte de souris nourries normalement. Cette expérience a montré que les souris moins nourries vivaient 25 % de temps supplémentaire. Extrapoler ces études en laboratoire à un enfant qui naîtrait aujourd'hui et dont on pense qu'il a une chance de vivre jusqu'à 100 ans est compliqué et nécessiterait plusieurs générations de chercheurs. Ces études ont donc été reproduites sur des primates, considérés plus proches de l'homme. Là encore, les primates soumis aux restrictions caloriques vivaient 20 % de temps de plus que ceux du groupe témoin. Toutefois, ils étaient dépourvus de poils et ne faisaient pas leur puberté.

La question se pose de l'alimentation adéquate par rapport aux périodes de la vie. Les enfants et les adolescents doivent apprendre à manger, l'adulte doit être vigilant quant à la qualité de son alimentation et doit en diminuer la quantité, la personne de grand âge, au-delà de 75 ans, doit adapter son régime. Des études ont montré que les régimes crétois ou méditerranéens apportent tout ce dont un corps a besoin pour fonctionner. Un groupe de personnes ayant eu un infarctus du myocarde a été soumis à un régime de cuisine lyonnaise tandis qu'un autre groupe était nourri avec un régime méditerranéen. L'étude, qui devait durer quatre ans, s'est arrêtée au bout de six mois pour des raisons déontologiques. Le groupe soumis au régime méditerranéen présentait 30 % de décès en moins.

### → Le stress oxydatif

Il existe des pathologies typiquement gériatriques liées aux effets du stress oxydatif, c'est-à-dire à la libération de radicaux libres. Des généticiens américains ont greffé dans le génome de mouches drosophiles un gène éliminant les radicaux libres. Ces mouches ont vécu 45 jours au lieu de 30. Ce gène existe dans le génome humain mais il ne fonctionne qu'avec les vitamines et oligo-éléments antioxydants. Or une étude a montré que plus de la moitié de la population a une alimentation journalière déficiente en vitamines et oligo-éléments.

Les risques de mortalité cardio-vasculaire diminuent avec la prise de vitamines A et E. Une équipe suisse a suivi une population âgée de 50 ans pendant 22 ans. Tous les deux ans, ces personnes étaient soumises à des bilans sanguins et à des tests psychométriques. A la fin de l'étude, les individus qui avaient conservé dans leur plasma les taux sanguins de vitamines et d'oligo-éléments anti-oxydatifs les plus élevés étaient ceux qui avaient gardé les meilleures performances cognitives. Il semble donc qu'une politique de prévention nutritionnelle pourrait retarder l'avènement de la maladie d'Alzheimer.

### → Les déficits hormonaux

En matière de correction des déficits hormonaux, les traitements substitutifs de la ménopause sont extrêmement efficaces. Cependant, aujourd'hui, certains médecins s'interrogent sur d'éventuels effets dangereux de ces traitements. Il en est de même pour le traitement de l'andropause et son possible impact sur le cancer de la prostate. En ce qui concerne les effets de la DHEA, nous ne disposons pas d'études longitudinales prouvant que cette hormone est non seulement bénéfique mais surtout n'entraîne pas d'accidents vasculaires ou de cancers. Il me paraît difficile dans ces conditions de prescrire ce type de produit pendant des années.

## ■ La prévention

### → Les bienfaits de l'exercice physique

Les effets bénéfiques de l'exercice physique sont une augmentation de la force musculaire, une diminution des fractures du col du fémur, une diminution des handicaps, une amélioration des fonctions mnésiques, un rôle au niveau de l'inter-régénération, une amélioration des fonctions cardio-vasculaires et cardio-respiratoires, une diminution des troubles de l'équilibre et une amélioration des postures, une valorisation de l'image de soi, une diminution des phénomènes de stress, une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Une étude américaine réalisée il y a quelques années montrait qu'une heure de marche journalière augmentait, à 60 ans, l'espérance de vie de six ans. En Provence, la pétanque est un sport merveilleux qui met en jeu énormément d'efforts musculaires et des réflexes. De plus, il s'agit d'un sport convivial et ludique.

### → L'ostéoporose

Le traitement de la ménopause concourt à prévenir l'ostéoporose de type 1 qui concerne les tassements et fractures de vertèbres. Quant à l'ostéoporose de type 2, une équipe française de réputation mondiale a montré qu'un peu d'exercice physique, deux gouttes de vitamines D et un gramme de calcium par jour diminuent le risque de fracture du col du fémur de 50 %.

En ce qui concerne le tassement et les fractures des vertèbres, je m'interroge sur le non-remboursement du seul examen permettant de détecter l'ostéoporose.

### → La maladie d'Alzheimer

Cette maladie concerne 800 000 patients en France. Elle fait l'objet d'une recherche très active qui travaille à un vaccin et à un médicament qui freinerait la bêta-sécrétase.

### → Les mycoses

Des statistiques du club francophone « gériatrie et nutrition » indiquent qu'au-delà de 80 ans, 97 % des patients ont une dentition défectueuse. En 2000, j'ai coordonné une étude portant sur 121 établissements de gériatrie en France afin d'évaluer les mycoses et candidoses rhino-pharyngées. Sur 8 000 patients, 25 % étaient sujets à ce type de mycoses et 70 % de ces patients l'ignoraient. J'estime qu'il convient sensibiliser et de former nos jeunes médecins au toucher buccal. En effet, les conséquences de ces pathologies bucco-dentaires non détectées sont extrêmement graves : d'une légère dénutrition jusqu'à des infections graves à répétition. Ces patients finissent par se grabatiser, faire des escarres et mourir.

### → La prévention globale

Il convient d'être attentif à ce que les facteurs environnementaux n'influencent pas trop les facteurs génétiques dans le sens de la maladie. Une étude américaine portant sur la prévention globale a suivi une population divisée en deux groupes. Le premier groupe est orienté vers les soins d'adultes, l'autre subit une prévention gériatologique par laquelle on lui explique comment s'alimenter, comment chuter, etc. Cette étude qui devait durer dix ans a été interrompue après deux ans. En effet, le groupe ayant suivi la prévention coûtait 47 % moins cher à la mutuelle ! La prévention est donc primordiale et je suis ravi que le représentant du Ministère nous annonce la prise en charge du programme national « Bien vieillir ».

Compte-tenu des connaissances médicales disponibles, un « bon » vieillissement suppose de conserver une vie sociale et intellectuelle le plus longtemps possible. En effet, l'un des premiers signes du vieillissement-maladie est l'isolement et la solitude. Par ailleurs, il convient de prévenir les pathologies à risques. Enfin, une activité physique, une alimentation équilibrée et une sexualité partagée sont des gages de vieillissement à succès.



## ETAT DES LIEUX DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES

par le **DOCTEUR JULIEN LAUPIE**

*Chirurgien-dentiste,*

*Chargé de mission de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire*

**N**ous ne disposons que de peu de données et de résultats d'enquêtes pour réaliser un état des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes âgées. La dernière enquête nationale représentative date de 1995. Il s'agit de l'enquête ICS 2 réalisée par l'UFSBD sous l'égide de l'OMS. Cette enquête portait exclusivement sur les personnes de 65 à 74 ans et n'incluait donc pas la totalité des personnes âgées. Nous disposons également des résultats d'une enquête effectuée sur la population girondine de 65 à 79 ans en 1994 ainsi que d'enquêtes réalisées sur des populations beaucoup plus restreintes. Je pense en particulier à une étude de la Mutualité Sociale Agricole sur les besoins en soins parodontaux de ses assurés âgés de 65 à 85 ans et aux nombreuses enquêtes réalisées auprès des personnes âgées résidant en institutions ou auprès des personnes âgées dépendantes.

### **Les principaux résultats de l'enquête ICS 2**

Cette enquête portant sur la population des 65 à 74 ans a permis de déterminer un indice CAOD moyen qui était de 23,3. Cela signifie qu'on a dénombré en moyenne 23,3 dents cariées, obturées ou absentes par bouche. Ce sont les dents absentes qui participaient essentiellement à ce score avec 17 dents absentes par individu et 16 à 17 % de personnes totalement édentés. Il est nécessaire de relier ce chiffre aux pratiques extractionnistes de l'époque à laquelle ces personnes se sont fait soigner. Ce constat est confirmé par le nombre élevé de prothèses dentaires qui sont, le plus souvent, des prothèses dentaires amovibles.

L'étude fait apparaître un nombre faible de dents cariées avec un indice de 1,1. Par ailleurs, 90 % de la population n'avait pas besoin d'obturation. En revanche, l'indication de détartrage était souvent posée. Les résultats de l'étude montrent qu'il existe un lien significatif entre la santé bucco-dentaire et les variables socio-démographiques. L'état dentaire des personnes vivant en milieu rural est moins bon que celui des personnes vivant en ville. Par ailleurs, un milieu socio-économique élevé favorise une bonne santé bucco-dentaire. Les résultats français comparés à ceux des autres pays ayant participé à l'enquête ICS 2 (exemples : Allemagne de l'Est, Pologne, Lettonie, Japon, Etats-Unis, Nouvelle Zélande) figurent parmi les meilleurs.

Ces résultats datent de dix ans et il est délicat d'extrapoler un état des lieux actuel. Les différentes campagnes de promotion de la santé bucco-dentaire, l'introduction de sel et des dentifrices fluorés, l'amélioration des pratiques professionnelles favorisant les soins conservateurs nous laissent penser que l'état de santé bucco-dentaire s'est amélioré. Toutefois, nous manquons de données actualisées pour l'affirmer et il serait intéressant qu'une nouvelle enquête nationale soit menée afin que les besoins à venir soient correctement anticipés.

### **Les résultats d'enquêtes sur des populations plus restreintes**

La situation des personnes résidant en institution et particulièrement des personnes âgées dépendantes est alarmante.

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladies (URCAM) des pays de Loire a réalisé en 2000 une enquête sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant en institutions. 400 individus de 80 ans en moyenne ont été examinés. Cette étude a montré que les besoins en soins pour cette population n'étaient pas

comparables à ceux évoqués dans l'enquête ICS 2. En effet, 63 % des patients examinés avaient besoin d'une réhabilitation buccale complète, c'est-à-dire d'extractions, de détartrage, de soins conservateurs et de traitements prothétiques. 17 % des patients examinés avaient des besoins uniquement prothétiques.

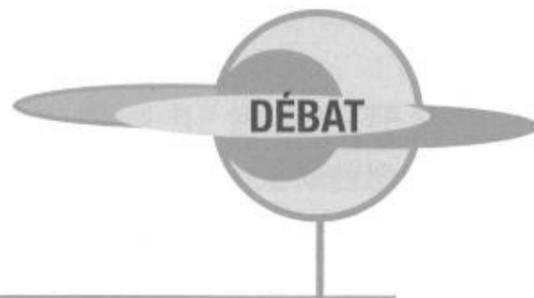
En outre, ces patients sont sujets à des pathologies aggravantes. C'était le cas d'un résident sur dix. Il s'agit soit de maladies susceptibles d'être aggravées par un mauvais état bucco-dentaire, soit de maladies favorisant une dégradation de l'état de santé bucco-dentaire. Il est désormais impossible de séparer une bonne santé générale d'une bonne santé buccale.

Les enquêtes réalisées ont montré que les besoins augmentent proportionnellement à l'état de dépendance des patients. Les deux dernières enquêtes réalisées par les Caisses Primaires d'Assurances Maladie de l'Essonne et de Paris auprès de patients dépendants dont l'âge moyen était de 90 ans montrent qu'il reste neuf dents en moyenne par individu et seulement quatre dents saines. 30 % de ces personnes sont édentées et un tiers d'entre elles n'est pas appareillé.

En termes de besoins, ces études ont conclu qu'il convenait d'extraire trois dents en moyenne chez ces patients, que 80 % des résidents avaient au moins une dent manquante non remplacée, qu'un tiers des sujets avait une carie à traiter et que plus de la moitié de la population avait besoin de soins prothétiques. Globalement, trois personnes âgées sur quatre n'ont pas une cavité buccale leur permettant de s'alimenter correctement. Elles sont dans un cercle vicieux dans lequel le handicap diminue les possibilités d'hygiène bucco-dentaire autonome entraînant une dégradation de l'état dentaire, source de difficultés d'alimentation.

Cette population ne se plaint pas et est peu demandeuse. En effet, seulement un quart des résidents ayant besoin d'une consultation dentaire l'a sollicitée, et seulement 13 % des patients qui auraient besoin d'une aide au brossage la demande. Enfin, 34 % des personnes dépendantes ont vu un chirurgien-dentiste au cours des cinq dernières années alors qu'une visite annuelle est préconisée.

Globalement, la prise en compte de la santé bucco-dentaire des personnes âgées nécessite de disposer de données épidémiologiques actualisées afin de préparer l'avenir et de déterminer avec précision les besoins de demain. Il s'agit en effet d'un problème de Santé Publique.



## animé par le DOCTEUR JEAN-PIERRE GIORDANELLA

*Médecin,  
Directeur de la politique des services de prévention  
de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris*

*Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

**A** l'écoute de ce qui vient d'être dit par le Professeur Brocker, je me félicite d'être Marseillais (vivre au soleil, jouer à la pétanque et avoir une alimentation équilibrée !). Tout d'abord, je retiens qu'il faut cesser de segmenter la vie en tranches d'âges et préférer parler d'un continuum d'avancée en âge. Les interventions de nos collègues montrent aussi qu'il reste des questions en suspens pour mener une politique de Santé Publique. Une telle politique doit être conçue avec les professionnels de terrain. Enfin, une politique d'intervention bucco-dentaire qui vise la nutrition, l'esthétique et le respect de la personne a un impact certain sur la santé générale de la population.

*Monsieur Paul KARSENTY, Direction générale de la santé*

Ce matin, les intervenants ont évoqué avec insistance l'incidence de la santé bucco-dentaire des personnes âgées sur la Santé Publique. En effet, la santé bucco-dentaire a un impact sur les infections, la dénutrition, l'image de soi et les relations à autrui.

La faible prise en compte de la santé dentaire dans la santé en général et plus particulièrement dans celle des personnes âgées a plusieurs causes. La profession dentaire a souffert et souffre encore d'une séparation trop marquée par rapport au reste du monde médical. Cette situation évolue et la prise en compte de la santé dentaire devient réelle. Pour la première fois, un objectif de santé dentaire est annexé à la loi de Santé Publique du 9 août. Par ailleurs, le fait que le Ministère se soit doté d'une compétence de chirurgien-dentiste me semble également aller dans le sens d'une meilleure prise en compte de la santé dentaire. Enfin, dans le plan Alzheimer présenté par le Ministre il y a quinze jours, figure un chapitre sur la santé bucco-dentaire. Je pense que cette dimension sera désormais intégrée dans les plans de Santé Publique.

*Docteur CAPUANO, Chirurgien-dentiste*

Je suis heureuse d'entendre que les médecins vont commencer à s'occuper des problèmes bucco-dentaires. En effet, les généralistes regardent rarement la bouche de leurs patients alors que les premiers symptômes de nombreuses maladies se situent au niveau dentaire ou de la muqueuse buccale.

*Professeur Claude JEANDEL*

Je m'interroge sur la place de la santé bucco-dentaire dans la formation initiale des médecins. J'estime que cette question mériterait d'être soulevée et que les programmes devraient être revus. En effet, les médecins généralistes ont un rôle d'interface entre le malade et tous les professionnels de santé. Toutefois, ces médecins ont des contraintes. La patientèle est de plus en plus pathologique et le temps d'une consultation ne permet pas une auscultation complète.

*Monsieur Charles MARTINEZ, Président de la CPAM des Ardennes*

Nous favorisons le maintien à domicile, mais je constate que l'hygiène bucco-dentaire devient problématique en milieu rural car les dentistes se déplacent rarement à domicile.

*Docteur Julien LAUPIE*

Il existe effectivement un problème pour accéder à cette population en milieu rural. Par ailleurs, le handicap de ces personnes ne leur permet pas de se déplacer. Le Conseil National de l'Ordre met à disposition des Conseils Départementaux des mallettes de soins adaptées pour les chirurgiens-dentistes. Par ailleurs, des actions de Santé Publique commencent à être élaborées, comme en témoigne la création d'unités mobiles de soins. Il ne s'agit pas de l'unique réponse à ce problème. D'autres initiatives doivent être encouragées pour répondre aux spécificités locales et régionales.

*Docteur Patrick HESCOT*

En matière bucco-dentaire, la prévention est particulièrement efficace. Je considère que des actions de sensibilisation et de formation des médecins et du personnel soignant doivent être entreprises en amont pour participer à la résolution de ces problèmes de Santé Publique. Je pense que l'UFSBD devra assumer un rôle de formation qui, dans le temps, sera efficace.

Par ailleurs, le dentiste est le pivot du soin bucco-dentaire mais il doit apprendre à déléguer, former et travailler avec les autres professions, médicales ou non. Il est important de décloisonner nos périmètres d'intervention et d'éviter les corporatismes.

*Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

L'approche privilégiée jusqu'ici était davantage curative que préventive. Nous savons aujourd'hui qu'une prévention efficace permet de résoudre un grand nombre de problèmes.

*Professeur Patrick MAHLER*

J'estime que la politique de soins aux personnes âgées n'est plus adaptée à cette population. En effet, une nouvelle génération est née, celle des personnes âgées non prises en charges et qu'on retrouve dans les services hospitaliers. Il me semble qu'il est nécessaire de mener une réflexion de fond et qu'il faut changer nos méthodes qui ne sont plus applicables. Le vieillissement de la personne âgée est un vieillissement de toutes ses fonctions et a comme conséquence une diminution de sa mobilité. Je considère que nous devons aller vers ces populations pour mener une politique de prévention. Toutefois, je remarque que nous n'avons aucune certitude en matière de prévention dont les hypothétiques résultats ne seront pas mesurables avant 20 ou 30 ans.

*Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

Il est vrai que le résultat de la prévention est probabiliste : des mesures appliquées à tous ne bénéficieront qu'à quelques-uns. Il ne s'agit pas de faire des économies mais d'allouer des ressources à la non-maladie. Soigner immédiatement, lorsqu'on doit le faire, ne dispense pas de penser à une politique qui aura des effets sur les générations futures. J'ajoute que la prévention ne doit pas commencer à 75 ans.

*Docteur Patrice BROCKER*

Actuellement, les soignants et les personnes âgées se vaccinent contre la grippe. Le pneumocoque est une autre pathologie hivernale qui tue et pour laquelle un vaccin remboursé par la sécurité sociale existe. Or moins de 5 % de la population française âgée est vaccinée contre le pneumocoque. Une étude canadienne a montré qu'une vaccination contre la grippe et le pneumocoque réduisait la mortalité de 75 % et l'hospitalisation de 80 %. On peut déplorer de ne pouvoir imposer ces vaccinations de manière autoritaire car, en matière de prévention, on ne peut que conseiller.

Par ailleurs, j'estime qu'on ne peut pas tout demander aux généralistes, les spécialistes deviendraient inutiles ! L'enseignement de gérontologie date des années 1997 et 1998. Cela signifie que la majorité des médecins en activité n'ont jamais eu d'enseignement théorique en gériatrie. De plus, cet enseignement théorique ne représente que 10 à 20 heures selon les universités. Or 40 à 70 % des patients des généralistes sont des personnes âgées de plus de 70 ans.

#### *Professeur Claude JEANDEL*

J'estime qu'il ne faut pas se tromper de paradigme. Comme le disait le Professeur Patrick Mahler, les personnes âgées malades actuellement ou qui le seront dans les années à venir ne bénéficieront pas de la prévention. Je considère qu'il faut donc renforcer les moyens de prise en charge des personnes âgées malades.

#### *Professeur Jean-Philippe LODTER, Chef de service d'odontologie au CHU de Toulouse*

Stomatologiste de formation, j'ai été doyen de la faculté de Toulouse. A ce titre, je connais les enseignements qui y sont dispensés. Il ne faut pas oublier que l'odontologie est une discipline récente et que les écoles dentaires étaient toutes à l'extérieur des hôpitaux jusqu'à la création des facultés dentaires. Peu à peu, les services d'odontologie réintègrent les hôpitaux et ce n'est que dans ces conditions que des relations entre médecins et odontologistes peuvent se créer.

#### *Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

En ce qui concerne les vaccinations qui ne sont pas faites alors qu'elles sont prises en charge par l'assurance maladie, la question qui se pose est bien celle de convaincre. Par exemple, les septuagénaires très actifs qui pensent n'être pas vulnérables.

#### *Docteur Murielle MAURIN, Présidente de l'UFSBD du Gard*

La formation du personnel me semble être la pierre angulaire des dispositifs de prévention. Dans le Gard, nous avons mené une action dans des maisons de retraite avec la Mutualité Sociale Agricole. L'UFSBD a mis à notre disposition des diaporamas faciles à utiliser, et les cadres départementaux ont dispensé des formations au personnel de ces institutions. Ces formations ont eu des résultats rapides auprès des soignants et des accompagnants à qui elles ont apporté des réponses directement utilisables dans leur activité quotidienne. J'estime que ce dispositif devrait être étendu à toutes les personnes qui travaillent au domicile des patients, notamment aux auxiliaires de vie.

#### *Docteur GAZIL, Médecin Coordinateur*

Je suis passé du statut de médecin de soins à celui de médecin de Santé Publique. Dans la prise en charge des problèmes bucco-dentaires chez les personnes âgées, je me suis tourné vers les professionnels. Malheureusement dans le département de la Somme, les demandes que j'ai faites en direction des syndicats de chirurgiens-dentistes sont restées sans réponse.

#### *Docteur Patrice BROCKER*

La gériatrie n'est pas une médecine individualiste, c'est une médecine pluridisciplinaire et multidisciplinaire. Cela signifie qu'un médecin gériatre, sans le personnel formé pour prendre en charge les patients, ne sert à rien. Il s'ensuit qu'un médecin isolé en ville aura des difficultés à prendre en charge des patients gériatriques. Par exemple, il lui sera très difficile de joindre un correspondant dans une administration pour trouver une solution sociale dans l'urgence un vendredi après-midi.

Je regrette que le plan gériatrique du Ministère se soit arrêté aux urgences et n'ait pas intégré la nécessité de créer des lits d'aval en gériatrie. En effet, c'est l'hôpital de jour en gériatrie, et en particulier la consultation pluridisciplinaire travaillant en réseau avec les médecins et les EPAD, qui peut apporter des solutions.

#### *Docteur Marie-Christine RAVAILT, Médecin Général de Santé Publique*

Je suis chargée des dossiers expérimentaux, en particulier dans le domaine bucco-dentaire et dans celui des réseaux de santé. Des services d'odontologie spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées se mettent progressivement en place. En effet, la fragilité de ces personnes fait que le cabinet dentaire n'est pas adapté à leur prise en charge.

#### *Docteur Marie FONTANA, Médecin de Santé Publique adjointe au Maire de Nice*

Si l'hôpital est capital, il existe d'autres institutions qui ont des missions. Je pense à l'évaluation médicale et sociale réalisée dans le cadre de l'APA par une équipe médicale du Conseil Général qui met en place des plans d'aide. Il me semblerait utile de sensibiliser et de former ces médecins au diagnostic et à la prévention bucco-dentaires.

Par ailleurs, il existe des services de soins à domicile, et des coordinations se mettent en place. La sensibilisation des personnels de ces structures me semble également importante.

#### *Madame Anne BRISSON-NOEL, Directrice de la division professionnelle de Colgate*

J'ai beaucoup entendu parler de prise en charge des malades par les institutions et je me pose la question de la prise en charge du patient par lui-même. Il me semble que les individus ont du mal à prendre en charge leur santé bucco-dentaire pour deux raisons. D'une part, les soins dentaires ont toujours une connotation douloureuse et, d'autre part, le remboursement de ces soins est insuffisant. Par conséquent, l'état dentaire d'un certain nombre de personnes se dégrade.

#### *Professeur Claude JEANDEL*

Les interventions précédentes illustrent la nécessité de l'interdisciplinarité et de la transdisciplinarité. En effet, le rôle des équipes médico-sociales dans les conseils généraux, celui des médecins et celui des patients eux-mêmes ont été évoqués.

Pourquoi ne pas imaginer que les médecins adossent systématiquement une évaluation nutritionnelle lors des consultations vaccinales ? En effet, il existe un lien immédiat et bidirectionnel entre nutrition et pathologies bucco-dentaires. Les médecins disposent d'outils pour l'évaluation nutritionnelle comme le MNA dont la mise en œuvre pourrait être l'occasion de s'intéresser aux bouches de leurs patients.

Par ailleurs, j'estime qu'il faut impliquer davantage les odontologistes dans la prévention gériatrique. Enfin, il faudrait réfléchir aux traits d'union possibles entre médecins, dentistes et pharmaciens.

#### *Docteur Patrice BROCKER*

Je suis persuadé depuis longtemps que la prévention permettra aux gens de mieux vieillir. Malheureusement, il n'existe pas de politique globale dans notre pays car cela ne fait pas partie de notre culture. La Santé Publique arrive dans nos facultés. J'espère que ce sera l'occasion de discuter de la manière d'enseigner la prévention.

Il est vrai que la prévention peut coûter cher. De plus, on ne dispose pas de preuve que la prévention globale améliorera la santé. Pour cela, il faudrait que la France décide de mener une étude de cohorte importante sur le long terme. Cela suppose que ceux qui lancent cette étude acceptent de ne pas être ceux qui la concluront, ce qui pose problème aux chercheurs.

#### *Docteur Patrick HESCOT*

Je rappelle qu'en matière dentaire, nous avons la preuve que la prévention est efficace, même à court terme. Le Professeur Marc Gentilly, Président de la Croix-Rouge, estime que la santé bucco-dentaire est le meilleur indicateur de santé d'une population.

**LA SANTÉ DES  
PERSONNES ÂGÉES,  
ÉTAT DES LIEUX  
ET PERSPECTIVES**



**LES ENSEIGNEMENTS  
À EN TIRER DANS LE  
DOMAINE DE LA SANTÉ  
BUCCO-DENTAIRE**

*2<sup>ème</sup> partie*



# PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES DE LA PERSONNE ÂGÉE ET CONSÉQUENCES MÉDICALES

par le **PROFESSEUR PATRICK MAHLER**

*Chirurgien-dentiste,*

*Directeur de l'unité d'odontologie gériatrique du CHU de Nice*

**J**e vais aborder dans cette présentation les pathologies bucco-dentaires et leurs conséquences médicales et fonctionnelles. Auparavant, je tiens à remercier l'UFSBD pour ses efforts de sensibilisation à la santé bucco-dentaire.

## **Les conséquences du vieillissement**

---

La cavité buccale est un carrefour fonctionnel dont dépendent plusieurs fonctions : mastication, gustation, salivation, succion, phonation, ventilation, déglutition. En outre, la cavité buccale a une influence sur les mimiques. Chez la personne âgée, le vieillissement physiologique touche ces fonctions de façon plus ou moins importante. Par exemple, la salivation va être atteinte au niveau de sa qualité. Tous les patients que nous rencontrons souffrent de problèmes salivaires. Or, sans salive, on ne peut ni mastiquer, ni déglutir, ni parler. Ce vieillissement fonctionnel se double d'un vieillissement physiologique qui va engendrer des transformations tissulaires et générer des fibroses au niveau des glandes salivaires.

Par ailleurs, le vieillissement organique entraîne des atteintes de la vision et donc de l'habileté manuelle. L'efficacité de l'hygiène bucco-dentaire va donc être diminuée par le vieillissement.

Enfin, les pathologies bucco-dentaires vont avoir des incidences directes de deux ordres. Au niveau cardio-vasculaire, les pathologies bucco-dentaires vont entraîner des problèmes infectieux et des risques oslériens. Au plan métabolique, les patients diabétiques souffrant de troubles bucco-dentaires risquent des surinfections, des gingivites et des déséquilibres diabétiques.

## **Les conséquences des troubles bucco-dentaires**

---

Le vieillissement s'accompagne en général d'une diminution de l'efficacité de l'hygiène orale et de problèmes salivaires. Tout cela a pour conséquence des problèmes parodontaux, avec perte des dents, des récurrences de caries, des mycoses, des candidoses buccales, des xérostomies, des glossodynies ou des cancers de la sphère oro-faciale. Le défaut de salive au niveau de la cavité buccale favorise certaines de ces pathologies.

L'analyse de la douleur de la personne âgée est difficile, soit parce que la douleur est banalisée - en milieu hospitalier en particulier -, soit parce que le patient exagère la douleur qu'il éprouve pour attirer l'attention sur lui. Dans certains cas de souffrance extrême, le patient choisit d'adopter une position antalgique, refuse de manger et de communiquer.

Les troubles bucco-dentaires conduisent parfois à des déséquilibres alimentaires. Le goût disparaît en partie ou totalement, entraînant une diminution et une sélection des apports alimentaires : les hydrates de carbone sont privilégiés au détriment des protéines. Une étude réalisée en 2001 montre que la dénutrition touche 10 à 20 % des personnes âgées à domicile et 80 % des personnes âgées hospitalisées. Je crains que les nutriments gélatineux que nous donnons à ces personnes ne leur donnent pas envie de se nourrir, ni même de continuer à vivre. Les carences engendrées par cette dénutrition conduisent à des dysfonctionnements immunitaires qui aggravent à leur tour les lésions buccales et l'état général du patient.

La réhabilitation bucco-dentaire du sujet âgé améliore son coefficient masticatoire et permet de diminuer ses douleurs. La rééducation des articulations mandibulaires lui permet de s'alimenter. Par ailleurs, l'amélioration de l'esthétique conduit à une meilleure communication. L'amélioration de l'état de santé général qui en découle permet aux patients de reprendre une activité physique.

Une étude menée à Nice sur la réhabilitation occluso-prothétique de la personne âgée édentée montre qu'il existe une correspondance entre l'amélioration de la cavité buccale et la stabilité statique sur une plate-forme de posturologie. Cela semble indiquer que les affections bucco-dentaires jouent un rôle dans les chutes des personnes âgées.

J'estime que la santé orale de la personne âgée est un droit qui s'exerce jusqu'à la fin de vie. C'est un devoir de nos sociétés de le prendre en charge.

## LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA MAUVAISE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

par le **DOCTEUR VALÉRIE POUYSSEGUR**

*Chirurgien-dentiste,*

*Maître de conférence universitaire de la Faculté d'Odontologie de Nice*

Les interventions précédentes ont mis en évidence les interactions entre les pathologies bucco-dentaires et le reste du corps humain. La mauvaise santé bucco-dentaire a également des conséquences psychologiques importantes chez les personnes âgées. Ces conséquences doivent être prises en compte car nous savons qu'un des secrets de la longévité réside dans un mental positif.

### **Les conséquences des troubles bucco-dentaires**

La détérioration de la cavité buccale associée à la précarité de l'état de santé général caractérise la majorité de la population gériatrique. Il s'agit d'une réelle souffrance produite soit par effet direct sur la mastication, soit sur la communication ou encore sur l'apparence esthétique. Au-delà de ces effets directs, il existe des effets induits par la mastication. La détérioration de celle-ci va engendrer une perte du plaisir de manger. Il s'agit pourtant de l'un des derniers plaisirs de la vie et il est dommage que tant de personnes en soient privées. Les effets induits sur la communication se traduisent par des troubles de l'articulation et des projections salivaires. Ces personnes en sont très gênées, voire culpabilisées. Enfin, la destruction de l'image narcissique par le vieillissement facial et la mutilation du visage est intolérable dans notre société. Ces conséquences conduisent à un même type de comportement : le repli sur soi de la personne.

### **L'importance symbolique de la bouche**

D'aussi loin que remonte notre conditionnement culturel, la bouche édentée est associée aux sorcières vieilles, cruelles et laides. S'il existe une véritable détresse chez les personnes qui ont à assumer une bouche malsaine ou édentée, c'est justement parce qu'il s'agit de la bouche et du visage avec une mise en péril de l'esthétique personnelle. L'esthétique et l'image de soi sont des préoccupations de tout être humain, chacun a besoin de se sentir beau pour avoir envie de vivre et se sentir aimé.

Dès la naissance, toute notre activité est centrée sur la bouche. Toutes les fonctions liées à l'oralité touchent à notre structure profonde, à notre identité et finissent par nous déranger. C'est l'une des raisons pour lesquelles la santé bucco-dentaire et la cavité buccale sont laissées pour compte.

Il s'agit d'une zone très vulnérable. Dès la naissance, la cavité buccale est associée aux fonctions vitales puis à la vie psychoaffective au travers de la perception, du plaisir, de la sexualité et de la communication. Toutes ces fonctions qui sont amalgamées et interagissent entre elles vont nous structurer et perdurer toute la vie. Lorsque les dents apparaissent dans la bouche, elles y ajoutent de la force, de la puissance et un signe esthétique de santé.

En se situant dans le visage, la bouche a la place la plus privilégiée mais aussi la plus vulnérable du corps humain. En effet, le visage est la partie la plus apparente et la plus exposée du corps. Le visage n'est pas pour soi mais il existe pour l'autre puisque personne n'a jamais vu directement son propre visage.

La dégradation de la cavité buccale ne compromet pas directement le processus vital, et c'est ce qui en fait une cause d'exclusion. En effet, lorsqu'une personne âgée est dans un contexte polyopathologique lourd, déclinant et invalidant, la réhabilitation de la bouche ne constitue pas une priorité. Pourtant, cette dégradation est très lourde de conséquences. Elle symbolise la perte de la santé, de la puissance, de la jeunesse, de l'attrait et de l'estime de soi.

#### Prospective

---

Pendant longtemps, le fatalisme dentaire collectif a associé la vieillesse à la perte des dents. Or d'un point de vue physiologique, il est naturel et normal de garder ses dents jusqu'à la fin de sa vie. Il est également possible de vieillir avec des dents artificielles. Dans tous les cas, les dents, naturelles ou artificielles, sont indispensables au projet de vie et à une dynamique de vie positive.

Nos sociétés sont performantes des points de vue de la médecine, de la science, de la cosmétologie et surtout du marketing. Ces sociétés nous promettent de vieillir sans vieillir et repoussent les images de vieillards déchus et déclinants qui ne sont des modèles valorisants pour personne. L'esthétique, récupérée par le concept de santé, prend une place grandissante dans la vie et les exigences des gens.

La mutilation du visage par la destruction de la bouche n'est pas fatale et n'est donc pas prioritaire dans le traitement des personnes âgées. Pourtant le fait de redonner la vie à des visages âgés met ces patients dans un nouvel engagement de vie prometteur. Vivre sans dent est possible mais c'est mourir au plaisir de vivre.



## OFFRES ET PRISES EN CHARGE DE CETTE POPULATION

---

par **MONSIEUR WILLIAM GARDEY**

*Président de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris*

---

#### L'état des lieux

---

Même si cela semble une évidence, il est important de rappeler les efforts fournis par l'Assurance Maladie dans le domaine bucco-dentaire. Ces initiatives, qui concernent en particulier la prévention, ont été organisées en parfaite collaboration avec les partenaires concernés. Les actions de Santé Publiques conduites à travers la France relèvent de l'éducation à la santé, du dépistage et de la prise en charge des soins. Pendant longtemps, l'Assurance Maladie a porté ses efforts sur les populations jeunes. J'ai la faiblesse de penser que cet investissement a contribué, même modestement, à ce que notre pays figure parmi les premiers en Europe dans le domaine de la santé bucco-dentaire.

En ce qui concerne la Caisse Primaire de Paris, nous avons pris une large part dans les actions menées grâce à divers partenariats et notamment à l'UFSBD. La population des jeunes n'est pas la seule qui mérite une attention particulière. Les remontées des expériences du terrain nous ont amenés à nous intéresser à l'ensemble de la population et particulièrement à la population vieillissante dont l'espérance de vie est en constante progression. Le Conseil d'Administration de la Caisse a donc décidé d'investir sur le domaine bucco-dentaire des personnes âgées.

L'Assurance Maladie est vigilante par rapport aux situations d'inégalité d'accès aux soins et s'attache à les réduire. Notre première réflexion a donc été de cerner ces états. C'est pourquoi en 2002, la CPAM de Paris s'est engagée dans une étude approfondie menée sur plusieurs établissements comprenant une majorité de personnes très dépendantes. Les résultats de cette première approche ont été présentés ce matin et certains d'entre eux me consternent : 88 % des personnes observées montrent un besoin élevé de soins, et deux personnes sur trois n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste depuis au moins cinq ans. Forts de ce constat, nous avons conduit une réflexion et des actions partenariales pour réduire ce décalage entre besoins de soins et recours aux soins.

#### L'offre de soins

---

A Paris, dans la situation particulière des personnes en institutions, la première question à résoudre avec les professionnels de santé concernés est celle de l'offre de soins de proximité. En effet, si l'offre de soins est suffisante, la difficulté réside dans les modalités de rencontre entre la demande spécifique des personnes en institutions et l'offre de soins.

Une première réponse réside dans la mise à disposition des professionnels d'une unité de soins mobile. Il s'agit d'un plateau technique de grande qualité permettant aux professionnels de santé de dispenser les soins appropriés dans de bonnes conditions et en toute indépendance d'exercice. Ce dernier point était essentiel dans la réussite du projet. Il s'agit de prodiguer un soin primordial rétablissant les fonctions de l'appareil manducateur et s'attachant à éradiquer la douleur. Nous avons souhaité que ce soin témoigne tout autant du respect de la personne que du maintien d'un bon état général indispensable à la qualité de la vie. Pour le Conseil d'Administration de la Caisse Primaire, il s'agissait d'une nouveauté.

La deuxième étape consiste à apprécier et à évaluer les développements du projet. C'est l'objet de la démarche expérimentale qui se dessine et pour laquelle les premières modalités de fonctionnement ont été définies. Procéder de la sorte témoigne de la volonté commune d'apporter du soin mais aussi d'observer et d'évaluer la méthode, les outils et les résultats. La conduite de ce type d'actions suppose en effet de s'interroger sur la pertinence de la réponse apportée et de pouvoir en apprécier les coûts.

Ces cheminements propres à toute démarche de Santé Publique permettront, je l'espère, de répondre avec objectivité au bien-fondé et à la pertinence des hypothèses que nous avons construites et plus particulièrement à celles qui concernent le juste soin eu égard à la situation spécifique des personnes âgées.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris et l'UFSBD conjuguent leurs efforts pour que soit assurée une coordination des moyens et des acteurs la plus efficace possible pour ces assurés particuliers.



## OFFRES ET PRISES EN CHARGE DE CETTE POPULATION - suite

par **MONSIEUR FABIEN TOURY**  
**REPRÉSENTANT MADAME JOSETTE RAYNAUD**

*Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris*

La Caisse d'Assurance Maladie de Paris et son département de prévention bucco-dentaire qui sont présents depuis longtemps auprès des enfants s'intéressent depuis deux ans à l'état de santé dentaire des personnes âgées dépendantes en établissements. Au départ, nous n'avions aucune idée de l'état de santé dentaire des personnes au-delà d'un certain âge. Le plus simple pour nous était de travailler sur une population captive, à l'image de la population scolaire, pour pouvoir analyser l'état dentaire des personnes âgées. Le constat fut catastrophique. En effet, nous avons réalisé que les équipes soignantes ne s'intéressaient absolument pas à la cavité buccale des patients. Cela s'explique par la hiérarchisation des problèmes de santé de cette population. Or une cavité buccale négligée et l'inconfort permanent qui en découle peuvent changer la relation même entre soignés et soignants. Par conséquent, l'implication forte des équipes pour préserver le confort buccal des patients me paraît essentielle.

### Les observations réalisées

Nous avons observé une population dont l'âge moyen est de 85 ans et dont la durée moyenne de séjour dans l'établissement ne dépasse pas trois ans. Compte tenu de cette faible espérance de vie, il n'est pas question de réhabilitation pérenne de la cavité buccale mais de soins permettant de supprimer les douleurs et de retrouver un confort buccal.

En matière de données subjectives, nous avons constaté une grande résignation de la population hébergée en ce qui concerne la bouche : très peu de plaintes et une absence de demandes. Toutefois, après vingt minutes d'entretien, les personnes reprennent espoir et une sur deux dit vouloir entreprendre les actions nécessaires pour améliorer son confort dentaire.

Les résultats descriptifs de cette enquête font apparaître une absence totale de prothèses adaptées et la perte des prothèses pour ceux qui ont la chance d'en posséder une en arrivant dans l'institution. Les besoins en soins bucco-dentaires sont immenses et neuf personnes sur dix ont besoin d'un avis, ne serait-ce que d'un conseil éclairé.

Par ailleurs, la mise en œuvre des soins est extrêmement complexe en raison de l'état de ces personnes et de la non-connaissance du personnel soignant des modalités de recours aux soins. Nous déplorons que les professions de soins dentaires ne soient pas représentées dans ces établissements.

L'état de délabrement dentaire des résidents est lié au niveau de dépendance, mais aussi au revenu. En revanche, cet état n'est pas lié à la facilité de recours aux soins. En effet, l'état de santé dentaire des résidents d'un établissement disposant d'un centre dentaire intégré n'était pas meilleur que celui des résidents des autres établissements.

## Les projets de prise en charge

Nous avons constaté que personne dans ces établissements ne veille à la bonne exécution des soins et des prescriptions. Cela nous a conduits à mettre en œuvre un projet en partenariat avec l'UFSBD de Paris car nous avons estimé qu'un partenariat fort avec la profession était indispensable. Nous nous sommes également interrogés sur les conditions de succès de nos actions. Par ailleurs, le Conseil de l'Ordre s'est impliqué dès le début dans ce projet de recours aux soins. Nous souhaitons initier des actions qui reposent sur les praticiens libéraux qui composent le tissu sanitaire de Paris. Nous souhaitons aussi que les actions mises en œuvre soient exportables. Les trois partenaires impliqués, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le Conseil Départemental de l'Ordre et le niveau départemental de l'UFSBD, peuvent se retrouver sur l'ensemble du territoire français. Cette organisation, conçue pour être la plus pertinente possible, laisse présager un succès. Toutefois, il nous faudra tester ces solutions puis les évaluer afin que l'investissement réalisé soit le plus efficace possible.

### ■ Des cabinets accessibles

Le plus gros des problèmes que nous rencontrons est de trouver les intervenants et le plateau technique. Il faut une implication de la profession c'est-à-dire des organisations représentatives et des Conseils de l'Ordre. Par ailleurs, il est nécessaire que ces soignants puissent aller dispenser des soins au plus près des personnes qui ont des problèmes à se déplacer. Cela suppose de recenser les cabinets se situant à proximité des établissements et aisément accessibles. Quand cela n'est pas possible, il nous faut tester de nouvelles structures de dispense des soins.

### ■ Une structure mutualisée

Nous avons en particulier imaginé une structure intégrée à l'établissement qui pourrait être mutualisée entre différents professionnels de santé : oto-rhino-laryngologiste, podologue ou encore orthopédiste. En effet, les besoins sont les mêmes : fauteuil, structures de stérilisation et de traçabilité, etc. Cette idée n'est pas nouvelle ; une étude du Conseil de l'Ordre réalisée il y a quelques années avait conclu qu'il fallait plus de 150 résidents pour que l'investissement soit acceptable par la structure.

### ■ Une unité mobile

Si les solutions précédentes s'avéraient impossibles, en raison d'un nombre de résidents trop faible ou d'une dispersion géographique trop importante, une unité mobile de soins pourrait se rendre au plus près des résidents. La CPAM de Paris a eu l'idée de mettre en œuvre un tel dispositif dans le cadre d'un partenariat très fort avec l'UFSBD. En effet, la CPAM a financé l'acquisition de cette unité dont l'exploitation est confiée à l'UFSBD de Paris.

## Une nouvelle offre de soins

Au fur et à mesure de nos réflexions, nous avons réalisé que la nomenclature ne prenait pas en compte les besoins spécifiques de cette population. Nous avons réfléchi à des actes forfaitaires et globaux pour cette population très dépendante. Ces nouveaux actes ont pour objectif de redonner un confort buccal à ces patients et de supprimer leurs souffrances. Nous avons eu l'idée de deux forfaits. Le premier consiste en un nettoyage et un détartrage de la prothèse ou des dents restantes. En effet, il est bien plus facile pour l'équipe soignante de maintenir un appareil propre que d'essayer de restaurer la propreté d'un appareil en mauvais état. Le second forfait consisterait à la réhabilitation des prothèses existantes par un rébasage. En sus de ces propositions purement techniques, il nous est apparu primordial d'intégrer l'équipe qui entoure la personne âgée dans le soin de bouche. Au niveau infirmier, les soins de bouche se limitent à passer une compresse imbibée de liquide dans la bouche car la formation du personnel infirmier n'inclut pas l'entretien des prothèses. Nous avons donc organisé des groupes de travail avec les aides-soignants qui ont élaboré un protocole à intégrer dans leur pratique quotidienne. Ce protocole permet d'améliorer le confort buccal des patients en rafraichissant leur bouche.

Nous réalisons que nous intervenons trop tard auprès de cette population. Notre action ne peut être que palliative. Il convient donc aujourd'hui de mener des actions en amont. Nous suggérons en particulier de systématiser une remise à niveau du capital dentaire avant que les personnes ne cessent leur activité professionnelle pour qu'elles bénéficient de la couverture mutuelle.

# LOI DE SANTÉ PUBLIQUE, RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE, LOI SUR LES LIBERTÉS LOCALES : UN NOUVEAU CONTEXTE POUR ORGANISER LA RÉPONSE AUX BESOINS

par **MONSIEUR BERTRAND GARROS**

*Directeur des Stratégies de Santé à la Fédération Nationale de la Mutualité Française*

Je m'associe aux remerciements adressés à l'UFSBD, car elle nous permet aujourd'hui de partager des réflexions issues de positionnements professionnels très différents. Je partage également les constats dressés sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Ils sont les mêmes que dans les établissements et services mutualistes.

Avec les organisateurs, il nous a semblé important aujourd'hui de compléter l'analyse des besoins par une réflexion sur l'évolution du contexte. En effet, nous sommes à l'orée d'un changement profond. Les études et analyses successives confirment l'importance des besoins. La manière d'y répondre va s'inscrire dans un nouveau contexte. Trois textes au moins, tous adoptés par le Parlement en août dernier méritent de retenir votre attention.

## La loi de Santé Publique du 9 août 2004

Cette loi définit d'abord le champ de la politique de Santé Publique. Il est particulièrement large puisqu'il comprend :

- la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- la lutte contre les épidémies ;
- la prévention ;
- l'amélioration de l'état de santé de la population, de la qualité de vie des personnes malades, handicapées ou dépendantes ;
- l'information et l'éducation à la santé, ainsi que l'organisation de débats publics ;
- l'identification et la réduction des risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, de transport, à l'alimentation ou à la consommation de produits et services ;
- la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics ;
- la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
- la démographie des professions de santé.

Comme vous le constatez, le problème qui nous réunit aujourd'hui entre à l'évidence dans le champ de la politique de Santé Publique. Au demeurant, peu de choses échappe au périmètre de la Santé Publique ainsi défini.

La loi du 9 août positionne clairement l'Etat comme l'instance légitime pour définir la politique de santé fondée sur des objectifs pluriannuels, concevoir les plans et programmes et les évaluer. Ce positionnement est important car la politique de santé donne du sens à notre action, la politique de protection sociale nous octroyant les moyens de mettre en œuvre les objectifs retenus au moyen d'une offre adaptée de prise en charge.

## ■ Les plans et objectifs nationaux

La loi comporte cinq plans stratégiques pour la période 2004-2008. Il s'agit des grands chantiers présidentiels qui ont pour objets le cancer, les violences, comportements à risque et conduites addictives, l'environnement, la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques et, enfin, les maladies rares. La santé bucco-dentaire ne figure pas explicitement dans ces plans. Parmi les cent objectifs prioritaires qui s'ajoutent à ces cinq plans, deux seulement y sont relatifs. Le premier concerne les jeunes : il vise à réduire de 30 % d'ici à 2008 les indices CAO à 6 et 12 ans. Le second vise à réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries. Les interventions précédentes ont permis de mettre en évidence à quel point la dénutrition est liée à l'état de santé bucco-dentaire dans cette population. Il nous faudra donc adopter une attitude très volontariste si nous voulons que la santé bucco-dentaire des personnes âgées soit prise en compte à hauteur des besoins présentés tout au long de la journée.

## ■ Les plans et objectifs régionaux

La loi confie aux Préfets de région l'organisation et la définition d'un plan régional de Santé Publique qui décline les objectifs nationaux en tenant compte des spécificités locales. Ce plan est composé de programmes de santé, dont certains sont obligatoires et d'autres laissés à l'initiative de chaque région.

La loi de Santé Publique prévoit par ailleurs, dans le cadre des programmes de santé, la mise en place des consultations médicales périodiques de prévention, d'examen de dépistage ou d'actions d'information et d'éducation pour la santé. Ces consultations concernent tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice. S'agissant des libéraux, la loi prévoit que leur participation puisse s'effectuer dans le cadre de contrats de Santé Publique. Cet outil contractuel ouvre de nombreuses perspectives.

La loi prévoit également la mise en place d'un Groupement Régional de Santé Publique, le GRSP, groupement d'intérêt public ayant pour mission, non pas de concevoir le plan régional, mais de le mettre en œuvre. Ce groupement est présidé par le Préfet de région qui en nomme le directeur. Il associe l'Etat et ses divers services déconcentrés, des établissements publics nationaux comme l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et les collectivités locales qui le souhaitent. Le financement est assuré par une subvention de l'Etat, une dotation de l'Assurance Maladie et, éventuellement par les collectivités locales qui souhaitent s'associer au dispositif. Il s'agit d'une nouvelle instance avec laquelle les professionnels vont devoir apprendre à travailler. Elle sera mise en œuvre dans le courant de 2005.

## La loi réformant l'Assurance Maladie

La loi du 13 août sur l'Assurance Maladie va se traduire par de nombreux changements portant aussi bien sur l'évaluation de l'utilité, que sur les relations entre les acteurs, les modalités de remboursement, etc...

## ■ La Haute Autorité en Santé (HAS)

L'appréciation du service médical rendu, constitue un enjeu déterminant dans le cadre de la protection sociale, notamment en termes d'inscription à la nomenclature. Notre dispositif dans ce domaine va changer. Une Haute autorité en santé est créée. Il s'agit d'une autorité scientifique indépendante chargée d'évaluer le service médical rendu par les produits, actes et prestations, d'élaborer et de diffuser des guides et recommandations, de donner des avis sur les décisions d'inscription et de remboursement. Chargée de reconnaître l'utilité des actes et prestations, on peut penser que cette instance jouera un rôle particulier dans le domaine dentaire où de nombreux actes et prestations ne sont pas inscrits à la nomenclature. Les membres de cette Haute autorité seront huit mais s'adjoindront les services de l'ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé) à partir du premier janvier 2005.

## ■ Les unions nationales

Le dispositif des unions nationales illustre une nouvelle logique de fonctionnement. Une première union, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), réunit les trois grands régimes : régime général, mutualité sociale agricole, professions indépendantes. Cette union a en charge la négociation et la signature d'accords et de conventions avec les professionnels de santé, les conditions d'inscription des actes et prestations et la fixation de la participation de l'assuré au travers du ticket modérateur et de la détermination du forfait fixé pour l'instant à 1 euro.

L'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) associe les organismes complémentaires, mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance mais aussi le régime local d'Alsace Moselle, survivance du droit allemand. Cette instance va élaborer avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie un programme de gestion du risque et aura la possibilité, sous certaines conditions, d'être associée à la contractualisation entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé. Elle donnera un avis sur les propositions de taux de remboursement proposés par l'UNCAM.

Enfin, l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) représentera l'ensemble des praticiens libéraux, médecins et non médecins. Elle pourra réagir sur les propositions de l'UNCAM mais ne disposera pas de pouvoir de négociation. En effet, cette capacité reste une prérogative des syndicats professionnels.

En ce qui concerne l'inscription à la nomenclature, des règles de hiérarchisation seront établies par des commissions associant l'UNCAM et les professionnels concernés. L'inscription d'un acte ou d'une prestation à la nomenclature, ou sa radiation, sera effectuée par l'UNCAM après avis de la Haute autorité en santé et de l'Union des Organismes Complémentaires. Le Ministre garde un droit d'inscription et un droit d'opposition aux décisions de l'UNCAM pour des raisons de Santé Publique. Au demeurant, l'exercice du droit d'inscription d'office n'engendre pas d'obligation pour le Ministre de trouver la ressource correspondante ! La participation des assurés, c'est-à-dire le montant du ticket modérateur, sera, elle aussi, déterminée par l'UNCAM dans le cadre d'une fourchette dont l'Etat fixera les limites.

Le taux de remboursement de l'Assurance Maladie pourra désormais être conditionné par différents paramètres, par exemple s'inscrire dans un parcours de soins coordonné, autoriser l'accès à son dossier médical, etc. On peut aussi imaginer qu'à l'avenir, certains taux de remboursements puissent dépendre d'un parcours préventif préalable. En matière de taux de remboursement, le Ministre dispose là encore d'un pouvoir d'opposition pour des motifs de santé publique.

## ■ Les outils d'amélioration des pratiques, de la coordination et de la qualité des soins

L'implication du niveau régional devrait être renforcée, notamment par l'intermédiaire des URCAM. Il pourra s'agir de déclinaison régionale d'accords et contrats nationaux, mais aussi d'accords et de contrats relevant davantage d'initiatives locales.

En matière d'amélioration de l'organisation territoriale de l'offre, des possibilités seront définies de manière conventionnelle pour l'aide à l'installation en zone déficitaire. Cela concerne non seulement les médecins mais aussi les chirurgiens dentistes. Des contrats d'incitation à l'exercice regroupé et des expérimentations en matière de transfert de compétences seront mis en œuvre. De plus, dans le cadre de la loi sur le développement des territoires ruraux, encore en discussion au Parlement, les collectivités locales devraient avoir des possibilités élargies de s'impliquer dans les aides à l'installation.

L'URCAM peut aussi conclure des accords avec des professionnels de santé - médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes - travaillant dans une zone géographique précise. Ces accords peuvent associer des organismes complémentaires. Ce dispositif peut être structurant et aidant pour répondre aux besoins de proximité.

Enfin, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), qui doit articuler l'hospitalier, l'ambulatoire, le social et le médico-social, se fonde désormais sur une approche par territoire de santé. Il me paraît important que ce projet médical par territoire inclut la dimension de la santé bucco-dentaire.

Tous ces aspects sont d'autant plus importants qu'à partir de janvier 2005 des missions régionales de santé vont associer ARH et URCAM, c'est-à-dire soins hospitaliers et soins ambulatoires pour exercer en commun leurs compétences respectives sur tous les champs qui leur sont conjoints. Les enjeux sont donc très importants pour l'organisation future.

## La loi sur les libertés et responsabilités locales

Le problème des personnes âgées renvoie immédiatement à l'action sociale et médico-sociale. Dans ce cadre, la nouvelle loi, également du 13 août, consacre le rôle prééminent des conseils généraux. Ce renforcement du niveau départemental se distingue du mouvement général qui consacre le niveau régional en matière de santé.

Dans le domaine des personnes âgées, le département définit la politique et adopte le schéma départemental. Il a la responsabilité de la coordination gérontologique. Pour exercer cette responsabilité, le département doit passer des conventions avec l'Etat et les organismes de sécurité sociale.

Les professionnels s'inscrivant dans une logique d'amélioration de la réponse et la prise en compte des besoins des personnes âgées ne peuvent donc pas ignorer le rôle central confié par la loi aux Conseils Généraux.

### Conclusion

L'articulation entre ces trois lois suscite de nombreuses questions, notamment celle du financement. En effet, la loi de santé publique définit des objectifs mais n'aborde aucunement le financement des actions et moyens nécessaires à l'atteinte de ces objectifs.

La finalité essentielle de toutes ces évolutions est de faire évoluer le comportement de l'ensemble des acteurs : patients, professionnels de santé, organismes de protection sociale et collectivités locales. Les problèmes évoqués aujourd'hui peuvent être largement évités. Il ne s'agit pas d'une fatalité.

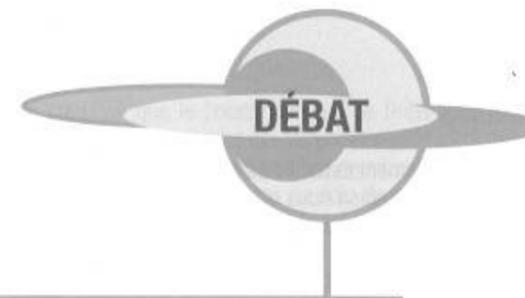
Pour y faire face, il convient d'abord de mieux articuler protection sociale et modalités de réponse aux besoins c'est-à-dire l'organisation de l'offre. En effet, à quoi sert-il de disposer d'un droit à prestation dans le cadre de l'Assurance Maladie obligatoire si les modalités de réponse sont inexistantes ? Inversement, à quoi sert-il qu'il existe des possibilités techniques d'intervention, si la protection sociale ne permet pas aux patients de les financer ?

Les contraintes d'accès aux soins ne sont pas que financières, elles sont aussi géographiques. Aujourd'hui, elles sont exacerbées par l'évolution de la démographie des professionnels de santé et par l'évolution de l'exercice de ces professions.

Nous devons également développer les relations tripartites entre l'Assurance Maladie obligatoire, c'est-à-dire la protection de base, les protections complémentaires dont on connaît l'importance dans le domaine bucco-dentaire, et les professionnels de santé. La logique qui doit prévaloir désormais est une logique de réponse globale.

Il faut enfin faire preuve de volontarisme pour promouvoir une politique de santé durable. Aujourd'hui, nous prenons en charge ce que nous n'avons pas su éviter hier. De la même manière, tout ce que nous n'évitons pas aujourd'hui devra être pris en charge demain. La prise en compte de la dimension temporelle est donc absolument essentielle dans le cadre d'une stratégie de santé fondée sur l'évitabilité des problèmes.

Le « retour sur investissement » du travail de prévention effectué aujourd'hui auprès des enfants se mesure sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dans 70 ans environ. A l'autre extrémité, les actions pour limiter les conséquences des problèmes dentaires actuels, par exemple suivi de l'état des prothèses, peuvent avoir des résultats dans des délais rapides, moins de cinq ans. Reste un horizon de temps intermédiaire qui ne me semble pas suffisamment pris en compte aujourd'hui. Il concerne plus particulièrement les quinquagénaires. Il convient d'éviter que des bouches abîmées ne se détériorent davantage en prodiguant les soins adaptés mais aussi en favorisant chez ces personnes la réappropriation d'une meilleure hygiène de la bouche. En agissant dans ce cadre, on peut espérer améliorer significativement l'état de santé bucco-dentaires des personnes âgées d'ici 10 à 15 ans. En d'autres termes, tout nous incite aujourd'hui à agir. D'ores et déjà il est possible d'améliorer la situation actuelle des personnes âgées. D'autre part, plus le temps de latence « naturelle » pour obtenir des résultats est long, plus il est indispensable de ne pas allonger ce temps incompressible par celui de nos dysfonctionnements.



animé par le **DOCTEUR JEAN-PIERRE GIORDANELLA**

### *Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

Nous avons abordé cet après-midi les aspects psychologiques, économiques ainsi que les solutions à apporter aux problèmes de la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Avant de passer la parole à la salle, je remercie les intervenants et je tiens à dire à quel point j'ai apprécié la synthèse qui vient d'être faite.

### *Docteur Hervé CARON, Président de l'UFSBD de Paris*

Je travaille depuis quelques années dans une unité mobile d'accompagnement de soins palliatifs. Je souhaite remercier publiquement Monsieur Fabien Toury puisque nous sommes partenaires privilégiés de l'opération destinée aux personnes âgées et que nous sommes complices depuis plusieurs années sur les projets à destination des enfants. Je voudrais évoquer la motivation qui conduit à travailler avec des personnes âgées et que j'ai découvert récemment. En effet, si la motivation pour travailler avec des enfants s'exprime spontanément, le plaisir qui résulte du travail avec les personnes âgées est moins évident. Le mot de solidarité est souvent galvaudé. J'ai compris tout son sens en travaillant avec les personnes âgées. Le premier pilier de la solidarité réside dans la prise de conscience que la valeur suprême est le plaisir. C'est la conclusion à laquelle arrivent tous les philosophes débarrassés de leurs jargons. La motivation suppose donc d'éprouver du plaisir à travailler au contact des personnes âgées. Le deuxième pilier est l'amour du genre humain qui débute bien avant la naissance et se termine bien après la mort. Il nous faut prendre conscience de cette solidarité verticale pour ne pas tomber dans les communautarismes horizontaux. On a peine à imaginer une société dans laquelle les médecins n'aimeraient pas leurs malades, les enseignants n'aimeraient pas leurs élèves, les parents n'aimeraient pas leurs enfants, etc. Le troisième pilier est celui de l'action qui suppose de s'engager sans savoir si on va réussir.

### *Docteur Patrice BROCKER*

En tant que praticien du secteur hospitalier et acteur du service public, je suis inquiet de l'exposé de Monsieur Bertrand Garros. Je ne conteste pas le bien-fondé de la loi sur les 35 heures, mais je constate que sa mise en œuvre à l'hôpital était pour le moins prématurée. En effet, même en l'absence de contrainte budgétaire, il est impossible de trouver des professionnels de santé sur le marché.

Par ailleurs, Monsieur Garros nous suggère d'être volontaristes. Je participe au SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) gérontologique de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ce dispositif n'aborde pas les problèmes de dentisterie ou d'odontologie. Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes n'y sont pas représentés.

Enfin, je m'interroge sur le rôle que les nouvelles technologies pourraient jouer pour nous aider à pallier ce déficit démographique médical. Je crois beaucoup à la télé-médecine et à la télé-expertise. Avec le Conseil Général des Alpes-Maritimes, nous avons mis en place au CHU de Nice, pour la gériatrie en particulier, un centre d'appels que les maisons de retraites peuvent joindre lorsqu'elles ont un problème. En ce qui concerne les pathologies bucco-dentaires, on peut imaginer un centre référent bucco-dentaire spécialisé pour les personnes âgées, auquel les établissements de retraite adresseraient les photographies des bouches des patients via Internet. Ce pourrait être un premier niveau d'aide au dépistage.

### *Monsieur Bertrand GARROS*

La démographie médicale, éventuellement associée aux difficultés de mise en œuvre des 35 heures, pose effectivement de nombreux problèmes. Cette situation nous oblige à repenser nos modes de fonctionnement car il ne nous sera plus possible dans un avenir proche de continuer à fonctionner comme nous le faisons aujourd'hui. En ce qui concerne les urgences par exemple, l'hôpital a, pendant longtemps, mené une politique très volontariste d'accueil. Aujourd'hui, les services d'urgence ne sont plus en mesure d'accueillir autant de monde. Et il faut remobiliser le secteur ambulatoire.

Nos difficultés incitent aussi à être créatif, à rechercher des solutions nouvelles. Dans la loi sur l'Assurance Maladie, il existe désormais une reconnaissance de la télé-médecine et donc des possibilités d'utiliser des télé-procédures en toute clarté en termes d'engagement de responsabilités.

L'intervention du Docteur Brocker me fait penser à l'initiative d'une union régionale des médecins libéraux qui a instauré un partenariat avec des maisons de retraite. Ces établissements ont été équipés de dispositifs pour favoriser la télé-médecine. Les généralistes libéraux du secteur ont ainsi à leur disposition un équipement de proximité leur permettant des consultations à distance avec des spécialistes. De la même manière, la technologie permet aujourd'hui de concevoir des cabinets dentaires mobiles aussi performants que les cabinets fixes. Il s'agit d'une des réponses aux défis qui sont posés à la médecine aujourd'hui. Ces initiatives montrent qu'il est possible de dépasser les problèmes de concurrence quand il est question de problèmes de santé qui ne sont pas pris en charge.

### *Professeur Patrick MAHLER*

Je souhaitais préciser que la santé bucco-dentaire et l'odontologie faisaient partie du projet initial des SROS. Elles ont été exclues par la suite.

### *Professeur Edmond BENQUE, Conseiller en odontologie au cabinet du Ministre de la Santé*

L'entrée de l'odontologie dans les SROS est effectivement bloquée. Nous en ignorons la raison. Dès que nous évoquons cette question dans les services, les réponses deviennent évasives. Peut-être le blocage se situe-t-il au niveau des enquêtes que doivent réaliser les agences régionales d'hospitalisation ? Compte tenu de ce contexte, l'entrée de l'odontologie dans les SROS n'est pas prévue avant octobre 2006.

Je ne suis pas odontologiste de mon état, mais il se trouve que j'ai été appelé dans une maison de retraite où j'ai rencontré les patients. J'ai vu l'état d'abandon fonctionnel dans lequel étaient ces personnes et j'estime que nous devons nous sentir coupables.

Les études épidémiologiques estiment à 700 000 le nombre de personnes édentées en France. Ces dernières se trouvent dans un tel état d'impotence fonctionnelle que l'espérance du repas devient souvent un souci, quelquefois un supplice. J'ai plaidé pour le remboursement de deux implants permettant de fixer ces prothèses totales, mais n'ai pas obtenu gain de cause au sein du Ministère.

### *Professeur Youssef HAIKEL*

Une étude publiée récemment compare deux groupes. Dans le premier, les patients sont appareillés avec une prothèse mandibulaire simple. Dans l'autre, les prothèses reposent sur deux implants. Des analyses biologiques ont montré que, dans le deuxième groupe, toutes les fonctions vitales étaient améliorées. Cet argumentaire scientifique va bien au-delà de l'humanitaire et du bien être et que la prothèse fonctionnelle est bien un enjeu de Santé Publique.

### *Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

La solution n'est pas unique. La référence au mode de prise en charge habituel n'est plus tout à fait adaptée. La solution ne peut donc être apportée avec toute satisfaction par une nomenclature qui n'avait pas été pensée dans ces termes. L'optimisation des dépenses permettant la réorientation d'une partie de l'enveloppe peut

être une piste. Nous avons constaté que le Fonds National de Prévention a permis de mener des expériences remarquables et a été un mode de prise en charge qui secondairement a été repris par le risque. Ces pistes ne sont pas universelles mais peuvent répondre à un grand nombre de situations. Enfin, l'exemple évoqué montre qu'il est possible pour les professionnels libéraux de dispenser un soin de qualité hors de leur cabinet.

### *Monsieur Bertrand GARROS*

J'ajoute à ce qui vient d'être dit la nécessité de réfléchir à des solutions pérennes. Aujourd'hui, trop de solutions ne sont que des bricolages. Par ailleurs, nous sommes piégés par la segmentation de nos financements alors qu'il est nécessaire d'adopter une vision globale. La prise en charge d'une personne âgée dépendante est composée de soins mais aussi de l'aide pour s'habiller, manger, etc. Ces différentes prestations sont financées par des enveloppes différentes ; cette segmentation aboutit à une mauvaise utilisation globale de l'argent. Je suis conscient qu'il existe des résistances culturelles et que chaque organisme obéit à sa propre logique, mais il nous appartient de réagir pour une meilleure efficacité globale.

### *Docteur Marie-Christine RAVALT, Médecin Général*

En tant que Médecin Général, je supporte mal que les services ne soient pas réputés intelligents par le Ministère de la Santé. Je pilote deux volets du SROS dans la région Rhône-Alpes qui comprend trois CHU, ce qui complique les problèmes d'organisation sanitaire par rapport aux régions qui n'en ont qu'un. Je précise que la mise en œuvre du SROS 3 se déroule actuellement et que l'évaluation du SROS 2 est terminée.

En ce qui concerne l'exclusion de l'odontologie du SROS, de mon point de vue qui n'est pas totalement autorisé, la réponse est à chercher auprès des agences régionales d'hospitalisation pour ce qui concerne le financement. Par ailleurs, comme cela nous a été rappelé ce matin, il existe peu de services hospitaliers dont les chefs sont chirurgiens-dentistes. Or, traditionnellement, les SROS se constituent avec des groupes techniques où sont représentées les personnalités les plus actives de la région et les experts consensuels - c'est-à-dire les hospitalo-universitaires.



par le **PROFESSEUR YOUSSEF HAÏKEL**

*Chirurgien-dentiste,  
Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg*

#### **Les différentes façons de vieillir**

Ce matin, on a abordé le vieillissement, ce mal nécessaire tant que l'homme n'aura pas trouvé un autre moyen pour vivre plus longtemps ! J'aimerais revenir sur certains points qui me semblent importants. Le Professeur Jeandel et le Docteur Brocker nous ont fait part des enjeux médico-sociaux liés à l'avancée en âge et nous ont expliqué comment vieillir avec succès. J'ai retenu les quelques constats suivants : le rallongement de la durée de vie dans les pays développés, le vieillissement de nos populations et l'augmentation de et l'espérance de vie en bonne santé. J'ai appris qu'il existe une grande disparité dans le vieillissement et qu'on peut vieillir de trois façons : avec succès dans 20 % des cas, de façon usuelle dans 50 % des cas et de façon morbide dans 30 % des cas. L'expérience pilote menée sur Paris ne s'intéresse qu'à cette dernière catégorie, c'est-à-dire aux personnes qui sont en situation de dépendance totale. Or il reste 70 % de la population âgée auprès de laquelle j'estime que des efforts de prévention devraient être entrepris.

#### **Les conséquences des pathologies bucco-dentaires**

Des experts nous ont expliqué que le vieillissement n'est pas la cause des maladies chroniques mais un facteur de risque. Des actions préventives peuvent être menées pour éviter les polypathologies entraînant la fragilisation et la vulnérabilité. Il a été dit que les chirurgiens-dentistes jouent un rôle important dans cette prévention. En effet, la pathologie bucco-dentaire est l'une des principales causes de la dénutrition, et la qualité nutritionnelle retarde les pathologies chroniques. Le taux de mortalité est multiplié par deux lorsque la perte de poids est de 4 à 5 % sur une période de 1 à 3 ans (Am J Public Health 88 : 623-629, 1998). Dans une étude longitudinale récente menée auprès d'une cohorte sur une période de 2 ans, des corrélations positives ont été mises en évidence entre une perte de poids supérieure à 5 % et les maladies parodontales (JAGS 52 : 547-553, 2004). De ce fait, notre rôle dans la prévention de ces maladies et dans celle de la carie dentaire est essentiel.

En ce qui concerne les maladies infectieuses qui sont des complications de pathologies chroniques, les pneumopathies représentent la troisième cause de mortalité. Dans les hôpitaux, les pneumopathies nosocomiales sont la première cause de mortalité. Des travaux actuels montrent que ces pneumopathies auraient pour cause l'aspiration oropharyngées des sécrétions issues de la cavité buccale et en particulier, liées à des pathologies parodontales. Des corrélations ont été également établies entre le passage dans la circulation sanguine de bactéries liées à ces mêmes pathologies parodontales et l'athérosclérose (Clin Infect Dis. 34 : 1215-23, 2002).

Outre les conséquences physiopathologiques abordées ce matin par le Professeur Mahler et les dimensions psychologiques importantes en ce qui concerne le retrait social et la perte de l'estime de soi des personnes âgées édentées (Docteur Pouyssegur), il existe une relation très directe entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général.

#### **Les axes d'amélioration**

Je retiens du débat de ce matin qu'il nous faut réfléchir ensemble aux moyens de toucher toute la population. Il me semble qu'il faut insister sur les actions interprofessionnelles et interdisciplinaires où le chirurgien-dentiste à sa place ; c'est à ce niveau que nous devons agir.

Il n'existe pas d'état des lieux complet de la situation bucco-dentaire de la population âgée française. Seules des études partielles, comme celles réalisées en milieu hospitalier, sont disponibles mais elles ne représentent pas l'ensemble de cette population. Le travail pour connaître l'état de santé dentaire reste à faire afin de pouvoir évaluer les besoins.

L'expérimentation parisienne me semble particulièrement intéressante, mais j'estime qu'il faudra aller plus loin lorsqu'on en aura tiré les conséquences. La première des conclusions qui s'imposent est la nécessité d'adapter la nomenclature pour la prise en charge spécifique des personnes âgées, c'est aussi un autre moyen pour lutter contre l'isolement.

Les professionnels de santé bucco-dentaire devront trouver des approches médicales adaptées aux besoins des personnes âgées. L'unité mobile est un exemple de ce qui peut être fait pour réduire la morbidité et le handicap. Elle montre l'intérêt de susciter l'interactivité et la participation de la personne âgée.

Enfin, l'intervention de Monsieur Garros a montré qu'il existe un problème d'articulation des trois lois dont il a parlé ainsi que de leurs financements. J'ai retenu la mise en œuvre d'une dynamique régionale et notre nécessaire implication à ce niveau.

Pour conclure, je pense qu'on doit tout faire pour que nos aînés puissent vieillir en santé en acceptant la vieillesse comme un bien souhaitable et supportable !

*Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA*

Avec les centres d'examen de l'Assurance Maladie, nous avons mis en place un dispositif d'observation permanente de plus de 400 000 personnes. Les résultats seront à votre disposition selon une périodicité triennale. Cette étude permettra de suivre un certain nombre de paramètres et d'identifier des tendances.

*Docteur Patrick HESCOT*

Il est vrai que la France manque cruellement d'études épidémiologiques, mais j'estime que ce ne sera plus le cas à l'avenir. En effet, le Ministère nous a confié une enquête que nous mènerons en 2005 sur la population des 6 à 12 ans. L'enquête évoquée par Jean-Pierre Giordanella concerne, elle, l'observation des adultes. Enfin, nous sommes en contact avec Monsieur le Divenah pour envisager une autre enquête qui concernerait les populations au-delà de 75 ans. En effet, au vingtième siècle, les personnes étaient considérées comme âgées à partir de 65 ans alors qu'aujourd'hui, ce passage s'effectue plutôt à 75 ans.

Je remercie tous nos intervenants à ce colloque qui n'est qu'une étape de notre démarche. En effet, notre méthode de travail à l'UFSBD consiste à organiser un colloque pour faire le point sur une situation et à lancer des expérimentations. Nous vous avons présenté une expérimentation, celle que nous menons avec la Caisse d'Assurance Maladie, mais nous en conduirons d'autres.

Je pense qu'il nous faut prendre conscience que ce n'est pas seul que nous parviendrons à trouver des solutions. Il nous faut mettre ensemble toutes nos compétences pour mieux utiliser le temps et l'argent disponibles. En matière de Santé Publique, nous déplorons la totale méconnaissance de ce que fait le voisin. Nous l'avons encore observé aujourd'hui lorsque nos amis médecins se sont étonnés des initiatives menées dans le domaine dentaire.

Les personnes âgées demandent à être respectées et entendues. Je suis persuadé que vos actions futures contribueront à leur rendre le sourire.