

Colloque National de Santé Publique

« Nutrition et Santé Bucco-Dentaire »

Jeudi 12 octobre 2006 Palais du Luxembourg - Paris

PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

sous le Patronage de M. Xavier BERTRAND,
Ministre de la Santé et des Solidarités

Colloque parrainé par Madame Marie-Thérèse HERMANGE, Sénateur



Centre collaborateur de l'OMS pour le développement
de nouveaux concepts d'éducation et de pratiques bucco-dentaires



SOMMAIRE

Accueil des participants	7
Professeur Youssef HAIKEL Chirurgien-dentiste, Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg	
Ouverture du colloque	7
Message de Monsieur Xavier BERTRAND, Ministre de la Santé et des Solidarités, lu par le Docteur Patrick HESCOT, Conseiller Technique du Ministre	
Avant-propos	10
Monsieur Philippe LAMOUREUX Directeur Général de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé	
Introduction sur la thématique : "nutrition et santé bucco-dentaire"	12
Message du Docteur Patrick HESCOT, Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Expert OMS, lu par le Docteur Jacques WEMAERE, Chirurgien-dentiste, Secrétaire Général Adjoint de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, chargé de Santé Publique Professeur Claude JEANDEL Président du Haut Conseil de Santé Bucco-Dentaire, Chef de service de Gériatrie Clinique du CHRU Montpellier	
"Nutrition et santé bucco-dentaire" : présentation de la méthodologie et des groupes de travail	15
Docteur Catherine MILLER Maître de Conférence à la Faculté Dentaire de l'Université Paris V	
État des lieux, recommandations et perspectives : chez l'enfant	16
Professeur Patrick TOUNIAN Pédiatre, service de gastroentérologie et nutrition pédiatriques à l'Hôpital Trousseau Docteur Sibylle OPSAHL Faculté Dentaire de l'Université Paris V	
Abords multidisciplinaires des troubles alimentaires	21
Professeur Maria-Cristina MANZANARES CESPEDES Faculté Dentaire de l'Université de Barcelone	
État des lieux, recommandations et perspectives : chez l'adulte	23
Docteur Sébastien CZERNICHOW Maître de Conférence à l'Université Paris XIII au Centre de Recherche en Nutrition Humaine Anne-Espérance GODLEWSKI Faculté Dentaire de l'Université Paris V	

État des lieux, recommandations et perspectives : chez les personnes âgées	27
Docteur Jean-Luc VEYRONE Faculté Dentaire de l'Université Clermont-Ferrand I	
Docteur Florence FIORETTI Faculté Dentaire de l'Université Paris V	
Éducation à la nutrition des adolescents : un exemple avec une mallette pédagogique	31
Docteur Fatima KARTOUT Fédération Nationale de la Mutualité Française	
Comment mettre en pratique ces recommandations au cabinet dentaire	33
Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA Directeur de la politique et des services de prévention de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de Paris, avec la participation de tous les intervenants de la journée.	
Conclusion	38
Professeur Youssef HAIKEL Chirurgien-dentiste, Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg	

Accueil des participants

Professeur Youssef HAIKEL
Chirurgien-dentiste, Doyen de la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Strasbourg

Je voudrais remercier tous les participants, aussi bien ceux présents dans la salle que ceux qui ont préparé cette journée ainsi que les intervenants qui prendront la parole aujourd'hui. Je vous remercie d'être venus si nombreux à ce colloque. Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, ne pourra malheureusement pas être parmi nous en raison d'un emploi du temps très chargé. C'est donc le Docteur Patrick Hescot qui nous fera l'honneur d'ouvrir cette journée.

Ouverture du colloque

Message de Monsieur Xavier BERTRAND
Ministre de la Santé et des Solidarités
lu par le Docteur Patrick HESCOT
Conseiller Technique du Ministre

La nutrition est devenue, en France, un enjeu majeur, que cela soit en termes de santé publique, d'égalité devant les soins ou de justice sociale. En se dotant d'un Programme National Nutrition Santé (PNNS), la France est devenue le premier pays européen à développer une stratégie globale en matière de santé et de nutrition. Le premier PNNS a établi une série de recommandations qui ont fait l'objet d'une large diffusion auprès du grand public à travers la distribution de guides (tirés à plus de cinq millions d'exemplaires) et de campagnes de communication.

Les problèmes nutritionnels sont, désormais, un sujet de préoccupation essentiel des pouvoirs publics comme en témoignent la loi de Santé Publique d'août 2004 et les grandes orientations du deuxième Programme National Nutrition et Santé (PNNS 2).

Je voudrais ici remercier tout particulièrement le Professeur Serge Hercberg et tous les membres de son équipe dont le rapport nous a permis de concevoir les grandes orientations du PNNS 2. Je tiens aussi à saluer la contribution à ce travail de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ainsi que la Mutualité Française et l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) pour l'organisation de ce colloque.

Il convient, tout d'abord, de rappeler que, dès 2007, 47 millions d'euros seront alloués à la nutrition en France. Les moyens consacrés à la politique nutritionnelle seront ainsi doublés. Grâce au PNNS 2, chacun pourra plus facilement mettre en application, dans sa vie quotidienne, les recommandations nutritionnelles qui sont essentielles à la santé bucco-dentaire.

Parmi les 9 objectifs prioritaires du PNNS 2 pour la période 2001-2008 on peut citer :

- l'augmentation de la consommation des aliments source d'amidon ;
- la réduction de 25 % de la consommation de sucres simples ;
- l'augmentation de 50 % de la consommation de fibres.

Ces objectifs se traduisent par les recommandations suivantes :

- consommer, à chaque repas, du pain, des céréales, des légumes ;
- privilégier la variété et les aliments céréaliers complets ;
- limiter la consommation de produits sucrés (notamment les boissons) et d'aliments à la fois gras et sucrés.

Le Ministère de la Santé et des Solidarités, l'Assurance Maladie et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) ont lancé, le 11 septembre 2005, une campagne nationale de sensibilisation et d'information destinée à promouvoir ces recommandations nutritionnelles. Cette campagne s'inscrit dans la lignée des campagnes déjà réalisée par l'INPES pour la promotion de la consommation des fruits et légumes et de l'activité physique.

Par ailleurs, conformément à la loi de Santé Publique d'août 2004 les messages sanitaires deviendront obligatoires sur les publicités alimentaires. La diffusion des recommandations du PNNS 2 débutera le 1^{er} janvier 2007 à la télévision, à la radio et dans la presse. Elle s'effectuera également à travers une campagne d'affichage. Un grand nombre des brochures d'informations seront aussi distribuées.

Les messages diffusés reprendront les recommandations du PNNS 1. Les messages généraux sont les suivants. Pour votre santé :

- manger au moins cinq fruits et légumes par jour ;
- pratiquer une activité physique régulière ;
- éviter de manger trop gras, trop sucré, trop salé ;
- éviter de grignoter entre les repas.

Le choix est laissé aux industriels de faire figurer ces messages sur leurs produits ou de payer une taxe d'un montant équivalent à 1,5 % du prix de la publicité. Nous voulons faire en sorte qu'ils s'engagent en faveur de l'éducation nutritionnelle en promouvant ces messages. Nous poursuivons, parallèlement, nos efforts de communication en faveur de la santé bucco-dentaire. Dans ce cadre des actions en matière d'éducation nutritionnelle seront proposés, en direction, principalement, des enfants de 6 à 12 ans et, à titre expérimental, des enfants de 4 ans et des personnes âgées. Lors de ces actions de sensibilisation et d'éducation, l'hygiène alimentaire devra être associée aux messages de santé bucco-dentaire. Enfin, lors des consultations de prévention destinées aux tranches d'âges de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, mises en place dans le cadre de la Convention Dentaire, l'aspect nutrition et santé bucco-dentaire devra être abordé.

Ce sont 10 millions d'euros par an que l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) consacrera au financement de campagnes de communication orientées, spécifiquement, en direction de quatre cibles, qui vous concernent directement :

- les enfants ;
- les personnes âgées ;
- les professionnels de santé ;
- les autres professionnels du secteur médico-social.

Ainsi au moins une grande campagne de communication sera consacrée chaque année aux neuf repères de consommation alimentaire du Programme National Nutrition Santé. D'autres campagnes seront plus ciblées comme celles en direction des personnes âgées. En effet, l'importance d'une alimentation de qualité pour prévenir la dépendance est désormais clairement établie. Dès le mois prochain, le guide nutrition destiné aux 55 ans et plus, intitulé « La santé vient en mangeant et en bougeant », sera diffusé à un million d'exemplaires. Il fera également l'objet d'une campagne télévisée et d'une campagne d'affichage. Un guide de formation pour les aidants sera lui aussi diffusé à un million d'exemplaires. Comme vous le savez, la nutrition a un impact important sur la dentition et peut être à l'origine de nombreuses pathologies, notamment chez les personnes âgées.

Cependant, les recommandations du PNNS ne seraient qu'un vœu pieux si tous nos concitoyens quels que soient leur âge et leur niveau de vie n'y étaient réellement sensibilisés. Mettre en œuvre ces recommandations implique, tout d'abord, l'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits. J'ai ainsi appelé tous les acteurs du secteur de l'agro-alimentaire à s'engager dans ce sens en signant des chartes portant sur la composition nutritionnelle des aliments, leur présentation et leur promotion. D'ici à la fin d'année, les premières chartes de ce genre seront signées. Elles comprendront des engagements en matière de réduction de sel, de sucre et de gras dans les produits.

Ces chartes devraient aussi stipuler que, lors de la conception de tout nouveau produit, sa valeur nutritionnelle devrait être prise en compte. Elle devrait également inclure un engagement en matière de limitation de la publicité en direction des enfants et de réduction des portions.

Des discussions sont, d'ores et déjà, engagées avec plusieurs entreprises comme Danone et Coca-Cola.

Par ailleurs, l'étiquetage des aliments sera modifié à l'échelle de l'Union européenne grâce à la mise en chantier d'une nouvelle directive, à la demande de la France. Cette nouvelle directive, en cours d'élaboration, a pour objectifs essentiels d'améliorer la présentation de la composition nutritionnelle des produits et d'en faciliter la compréhension par les consommateurs.

C'est dès le plus jeune âge que l'on prend de bonnes habitudes alimentaires. C'est la raison pour laquelle nous travaillons en collaboration avec l'Éducation Nationale pour faire entrer les préoccupations relatives à la nutrition dans les établissements scolaires. En outre, il convient

de souligner que, conformément à la loi de Santé Publique de 2004, les distributeurs de confiseries et de sodas ont été retirés des écoles et qu'il est aussi prévu d'y installer un plus grand nombre de fontaines à eau.

Enfin, je crois à l'efficacité des actions locales de terrain pour faire passer, dans la vie quotidienne des Français, les messages de nutrition et de santé. Des chartes d'engagement seront ainsi proposées aux acteurs locaux qui interviennent dans le domaine de la nutrition. Elles concerneront tant les entreprises que les collectivités locales. Cinquante-cinq communes avaient signé la charte des villes actives du Programme National Nutrition Santé. La charte renouvelée qui sera proposée à partir du 1^{er} janvier 2007 mettra l'accent sur la nutrition dans les cantines scolaires mais aussi et surtout sur l'importance de l'activité physique. L'activité sportive des enfants, le mercredi, sera ainsi encouragée. L'attention sera portée, plus particulièrement, sur les enfants qui ont le moins d'activités physiques. Les moyens des Directions Régionales de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS) destinés à soutenir les actions locales innovantes seront doublés et portés à 8 millions d'euros dès 2007.

L'obésité et, plus largement, les troubles de l'alimentation et les maladies qu'ils engendrent ne cessent de progresser. Il est donc de notre devoir de tous nous mobiliser pour améliorer l'éducation nutritionnelle et faire évoluer les comportements alimentaires. La nutrition est désormais une composante à part entière de la politique nationale de santé publique. Ce colloque éclairera les liens étroits et complexes entre la santé bucco-dentaire et la nutrition. Il permettra ainsi, je l'espère, à tous les acteurs concernés d'apporter leur contribution à la mise en œuvre d'une politique de santé bucco-dentaire efficace. Je vous remercie.

Avant-propos

Monsieur Philippe LAMOUREUX

Directeur Général de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

Je voudrais tout d'abord remercier l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) de m'avoir invité à ce colloque. Je suis très heureux d'être parmi vous, aujourd'hui. Je sais que certains d'entre vous sont venus de loin pour cette grande journée destinée à faire le point de l'état des connaissances sur la nutrition en relation avec la santé bucco-dentaire. C'est toujours pour moi un plaisir très particulier de me joindre aux initiatives de l'UFSBD, ne serait-ce qu'au titre d'une amitié fort ancienne que j'entretenais avec votre Président fondateur à qui je voudrais ici rendre hommage. Comme vous le savez, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) poursuit un objectif fondamental : l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé.

Notre institution remplit trois missions principales :

- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- assurer le développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique sur l'ensemble du territoire (il s'agit là d'une mission de service public) ;
- mettre en œuvre les programmes nationaux de prévention (L'INPES est en quelque sorte le « bras armé » du Ministère de la Santé dans la conduite de ses politiques de prévention).

Les programmes que nous conduisons sont au nombre d'une douzaine et s'appuient sur les outils suivants :

- les campagnes de communication ;
- les actions d'éducation pour la santé ;
- la réalisation de documents d'information destinés à tous les types de publics ;
- la création d'outils spécialement conçus pour les professionnels de l'éducation ou de la santé.

L'INPES est, en somme, une gigantesque machine de production de documents. Je citerai uniquement un chiffre : au cours de l'année qui vient de s'écouler, l'INPES aura diffusé près de 60 millions de documents sous toutes les formes.

Notre institut est sans cesse confronté à la nécessité d'établir un lien avec le terrain. Il le fait soit directement, soit indirectement, en collaboration avec des professionnels relais. Ceux-ci sont, en premier lieu, des professionnels de l'éducation et des professionnels de santé, en particulier les chirurgiens-dentistes. L'un des programmes que nous développons porte sur la nutrition et sur la mise en œuvre du Programme National Nutrition Santé.

Depuis 2001, nous avons réalisé des campagnes pour favoriser la consommation régulière de fruits et légumes, promouvoir l'activité physique et inciter à limiter la consommation de produits gras et sucrés. Nous avons aussi édité des guides « nutrition-santé » dont le premier avait pour titre « La santé vient en mangeant ». L'ensemble de ces guides a été diffusé à cinq millions d'exemplaires, ce qui est un chiffre sans précédent pour ce qui nous concerne. Le grand public a manifesté un vif intérêt pour ces publications. Ainsi, nous avons envisagé, initialement, d'écouler en kiosque 160 000 exemplaires du guide « nutrition-santé » en six semaines. Ils l'ont été en six jours et ce sont 360 000 exemplaires qui ont été vendus en kiosques ! Nous en sommes, actuellement, à 5 millions d'exemplaires diffusés.

Concernant le guide « personnes âgées de plus de 55 ans » dont le Docteur Patrick Hescot vous a parlé, la campagne de diffusion a démarré lundi dernier. Nous ne l'avons pas mis en kiosque car nous avons considéré que, pour ce public, il était plus intéressant de fournir un numéro de téléphone et de l'envoyer gratuitement aux personnes intéressées. Au cours des deux premiers jours de lancement de la campagne de diffusion du guide, nous avons eu 16 000 commandes ! Vous voyez donc l'appétence de nos concitoyens pour tout ce qui touche aux problèmes de nutrition.

Nous souhaitons que la population connaisse mieux les grands repères sur la consommation alimentaire et sur l'activité physique. Vous trouverez plus d'informations sur ce thème sur le site internet que nous venons de créer : www.mangerbouger.fr. Notre objectif est de faire évoluer les comportements alimentaires et les modes de vie sans nous placer dans une optique normative. Il faut, en effet, veiller à ne pas submerger le public de messages normatifs. De ce point de vue, la nutrition est un thème formidable. Il permet d'aborder les problèmes

de santé de façon positive et constructive, de développer l'estime de soi, et de ne pas placer notre action en faveur de la santé exclusivement sous le sceau de l'interdit, ce qui est un peu trop souvent le cas des grandes campagnes de santé publique. Nos campagnes s'inscrivent dans le cadre de la stratégie du Programme National Nutrition Santé auquel nous contribuons fortement. C'est ainsi l'INPES qui assure le Secrétariat de la Commission chargée de labelliser les actions PNNS. Il est en effet possible de faire labelliser certaines actions ; l'UFSBD pourrait d'ailleurs le faire et bénéficierait ainsi d'un label PNNS. Je souhaite préciser que nous ne labellisons pas les produits mais uniquement les actions. Si Carrefour ou une autre entreprise du secteur de l'agro-alimentaire nous demande de labelliser un yaourt PNNS, nous ne le ferons pas.

Par ailleurs, l'une de nos préoccupations est de faire en sorte que les problèmes nutritionnels ne soient pas abusivement assimilés à ceux de l'obésité. La hausse de la prévalence de l'obésité dans notre pays est, certes, une réalité. Mais les questions de nutrition concernent aussi l'anorexie mentale, la dénutrition chez le sujet âgé, la nutrition de la femme enceinte.

Le colloque d'aujourd'hui permettra de dresser un état des lieux des relations entre la nutrition et la santé bucco-dentaire. L'INPES est très heureux d'y participer. Force est de constater les relations étroites qui unissent la santé bucco-dentaire et l'état nutritionnel. Comment bien manger alors qu'on a tout simplement des difficultés à mastiquer ? Comment conserver l'estime de soi quand on a des problèmes bucco-dentaires avec tout ce que cela peut impliquer, y compris sur un plan purement esthétique ?

Ce colloque devra permettre, je l'espère, une meilleure prise en compte des problèmes nutritionnels dans la pratique professionnelle des chirurgiens-dentistes. Des groupes de travail vont se réunir à l'issue de colloque pour formuler des recommandations. L'INPES leur apportera son appui.

Il existe nombre d'autres thèmes de prévention sur lesquels l'INPES souhaiterait travailler avec les chirurgiens-dentistes : les maladies chroniques, les maladies infectieuses, l'alcool, le tabac, par exemple. L'INPES va lancer, dans un mois, une campagne sur les virus respiratoires. Les chirurgiens-dentistes nous semblent être les professionnels les mieux à même d'aborder ce thème avec leurs patients. Ils sont des acteurs de prévention majeurs et je dirais exemplaires puisque l'UFSBD a développé, de longue date, des actions de prévention. Nous souhaitons renforcer notre collaboration avec les chirurgiens-dentistes et, pour ce faire, nous sommes en passe de finaliser une Convention de partenariat entre l'Institut et l'UFSBD. Quels sont nos projets ? Tout d'abord, nous prévoyons de diffuser nos documents en collaboration avec l'UFSBD. Une sélection de nos documents sera mise à la disposition de l'UFSBD au niveau départemental. Nous travaillerons aussi ensemble à l'élaboration de documents communs. Nous demanderons également à l'UFSBD de nous aider à concevoir certains de nos documents. En effet, nous souhaiterions impliquer davantage les chirurgiens-dentistes dans nos actions de prévention.

La formation est un autre aspect important. Nous souhaitons avec l'UFSBD intégrer les volets prévention et éducation pour la santé dans la formation des chirurgiens-dentistes. En effet, un praticien peut avoir le meilleur diagnostic et la meilleure pratique professionnelle du monde, mais si son patient ne tient pas compte des conseils qui lui sont prodigués ou ne les comprend pas, l'efficacité de l'acte de soins risque d'être réduite à néant !

Le dernier aspect concerne l'évaluation et l'amélioration de nos actions de prévention. Nous avons une préoccupation centrale qui est aussi celle du Ministre de la Santé et des Solidarités : parvenir à une meilleure prise en compte des problèmes de santé des populations les plus vulnérables. Le Ministre de la Santé et des Solidarités, Monsieur Xavier Bertrand accorde une très grande importance à cet objectif. Quels types d'actions est-on capable de développer en direction de ces populations ? Quelles sont les actions efficaces ? Comment peut-on parvenir à une meilleure prise en charge des 20 % d'enfants qui concentrent 80 % des problèmes dentaires ?

Vous le voyez, chers amis, les chirurgiens-dentistes ont un rôle crucial à jouer. En vous souhaitant un colloque très réussi, permettez-moi de le placer sous le signe de la prévention et de l'éducation pour la santé. Je vous remercie.

Introduction sur la thématique

« nutrition et santé bucco-dentaire »

Message du Docteur Patrick HESCOT,
Président de l'Union Française pour la Santé Bucco Dentaire,
lu par le Docteur Jacques WEMAERE,

Chirurgien-dentiste, Secrétaire Général Adjoint de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire,
chargé de Santé Publique

Professeur Claude JEANDEL
Président du Haut Conseil de Santé Bucco-Dentaire
Chef de service de Gériatrie Clinique du CHRU Montpellier

Docteur Jacques WEMAERE

Avant de commencer, je désire remercier Patrick Hescot de me laisser la parole pour introduire ce colloque.

Monsieur le Conseiller, Messieurs les parlementaires, Mesdames, Messieurs, je suis particulièrement heureux de vous présenter aujourd'hui ce Colloque de l'UFSBD.

Nous tenons à remercier Monsieur Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, qui a accepté de placer cette manifestation sous son haut patronage.

Nos remerciements vont également à Madame Marie-Thérèse Hermange, sénateur d'Ile-de-France qui nous a apporté son aide pour l'organisation de ce colloque. Elle ne pourra malheureusement pas venir aujourd'hui, mais comme elle l'a dit ici même l'année dernière, elle suivra nos travaux avec attention. Sans elle, nous n'aurions pas pu bénéficier de la mise à disposition de cet espace prestigieux.

Nous voudrions aussi remercier le Professeur Arnaud Basdevant de sa présence et de sa contribution au colloque, ainsi que tous les conférenciers et membres des groupes de travail « nutrition ».

Enfin, je tiens personnellement à remercier le Docteur Catherine Miller qui a mené à bien l'organisation de ce colloque et avec qui j'ai eu grand plaisir à collaborer.

I. Le rôle du Haut-Conseil de Santé Bucco-Dentaire

Quel lien existe-t-il entre les adolescents, le diabète, les personnes âgées et la thématique cancer ? Ce sont autant de thématiques de colloque de Santé Publique que l'UFSBD a organisé depuis cinq ans.

L'UFSBD, Centre Collaborateur de l'OMS, a vu le jour il y a quarante ans et s'est modernisée en mettant en place il y a quelques années un Haut Conseil de Santé Bucco-Dentaire, présidé initialement par le Professeur Jacques Rolland actuellement président de l'ordre des médecins. Ce Haut Conseil oriente toutes les actions que nous menons dans ce domaine. Par ailleurs, un Comité Scientifique a été mis en place, il est dirigé par le Professeur Youssef Haikel qui suit et anime le département Santé Publique.

Ce Haut Conseil revêt une importance primordiale à nos yeux. Il travaille de façon transversale avec différentes personnalités. Il est une source inépuisable d'enrichissements pour nous car il réalise la prouesse de réunir des professionnels de santé de tous les horizons : médecins spécialistes, médecins pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, mais aussi tout le monde de l'environnement de santé : politiques, financeurs, assistantes sociales, éducateurs de santé, etc.

Ce qui nous réunit aujourd'hui, c'est cette vision pluridisciplinaire qui nous permet de placer l'homme au cœur de la santé. Nous ne soignons pas une bouche, nous ne traitons pas des dents ; nous nous occupons d'un individu. Or on a fréquemment tendance à concevoir l'organe dentaire en dehors de la santé générale, voire en dehors du corps humain. De notre côté, quand nous étudions un organe ou une pathologie, c'est moins l'un ou l'autre qui nous intéresse que l'individu lui-même.

Donc, vous l'avez compris, la véritable méthodologie de travail pour nous à l'UFSBD c'est de travailler ensemble. C'est ensemble que nous trouverons les solutions, la solution, c'est ensemble que nous réfléchissons et que nous agissons.

II. Alimentation, nutrition et santé bucco-dentaire

Un autre lien unit les différentes thématiques de nos précédents colloques : la nutrition.

Nous allons traiter aujourd'hui de la nutrition, notamment chez les personnes âgées et les adolescents, mais aussi la répercussion d'une malnutrition sur la santé générale et plus précisément sur la sphère oro-buccale. En effet, aujourd'hui, dans le monde, deux types de malnutritions s'opposent : le premier type est associé à la faim et aux carences nutritionnelles, le second à la suralimentation. Parallèlement, la mondialisation entraîne des changements rapides des modes de vie et donc du régime alimentaire. Ne nous trompons pas en France : les deux types de malnutrition existent. Nous sommes confrontés dans nos cabinets dentaires à des patients atteints de dénutrition, notamment chez les personnes âgées mais aussi des patients atteints de surpoids, voire d'obésité. Or l'alimentation et la nutrition ont des répercussions à différents titres sur la santé bucco-dentaire. Elle a des répercussions importantes, entraînant des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, l'ostéoporose, etc.

En France, l'obésité touche 9,6 % des adultes et 12 % des enfants. Par sa complexité, l'obésité engendre de la part des personnes concernées mais aussi des professionnels de santé de nombreuses interrogations. Quelles sont les origines de l'obésité ? Quels sont ses risques pour la santé, en particulier pour la santé bucco-dentaire ? Que faire face à l'obésité ? Quel rôle doit jouer ici le chirurgien dentiste ? Que peut-on (ou doit-on) manger lorsqu'on souffre d'obésité ?

Par ailleurs, l'anorexie touche 2 % des femmes. Pour nous, il s'agit de savoir reconnaître ces troubles du comportement alimentaire et d'orienter le patient pour lui proposer des solutions qui lui permettront de sortir de cette souffrance. Vous l'avez compris : toute la population est concernée de 0 à 99 ans.

En tant que chirurgien dentiste, nous avons plusieurs rôles à jouer :

- mettre en place des conseils nutritionnels ;
- faciliter des actions de sensibilisation lors de la promotion de l'allaitement maternel ;
- faire connaître les avantages d'une diminution de la consommation de boissons sucrées ;
- promouvoir une alimentation saine et rationnelle parmi les personnes vivant dans des zones défavorisées ;
- préconiser une alimentation saine qui peut également participer à la prévention du cancer de la cavité buccale.

Le chirurgien dentiste a donc un rôle individuel à jouer en tant qu'éducateur à la santé. De son côté, l'UFSBD a pour mission d'intégrer au mieux la santé bucco-dentaire dans le Plan National Nutrition Santé.

Avant de laisser la parole au Professeur Claude Jeandel, je tiens d'ores et déjà à vous remercier d'être présents. À cet égard, je constate avec satisfaction que ce colloque attire d'année en année de plus en plus de participants.

Je souhaite souligner l'engagement de l'INPES et de son directeur, Monsieur Philippe Lamoureux, que cela soit pendant ce colloque ou au-delà. De leur côté, nos amis de la Mutualité Française nous accompagnent depuis longtemps et ont bien compris le caractère primordial que peut avoir une politique de prévention comme celle que nous mettons en œuvre. Je remercie particulièrement le Docteur Fatima Kartout d'avoir collaboré avec nous à l'élaboration de ce projet.

Je remercierai bien évidemment le Professeur Youssef Haikel qui mènera encore d'une main de maître les conclusions de ce colloque. Je remercie également le Docteur Jean-Pierre Giordanella, médecin conseil à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, qui animera la table ronde prévue cet après-midi.

III. L'engagement de l'UFSBD

L'UFSBD n'entend pas faire les choses à moitié : nous disons mais, surtout, nous faisons. Ce colloque comme toujours ne représente pour nous qu'une étape dans l'accomplissement des progrès nécessaires dans la prévention.

Cette démarche est essentielle pour nous dans la mesure où nous souhaitons intégrer notre profession dans l'univers médical. Les chirurgiens dentistes ont une vision médicale de leur métier mais aussi humaine et esthétique. Ce dernier aspect est important, notamment si l'on se rappelle que l'OMS définit la santé comme « un état de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ». De même, la qualité de vie est tout à fait essentielle et a un impact majeur sur la santé en général et la santé bucco-dentaire en particulier. Encore une fois, ce colloque ne représente qu'une étape pour l'UFSBD. Alors au travail et merci à vous.

Bonjour à toutes et à tous. La France comme les autres pays occidentaux va être confrontée au vieillissement démographique. Dans ce contexte, les sociétés occidentales doivent faire le pari de comprimer les morbidités. En d'autres termes, elles doivent faire en sorte que l'espérance de vie en santé augmente tout en réduisant, autant que possible, les effets chroniques invalidants du vieillissement, source de dépendance. Or le dénominateur commun entre l'ensemble des états de dépendance est la dénutrition protéino-énergétique. C'est dire l'importance que revêt un tel colloque qui va avoir pour finalité d'analyser les liens multiples entre l'état de santé bucco-dentaire et la nutrition.

Je souhaiterais mettre tout particulièrement l'accent sur les états de dénutrition. On estime, actuellement, que 4 à 10 % des personnes âgées à domicile sont victimes de dénutrition de même que près de la moitié des populations âgées vivant en institution. La dénutrition est un véritable enjeu de santé publique dans la mesure où elle fait le lit d'un grand nombre de morbidités ou d'états chroniques invalidants. On a cité, par exemple, l'ostéoporose. J'ajouterai une pathologie dont on parle peu : l'insuffisance musculaire squelettique. Cette pathologie est bien plus fréquente qu'on l'imagine. Elle a des conséquences fonctionnelles majeures et trouve ses déterminants principaux dans l'état nutritionnel. Cette pathologie, associée aux troubles posturaux, est à l'origine de deux millions de chutes par an en France, ce qui est considérable et constitue en soi un problème de santé publique majeur. L'ostéoporose, conjuguée à l'insuffisance musculaire squelettique explique 70 000 cas de fractures de l'extrémité du fémur par an.

Une étude récente vient de démontrer que la déficience en vitamines D était l'un des marqueurs principaux de l'entrée en institution pour personnes âgées dépendantes. Les états infectieux sont la troisième cause de mortalité primaire tous âges confondus. La pathologie infectieuse devient la première cause de mortalité après l'âge de 90 ans. Or la première cause de l'infection est l'état nutritionnel et, en particulier, la dénutrition protéino-énergétique. Il est donc nécessaire de développer des actions de prévention. L'une d'entre elles me semble tout particulièrement importante : l'organisation de consultations de prévention sur l'ensemble du territoire destinées aux personnes âgées de 70 ans et plus. Ces consultations seraient assurées par les médecins traitants. Elles auraient pour finalité de dresser l'inventaire de l'ensemble des situations médicales, principiens, infra-cliniques, non connues, non diagnostiquées ou diagnostiquées à un stade infra-clinique, rarement verbalisées par la personne elle-même. Les premières consultations de prévention devraient débuter mi-2007. Elles feront l'objet d'un travail préparatoire avec l'INPES.

Ces consultations de prévention devraient permettre au médecin traitant de repérer les signaux d'alerte dans un grand nombre de registres, en particulier l'état nutritionnel et l'état bucco-dentaire. L'éducation pour la santé devrait aussi être un instrument privilégié pour améliorer l'état de santé global des personnes âgées et leur espérance de vie en bonne santé.

Je souhaite, à mon tour, remercier les organisateurs de cette journée et bien sûr tous les participants qui, je n'en doute pas, se montreront très interactifs dans leurs questions et leurs échanges. Je forme tous mes vœux pour que cette journée soit une réussite et qu'elle permette de répondre à vos attentes. Merci de votre attention.

Nutrition et santé bucco-dentaire : présentation de la méthodologie et des groupes de travail

Docteur Catherine MILLER
Maître de Conférence à la Faculté Dentaire de l'Université Paris V

Lorsque le Docteur Patrick Hescot m'a demandé de bien vouloir m'occuper du thème « santé dentaire et nutrition », la tâche m'a paru ardue mais, devant l'ampleur des dégâts constatés chez nos patients dans les services hospitalo-universitaires, je n'ai pu qu'accepter de relever le défi.

Classiquement, le rôle de l'alimentation dans les troubles bucco-dentaires était analysé sous l'angle d'une relation entre alimentation sucrée et carie. A l'heure actuelle, le rôle des glucides simples dans la carie dentaire est quelque peu relativisé, même si dans les pays industrialisés européens, on constate une consommation excessive de glucides simples. De ce point de vue, le dernier rapport de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) est assez effarant pour notre pays.

Par ailleurs, nous sommes aussi dans une société de malnutrition puisque nous avons des patients obèses mais également des patients qui présentent des troubles du comportement alimentaire avec même une anorexie prénatale. Chez ces patients, on observe des troubles bucco-dentaires qui sont différents de ceux que l'on constate chez les patients obèses. Des travaux restent bien sûr encore à mener mais on sait, d'ores et déjà, que la malnutrition induit des troubles bucco-dentaires importants.

L'objectif de cette Commission était d'établir un état des lieux de la santé bucco-dentaire et de la nutrition en France, d'élaborer des conseils et conduites à tenir et de proposer des actions afin d'intégrer la santé bucco-dentaire dans la problématique du Plan National Nutrition Santé où elle se trouvait, jusqu'alors, un peu reléguée au second plan. Notre cible principale est le chirurgien-dentiste. Notre objectif est de transmettre des messages parfaitement en accord avec le Programme National Nutrition Santé. Cela signifie que ces messages seront peut-être plus restreints. Les messages que nous transmettons actuellement dans notre profession ne sont pas en accord avec le message nutritionnel général du PNNS.

La méthodologie a consisté à associer des nutritionnistes, des diététiciens, des chirurgiens-dentistes pour rédiger des rapports pratiques et conformes au message général du Plan National Nutrition Santé. Trois groupes de travail ont été constitués. Je tiens à souligner que tous leurs membres ont formidablement travaillé et que tous les rapports ont été rendus en temps et en heure. Je souhaite donc adresser mes plus vifs remerciements à toutes les personnes qui ont participé à cette Commission.

Le premier groupe de travail a établi des « repères et attitudes cliniques chez la femme enceinte et l'enfant ». Il est représenté, à ce colloque, par le Docteur Sibylle Opsahl, Assistante à la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université Paris V et par le Professeur Patrick Tounian, Praticien hospitalier à l'Hôpital Trousseau.

Le deuxième groupe de travail était consacré à l'établissement de « repères et attitudes cliniques chez l'adolescent et l'adulte (13-55 ans) ». Il est composé d'Anne Godlewski, du Professeur Christina Manzanares Céspedes, de la Faculté Dentaire de l'Université de Barcelone, du Docteur Sébastien Czernichow, qui est, pour l'instant, Chef de Clinique chez le Professeur Arnaud Basdevant mais qui va être nommé Maître de Conférence à l'Université Paris XIII et qui travaille avec le Professeur Hercberg et, enfin, de moi-même.

Le troisième groupe de travail avait pour thème le « dépistage des risques de dénutrition chez le senior, rôle du chirurgien-dentiste ». Il est composé du Docteur Jean-Luc Veyrune, de la Faculté Dentaire de l'Université de Clermont-Ferrand I qui a mené plusieurs travaux de recherche sur la personne âgée, du Docteur Florence Fioretti, de la Faculté Dentaire de l'Université Paris V, de Mesdames Baheux et Soubiès, diététiciennes à l'Hôpital Bretonneau, du Professeur Danielle Buch, de la Faculté Dentaire de l'Université Paris V et Chef du tout nouveau service d'Odontologie de l'Hôpital Bretonneau et du Docteur Yves Wolmark, Chef de service de Gériatrie à l'Hôpital Bretonneau.

Je souhaiterais insister sur l'importance de la contribution de ce groupe de travail à la campagne actuellement en cours du Plan National Nutrition Santé Senior « la santé vient en bougeant ».

Nous avons demandé au Professeur Arnaud Basdevant, au Docteur Michèle Garabédian, au Professeur Youssef Haikel et au Professeur Serge Hercberg de bien vouloir relire l'ensemble des documents produits par ces groupes de travail et de les valider.

Je vais maintenant passer la parole au Professeur Patrick Tounian qui représente le premier groupe de travail.

État des lieux, recommandations et perspectives : chez l'enfant

Professeur Patrick TOUNIAN

Pédiatre dans le service de gastroentérologie et nutrition pédiatriques à l'Hôpital Trousseau

Docteur Sibylle OPSAHL - VITAL
Faculté Dentaire de l'Université Paris V

Professeur Patrick TOUNIAN

Bonjour à tous. Je souhaite, tout d'abord, remercier le Docteur Catherine Miller de nous avoir donné l'opportunité de faire un guide pour les chirurgiens-dentistes. Je voudrais aussi remercier le Docteur Sibylle Opsahl qui est ici présente et qui a davantage contribué à la rédaction de ce guide que moi. C'est donc à elle qu'il faut adresser, en priorité, vos félicitations.

Nous avons beaucoup réfléchi avec Sibylle à la manière dont nous allions vous présenter la nutrition de l'enfant. Sachant que je passais après Arnaud Basdevant, et connaissant sa remarquable qualité d'orateur, j'ai décidé de ne pas vous parler uniquement d'obésité car je ne pourrai jamais faire aussi bien que lui ! Mon intervention comprendra deux parties : la première sera consacrée aux carences alimentaires et aux messages qu'on pourrait tenter de faire passer, la seconde abordera la question de l'obésité. Le Docteur Opsahl vous parlera, ensuite, de tout ce qui concerne les caries et la santé bucco-dentaire.

Il n'était, bien évidemment, pas possible de présenter la nutrition de l'enfant en 20 minutes. J'ai donc choisi trois thèmes : la promotion de l'allaitement maternel, la prévention des carences et des excès, essentiellement des carences et, enfin, l'obésité.

I. Pourquoi promouvoir l'allaitement maternel ?

1. Les raisons nutritionnelles

Les raisons sont, tout d'abord, d'ordre nutritionnel. La référence en matière d'alimentation de l'enfant reste le lait maternel. La composition des laits infantiles (qui ont fait des progrès considérables), se calque, le plus possible, sur celle du lait maternel. Ce dernier est un lait parfaitement adapté au nourrisson. En outre, il contient des nutriments qu'il n'a pas encore été possible de mettre dans les laits infantiles, la leptine, par exemple. Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que le lait maternel contiendrait aussi des nutriments, qu'on ne connaît pas encore, et qui contribueraient à la santé de l'enfant, non seulement dans les premiers mois, mais aussi, peut-être, pour le restant de ses jours.

2. Les raisons préventives

L'autre raison pour promouvoir le lait maternel est qu'il contribue à prévenir des infections, notamment des gastro-entérites, l'obésité, les allergies, l'hypertension artérielle et les maladies cardio-vasculaires.

3. Les raisons affectives

Enfin, il ne faut pas oublier les raisons affectives, l'importance de la relation mère-enfant dont on pourrait parler pendant des heures, des psychologues le feraient sans doute infiniment mieux que moi. J'aimerais, pour ma part, insister sur un point particulier, qui mériterait d'être étayé par un plus grand nombre de travaux scientifiques. Un certain nombre d'études très sérieuses montrent que, facteurs confondants exclus, les enfants allaités au sein réussiraient mieux jusqu'à la faculté que les enfants non allaités au sein.

Je souhaiterais aussi évoquer une recherche sur les liens entre l'allaitement maternel et le risque de surpoids chez l'enfant. Cette recherche a porté sur une cohorte importante d'enfants (plus de 5 000). Ses résultats montrent que l'allaitement maternel réduit le risque de surpoids chez l'enfant ou l'obésité quand l'enfant atteint l'âge de 5-6 ans. Le risque de surpoids et d'obésité se trouve considérablement limité par un allaitement prolongé. Un allaitement d'au moins six mois divise pratiquement par deux le risque pour l'enfant de devenir obèse. Nous en ignorons la raison. Il existe, vraisemblablement, des facteurs extrêmement précoces, postnataux mais aussi anténataux, qui augmenteraient ou réduiraient la probabilité pour un enfant d'être obèse ou en surpoids.

II. La prévention des carences et des excès chez l'enfant

Arnaud Basdevant et Philippe Lamoureux ont déjà évoqué cette question. On parle beaucoup des excès mais il ne faut pas oublier les carences et leurs conséquences à long terme. Pour prévenir les carences il est important de faire passer auprès des parents un certain nombre de messages. Tout d'abord, le seul aliment de l'enfant, jusqu'à l'âge de 6 mois, doit être le lait rien que le lait, de préférence le lait maternel ou, à défaut, le lait infantile.

Pourquoi le seul aliment de l'enfant avant l'âge de 6 mois doit-il être le lait ? Pour deux raisons. La première est que lorsqu'on diversifie trop tôt, c'est-à-dire lorsqu'on introduit dans l'alimentation de l'enfant un autre aliment que le lait, on va diminuer la quantité de lait ingérée et donc exposer l'enfant à des carences en calcium, en fer et en acides gras essentiels dont on connaît le rôle fondamental dans le développement cérébral. On expose aussi l'enfant à des excès en sucre et en sodium. Les excès en sodium augmenteraient le risque d'hypertension artérielle, jusqu'à plusieurs décennies plus tard. Quant aux excès en sucre, ils augmenteraient le risque de caries dentaires chez le nourrisson.

Par ailleurs, une diversification précoce (c'est-à-dire l'introduction dans l'alimentation du nourrisson d'un autre aliment que le lait) augmenterait le risque allergique, en particulier le risque d'eczéma. Une recherche qui a porté sur deux groupes d'enfants ayant un même terrain familial favorable au risque d'allergie a montré que le groupe d'enfants dont l'alimentation avait été précocement diversifiée (dès l'âge de 4 mois) avait un risque allergique cumulé à 1 an supérieur à celui des enfants dont la diversification de l'alimentation avait été plus tardive.

1. La carence en calcium

Un deuxième point très important, qui fait d'ailleurs partie des objectifs du Plan National Nutrition Santé, est la réduction de la carence en calcium chez l'enfant. Cette carence est une cause très importante de morbidité. On a déjà évoqué, lors de ce colloque, l'ostéoporose, une maladie qui survient très tard dans l'existence. Ce sont surtout les femmes, après la ménopause, qui sont soumises à ce risque, notamment le risque de fracture du col du fémur. Des travaux suggèrent, mais ce point est difficile à étudier, que les femmes qui, à l'âge de 60-70 ans, font des fractures du col du fémur, n'auraient peut-être pas consommé suffisamment de calcium dans leur enfance.

Quoi qu'il en soit, la consommation de lait et de produits laitiers doit être encouragée. A cet égard, un chiffre est souvent avancé, qui est bien évidemment modulable : les enfants mais aussi les adolescents auraient besoin de 500 millilitres de lait par jour. En outre, il est important de souligner que tous les produits laitiers ne se valent pas. On peut rappeler qu'un verre de lait de vache (150 millilitres) contient autant de calcium qu'un yaourt et trois petits suisses. Les fromages à pâte cuite (le gruyère par exemple) sont beaucoup plus riches en calcium que les fromages à pâte molle. Quatre portions de Vache qui rit représentent l'équivalent en calcium d'un yaourt.

2. La carence en fer

Les besoins en fer sont connus. La carence en fer a été mise en cause dans beaucoup de pathologies, dans l'hyperactivité notamment. Elle augmenterait le risque d'infection. Elle aurait aussi un impact sur les performances intellectuelles et contribuerait, peut-être, à expliquer de mauvais résultats scolaires.

Je souhaiterais faire passer plusieurs messages. Tout d'abord, il y a deux types de fer : le fer qu'on appelle héminique, c'est-à-dire le fer qui est amené par le sang et qu'on trouve dans des produits qui contiennent du sang : viandes, abats, poissons. Ce fer a un excellent coefficient d'absorption. L'autre type de fer, apporté par des aliments tels que le lait, le bœuf ou les végétaux a, au contraire, un coefficient d'absorption beaucoup plus faible. Il est important de souligner que ce n'est pas le contenu en fer de l'aliment qui compte mais ce qui passe dans le sang.

III. La prévention de l'obésité

Je vais maintenant aborder la question de la prévention de l'obésité qui me tient particulièrement à cœur. Je me concentrerai sur ce que je crois connaître le mieux : l'enfant. L'obésité et le surpoids chez l'enfant sont plus complexes à définir que chez l'adulte. Si l'indice de masse corporelle (IMC) dépasse 25 chez un adulte, celui-ci peut être considéré comme en surpoids et obèse s'il dépasse 30. Chez l'enfant, cet IMC doit être interprété en fonction de l'âge. C'est grâce aux courbes de corpulences, qui figurent depuis 1995 dans tous les carnets de santé, que le médecin pourra déterminer si l'enfant est en surpoids ou obèse. Ces courbes de corpulences représentent, en effet, pour chaque sexe, les valeurs d'indice d'IMC en fonction de l'âge.

Arnaud Basdevant a rappelé le rôle de la modernisation économique dans l'augmentation de la prévalence de l'obésité. J'aimerais, pour ma part, évoquer le cas de deux pays aux conditions de vie difficiles : la Chine et le Brésil. Dans la Chine rurale, faiblement industrialisée,

la proportion d'enfants obèses ne bouge pratiquement pas, sur une dizaine d'années. En revanche, si on considère la Chine urbaine, en voie d'industrialisation, on observe une explosion de l'obésité. Il en va de même du Brésil, si on compare le secteur rural au secteur urbain.

Cependant, tous les enfants ne peuvent pas devenir obèses. Comme l'a souligné Arnaud Basdevant, il existe une susceptibilité constitutionnelle. Ainsi, dans nos familles il n'est pas rare de voir un enfant obèse et un enfant non obèse alors qu'ils ont le même environnement mais pas la même génétique. Il est donc important de veiller à ne pas culpabiliser les enfants obèses en leur reprochant, par exemple, de ne pas avoir eu une volonté suffisante pour modifier leur comportement alimentaire.

Les efforts en matière de prévention de l'obésité devraient porter, d'une manière prioritaire, sur le dépistage des enfants prédisposés. Quels sont ces enfants à risque ? Ce sont ceux qui ont des parents obèses. Le médecin, plus particulièrement le pédiatre, devrait aussi être attentif à l'évolution des courbes de corpulence de l'enfant et à l'âge auquel intervient le « rebond d'adiposité ». Jusqu'à un an, il est normal que la courbe de corpulence augmente. Elle diminue ensuite jusqu'à l'âge de six ans, puis augmente de nouveau jusqu'à la fin de la croissance. Ce moment où remonte la courbe est appelé « rebond d'adiposité ». Un rebond précoce, c'est-à-dire avant 6 ans, peut être le signe d'une obésité naissante. Chez les futurs enfants obèses, le rebond survient en moyenne vers l'âge de 3 ans. En cas de rebond précoce, l'éducation nutritionnelle (faire quatre repas par jour, ne pas grignoter, ne pas abuser des produits à forte densité énergétique) et la promotion précoce de l'activité physique par les parents sont probablement de bons moyens pour prévenir l'évolution vers l'obésité. En matière d'éducation nutritionnelle, un point mérite d'être souligné : l'éducation du goût est importante. Des études ont montré que 75 % des enfants avant l'âge de 2 ans n'avaient pas d'appétence pour les légumes. Une méthode efficace pour modifier ce goût consistait, pour les parents, à présenter à leur enfant, d'une manière répétée des légumes et d'en manger eux-mêmes avec délectation. Si, au contraire, les parents décidaient de ne plus lui en proposer, ils réduisaient la probabilité que leur enfant puisse vouloir en consommer plus tard.

1. Éviter la « diabolisation » de certains aliments

Une erreur doit être évitée : interdire la consommation de certains aliments. Il faut éviter la « diabolisation » de certains aliments comme les boissons sucrées, par exemple. Un enfant a le droit de consommer des boissons sucrées, des bonbons. Interdire ne sert à rien et peut avoir des effets délétères. Toutefois, les parents doivent fixer un cadre, des règles : par exemple consommer du Coca de manière modérée et pas en dehors des repas (je vous rappelle que le goûter est un repas).

Il faut aussi être attentif à la manière dont le grand public interprète les messages délivrés par les grandes campagnes de santé publique. Un exemple : l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (l'AFSSA), qui fait un travail absolument remarquable en matière de prévention, a fait un rapport sur les glucides. Voici deux extraits de ce rapport : « les glucides simples dont l'effet délétère sur la santé a été démontré doivent être réduits » ; « le groupe de travail recommande un étiquetage lisible de la teneur en glucides ajoutés ». Après la publication de ce rapport, les industriels ont modifié la présentation de leurs produits en faisant figurer en grand, sur l'emballage des jus de fruits, la mention « sans sucres ajoutés ». La teneur en glucides est aussi indiquée sur le produit.

Le message qui pourrait paraître pertinent délivré par l'AFSSA (réduire la consommation de sucres ajoutés) peut, malheureusement, faire l'objet d'une interprétation erronée de la part des parents. Que font en effet certains d'entre eux ? Ils « angélisent » les jus de fruits et « diabolisent » les boissons sucrées et remplacent les boissons sucrées par les jus de fruits sans sucres ajoutés en pensant que ceux-ci ne contiennent pas de glucides et qu'ils peuvent, par conséquent, être consommés sans restriction aucune par leur enfant. Or, si les jus de fruits « sans sucres ajoutés » sont bénéfiques pour la santé en contribuant, notamment, à la prévention du cancer et des maladies cardio-vasculaires parce qu'ils contiennent des phytonutriments, ils n'en contiennent pas moins des calories qui peuvent, s'ils sont consommés avec excès, contribuer à entraîner une surcharge pondérale chez un enfant prédisposé. Il faut donc être attentif à l'interprétation de certains messages délivrés par les grandes campagnes de santé publique.

2. Réduire les activités sédentaires et promouvoir l'activité physique

Diminuer les activités sédentaires est nécessaire pour réduire la fréquence de l'obésité. La promotion de l'éducation physique par les parents est aussi un moyen efficace pour prévenir le surpoids et l'obésité chez leur enfant. Là encore, comme pour l'éducation du goût, il est important que les parents donnent l'exemple et participent aux côtés de leur enfant aux activités sportives.

3. Allouer des crédits plus importants à la recherche sur l'obésité

J'aimerais conclure en soulevant un point qui me semble particulièrement crucial : la réduction de la prévalence de l'obésité suppose d'investir fortement dans la recherche. Des crédits plus importants doivent donc être alloués à la recherche sur l'obésité, qui en manque cruellement, afin de permettre la mise au point de nouveaux médicaments et de nouvelles thérapeutiques. Je lance par conséquent un appel aux politiques qui sont dans la salle et au Docteur Patrick Hescot pour qu'ils aident les chercheurs qui travaillent sur l'obésité à obtenir des moyens supplémentaires.

IV. La nutrition et l'apparition des caries

Docteur Sibylle OPSAHL-VITAL

Bonjour à tous. Je voudrais tout d'abord remercier le Docteur Catherine Miller de m'avoir conviée à participer au groupe de travail « Repères et attitudes cliniques chez la femme enceinte et l'enfant ». Je la remercie également de m'avoir offert la possibilité de collaborer avec le Professeur Tounian avec lequel j'ai eu grand plaisir à travailler.

Ma présentation portera sur les repères et attitudes cliniques que les chirurgiens-dentistes peuvent développer au cabinet dentaire. Il s'agit beaucoup plus de conseils pratiques et, comme vous le verrez, la nutrition revêt un sens très large.

1. Le suivi des femmes enceintes par les chirurgiens-dentistes

On peut tout d'abord rappeler que, dans le cadre du suivi médical de la femme enceinte, une consultation chez le chirurgien-dentiste est prévue au quatrième mois de grossesse. L'objectif de cette consultation est double : éviter le développement de pathologies bucco-dentaires chez la femme enceinte et mettre en place des mesures de prévention pour la femme et son futur enfant.

La grossesse entraîne des modifications physiologiques, hormonales et corporelles. Ces modifications, notamment hormonales, vont avoir des répercussions sur le plan digestif entraînant, très souvent, des nausées et vomissements. On les observe à partir de la cinquième semaine d'aménorrhée avec un pic entre la huitième et la douzième semaine. Ces troubles digestifs diminuent ensuite et finissent par disparaître, le plus souvent. Ils sont gênants mais tout à fait bénins sauf dans de très rares cas.

2. Quels conseils le chirurgien-dentiste peut-il donner ?

Le chirurgien-dentiste pourra proposer à sa patiente de se rincer la bouche après le vomissement, soit avec de l'eau, soit avec un bain de bouche au bicarbonate ou bien au fluor, ceci afin de permettre une remontée du pH buccal et de limiter les risques de déminéralisation. Il pourra aussi lui conseiller de respecter un délai avant de se brosser les dents car l'acidité engendrée par l'acidité gastrique, couplée à l'action mécanique du brossage, surtout si celui-ci est un peu traumatique, risquent d'engendrer des érosions dentaires.

Les troubles digestifs et l'augmentation de l'appétit accompagnant la grossesse vont engendrer un fractionnement des prises alimentaires et un développement des pratiques de grignotage. Cette modification du comportement alimentaire, couplée à une hygiène bucco-dentaire parfois défaillante (en raison de l'état de fatigue qui accompagne la grossesse) contribuent à augmenter le risque carieux. Il est important d'expliquer à nos patientes qu'il n'y a pas de répercussions directes des modifications physiologiques - hormonales, par exemple - provoquées par la grossesse sur l'état des dents. Les modifications hormonales ont des conséquences au niveau parodontal mais n'ont aucune incidence sur le développement des caries. C'est le changement du comportement alimentaire allié à une moins bonne hygiène dentaire pendant la grossesse qui risque de provoquer des caries.

Une des stratégies de prévention de la carie les plus efficaces est de limiter la colonisation de la cavité buccale par les streptocoques mutans. Ceci est tout à fait possible en instaurant des mesures de prévention systématiques chez la femme enceinte qui vont être perpétuées jusqu'aux 3 ans de l'enfant. La mère va ainsi devenir l'acteur principal de santé pour son enfant.

La fenêtre d'infection par les streptocoques mutans se situe, généralement, entre le dix-neuvième et le trente et unième mois de l'enfant, au moment de l'apparition des molaires temporaires. Cette contamination se fait par la mère, essentiellement, mais aussi par les proches de l'enfant via les bisous. Elle peut aussi s'effectuer indirectement. Si, par exemple, la mère (ou une autre personne porteuse de streptocoques mutans) goûte les aliments de l'enfant avec une cuillère qu'elle a elle-même déjà utilisée ou bien si elle suce, pour la « nettoyer », la tétine de l'enfant avant de lui redonner. Cette contamination est d'autant plus forte que la mère a elle-même un taux élevé de streptocoques mutans en bouche. Plus la contamination est importante et précoce, plus le nombre de caries observées en denture temporaire est important.

Les chirurgiens-dentistes devront s'employer à réduire le taux de streptocoques mutans chez la femme enceinte et ensuite chez la jeune mère en traitant les lésions carieuses actives afin de diminuer la charge bactérienne en bouche. Ils devront effectuer un nettoyage professionnel et prodiguer à leurs patientes des conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire. En cas de présence importante de streptocoques mutans, le chirurgien-dentiste pourra conseiller à sa patiente d'effectuer des bains de bouche à la chlorhexidine le soir, au coucher, pendant une période de temps limité (15 jours en général). Il pourra aussi recommander aux jeunes mères ayant un taux élevé de streptocoques mutans de mâcher plusieurs fois par jour un chewing-gum au xylitol. En effet, des études montrent que le xylitol, un sucre qui n'est pas métabolisé par les bactéries cariogènes, a des propriétés bactériostatiques.

La grossesse, notamment le deuxième trimestre, est un moment tout à fait propice pour délivrer des messages de santé pour le futur enfant, la future mère étant généralement réceptive à tout ce qui concerne le bien-être de son enfant, d'où l'importance de la consultation dentaire au quatrième mois.

Les messages concernent en premier lieu l'hygiène bucco-dentaire. Celle-ci ne doit pas être dissociée de l'hygiène corporelle en général. On peut conseiller à la mère de passer, une fois par jour, une compresse imbibée de sérum physiologique au moment du bain (comme on nettoie les yeux, les oreilles, le nez) et ainsi d'habituer l'enfant au soin de la cavité buccale. Le passage d'une compresse est suffisant jusqu'à l'apparition des molaires temporaires (vers 18 mois), moment à partir duquel une brosse à dents spécifique doit être utilisée.

Concernant l'alimentation de l'enfant, le chirurgien-dentiste devra délivrer les mêmes conseils que le pédiatre, en insistant notamment sur ceux limitant la maladie carieuse. Le chirurgien-dentiste devra donc recommander de privilégier l'eau, de limiter les boissons sucrées et l'ajout de sucre dans les plats. Permettez-moi de faire une brève parenthèse concernant les caries précoces de l'enfant, anciennement nommées « syndrome du biberon ». Ces lésions carieuses sont causées par un apport répété de liquide sucré (lait, jus de fruits, sirop), notamment via les biberons de lait nocturnes, du fait de la plus faible salivation durant la nuit. La fréquence des caries précoces est plus élevée chez les enfants appartenant à des milieux sociaux économiquement défavorisés.

Pour prévenir ces caries, le chirurgien-dentiste devra prodiguer aux parents deux conseils extrêmement simples : éviter que l'enfant ne s'endorme dans son lit avec un biberon et, si cela n'est pas possible, préconiser que le biberon ne contienne que de l'eau. Tremper la tétine dans du miel ou du sirop (une méthode qui aurait pour vertu de calmer l'enfant) est, bien sûr, aussi à éviter.

Pendant la consultation du 4^{ème} mois de grossesse et lors de celle de 6 mois post-partum, la première consultation de l'enfant sera programmée, aux alentours de 12 mois. L'enfant sera ensuite revu bi-annuellement, ou plus en fonction du risque carieux.

Chez l'enfant, le risque carieux varie essentiellement en fonction des paramètres suivants : la composition de l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire et la fluoruration. Il faut aussi citer d'autres facteurs, comme l'état de santé général de l'enfant puisque que de nombreuses médications contiennent du sucre et peuvent avoir un effet cariogène, surtout si elles doivent être prises au coucher, donc après le brossage des dents. Les dents sont particulièrement exposées la nuit aux effets cariogènes du sucre contenu dans ces médicaments en raison de la faible salivation. Enfin, on peut aussi citer les facteurs socio-économiques, les caries dentaires sont plus fréquentes chez les enfants des milieux économiquement défavorisés.

Si le risque carieux est évalué comme faible, le chirurgien-dentiste devra enseigner une méthode de brossage, adaptée à l'âge de l'enfant. Avant 6 ans, l'enfant n'a pas des mouvements suffisamment coordonnés pour pouvoir se brosser les dents seul efficacement, et même après, il est conseillé qu'un parent supervise le brossage.

Concernant l'alimentation chez l'enfant présentant un risque carieux faible, une alimentation saine et équilibrée devra être préconisée : trois à quatre repas par jour, éviter le grignotage, privilégier l'eau comme boisson et se méfier des idées reçues concernant la teneur en sucre des sodas, qui est rarement plus élevée que celle des jus de fruits. Enfin, aucun aliment ne doit être diabolisé ni interdit.

Les visites de contrôle devront avoir lieu tous les 6 mois.

Chez l'enfant présentant un risque carieux élevé, en plus de l'enseignement d'une méthode de brossage adaptée et d'un renforcement de la fluoruration topique, la composition du régime alimentaire et la fréquence de prises devront être modifiées.

Trois repas minimum et quatre maximum par jour devront être préconisés pour limiter le grignotage. Le chirurgien-dentiste devra identifier avec l'enfant et sa famille les moments où le grignotage a lieu, afin de proposer une activité ou un aliment moins cariogène. De nouveau, il est essentiel de n'interdire aucun aliment, mais d'informer et d'accompagner.

Pour conclure, je souhaiterais souligner l'importance des réseaux de soins entre chirurgiens-dentistes, nutritionnistes et pédiatres pour combattre l'obésité et le surpoids chez l'enfant et réduire la fréquence des caries. Le chirurgien-dentiste ne doit pas se substituer au pédiatre ou au médecin généraliste mais veiller à prodiguer les mêmes conseils nutritionnels afin d'en renforcer la portée. Je souhaiterais, également, insister sur le rôle central des parents en matière d'éducation nutritionnelle et d'hygiène bucco-dentaire de l'enfant. Je vous remercie.

Docteur Catherine MILLER

J'ai pensé qu'il serait intéressant d'avoir un regard européen sur les questions de nutrition et de santé bucco-dentaire. J'ai donc invité une consœur espagnole, de l'Université de Barcelone, le Professeur Cristina Manzanares Cespedes qui mène, actuellement, une étude sur l'anorexie privative avec sa jeune collaboratrice, le Docteur Sylvie Serra qui est aussi présente parmi nous, aujourd'hui. Je lui cède tout de suite la parole.

Abords multidisciplinaires des troubles alimentaires

Professeur Maria-Cristina MANZANARES CESPEDES
Faculté Dentaire de l'Université de Barcelone

Merci beaucoup. Je tiens à remercier, tout particulièrement, le Docteur Catherine Miller et le Docteur Patrick Hescot de m'avoir fait l'honneur de participer à ce colloque.

Je souhaiterais, tout d'abord, rappeler que les jeunes praticiens dentaires de l'Université de Barcelone travaillent, pour la plupart d'entre eux, dans des structures de soins de santé primaires et sont intégrés dans des équipes multidisciplinaires. Notre équipe de recherche s'est dédiée surtout à l'étude de la croissance des os et à la biologie osseuse, plus particulièrement aux altérations du développement cranio-facial et aux biomatériaux.

En Espagne, les services de soins de santé primaires sont organisés à l'échelle régionale et comprennent des médecins généralistes, des pédiatres, des infirmiers et, pour la plupart d'entre eux, des chirurgiens-dentistes. Ces équipes travaillent dans les Centres Publiques d'Attention Primaire (CAPs).

Dans plusieurs publications récentes, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne la contribution importante, je dirai essentielle, de l'éducation en matière d'hygiène bucco-dentaire au bien-être et à l'état de santé général de la population. L'OMS insiste, également, sur le rôle crucial joué par une alimentation de qualité dans la prévention des affections bucco-dentaires.

Selon la définition générale la plus couramment utilisée par les professionnels de santé, les troubles alimentaires sont un groupe de pathologies caractérisées par des troubles physiologiques et psychologiques de l'appétit et de l'alimentation. Le nombre et la définition des troubles du comportement alimentaire ont évolué, au fil du temps. En 1979, seules quatre grands troubles alimentaires étaient répertoriés dans la plus importante banque de données médicales américaine : la cacophagie, le pica (deux troubles extrêmement rares), la boulimie nerveuse et l'anorexie.

Plusieurs définitions ont, par exemple, été proposées de l'anorexie (une pathologie essentiellement féminine qui touche souvent des adolescentes) et aucune d'elles ne fait l'objet d'un consensus au sein de la communauté médicale. C'est en 1994 que l'anorexie nerveuse est incluse dans les bases de données médicales. Elle est alors définie comme un trouble alimentaire caractérisé ou un trouble de l'appétit. Il est aussi indiqué que l'anorexie peut apparaître dans le cadre d'une autre pathologie, le cancer par exemple. En outre les patients anorexiques présentent une peur excessive de grossir, des altérations de l'image corporelle, généralement une perte de poids significative. L'aménorrhée est fréquente chez les femmes qui souffrent de ce trouble alimentaire.

D'autres auteurs ont défini l'anorexie nerveuse comme une pathologie psychiatrique et l'ont classée parmi les addictions. Elle est caractérisée par une aversion à l'égard de la nourriture qui résulte de causes psychologiques et conduit à une sévère perte de poids.

Le DSM V (Diagnostic and Statistical Manual – Revision 5) est actuellement en cours de rédaction et le chapitre consacré aux troubles alimentaires va, sans doute, être totalement remanié. Très probablement d'autres altérations du comportement alimentaire vont être incluses comme, par exemple, l'orthorexie : le fait de ne manger que ce qui est supposé être sain, ce qui est light (par exemple ne boire que du lait écrémé).

On trouve de nombreuses références dans la littérature médicale aux problèmes bucco-dentaires provoqués par les troubles alimentaires. La boulimie est la pathologie qui a été le plus étudiée sous cet angle. Les patientes atteintes de troubles alimentaires présentent, avec une fréquence variable, une érosion dentaire, une inflammation des glandes salivaires et des caries. Certains travaux font aussi état d'une inflammation chronique généralisée du parodonte. On peut regretter le nombre limité d'études spécialisées sur les bucco-dentaires des patients anorexiques.

Est-ce que les chirurgiens-dentistes sont conscients des signes et symptômes des troubles alimentaires ? Oui, incontestablement, comme j'ai pu le constater au cours de mon expérience comme professeur dans deux facultés dentaires, l'une en Espagne et l'autre au Portugal.

En revanche, il me semble que nos confrères psychiatres et psychologues sont peut-être moins conscients de l'incidence des troubles alimentaires sur la santé bucco-dentaire de leurs patients. Pour illustrer mon propos, j'aimerais évoquer une étude réalisée par membres de mon équipe. Nous avons obtenu l'autorisation du Comité d'Ethique de l'Université pour analyser 90 histoires cliniques, considérées comme closes, de patientes atteintes d'anorexie restrictive. Ces patientes avaient été hospitalisées au cours des années 1990-1995. Au moment de l'étude, elles étaient considérées comme en rémission.

Les résultats de l'analyse des histoires cliniques étaient un peu décevants : seules quatre d'entre elles avaient un rapport quelconque avec la santé bucco-dentaire. Une histoire, seulement, mentionnait la présence de caries, mais rien d'autre. Par contre, nos psychiatres et psychologues qui avaient soigné ces malades faisaient clairement mention du fait qu'elles perdaient fréquemment des dents au cours de l'évolution de leur maladie. Cependant, l'état de santé de ces malades était tellement grave (certaines d'entre elles avaient perdu 30 ou 40 kilos), la menace qui pesait sur leur vie tellement grande, que la perte de dents et, plus largement, la santé bucco-dentaire, passaient un peu à l'arrière-plan des préoccupations de nos confrères.

Je souhaiterais aussi vous présenter les résultats d'une étude que nous avons réalisée auprès de plusieurs responsables de services hospitaliers (qui accueillaient des malades atteints de troubles bucco-dentaires) présents à la réunion internationale sur les troubles alimentaires qui s'est tenue, récemment, à Barcelone. Les questions suivantes ont été posées :

- Avez-vous un chirurgien-dentiste dans votre équipe ?
- Disposez-vous d'un centre de référence pour les maladies dentaires dans votre hôpital ?
- Dans l'anamnèse de vos patients, recueillez-vous, systématiquement, des données sur l'état de santé bucco-dentaire ?
- Explorez-vous les symptômes d'affections dentaires et en proposez-vous un traitement intégré dans le traitement général des troubles alimentaires ?

Au total, dix centres de traitement des troubles du comportement alimentaire (sept centres privés et trois centres publics) ont été interrogés au cours de la réunion internationale de Barcelone (trois centres européens, deux canadiens, un mexicain et quatre centres des Etats-Unis). Aucun de ces centres n'avait de praticien dentaire, quatre de ces centres orientaient les malades vers leurs praticiens privés en cas de problèmes dentaires. Trois de ces centres appartenaient à des universités qui possédaient des facultés et des hôpitaux dentaires. Pourtant, pas un seul ne dirigeait les malades souffrant d'affections dentaires vers l'hôpital dentaire qui dépendait de l'Université. Pas un seul de ces centres n'offrait d'examen bucco-dentaire à ses patients.

Ma collaboratrice, le Docteur Serra est en train de mener une recherche sur l'anorexie nerveuse restrictive. Cette recherche a débuté en mai dernier et s'achèvera en mai prochain. Le Docteur Serra a déjà effectué une analyse clinique de 45 cas de malades atteintes de ce trouble alimentaire. Ces patientes ne sont pas hospitalisées. L'un des objectifs essentiels de cette recherche est d'évaluer le rôle de l'hypovitaminose de la malnutrition dans les problèmes bucco-dentaires chez les patientes souffrant d'anorexie nerveuse restrictive. L'une des hypothèses de travail est que l'hypovitaminose de la malnutrition, par le biais de l'altération de la microbiota buccale, causerait la xérostomie, la halitose et la carie qui ont été mentionnés comme des signes cliniques propres ou en rapport avec l'anorexie nerveuse restrictive. En outre, l'hypovitaminose entraînerait non seulement l'altération de la microbiota buccale mais aussi, à plus long terme, l'altération des tissus de support provoquant la chéilite, la gingivite et, à plus longue échéance, la perte des dents. Les malades atteintes d'anorexie nerveuse restrictive présentent aussi, généralement, des érosions dentaires en surface masticatoire et aussi des érosions en surface cervicale.

Le rôle du bruxisme, signe évident de tension musculaire, aussi très évidente chez les malades atteintes d'anorexie restrictive, doit aussi être étudié, surtout en vue des érosions cervicales d'évolution rapide qui ont été observées chez ces malades.

Quel peut être le rôle du chirurgien-dentiste dans une équipe multidisciplinaire travaillant dans le cadre d'une structure de soins de santé primaires ? Le praticien dentaire est souvent le premier à pouvoir déceler les signes et symptômes précoces des troubles alimentaires lors, notamment, des consultations dentaires de prévention scolaire destinées aux enfants âgés de 6, 8, 12 et 15 ans. Il lui incombe, bien évidemment, la responsabilité du traitement des affections bucco-dentaires.

Dans une équipe pluridisciplinaire qui soignent des patients atteints de troubles alimentaires, il doit être en mesure de faire un diagnostic précoce des affections bucco-dentaires et de les traiter. Je crois aussi que les différents professionnels de santé doivent être conscients de l'importance du rôle du praticien dentaire au sein d'une équipe pluridisciplinaire travaillant dans une structure de soins de santé, aussi primaires que spécialisés.

Il ne me reste plus qu'à remercier tous les participants à ce colloque, Monsieur Jacques Wemaere son organisateur, Monsieur Patrick Hescot qui nous a invités, mes confrères et mes patientes pour leur confiance et leur patience.

État des lieux, recommandations et perspectives : chez l'adulte

Docteur Sébastien CZERNICHOW

Maître de Conférence à l'Université Paris XIII au Centre de Recherche en Nutrition Humaine

Anne-Espérance GODLEWSKI

Faculté Dentaire de l'Université Paris V

Docteur Sébastien CZERNICHOW

Ma présentation sera consacrée aux aspects plus particulièrement épidémiologiques de l'obésité. Je souhaite, tout d'abord, rappeler qu'en France, nous ne disposons pas de données épidémiologiques fiables permettant d'évaluer avec précision la fréquence des différents troubles du comportement alimentaire, comme l'anorexie-boulimie par exemple. Ce manque de données quantitatives sur les troubles alimentaires n'enlève rien, évidemment, à la gravité des tableaux cliniques que peuvent présenter les patients qui en sont atteints.

I. L'épidémiologie de l'obésité

Pour l'étude de l'obésité nous disposons des données de l'enquête ObEpi qui est une enquête transversale répétée, en d'autres termes une photographie de l'état de santé de la population prise à plusieurs moments au cours du temps. Les résultats de l'enquête ObEpi ont été publiés récemment. Cette enquête a porté sur un échantillon représentatif d'adolescents et d'adultes. Elle a concerné un nombre très important de foyers (plus de 20 000). Elle fournit, par conséquent, des données précises sur la prévalence de l'obésité et son évolution.

D'après les résultats de l'enquête ObEpi, 12 % de la population en France serait obèse et 29 % en surpoids. Si on combine les deux, on peut dire que près de la moitié de la population est concernée par les problèmes de surcharge pondérale. L'augmentation de la fréquence de l'obésité massive doit aussi être soulignée. Elle a quasiment doublé au cours des six ou sept dernières années. Cette évolution a pour conséquence clinique d'augmenter le nombre de patients multi-complicqués pris en charge dans les services hospitaliers. D'un point de vue dentaire, nous avons entamé une collaboration avec l'équipe soignante de l'hôpital Bretonneau, pour étudier plus particulièrement la prise en charge des patients obèses massifs. Cette collaboration clinique a déjà permis de révéler l'importance des pathologies dentaires des patients adressés en consultation. Elle s'inscrit dans le cadre d'un protocole de recherche, dont la promotion est assurée par la Direction de la Recherche Clinique de l'Assistance Publique, sur la prise en charge et l'évaluation des troubles du comportement masticatoire des patients obèses.

En France, la prévalence de l'obésité est passée de 7,9 % en 1997 à 12 % à l'heure actuelle. L'étude ObEpi révèle aussi, au cours de la même période, une accentuation des différences régionales. Celle-ci est beaucoup plus élevée dans le Nord (18 %) que dans le Sud-Ouest et en Méditerranée (7 %).

L'obésité est un problème majeur de santé publique en raison de la gravité des complications médicales qui lui sont (particulièrement dans le cas de l'obésité massive). Ces complications requièrent une prise en charge multidisciplinaire des patients obèses. Parmi les pathologies associées à l'obésité on peut citer, notamment, la coronaropathie et les accidents vasculaires cérébraux. D'un point de vue opérationnel, ces pathologies ont souvent un diagnostic difficile. Pour quelles raisons ? Laissez-moi donner deux exemples qui permettront d'éclairer les difficultés du diagnostic. Premier exemple : pour effectuer une scintigraphie myocardique le patient doit être allongé sur une table dont le poids maximum (150 kilos) ne peut pas toujours supporter celui d'une personne obèse. Second exemple : si on souhaite dépister un trouble de la conscience chez un patient de 200 kilos, cela est quasiment impossible car il ne rentrera pas dans un scanner cérébral, dans la majorité des sites hospitaliers. De la même façon, une IRM est impossible à réaliser. Les difficultés pratiques rencontrées pour effectuer certains examens médicaux chez des patients obèses a incité l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris à développer un plan stratégique pour équiper des hôpitaux en matériels adaptés pour les personnes obèses, que ce soit pour le transport des patients ou pour les explorations, notamment radiologiques.

Les pathologies respiratoires sont aussi très fréquentes chez les personnes obèses, l'apnée du sommeil, par exemple. Sa fréquence est de l'ordre de 30 à 40 % chez les patients obèses massifs. Le chirurgien-dentiste peut contribuer au dépistage de ces maladies en demandant aux patients obèses qu'ils soignent à son cabinet s'ils ronflent ou font des pauses respiratoires la nuit et s'ils sont somnolents. En fonction des réponses fournies, il pourra les aiguiller vers un pneumologue. L'asthme est aussi une maladie très fréquente chez les personnes obèses.

Les pathologies métaboliques (le diabète, notamment) sont aussi fréquemment associées à l'obésité. Les progrès réalisés dans la prise en charge du diabète et de l'hypertension, ont permis de réduire la fréquence des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus chez

les obèses. Il en a résulté un allongement significatif de leur espérance de vie. Cette évolution s'accompagne de l'apparition d'autres pathologies comme les coxarthroses et gonarthroses invalidantes. Les patients obèses (tout particulièrement les patients obèses massifs) qui en sont atteints ont une mobilité réduite et rencontrent, de ce fait, des difficultés pour accéder aux services de santé, notamment au cabinet dentaire. Le problème de la prise en charge tant médical que social de ces patients est un défi majeur qui devra être relevé au cours des prochaines années.

Quels sont les traitements médicaux actuellement disponibles de l'obésité ? On peut rappeler que la recherche pharmaceutique a mis au point un certain nombre de médicaments contre l'obésité (sibutramine, orlistat et le rimonabant qui va être commercialisé prochainement). En dernier recours, pour des situations très spécifiques, la chirurgie de l'obésité peut être recommandée. Les deux principales opérations chirurgicales pratiquées, en France, sont la gastroplastie et le bypass gastrique. La gastroplastie consiste à mettre un anneau autour de l'estomac. Cet anneau est relié à une tubulure qui est connecté à un petit boîtier posé sous la peau du patient. Cette chirurgie s'effectue par cœlioscopie et permet au patient d'avoir rapidement une sensation de satiété.

Le bypass gastrique est une opération beaucoup plus lourde qui se pratique aussi par cœlioscopie. On compte à peu près 20 000 interventions de chirurgie bariatrique en France. C'est donc une chirurgie relativement fréquente. On en compte 100 000 par an aux Etats-Unis. Il est important de souligner qu'on ignore les effets à long terme sur 25 ou 30 ans, de ces opérations chirurgicales, notamment pour tout ce qui concerne l'absorption des micronutriments.

Les médicaments de l'obésité sont prescrits à partir d'un certain seuil d'indice de masse corporelle qui correspond au surpoids s'il y a des risques cardio-vasculaires associés ; la chirurgie de l'obésité peut être préconisée à partir d'un IMC de 35 kg / m² s'il y a des comorbidités ou de 40 kg / m², qu'il y ait ou non des comorbidités. Autrement dit, un médecin sera autorisé à proposer à un patient qui a un IMC de 50 une chirurgie bariatrique, même si ce patient ne souffre ni d'hypertension, ni de diabète.

L'obésité est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge globale. Le chirurgien-dentiste a un rôle important à jouer dans le dépistage et la prise en charge de l'obésité mais aussi dans sa prévention qui passe, notamment, par une modification du mode de vie du patient.

Il convient de souligner que la carie dentaire est une pathologie fréquente chez le patient obèse. Les messages de prévention devraient insister sur la réduction de la quantité et de la fréquence de la consommation de glucides, principaux carburants pour les cariogènes.

Le saccharose est le glucide le plus cariogène et c'est le sucre le plus utilisé par l'industrie agro-alimentaire. Le pouvoir cariogène des produits transformés (céréales pour petit déjeuner, petits gâteaux et pain de mie, notamment) réside dans l'association de l'amidon avec le saccharose.

Le guide pratique que nous avons réalisé sur les érosions dentaires comporte deux grandes parties. La première porte sur les causes extrinsèques de l'érosion dentaire (les boissons gazeuses, les aliments acides, les pastilles à base d'acide citrique, etc.). La seconde est consacrée aux causes intrinsèques : les vomissements répétés et provoqués. Ceux-ci font partie du tableau clinique de boulimie, une maladie rare mais grave et du tableau clinique du reflux gastro-œsophagien (le passage du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage). Cette pathologie est beaucoup plus fréquente. L'un des signes cliniques du reflux gastro-œsophagien est la manifestation de brûlures gastriques qui remontent. On estime, en France, que 7 à 14 % des patients se plaignent, d'une manière hebdomadaire ou quotidienne de cette pathologie de reflux. Une étude récente (publiée en 2006) qui a porté sur plus de 10 500 femmes a permis de mettre en évidence une relation assez linéaire entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le risque de reflux gastro-œsophagien. Plus l'IMC est élevé et plus le risque est grand. Le chirurgien-dentiste devrait donc veiller à dépister les symptômes de cette maladie chez ces patients souffrant d'une surcharge pondérale.

En ce qui concerne les lésions muqueuses et parodontales, le rapport de notre groupe de travail détaille un certain nombre de points liés au déficit vitaminique qui peut résulter soit d'un apport alimentaire inadapté, soit d'une anomalie congénitale du métabolisme vitaminique. Plusieurs situations cliniques sont abordées, notamment celles relatives aux déficits en vitamines A, B1, B9 et B12 et à la carence en vitamine C.

Enfin, pour conclure je souhaiterais insister sur un aspect peu connu du grand public du problème de l'obésité. Avec l'augmentation de la prévalence de l'obésité massive, particulièrement au sein des populations à faible niveau socio-économique, il n'est pas rare, comme l'a souligné ce matin Arnaud Basdevant, d'observer chez des patients de 150, 180, 200 kilos hospitalisés une dénutrition protéique, une carence en vitamine B9 et même chez certains d'entre eux des scorbut. L'obésité peut donc s'accompagner de carences nutritionnelles et vitaminiques très profondes, qu'il faudra dépister.

II. Quelles conduites adopter ?

Anne-Espérance GODLEWSKI

Bonjour à tous. Mon intervention sera consacrée à la présentation des conduites à tenir face aux pathologies qui viennent présentées afin de guider le chirurgien-dentiste dans la prise en charge des patients qui en sont atteints.

1. Le patient polycarieux

Je vais tout d'abord présenter le portrait clinique du patient qui présente des caries dentaires. Le patient devra être pris en charge d'une manière globale. On sait qu'une consommation excessive de boissons et de mets sucrés (en quantité et en fréquence) augmente fortement le risque carieux. Lorsque c'est l'alimentation qui est en cause dans la maladie carieuse, le chirurgien-dentiste pourra proposer à son patient de remplir un journal alimentaire. Le patient devra noter dans ce journal pendant 4 jours (2 jours de semaine et 2 jours de week-end) toutes ses prises alimentaires. Lors d'une consultation spécifique, le chirurgien-dentiste lui demandera d'établir la liste de tous les apports alimentaires qui, selon lui, contiennent des sucres. Le praticien dentaire reprendra, ensuite, avec son patient cette liste et lui signalera certains éléments qu'il pourrait avoir omis comme, par exemple, les médicaments et le café sucré.

Si le patient a un régime équilibré mais que le problème carieux provient d'un grignotage entre les repas, le chirurgien-dentiste devra le sensibiliser à l'impact de ce comportement alimentaire sur son état dentaire. Il pourra, par exemple, lui conseiller de diminuer ou d'arrêter ses prises alimentaires en dehors des repas et s'en tenir à 3 repas par jour, plus une collation.

Si le problème carieux provient d'une alimentation déséquilibrée ou bien si des troubles du comportement alimentaire sont suspectés, le chirurgien-dentiste devra se mettre en contact avec le médecin traitant du patient.

Chez le patient qui présente des caries chaque prise de glucides après un repas ou suite à un grignotage doit être suivie immédiatement d'un brossage avec un dentifrice fluoré ou, si ce n'est pas possible, de la mastication pendant 20 minutes d'une gomme édulcorée.

2. Le patient présentant des érosions dentaires

L'érosion dentaire est définie comme la perte progressive des tissus dentaires durs causée par un processus chimique qui ne fait pas intervenir l'action des bactéries. De manière générale l'aspect clinique des érosions sera décrit ainsi : un bord incisif translucide et fin avec un amincissement de l'émail et une usure qui amène à une teinte jaunâtre peu esthétique. Lorsque la dentine est exposée les dents sont encore plus sujettes à l'usure. Des hypersensibilités au chaud, au froid, au sucré et au toucher sont fréquemment décrites. L'érosion peut être due à une alimentation acide. C'est par exemple le cas lorsqu'il y a des consommations abusives de jus de fruits, de sodas, de boissons pour sportifs, d'agrumes, de vinaigre ou de cornichons. Dans le cas des érosions ayant une cause extrinsèque, l'érosion sera située plutôt au niveau des faces vestibulaires et occlusales des dents antérieures supérieures.

Le chirurgien-dentiste pourra poser des questions à son patient sur son régime alimentaire (sur par exemple la fréquence de la consommation des aliments acides) et sur ses habitudes en matière d'hygiène alimentaire. Il devra lui proposer d'adopter une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, de boire un verre d'eau après chaque attaque acide et d'attendre une heure pour se brosser les dents. Il lui conseillera aussi d'utiliser un dentifrice faiblement abrasif et une brosse à dents souple, de faire des bains de bouche au bicarbonate de soude ou d'utiliser un dentifrice qui en contient et mastiquer un chewing-gum édulcoré afin d'augmenter le débit salivaire. Le chirurgien-dentiste lui proposera aussi de modifier son régime alimentaire, en particulier de limiter sa consommation de boissons acides et de les consommer, si possible, avec une paille.

L'érosion peut aussi être due à des vomissements volontaires chez les personnes atteintes d'anorexie boulimie, par exemple. Ce sont plutôt les faces palatines des incisives supérieures et des molaires supérieures qui présenteront des signes d'érosion, par contre les molaires mandibulaires seront protégées par la langue, au moins dans un premier temps. L'érosion dentaire sera visible après environ deux ans de vomissements réguliers. Son importance sera fonction de la fréquence des vomissements, du degré de régurgitation et de bucco-dentaire. Les spécialistes s'opposent concernant l'hygiène bucco-dentaire chez les patients atteints d'anorexie boulimie. Certains considèrent qu'on va plutôt avoir un phénomène de comportement obsessionnel de propreté avec des brossages assez fréquents. D'autres décriront plutôt une peur du chirurgien-dentiste et de tout ce qui va toucher à la sphère orale et donc, plutôt, un manque d'hygiène dentaire.

Les érosions vont d'abord être palatines au niveau des incisives. Ce sont ensuite les faces occlusales qui seront atteintes et, en dernier lieu, on peut aussi avoir une localisation secondaire au niveau des faces vestibulaires mais qui va aussi être liée à une consommation de boissons acides, en particulier de jus de fruits utilisés pour leur propriété laxative. Le tableau clinique est complété par un gonflement des glandes salivaires, un érythème généralisé de la muqueuse provenant de l'acidité de la régurgitation, des candidoses et des ulcérations

buccales qui sont aussi liés au déficit nutritionnel et au déficit vitaminique. On observe aussi des chéilites et des traumatismes sur les muqueuses palatines et pharyngées dus au doigt et aux objets qui sont utilisés pour produire le vomissement. Ils peuvent aussi être provoqués par l'ingestion rapide des aliments lors de la crise boulimique. Une inflammation chronique généralisée du parodonte, en particulier des gingivites, est aussi souvent décrite.

Les conseils que peut prodiguer le chirurgien-dentiste sont les suivants : après chaque attaque acide, boire un verre d'eau, attendre une heure pour se brosser les dents, utiliser un dentifrice faiblement abrasif, une brosse à dents souple, faire un bain de bouche avec du bicarbonate de soude ou utiliser un dentifrice qui en contient. Le praticien dentaire devra tenter d'entrer dans un dialogue avec son patient s'il dépiste des signes de vomissements répétés. Le diagnostic de ce trouble du comportement alimentaire devra être porté par une équipe médicale spécialisée et, en aucun cas, par le chirurgien-dentiste seul. Le traitement des altérations buccales s'inscrira dans le cadre d'un plan de traitement global du patient.

Enfin, l'érosion dentaire peut aussi être due à un reflux gastro-œsophagien. Les patients à risque sont les personnes obèses et les myopathes. Cette pathologie s'accompagne de complications graves comme des ulcères, des adénocarcinomes de l'œsophage et des pneumonies de déglutition. Son dépistage par le chirurgien-dentiste est donc essentiel. Les conseils qu'il devra dispenser à un patient souffrant de reflux gastro-œsophagien sont les mêmes que ceux prodigués en cas de vomissements répétés (boire un verre d'eau, attendre une heure pour se brosser les dents, utiliser un dentifrice faiblement abrasif, une brosse à dents souple, faire un bain de bouche avec du bicarbonate de soude ou utiliser un dentifrice qui en contient, prendre un chewing-gum édulcoré). Le praticien dentaire devra aussi prendre contact avec le médecin référent de son patient pour que celui-ci puisse bénéficier d'un avis spécialisé et d'un spécifique.

3. Les lésions muqueuses et parodontales dues à des déséquilibres nutritionnels

Le déficit en vitamines A, B, C, D et K et les carences en fer peuvent provoquer des chéilites, des stomatites et des gingivites. Les déséquilibres nutritionnels peuvent aussi être à l'origine du scorbut, une maladie présente surtout dans les pays en développement mais dont on observe un certain nombre de cas dans les pays industrialisés chez les personnes souffrant de carences alimentaires. Cette pathologie se caractérise par des gingivites hyperplasiques, hémorragiques, très douloureuses avec nécroses aboutissant à une perte dentaire. Le scorbut a aussi des effets importants sur l'état de santé général. Le chirurgien-dentiste a un rôle décisif à jouer dans le traitement des altérations buccales. Il doit aussi prendre contact avec le médecin référent du patient pour décider d'une supplémentation ciblée en vitamines.

4. Le patient obèse

Il n'existe pas d'études cliniques, en tout cas portant sur les adultes, qui montrent un lien direct entre la carie dentaire et l'obésité. Cependant, la forte prévalence du diabète chez les patients obèses augmente le risque de maladies parodontales. Les patients obèses présentent souvent d'autres complications au niveau de l'état de santé général, que ce soit de l'hypertension ou des d'hémostases qui rendent leur prise en charge délicate. Il est important de souligner que ces malades, qui ont très souvent une mobilité réduite, devraient pouvoir être suivis et soignés dans un cabinet dentaire à proximité de leur domicile, de la même manière que le sont les personnes qui ne présentent pas de surcharge pondérale. Force est de constater que cela est loin d'être le cas, malheureusement. Il serait donc nécessaire de faire en sorte que les personnes obèses puissent accéder dans les mêmes conditions que les autres patients aux soins dentaires.

Une visite de contrôle en cabinet dentaire, au moins deux fois par an, est recommandée pour les personnes obèses qui ne présentent pas de problèmes dentaires particuliers. Pour les patients obèses diabétiques, trois visites par an sont recommandées. Chez les patients présentant des pathologies dentaires, le praticien devra éliminer les foyers infectieux, réhabiliter la fonction masticatoire pour leur permettre d'avoir une alimentation riche en fibres et les aiguiller, si nécessaire, vers des services hospitaliers pour le traitement des complications au niveau de l'état de santé général.

Pour conclure, j'aimerais insister sur l'importance d'une prise en charge globale des maladies bucco-dentaires. Celle-ci n'est possible que si le chirurgien-dentiste travaille en collaboration étroite avec d'autres professionnels de santé, dans le cadre d'un réseau de soins.

État des lieux, recommandations et perspectives : Chez les personnes âgées

Docteur Jean-Luc VEYRONE
Faculté Dentaire de l'Université Clermont-Ferrand I

Docteur Florence FIORETTI
Faculté Dentaire de l'Université Paris V

Docteur Jean-Luc VEYRONE

Je voudrais tout d'abord remercier le Docteur Catherine Miller de m'avoir associé à ces travaux. Ma présentation sera consacrée aux liens entre les problèmes nutritionnels et la santé bucco-dentaire chez le sujet âgé.

On peut tout d'abord rappeler qu'il existe deux types de malnutrition. La première est une malnutrition protéino-énergique qui touche surtout les personnes âgées qui vivent en institution (30 à 50 % d'entre elles en souffriraient en France). Cette forme de malnutrition est fortement liée à la dépendance. La seconde forme de malnutrition concerne les carences en micronutriments. Elle est plus répandue et concernerait 4 millions de personnes âgées en France.

Les problèmes bucco-dentaires chez les personnes âgées (la perte des dents, les difficultés masticatoires, les prothèses inadaptées), qui s'ajoutent aux pathologies systémiques dont la prévalence augmente avec l'âge, contribuent à la détérioration de la qualité de vie et à l'augmentation du risque de malnutrition. Une étude menée par des chercheurs anglo-saxons montre que l'édentement en particulier, a une incidence très négative sur la qualité de vie orale en rapport avec la façon de s'alimenter.

On ne connaît pas en France le nombre précis d'édentés totaux. La Sécurité Sociale qui rembourse les prothèses dentaires ne fournit pas d'estimation précise. On sait, en revanche, que l'âge de l'édentement recule. Dans les années 1957-1958, le nombre de sujet édenté total était beaucoup plus important qu'aujourd'hui et cet édentement survenait plus tôt dans la vie. Cependant, le nombre d'édentés totaux se maintient en raison de l'allongement de l'espérance de vie. De ce fait, les chirurgiens dentistes doivent soigner des personnes édentées souvent très âgées et qui sont, pour cette raison, plus difficiles à appareiller. Si on s'appuie sur les données fournies par les enquêtes menées dans des pays qui ont un niveau de vie comparable, on peut estimer, en France, le nombre de personnes de plus de 65 ans édentées totales à environ 2 millions.

Une brève revue de la littérature sur l'influence des facteurs dentaires sur la nutrition fournit un certain nombre d'indications. Ainsi, il apparaît que les personnes âgées qui possèdent moins de six couples molaires ou prémolaires en occlusion, ont un fort risque d'être malnutries. Les personnes âgées autonomes qui ont moins de dix dents ou un seul couple de molaires ou de prémolaires sont celles qui ont le plus de risques d'être dénutries ou de présenter une obésité. Par contre, une prothèse dentaire améliore significativement l'état nutritionnel des sujets âgés. Chez la personne âgée édentée et dépendante une mauvaise santé orale est souvent associée à des signes de malnutrition.

Les risques de mortalité seraient plus élevés chez les personnes âgées édentées et non appareillées.

Une recherche de 2001 fondée sur l'étude, pendant 16 ans, d'une cohorte de sujets âgés montre que la morbidité est moins élevée chez une personne âgée de 70 ans en surpoids, que chez une personne du même âge mais qui a un poids normal ou qui est plutôt maigre. Il est à noter que les bornes des indices de masse corporelle (IMC) qui délimitent le poids normal, le surpoids et l'obésité ne sont pas tout à fait les mêmes chez les personnes âgées que chez les autres adultes.

Les conséquences d'une mauvaise nutrition sur la santé générale sont les mêmes pour les personnes âgées que pour le reste de la population adulte. Le manque de carotène augmente le risque de cancer du tube digestif. Le cholestérol et les acides gras vont provoquer des maladies cardio-vasculaires. Les déficits en calcium et en fer vont favoriser la survenue de fractures pathologiques.

L'indice de masse corporelle (Poids sur la taille en mètre au carré) est un des instruments qui permet d'évaluer l'état nutritionnel. Pour les personnes âgées, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fournit des seuils d'IMC pour définir le poids normal, le surpoids, l'obésité et l'obésité massive légèrement supérieurs à ceux des autres adultes.

Le Mini Nutritional Assessment (MNA), est un questionnaire qui permet d'évaluer l'état nutritionnel d'un patient en faisant intervenir des indices anthropométriques (dont l'IMC), des indices diététiques et une évaluation subjective de la nutrition et de la santé. D'après le MNA,

une personne âgée ayant un indice supérieur à 24 aurait un état nutritionnel satisfaisant. En revanche, un indice situé entre 17 et 23 indiquerait un risque pour l'équilibre nutritionnel du patient.

L'étude que nous avons menée à l'Université de Clermont-Ferrand pour évaluer la qualité de vie orale et l'état nutritionnel des patients édentés totaux appareillés montre que les patients édentés ont une plus mauvaise qualité de vie que les autres personnes du même âge dentées. D'autre part, les sujets édentés ont un risque plus élevé d'être dénutris que les sujets dentés. Ce résultat n'est pas statistiquement significatif si on prend l'indice de masse corporelle pour évaluer la dénutrition. Il l'est, en revanche, si on utilise le questionnaire du MNA (Mini Nutritional Assessment) qui apparaît comme un outil d'évaluation plus fin de l'état nutritionnel que le seul indice de masse corporelle qu'il faut toujours interpréter avec prudence.

En conclusion, je souhaiterais insister sur le rôle décisif que peut jouer le chirurgien-dentiste dans l'amélioration de la qualité de vie orale des personnes âgées et par ce biais rendre le moment des repas plus agréable. La dépendance et l'édentement aggravent les risques de malnutrition. Il incombe donc au chirurgien-dentiste de veiller à ce que les personnes âgées conservent, le plus longtemps possible, une occlusion fonctionnelle. Quand elle sera nécessaire, la réhabilitation d'une occlusion fonctionnelle devra se faire en tenant compte de tous les paramètres propres à la vieillesse et notamment de la dépendance. Il devra leur prodiguer des conseils en matière nutritionnelle adaptés à leur état bucco-dentaire et ne pas hésiter, si nécessaire, à les aiguiller vers un nutritionniste. Enfin, le chirurgien-dentiste peut prendre une part active dans le dépistage de la dénutrition de la personne âgée qu'il suit régulièrement. Je vous remercie de l'attention.

Docteur Florence FIORETTI

Je vais vous présenter le second volet de ce travail consacré au chirurgien-dentiste face aux problèmes de nutrition chez la personne âgée. Je tiens, tout d'abord, à remercier le Docteur Catherine Miller de m'avoir donné la possibilité de travailler sur ce sujet qui constitue un problème majeur de santé publique et qui risque, à l'avenir, de modifier grandement les conditions d'exercice du métier de chirurgien-dentiste.

Il existe trois grands types d'étiologie de la dénutrition chez le sujet âgé. Premièrement, elle est liée au vieillissement d'un certain nombre d'organes : les organes des sens mais aussi la muqueuse gastrique et intestinale. Deuxièmement, les maladies neuro-dégénératives, la démence, la dépression, l'alcoolisme sont aussi des facteurs de dénutrition dont les effets peuvent être aggravés par des difficultés d'ordre économique, psychologique ou social. Enfin, un ensemble d'autres maladies peuvent être le terrain de la dénutrition chez le sujet âgé : le cancer, les maladies inflammatoires et l'hyperthyroïdie.

Quel va être l'impact de la dénutrition sur l'état de santé général du sujet âgé ? La dénutrition va tout d'abord accentuer les effets du vieillissement. Certaines fonctions et certains organes seront particulièrement touchés par la dénutrition. En premier lieu, l'appareil musculo-squelettique : la sévérité des effets du vieillissement sur cet appareil sera dépendante de la perte musculaire liée à l'âge. Les carences en protéines et en calcium vont entraîner chez le sujet âgé une diminution de la masse osseuse qui est un facteur de risque de chute. La dénutrition engendre aussi un ensemble de troubles psychiques, tels que l'asthénie et l'apathie qui peut aller jusqu'à un syndrome dépressif. Elle augmente le nombre des épisodes de confusion mentale qui sont déjà fréquents chez le sujet âgé. On pense aussi que la dénutrition pourrait contribuer à accélérer l'évolution de la maladie d'Alzheimer.

La dénutrition a également un impact majeur sur la peau. En effet, le vieillissement de ce tissu est tributaire de l'état nutritionnel. On observe ainsi chez le sujet dénutri un ensemble de retard de cicatrisation au niveau de la peau, ce qui entraîne un risque de développement des escarres. Leur traitement devra passer par un apport nutritionnel adapté. La dénutrition a aussi un effet important sur le système immunitaire. On observe, en effet, une baisse des défenses immunitaires chez le sujet âgé dénutri. La sensibilité aux infections augmente donc.

Le chirurgien-dentiste a un rôle majeur à jouer dans la prévention et le traitement de la dénutrition chez les personnes âgées parce qu'il veille sur leur santé bucco-dentaire mais aussi parce qu'il est le plus apte à évaluer l'état et la qualité des fonctions de la sphère orale qui est au cœur de la nutrition. Il est aussi capable d'appréhender les situations psychologiques et sociales qui peuvent interférer avec le comportement alimentaire et aboutir à une dénutrition.

Quels seront les objectifs de la prise en charge odontologique ? Ils sont triples. Premièrement, le chirurgien-dentiste devra maintenir un appareil manducateur fonctionnel pour prévenir la dénutrition en accompagnant les seniors face aux nouvelles contraintes liées à l'âge. Cet appareil manducateur fonctionnel devra permettre une alimentation variée et équilibrée. Deuxièmement, il devra être en mesure de dépister précocement les signes de la dénutrition ou de la malnutrition. Troisièmement, il devra aussi être un interlocuteur privilégié du médecin traitant. Ce dernier point est capital.

Notre groupe de travail concernant la prévention de la dénutrition du sujet âgé par le chirurgien-dentiste a choisi d'insister particulièrement sur la prise en charge de l'hyposialie ou sécheresse buccale. En effet, la prévalence de la xérostomie augmente avec l'âge et concerne environ 30 % des personnes de plus de 65 ans. Elle est directement liée à la prévalence d'un ensemble de maladies et à la prise de médicaments qui leur est associée. Ces maladies ou ces médicaments peuvent perturber le fonctionnement des glandes salivaires. L'hyposialie va être invalidante pour manger car elle s'accompagne d'un ensemble de lésions très douloureuses au niveau de toutes

les structures buccales. Elle rend aussi le port des prothèses dentaires très difficile à supporter. Le patient atteint d'hyposialie va être progressivement contraint à avoir une alimentation de plus en plus simplifiée. Elle est également invalidante pour parler, ce qui va entraîner aussi une perturbation considérable de la vie sociale du patient et donc peut constituer un risque important d'isolement et de dépression. Les diverses conséquences de l'hyposialie sont donc autant de facteurs de risque de dénutrition.

Pour toutes les raisons qui viennent d'être évoquées, il est capital que le chirurgien-dentiste fasse un diagnostic précoce de l'hyposialie et qu'il sache la traiter correctement afin de prévenir tout risque de dénutrition. Un ensemble de symptômes convergents permet d'en faire le diagnostic. Tout d'abord, le patient décrit une sensation de sécheresse buccale, une sensation de picotement et de brûlures de la langue et des gencives. En général, les symptômes se concentrent autour des repas. Il y a une altération de la perception du goût des aliments, une difficulté à manger, à mastiquer et à avaler. Il y a une certaine intolérance aux aliments acides ou épicés. En dehors des repas, quels sont les symptômes de l'hyposialie ? Le patient éprouvera une difficulté à garder une bouche humidifiée malgré une hydratation répétée. De la même façon, malgré une hydratation répétée, il ressentira une sensation de soif persistante et aura une difficulté à parler. Il y aura une exacerbation de la sensation de sécheresse buccale la nuit. Quels sont les signes de l'hyposialie que le chirurgien-dentiste devra rechercher ? Les muqueuses jugales sont caractérisées par une grande sécheresse, elles sont craquelées, moins souples et ont tendance à s'ulcérer. La face dorsale de la langue est fissurée et on peut parfois y noter l'empreinte des dents. L'hyposialie se caractérise aussi par une candidose, la chéilite angulaire ou perlèche. Les prothèses sont associées généralement à des ulcérations traumatiques. Lors de l'examen clinique, on observe aussi de nombreuses lésions carieuses actives et, quand l'hyposialie est ancienne, on peut noter une abrasion dentaire généralisée. Le diagnostic de l'hyposialie ne sera confirmé qu'après la mesure précise du débit salivaire.

Comment traiter l'hyposialie ? Il faut tout d'abord essayer d'agir sur sa cause. S'il s'agit d'un médicament, il faudra demander au médecin traitant de modifier la prescription ou la posologie. Mais le chirurgien-dentiste peut aussi aider son patient à stimuler la sécrétion salivaire en lui conseillant d'avoir recours à des techniques simples. Ainsi, il peut lui recommander de mastiquer des chewing-gums ou des pastilles aromatisées qui vont constituer une double stimulation : par le goût et la mastication. Pour les patients porteurs de prothèses, on recommandera plutôt la succion de bonbons aromatisés. Bien sûr ces produits doivent être sans sucres, non acides, de préférence contenir du fluor. Il faut noter que l'arôme mentholé est très recherché par ces patients parce qu'il leur procure une sensation de fraîcheur.

Traiter l'hyposialie c'est aussi pouvoir avoir recours à des médicaments qui stimulent la sécrétion salivaire. Mais, malheureusement, ces médicaments ont de nombreux effets secondaires et de nombreuses contre-indications, ce qui pose problème chez des patients âgés qui, le plus souvent, ont de nombreuses pathologies et sont « polymédiqués ». Pour ces deux raisons, il est souvent impossible de leur prescrire ces médicaments qui pourtant sont très efficaces. Si malgré tout, on ne parvient pas à réduire l'hyposialie ou quand il n'y a pas de glandes salivaires fonctionnelles, on peut avoir recours, au moment des repas, pour que le patient arrive à s'alimenter, à des substituts salivaires sous la forme de pastilles, de gel ou de spray. Leur durée d'action est courte et donc limitée au moment du repas, ce qui pose le problème de leur coût.

Pour ce qui concerne la prise en charge de l'hyposialie, notre groupe de travail a voulu insister sur la prévention des lésions carieuses. En effet, l'hyposialie s'accompagne d'une augmentation du risque carieux. Des mesures doivent donc être prises très tôt par le chirurgien-dentiste, une fois son diagnostic posé pour éviter le développement rapide de ces lésions carieuses. En effet, celles-ci sont délabrantes et peuvent entraîner, à terme, une diminution des capacités masticatoires du patient, soit à cause de la symptomatologie, soit à cause de la perte dentaire et donc, à terme, aboutir à un risque de dénutrition. Pour prévenir les lésions carieuses, le chirurgien-dentiste devra prescrire à son patient une alimentation pauvre en sucres et en aliments acides, recommander une hydratation régulière et, autant que possible, une hygiène bucco-dentaire rigoureuse. L'utilisation d'un dentifrice à haute teneur en fluor est recommandée et peut être complétée par des bains de bouche contenant des fluorures de sodium. Les bains de bouche à la chlorhexidine sont aussi conseillés.

Il est aussi très important que ce sujet âgé ayant une hyposialie ait des consultations de contrôle fréquentes. Nous recommandons des examens dentaires tous les trois ou quatre mois afin de pouvoir diagnostiquer précocement les lésions et faire le point sur l'état d'hyposialie.

Le chirurgien-dentiste doit aussi pouvoir donner des conseils nutritionnels, en particulier au moment de la pose d'une prothèse ou d'un examen de contrôle. Ces conseils nutritionnels doivent être facilement applicables et adaptés bien sûr à la situation individuelle du patient, à ses capacités masticatoires, aux antécédents médicaux etc. L'objectif est que le patient conserve le plaisir de manger.

Le chirurgien-dentiste devra dire à son patient qu'il doit avant tout adapter la texture des aliments qu'il consomme à ses capacités masticatoires. Cette recommandation est valable tant pour la viande que pour les légumes. Il pourra, par exemple, lui conseiller d'utiliser un mixeur ou un hachoir. L'objectif est que le patient ne se prive pas d'aliments qu'il aime manger à cause d'une diminution de ses capacités masticatoires. Le praticien dentaire recommandera à son patient de faire trois repas par jour et d'éviter le grignotage qui perturbe la sensation de faim et déstructure les repas. Il conseillera à son patient de manger à chaque repas au moins trois types d'aliments : une source de sucres complexes, un produit laitier, un fruit ou un légume. Bien sûr les textures seront toujours à adapter. Il faudra également dire au patient de manger au moins une fois par jour soit du poisson, soit de la viande ou des œufs. On pourra lui conseiller d'augmenter

son apport de protéines par des techniques simples telles que l'ajout de fromage râpé à certains plats ou un œuf ou même l'ajout de lait dans des boissons telles que le thé ou le café. Il faudra dire au patient de prendre ses médicaments toujours après les repas quand cela est possible car la plupart d'entre eux entraînent une perte du goût et de l'appétit. Ce point est capital. Ensuite il est bien de rappeler à son patient qu'il doit boire environ 1,5 litre d'eau par jour. On peut lui conseiller de boire dès le matin et de penser à boire entre les repas. Enfin, le chirurgien-dentiste demandera au patient de ne pas abuser des sucreries car même en cas de dénutrition, elles peuvent couper la faim au détriment d'aliments plus intéressants d'un point de vue nutritionnel et également déstructurer les repas.

Troisième aspect autour duquel notre groupe de travail a planché : le dépistage des facteurs de risques de dénutrition par le chirurgien-dentiste. Pour ce faire nous avons élaboré un questionnaire pour le chirurgien-dentiste et ses patients de plus de 70 ans qui permet de dépister les risques de dénutrition. La première partie n'est pas originale puisqu'elle reprend le début du MNA (Mini Nutritional Assessment). La deuxième partie, par contre, est plus originale car elle intègre des éléments de dépistage de la dénutrition liés à la consultation odontologique. Dans la première partie du questionnaire, le chirurgien-dentiste devra savoir si son patient souffre d'une perte d'appétit, s'il a eu une perte de poids au cours des trois derniers mois. Il devra aussi évaluer sa motricité et tenter de savoir s'il a subi, au cours des trois derniers mois, un stress psychologique ou souffert de problèmes neuropsychologiques. Le chirurgien-dentiste évaluera l'indice de masse corporelle en prenant le poids indiqué par le patient lors de l'entretien clinique et la taille indiquée sur sa carte d'identité. Une fois cette première partie du questionnaire remplie, le praticien dentaire pourra déjà se forger un avis sur l'existence d'un possible état de malnutrition.

Les informations fournies par la première partie du questionnaire devront être corrélées avec celles apportées par la seconde partie qui permet un dépistage des facteurs bucco-dentaires de risque de dénutrition liée à des éléments de la consultation odontologique. Ce questionnaire comprend treize questions. Six reposent sur l'examen clinique du chirurgien-dentiste et sept font appel à l'entretien clinique entre le chirurgien-dentiste et son patient. La première question s'intéresse au nombre de couples de dents cuspidées en occlusion que le patient a en bouche. Avoir moins de cinq couples de dents cuspidées en occlusion a été montré par de nombreuses études comme un facteur de risque de dénutrition. La deuxième question fait appel à la fois à l'entretien clinique et à l'examen clinique. Le chirurgien-dentiste doit noter le nombre de quadrans dentaires douloureux. Ce nombre évalue le risque de dénutrition car il reflète l'importance du risque de la perturbation de la fonction et du plaisir de manger. La troisième question est capitale puisqu'elle demande au chirurgien-dentiste s'il a pu constater, chez son patient, une diminution brutale de son hygiène bucco-dentaire. Si tel est le cas, il y a de fortes chances que cela entraîne un risque direct de dénutrition car elle va être l'étiologie de nombreuses atteintes bucco-dentaires invalidantes. Mais cette diminution brutale de l'hygiène bucco-dentaire peut signer un début de perte d'autonomie qui est, elle-même, un facteur de risque de dénutrition. Les quatrième et cinquième questions tentent de déterminer l'existence de signes ou de symptômes d'hyposialie. Comme on l'a vu, précédemment, l'hyposialie peut être une cause de dénutrition mais aussi en être une conséquence. C'est pour cette raison qu'elle constitue un élément central dans ce questionnaire. La sixième question cherche à savoir si le patient présente une perlèche au niveau des commissures labiales. La septième question tente de dépister des signes cliniques bucco-dentaires identifiés lors d'un état de dénutrition : observe-t-on des candidoses, des ulcérations des muqueuses et de la langue ? La huitième question est surprenante puisque le praticien dentaire doit chercher à savoir si son patient utilise ses prothèses pour manger. En effet, beaucoup de patients n'utilisent leur prothèse que pour des fonctions esthétiques et non plus pour s'alimenter. Dans le cas d'une réponse positive à cette question, le chirurgien-dentiste doit tenter de déterminer si ces prothèses sont fonctionnelles ou, au contraire, génèrent un sentiment d'inconfort qui empêche le patient de s'alimenter correctement. De même, les deux questions suivantes cherchent à savoir si un problème dentaire ou prothétique contraint le patient à sélectionner ou rationner ses aliments. L'avant-dernière question concerne la capacité de mastication d'aliments durs. La dernière question cherche à savoir si le patient a des difficultés dans la déglutition, celles-ci peuvent être liées à un problème prothétique ou d'hyposialie, autant de facteurs de risque de dénutrition.

Nous proposons aussi au chirurgien-dentiste, parallèlement à ce questionnaire, une liste non exhaustive de médicaments ou d'antécédents médicaux qui peuvent causer une hyposialie afin de l'aider dans son travail de dépistage des problèmes nutritionnels chez le sujet âgé.

En conclusion, notre groupe de travail a voulu fournir un ensemble de recommandations simples qui peuvent être intégrées dans la pratique de tous les chirurgiens-dentistes. Ces recommandations se situent à deux niveaux. Tout d'abord, prévenir le risque de dénutrition et de malnutrition par des conseils nutritionnels simples et par un dépistage précoce de l'hyposialie. En effet, cette pathologie a une forte prévalence chez le sujet âgé et se trouve associée à la dénutrition. Selon les cas, elle peut en être une cause ou une conséquence. Il convient donc de prévenir le risque de dénutrition par une prise en charge précoce et adaptée de l'hyposialie.

Nous avons aussi voulu proposer, au chirurgien-dentiste, un questionnaire destiné à l'aider dans le dépistage des facteurs de risque de dénutrition chez les patients de plus de 70 ans. Ce questionnaire reprend des éléments de l'entretien clinique général mais aussi des éléments de l'entretien clinique plus spécifiquement odontologique. Nous espérons que ce questionnaire, qui devra être validé par un grand nombre de chirurgiens-dentistes, pourra constituer un outil efficace de surveillance des problèmes nutritionnels des seniors. Je vous remercie de votre attention.

Éducation à la nutrition des adolescents : un exemple avec une mallette pédagogique

Docteur Fatima KARTOUT
Fédération Nationale de la Mutualité Française

Bonjour et merci pour votre invitation. Mon intervention sera consacrée à la présentation d'un outil d'éducation à la nutrition qui a été réalisé par la Mutualité Française. Je souhaiterais, tout d'abord, rappeler quelques chiffres en matière d'alimentation et de nutrition qui devraient nous interpeller. En France, d'après la dernière enquête ObEpi, plus d'un adulte sur dix est obèse et un enfant sur six. L'obésité massive, qui correspond à un indice de masse corporelle supérieur à 40, est en progression. Les enjeux de santé publique sont donc énormes et, comme cela a été évoqué, les risques induits de l'obésité sont majeurs en matière de diabète, de maladies cardio-vasculaires, de déficience articulaire notamment chez l'enfant (ce sera d'ailleurs l'une des premières manifestations). Chez l'enfant, l'obésité a des répercussions psychologiques telles que le repli sur soi, la perte d'estime de soi et, parfois, le développement de comportements agressifs. Il est également bon de signaler qu'un enfant sur deux obèse à 10 ans risque de le rester à l'âge adulte. Il risque aussi davantage de souffrir de maladies cardio-vasculaires ou de diabète. On assiste déjà à un rajeunissement de la population de diabétique du fait de l'augmentation de la fréquence de l'obésité. Dans la mesure où les risques induits de l'obésité sont plus grands si elle s'installe dès l'enfance, il est nécessaire d'agir avant qu'il ne soit trop tard. C'est pour cette raison que nous, Mutualité Française, partenaire du Programme National Nutrition Santé (PNNS), sommes convaincus que le milieu scolaire a un rôle très important à jouer dans le domaine de l'éducation nutritionnelle.

L'idée de concevoir une mallette pédagogique consacrée aux problèmes de nutrition remonte à 2003 et, plus exactement, à la publication d'un rapport de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) s'inscrivant dans le cadre du Programme National Nutrition Santé. Ce rapport faisait état des résultats d'une enquête effectuée auprès des enseignants qui révélait leurs souhaits de pouvoir disposer de davantage d'informations sur la nutrition (une matière figurant aux programmes des collèges) et d'un manque d'outils pédagogiques dans ce domaine. La mallette pédagogique réalisée par la Mutualité Française entend répondre aux attentes exprimées par les enseignants. Elle s'intitule « *Bien se nourrir et bouger, un défi individuel et collectif de santé* » et se présente sous la forme d'un classeur. Cet outil pédagogique propose sans imposer et permet aux enseignants de travailler transversalement. Il est utilisable quel que soit le niveau de la classe. Il cible la population des enfants qui sont dans les collèges (la tranche d'âge des 11-15 ans). Il peut être utilisé dans les cours de science de la vie et de la terre et dans les cours d'instruction civique.

Le classeur est destiné, tout d'abord, aux enseignants puisque ce sont eux qui, au départ, étaient demandeurs. Ils en sont les principaux filtres. Le classeur cible également les co-éducateurs santé du collège comme les infirmières et les médecins scolaires et j'ajouterais, pourquoi pas, les chirurgiens-dentistes qui travaillent en contact avec le milieu scolaire ainsi que les centres de documentation et d'information. Cet outil propose des pistes pédagogiques pour concevoir des séances, des projets éducatifs dans le domaine de la nutrition. Il fournit des idées, des recommandations et des ressources dans la mise en œuvre de ces enseignements et propose également aux élèves des repères simples et accessibles pour tous qui, en réalité, ne sont rien d'autres que les repères qui sont proposés par le Programme National Nutrition Santé.

La mallette pédagogie comprend deux types de fiches. Tout d'abord des fiches pour les enseignants qui contiennent des données actualisées sur la nutrition et proposent des pistes d'activités et des sujets de débats. Elle inclut aussi des fiches pour les enfants, construites de façon assez ludique sous forme d'activités. Ces fiches permettent aux enfants de partir de leurs connaissances et de leur culture ce qui est, sans doute, la meilleure façon de les sensibiliser à l'importance d'avoir une alimentation équilibrée et de modifier, éventuellement, leurs comportements alimentaires.

Le contenu de la mallette s'organise autour de neuf grands thèmes. Le premier concerne l'équilibre alimentaire. Il a pour objectifs :

- d'amener la classe à réfléchir aux diverses significations de l'acte de manger (notamment social et culturel) ;
- de rappeler les bases de l'équilibre alimentaire ;
- d'introduire la notion de capital santé, une notion qui n'est pas toujours facile à comprendre ;
- de souligner l'importance du capital osseux et du capital dentaire ;
- de présenter les moyens qui permettent d'avoir un régime alimentaire équilibré avec un budget modeste.

Le deuxième thème s'intitule « À chacun ses besoins ». L'objectif est de :

- sensibiliser les enfants aux notions d'apport nutritionnel, de rythmicité et de variété des repas ;
- présenter le mode de calcul de l'indice de masse corporelle et son interprétation ;
- faire réfléchir les enfants à la manière dont s'effectuent les choix en matière de consommation ; analyser l'influence de la publicité et souligner l'importance d'une bonne information du consommateur.

Le troisième thème présente les nutriments et les groupes d'aliments. L'objectif est de faire comprendre aux enfants comment chaque nutriment fonctionne dans notre organisme, de leur donner des repères simples pour leur permettre de réussir à équilibrer leurs repas et d'insister sur le fait que l'eau est la seule boisson indispensable.

Le quatrième thème s'intitule la « Santé vient aussi en se dépensant ». Il s'agit de sensibiliser les enfants au fait que l'activité physique est indissociable de l'équilibre nutritionnel et qu'elle est un facteur de protection contre différentes maladies.

Le cinquième thème est consacré aux idées reçues sur l'alimentation. Il se présente sous la forme de tests et de jeux.

Le sixième thème aborde le problème de l'information du consommateur à travers l'analyse des emballages et de l'étiquetage des produits alimentaires. Il a pour objectif de permettre aux enfants de mieux déchiffrer les informations fournies par les industriels de l'agro-alimentaire, par exemple que signifie la mention « sans ajout de sucres » sur un produit. Cela signifie-t-il que ce produit ne contient aucun sucre ?

Le septième thème s'intitule « Regard sur l'évolution des comportements alimentaires ». L'objectif est d'étudier les modifications des comportements alimentaires et de réfléchir à leurs conséquences en matière de santé.

Le huitième thème présente les divers emprunts faits aux traditions culinaires du monde et la manière dont ils ont modifié notre régime alimentaire et nos habitudes de consommation. Il a pour titre « Les habitudes alimentaires du monde dans nos assiettes ».

Enfin, le neuvième thème est consacré à la citoyenneté. Il s'intitule « Être acteur de sa santé, un défi individuel et collectif ». Il aborde la question des comportements à risque comme la cigarette ou l'alcool et de leurs implications pour la collectivité. Les problèmes économiques et sociaux posés par la prise en charge des maladies induites par ces comportements à risque (les cancers, les maladies cardio-vasculaires) sont étudiés. Les enfants sont invités à réfléchir aux effets de ces comportements individuels sur le système de solidarité qu'est la Sécurité Sociale et sur la nécessité, éventuellement, de les modifier pour le préserver. Il est rappelé, notamment, que les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité, aujourd'hui, en France, et que leur traitement représente un coût de 6,5 milliards d'euros par an pour la collectivité.

Pour conclure, je souhaiterais indiquer que la mallette pédagogique conçue par la Mutualité Française a obtenu le logo du Programme National Nutrition Santé en mai 2005. Nous avons conclu, depuis 2006, un partenariat avec la Direction des collèges et la mallette est aujourd'hui quasiment utilisée dans les 22 régions de France avec, bien entendu, des disparités. La mallette est très utilisée dans les collèges des régions Centre et PACA mais, malheureusement, moins en Ile-de-France et en Haute-Normandie. Nous espérons qu'elle sera bientôt d'un usage courant dans tous les collèges de France. Je vous remercie de votre attention.

Comment mettre en pratique ces recommandations au cabinet dentaire ?

Professeur Danielle BUCH, Chef de service en Odontologie à l'Hôpital Bretonneau

Docteur Sébastien CZERNICHOW, Maître de Conférence à l'Université Paris XIII

Docteur Sophie DARTEVELLE, Secrétaire Général de l'UFSBD

Docteur Jean-Pierre GIORDANELLA, Directeur de la Politique et des Services de Prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris

Professeur Youssef HAIKEL,

Docteur Catherine MILLER, Maître de Conférences à la Faculté Dentaire de l'Université Paris V

Docteur Sibylle OPSAHL - VITAL, Faculté Dentaire de l'Université Paris V

Professeur Patrick TOUNIAN, Pédiatre dans le service de gastroentérologie et nutrition pédiatriques de l'Hôpital Trousseau

Docteur Jean-Luc VEYRONE, Faculté Dentaire de l'Université de Clermont-Ferrand I

Docteur Yves WOLMARK, Chef du service de Gériatrie de l'Hôpital Bretonneau.

Professeur Youssef HAIKEL

Le Docteur Jean-Pierre Giordanella, Directeur de la Politique et des Services de Prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris, n'a malheureusement pas pu être des nôtres, aujourd'hui, pour des raisons de santé et m'a demandé de bien vouloir le remplacer pour animer cette table-ronde et conclure ce colloque.

Docteur Patrick HESCOT

Depuis plus de 20 ans dans certains départements Des actions sont entreprises pour permettre aux professionnels de santé de travailler en réseau. Le Ministère de la Santé et des Solidarités entend promouvoir cette mise en réseau des différentes professions de santé. A cet égard, les groupes de travail composés de nutritionnistes, de médecins et de chirurgiens-dentistes, réunis par le Docteur Catherine Miller, nous semblent tout à fait exemplaire.

On estime à 20 % environ le pourcentage de la population en France qui ne fréquente pas les cabinets dentaires. Comment l'atteindre ? Un moyen efficace serait de travailler en partenariat avec les associations de gynécologues pour inclure un volet « santé bucco-dentaire » dans les consultations gynécologiques. Nous espérons également, d'ici 2008, mettre en place une consultation gratuite chez le chirurgien-dentiste pour la femme enceinte.

De la salle

Est-ce qu'au niveau du carnet de santé qui est délivré aux mamans, à la maternité, une consultation dentaire incluant les problèmes de nutrition est prévue ? Le financement d'une telle mesure ne serait probablement pas très onéreux.

Docteur Patrick HESCOT

J'ai évoqué, brièvement, ce point tout à l'heure. Une consultation dentaire pour les femmes enceintes au quatrième mois de grossesse et une autre après l'accouchement, quand l'enfant a six mois, seront expérimentées en 2007, dans trois départements. Comme l'a souligné, tout à l'heure, le Docteur Sibylle Opsahl Vital, cette consultation au quatrième mois de grossesse est cruciale pour la prévention du risque carieux chez la femme enceinte et son futur enfant car la future mère est très réceptive aux messages de prévention en matière de nutrition et de santé bucco-dentaire. L'objectif fondamental de cette consultation au quatrième mois de grossesse est de faire en sorte que la femme accouche en bonne santé bucco-dentaire. La seconde consultation dentaire, lorsque l'enfant est âgé de 6 mois a pour objectif d'effectuer un contrôle bucco-dentaire de l'enfant et de prodiguer à la mère des conseils.

Professeur Patrick TOUNIAN

Je tiens à souligner, pour ma part, qu'il serait nécessaire que les pédiatres soient mieux formés au dépistage des caries chez l'enfant.

Docteur Sibylle OPSAHL - VITAL

Des chirurgiens-dentistes ont participé à l'élaboration du nouveau carnet de santé et une double page est désormais consacrée à la santé bucco-dentaire.

Docteur Patrick HESCOT

Le médecin ne peut pas tout faire. Il a un rôle important de conseil en matière de nutrition et de santé bucco-dentaire. Il doit aussi dépister les signaux d'alarme et orienter sa patiente et son enfant vers un praticien compétent dans l'un ou l'autre de ces deux domaines.

De la salle

Que pensent les pédiatres du développement de la pratique du grignotage dans les établissements scolaires avec la collation de 10 heures et, maintenant, dans certaines écoles, l'apparition de la collation de 14 heures ? Les firmes de l'agro-alimentaire ne contribuent-elles pas à accompagner, sinon à encourager, ce mouvement avec, par exemple, la commercialisation de biscuits appelés « petit-déjeuner » ?

Professeur Patrick TOUNIAN

La collation est totalement inutile du point de vue nutritionnel. Favorise-t-elle l'obésité ? Cela est difficile à démontrer. En revanche, elle est sûrement mauvaise pour les dents. La collation est une pratique alimentaire difficile à modifier. Le Ministre de la Santé a suivi l'avis des experts en nutrition et en santé bucco-dentaire. Il a recommandé aux directeurs d'établissement scolaire de supprimer cette collation mais l'application d'une telle recommandation est difficile à traduire dans les faits. Je souhaiterais rappeler aussi que le Ministre a souligné, récemment, à la télévision la nécessité de ne pas opposer les professionnels de santé et les industriels de l'agro-alimentaire et la nécessité, pour ces deux mondes, de coopérer afin de faire reculer l'obésité.

De la salle

Je suis médecin et souhaiterais avoir plus d'informations sur le Bilan Bucco-Dentaire (BBD) élargi aux enfants de 6, 9 et 12 ans.

Docteur Patrick HESCOT

Ce programme de prévention et de dépistage bucco-dentaire débutera début 2007 avec l'entrée en vigueur de la nouvelle Convention Dentaire de l'Assurance Maladie signée en mai 2006.

De la salle

Je souhaiterais évoquer la question des repas de midi dans les établissements scolaires. Un nombre croissant d'enfants ne vont plus à la cantine et préfèrent manger à l'extérieur du collège ou du lycée, au Mac Do par exemple, qui est parfois situé juste en face de l'établissement scolaire. Une telle évolution des comportements alimentaires des collégiens et lycéens ne contribue-t-elle pas non plus à favoriser le développement de l'obésité ?

Professeur Patrick TOUNIAN

La proportion des repas pris à la cantine dans l'ensemble des repas est très faible : autour de 9 %. Plus de 90 % des repas sont pris à la maison. Dans toutes les études sur le sujet le déjeuner est le seul repas qui ne soit pas corrélé au problème de l'obésité. Il serait, bien évidemment, souhaitable que les cantines scolaires proposent des repas équilibrés et prolongent ainsi l'éducation nutritionnelle dispensée par les parents. Le repas pris à la cantine n'a, très probablement, pas d'influence directe sur l'augmentation de la prévalence de l'obésité. Il peut, malgré tout, avoir un effet indirect en contribuant à pérenniser des mauvaises habitudes alimentaires au niveau des familles, si sa qualité nutritionnelle est mauvaise ou médiocre.

De la salle

Les enfants n'ont plus, désormais, l'obligation de manger à la cantine scolaire. Beaucoup d'entre eux mangent à l'extérieur, à l'heure du déjeuner. Ils prennent des sandwiches ou vont dans des fast-foods.

Professeur Patrick TOUNIAN

Il me semble avoir répondu. Que les enfants aillent à la cantine ou au fast-food à l'heure du déjeuner, cela n'a probablement aucune relation avec l'augmentation de la fréquence de l'obésité. Attention : je n'ai pas dit qu'aller au fast-food était bon. L'objectif, me semble-t-il, n'est pas d'interdire l'implantation de fast-foods en face des collèges et lycées mais bien plutôt de développer une éducation nutritionnelle adaptée aux jeunes afin qu'ils évitent d'y aller tous les jours.

De la salle

Je souhaiterais évoquer la question de l'étiquetage des produits alimentaires. Il me semble important de parvenir à une réglementation, à l'échelle de l'Union Européenne, qui obligerait les industriels à fournir une information exacte et détaillée sur la composition des produits.

Docteur Patrick HESCOT

À la demande de la France, une directive européenne à ce sujet est en cours d'élaboration. Je tiens aussi à rappeler que le deuxième Programme National Nutrition Santé (PNNS 2) demande aux firmes agro-alimentaires d'améliorer l'information délivrée aux consommateurs sur la composition de leurs produits. Néanmoins, il me semble important de souligner que les lois et réglementations ne peuvent pas, à elles seules, modifier les comportements alimentaires. Il peut aussi être utile de nouer des relations de coopération avec

l'industrie agro-alimentaire dans des domaines où nos intérêts convergent. Pourquoi, par exemple, ne pas envisager que le Ministère de la Santé et des Solidarités, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire et des nutritionnistes participent à l'organisation de « la semaine du goût », une manifestation inventée par les industriels.

Professeur Patrick TOUNIAN

Concernant l'étiquetage des produits, je voudrais insister sur le fait que beaucoup de gens ont tendance à interpréter d'une manière erronée les informations fournies par les industriels, ce qui peut avoir des conséquences néfastes pour leur santé. C'est le cas, en particulier, des personnes appartenant aux milieux sociaux les plus défavorisés au sein desquels les problèmes dentaires et de nutrition sont aussi les plus importants. Un seul exemple : la seule mention « sans sucres ajoutés » sur un jus de fruits peut inciter certaines personnes à en augmenter leur consommation car elles considèrent, à tort, que cette boisson n'aura pas d'effet sur leur poids. Cela est inexact puisque les jus de fruits contiennent des glucides, même si aucun sucre n'a été ajouté au moment de leur fabrication.

Professeur Youssef HAIKEL

Je ne veux pas me faire l'avocat de l'industrie agro-alimentaire. Mais je voudrais qu'on soit bien clair : il n'y a pas de relation directe entre la consommation de sucre et la carie dentaire. Je citerai deux exemples pour illustrer mon propos. Premier exemple : Singapour a l'incidence carieuse la plus basse du monde et la consommation de sucre la plus élevée (72 kilos par personne et par an). L'hygiène bucco-dentaire et la prévention jouent donc un rôle essentiel. La prévention passe par la fluoration.

Le second exemple concerne une étude menée, dans les années 1950, dans un pays nordique qui nous paraîtrait, aujourd'hui, relever du zoo. Des chercheurs ont suivi des enfants psychomoteurs pendant 5 ans. Ils leur ont donné jusqu'à 300 grammes de sucres par jour, des sucreries notamment, et leur ont demandé de ne pas se brosser les dents. L'étude a bien mis en évidence le rôle du sucre dans l'apparition de la carie dentaire. Mais elle a aussi fourni un autre résultat extrêmement intéressant dont il a été peu fait état : 30 % du groupe d'enfants étudiés qui ne se sont pas brossés les dents pendant 5 ans n'ont pas fait de caries. Il existe donc un facteur de susceptibilité. Un parallèle peut d'ailleurs être dressé avec les résultats de certaines recherches sur l'obésité qui montrent que deux enfants de la même fratrie, ayant exactement le même régime alimentaire, auront une évolution de leur courbe de poids très différente : l'un deviendra obèse, l'autre pas. Nous devons donc être prudents dans l'analyse des causes des troubles du comportement alimentaire et des problèmes bucco-dentaires.

J'aimerais aussi poser une question sur l'outil de diagnostic de signes de dénutrition chez le sujet âgé (le questionnaire, plus exactement) que le Docteur Florence Fioretti nous a présenté. Cet outil de diagnostic peut-il être facilement utilisé dans le cadre d'une consultation bucco-dentaire ? Le questionnaire me semble relativement long à remplir. La liste de médicaments semble aussi assez délicate à manier.

Professeur Danielle BUCH

Ce questionnaire peut être rempli rapidement. Florence a voulu détailler ses différentes parties pour bien en faire comprendre les divers aspects. Le chirurgien-dentiste a un rôle central à jouer pour dépister les signes de dénutrition chez ses patients âgés. Pour cette raison, il nous semble important que le plus grand nombre possible de praticiens dentaires puissent l'utiliser. Je ne peux que souhaiter que ce questionnaire devienne rapidement d'usage courant au sein de la profession. La liste des médicaments qui accompagne le questionnaire mériterait, sans doute, d'être revue pour en rendre son utilisation plus aisée pour le praticien dentaire.

Docteur Yves WOLMARK

Il est exact que la liste des médicaments pourrait être revue. Je voudrais, néanmoins, insister sur le fait que la polymédication des personnes âgées est un facteur de risque, en lui-même, et que cela fait partie de nos actions de prévention d'essayer de diminuer le nombre de médicaments que prennent nos patients âgés. Il m'est arrivé de voir arriver dans mon service des personnes âgées avec une ordonnance comprenant dix-sept ou dix-huit médicaments à prendre quotidiennement ! Je pense que cela est excessif et si les chirurgiens-dentistes et les odontologues pouvaient nous aider à diminuer le nombre de médicaments que prennent les patients âgés, ils auraient, je crois, grandement participé à l'action de prévention des risques de dénutrition chez les seniors.

Docteur Jean-Luc VEYRONE

Il nous reste un travail important à accomplir : celui de la validation du questionnaire. Nous sommes donc très désireux de recevoir vos remarques et suggestions concernant ce questionnaire qui ne demande qu'à être amélioré.

Docteur Catherine MILLER

Est-ce que quelqu'un dans la salle a déjà rempli ce questionnaire et si oui pourrait-il nous dire combien de temps cela lui a pris ? Non ? Alors merci de bien vouloir le faire, cela nous permettra d'avancer dans la validation du questionnaire.

De la salle

Je suis médecin. Je tiens tout d'abord à dire que j'ai été très impressionnée par la qualité des interventions tout au long de cette journée. Les chiffres sur la dénutrition des personnes âgées cités lors de ce colloque sont terribles. Ma question est la suivante : est-ce que vos groupes de travail se sont penchés sur les personnels aidants, sur les personnels soignants des personnes âgées (je ne parle pas du corps médical) ? Est-ce que ces personnels sont formés, sensibilisés à l'importance de la santé bucco-dentaire ? Possèdent-ils également des notions de nutrition de la personne âgée ? J'aurais aussi voulu savoir s'il y avait beaucoup de chirurgiens-dentistes dans les maisons de retraite en France. Avez des chiffres à ce sujet ? Avez-vous une idée de la proportion de personnes âgées qui peuvent bénéficier d'un examen de dépistage, à l'entrée en maison de retraite ou pendant leur séjour ?

Docteur Yves WOLMARK

Vous avez raison d'attirer l'attention sur la formation du personnel qui est l'une de nos préoccupations majeures. Cette formation est faite quotidiennement dans les établissements hospitaliers. Les personnels soignants disposent aussi de référentiels de bonnes pratiques cliniques sur la dénutrition des personnes âgées dans les hôpitaux.

J'aimerais aussi évoquer le problème du manque important de personnel dans les maisons de retraite. Ce problème se pose aussi à l'hôpital mais d'une manière moins aiguë. Comme l'a souligné très justement, tout à l'heure, le Docteur Jean-Luc Veyrune, le personnel des maisons de retraite n'est pas toujours en nombre suffisant pour faire manger toutes les personnes âgées dépendantes ce qui contribue à augmenter fortement les risques de dénutrition dans cette population. S'agissant du nombre de chirurgiens-dentistes dans les maisons de retraite, je ne dispose malheureusement pas de chiffres à ce sujet.

Professeur Danielle BUCH

Nos étudiants sont formés dans les stages de prévention, en particulier auprès des personnes âgées. Au sein de l'Hôpital Bretonneau les services d'odontologie et de gériatrie ont tissé des relations de travail. Je souhaiterais, par ailleurs, attirer l'attention sur l'un des problèmes majeurs auquel nous nous trouvons confronté : celui du manque de personnel encadrant, en particulier du manque de praticiens hospitaliers.

Docteur Sophie DARTEVELLE

L'UFSBD a lancé, il y a un peu plus d'un an, un programme expérimental dans certaines maisons de retraite parisiennes. Ce programme consiste, notamment, en l'organisation de séances de formation sur la santé bucco-dentaire à destination du personnel encadrant des maisons de retraite. Dans certains établissements la prise en charge des soins dentaires des personnes âgées s'effectue par l'intermédiaire du bucco-bus. En outre, dans un certain nombre de départements, l'UFSBD est en train de développer dans les maisons de retraite des programmes d'éducation à la santé bucco-dentaire à l'attention du personnel encadrant.

Professeur Danielle BUCH

Je tiens à souligner le manque de temps dont disposent les équipes soignantes dans les maisons de retraite pour s'occuper des patients âgés (les soigner, les faire manger), tout particulièrement des patients dépendants en raison du manque aigu de personnel. Le deuxième point sur lequel je voudrais insister est que l'objectif essentiel du chirurgien-dentiste doit être de prévenir les lésions et les infections, d'essayer de redonner un coefficient masticateur au patient chaque fois que cela est possible. Mais les prothèses ne peuvent pas tout résoudre. Il y a malheureusement des limites à notre action dont il faut être bien conscient.

Professeur Youssef HAIKEL

Ce que vous dites est très important mais j'aimerais qu'on précise. Nous sommes confrontés à deux types de population âgée différente. Jusqu'à présent, nous avons parlé uniquement de celle qui réside dans les maisons de retraite mais n'oublions pas qu'un grand nombre de personnes âgées vivent à domicile. Pour cette population là, le chirurgien-dentiste est appelé à jouer un rôle essentiel dans le dépistage de la dénutrition, dans le traitement des affections bucco-dentaires et dans le rétablissement de la fonction masticatoire pour que le patient puisse, tout simplement, s'alimenter correctement.

Docteur Jean-Luc VEYRUNE

Les personnes âgées autonomes qui viennent en cabinet dentaire sont susceptibles de recevoir tous les types de soins qui ne présentent pas de difficultés particulières. Notre préoccupation doit être de détecter, le plus précocement possible, les signes d'une perte d'autonomie et d'y remédier, notamment en prodiguant aux patients des conseils destinés à améliorer leur santé bucco-dentaire.

Professeur Youssef HAIKEL

La plupart des enquêtes faites en France montrent que les besoins en matière de réhabilitation de la fonction masticatoire sont énormes : environ deux personnes âgées sur quatre seraient concernées. Mais quand on regarde la demande émanant des patients, force est de constater qu'elle est très réduite. Un travail de sensibilisation des patients reste donc à mener.

Docteur Catherine MILLER

Il y a aussi un problème de coût des prothèses dentaires aussi bien en milieu libéral qu'en milieu hospitalier qu'il ne faut pas occulter et qui est important.

Professeur Youssef HAIKEL

J'aimerais maintenant qu'on aborde la question des moyens à mettre en place pour identifier les populations à risque et parvenir à mieux prendre en charge leurs besoins en matière de santé bucco-dentaire et de nutrition.

Docteur Sébastien CZERNICHOW

Il me semble que, pour parvenir à mieux identifier les patients à risque, le chirurgien-dentiste pourrait effectuer le calcul de l'indice de masse corporelle. Ce serait une première étape, la plus simple.

Professeur Patrick TOUNIAN

Concernant les enfants, notamment les enfants à risque d'obésité, les messages de prévention qui leur sont destinés doivent être transmis quasi exclusivement à travers les parents, ce qui est facile à dire mais beaucoup plus difficile à réaliser ! Ce n'est peut-être que vers l'âge de 10 ou 12 ans que le praticien dentaire ou le médecin peut s'adresser directement à l'enfant. Mais il faut néanmoins rester prudent s'agissant du contenu des messages qui sont diffusés aux enfants et, surtout, aux adolescents. Il semblerait, en effet, que les adolescents ont tendance à faire le contraire de ce qu'on leur dit, c'est tout du moins ce qu'affirme un certain nombre de spécialistes de l'adolescence !

Professeur Youssef HAIKEL

Il me semble que la pratique du chirurgien-dentiste doit s'inscrire dans le cadre d'un réseau de soins qui réunit d'autres acteurs de santé (des diététiciens, des pédiatres, des gynécologues, notamment).

Les outils de sensibilisation aux problèmes de santé bucco-dentaire et de nutrition développés par l'INPES, l'UFSBD et la Mutualité Française font aussi partie intégrante des actions de prévention.

Docteur Jean-Luc VEYRUNE

Il serait aussi souhaitable de renforcer les réseaux de soins médecine de ville-hôpital afin de parvenir à mieux prendre en charge les populations à risque.

De la salle

Le lait maternel d'une personne obèse peut-il être un facteur d'obésité chez l'enfant ? Sa composition est-elle différente ?

Professeur Patrick TOUNIAN

Je ne dispose pas d'éléments suffisants pour répondre à votre question. Il me semble que le lait maternel ne constitue pas un facteur de risque d'obésité pour l'enfant.

De la salle

Des chercheurs suisses sont en train d'expérimenter avec des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes un test permettant de mesurer le taux de contamination bactérienne chez les très jeunes enfants (âgés de quelques mois à un an). Ce test pourrait-il être utilisé pour dépister les enfants les plus susceptibles de développer des caries précoces ?

Docteur Sibylle OPSAHL - VITAL

Ce test bactérien est très prometteur et nous souhaiterions bien sûr avoir la possibilité de l'utiliser à l'avenir. Prévenir les caries suppose aussi d'améliorer le suivi médical des femmes enceintes et des très jeunes enfants. Les chirurgiens-dentistes déplorent de ne voir, bien souvent, les enfants qu'à l'âge de 6 ans, quand ceux-ci ont déjà développé des caries. Une politique de prévention efficace des lésions carieuses passe donc par l'instauration d'un partenariat entre les praticiens dentaires et les centres de protection maternelle et infantile qui suivent les jeunes mères et leurs enfants.

Docteur Sophie DARTEVELLE

Je tiens à remercier au nom de l'UFSBD tous les acteurs de cette journée, ainsi que toutes les personnes présentes dans la salle. Nous vous tiendrons au courant de l'avancée de nos réflexions. Les conclusions seront publiées en janvier et vous seront envoyées en avant-première.

Conclusion

Professeur Youssef HAIKEL

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

En France, l'obésité est un problème majeur de santé publique : 12,4 % de la population est obèse et 29 % est en surpoids. Comme la carie, l'obésité est multifactorielle. Elle est le résultat de l'action d'un ensemble de facteurs comportementaux, environnementaux, économiques mais aussi génétiques. L'obésité et la carie sont plus fréquentes, en France, au sein des populations économiquement démunies qui sont aussi celles qui rencontrent les plus grandes difficultés à accéder aux soins de santé. Réduire la prévalence de l'obésité implique de modifier les comportements alimentaires. Un tel objectif est difficile à atteindre. Sa réalisation suppose de développer une éducation en matière nutritionnelle dès l'enfance, à l'école notamment. La mallette sur la nutrition conçue par la Mutualité Française est, de ce point de vue, un outil pédagogique essentiel. Les parents ont aussi un rôle fondamental à jouer dans la sensibilisation des enfants aux questions de nutrition et d'hygiène bucco-dentaire.

La dénutrition de la personne âgée est un autre problème majeur de santé publique. Elle touche plus de 50 % des personnes âgées hospitalisées, entre 5 et 25 % de personnes âgées en maisons de retraite et 2 à 4 % de celles qui vivent à domicile. La prévention et la prise en charge de la dénutrition et de ses complications nécessitent une mobilisation de tous les acteurs de santé. Le questionnaire qui nous a été présenté aujourd'hui par le Docteur Florence Fioretti pourrait, à cet égard, s'avérer particulièrement utile pour le praticien dentaire. On ne peut donc qu'espérer que ce questionnaire sera très rapidement validé.

Les causes de la dénutrition sont multiples. Des études internationales montrent l'existence d'une corrélation entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le risque de mortalité chez les personnes âgées. Plus l'IMC est faible, plus le risque de mortalité serait élevé.

Le chirurgien-dentiste devra veiller à dépister précocement les signes de dénutrition et à les traiter, si nécessaire avec l'aide d'autres professionnels de santé. En effet, les problèmes bucco-dentaires chez les personnes âgées (la perte dentaire, les lésions carieuses, les difficultés masticatoire, les prothèses inadaptées, notamment) contribuent à la détérioration de leur qualité de vie et augmentent le risque de dénutrition. Les besoins en soins prothétiques sont importants en France et sont loin d'être satisfaits, en raison, notamment, du coût parfois élevé de ces soins. Le syndrome de la bouche sèche (l'hyposialie) est un handicap majeur pour le port des prothèses. Il devra donc être dépisté et pris en charge par le praticien dentaire.

La prise charge des troubles nutritionnels et des problèmes bucco-dentaires doit être globale. Elle implique une collaboration étroite entre tous les acteurs de santé concernés (chirurgiens-dentistes, pédiatres, gynécologues, nutritionnistes, etc.). L'UFSBD mais aussi l'INPES et la Mutualité Française ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation des professionnels de santé et du grand public aux effets des déséquilibres nutritionnels sur l'état bucco-dentaire.

Il me reste à remercier tous les conférenciers pour leurs brillantes interventions ainsi que l'ensemble des participants à cette journée pour la qualité des débats. Ce colloque n'est qu'une étape, nous allons continuer à travailler ensemble pour envisager les suites que nous pouvons lui donner. Merci à vous tous d'être venus aujourd'hui aussi nombreux.