

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

9h00 - 17h00

**Lieu : Ministère
de la Santé
et de l'Accès
aux Soins**

**Salle Laroque
14 avenue
Duquesne
75007 Paris**

LES ACTES DU COLLOQUE

Avec le co-patronage :


**MINISTÈRE
CHARGÉ DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS AUX SOINS**
Liberté
Égalité
Fraternité


**MINISTÈRE
CHARGÉ DE L'AUTONOMIE
ET DU HANDICAP**
Liberté
Égalité
Fraternité


UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

**Bien vieillir : la santé bucco-dentaire
au cœur de l'autonomie**

Le match se joue à domicile !

**Le jeudi
16 octobre 2025**

9h00 - 17h00



SOMMAIRE

Ouverture du Colloque	<u>4</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dr Benoît PERRIER (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire – UFSBD)</i> • <i>Dr Bruno FAVIER (Mutuelle générale de l'Éducation nationale – MGEN, Groupe VYV)</i> • <i>Dr Alain DURAND (Ordre national des chirurgiens-dentistes – ONCD) – vidéo</i> 	
État des lieux autour du vieillissement de la population et de la personne	<u>8</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence de la fragilité en France hexagonale chez les 55 ans et plus <u>9</u> <i>Mme Hana LAHBIB (Santé publique France)</i> • Vieillir en santé aujourd'hui et demain : importance de la prévention <u>16</u> <i>Pr Bertrand FOUGÈRE (CHU Tours)</i> • Avancée en âge : prévenir la dénutrition <u>25</u> <i>Pr Agathe RAYNAUD-SIMON (Collectif de lutte contre la dénutrition)</i> • Vieillir en solitaire <u>31</u> <i>Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE (Ilex Formation & Consulting)</i> 	
Interrelations entre santé générale et santé bucco-dentaire	<u>36</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Comorbidité et santé bucco-dentaire <u>37</u> <i>Dr Maria-Clotilde CARRA (PU-PH Université de Ferrare, Italie)</i> 	

- [Qu'est-ce qu'une santé bucco-dentaire idéale ?](#) [44](#)
Pr Philippe BOUCHARD (UFR d'odontologie de Paris)

**Table ronde – Seniors et santé bucco-dentaire :
que ressort-il des enjeux évoqués ?** [50](#)

- *Dr Sophie DARTEVELLE (UFSBD et Fédération dentaire internationale – FDI)*
- *Dr Bruno FAVIER (MGEN, Groupe VYV)*
- *Pr Bertrand FOUGÈRE (CHU Tours)*
- *Dr Benoît PERRIER (UFSBD)*
- *Pr Agathe RAYNAUD-SIMON (Collectif de lutte contre la dénutrition)*
- *Mme Catherine SIMONIN-BÉNAZET (France Assos Santé)*

Table ronde – Des outils originaux pour agir en proximité [57](#)

- [« Ressources pour évaluer et prévenir le déclin des fonctions orales »](#) [58](#)
Dr Sophie DARTEVELLE (FDI)

- [Table ronde « Outils originaux pour agir en proximité »](#) [63](#)
Dr Sophie DARTEVELLE (FDI)
Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE (site « Stop à l'isolement »)
M. David GRUSON (La Poste Santé et Autonomie)
Dr Nathalie HOUIN (Mutualité sociale agricole – MSA)
Pr Agathe RAYNAUD-SIMON (Collectif de lutte contre la dénutrition)
Dr Richard VILLET (Fondation de l'Académie de Médecine)

Table ronde – Des acteurs à mobiliser pour agir en proximité [78](#)

- *Dr Anne ABBÉ-DENIZOT (UFSBD)*
- *Dr Bruno FAVIER (MGEN, Groupe VYV)*
- *M. Didier GADEL (association Aller plus haut)*
- *M. Benjamin LEROUX (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA)*
- *Mme Joëlle MARTINAUX (Union nationale des centres communaux d'action sociale – UNCCAS)*
- *M. Jérôme PERRIN (Union nationale de l'aide à domicile en milieu rural – ADMR)*
- *Mme Anaïs VARLET-BECU (Conseil national professionnel infirmier – CNPI)*

Conclusion [93](#)

- *Dr Bruno FAVIER (MGEN, Groupe VYV)*
- *Dr Benoît PERRIER (UFSBD)*

ANNEXE – Dossier documentaire [97](#)

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

9h00 - 17h00



OUVERTURE DU COLLOQUE

- *Dr Benoît PERRIER*
(Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire - UFSBD),
- *Dr Bruno FAVIER*
(MGEN - Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, Groupe VYV),
- *Dr Alain DURAND*
(Ordre National des Chirurgiens-Dentistes - ONCD) - vidéo

[Retour au sommaire](#)

Dr Benoît PERRIER

UFSBD

Je tiens à remercier Mme la Ministre Stéphanie Rist pour son hospitalité et pour l'accueil que nous recevons aujourd'hui dans cet amphithéâtre du ministère. Je souhaite exprimer aussi ma reconnaissance au Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD), en particulier à son président, le docteur Alain Durand, et à l'ensemble de son équipe pour leur soutien constant à nos plaidoyers et à l'organisation de ce colloque.

L'UFSBD est née de la volonté de la profession et de ses instances de rassembler tous les chirurgiens-dentistes engagés en faveur de la prévention. Depuis bientôt 60 ans, notre union occupe une place singulière à la fois au sein de la profession et de la société. Nous portons une âme militante, animés par la conviction que la santé bucco-dentaire doit être reconnue comme un pilier essentiel de la santé globale. Chaque jour, dans nos cabinets comme sur le terrain, nous agissons avec un seul credo : pas de santé sans santé bucco-dentaire. Ce message a d'ailleurs été repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), appelant à une couverture sanitaire universelle incluant la santé bucco-dentaire.

Notre journée est consacrée à un enjeu majeur de la société : le vieillissement de la population et les liens étroits entre santé bucco-dentaire et maintien de l'autonomie. Pour aborder ce thème, j'ai souhaité m'entourer d'un compagnon de route de l'UFSBD depuis 25 ans : le docteur Bruno Favier.

Tu es au sein du Groupe VYV, et nous partageons une convention avec VYV 3, un partenariat de soutien et d'action que nous espérons faire grandir. Ensemble, on a façonné des programmes d'accompagnement pour la santé bucco-dentaire, notamment en Ehpad. Ce sujet, encore marginal il y a 25 ans, est aujourd'hui reconnu comme un enjeu au sein des établissements. L'an dernier, près de 3 500 aidants professionnels ont été formés par notre réseau. Un signe fort que les mentalités évoluent.

Malgré ces progrès, un constat s'impose : beaucoup reste à faire en amont, à domicile. Ainsi, face au défi du vieillissement démographique et au maintien de l'autonomie, il est impératif de sensibiliser et de mobiliser autour de la santé bucco-dentaire vis-à-vis des seniors autonomes. Après 65 ans, une certaine fatalité s'installe, trop souvent face à des pathologies de la bouche. Les comorbidités se multiplient.

Les visites chez le chirurgien-dentiste diminuent et la santé bucco-dentaire se trouve relayée au second plan. Pourtant, une bouche en mauvaise santé peut être le point de départ d'un cercle vicieux : douleurs, perte de goût, trouble de la mastication, puis dénutrition. Et nous savons que la dénutrition est souvent le premier pas vers la perte d'autonomie. Nos observations menées depuis plus de 20 ans en Ehpad le confirment. À l'entrée en établissement, l'état bucco-dentaire est souvent très dégradé.

Mais la situation n'a guère évolué dans le temps. C'est pour ça que ce colloque est essentiel aujourd'hui pour faire bouger les choses en amont. Le suivi dentaire est souvent interrompu trois ans avant l'entrée en établissement et les gestes du quotidien restent souvent négligés.

[Retour au sommaire](#)

Ce public qui vit à domicile échappe largement aux canaux habituels de la prévention. Il nous faut donc inventer ensemble de nouveaux relais, de nouvelles synergies, de nouveaux modèles d'action. C'est un enjeu de santé, bien sûr, mais aussi de cohésion sociale et de soutenabilité de notre système collectif. C'est tout le sens de ce colloque, de pouvoir partager un socle commun de connaissances et d'engagement et d'ouvrir de nouvelles perspectives d'action pour les années à venir.

M. Bruno FAVIER

MGEN, Groupe VYV

C'est un grand honneur et un vrai plaisir d'avoir été invité par l'UFSBD à ouvrir ce colloque qui nous réunit autour d'enjeux majeurs de santé : la santé bucco-dentaire, la prévention de la perte d'autonomie et les parcours de soins du domicile, auxquels – à titre personnel et professionnel depuis plus de 40 ans – je consacre une attention importante.

Je suis d'autant plus heureux et ému que je suis un ancien compagnon de route de l'UFSBD. Benoît a dit 25 ans, ça fait 20 ans, mais c'est quand même beaucoup. Aujourd'hui, je comprends ce que ressentent les personnes plus âgées. J'étais à l'époque dans la découverte, je suis plus dans la transmission. Ma présence, je l'espère, lèvera des enthousiasmes et des vocations sur cette question majeure.

J'ai été médecin coordinateur en Ehpad, puis directeur médical de différents groupes gestionnaires d'Ehpad, dont aujourd'hui la MGEN, du Groupe VYV, VYV 3 pour les établissements. J'ai été, et je suis toujours, très engagé sur la préservation de l'autonomie, le renforcement de la prévention de cette perte d'autonomie depuis le début de ma pratique. Et j'ai constaté comme vous les conséquences de l'abandon bucco-dentaire sur la santé des personnes et leur autonomie en particulier.

Le lien causal indiscutable entre mauvais état de santé bucco-dentaire et perte d'autonomie est fait depuis longtemps. Quel est l'avenir ? 89 % des personnes de plus de 75 ans vivent à domicile. C'est un enjeu. 92 % des personnes interrogées (enquête parue dans *Social Mag*, début 2025) disent vouloir vivre leur vieillesse à domicile.

Il s'est passé en 20-25 ans, grâce en partie à l'UFSBD – et c'est tout l'intérêt de l'action –, beaucoup de choses dans les établissements médico-sociaux, pour personnes âgées ou personnes handicapées. Le domicile reste, partiellement suivant les territoires, un angle mort des politiques de prévention et de repérage des lésions dentaires. On est là tous ensemble pour avancer sur ce point.

On va explorer les mécanismes qui lient santé bucco-dentaire, dénutrition, perte d'autonomie ; les conditions d'intervention à domicile avec des outils qui n'existaient pas autrefois comme les cabinets mobiles, avec ou sans unité de radiologie ; les dispositifs de coordination territoriale qui existent aujourd'hui, et dont il faut qu'on se serve ; et, enfin, l'impact de ces actions, les tarifications qu'on souhaite tous beaucoup plus adaptées.

[**Retour au sommaire**](#)

Il s'agit d'adapter l'accès aux soins dentaires, mais surtout de préserver l'autonomie et le souhait des personnes de vieillir chez eux dans de bonnes conditions.

Un dernier mot, très personnel, mais il peut être partagé. Je pense que nos consœurs et nos confrères chirurgiens-dentistes ont beaucoup à nous apprendre à nous, médecins, en termes de préservation de la santé et de la prévention. On a été beaucoup, on est toujours beaucoup et peut être de plus en plus pour une partie importante des médecins, exclusivement centrés sur le soin. Prévenir, repérer, anticiper, l'Union l'a fait.

Et je pense que c'est une des raisons de son efficacité, de la pérennisation de son activité et du renforcement, demain, je l'espère, de celles-ci.

Dr Alain DURAND

Président de l'ONCD

(Intervention enregistrée)

Heureux d'être parmi vous, hélas pas physiquement mais de tout cœur par la pensée. D'abord pour dire notre soutien et notre amitié envers l'équipe de l'UFSBD.

La santé orale fait partie de la santé générale et est, bien entendu, un élément essentiel dans la démarche de prévention.

C'est avec les institutionnels que nous pouvons évoluer, avec les organismes sociaux, les ministères avec qui nous travaillons main dans la main depuis de très nombreuses années. Et c'est en ce sens que nous essayons de progresser.

Et je tiens à remercier particulièrement, au nom du Conseil de l'ordre et de toute la profession, l'ensemble de l'équipe de l'UFSBD qui œuvre quotidiennement à cette démarche. Elle essaie de faire avancer les choses grâce à une campagne qui a déjà fait ses preuves et qui prouvera son efficacité dans les mois à venir.

Et je souhaite une excellente journée de réflexion et de travail en commun avec les autres professionnels de santé avec qui nous travaillons aussi main dans la main.

[Retour au sommaire](#)

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

9h00 - 17h00



ÉTAT DES LIEUX AUTOUR DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DE LA PERSONNE

- Prévalence de la fragilité en France hexagonale chez les 55 ans et plus
Mme Hana LAHBIB (Santé publique France)
- Vieillir en santé aujourd'hui et demain : importance de la prévention
Pr Bertrand FOUGÈRE (CHU Tours)
- Avancée en âge : prévenir la dénutrition
Pr Agathe RAYNAUD-SIMON (Collectif de lutte contre la dénutrition)
- Vieillir en solitaire
Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE (Ilex Formation & Consulting)

[Retour au sommaire](#)

Mme Hana LAHBIB

Épidémiologiste – Santé publique France

Je vais vous présenter les premiers chiffres de prévalence de la fragilité en France chez les 55 ans et plus. C'est un premier état des lieux. Ces travaux de la fragilité s'inscrivent dans un contexte de vieillissement de la population, pas seulement en France mais dans une partie du monde. Un des chiffres importants qui provient de l'Insee au travers de leur projection est qu'une personne sur trois sera âgée de 60 ans et plus d'ici 2050.

Cela pose plusieurs questions, notamment sur les conséquences de cette augmentation et de ce vieillissement de la population. On aura une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et en institution, avec pour conséquence la question du poids financier qui sera lourde pour notre société et la question de la soutenabilité à terme de la prise en charge. La prévention de la perte d'autonomie est un enjeu central et prioritaire de santé publique. C'est dans ce contexte de vieillissement que la fragilité apparaît comme un sujet d'intérêt.

1) La définition de la fragilité

La fragilité est un état gériatrique de vulnérabilité. Une définition commune est retenue : c'est un état cliniquement reconnaissable de vulnérabilité qui résulte d'un déclin lié à l'âge des réserves et des fonctions physiologiques qui empêchent et compromettent la capacité à faire face à des stress.

Il existe plusieurs approches de la fragilité. L'une d'entre elles, largement utilisée et que Santé publique France retient, est l'approche phénotypique de Fried. Elle repose sur cinq critères concrets et cliniques :

- la fatigue, une fatigue physique associée à une fatigue psychique ;
- une faiblesse musculaire ;
- une diminution de la performance motrice (par exemple, le fait de pouvoir marcher 500 mètres ou de pouvoir monter quelques escaliers) ;
- la perte de poids involontaire ;
- le manque d'activité physique.

D'après cette définition, **un individu est classé fragile s'il présente trois des cinq critères.**

Par ailleurs, d'un point de vue conceptuel, la fragilité fait partie du continuum du vieillissement. Elle y a une place centrale et constitue un indicateur en amont de la perte d'autonomie. La fragilité est également un facteur de risque du déclin fonctionnel et d'événements indésirables comme les chutes, les hospitalisations et les décès.

Un point important : la fragilité est potentiellement réversible.

2) Comment surveiller la fragilité

Tous ces éléments soulignent l'importance de surveiller la fragilité dans la population car elle peut constituer une cible pour les programmes de surveillance comme à Santé publique France. Une cible pour les programmes de prévention qui visent à réduire la perte d'autonomie. Et elle peut également constituer une cible pour la gestion d'enjeux sanitaires majeurs (par exemple, les gripes et les épidémies de Covid-19, les canicules, etc.).

Cette surveillance est aujourd'hui facilitée grâce à l'élaboration d'un algorithme de repérage de la fragilité. Santé publique France l'a construit à partir de données d'une enquête, dans laquelle étaient recueillies les informations sur le phénotype de Fried.

Ces données ont été chaînées aux données médico-administratives du Système national des données de santé (SNDS), alimenté par l'Assurance Maladie pour le développement de l'algorithme.

Notre outil de surveillance a un champ d'application précis puisqu'il peut être utilisé chez les 55 ans et plus en France hexagonale – donc hors DROM, malheureusement (l'algorithme n'ayant pu y être validé) –, et les individus institutionnalisés sont exclus puisqu'ils sont considérés comme dépendants.

Concrètement, l'algorithme d'identification est basé sur différents prédicteurs qui vont varier selon l'âge.

Il peut s'agir :

- de la prise en charge d'une pathologie comme le diabète, la dépression ou, pour les plus âgés, la démence ;
- des variables de consommation de soins comme le nombre de consultations générales, de médecins généralistes ou spécialistes, le nombre d'actes infirmiers, etc. ;
- de la consommation de dispositifs médicaux comme les orthèses et les prothèses auditives, les déambulateurs qui peuvent traduire la présence de syndromes gériatriques.

3) Les actions de prévention

En matière d'actions de prévention de la fragilité, plusieurs leviers peuvent être identifiés :

- la nutrition avec l'apport d'une alimentation plus protéinée ;
- l'activité physique, notamment adaptée à l'âge, et en parallèle la lutte contre la sédentarité ;
- l'amélioration du bien-être psychosocial puisque la fragilité est une condition multidimensionnelle.

4) Le lien entre fragilité et santé bucco-dentaire

On peut mettre en avant la revue systématique de Hakeem et Al qui regroupe cinq études internationales (japonaises, anglaises et mexicaines), montrant une association significative entre des indicateurs de santé bucco-dentaire et la fragilité.

Elle aborde la question du nombre de dents, de la fonction orale, de l'accumulation de problèmes bucco-dentaires, du nombre de symptômes de la sécheresse buccale et celle de l'incidence de la fragilité selon la définition de Fried.

Cette étude souligne ainsi l'importance de la santé bucco-dentaire comme prédicteur de la fragilité chez le sujet adulte.

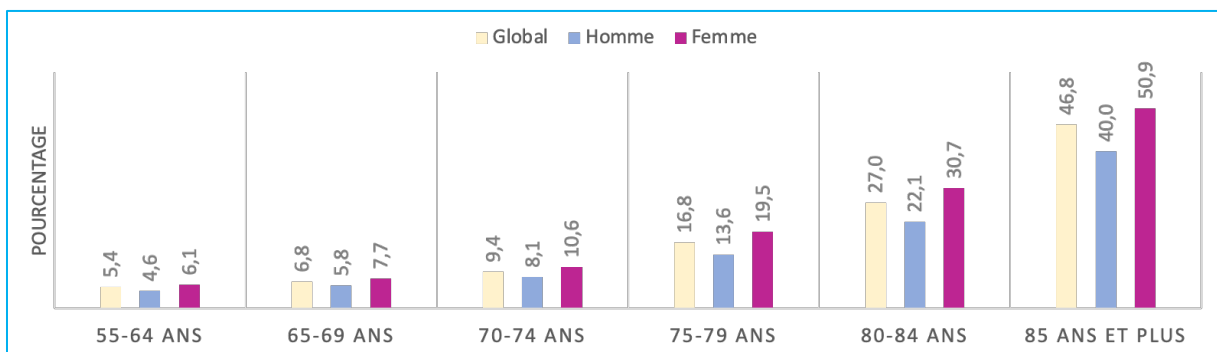
5) Les résultats

Nos résultats comprennent deux volets descriptifs : d'abord, concernant les prévalences de la fragilité en 2022 en France d'un point de vue national et départemental et, ensuite, concernant l'évolution de la fragilité entre 2013 et 2022.

La prévalence de la fragilité était de 12,4 % en 2022 chez les individus de 55 ans et plus. Dans le détail, [le graphique ci-dessous] présente les résultats, tous sexes confondus (en beige) et par sexe (en bleu les hommes et en violet les femmes).

On constate que la prévalence de la fragilité augmente de façon linéaire avec l'âge. Elle est de 5,4 % chez les 55-64 ans ; 6,8 % chez les 65-69 ans ; 9,4 % chez les 70-74 ans ; 16,8 % chez les 75-79 ans. Un peu moins d'un individu sur trois est fragile chez les 80-84 ans et presque un sur deux chez les 85 ans et plus.

Cette prévalence, dont l'augmentation est commune aux deux sexes, est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.



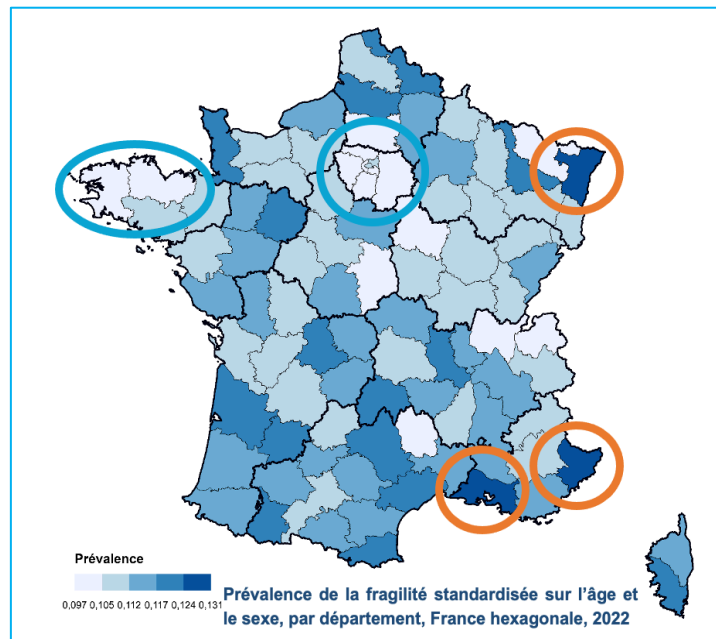
Concernant les prévalences à l'échelle régionale et départementale en 2022, on constate [sur la carte ci-dessous] que la répartition de la fragilité en France est hétérogène.

Ces résultats sont standardisés sur l'âge et sur le sexe, ils ne peuvent donc pas être expliqués par des hétérogénéités territoriales en termes d'âge.

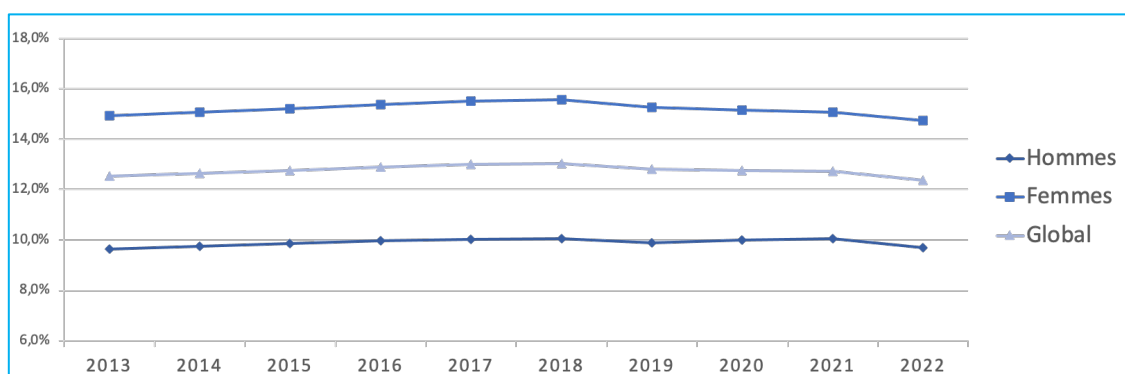
Les territoires présentant les prévalences les plus basses sont la région l'Île-de-France avec les départements de la Seine-et-Marne, de l'Essonne et des Yvelines à 9,7 %, le Val-d'Oise à 9,8 %, le Val-de-Marne et les Hauts-de-Seine à 10,2 % et la Bretagne (avec le Finistère et les Côtes-d'Armor à 10,2 % et 10,3 %).

D'autres départements plus répartis sur le territoire comme la Haute-Savoie, l'Ain, le Cher, l'Yonne et la Moselle présentent également des prévalences plus faibles que le niveau national. Les territoires présentant une prévalence plus élevée sont deux départements dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) : les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes, et dans la région Grand Est, le Bas-Rhin.

Encore une fois, ce sont des résultats descriptifs. Je reviendrai sur les hypothèses qui pourraient expliquer cette répartition hétérogène sur le territoire. Mais ce sont des analyses encore en cours.



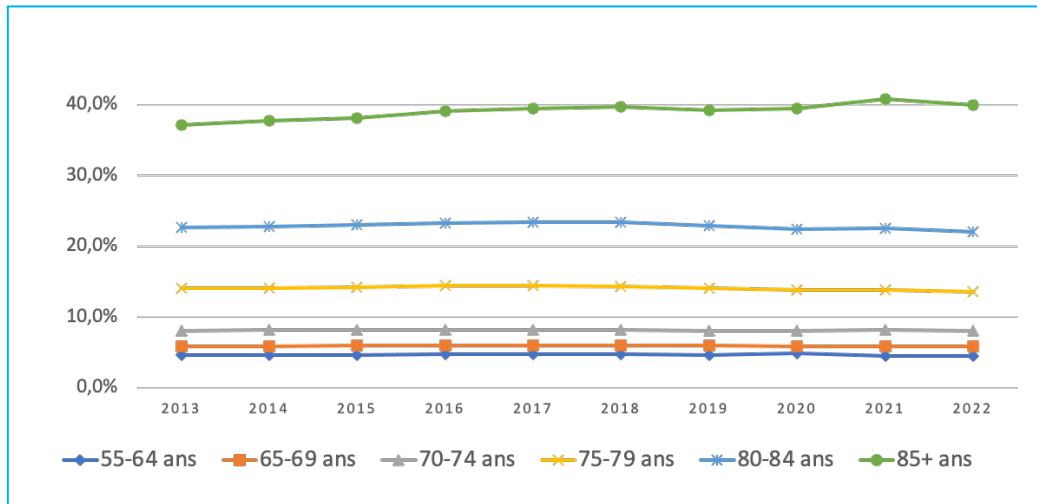
Concernant l'évolution de la fragilité entre 2013 et 2022, si on regarde en global (hommes + femmes) – la courbe claire avec les triangles bleu clair –, on a l'impression que ça n'évolue pas trop du fait de l'échelle du graphique mais on constate quand même une petite augmentation entre 2013 et 2018 avec une prévalence qui passe de 12,5 % à 13 %.



Prévalence nationale de la fragilité

Cette prévalence se stabilise ensuite entre 2018 et 2021 à 12,7 % et elle rediminue en 2022. Le constat est similaire pour l'évolution de la prévalence chez les femmes – la courbe du haut avec les carrés – avec une augmentation entre 2013 et 2018 : la prévalence passe de 14,9 % à 15,6 %, une diminution en 2022 à 14,7 %, en dessous du niveau de 2013.

En revanche, chez les hommes, la prévalence, comprise entre 9,7 % et 10 % sur la période, est relativement stable.

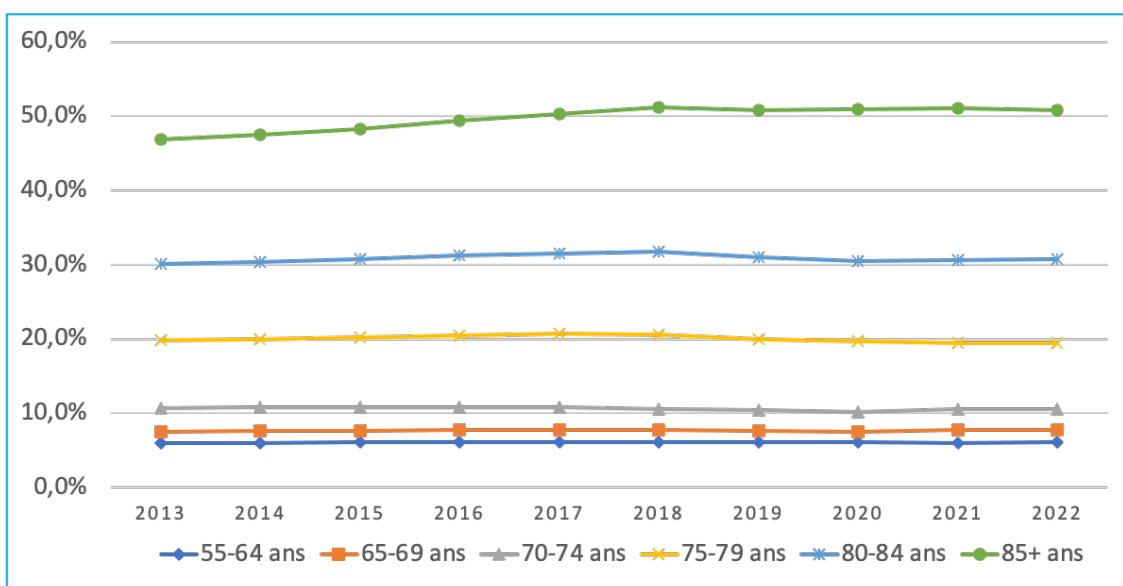


Evolution de la prévalence de la fragilité par classe d'âge, chez les hommes, France hexagonale, 2013-2022.

Nous avons ensuite regardé d'un peu plus près ces résultats en stratifiant sur l'âge et le sexe. Nous avons constaté chez les hommes de 55-79 ans – la courbe bleue d'en bas, la courbe orange, la courbe grise et la courbe jaune – une prévalence de la fragilité stable sur la période.

Chez les 80-84 ans, de manière similaire à l'évolution nationale, elle passe entre 2013 et 2018 de 22,6 % à 23,4 %, avant de baisser à 22,1 % en 2022. En revanche, chez les 85 ans et plus, la prévalence augmente sur toute la période : de 37,1 % en 2013 à 40,8 % en 2021 et 40 % en 2022.

Chez les femmes, on retrouve à peu près les mêmes évolutions. Seulement, cette fois, c'est chez les 55-74 ans que la prévalence de la fragilité est stable. Chez les 75-84 ans, même évolution que celle de la prévalence nationale, de même que chez les femmes âgées de 85 ans et plus, où l'on constate une augmentation de 4 points avec un passage de 46,8 % à 50,9 % sur la période d'étude.



Evolution de la prévalence de la fragilité par classe d'âge, chez les femmes, France hexagonale, 2013-2022.

[Retour au sommaire](#)

Vous avez la primeur de ces résultats puisqu'ils ne sont pas encore publiés.

Ils sont bien en adéquation avec la littérature antérieure : on retrouve une augmentation de la prévalence de la fragilité avec l'âge, avec une relation linéaire. Et cette prévalence est plus élevée chez la femme que chez l'homme.

Ces résultats apportent de nouveaux éclairages avec, notamment, l'augmentation de la prévalence de la fragilité entre 2013 et 2018, puis une stabilisation et une baisse en 2022. Il est donc important de continuer à surveiller cette tendance sur les années à venir pour voir si on observe un début de baisse à partir de 2022 ou, au contraire, s'il s'agit seulement d'un point de rupture. On a également de nouvelles données sur la répartition de la fragilité, hétérogène sur le territoire national. Ce qui pourrait justifier un renforcement des dispositifs de prévention ciblés sur certains territoires de l'Hexagone.

Ces données contribuent à une meilleure compréhension de la fragilité et à la possibilité de prévenir de nombreux phénomènes de santé sur le territoire. Elles enrichissent l'offre d'indicateurs pour les acteurs de la prévention de la perte d'autonomie comme les collectivités territoriales.

Elles pourront également être utiles au pilotage et à l'évaluation de réponses à des situations sanitaires ou environnementales exceptionnelles comme on l'a vu en introduction.

6) Les perspectives

Un dernier point sur les perspectives et les analyses prévues pour explorer, par exemple, l'impact de la crise sanitaire sur l'évolution temporelle – donc de 2020 à 2022 – de la fragilité, pour évaluer les différentes hypothèses qui pourraient expliquer les évolutions de la prévalence de la fragilité et pour comprendre ce qui a pu se passer, en particulier, en 2018-2019 : un événement, une canicule...

Ces données de la fragilité pourraient être mises en regard avec, notamment, l'indice de favorisation sociale et d'autres pathologies qui pourraient expliquer une répartition hétérogène de la fragilité.

La comparaison de la fragilité avec les indicateurs de qualité de vie, par exemple avec l'indicateur de santé perçue et l'indicateur global de restriction d'activité – Global activity limitation indicator (Gali) –, pourrait peut-être apporter des éclairages sur ces données.

Un travail transversal, en collaboration avec d'autres directions de Santé publique France, devrait également servir à évaluer l'impact différentiel des épisodes de canicule et d'épidémie. Et nous avons aussi comme projet d'explorer la fragilité à un niveau géographique plus fin, notamment le regroupement de communes, pour identifier les territoires les plus exposés à des menaces et être au plus près de la population.

M. Pascal MASSIOT

Cette prévalence est assez stable. Des signaux d'alarme ont-ils précédé cette évolution ?

Mme Hana LAHBIB

D'alarme, je ne sais pas, mais il est vrai qu'on se pose des questions notamment sur l'année 2018-2019, sur certains sous-groupes d'âge et de sexe. On aimerait comprendre ce qui s'est passé : un épisode caniculaire, une épidémie grave de grippe. Ça fait partie des travaux qu'on va mener dans les semaines et mois à venir.

M. Pascal MASSIOT

Vous avez dit : « La fragilité, c'est réversible ». Avez-vous des exemples ?

Mme Hana LAHBIB

Dans le continuum, on a l'état de robustesse et de fragilité. Avec la mise en œuvre d'actions de prévention, comme l'activité physique, on peut revenir à un état de robustesse.

Pr Agathe Raynaud-SIMON

Votre démarche est intéressante. Vous mettez assez bien en évidence qu'il y a plusieurs façons d'évaluer la fragilité, notamment la méthode de Fried, très « musculaire ».

Vous avez utilisé dans le SNDS des espèces de proxy de pathologies et vous arrivez à des prévalences de fragilité, avec votre méthode, un peu au-dessus de ce qu'on attend ou de ce qu'on a vu avec les données de Fried. Ce qui est surprenant, c'est l'écart hommes-femmes – qu'on explique plus facilement quand on explore le muscle évidemment –, qui demeure même quand on reste sur des proxys de santé. Comment l'expliquez-vous ?

Mme Hana LAHBIB

Il est vrai que notre article – nous l'expliquons dans la discussion et c'est une de ses limites – surestime la prévalence de la fragilité chez les hommes, du fait de la différence de consommation de soins entre hommes et femmes.

M. Pascal MASSIOT

Pr Bertrand Fougère, vous êtes gériatre au CHU de Tours et président du Gérontopôle Centre-Val de Loire. Vous allez nous parler de ce qu'est vieillir en santé aujourd'hui et demain, de l'importance de la prévention.

J'ajoute que vous êtes co-pilote du Grand défi « Dispositifs médicaux numériques et bien-vieillir », au sein du ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Peut-être en direz-vous quelques mots...

Vieillir en santé aujourd'hui et demain : l'importance de la prévention

Pr Bertrand FOUGÈRE

Gériatre – CHU de Tours

Président du Gérontopôle Centre-Val de Loire

Les éléments que je vais apporter vont en partie se recouper avec des informations délivrées dans la première présentation.

La première question que je vais vous poser : à quel âge est-on vieux ? Cristiano Ronaldo est un vieux footballeur de 40 ans et nous avons un jeune pape de 69 ans.

Tout dépend de qui on parle : on est senior en entreprise à 45 ans, on peut rentrer en Ehpad à partir de l'âge de 60 ans et c'est l'âge aussi de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'âge moyen d'entrée dans nos services de gériatrie se situe autour de 85 ans. L'âge moyen d'entrée en Ehpad, c'est 87 ans. L'âge moyen de départ à la retraite est-il un âge où on devient senior ? En tout cas, on devient senior de plus en plus vieux.

Ensuite, l'évolution démographique. Actuellement, 20 % de la population a plus de 60 ans. D'ici 2050, 30% de la population aura plus de 60 ans.

La tranche d'âge qui va le plus augmenter est celle des plus de 75 ans, voire des plus de 80 ans, qui va quasiment tripler dans le monde, passant à près de 500 millions de personnes.

Les données précédentes ont montré que c'était aussi dans cette tranche d'âge que l'évolution de la fragilité devenait linéaire.

Des actions de prévention doivent donc absolument être mises en place pour éviter la perte d'autonomie et même la maintenir le plus longtemps possible.

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter : 86 ans quasiment chez les femmes, 80 chez les hommes.

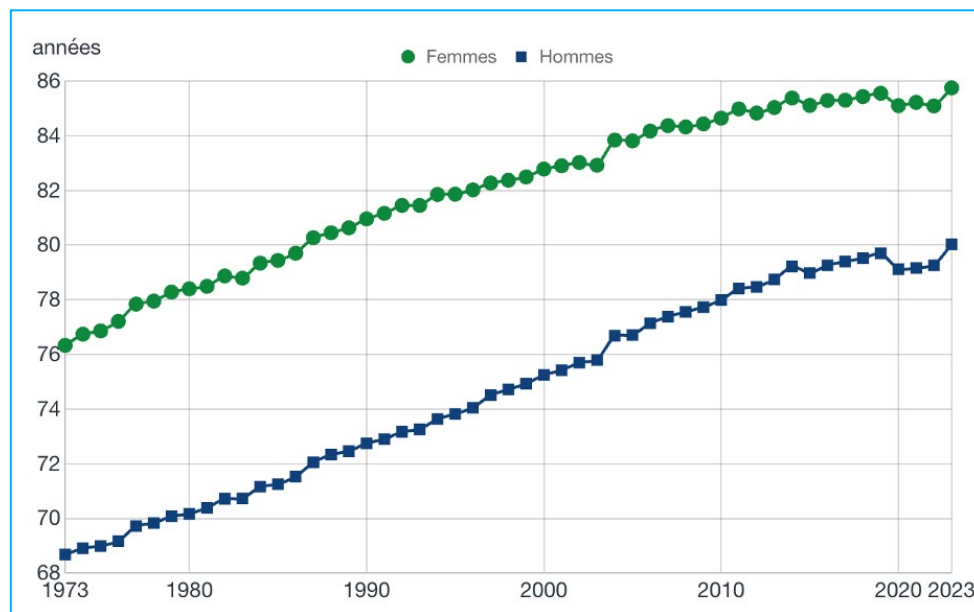
En 1850, l'espérance de vie était de 43 ans. Deux phénomènes importants sont survenus au début du XX^e siècle : l'apparition de l'électricité – et d'un équipement, le frigo – et l'eau potable, donc l'hygiène. Cela a largement augmenté l'espérance de vie.

Il y a une soixantaine d'années – et je trouve que c'est hyper-important à deux jours du lancement de la campagne de vaccination de grippe dont je vais vous parler –, ce qui a fait augmenter l'espérance de vie, ce sont les antibiotiques et la vaccination. On mourrait beaucoup de maladies infectieuses, on en meurt moins.

Il n'empêche que les progrès de la médecine, en augmentant l'espérance de vie, ont créé les pathologies chroniques. Avant, on tombait malade et on mourait.

[Retour au sommaire](#)

Maintenant, on vit avec une insuffisance cardiaque grave, avec un diabète évolué, avec un cancer qui parfois guéri, etc. Ce qui a complètement changé notre approche du vieillissement : on se retrouve désormais avec de potentielles pathologies chroniques et perte d'autonomie.



Courbe de l'espérance de vie, source Insee 2024

Tout ça a un coût. Le rapport, paru en 2019, de Dominique Libault, directeur de l'École nationale supérieure de la Sécurité sociale, chiffrait la dépendance à 30 milliards d'euros par an. Et sur ces 30 milliards, on pouvait, en faisant de la prévention, économiser 10 milliards d'euros. La prévention de la dépendance peut donc être très rentable économiquement.

Ce qu'on compte aussi dans l'espérance de vie, c'est l'espérance de vie sans incapacité. Elle se situe autour de 66-67 ans chez les hommes et chez les femmes.

Donc, on vit une vingtaine d'années avec une ou plusieurs incapacités.

Et cette espérance de vie sans incapacité est moins bonne que celle, par exemple, des pays du nord de l'Europe. En Norvège, elle est de 74 ans.

Incapacité ne veut pas dire grabataire dans un lit. C'est ne plus savoir mettre ses chaussettes tout seul, faire ses impôts en ligne, programmer un voyage, prendre un bus...

En somme, avoir besoin d'aide dans un acte de la vie quotidienne constitue une incapacité.

Un rapport de la Cour des comptes de 2021 estimait qu'une année de gain d'espérance de vie sans incapacité représentait une économie de 1,5 milliard d'euros dans les dépenses de santé.

Une démarche de prévention et d'encadrement du vieillissement en santé est donc un enjeu à la fois sociétal sanitaire et économique.

[Retour au sommaire](#)

1) Les interventions précoces

Comme évoqué précédemment, il y a trois types de personnes.

- Les personnes âgées robustes, qui constituent la majorité des personnes âgées – on a tendance à penser qu'en vieillissant, on devient tous dépendants. Ce n'est pas du tout le cas : la majorité des personnes âgées sont robustes.
- Les personnes âgées dépendantes. Il faut arriver à l'âge de 96 ans pour que la moitié des gens soient à domicile et l'autre moitié en Ehpad. Ce qui signifie que la majorité des gens vieillissent à domicile.
- Les personnes âgées fragiles. Avec cet exemple que je donne souvent : cette dame avec sa canne s'appelle Simone, elle a 84 ans, a une hypertension artérielle traitée depuis une trentaine d'années et elle va chez son médecin traitant tous les six mois pour renouveler son traitement hypertenseur, puis chez son pharmacien. Elle s'y présente avec une canne et celui-ci lui dit :
 - « Vous êtes tombée ? »
 - « Non. »
 - « Vous vous êtes fait mal ? »
 - « Non. »
 - « Pourquoi avez-vous une canne ? »
 - « J'ai un peu peur de tomber, donc j'ai pris une canne. Je me sens plus en sécurité avec ma canne. »

Typiquement, cette dame vient de passer d'un vieillissement robuste à un vieillissement fragile.

Cette fragilité est réversible si, à la pharmacie, on lui propose un programme d'activité physique à raison de deux fois par semaine pendant six semaines, elle lâche sa canne et revient à un vieillissement robuste. Si on la laisse avec sa canne, elle va marcher moins vite, va peut-être chuter, prendre un déambulateur, puis un fauteuil et devenir dépendante. D'où l'importance du repérage précoce pour des interventions précoces.

Les critères de Linda Fried, qui sont le gold standard de la fragilité, datent de 2001. Or, en pratique quotidienne, très peu de professionnels s'occupent de la fragilité.

Dans une revue de la littérature de 2024, au-delà des critères de Fried, à peu près 75 outils prédictifs de mortalité, d'événements indésirables graves, etc. ont été identifiés pour repérer la fragilité. Mais en pratique clinique quotidienne, personne ne se les approprie. Pour plusieurs raisons, que voici.

- Le temps. Il est difficile, en consultation, de le trouver pour parler de fragilité et faire les tests correspondants.
- Les habitudes des patients. Ils consultent un soignant en cas de plainte. Or, la prévention, c'est faire en sorte de consulter quand on va bien pour repérer une éventuelle maladie et pouvoir intervenir précocement.
- La difficulté à s'accorder sur les tests. Que conseille-t-on aux soignants, pour repérer la fragilité dans la pratique quotidienne ? On doit les former davantage à la fois en premier cycle, en deuxième cycle et en formation continue pour parler de la fragilité parce que c'est l'affaire de tout le monde.

Ne pourrait-on pas repérer cette fragilité aussi avec des biomarqueurs ? C'est-à-dire en faisant une prise de sang pour repérer la fragilité comme on repère le cholestérol.

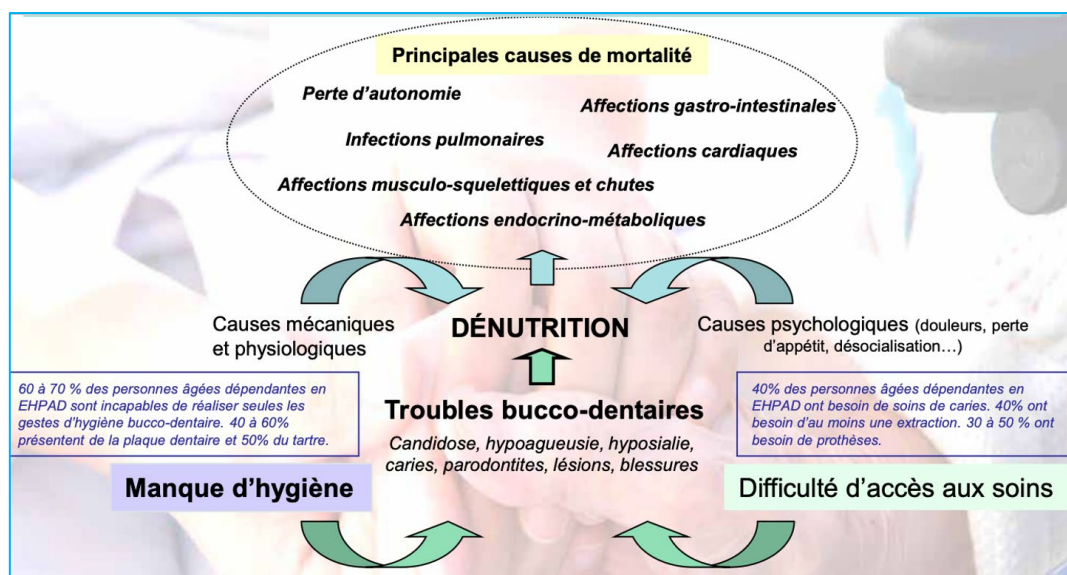
Ce sont des travaux de recherche menés depuis un certain nombre d'années. Mes collègues, notamment à l'Institut hospitalo-universitaire (IHU) HealthAge de Toulouse, travaillent sur ce type de recherche. Ce seront plutôt des marqueurs de type inflammatoire et un panel de biomarqueurs avec un score de biomarqueurs. Un jour ou l'autre, on arrivera à avoir des panels et un score de biomarqueurs qui nous aideront à identifier plus précisément la fragilité. Mais pour le moment, cet outil reste complémentaire de la pratique clinique quotidienne.

Pourquoi est-ce important de détecter la fragilité ? L'important, c'est de détecter pour pouvoir évaluer et intervenir précocement. Des études l'ont montré. Les scores de fragilité diminuent dès qu'il y a une intervention, qu'elle soit nutritionnelle, cognitive, physique ou encore combinée. Le message, donc, à retenir : **la détection précoce de la fragilité favorise des interventions précoces et, donc, une possible réversibilité de cette fragilité.**

Dans cette perspective, la santé bucco-dentaire reste la clé de la prévention. La mauvaise santé orale aggrave les comorbidités, notamment le diabète, les risques infectieux, l'état nutritionnel et – le Pr Agathe Raynaud-Simon en parlera tout à l'heure – la qualité de vie et l'autonomie. Elles sont au cœur de nos prises en charge.

Et ce qu'on sait des personnes âgées, c'est que l'hygiène bucco-dentaire est plus difficile à maintenir. On a aussi une certaine xérostomie due aux médicaments. Il peut y avoir des troubles de la déglutition. Et selon une étude, l'amélioration de l'hygiène orale diminue de 40 % les pneumopathies nosocomiales.

C'est, donc, important d'avoir des démarches de prévention pour agir précocement et éviter les événements indésirables graves qui vont potentiellement être bien au-delà de la bouche et de la santé bucco-dentaire.



Source : UFSBD - 2011

Extrait de la Charte de recommandations pour la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes

[Retour au sommaire](#)

Ce graphique, ci-dessus, montre le lien entre les soins bucco-dentaires, l'hygiène bucco-dentaire, les pathologies et les difficultés d'accès aux soins.

Comment pourrions-nous agir dans notre quotidien ?

En faisant en sorte d'avoir beaucoup plus de dépistage, notamment à l'entrée en établissement, en essayant d'avoir des correspondants en santé orale dans nos établissements, en parvenant à former les équipes aux soins de bouche. Il faut articuler aussi ça avec la nutrition et, entre autres, avec le repérage précoce des troubles de la nutrition. Et puis – c'est une idée – avoir des parcours « maladies chroniques », en rappelant aux diabétiques qu'il est important d'avoir des soins bucco-dentaires, qu'il y ait ce lien entre le médecin traitant, le dentiste, les infirmiers, les soignants, etc. Donc voilà quelques idées de plan d'action.

2) Le programme ICOPE

Je vais terminer en parlant du programme ICOPE (Integrated Care Older People). Il s'agit d'un programme de l'OMS qui modifie un peu la définition de « vieillir en santé », en considérant qu'il s'agit de continuer à faire ce qu'on a envie de faire.

Ce qui signifie que mon vieillissement en santé n'est pas forcément le vôtre ni celui de votre voisin.

Continuer à faire ce que nous avons envie de faire dépend de nos capacités fonctionnelles et de notre environnement. L'exemple que je donne souvent : cette même Simone, 84 ans, avec une canne ne conduit plus et elle habite en milieu rural dans une maison à deux étages, elle est possiblement dépendante pour un certain nombre d'actes de la vie quotidienne. Cette même dame dans un appartement en centre-ville avec un ascenseur au pied des commerces est indépendante. Donc l'environnement de vie est très important dans cette notion de vieillir en santé.

Le programme ICOPE part de ce constat – c'est la démarche médicale classique dont je vous ai parlé : vous allez chez votre médecin parce que vous avez un symptôme, il identifie la maladie et prescrit un traitement. L'évaluation gériatrique standardisée, c'est ce que nous faisons dans notre pratique quotidienne.

C'est depuis les années 1980 : on évalue le bio-médico-psychosocial, on regarde l'état nutritionnel, l'état physique, l'environnement social, etc. On fait une évaluation plus approfondie. Et on observe dans les différents paramètres là où il y aurait des altérations et là où il faudrait agir. Ensuite, comme on l'a vu, on a avec le concept de fragilité de Linda Fried, au début des années 2000, et la « répartition » des personnes entre robustes, fragiles et dépendantes.

L'OMS, au travers du programme ICOPE, s'intéresse aux robustes. Il s'agit de faire en sorte qu'ils restent robustes en repérant précocement une baisse dans une des capacités essentielles. Pour l'OMS, il y a six capacités essentielles pour vieillir en santé : la mémoire, la mobilité, la nutrition, la vision, l'audition et le moral. Si on veut vieillir en santé, il faut essayer d'entretenir ces six capacités tout au long de sa vie.

C'est un programme qui commence à partir de 60 ans : les personnes téléchargent une application et font un autotest de ces six capacités. Elles vont tester, par exemple, leur mobilité en se levant d'une chaise sans accouder cinq fois et on mesure le temps mis à se lever. Le cut-off, c'est 14 secondes : elles doivent mettre moins de 14 secondes pour se lever cinq fois d'une chaise sans accouder.

Au terme de l'évaluation, un PDF se génère et on leur dit « parlez-en à un professionnel de santé ». Si elles mettent plus de 14 secondes, un petit drapeau rouge apparaît. Et il faut faire une évaluation plus approfondie – c'est l'étape 2 – pour comprendre pourquoi. Est-ce parce que vous avez une neuropathie diabétique, parce que vous ne mangez pas assez, que vous n'avez plus de muscle, de l'arthrose au genou ? L'étape 3 est un plan de soins personnalisé. Et l'étape 4, le suivi de ce plan de soins personnalisé. L'étape 5, c'est l'implication de l'ensemble de votre environnement et des collectivités dans le programme ICOPE.

Ce programme ICOPE a selon moi deux gros avantages : inclure les personnes dans un parcours de soins le plus précocement possible ; proposer un vrai programme d'éducation à la santé. A 60 ans, la majorité des gens vont bien et tant mieux. Grâce à ICOPE, qui doit être réalisé tous les six mois, les personnes se disent « si je veux continuer à vieillir en santé, il faut que j'entretienne ma mémoire, ma mobilité, ma nutrition, ma vue, mon audition, etc ». Donc c'est vraiment aussi de l'éducation à la santé.

Tout ça n'est pas si simple parce que, quand vous proposez un programme de vieillissement de santé à une personne de 60 ans, elle vous répond "je ne suis pas vieille". Donc, il faut parvenir à modifier le discours sur la prévention de la dépendance. Être dépendant, c'est pour les autres : « Moi, je fais du sport, je mange bien, je ne bois pas trop d'alcool, donc je ne serai pas dépendant ». Et tout le monde a envie de maintenir son autonomie. Il ne s'agit donc pas d'un programme de prévention de la dépendance mais d'un programme pour maintenir son autonomie.

Nous avons travaillé avec des linguistes, des sociologues et des usagers pour faire cette affiche. Maintenant, on leur dit « Comment allez-vous ? ».

À partir de 60 ans, c'est peut-être le bon moment pour commencer à tester vos capacités et maintenir votre autonomie (cf. l'affiche avec le QR code de l'application à télécharger).



[Retour au sommaire](#)

Ce programme ICOPE était en phase d'expérimentation ces deux dernières années sur 13 territoires en France. Depuis le 21 juillet 2025, le ministère de la Santé et de l'Accès aux soins a déployé le programme sur l'ensemble du territoire. Il est donc accessible partout et pour tous.

Pour vous, il est important d'avoir cette affiche dans vos cabinets. D'abord, parce que dans la démarche de prévention, c'est une évidence.

Ensuite, parce que même si les gens le font en autoévaluation, plus ils vont voir passer le message, plus ils vont se dire « on va le faire ». 20 millions de personnes ont plus de 60 ans. L'objectif du ministère de la Santé, c'est d'en avoir 2 millions qui fassent le programme ICOPE d'ici 2027, ou au moins la première étape. Il faut, donc, absolument que tout le monde s'investisse.

1) Les cinq règles pour bien vieillir

Pour conclure, cinq règles pour bien vieillir, à appliquer le plus tôt possible. Il faut être bien dans sa tête, c'est l'activité cognitive. Bien avec les autres, c'est l'activité sociale. Bien dans son corps, c'est l'activité physique. Bien manger, ce sont les apports en protéines. Bien voir, bien entendre, bien dormir.

La main n'a que cinq doigts. Autrement, j'aurais évidemment ajouté la santé bucco-dentaire mais aussi les médicaments. En vieillissant, les personnes ont de plus en plus de médicaments du fait des pathologies chroniques, et de plus en plus de médicaments recommandés. Vous avez une insuffisance cardiaque, c'est quatre médicaments recommandés, etc.

Vous pouvez vite vous retrouver à une dizaine de médicaments recommandés et là, on devient sorcier à les mélanger, avec des effets indésirables potentiellement graves. Il faut donc vraiment se poser la question « Est-ce que le médicament prescrit a un service médical rendu suffisant ? ».

Il faut absolument qu'on détecte les personnes qui peuvent être fragiles pour faire une évaluation plus approfondie et, surtout, des interventions spécifiques et robustes sur tous les champs : nutritionnels, physiques, cognitifs, les interactions sociales.

Et je prends ma casquette hospitalo-universitaire : on doit inclure les personnes dans des programmes de recherche. Ce qu'on fait, il faut qu'on le prouve de façon médicale et économique.

Les nouvelles technologies vont changer aussi notre approche des parcours de soins et de vie. Les personnes vont être de plus en plus connectées. Ce qui va rendre la médecine beaucoup plus prédictive, personnalisée et, je l'espère aussi, humanisée en nous libérant un peu de temps.

M. Pascal MASSIOT

J'ai noté que la prévention coûtait beaucoup moins cher que le curatif. Une chose m'a étonné : je pensais que dans les entrées en établissement, il y avait un dépistage, un check-up de la santé en général. Ce n'est pas le cas ?

[Retour au sommaire](#)

Pr Bertrand FOUGÈRE

Je ne dis pas que ce n'est pas fait, mais que ce soit votre statut vaccinal ou vos soins bucco-dentaires, ces questions ne sont pas systématisées avec un check-up à l'entrée en Ehpad. Chacun fait un peu ce qu'il veut. Je pense qu'on devrait avoir une réflexion nationale sur le sujet.

À l'image des consultations prévention aux âges clés de la vie, on pourrait avoir une consultation de prévention à l'entrée en Ehpad.

Les personnes entrent en Ehpad parce qu'elles sont dépendantes mais elles ne le sont pas forcément sur tout. On peut l'intégrer parce qu'on a des troubles cognitifs. Ce n'est pas pour ça qu'on a des troubles nutritionnels. Il faut, donc, essayer de repérer pour mener des actions de prévention.

M. Pascal MASSIOT

Pour que ces actions soient productives, il faut s'adresser à la population ou à un large public, avec les mots adéquats. Ça paraît accessoire mais c'est essentiel, finalement.

Pr Bertrand FOUGÈRE

Ce serait facile si on vivait dans une société qui promeut le vieillissement. On a tous envie de vieillir mais si on reste jeune. Nous n'allons pas changer les choses du jour au lendemain, donc il faut que nous arrivions à travailler notre discours, en allant chercher les gens sur des points sur lesquels ils se sentent concernés.

Et s'ils ne se sentent pas concernés par leur perte d'autonomie, ils le sont par leur maintien de l'autonomie.

M. Pascal MASSIOT

Parler plus de longévité que de vieillissement, par exemple ?

Pr Bertrand FOUGÈRE

J'aimerais qu'on dise qu'un vieux est un vieux, pareil pour le vieillissement. Mon pôle, au CHU de Tours, s'appelle « pôle vieillissement ».

Le vieillissement, c'est bien. Maintenant, il faut réussir à accrocher les gens aussi par les mêmes canaux que d'autres.

Intervention d'un participant

Le bilan bucco-dentaire d'entrée est pris en charge par l'Assurance Maladie et réalisée par les chirurgiens-dentistes...

Pr Bertrand FOUGÈRE

Oui. Je vais revenir à mon exemple de vaccination : toutes les personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent un bon de vaccination pour la grippe pris en charge et on a 54 % de gens qui sont vaccinés pour la grippe dans cette tranche d'âge.

Ça peut être pris en charge, c'est très bien si c'est fait à 100 % mais ce n'est pas le cas.

[**Retour au sommaire**](#)

M. Didier GADEL

Directeur de l'association Aller plus haut

L'association Aller plus haut accompagne des personnes en situation de handicap mental, qui vieillissent aussi. La première porte d'entrée de la prévention, c'est la médecine générale. Or, il est très compliqué de trouver des médecins dans certains départements.

Un deuxième élément, c'est la sensibilisation dès le plus jeune âge. Elle doit se faire au sein de nos programmes scolaires, d'associations, de groupes de jeunes en MJC, etc. Comment va-t-on toucher les personnes dès le plus jeune âge ? Et comment va-t-on toucher aussi celles qui sont avancées en âge mais qui n'ont pas de médecin pour les sensibiliser ?

Pr Bertrand FOUGÈRE

L'ex-ministre de la Santé, Agnès Buzyn, le dit très bien : la prévention primaire, c'est beaucoup au-delà de la santé. Quelle est la démarche de prévention dans la lutte contre le tabagisme qui a le mieux marché ? C'est l'augmentation du prix du tabac. Ce qui n'est absolument pas une démarche de santé. Le médecin traitant et les soignants de manière générale jouent un rôle essentiel sur la détection des signaux de fragilité dont on a parlé pour pouvoir intervenir précocement.

Maintenant, les actions de prévention, voire de promotion, de la santé sont éducationnelles. Il faut qu'on arrive à travailler ces actions de prévention de façon éducationnelle, faire comprendre que le « manger-bouger » est important dès le plus jeune âge – avant l'âge de 11 ans, notamment sur l'activité physique – et, donc, essayer d'en faire la promotion dès l'école. Je crois que les enfants eux-mêmes jouent un rôle important dans la promotion des actions de prévention, en tant qu'adultes et vieux de demain, mais aussi sur leurs grands-parents.

Il y a toutefois une dimension schizophrénique : on sait qu'il faut faire des démarches de prévention, on sait que ça va générer un retour sur investissement important. Maintenant, c'est un investissement d'aujourd'hui pour un retour sur investissement demain, voire après-demain, quand le temps politique est lui beaucoup plus court.

Intervention d'un participant

Je suis chirurgien-dentiste actif à l'UFSBD et je crois effectivement que la prévention se joue à 80 % en dehors du système de santé, dans l'éducation, le logement, l'environnement. Quand on arrive dans le système de santé, bien souvent on est déjà malade. En tant qu'actif à l'UFSBD, je bois du petit-lait en entendant tout ça. Mais j'aimerais bien qu'on voie la vieillesse autrement que comme une descente inéluctable, simplement à freiner.

Pr Bertrand FOUGÈRE

Merci, Monsieur. Vieillir, c'est apprendre à perdre. Depuis le début, on perd, on est moins fort en capacité. Mais courir moins vite ne veut pas dire qu'on ne court pas du tout. Vieillir, c'est surtout le bien-vieillir, c'est savoir s'adapter aux pertes et créer de nouvelles choses. Ça ne veut pas forcément dire descendre, mais s'adapter différemment aux pertes de capacités qu'on peut avoir versus ce qu'on avait quand on était plus jeune.

[Retour au sommaire](#)

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

Gériatre, présidente du Collectif de lutte contre la dénutrition

Vous avez entendu parler de fragilité tout au long de cette matinée.

C'est un sujet important qui pose la question du dépistage très précoce, à un stade où les symptômes sont assez fins pour ne pas forcément apparaître à tout le monde. Mais il y a une autre entité qui s'appelle la dénutrition.

Elle est plus manifeste – quand on veut bien la regarder – et aussi un peu plus urgente à prendre en charge. On peut la prévenir.

Combien de personnes concerne-t-elle ? On l'estime à 2 millions de personnes en France, à l'échelle de prévalence des grandes maladies telles que le diabète – un peu plus –, l'obésité, etc. Ce qui est intéressant à souligner aussi, c'est que la dénutrition ne concerne pas que les personnes âgées : on peut être dénutri à tout âge de la vie. En travaillant avec l'Assurance Maladie l'année dernière, on a vu que la prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge mais elle est aussi présente en particulier chez les enfants. Et on estime qu'en France 47 000 enfants sont dénutris, souvent parce qu'ils ont des maladies ou des handicaps graves.

Les adultes aussi sont dénutris. Il est intéressant de savoir que la moitié des personnes dénutries ont 76 ans et plus et que l'autre moitié moins.

En matière de dénutrition, on peut parler de la sarcopénie, de la cachexie : toutes ces entités ont des définitions différentes mais elles ont en commun le muscle.

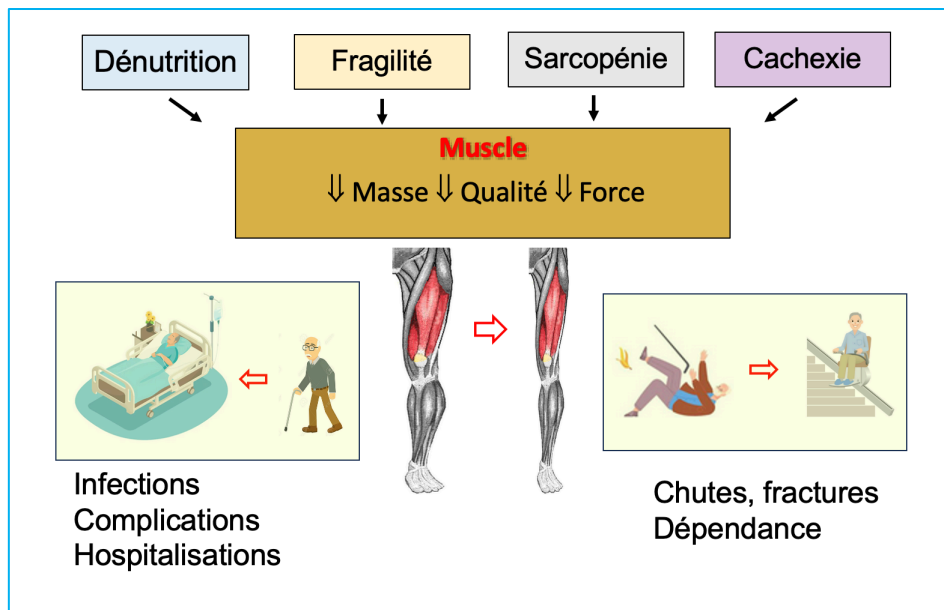
Dans toutes ces différentes situations, on perd de la masse musculaire, de la qualité et de la force musculaire.

Que se passe-t-il quand on perd du muscle ? Il y a un impact fonctionnel assez direct : on a du mal à marcher, on tombe, on se fait des fractures et on devient dépendant sur le plan locomoteur.

Mais il y a aussi des impacts métaboliques : le muscle est un organe riche, très dense, très énergétique. Perdre du muscle provoque une dysimmunité.

C'est pour ça, par exemple, que les infections sont plus fréquentes et plus sévères chez les personnes dénutries que chez celles non dénutries. On l'a constaté au moment du Covid et de la grippe : les infections nosocomiales sont beaucoup plus fréquentes chez les personnes dénutries.

En plus de ces infections, les complications médicales et chirurgicales sont plus fréquentes, comme les hospitalisations.



Pourquoi, quand nous ne mangeons pas, n'allons-nous pas chercher dans notre tissu adipeux ce qu'il nous faut en laissant le muscle tranquille ?

En fait, le tissu adipeux, même si on en a beaucoup, est assez lent sur le plan métabolique contrairement aux muscles.

On peut donc très bien avoir des réserves énergétiques importantes en termes de gras qu'on pourra utiliser petit à petit. Le gras vous protège.

Mais quand on va manger moins que d'habitude pendant une longue période, dans le feu de l'action quand ça ne va pas bien, il ne suffit pas. C'est pour ça qu'on se tourne vers le muscle qui est capable de libérer des protéines, des acides aminés pour refaire du glucose et de l'énergie.

Les problèmes de santé, la dénutrition et la dépendance constituent un cercle vicieux. On n'est jamais dépendant par hasard.

C'est parce qu'on a des problèmes de santé qu'on devient dépendant. Ces problèmes de santé vont aussi induire la dénutrition.

Et la dénutrition et la dépendance sont très associées : quand on est dénutri, affaibli, forcément, on va pouvoir devenir dépendant. Et il faut garder en tête que si on n'est plus capable de se lever à tout moment, d'ouvrir la porte du frigo et de manger quelque chose, on se dénutrit plus facilement.

La question qui peut se poser alors, c'est quelle est la place de la santé bucco-dentaire dans cette dynamique ? On sait qu'elle est très associée à la dénutrition. Mais il est difficile de dire que l'un est la conséquence de l'autre.

Énormément d'études le disent : si vous avez une mauvaise santé bucco-dentaire, forcément vous serez dénutris. Mais si on veut être rigoureux sur le plan médical, on dira « d'accord, c'est associé ». Mais, par exemple, si on traite la bouche, traite-t-on pour autant la dénutrition ? Nous n'avons pas la preuve que, comme facteur indépendant, le fait de traiter la bouche suffise.

[Retour au sommaire](#)

Peu importe, ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas soigner les dents. Au contraire. Il faut bien sûr entretenir la santé bucco-dentaire, en même temps que traiter les problèmes de santé, la dénutrition et le soutien à la dépendance.

Quoi qu'il en soit, un mauvais état bucco-dentaire est un marqueur de mauvaise santé et d'une faible éducation à la santé. Et donc, il est associé à tous les marqueurs de mauvais pronostic.

Si on veut prévenir la dénutrition, la fragilité, la sarcopénie, il faut sauver le muscle.

Comment ? C'est très simple en théorie : il faut manger des protéines, de l'énergie. Les deux sont importants pour nourrir un muscle. Il faut faire de l'activité physique, ne pas oublier la vitamine D parce que les grandes carences en vitamine D s'accompagnent de faiblesses musculaires.

Sur le principe, il n'y a pas grand-chose d'autres si ce n'est, évidemment, repérer et traiter les pathologies pour casser ce cercle vicieux.

Ensuite, la grande question, c'est l'implémentation sur le plan professionnel et la capacité de la personne elle-même à manger plus quand elle n'a pas faim, faire de l'activité physique quand elle est fatiguée.

M. Pascal MASSIOT

Pouvez-vous nous dire un mot sur le collectif que vous présidez, qui organise une semaine nationale contre la dénutrition du 17 au 23 novembre ?

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

Le Collectif de lutte contre la dénutrition est une association que nous avons co-crée en 2016 avec le professeur Éric Fontaine, nutritionniste à Grenoble.

À l'occasion d'un colloque européen qui concernait la sensibilisation à la question de la dénutrition chez les professionnels mais aussi le grand public et les tutelles, on s'est dit que notre travail était de repérer et de traiter la dénutrition.

Beaucoup de choses ne sont ni connues ni faites. L'objectif donc de cette association est de communiquer sur la dénutrition : comment la repère-t-on, comment la prévient-on, comment traite-t-on. Ce qui est important, c'est déjà de faire passer des messages très simples : que les gens se pèsent eux-mêmes et que les professionnels de santé les pèsent, qu'une perte de poids sans raison apparente est un signal d'alerte.

La question est aussi beaucoup plus large : on a un niveau de preuve assez fort que de prendre en charge la dénutrition améliore la santé par la suite. On doit, à cet égard, montrer que la dénutrition a une incidence sur les hospitalisations quand on est âgé.

Quand on est à l'hôpital, c'est associé à des complications. C'est aussi associé à la mortalité pendant l'hospitalisation. Sur ce point, on a des équipes qui montrent que si on nourrit mieux une personne à l'hôpital, la mortalité à un mois est diminuée. À part les antibiotiques, il n'y a pas beaucoup de traitements qui soignent les gens à un mois.

Dans le cadre de nos activités, nous avons intégré le programme national nutrition santé 4 (PNNS 4). Y a été inscrite l'organisation d'une semaine nationale de la dénutrition tous les ans pour communiquer. Le collectif l'anime et l'organise depuis 2020. Cette année, près de 15 000 actions sont organisées sur tout le territoire.

Pr Richard VILLET

Secrétaire générale de la Fondation de l'Académie de Médecine

Peut-on sauver le muscle ? La fonte musculaire est vraisemblablement indépendante de la dénutrition.

Je voudrais poser une question de physiopathologie. Est-ce les fibres musculaires qui perdent leur structure, est-ce qu'il y a dedans une composante de la plaque neuromusculaire, un rôle neurologique dans cette fonte – quand on sait qu'on diminue l'audition ou l'odorat ? Est-ce que, par exemple, la prescription de vitamine E ou d'autres substances qui pourraient agir sur le motoneurone aurait une incidence ? Parce que je crois qu'on ne peut pas sauver le muscle même si on veut faire tous ces efforts.

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

On ne peut pas le sauver dans 100 % des situations, c'est sûr. Mais le muscle est un organe qui peut très bien récupérer de la force, de la masse, des plaques neuromusculaires.

Il peut restimuler ses cellules souches. Contrairement aux situations où on ne peut plus rien faire – lorsqu'on n'a plus de neurones dans le cerveau, plus de néphron dans le rein –, avec le muscle, on peut même à 100 ans doubler sa fonction musculaire avec une alimentation et surtout de l'activité physique.

Certaines situations ne permettent effectivement pas de sauver le muscle : par exemple, la cachexie, qui se voit dans les cancers ou dans des maladies inflammatoires, ou le fait d'avoir une inflammation chronique et des perturbations métaboliques autour sur l'anémie, les hormones, etc.

Dans ces cas, le muscle va résister à la prise en charge. Si vous avez malheureusement un cancer multimétastaté ou une insuffisance cardiaque terminale, la probabilité que la prise en charge nutritionnelle change le pronostic est relativement faible. Mais dans la très grande majorité des situations, le muscle est vraiment accessible.

Evelyne MALAQUIN-PAVAN

Présidente du Conseil national professionnel infirmier (CNPI)

Pour quelles raisons le LNA (Le Noble Age) ne contient-il pas l'évaluation bucco-dentaire ? En tant qu'infirmières, c'est un réflexe que nous avons, donc à chaque fois on nous fournit ces données.

Vous expliquez que ce n'est pas forcément un facteur décisif. Pour autant, dans nos observations, quand la bouche n'est pas hydratée, ça entraîne énormément de troubles, notamment sur la déglutition, les pneumopathies, etc. Il y a une vraie différence quand

l'hygiène bucco-dentaire est prise en compte, y compris sur la dénutrition. Si nous venons à ce colloque, c'est aussi parce que nous nous doutons que la complémentarité de nos métiers aide.

Mais comme nous ne connaissons pas forcément bien les phases dans lesquelles les uns et les autres peuvent intervenir, nous perdons des données qui nous aideraient à traiter des situations individuelles et à éviter les risques.

Intervention d'un participant

Chirurgien-dentiste près de Bordeaux

A-t-on une idée du pourcentage de patients dénutris en Ehpad ? Parce que je pense que tous les résidents pourraient rentrer dans ce critère de dénutrition. Et que met-on en place dans les établissements pour l'éviter ? Dans beaucoup d'établissements, il n'y a malheureusement pas de référents hygiène bucco-dentaire.

Peut-être que les assistants de niveau 2, qui arrivent, pourraient constituer une ouverture à mettre en œuvre.

Quand il y a de la prévention de la dénutrition, on y associe beaucoup les orthophonistes qui sont sur place depuis longtemps mais on ne parle pas beaucoup du dentaire. Et qu'entend-on par « bien manger », finalement ? Est-ce une assiette vide ou est-ce justement cette prévention de la dénutrition ?

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

De façon très simple, il a été estimé qu'il y avait 30 % de dénutrition dans les Ehpad.

Ces images sont un peu anciennes et surtout, à ma connaissance, elles n'ont pas été refaites avec les nouveaux critères de dénutrition qui tiennent compte de ces paramètres musculaires. On ferait maintenant une enquête en Ehpad pour chercher la dénutrition, à mon avis, on dépasserait largement les 50 %.

Je reviens sur ce qu'a dit Bertrand Fougère. Tout le monde ne va pas en Ehpad. C'est normal qu'on fasse un focus parce que c'est un endroit où les personnes âgées sont les plus vulnérables, elles sont très âgées, très dépendantes et il faut qu'on s'en occupe bien mais il faut garder en tête que seule une personne sur dix ira en Ehpad à un moment de la vie. Donc, il faut parler des Ehpad, et il faut vraiment agir au domicile.

Une question m'a paru intéressante : qu'est-ce que bien manger ? À 18 ans ou en Ehpad, ce n'est pas la même chose. En Ehpad, bien manger, c'est ne pas perdre de poids. Un indicateur ultrasimple.

C'est-à-dire qu'il faut manger suffisamment pour entretenir son organisme. Si on mange plus que ce dont on a besoin, on grossit. Si on mange moins que ce dont on a besoin, on maigrit. Donc, le premier indicateur d'une alimentation satisfaisante, c'est le poids. C'est le cas en Ehpad et partout ailleurs.

Ensuite, il faut manger suffisamment de protéines, plus que ce qu'il faut chez un jeune. Et il faut faire de l'activité physique et, donc, adapté bien sûr en Ehpad. J'ai l'impression que ces séances se répandent. Bien manger en Ehpad, c'est aussi faire en sorte que ce moment soit un moment de plaisir et de sociabilisation.

[**Retour au sommaire**](#)

Pr Bertrand FOUGÈRE

On ne mettra pas un professeur d'activité physique ou un kiné derrière tout le monde, que ça soit à domicile ou en Ehpad. Là, c'est pareil. Donc, il faut qu'on accompagne tous les soignants dans ce que peut être l'activité physique. L'activité physique à domicile, ça peut être : j'habite au sixième étage, je m'arrête au cinquième avec l'ascenseur et je termine. Je fais les levées de chaises plusieurs fois par jour.

Je me tiens près d'une table et je fais un appui unipodal, une jambe, puis l'autre, pour travailler l'équilibre.

Et en Ehpad, ça peut être aussi, même pour des gens dans un lit, de leur faire faire des levées de jambe plusieurs fois par jour pour entretenir les amplitudes articulaires, etc. L'activité physique, ce n'est pas que le professeur d'activité physique et le kiné. C'est la responsabilité de tout le monde et, surtout, des personnes âgées. Elles doivent s'approprier l'activité physique, en endurance et en résistance.

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

Ce qui est intéressant, c'est qu'on a deux discours un peu différents. Mais ce n'est pas grave parce qu'on adresse à deux populations différentes.

Bertrand, tu dis qu'il faut que les gens s'emparent de leur propre prévention. Je vois, de mon côté, ceux qui ne sont pas capables de le faire.

Que fait-on pour ceux qui n'arrivent pas à manger ? Parfois, il faut faire attention aux injonctions irréalisables. Entre nous deux, il doit y avoir un curseur à placer au bon endroit.

Question à distance. Pour les personnes souffrant de dépression, comment peut-on faire pour que l'autonomie de volonté soit orientée en prévention santé ?

Pr Bertrand FOUGÈRE

Le moral est un des critères de vieillissement en santé indispensable. L'objectif est donc de faire du repérage pour intervenir. Si sur l'étape 1 du programme ICOPE, on constate que la « capacité morale » n'est pas bonne, un soignant, probablement le médecin traitant, orientera vers le professionnel le plus adapté pour réaliser une évaluation et une intervention. Les soins, ensuite, restent personnalisés en fonction de l'évaluation.

Les programmes de prévention et de repérage vont seulement montrer la capacité altérée. Ensuite, il faut une évaluation plus approfondie pour comprendre.

Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE

Anthropologue de la santé, présidente d'Ilex Formation & Consulting

On a beaucoup parlé du chiffre 2 millions : 2 millions de personnes en situation de fragilité, 2 millions de personnes dénutries et probablement 2 millions qui vivent extrêmement isolées.

Je vous propose de nous concentrer sur cette population qu'on regarde peu, qu'on connaît mal et qu'on peine à atteindre. Et on va comprendre pourquoi.

1) Isolement social et solitude

D'abord, il faut différencier l'isolement social et la solitude. L'isolement social est le nombre de personnes que je vois ou pas, par semaine. La solitude est plutôt un sentiment, qui peut être choisi mais aussi subi, même si je suis très entouré. Les deux vont avoir un impact sur la santé et sur la qualité de vie.

Pourquoi s'intéresse-t-on à l'isolement social des personnes âgées ? En vieillissant, elles perdent beaucoup de choses, à commencer par un réseau de relations qui va petit à petit diminuer : des collègues, puis des parents, des frères et des sœurs, un conjoint vont décéder.

Les femmes vont se retrouver plus rapidement et plus longtemps seules. Sur le plan matériel, des difficultés vont naître. Avec ces générations, c'est encore souvent l'homme qui a la voiture et qui conduit. À deux, ils vont pouvoir aller chez le médecin, faire des petites choses sans avoir besoin de personne d'autre autour.

Mais lorsque l'un des deux disparaît, notamment l'homme, l'épouse ne peut plus aller chez le médecin parce qu'elle n'a plus la voiture et parce qu'elle ne conduit pas. Et aussi, on l'oublie souvent, les revenus diminuent alors que les frais fixes demeurent. Ces personnes qui formaient un couple robuste peuvent devenir extrêmement fragiles lorsque leur conjoint décède.

En vieillissant apparaissent toutes ces limitations fonctionnelles et les limitations sensorielles. Moins la vue est bonne, plus l'environnement rétrécit. Il en est de même avec la déficience auditive, qui isole considérablement.

Du point de vue des limitations fonctionnelles, une étude datant de 2018 montre que 25 % des personnes de 75 ans et plus sortent moins d'une fois par mois de chez elles. Ces fameux 2 millions, on les retrouve ici. 2 millions de personnes donc sortent moins d'une fois par mois. Pour peu que vous soyez une femme et en fauteuil roulant, vous ne sortez plus jamais de chez vous.

L'isolement social est donc majeur.

On ne voit jamais une femme de 75 ans dans la rue avec son fauteuil. Pourtant, elles existent.

[Retour au sommaire](#)

Le baromètre des Petits Frères des Pauvres confirme ce degré d'isolement et de solitude. En 2025, 750 000 personnes sont en situation de mort sociale, c'est-à-dire qu'ils ne fréquentent personne et beaucoup sont isolées aussi des cercles familiaux et amicaux.

2) Santé relationnelle et dénutrition

Comment ces personnes enfermées à leur domicile se nourrissent-elles ? Un quart des personnes âgées se font livrer un repas entre une fois par semaine et tous les jours, ce qui me semble énorme.

Dans l'ensemble, les repas sont jugés pas très bons et très chers. Se faire livrer deux fois par jour pendant une semaine coûte 700 euros par mois. Sachant qu'avec une pension de 1 034 euros par mois, il ne reste donc pas grand-chose du budget mensuel.

Je suis surprise aussi par le fait que certaines personnes ne prennent qu'un repas une fois de temps en temps : parce que le soir, « il y a moins besoin de manger », et puis « ça me suffit », entend-on. Mais l'enjeu financier, lui aussi, est important.

Avec l'augmentation des prix des matières premières, les personnes se chauffent moins, vivent dans le noir, font moins leurs courses. On sait, par ailleurs, que la pauvreté financière conduit à la pauvreté relationnelle. Sans argent, je ne vais pas pouvoir sortir de chez moi ou inviter ma famille.

La santé relationnelle, on le sait, est un pilier aussi essentiel que la santé physique et mentale. La recommandation de l'OMS est récente. Elle date du 23 mai 2025, mais elle est absolument essentielle. « Avoir des copains », c'est avoir quelqu'un avec qui « partager le pain ».

Disposer d'une personne sur qui compter tout au long de la vie éloigne la prévalence de la démence, des maladies chroniques, de la dépression. À l'inverse, vivre dans un univers sans amis suscite beaucoup moins d'envies.

Dans la vie, on a des accidents de parcours, liés à la maladie ou à des tas d'autres raisons. Lorsqu'on a un cancer, voire un deuxième, même si on en guérit, une fatigue s'installe.

Cette fatigue, on ne sait pas trop l'expliquer aujourd'hui encore sur un plan médical. L'ensemble de ces accidents de parcours peuvent parfois conduire à une grande précarité financière.

Moins on va avoir d'argent, plus on va s'isoler et plus on va avoir un sentiment de honte à demander de l'aide. Peu à peu, on perd la confiance, on perd l'envie, l'envie de manger, de cuisiner... et s'installe un cercle vicieux avec la santé bucco-dentaire, avec ces pertes fonctionnelles et sensorielles.

Il va donc falloir travailler sur la restauration des liens. Et militer pour limiter le portage des repas et s'engager dans un véritable partage des repas.



Ces barquettes donnent-elles vraiment envie ?

Vous avez des problèmes bucco-dentaires : comment allez-vous manger cette poire ? Avez-vous une dextérité des doigts suffisante pour ouvrir la barquette ?

Avez-vous un micro-onde pour les réchauffer, une casserole ?

Combien de personnes s'en préoccupent une fois qu'ils ont livré les repas ? Résultat, on retrouve dans les frigos des aliments périmés, les personnes finissent à l'hôpital, souffrant d'intoxication alimentaire. Et : « Le livreur qui m'apporte le repas est très aimable, il vient le jeudi, j'ai mes repas jusqu'au dimanche. Je suis tranquille mais je n'ai plus personne pendant quatre jours ».

3) Travailler la convivialité

Est-il possible de faire autrement ? Oui. Aujourd'hui, on doit travailler la solidarité, la proximité, le plaisir et l'envie. Les premiers acteurs du territoire sont les mairies. Depuis 2009, elles ont l'obligation de tenir un registre communal des personnes vulnérables. Donc 95 % des personnes dans cette situation d'isolement sont censées être connues.

Il y a 35 ans, quand j'ai commencé mes recherches, les élus en milieu rural nous disaient connaître les personnes les plus isolées et passer régulièrement les voir leur faire une visite. Je ne sais pas si tous les élus continuent de le faire mais ce serait bien de l'inscrire dans leurs devoirs.

Certaines mairies offrent la téléassistance. Je suis pour l'offrir aux personnes isolées. Leur faire bénéficier d'une aide aux transports aussi.

Si on mettait un référent contre l'isolement au sein de tous les CCAS, on pourrait se coordonner. Parmi les autres acteurs, l'auxiliaire de vie peut tenir compagnie : neuf heures de convivialité ont été déployées mais cette mesure reste sous-développée, et les professionnels n'y sont pas forcément formés.

En matière de proximité, on peut probablement mieux travailler avec les Ehpad. Dans les Ehpad, il fait chaud. Des diététiciennes imaginent des repas équilibrés, moins chers qu'en portage.

La table donne envie, l'après-midi, il y a des activités pour voir du monde. L'auxiliaire de vie pourrait venir chercher les trois personnes chez qui elle intervient et les accompagner une fois par semaine pour manger au sein de l'établissement le plus proche. Ce qui les sortirait de l'isolement. Et pour peu qu'il y ait le bus bucco-dentaire, ces personnes pourraient bénéficier d'un certain nombre d'accompagnements.

Tous les établissements devraient inviter leurs voisins, notamment lors de la fête des voisins, pour partager un repas, une animation, etc. L'heure civique senior, dédiée à des retraités qui veulent continuer à se sentir utiles, offre aussi la possibilité aux plus isolés d'être accompagnés chez le médecin, de partager un repas, de sortir marcher. Ainsi, on se redonne confiance les uns et les autres. Il n'y a rien de plus important que le plaisir : à partir de 75 ans, il faut essayer de partager, de boire un coup.

La convivialité, c'est ce qui va donner envie de rester en vie. Il faut la travailler. On se préoccupera ensuite de bien manger.

Les Ehpad qui ont mis en place un bistrot n'ont plus de problèmes de solitude.

M. Pascal MASSIOT

Peut-on être d'accord pour dire qu'un mauvais état de santé bucco-dentaire peut amener ou amène fréquemment des situations de dénutrition avec des conséquences graves sur l'autonomie et l'isolement social ?

Mme Hana LAHBIB

La littérature considère qu'il y a une association entre santé bucco-dentaire et une entrée en fragilité. Ça pose la question de la dénutrition, ce que les collègues ont largement évoqué dans leur présentation.

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

Je pense que, malheureusement, ce n'est pas aussi simple et que les choses se développent en même temps. Les troubles bucco-dentaires, il faut des années pour en avoir.

Les pathologies, les problèmes de dépendance, d'appétit, de repas sont comme une mauvaise association de malfaiteurs. Il faut donc agir plutôt en amont sur chacun d'eux, en sachant qu'il y a des gens qui peuvent s'emparer de leur santé – et il faut les y encourager – et qu'il y en a d'autres qu'il faut aller chercher par la main. Et ceux-là, on ne doit pas les laisser sur le côté de la route.

Pr Bertrand FOUGÈRE

Je partage à 100 % de ce que vient de dire Agathe Raynaud-Simon, donc je vais peut-être insister sur cette démarche d'aller-vers. Ceux qui bénéficient des démarches de prévention, qui y sont sensibles, sont toujours les mêmes.

Il faut continuer à communiquer là-dessus, ne pas lâcher. Il faut qu'on arrive à travailler davantage sur cette démarche d'aller vers, à travailler avec des collaborations notamment. On a présenté le baromètre des Petits Frères des Pauvres : il faut travailler avec des associations

comme celle-là, pour essayer de toucher ceux qui sont éloignés du soin et de tout : ils sont dans la précarité, éloignés du soin, des démarches de prévention mais aussi du numérique, etc. Donc on n'arrive jamais à les saisir. On doit travailler sur ce point pour faire en sorte que notre démarche de prévention soit plus rentable.

Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE

Je pense qu'il faut aussi travailler sur l'âgisme. En vieillissant, déjà, on a des fausses idées : « On n'a presque plus besoin de manger ».

De la stigmatisation à l'âge ? Oui, il y a la discrimination par rapport à l'âge et le fait que les gens eux-mêmes se disent : « Mais comme je suis vieux, je n'ai plus besoin de ça, je ne vais pas me faire soigner à mon âge ».

« Je n'ai pas besoin de ça, etc. » : on a des idées reçues sur l'avancée en âge qui sont fausses et, comme tu le disais au tout début de ton intervention, il faut changer complètement la représentation qu'on a des vieux et de la vieillesse dans notre société.

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

9h00 - 17h00



INTERRELATIONS ENTRE SANTÉ GÉNÉRALE ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

- Comorbidité et santé bucco-dentaire
Dr Maria-Clotilde CARRA (PU-PH Université de Ferrare, Italie)
- Qu'est-ce qu'une santé bucco-dentaire idéale ?
Pr Philippe BOUCHARD (UFR d'odontologie de Paris)

Dr Maria-Clotilde CARRA

PU-PH Université de Ferrare, Italie

Je vais illustrer les relations entre la santé orale et la santé générale, parler d'une seule santé, concept qui tient à cœur l'UFSBD.

L'OMS définit la santé bucco-dentaire comme un état de bien-être de la bouche, du visage, du complexe craniofacial grâce auquel la personne peut manger, parler, sourire et interagir en société sans aucune douleur, aucune limitation. Bien au-delà de l'absence de maladie, c'est le bien-être fonctionnel et esthétique qui définit la santé bucco-dentaire. La bouche est donc partie intégrante de la santé générale mais elle est souvent négligée et envisagée de manière détachée.

Dans le monde, 3,5 milliards de personnes présentent une pathologie, de tous types, au niveau de la cavité orale : une carie, une maladie parodontale, un cancer, une perte des dents, etc.

C'est le groupe de maladies le plus répandu dans le monde. Et ce problème de santé publique concerne la population entière, indépendamment du niveau de revenu du pays. Certes, la santé bucco-dentaire constitue un indicateur du bien-être social : les pathologies touchent davantage les populations défavorisées, les niveaux d'éducation faibles.

Mais même dans les pays industrialisés et riches, où des campagnes de prévention sont menées, ces pathologies sont très répandues.

1) La parodontite sévère

Prevalence [% (95%IC)]	1990	2021	2050
Parodontite sévère	12.3% (9.5-15.1)	12.5% (10.5-14.5)	13.1% (11-15.2)
Edentement	4.5% (3.6-5.5)	4.1% (3.5-4.8)	4.2% (3.6-4.9)

Nascimento et al. J Periodontol Res 2024

En termes de prévalence de la parodontite sévère, les études mondiales du Global burden of disease qui concernaient 1990 et 2021 montrent que, en 30 ans, elle n'a pas vraiment bougé. Les projections pour 2050 montrent même une petite augmentation. Ce qui veut dire que, en prévention, on n'est pas très efficace.

Dans le détail, si on observe les catégories d'âge, il y a un pic de la prévalence de la parodontite sévère autour de 50 ans, qui baisse un peu ensuite parce qu'on a une nette augmentation de la perte dentaire.

Mais même au niveau de la prévalence de la carie, les adultes âgés de 65 ans et plus sont aussi concernés par cette pathologie.

[Retour au sommaire](#)

Une personne qui n'a pas une bonne santé orale n'a pas une bonne santé générale. On l'a évoqué ce matin, avec une vue anthropologique : il faut considérer la maladie – l'aspect biologique, les altérations que le chirurgien-dentiste est habitué à observer et à traiter – sans oublier l'état de la maladie, donc la perception, le vécu du patient, qui change d'une personne à l'autre ou en fonction de l'âge.

Il faut considérer également un troisième niveau : le statut social de la maladie, c'est-à-dire la façon dont le malade est effectivement traité par la société. Et je pense que c'est un aspect très important chez la population âgée. Faut-il stigmatiser la maladie, par exemple, ou intervenir et réhabiliter indépendamment de l'état et de l'âge ?

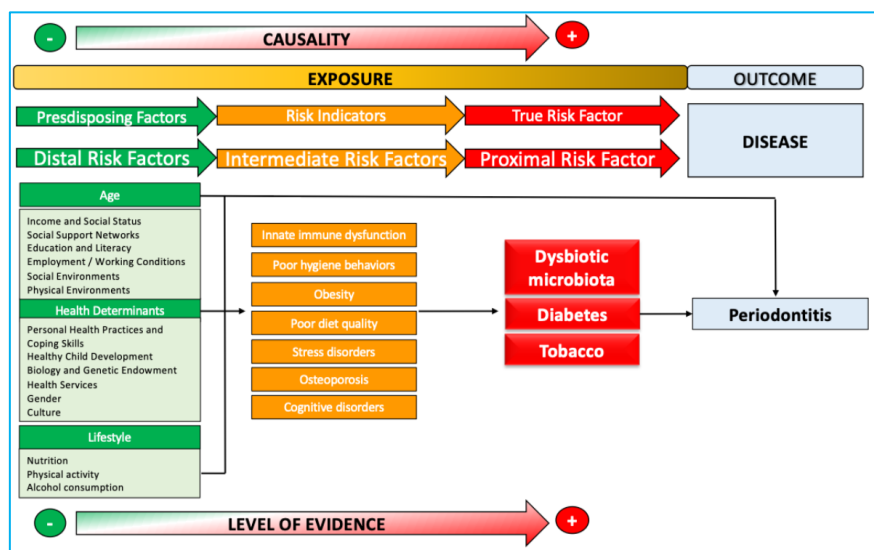
La parodontite est une maladie d'origine inflammatoire déclenchée par une dysbiose du microbiote oral, donc par des bactéries au sein de la bouche. Le parodonte pathogène – spécifique donc à la maladie – déclenche une inflammation et une destruction des tissus autour des dents, lesquelles deviennent mobiles.

Ce qui, sans traitement, peut conduire à la perte dentaire. Les conséquences sont donc fonctionnelles mais aussi esthétiques. La littérature est très claire : si ces pathologies s'expriment sous forme sévère et ne sont pas correctement traitées, l'impact sur la qualité de vie est vraiment important.

L'impact est aussi économique puisque ces pathologies chroniques demandent des soins, répétés, surtout si on n'est pas efficace en prévention.

En Europe, le coût direct et indirect de ces pathologies est estimé à presque 160 milliards d'euros. La plupart de ces coûts sont indirects, liés à l'absentéisme, à la perte de productivité, au fait d'aller chercher les soins dont on a besoin.

Dans l'étiologie de la maladie, j'ai cité la dysbiose. Des bactéries – porphyromonas gingivalis mais pas seulement – sont capables de transformer le microbiote oral symbiotique en un microbiote dysbiotique, capable de déclencher la réponse inflammatoire de l'hôte, et donc la destruction du tissu autour de la dent. Mais la bactérie n'est pas suffisante. C'est une maladie multifactorielle.



[Retour au sommaire](#)

Dans ce schéma réalisé avec le professeur Bouchard il y a quelques années, on a placé tous les facteurs intervenant dans la pathologie : le diabète et le tabagisme, puis une liste très longue de facteurs comportementaux et environnementaux.

Ce qui est intéressant, c'est que la plupart de ces facteurs peuvent être modifiés.

Ce qui veut dire qu'on pourrait éviter une bonne partie de ces pathologies, si on était efficace à prévenir.

2) Association avec d'autres pathologies

La parodontite comme maladie de la cavité orale est en relation avec beaucoup d'autres pathologies systémiques : les maladies cardiovasculaires, de l'hypertension à l'athérosclérose ; les maladies du système gastro-intestinal, notamment le cancer colorectal ; les pathologies respiratoires ; les complications pendant la grossesse ; le diabète, l'obésité et d'autres maladies métaboliques ; et, enfin, la maladie d'Alzheimer.

Autour, la bactérie est le premier mécanisme mis en relation. Mais – on l'a mentionné ce matin – association n'est pas causalité. La parodontite n'est pas forcément la cause de ces maladies mais elle leur a été associée.

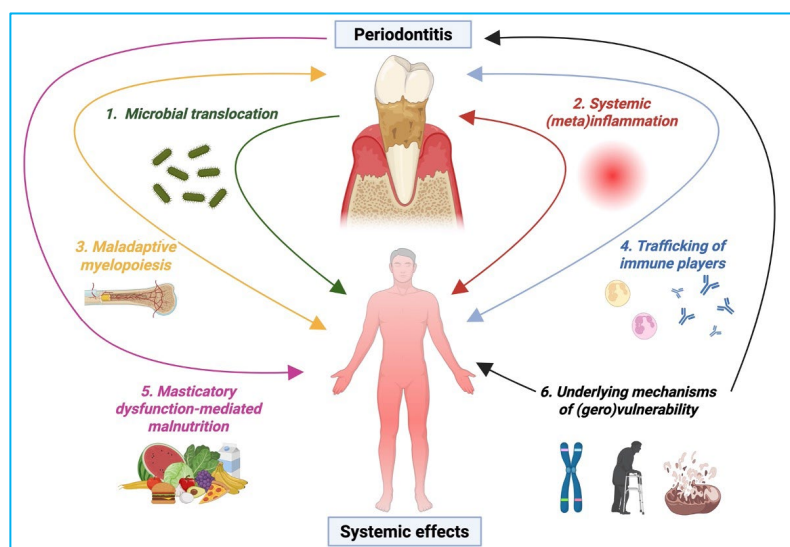
Du point de vue de la littérature, un grand nombre d'articles essayent de comprendre les relations entre santé parodontale et santé générale, dans les différentes pathologies chroniques, vasculaires et métaboliques, notamment le diabète qui est le plus étudié.

De possibles explications biologiques soutiennent aussi cette hypothèse de relation entre santé parodontale et santé générale. La première et la plus importante – peut-être celle qui a démarré cette recherche –, c'est la translocation, donc la dissémination des bactéries parodontopathogènes.

Elles se retrouvent localement à côté de la dent et peuvent parvenir ailleurs dans le corps, à travers trois voies principales : la voie hématogène, c'est-à-dire via la circulation sanguine ; la voie respiratoire, donc via l'inspiration et l'inhalation des bactéries ; et la voie entérale, via l'ingestion de la salive.

Et ces bactéries peuvent donc interagir avec les mécanismes inflammatoires typiques d'autres pathologies ou même avec le microbiote, par exemple, intestinal.

Cependant, il n'y a pas de mécanisme spécifique ni un absolu valable pour toutes les pathologies. Six mécanismes différents pourraient expliquer la relation entre parodontite et d'autres pathologies.



Adapted from Baima G et al. *J Periodontal Res* (in press)

[Retour au sommaire](#)

Au-delà de la dissémination des bactéries, on a la réponse inflammatoire et, notamment, cette inflammation systémique de bas grade qui est associée en parodontite sévère parce qu'elle entraîne une production de cytokines pro-inflammatoires, qui se trouve être le substrat de plusieurs pathologies chroniques.

Des voies concernent aussi la réponse immunitaire, déclenchée par la réponse antigénique aux bactéries (une immunité innée entraînée au niveau des progéniteurs de la moelle osseuse) et une autre donnée par la migration de cellules immunitaires préactivées.

Ensuite, deux autres explications qui relèvent de l'aspect nutritionnel : l'une liée à une dysfonction masticatoire, et l'autre liée à la vulnérabilité.

Il faut se souvenir que la parodontite sévère est la première cause de perte dentaire chez l'adulte avec la carie. Une pathologie non détectée précocement, non traitée correctement, peut conduire à une perte dentaire et, donc, à endommager la fonction masticatoire. Cette notion n'est pas seulement liée au nombre de dents mais aux couples de dents.

Un changement de notre fonction masticatoire ne signifie pas forcément dénutrition. Mais la personne va adapter ses habitudes alimentaires, abandonner par exemple certains aliments difficiles à mastiquer, notamment les fruits et légumes crus, ou privilégier des aliments cuits ou transformés, faciles à mastiquer et à avaler. Le régime alimentaire peut devenir pauvre en fibres, en micronutriments, en vitamines et, donc, contribuer au vieillissement.

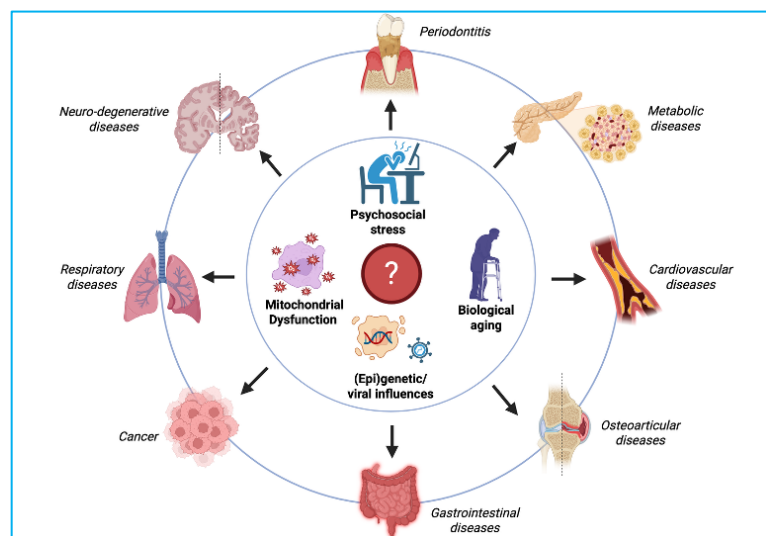
D'où l'importance de détecter ces habitudes qui changent, voire avant qu'elles ne changent : il n'est effectivement pas démontré qu'on peut améliorer la situation, la rendre réversible, avec des prothèses – les personnes s'adaptent. Et se réadapter en arrière n'est pas si facile.

La maladie parodontale, mais aussi la perte dentaire, est associée avec la mortalité toutes causes confondues : diabète, maladies cardiovasculaires, cancers... Ces chiffres ne sont pas négligeables. Mais au niveau de la recherche, ces associations sont très complexes, parce qu'elles mêlent le concept de vieillissement, les facteurs de confusion, de médiation et, donc, un principe de multimorbidité.

La fragilité et la vulnérabilité de l'individu sont un substrat, comme un mécanisme de fond, qui pourrait expliquer aussi les liens entre parodontites et d'autres pathologies.

À la place d'un schéma avec des flèches allant d'une maladie vers l'autre, nous avons ici comme un cercle vicieux et un substrat des vulnérabilités qui est très fortement lié au vieillissement.

Ce qui rend la personne susceptible de développer la parodontite et d'autres comorbidités.



Cliniquement, ça nous impose donc de regarder le scénario sur une prospective à 360°. Le concept de comorbidité est vraiment complexe. On essaie de voir s'il y a une maladie initiale à l'origine d'une deuxième, puis d'une troisième maladie, pensant qu'il y a des liens de connexion directs. Mais ce n'est pas aussi simple.

Plutôt qu'un lien temporel ou une relation cause-effet, on est plutôt dans un scénario où plusieurs pathologies co-existent chez le même individu. Ce qui est typique de la personne âgée et du vieillissement.

La comorbidité chez les personnes de 65 ans ou plus concerne au moins 80 % des personnes qui vivent avec une maladie chronique. Le fait d'avoir six pathologies qui travaillent en synergie, avec beaucoup de médicaments, a un impact négatif, même sur la prise en charge des pathologies bucco-dentaires.

3) Communiquer

Je voudrais terminer avec un concept très important : être au courant de ce problème. Je pense que c'est aussi l'objectif de ce colloque. Quelles sont les connaissances des patients concernant la maladie parodontale ? Malheureusement, si on regarde la littérature, elles sont très faibles. On a des lacunes, partout dans le monde et sur tous les aspects : l'aspect étiologique, c'est-à-dire ce que cause ma maladie, les facteurs de risque, les options de traitement, les stratégies de prévention.

Il existe donc un réel besoin d'informer et de mener des interventions d'éducation.

Ce manque de communication a aussi été révélé, par la cohorte ComPaRe, concernant la France. Plus de 8 000 patients volontaires atteints d'une maladie chronique ont répondu à des questions concernant la santé orale.

À la question « Est-ce que vous savez que la santé parodontale est en lien avec la santé générale ? », 26 % seulement des répondants ont dit oui. C'est alarmant. Il s'agit d'une population de patients chroniques, habitués à consulter un médecin, à prendre des médicaments, motivés puisqu'ils ont choisi de participer à une cohorte de recherche.

Et malgré cela, seulement 26 % étaient au courant. La source d'information était le dentiste dans 27 % des cas, le médecin dans 21 % des cas, donc à peine la moitié d'entre eux étaient informés par son praticien de santé.

Plus alarmant encore : 56 % avaient visité le dentiste dans les six mois précédant l'enquête, mais l'information n'était pas passée. Seul un tiers des patients diagnostiqués d'une parodontite savaient que la maladie était liée à d'autres pathologies, notamment aux autres pathologies chroniques dont ils étaient atteints. 75 %, donc, ignoraient complètement ce lien.

Pour conclure, la santé bucco-dentaire fait vraiment partie intégrante de la santé générale. Préserver une bonne santé signifie contrôler le risque systémique.

Renforcer la prévention est le seul vrai moyen pour agir sur la prévalence de ces pathologies et il est clair que nous n'avons pas encore de moyens efficaces et que le besoin de communiquer auprès des professionnels de santé et des patients est urgent.

C'est l'objectif de ce colloque et je suis vraiment ravie d'y participer parce que je pense que transférer les connaissances et être au courant de la maladie, de ses facteurs de risque et de ses stratégies de prévention est le seul moyen pour que les individus fassent des choix proactifs pour leur santé bucco-dentaire, au bénéfice de leur santé générale.

M. Pascal MASSIOT

Ce besoin d'informer et de communiquer devient impérieux, eu égard à une démographie française qui vieillit. Quels leviers peut-on actionner pour améliorer cette communication ?

Dr Maria-Clotilde CARRA

Il y a sûrement plusieurs niveaux. La relation entre maladie parodontale et maladie générale est un sujet traité d'un point de vue scientifique depuis au moins 10 ou 15 ans. Ce n'est pas nouveau. Mais ce transfert des connaissances ne s'est pas vraiment fait vis-à-vis des patients et du grand public.

Les associations comme l'UFSBD jouent un rôle important dans la prévention auprès des professionnels de santé et auprès du grand public. Et les choix politiques peuvent mettre le focus sur la santé bucco-dentaire. Les déclarations de l'OMS aident mais elles sont un point de départ.

M. Pascal MASSIOT

Vous avez une double culture, italienne et française, c'est une richesse. De l'autre côté des Alpes, nos amis transalpins fournissent-ils une information plus vertueuse que nous ? Ou vivons-nous la même situation ?

Dr Maria-Clotilde CARRA

La France et l'Italie ont deux systèmes totalement différents en termes de remboursement, de prise en charge, etc. Mais en termes de message, on observe les mêmes lacunes en Italie, voire peut-être pire, qu'en France.

Dans certains pays nordiques d'Europe, la prévention bucco-dentaire a, au contraire, été anticipée et on en voit les effets aujourd'hui.

Dr Bruno FAVIER

Cette information n'est pas forcément passée dans le grand public mais elle n'est pas forcément passée non plus auprès des professionnels de santé, et en particulier les médecins. Comment faire pour que cette information passe beaucoup plus auprès des intervenants de santé ?

Et sur les liens de causalité entre maladie parodontale et pathologies chroniques, étudie-t-on en particulier certaines pathologies chroniques ?

Dr Maria-Clotilde CARRA

Je pense qu'il faut travailler ensemble avec les médecins. Ce n'est pas facile parce qu'on a encore la vision d'une bouche détachée. Ce n'est pas la faute des personnes puisque, déjà en formation, nous sommes totalement séparés.

Mais si on commence à travailler ensemble, il s'agit de donner des outils aux dentistes pour dépister des maladies systémiques et aux médecins pour ne pas oublier de demander comment va la santé bucco-dentaire de leurs patients. Avec ces outils, qui peuvent être des questionnaires, des outils de screening, etc., on sera plus efficace et on communiquera beaucoup mieux.

En ce qui concerne la littérature sur les relations entre maladie parodontale et pathologies chroniques, il y a vraiment des pistes de causalités, par exemple pour la maladie d'Alzheimer.

Ces bactéries jouent un rôle parce qu'elles sont capables de passer la barrière hématoencéphalique et d'arriver à déclencher, par exemple, des déposes d'amyloïdes. On retrouve les mêmes bactéries dans les plaques d'athérome, après rupture des plaques d'athérome.

On a des pistes de causalité. La recherche fondamentale teste ces pistes. Et des études épidémiologiques nous montrent une association. C'est pour ça qu'on continue à étudier, parce qu'une plausibilité biologique persiste. Ensuite, déterminer, dans un contexte de maladies chroniques multifactorielles, quelle est la contribution de la parodontite demeure complexe. Peut-être que c'est minime.

On l'a découvert, par exemple, dans le diabète et sous le contrôle de la glycémie. On sait que c'est une contribution plus ou moins comparable à l'activité physique. Si les praticiens essaient ces informations, on aidera le patient et son contrôle de la maladie.

Pr Philippe BOUCHARD

UFR d'Odontologie de Paris

La santé orale idéale est un concept émergent, d'autres disciplines s'en sont emparées auparavant. Nous avons commencé à comprendre ce qu'était la santé idéale en travaillant sur la santé cardiovasculaire idéale. On avait étudié le lien entre la capacité masticatoire et la santé cardiovasculaire idéale dans l'étude PPS 3, qui montrait que les sujets ayant moins cinq unités masticatrices sont plus susceptibles d'avoir une santé cardiovasculaire idéale.

Ensuite, les adultes dont la capacité masticatoire est préservée, ont plus de chances d'adopter un comportement idéal en matière de santé cardiovasculaire. Enfin, l'association la plus forte est observée avec la nutrition.

Nos collègues cardiologues ont défini, en 2010, la santé cardiovasculaire idéale à partir du moment où il y avait au moins cinq éléments suivants à un niveau idéal. Quatre variables comportementales : le tabac, l'indice de masse corporelle, l'activité physique, l'indice de qualité nutritionnelle.

Et trois variables biologiques : le cholestérol total, la pression sanguine et la glycémie. C'est ce qu'ils appelaient le « Life's simple 7 », qui a évolué, de 2010 à 2022, pour devenir le « Life's essential 8 ».

La différence : il y avait une variable supplémentaire comportementale, c'était le sommeil. À l'intérieur de chaque variable, la façon dont les choses étaient définies était un peu différente et l'évaluation, là aussi, avait changé parce qu'il y avait un score continu.

1) Les différents types de prévention

Avant d'aborder la suite, je voudrais rappeler ce que sont les différents types de prévention.

- La prévention secondaire prévient la récurrence de la maladie grâce à un traitement qui doit, en principe, mener vers la guérison. Elle traite des individus qui ont déjà eu la maladie – par exemple, si vous prenez des statines quand vous avez eu un infarctus du myocarde ou quand vous remplacez vos dents et que vous avez des consultations spécialisées, etc.
- La prévention tertiaire concerne des personnes atteintes d'une maladie chronique. Il s'agit, avec une approche de stabilisation, de réduire la morbidité associée à ces maladies chroniques. Exemple : les conseils d'exercice pour la réhabilitation cardiaque ou la réhabilitation orale préventive dans le cas d'une maladie parodontale.
- La prévention primaire empêche la survenue d'une maladie. Elle s'adresse à des personnes qui n'ont pas la maladie mais des facteurs de risque connus. Exemple : l'utilisation d'un antihypertenseur chez les sujets hypertendus ou les visites dentaires obligatoires chez les diabétiques.
- La prévention primordiale – que l'on connaît moins – prévient le développement des facteurs de risque dans la population totale. Les individus n'ont pas la maladie. Exemple : promouvoir des comportements favorables à la santé.

Si on cherche à définir une santé orale idéale, on va évidemment s'intéresser à cette prévention primordiale. Et on va s'interroger sur les facteurs de risque.

2) Une variable composite

J'ai travaillé avec Consensus, un moteur de recherche d'intelligence artificielle (IA) qui screen à peu près 200 millions d'articles dédiés à la recherche scientifique et universitaire – vous imaginez bien : il m'aurait fallu trois ou quatre vies, voire dix, pour mener un tel travail sans IA. Le principe est le suivant : vous posez une question à laquelle il pourra être répondu oui ou non. Des articles sortent et un indicateur de consensus est établi.

Par exemple, à la question « L'hygiène orale améliore-t-elle la santé orale ? », environ 80 % des articles répondent oui. Le nombre d'articles est indiqué en haut à droite avec le panel des articles sur lesquels on a cherché à obtenir ces résultats, c'est-à-dire les articles analysés dans la recherche.

J'ai donc essayé de mener ce travail avec différentes questions associées à la santé orale.

Comme vous le savez, ce qui importe avec l'IA, c'est ce qu'on appelle la requête (le prompt). La question doit être précise.

- Un bon contrôle de plaque prévient-il la mauvaise santé orale ? Oui, dans 100 % des cas. Et vous voyez ici – et c'est très important – le ratio d'articles sélectionnés par rapport aux articles analysés.
- Une bonne qualité de sommeil prévient-elle la mauvaise santé orale ? Oui, dans 68 % des cas.
- Un indice de masse corporelle normal prévient-il la mauvaise santé orale ? Oui, dans 33 % des cas.
- Une alimentation saine prévient-elle la mauvaise santé orale ? Oui, dans 80 % des cas.
- Le diabète augmente-t-il le risque de mauvaise santé orale ? Là, le curseur change : on n'est plus dans la prévention, on se demande si ça augmente le risque. Pourquoi fait-on ça ? Parce que si vous posez la question de la façon suivante : l'absence de diabète prévient-elle la maladie parodontale, vous n'avez pas de réponse parce que ce n'est pas le type de questions que se posent les auteurs des articles. On est donc obligé de changer la requête.
- Un faible stress psychosocial prévient-il la mauvaise santé orale ? Oui, dans 88 % des cas.
- La consommation d'alcool impacte-t-elle négativement la santé orale ? Oui, dans 94 % des cas.
- L'activité physique prévient-elle la mauvaise santé orale ? Oui, dans 68 % des cas.
- L'absence de consommation de tabac prévient-elle la mauvaise santé orale ? Oui, dans 100 % des cas.

Si on essaie de faire la synthèse des indicateurs de consensus, vous avez sur un axe le taux de réponse « oui » et sur l'autre axe, le ratio d'articles sélectionnés et analysés. On observe alors : un lot de trois variables – contrôle de plaque, consommation de tabac, absence de diabète – qui réunit le plus de consensus ; des variables moyennes – consommation d'alcool, stress perçu, alimentation saine – qui se situent au milieu ; et, à la fin, nous avons ce que nous appelons les variables distales – activité physique, sommeil de qualité, indice de masse corporelle normal.

On se rend compte que la santé orale idéale est une variable composite, qui comprend un certain nombre de données qui appartiennent à la santé générale.

La relation s'établit d'une façon forte avec trois d'entre elles, moyennes avec trois autres d'entre elles, et plus faible enfin avec l'indice de masse corporelle, l'activité physique et le sommeil.

Ce qui nous pose un problème à nous, odontologistes, c'est que nous n'avons pas de variables biologiques pour évaluer de façon certaine cette santé orale idéale, contrairement aux cardiologues, qui utilisent des variables biologiques. On pourrait trouver, avec l'inflammation et le microbiote oral, ces variables biologiques mais on ne les a toujours pas.

3) Ces variables sont-elles sensibles à l'âge ?

J'ai demandé à ChatGPT 5.0 : « Pouvez-vous dessiner quelque chose qui ressemblerait au handicap associé à l'âge ? ».

L'IA propose une femme, pas un homme, parce qu'elles vivent plus âgées. Ce qui est caractéristique de tout ce qu'on a dit jusqu'à présent à propos de la différence hommes-femmes.

Selon différentes sources (Constances, les SNDS et Monica), le contrôle de la plaque diminue avec l'âge : on a une courbe en U inversée. Concernant le tabac, on fume moins avec l'âge. Le diabète augmente avec l'âge.

Et ses complications aussi. Évidemment, l'hospitalisation et les complications oculaires augmentent avec l'âge mais les amputations n'augmentent heureusement pas avec l'âge. Concernant l'alcool – bonne nouvelle –, il y a une tendance à la diminution de la consommation, sauf pour le binge drinking, c'est-à-dire l'alcoolisation ponctuelle (importante chez les jeunes). Mais les personnes âgées boivent moins que les jeunes.

Pour le stress perçu, il n'y a pas d'aspect monotone. L'état anxieux : 12,5 % des Français se déclarent anxieux en 2021.

Ensuite, la nutrition : l'évaluation est extrêmement difficile, mais on peut dire que 70 % des Français ne répondent pas de manière satisfaisante aux recommandations nutritionnelles les plus strictes.

J'ai essayé d'extraire ce qui intéresse souvent les dentistes : le sucre. Entre 15 et 34 ans, on constate une augmentation de la consommation de boissons sucrées, mais une diminution après 65 ans.

Un point intéressant aussi : selon les guidelines de l'OMS sur les sucres libres, on ne consomme pas tant que ça en France. Donc l'inférence causale entre le sucre et les maladies dentaires au général est moins évidente qu'on pourrait l'imaginer sauf, bien sûr, chez les très jeunes.

L'activité physique – on s'en serait douté – diminue avec l'âge. Le sommeil augmente avec l'âge. Et il ne faut pas dormir trop ou pas assez.

C'est une courbe en U : si vous dormez entre six et huit heures, tout va bien. Si vous dormez moins de six heures, vous augmentez votre risque au niveau de votre santé, et au-dessus de huit heures, le risque cardiovasculaire et l'hypertension augmentent. Donc, ne dormez pas trop !

Du côté de l'indice de masse corporelle : 47 % des Français sont en surpoids, ce qui est quand même assez étonnant. Il ne s'agit pas d'un surpoids important : 25,8 kg/m² alors que le seuil maxi se situe à 24,9 kg/m². Et à partir de 73 ans, on arrive à la normalité. Ensuite, on perd du poids.

Pour conclure, les risques associés à la maladie santé orale sont des risques associés à la mauvaise santé générale. La santé orale idéale, qui est cette variable composite, comprend toutes ces données. Rechercher une santé orale idéale, c'est participer au maintien de la santé générale.

Pr Richard VILLET

Fondation de l'Académie de Médecine

Quel est le lien entre l'infection parodontale et l'état de la dentition ?

Est-ce pareil si c'est une dentition native ou si ce sont des dents réimplantées, voire des implants ou même un appareil ?

Est-ce qu'on peut gérer la maladie parodontale de la même façon ?

Dr Maria Clotilde CARRA

La parodontite touche le parodonte, c'est-à-dire tous les tissus autour de la dent. Elle peut donc toucher une dent qui a été reconstruite à partir du moment où on a le parodonte, donc la racine, l'intérieur de l'os.

Si on a perdu toutes les dents et qu'on est en réhabilitation, on ne peut pas avoir de parodontite. Si on a mis des implants pour remplacer des dents manquantes pour raisons parodontales ou caries, fracture ou autre, on peut avoir des maladies qu'on appelle péri-implantaires. Elles touchent les mêmes tissus, la gencive et l'os autour d'un implant et ont beaucoup de similitudes avec la parodontite.

C'est un autre chapitre, mais on travaille beaucoup sur la prévention primordiale des maladies péri-implantaires. Je pense que le concept des préventions s'applique indépendamment de la situation du statut oral du patient mais il faut l'adapter à la situation. Porter des prothèses, avoir des couronnes ou des implants n'implique pas les mêmes procédures d'hygiène bucco-dentaires, ni les mêmes séances de contrôle, ni les mêmes séances de prévention. Il faut donc vraiment l'adapter aux occupations.

Pr Philippe BOUCHARD

Et les bactéries en cause avec les caries dentaires ne sont pas les mêmes que celles des maladies parodontales.

[Retour au sommaire](#)

Dans les plaques d'athérome, on retrouve des bactéries parodontales mais aussi des bactéries liées à la carie.

Une question au professeur Bouchard

Comment pourriez-vous définir la prévention bucco-dentaire chez la personne âgée, notamment en institution, en fonction des différents types de prévention que vous avez présentés, dont la primordiale ?

Pr Philippe BOUCHARD

Ça dépend de la pathologie. La parodontite est une maladie chronique, donc on est dans la prévention tertiaire. Le plus souvent, les patients âgés en Ehpad sont atteints de parodontites légères.

On est dans la prévention tertiaire. Il faut bien comprendre que la prévention primordiale concerne la totalité de la population.

C'est une approche très différente. L'idée, en institution, c'est d'essayer d'aider les gens, par exemple, à se brosser les dents. À 90 ans, l'impact de l'information dont on parlait tout à l'heure est totalement dépassé.

Intervention d'un participant

Chirurgien-dentiste de l'Hérault – membre de l'UFSBD 34

Qu'en est-il de la médecine prédictive, comment anticiper l'arrivée des maladies, en se situant après la prévention et avant le curatif ?

Dr Maria-Clotilde CARRA

Entre le curatif et le préventif ?

L'idée, c'est de détecter les cas qui commencent, détecter les cas asymptomatiques ou avec très peu de symptômes.

Ainsi, on pourrait agir pour éviter la survenue de la maladie. La prévention doit donc se faire à différents niveaux. Si on parle de prévention primordiale, il s'agit de promouvoir la santé, ce qui est valable pour chacun dès le jeune âge.

Et on devrait continuer à le faire toute la vie.

Et puis, il y a ceux qui sont atteints de maladie chronique, qui nécessitent des soins toute la vie, et donc des préventions secondaires et tertiaires.

Il s'agit là de diagnostiquer les premiers symptômes.

Si on parvient à établir des diagnostics précoces, si on arrive à mettre en place des traitements plus efficaces, on évitera les soins et les interventions bien plus lourdes et moins performantes.

Intervention d'un participant

Chirurgien-dentiste de l'Hérault – membre de l'UFSBD 34

À Toulouse, dans le cadre de la recherche, ils font analyser des facteurs prédictifs dans la salive pour intercepter la survenue de la maladie parodontale alors qu'on sait bien que seuls 10 % des gens qui font une gingivite finissent par une parodontite.

Dr Maria-Clotilde CARRA

Je comprends mieux votre question : nous n'avons pas encore un biomarqueur efficace qui nous aiderait à détecter ces cas.

La recherche doit avancer parce que dès qu'on a un indice – on le disait –, on n'a pas de biomarqueurs en dentaires performants, c'est-à-dire valides au niveau de leur pouvoir de diagnostic pour les mettre en place de façon systématique.

Pr Philippe BOUCHARD

Ça doit faire 40-50 ans qu'on court après les biomarqueurs. Il y a eu des pistes mais aujourd'hui, non.

C'est aussi parce que les maladies parodontales sont plurifactorielles. Il est, donc, extrêmement difficile de trouver un marqueur, même un groupe de marqueurs, pour identifier les yeux fermés la probabilité d'avoir la maladie.

Il y a eu des marqueurs, mais c'est à mourir de rire. Ils vous disaient que vous étiez malades. Sauf qu'un clinicien regardait la bouche du patient, observait une gingivite et le marqueur disait la même chose. C'était sans intérêt. Le marqueur doit être prédictif.

Pr Richard VILLET

Quid de la génétique ?

Pr Philippe Bouchard

Oui.

Autant les marqueurs, pour l'instant, on va continuer à chercher, peut-être qu'on en trouvera un autre. Mais la génétique, je pense que si un jour on trouve quelque chose, ça fera un carton. C'est vrai pour nous, mais c'est vrai pour toutes les maladies.

On a trouvé des gènes communs aux maladies cardiovasculaires, aux risques cardiovasculaires et aux risques dentaires, mais ça ne suffit pas.

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025
9h00 - 17h00



TABLE RONDE

« *Seniors et santé bucco-dentaire : que ressort-il des enjeux évoqués* »

- Dr Sophie DARTEVELLE (UFSBD et Fédération dentaire internationale – FDI)
- Dr Bruno FAVIER (MGEN, Groupe VYV)
- Pr Bertrand FOUGÈRE (CHU Tours)
- Dr Benoît PERRIER (UFSBD)
- Pr Agathe RAYNAUD-SIMON (Collectif de lutte contre la dénutrition)
- Mme Catherine SIMONIN-BÉNAZET (France Assos Santé)

[Retour au sommaire](#)

Pascal MASSIOT

Que retenez-vous des propos tenus ce matin par l'ensemble des protagonistes de la séquence ?

Pr Bertrand FOUGÈRE

CHU de Tours

Des interventions très riches, je soulignerai l'importance de distinguer deux catégories de messages en fonction de deux catégories de population.

Il y a un champ d'action sur la population générale, plutôt âgée, mais constituée de personnes qui vont bien, qui sont à domicile et pour lesquelles on peut avoir des démarches de prévention, d'éducation aux soins et à la prise en charge bucco-dentaire, probablement de prédiction pour les faire entrer dans un parcours de soins bucco-dentaires encore plus précocement.

L'idée, c'est de casser le cercle vicieux de la personne âgée plutôt en bonne santé qui ne prend pas trop soin de sa bouche et de ses pathologies chroniques, se retrouve en perte d'autonomie, à avoir ces pathologies chroniques qui décompensent, un accès derrière au soin bucco-dentaire plus compliqué, etc.

Et il y a les personnes institutionnalisées, et celles qui sont seules à domicile, atteintes de pathologies bucco-dentaires. Comment les prend-on en charge en faisant en sorte que ça ne s'aggrave pas, au risque d'aggraver aussi probablement d'autres pathologies chroniques ?

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

Ce que je retiens, pour ma part – ce qui va bien avec mon métier de gériatre –, c'est qu'on ne peut pas considérer d'un côté la bouche, d'un autre la dépendance. Il faut évaluer un ensemble. On parle beaucoup en gériatrie de l'évaluation gériatrique standardisée.

L'idée, c'est d'agir et d'intervenir sur chacun de ces plans. Madame Carra avait bien raison d'insister sur le fait qu'on a des facultés différentes, qu'on ne se parle pas tant que ça. En fait, on devrait se rapprocher beaucoup plus.

Et cette évaluation, que ce soit chez les personnes âgées ou chez des personnes plus jeunes, doit être très globale pour une prise en charge synchronisée.

Pascal MASSIOT

Mme Simonin-Bénazet, en tant qu'administratrice de France Assos Santé, vous représentez et défendez les intérêts des usagers du système de santé.

Vu de cette fenêtre, parle-t-on suffisamment de la santé bucco-dentaire en médecine générale ?

Mme Catherine SIMONIN-BÉNAZET

France Assos Santé

Nous représentons une centaine d'associations agréées en santé pour défendre les droits du patient et aussi l'amélioration des parcours de soins dans toutes ses composantes. Je rejoins complètement les deux gériatres.

[Retour au sommaire](#)

On ne peut pas déconnecter la santé bucco-dentaire de la santé globale. Les médecins généralistes sont un relais très important dans la détection de tous les dysfonctionnements de la santé bucco-dentaire.

Or, certains ne regardent même pas la bouche de leurs patients parce que l'accès est difficile, que le temps est compté – entre six et dix minutes chez un médecin généraliste. Surtout, une partie de la population se situe dans un désert médical, ce qui rend l'accès à la santé globale très difficile.

Ensuite, il y a également une vision erronée du chirurgien-dentiste dans la société : celle des dépassements d'honoraires, d'un accès difficile et cher. Or, ce n'est pas forcément le cas et ça s'est amélioré avec le 100 % santé.

L'Assurance Maladie a validé le remboursement dans le cadre de l'affection de longue durée pour cinq maladies. Cette prise en charge offre un bilan complet avec un surfaçage dentaire, notamment pour les personnes atteintes de pathologies diabétiques, VIH, cardiovasculaires. Nous regrettons qu'il n'y ait pas l'oncologie.

Je suis aussi à la Ligue nationale contre le cancer. C'est très étonnant, que l'oncologie ne soit pas prise en charge avec cette spécificité de l'Assurance Maladie. Nous portons un plaidoyer sur le sujet, car la santé bucco-dentaire est très impactée par les traitements contre le cancer.

D'ailleurs, quand on a un cancer, il n'y a pas de visite avant traitement sauf pour les patients qui ont de l'irradiation maxillaire ou un cancer oropharyngé. Ce n'est pas tout à fait normal. Surtout qu'avec les immunothérapies et les chimiothérapies, il peut y avoir des conséquences graves sur la perte future de dents.

J'ai interrogé Unicancer et, dans nos enquêtes associatives, nous voyons qu'il y a un manque d'accompagnement des personnes avant pendant et après le cancer. Or, comme pour les autres affectations de longue durée (ALD), le cancer ne devrait pas être exclu parce que lorsque la santé bucco-dentaire est dégradée, avec une maladie chronique notamment, se pose ensuite la question de la dénutrition.

Je suis très surprise de voir qu'on n'a même pas eu l'idée, parfois, de faire ouvrir la bouche à la personne âgée et de regarder si son coefficient masticatoire est suffisant ou non. Par conséquent, la santé bucco-dentaire se met en place avec la prévention primordiale dont vous avez parlé et la prévention-dépistage chez les enfants pour ne pas la voir dégénérer en vieillissant. M'T dents a été porté annuellement et c'est un progrès.

Mais au niveau du remboursement, on va avoir des difficultés avec l'Assurance Maladie, qui se désengage. Ceux qui n'ont pas de complémentaire santé, et notamment les personnes âgées, ne pourront pas la financer et n'auront plus accès à la santé bucco-dentaire.

M. Pascal MASSIOT

Par ailleurs, portez-vous un plaidoyer pour un M'T dents pour les plus de 65 ans ?

Mme Catherine SIMONIN-BÉNAZET

Oui, exactement. Dans « Mon espace numérique en santé », il y a des alertes pour dire notamment que vous n'avez pas eu votre consultation chez votre chirurgien-dentiste.

Donc tous ceux qui l'ouvrent sont alertés : « Pensez à consulter votre chirurgien-dentiste pour préserver vos dents ».

Ces rappels sont, à mon avis, une bonne idée de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam). 24 millions de personnes ont ouvert « Mon espace numérique en santé » et ameli.fr rencontre un grand succès chez les usagers.

Mais les alertes arrivent sur « Mon espace numérique en santé », donc il faut que les chirurgiens-dentistes s'en saisissent.

Au début, quand je discutais avec eux à la Cnam, ils ne souhaitent pas que le médecin généraliste voie ce qu'ils faisaient sur le schéma dentaire. Il le faut, pourtant. Sinon, comment le médecin peut-il agir en santé globale et faire de la prévention s'il ne voit pas le coefficient masticatoire de la personne et tout ce qui a été réalisé comme soins bucco-dentaires ?

Donc oui, c'est un plaidoyer que l'on porte. D'ailleurs, une consultation à l'entrée d'une institution en Ehpad a été proposée. Est-ce réalisé sur le terrain ? Je n'en sais rien. Un autre point que l'on porte dans les plaidoyers, c'est le sucre : il faudrait une taxe sucre et puis aussi une TVA modulée pour financer l'Assurance Maladie. Par exemple, pour l'instant, sur le Coca-Cola, elle est de 5,5 % et sur la courgette aussi.

Il faudrait moduler en fonction du risque – Coca-Cola 20 %, courgette 5,5 % – et la différence financerait l'Assurance Maladie, qui est en grande difficulté, en améliorant la santé des concitoyens.

Aujourd'hui, la solidarité est mise à mal. Sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), par exemple, la nouveauté, c'est une franchise de 4 euros pour les consultations chez les chirurgiens-dentistes.

Il va y avoir un axe de franchise sur le médicament, un axe de franchise sur les dispositifs médicaux et un axe de franchise sur les transports qui seront dissociés avec des plafonds diversifiés. Ce qui signifie que les restes à charge vont augmenter.

Nous allons faire des économies sur le court terme mais, à moyen-long terme, nous dépenserons davantage avec des tranches de la population qui se désinséreront des soins. Or, la prévention est primordiale et nous n'en faisons pas assez.

M. Pascal MASSIOT

Avec cette temporalité du temps politique et du temps de la prévention qui n'est pas la même, et des ministres de la Santé qui changent beaucoup, en ce moment, ce qui ne facilite pas les choses, ma question, Mme Dartevelle, est inchangée : que reprenez-vous des enjeux évoqués ce matin ?

Dr Sophie DARTEVELLE

UFSBD et FDI

La santé bucco-dentaire des personnes âgées autonomes, des personnes vieillissantes ou même à partir de 65 ans se préparent dès le plus jeune âge.

Vous n'arrivez pas à 60 ans en vous disant : « Il faut que je prenne soin de ma santé dentaire parce qu'on m'a dit que ça allait améliorer ma qualité de vie ». L'UFSBD l'a compris très vite mais comment, ensuite, peut-elle l'appliquer ?

On voit apparaître des examens de prévention dès le plus jeune âge sur le volet cabinet dentaire.

On discutait ce matin d'examens de prévention plus tardifs et à l'entrée en Ehpad mais l'UFSBD se bat pour qu'il y ait aussi une prévention dans tous les lieux de vie. Ce qu'elle fait est remarquable mais, malheureusement, à une échelle trop limitée parce que ce n'est pas institutionnalisé ou pas dans la stratégie gouvernementale.

Je voudrais quand même porter un message d'espoir en donnant quelques chiffres de l'expérience du Japon. Ce pays a été confronté très tôt au vieillissement de sa population. Dès 1989, ils ont mis en place un programme qui s'appelle le 80-20 : comment parvenir à 80 ans avec 20 dents naturelles en bouche.

Pourquoi 20 ? Parce que des études montrent qu'avec 20 dents, on arrive à se nourrir correctement, sans avoir forcément besoin de prothèse. L'idéal, c'est toujours d'avoir une reconstitution prothétique si des dents manquent.

Ils ont fait un programme avec des examens au cabinet dentaire à l'âge de 1,5 an, puis 3 ans. Ensuite, ils continuent sur les lieux de vie avec des dépistages, des séances de sensibilisation dans les crèches, dans les écoles, dans les entreprises.

On intègre ça sur leur lieu de travail et dans leur vie quotidienne. Ensuite, il y a des services d'urgence, mis en place pour soigner les personnes alitées à leur domicile. Mais cela fait partie d'une stratégie globale et qui touche tout le monde.

M. Pascal MASSIOT

Les mêmes causes produisant les mêmes effets, ce qui a été fait au Japon peut être reproductible en France ?

Dr Sophie DARTEVELLE

Oui. Parlez-en aux personnes qui décident des stratégies de santé. L'UFSBD porte ce discours depuis très longtemps déjà. J'ai vu de belles plaquettes circuler avec des schémas très complets sur ce qu'il faudrait faire.

Après, entre savoir ce qu'il faut faire et l'appliquer, c'est encore un autre sujet. Mais au début de la campagne 80-20 en 1989, au Japon, seules 7 % des personnes âgées de 80 ans avaient 20 dents en bouche.

[Retour au sommaire](#)

Le nombre moyen de dents restantes était 4 à 5. Ils partaient de loin. Et ce taux a augmenté régulièrement pour passer à 24,1 % en 2005, à 38,3 % en 2011 et à 51,2 % en 2016. En 2025, d'après leurs premières estimations, le taux devrait atteindre 61,5 %. Ce qui est remarquable. Et cela fait mentir nos propos de ce matin : « la prévention, c'est toujours les mêmes qui y vont ». Eh bien non !

Ils sont allés chercher les personnes sur leur lieu de vie et ils ont réussi à atteindre des chiffres impressionnants. Beaucoup d'optimisme, donc, à condition de se donner les moyens.

Dr Bruno FAVIER

MGEN, Groupe VYV

D'abord, le titre du colloque et son objet me paraissent d'autant plus justifiés après cette matinée : oui, tout se joue au domicile et, évidemment, si on peut faire avant, c'est bien. Tout se joue au domicile, bien sûr, en matière de dépistage, de prévention et de message.

Ce qui m'amène à parler d'un deuxième sujet : la priorisation de ce que font les professionnels de santé en ville. Vous avez évoqué le temps.

Cette question doit s'évaluer en fonction de l'importance que les professionnels de santé, et les médecins en particulier, accordent à tel ou tel sujet.

L'importance donnée à la santé bucco-dentaire en général par les médecins généralistes, les spécialistes ou d'autres professions de santé n'est pas important collectivement.

Il y a 2 millions de professionnels de santé en France, ce qui veut dire que beaucoup – pas au même niveau – peuvent réaliser des actions de prévention, de repérage et de dépistage.

Cette perception de l'importance des besoins bucco-dentaires est essentielle, ce qu'on a vu ce matin, et vos interventions me paraissent extrêmement importantes.

Ce qui m'amène au troisième et dernier point que je voulais évoquer : la formation.

Évidemment, elle est extrêmement importante. Les praticiens au domicile doivent prendre conscience de l'importance de faire peser les personnes à partir d'un certain âge et, à tout âge, de faire ouvrir la bouche et de la regarder.

C'est peut-être beaucoup plus important que de prendre la tension artérielle. Et d'autres professionnels peuvent le faire beaucoup mieux qu'un médecin généraliste. Les études l'ont documenté depuis maintenant des années.

Il faut donc prioriser ce qui est vraiment important. Et quand on vient pour une angine, ne pas faire remarquer aux personnes qu'elles ont un état bucco-dentaire catastrophique, mais qu'il y a besoin de soigner.

Dr Benoît PERRIER

Président de l'UFSBD

Je partage totalement les enjeux portés notamment par France Assos Santé, sur les différents plaidoyers.

J'ai une dynamique positive : les lignes bougent. Ce n'est pas très rapide mais ça bouge.

Effectivement, on a une couverture sur la prise en charge du dépistage et du traitement pour 6 millions de Français en ALD sur les maladies parodontales.

C'est un combat d'une douzaine d'années, mené notamment avec Sophie Dartevelle.

Maintenant, il faut que la population s'en saisisse parce que ce sont les patients qu'on voit le moins dans notre cabinet, donc c'est effectivement un enjeu de société.

Nous sommes là aujourd'hui pour révéler des enjeux et partager un socle de connaissances avec tous les acteurs : les professionnels de santé mais je pense aussi les usagers.

Nous devons travailler avec les pairs et réfléchir peut-être à établir une convention spécifique France Assos Santé-UFSBD pour que ce soit ensuite à vos différentes structures membres de porter ce message.

Parce qu'on a besoin de tous les relais sur cet enjeu global pour la société, et qui fera aussi la décision politique de demain. On a besoin que tout le monde avance dans le même sens.

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

9h00 - 17h00



TABLE RONDE

« Des outils originaux pour agir en proximité »

- Ressources pour évaluer et prévenir le déclin des fonctions orales
Dr Sophie DARTEVELLE (Fédération dentaire internationale – FDI)
- Table ronde
Dr Sophie DARTEVELLE (Union Française Bucco-Dentaire – UFSBD)
Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE (Site « Stop à l'isolement »)
M. David GRUSON (La Poste Santé et Autonomie)
Dr Nathalie HOUIN (Mutualité sociale agricole – MSA),
Pr Agathe RAYNAUD-SIMON (Collectif de lutte contre la dénutrition),
• *Dr Richard VILLET (Fondation de l'Académie de Médecine)*

[Retour au sommaire](#)

Dr Sophie DARTEVELLE

FDI

Il m'appartient de vous présenter de nouvelles ressources pour évaluer le niveau de dépendance et prévenir le déclin de la fonction orale.

Ces ressources vont faire écho aux propos tenus ce matin sur la fragilité. Car, vous le verrez, les chirurgiens-dentistes ont aussi un rôle à jouer dans l'évaluation de cette fragilité.

Ces ressources ont été élaborées par un groupe de travail « Vieillesse de la population » au sein de la FDI. J'ai participé à ce groupe de travail aux côtés d'experts du Japon, des États-Unis et d'Irlande.

Pour commencer, quelques mots sur la FDI. Elle regroupe environ 150 pays membres, par l'intermédiaire de leur association dentaire nationale. Ce qui signifie que, en France, c'est l'Association dentaire française (ADF) qui est membre de la FDI.

Sa mission : améliorer dans le monde entier la santé bucco-dentaire de la population, avec en ligne de mire une santé bucco-dentaire non pas idéale mais optimale pour tous.

Pour ce faire, elle s'appuie sur une stratégie de plaidoyer au niveau mondial sur l'élaboration d'une déclaration de principe, sur un soutien aux associations membres par le développement de programmes et d'outils pour les mettre en œuvre et sur des formations, comme le Congrès mondial de la FDI et des congrès régionaux.

Dès 2019, notre groupe d'experts a commencé à se réunir sous l'impulsion des experts Japonais, soutenu par GC Corporation, industriel japonais de produits pour les soins dentaires.

Nous avons proposé, dès 2019, un guide pratique à utiliser par le chirurgien-dentiste au fauteuil.

Ce guide, en version papier, prodigue des conseils pour une prise en charge à la fois préventive et thérapeutique du patient en fonction de son niveau de dépendance.

On s'était appuyé sur le parcours de soins, dit « de Lucerne », avec des niveaux de dépendance – robuste, frêle, légèrement dépendant, moyennement dépendant, et très dépendant.

Cinq ans plus tard, il nous est apparu très important de faire évoluer cet outil pour aller plus loin et donner aux chirurgiens-dentistes les moyens d'évaluer concrètement le degré de fragilité de la personne âgée.

Y compris sa fragilité orale pour ensuite améliorer sa prise en charge dans une approche très globale.

Ce matin, on a parlé de la fragilité. Je ne vais pas vous redonner la définition mais j'ajouterai que le risque de devenir fragile augmente avec l'âge, bien qu'âge et fragilité n'aillent pas forcément de pair.

C'est-à-dire que les personnes fragiles courent un risque plus élevé de détérioration de leur état de santé et de décès que ce qui est attendu en fonction de leur âge. Mais on peut avoir des personnes de 60 ans très fragiles et des personnes de 80 ans finalement un peu moins fragiles.

Nous avons utilisé pour évaluer la fragilité du patient notre outil, non pas l'indice proposé ce matin, mais l'indice clinique de fragilité – ou le clinical frailty scale.

Issu du Canada, il classe les patients dans neuf catégories différentes allant de très en forme à très fragile. L'évaluation de la fragilité (générale) de notre patient offre la possibilité aux professionnels de santé d'adapter leurs interventions et leurs programmes de prévention en tenant compte du risque accru de complications associées à la fragilité.

Nous nous sommes également intéressés, avec notre outil, à l'évaluation de la fragilité orale qui est un déclin fonctionnel des structures oro-faciales lié à l'âge.

La fragilité orale peut être un précurseur de la fragilité générale. Et elle est étroitement liée à la santé générale, à la nutrition et au besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne.

La fragilité orale peut être mesurée à l'aide du questionnaire sur l'indice de fragilité, très couramment utilisé au Japon.

Il est démontré que la réalisation de soins dentaires peut prévenir le passage à une fragilité générale et des soins préventifs devraient être planifiés pour éviter que l'indice de fragilité orale ne se détériore.

Le premier outil que nous avons développé, c'est une application web destinée aux chirurgiens-dentistes pour la prise en charge des patients âgés de plus de 65 ans.

C'est le dentiste qui va réaliser une préévaluation de la fragilité générale et orale de son patient.

L'application va délivrer des conseils en matière de traitement et de prévention, en fonction du niveau de dépendance et du niveau de risque de fragilité orale.

Elle peut être utilisée très facilement au fauteuil pendant une consultation, sur un ordinateur ou un téléphone portable.

Elle est téléchargeable sur le site de la FDI – malheureusement, elle n'existe qu'en anglais.

Cette application débute par une évaluation de la fragilité en fonction de l'état général du patient. Elle s'appuie sur l'échelle de fragilité clinique, développée en 2005 et utilisée dans une vingtaine de pays – à la fois pour des soins cliniques de routine et pour la recherche.

Il s'agit d'une échelle de neuf points sur l'évaluation clinique de la mobilité, de l'énergie, de l'activité physique.

Pour notre programme, nous avons choisi d'utiliser une version abrégée en sept points.

- Première question : votre patient est-il en phase terminale ? Oui – non.
- Deuxième question : parmi ces cinq activités de la vie quotidienne (toilette, s'habiller, se déshabiller, manger, marcher, se lever du lit), indiquez pour combien d'entre elles votre patient a besoin d'aide (0, 1 à 2, 3 à 5).
- Troisième question : c'est à peu près la même mais concernant six activités plus spécifiques de la vie quotidienne. Est-il encore capable de répondre au téléphone et de composer un numéro, de faire les courses, de préparer les repas, les médicaments, de gérer son argent ? Évidemment, si vous tombez sur quelqu'un qui n'a jamais fait ses comptes ou ses courses, ce n'est pas la peine de lui poser la question puisque, fragile ou pas, dépendant ou pas, il ne le fait pas.
- Quatrième question : de combien de maladies chroniques identifiées votre patient est-il atteint depuis plus de six mois ? Alors, la première catégorie, c'est 0 à 9, c'est assez large, et la deuxième, c'est 10 et plus.
- Cinquième question : globalement, peut-on dire que la santé de votre patient est excellente, très bonne, correcte ou mauvaise ?
- Sixième question : combien de jours dans une semaine normale votre patient a-t-il l'impression de fournir un effort ? Un jour, jusqu'à deux jours, trois ou quatre jours ou cinq à sept jours.
- Septième question : à quelle fréquence pratique-t-il une activité physique ou récréative modérée ou intense ? Parmi ces activités, on peut citer la danse, la natation, le vélo, le jogging – même tranquillement –, la marche rapide ou pas et le golf, en précisant sans voiturette.

Deuxième étape, il s'agissait ensuite d'évaluer le risque de fragilité orale du patient, à partir d'une check-list de contrôle en cinq points. Ce questionnaire fait partie de la liste Kihon, largement utilisée au Japon pour la prévention des soins de longue durée et l'évaluation de la fragilité.

Les cinq points portent sur :

- les fausses routes en buvant ou en mangeant de la soupe ;
- le nombre de dents en bouche – en a-t-il moins de 20 ou plus de 20 ? ;
- les difficultés ou non à manger des aliments durs ;
- une élocution altérée ou incompréhensible ;
- la sensation de bouche sèche.

Prenons en exemple ce monsieur, Jean, âgé de 86 ans. Il a une édentation partielle mais il porte de temps en temps des prothèses dentaires haut et bas. Il a un historique médical avec de multiples pathologies chroniques. Il est contrôlé par une médication adaptée donc, a priori, tout va bien. Il souffre de bouche sèche, vit à domicile. Il envisage d'aller dans une structure un peu plus encadrée sans être un Ehpad.

Malgré tout, il n'est pas très mobile et nécessiterait de l'aide pour aller au cabinet dentaire.

Appliquons le questionnaire à Jean. Jean, on s'en doute, n'est pas en phase terminale. Il a besoin d'aide pour trois à cinq activités de la vie quotidienne et pour quatre activités plus spécifiques.

Il est atteint de zéro à neuf maladies chroniques depuis plus de six mois. Et il est globalement en mauvaise santé.

Il a l'impression qu'il fournit un effort environ un jour sur deux. Et il ne pratique aucune activité sportive ni récréative, même modérée.

On avait vu qu'il avait des problèmes pour se déplacer, donc ça ne me paraît pas illogique. Concernant son questionnaire de fragilité orale, il s'est déjà étouffé en buvant ou en mangeant de la soupe. Il a moins de 20 dents en bouche. Il rencontre des difficultés à manger des aliments durs.

Il a une élocution normale et il a souvent la bouche sèche.

Que va donner le résultat du premier questionnaire sur le niveau de fragilité liée à la santé générale ?

Votre patient vit avec une fragilité sévère, il est moyennement dépendant. Globalement, ce patient présente des pathologies chroniques qui impactent probablement sa santé dentaire. Il n'a, a priori, pas besoin d'aide pour aller chez le dentiste – à part le transport – et prendre en charge son hygiène bucco-dentaire. L'application va nous proposer des conseils en matière de prévention et d'hygiène bucco-dentaire – il faut toujours essayer de transmettre ces recommandations à un ou plusieurs aidants.

Des recommandations aussi sur la fréquence des rendez-vous de maintenance à instaurer. Et si vous avez la chance d'avoir avec vous pendant le rendez-vous un aidant, il peut être intéressant de lui donner quelques points à surveiller : par exemple, les blessures dans la bouche liées au port des prothèses de dents.

La deuxième évaluation qui porte sur la fragilité orale va indiquer que votre patient présente une suspicion d'hypo-fonction orale.

Des solutions seront alors proposées : notamment, réaliser un bilan bucco-dentaire approfondi avec un examen des fonctions orales et de la déglutition.

Les chirurgiens-dentistes ne sont pas très à l'aise avec l'examen des fonctions orales. Nous comptons sur l'UFSBD pour les informer. Une liste d'exercices à réaliser par le patient sera également proposée pour l'aider à maintenir ou à améliorer sa fonction orale.

Ces exercices sont décrits dans le deuxième outil que nous avons créé.

Après l'application d'évaluation en fauteuil, nous avons conçu une brochure illustrée disponible sur le site de la FDI qui propose aux patients des exercices à effectuer très régulièrement afin de les aider à prévenir les signes de déclin de la fonction orale.

Cette brochure existe en français.

Les exercices vont porter sur les mouvements de la bouche et de la langue, ainsi que sur les mouvements favorisant la production de salive. Ils vont porter sur la déglutition, sur la force masticatoire, sur la prononciation et sur la puissance de la langue.

- Les premiers exercices, assez faciles, sont faits pour renforcer les muscles des lèvres, des joues, de la langue et ceux autour de la bouche.
- La deuxième catégorie d'exercices vise à renforcer les muscles nécessaires à la déglutition. Des exercices d'ouverture de la bouche et de la pointe de la langue vont atténuer les problèmes de déglutition et d'autres symptômes liés, comme les fausses routes et l'étouffement en mangeant.
- La troisième série vise à améliorer la force masticatoire avec, en plus, un exercice de comptage où le patient va faire attention à bien mastiquer son repas et à compter en se concentrant sur sa mastication.
- Le quatrième type d'exercices se concentre sur la prononciation pour faciliter la communication. Maintenir le lien social et échanger avec ses amis implique qu'il faut pouvoir parler et rendre les expressions du visage plus vivantes : des exercices de virelangue basiques peuvent y aider.
- La cinquième série d'exercices, c'est la puissance de la langue pour éviter de s'étouffer avec la nourriture et les liquides.

Ces deux outils, application d'évaluation et brochure d'exercices, sont disponibles et téléchargeables sur le site de la FDI.

Ce qu'il faut impérativement retenir, c'est que l'évaluation de la fonction orale doit faire partie intégrante de l'évaluation de la santé bucco-dentaire. On ne peut plus considérer notre patient juste sur son état bucco-dentaire, il faut qu'on envisage également sa fonction orale.

Le déclin de la fonction orale et la fragilité de la personne âgée sont liés et, par conséquent, les programmes de prévention bucco-dentaire doivent impérativement être adaptés à chaque patient en tenant compte de sa santé bucco-dentaire, de sa santé générale et de son niveau de fragilité.

Pr Agathe RAYNAUD-SIMON

Collectif de lutte contre la dénutrition

L'objectif du Collectif de lutte contre la dénutrition, c'est de communiquer autour de la dénutrition, en particulier lors de la Semaine de la dénutrition, qui a lieu en 2025 du 17 au 23 novembre. Il s'agit de porter des messages simples et de les décliner selon notre cible : pour les aidants à domicile, les professionnels de santé, les médecins généralistes, etc.

On propose de l'information sur ce qu'est la dénutrition, ses risques associés, la façon dont la dépister.

Et sur le site, nous avons des guides d'action. Ils indiquent, par exemple, comment mener une action de sensibilisation à l'hôpital, en Ehpad ou au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

C'est important parce que si on veut sensibiliser, on ne peut pas tout faire nous-mêmes. Nous avons donc besoin de relais de la part des structures.

Je vais vous montrer deux outils qui sont les plus commandés et qui ont eu un certain succès.

Après la première mouture de ces outils, nous avons souhaité en avoir un facile à lire et à comprendre (FALC), accessible à tous et qui pourrait presque remplacer tous les autres. Intitulé « La dénutrition : tout faire pour l'éviter », cet outil de quatre pages est constitué de pictogrammes pour comprendre de façon plus intuitive et plus rapide.

LA DÉNUTRITION, QU'EST-CE QUE C'EST ?

UNE PERSONNE EST DÉNUTRIE QUAND

- elle perd du poids.
- elle perd des muscles et de la force.
- elle n'a pas assez de muscles et de force.

SA SANTÉ EST FRAGILE !

-3 KG

ATTENTION
JE PERDS DU POIDS.
JE DEMANDE À MON MÉDECIN DE ME PESER À CHAQUE CONSULTATION.

SI JE PERDS PLUS DE 3 KILOS, JE PRÉVIENS MON MÉDECIN.

COMMENT JE RECONNAIS UNE PERSONNE DÉNUTRIE ?

UN ENFANT

- ne grandit pas
- ne prend pas de poids

UN MALADE TRAITÉ POUR UN CANCER

- a des nausées
- n'a plus d'appétit

UNE PERSONNE AVEC UNE LONGUE MALADIE

- mange très peu

UNE PERSONNE ÂGÉE

- n'a plus la force de faire les courses
- n'a plus envie de faire à manger

UNE PERSONNE QUI A PERDU L'APPÉTIT

- a des vêtements qui flottent ou une ceinture resserrée

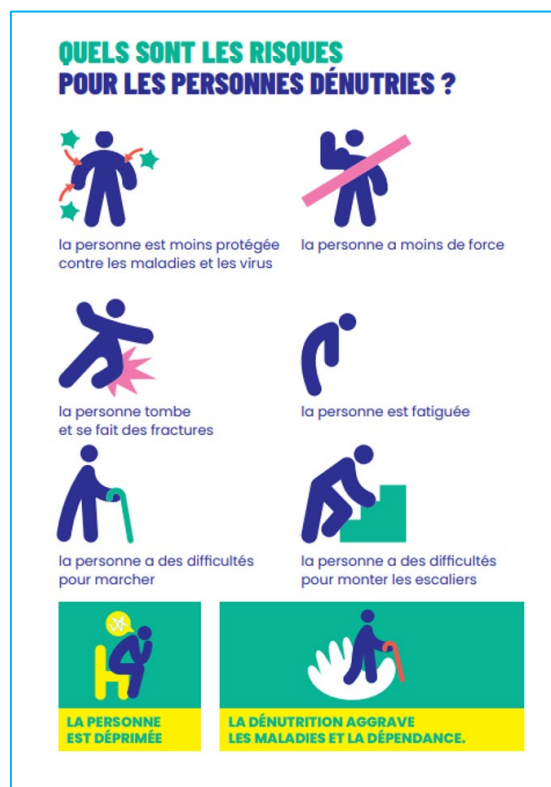
- Qu'est-ce que la dénutrition ? Une personne est dénutrie quand elle perd du poids, qu'elle perd de la force : la dénutrition est une question de muscle. Et la santé est fragile. Donc le message principal, c'est : « Attention, je perds du poids, je demande à mon médecin de me peser à chaque consultation ».

Et on aimerait tellement que ce soient les patients qui le demandent en consultation pour favoriser un suivi du poids.

- Comment reconnaître une personne dénutrie ? Chez les enfants, c'est surtout quand ils cessent de grandir et de prendre du poids. Il faut être attentif aux personnes qui révèlent des symptômes digestifs, parfois pendant les chimiothérapies, ceux qui vomissent ou ont une anorexie.

Être attentif à une personne âgée qui ne fait pas les courses, peine à cuisiner, à une personne qui est beaucoup alitée : on crée de la dénutrition par la sédentarité – c'est ce qui a de plus délétère pour les muscles.

Être attentif encore à une personne qui a perdu du poids et donc porte des vêtements trop grands. Ce sont des messages très simples.



- Quels sont les risques ? Je vous ai parlé de l'immunité, donc des risques d'infection, les risques liés à la diminution de la force musculaire, les chutes, l'asthénie, les troubles de la marche, la difficulté à monter des escaliers... Il y a aussi les questions de santé mentale avec la dépression et l'aggravation des maladies et de la dépendance.


• Comment l'éviter ?

COMMENT ÉVITER LA DÉNUTRITION ?

1 - pour éviter la dénutrition, je dois bien manger.




je peux manger tout ce que j'aime.




je peux manger des aliments gras ou sucrés.

JE MANGE DES PROTÉINES TOUS LES JOURS




du poisson
des œufs
de la viande
des produits laitiers
des lentilles
des pois chiches




des épices
des aromates
des condiments

J'AMÉLIORE LE GOÛT DES PLATS


2 - pour éviter la dénutrition, je dois avoir une activité physique adaptée à ma santé.




marcher



faire du vélo




faire de la gymnastique




jardiner

2 - pour éviter la dénutrition, je dois prendre soin de mes dents.




je me brosse les dents tous les jours.




je vais voir mon dentiste 2 fois par an.

COMMENT ME SOIGNER ?

1 - je reprends des forces.




je mange plus.



je mange beaucoup de protéines.


2 - je demande des conseils.

JE CONSULTE MON MÉDECIN TRAITANT



le médecin peut prescrire des compléments alimentaires. les compléments alimentaires sont riches en protéines. je prends ces compléments en plus de mes repas. les compléments m'aident à récupérer des forces.

JE CONSULTE UN DIÉTÉTIEN



le diététicien est un spécialiste de l'alimentation. il peut m'aider à améliorer mon alimentation.

Grâce à des actions très simples : il faut bien manger, même les aliments gras ou sucrés. Dans la lutte contre la dénutrition, on va à contre-courant de tous les messages classiques.

Nous, nous prescrivons un Nutri-Score Z, avec l'idée de ne rien s'interdire, de ne pas se limiter dans les produits sucrés, de ne pas faire de régime sans sel, etc. Je mange des produits qui contiennent des protéines (poissons, œuf, fromage, viande, etc.) et je donne du goût aux aliments dans la mesure où ça me plaît (sel, poivre, épices, plantes aromatiques, etc.).

Pour sensibiliser à la dénutrition, nous avons utilisé des pictogrammes, d'abord sur l'entretien des muscles – « je marche », « je fais du vélo », « je jardine » –, ensuite sur l'aspect bucco-dentaire – « je me brosse les dents », « je vais chez le dentiste », « je mange plus et je mange plus de protéines » – et, enfin, sur l'alimentation – « je contacte un diététicien ». On peut parfois être amené à prescrire des compléments nutritionnels oraux.

L'idée, c'est de bien adapter l'alimentation à ce qu'on peut et veut manger en fonction de ses besoins.

SEMAINE NATIONALE DE LA DÉNUTRITION

LUTTE CONTRE LA DÉNUTRITION LE COLLECTIF

PARAD

Poids • Appétit • Repas • Alimentation

Un outil simple, précoce et universel, pour prévenir le risque de **DÉNUTRITION** en 4 questions

<p>P OIDS</p> <p>Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Oui, plus de 5 kg = ● Oui, plus de 3 kg = ■ Je ne sais pas = ▲ Non = ★ <p>A PPÉTIT</p> <p>Mon appétit est :</p> <ul style="list-style-type: none"> Très faible = ● Faible = ■ Bon = ▲ Très bon = ★ <p>R EPAS</p> <p>Je prends :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 repas / jour = ● 2 repas / jour = ■ 3 repas / jour = ▲ 3 repas + 1 collation / jour = ★ 	<p>A LIMENTATION</p> <p>Difficultés pour manger :</p> <ul style="list-style-type: none"> Il m'arrive souvent d'avaler de travers ou de tousser pendant les repas = ● Je ne mange que des aliments mous = ■ Je mange de tout ou presque mais j'ai des difficultés à mâcher les aliments durs (ex.: steak ou fruits crus) = ▲ Je mâche tous les aliments (même durs) et j'avale sans difficulté = ★ <p style="text-align: center;">CUMULEZ LES SYMBOLES CORRESPONDANT À CHAQUE RÉPONSE</p>
---	---

Vous avez obtenu au moins 1 ● ou 2 ■

Prenez rendez-vous avec votre médecin et faites-lui part de vos difficultés à manger, de votre perte d'appétit ou de poids. Il peut vous proposer un bilan médical, une consultation avec une diététicienne, ou un enrichissement de l'alimentation pour vous aider à limiter votre perte de poids ou à reprendre du poids. N'oubliez pas de faire un peu d'activité physique chaque jour, selon vos possibilités.

Vous avez obtenu une autre combinaison de symboles

Gardez l'habitude de prendre trois repas complets par jour et prenez une collation dans la journée si cela vous fait plaisir. Entretenez vos muscles avec une activité physique régulière. Consultez un dentiste régulièrement : une bouche saine est importante pour l'alimentation. Pesez-vous tous les mois et, en cas de perte de poids ≥ 3 kg, informez votre médecin.

Vous avez obtenu 4 ★ ou 3 ★ + 1 ▲

C'est très rassurant ! Continuez à vous alimenter régulièrement et avec plaisir. Pratiquez une activité physique, ce qui vous plaît et selon vos possibilités. Pesez-vous une fois par mois. L'objectif est de garder un poids stable. Si vous perdez 3 kg ou davantage, signalez-le à votre médecin.

Un autre flyer disponible porte les mêmes messages mais de manière beaucoup plus simple.

[Retour au sommaire](#)

- D'abord, le poids : « Avez-vous perdu du poids ces derniers mois ? » – « Plus de 5 kilos », « Moins de 3 kilos », « Je ne sais pas » (on perd des points quand on ne connaît pas ses variations de poids), « Je n'ai pas perdu de poids ».
- Puis, l'appétit : très faible, bon, très bon. Le fait de sauter des repas est pris en compte, les personnes ayant peu d'appétit ont souvent des stratégies d'évitement des repas.
- Ensuite, la bouche : « Est-ce que j'ai du mal à avaler ? », « est-ce que j'avale de travers ? », « est-ce que je tousse ? », « est-ce que je ne mange que des aliments mous ? », etc.

Le tout est présenté de façon ludique avec les pictogrammes de couleur et avec une interprétation en trois catégories.

- La meilleure – plusieurs étoiles ou un triangle orange – signifie que tout est rassurant : « Continuez à vous alimenter et à faire de l'activité physique, pesez-vous régulièrement, allez chez le dentiste et si vous perdez 3 kilos ou davantage, signalez-le à votre médecin ».
- La plus mauvaise – un rond rose ou deux carrés verts – signifie qu'il faut aller chez le médecin voir ce qui ne va pas pour comprendre les causes et envisager une prise en charge nutritionnelle.
- La catégorie intermédiaire.

Cet outil est très apprécié pour sa facilité et sa rapidité de prise en main. On aimerait qu'il puisse être dans les salles d'attente des cabinets de chirurgiens-dentistes, de médecins généralistes, des laboratoires de biologie ou dans les pharmacies – partout où on a le temps de répondre à ces questions et d'être sensibilisé.

Cette année, on a produit un troisième outil qui affiche des records de commande. Il s'agit d'une aide à la prescription des compléments nutritionnels oraux, destinés aux médecins et aux pharmaciens.

C'est important parce qu'ils ne savent pas toujours quoi prescrire. Cette fiche délivre des informations sur leur potentiel énergétique et les formats – boissons lactées, jus de fruits, compotes, produits céréaliers – avec des indicateurs de calories et de grammes de protéines pour faire des équivalences.

Les commandes sont réalisées pour un bon tiers par les hôpitaux, un autre tiers par les Ehpad, puis tout un ensemble d'acteurs comme les CPTS, les pharmacies, etc. Tous ces outils sont commandés et livrés gratuitement, ce qui constitue aussi la force du système : les professionnels reçoivent des outils qu'ils n'ont plus qu'à distribuer.

M. Pascal MASSIOT

Dr Dupré-Lévêque, vous avez créé une structure qui accompagne des établissements et, vous le disiez ce matin, vous avez lancé un site le 18 mars 2020, au premier jour du premier confinement, qui a eu un fort retentissement médiatique, notamment grâce au soutien immédiat de Sophie Darel et Michel Drucker. En quoi « Stop à l'isolement » est-il un outil original ?

Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE

Site « *Stop à l'isolement* »

Je travaille depuis de très nombreuses années sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. Derrière cet outil extrêmement ludique, j'y ai mis, je crois, tout ce que je sais. Il s'agit d'un outil d'une extrême simplicité, accessible à tout le monde et qui comporte plusieurs enjeux.

Le site est donc né le 18 mars 2020. Il affiche près de 20 millions de vues. Quelque 1 600 vidéos, articles ou guides sont disponibles.

L'idée, c'est de mettre un maximum d'informations concernant la prévention – un onglet y est entièrement dédié.

J'ai effectivement bénéficié au départ du coup de pouce d'une connaissance, Sophie Darel, avec qui je faisais des colloques de temps en temps. Dès lors qu'il y a eu ce confinement, je l'ai appelé au secours en disant : « C'est une catastrophe, ce qui se passe dans les Ehpad ».

Elle m'a demandé : « Veux-tu qu'on appelle Michel Drucker ? ». Et pendant tout le confinement, il a été omniprésent en créant plusieurs vidéos et émissions pour le site. Ont suivi des centaines d'artistes ou de célébrités, ainsi que la ministre des Personnes âgées.

On a organisé un concours de poésie réservé aux personnes en situation de handicap ou âgées, qu'elles soient accompagnées à domicile ou en établissement, quel que soit leur âge. La créativité, l'émotion, l'art sont des choses qu'on peut partager très longtemps. Et arriver à parler de soi au travers de la poésie est aussi une très bonne thérapie.

Sur le site, tous les jours, vous avez deux minutes d'un programme de divertissement du lundi au dimanche.

- Le lundi, on propose une chanson ou une poésie.
- Le mardi, soit une recette de cuisine (on a eu 25 recettes de Mamie Lulu, une ancienne cuisinière de plus de 80 ans qui a un énorme succès, avec près de 1,6 million de vues – elle a pour mission de proposer des recettes pas chères et faciles à déglutir) soit des conseils de prévention.

Nous avons aussi mis à disposition des séances de yoga assis (on a proposé 25 séances gratuites qui conviennent aux personnes en fauteuil roulant, sans risque de chute ou de blessure). Ces séances de six minutes chacune ont atteint les 400 000 vues.

- Le mercredi, ça s'appelle « parole d'aînés ».
- Le jeudi, c'est la culture. L'idée, c'est d'avoir des petites vidéos de certains musées, de villes, de villages, pour voyager dans le monde.
- Le vendredi, c'est de l'humour. Beaucoup d'humoristes ont fait des sketches juste pour nous.
- Le samedi au jardin parce que, finalement, la nature, les animaux, c'est quelque chose de très apaisant et que les gens aiment beaucoup regarder.

[Retour au sommaire](#)

- Le dimanche, on termine toujours par une carte postale : on va n'importe où, en France et à l'étranger. Ce site est interactif, donc je vous invite quand vous partez en voyage à nous envoyer vos photos, si elles sont belles et réussies. Elles seront mises en musique et deviendront une vidéo. C'est grâce à cette interactivité que nous avons beaucoup de vidéos et notamment de jardins d'Ehpad.

Des « people » participent à « Stop à l'isolement ». Le dernier en date est Gérard Klein. Et pour les personnes qui n'ont pas internet, nous avons une newsletter imprimable. Une auxiliaire de vie ou un aidant peut l'imprimer et la donner. On parvient, grâce à elle, à atteindre d'une autre manière l'objectif de l'outil « Stop à l'isolement » : la papote.

Souvent les personnes âgées accompagnées par des professionnels sont davantage considérées comme des malades que comme des personnes singulières, riches de leur histoire de vie. Elles mettent donc souvent en avant ce côté « malade ».

Pour autant, engager une conversation personnelle peut être considéré comme un véritable soin. Le site propose chaque jour à chaque professionnel d'avoir un nouveau sujet d'échange.

Si je suis abonné à la page Facebook de « Stop à l'isolement », je n'ai même pas besoin de regarder la vidéo. Je vois qu'aujourd'hui, c'est par exemple Royan comme carte postale, voilà notre sujet de « papote ».

M. Pascal MASSIOT

La papote après la popote ?

Dr Delphine DUPRÉ-LÉVÊQUE

Exactement. Ou pendant.

L'auxiliaire de vie va préparer la popote. Il faut anticiper la papote. Pour avoir une bonne qualité de vie, d'un point de vue scientifique, parler de moi deux minutes par jour améliore ma qualité de vie.

C'est plus efficace que de parler trois heures un samedi après-midi. Donc tout doit être mis en œuvre pour que je puisse parler de moi. Et pour parler de moi, il faut que j'arrive à avoir un sujet de conversation. Donc l'idée, c'est d'avoir des sujets heureux et d'apprendre à connaître la personne grâce à ça.

Le site permet aussi à des aidants ou à des proches aidants d'avoir un sujet de conversation. Pendant le Covid, ils attendaient tous les jours la vidéo : « Ça nous fait notre sujet », disaient-ils.

Le site suit aussi l'actualité. Pendant la Semaine de la lutte contre la dénutrition, on retrouvera, par exemple, sur le site Danièle Gilbert qui fait son saumon en papillote ; l'expérience incroyable des petites cantines, une association lyonnaise ; Mamie lulu qui concocte ses pommes de terre sarladaises ; un pot-au-feu avec le chef Laurent Sicre, conseiller chez Nutrisens ; une vidéo avec une diététicienne-nutritionniste et un oncologue, etc.

[Retour au sommaire](#)

Et pour finir, je dis ENSEMBLE ! Le mot de ralliement de stopalisolement.fr.

M. Pascal MASSIOT

La cuisine est un bon enchaînement pour présenter le prochain outil. Pr Richard Villet, vous êtes membre de la Fondation de l'Académie de Médecine et ex-chef de service de chirurgie viscérale et avez participé à la construction d'un livre de cuisine que vous allez nous présenter.

Pr Richard VILLET

Secrétaire général de la Fondation de l'Académie de Médecine

L'objectif de la Fondation, c'est de sensibiliser, d'innover, de prévenir, pour que chacun soit acteur de sa santé et puisse la prendre en charge de façon vraiment personnelle.

Luttant contre les fake news, elle s'appuie sur un consensus scientifique pour donner un maximum d'informations de qualité.

Dans cet esprit, le professeur Jean-Pierre Michel, co-auteur du rapport de l'Académie européenne de médecine « Transforming the future of ageing » (transformer le futur du vieillissement), et l'Académie nationale de médecine dont il est membre ont organisé plusieurs débats sur le vieillissement, au sens large – y compris la lutte contre les chutes, l'aménagement des maisons, etc. que nous n'aborderons pas ici.

La Fondation de l'Académie de Médecine a également organisé des débats sur l'alimentation, en la combinant avec le vieillissement.

Soutenus par le chef Olivier Roellinger avec qui nous avons travaillé, nous nous sommes dit que bien manger signifiait d'abord « se faire plaisir », privilégier les circuits courts, éviter les produits transformés mais également avoir un bon état de santé bucco-dentaire.

Grâce au soutien de nombreuses personnalités – Agathe Raynaud-Simon et Bertrand Fougère ici présents, l'UFSBD, etc. –, nous publions un livre qui s'appelle *Le goût de l'âge – Nutrition, santé bucco-dentaire et bien vieillir*.

Il comprend trois parties.

- La première partie rappelle ce qu'on a dit ce matin, sur l'intérêt d'avoir une bonne qualité orale au sens large, aussi bien les muscles, les dents et le reste. Y sont rappelées les données scientifiques sur cette thématique, notamment la dénutrition, l'aménagement du domicile, qu'est-ce que le bien-vieillir, etc.
- La deuxième partie comporte des recettes de cuisine réalisées par des grands chefs comme Michel Bras, Sandrine Baumann-Hautin, Christian Têtedoie. Chacune d'entre elles inclut une note diététique.
- La troisième partie prodigue des conseils pratiques, par exemple sur les troubles de la déglutition. Ce qu'il faut faire, si l'on est aidant, – le livre s'adresse aussi bien aux aidants qu'aux personnes âgées elles-mêmes – en cas de fausse route, comment gérer son frigidaire, etc.

[**Retour au sommaire**](#)

Ce livre sera offert par la Fondation en version papier pour qu'il soit le plus accessible possible et en version numérique à l'adresse : <https://online.flippingbook.com/view/669560088/16-17/>



M. Pascal MASSIOT

Vous m'aviez dit lors de la préparation de ce colloque : « Ce type de projet est le signe qu'on se parle entre cuisiniers, professeurs de médecine, diététiciens ».

Pr Richard VILLET

« Papote et popote », disait Delphine Dupré-Lévêque.

Elle a tout à fait raison. Pour résumer notre travail scientifique sur l'alimentation, bien manger est aussi un moment de plaisir, qui rejoint les démarches d'aller-vers : quand je vois, lorsque j'étais interne, la façon dont on distribuait les repas sur un plateau en métal et on laissait faire le malade qui venait d'être opéré d'un bras ou qui ne voyait pas clair se débrouiller avec son plateau...

Bien manger, c'est aussi créer un moment convivial, aider ceux qui ne peuvent plus manger grâce à des couverts adaptés, ce sont des tas de détails auxquels on doit penser et qui sont très importants pour être en bonne santé.

Vidéo « Sourire et bien vieillir »



<https://www.mabouchemasante.fr/video/video-sourire-et-bien-veillir/>

[Retour au sommaire](#)

M. Pascal MASSIOT

David Gruson, vous êtes directeur du programme « La santé à domicile » et fondateur d’Ethik-IA. Quelques mots sur ces images ?

M. David GRUSON

La Poste Santé et Autonomie

Il s’agit d’un film de sensibilisation sur la prévention en santé bucco-dentaire pour les personnes âgées. Une très belle initiative portée par l’UFSBD. C’était important pour nous, à La Poste Santé et Autonomie de s’associer à ce projet, qui correspond aux valeurs que l’on porte.

Bravo à toutes les initiatives innovantes qui ont été présentées jusqu’à présent.

J’en ajoute une autre : l’aller-vers. C’est l’autre axe du partenariat qu’on a engagé avec l’UFSBD, il y a un an. Il faut utiliser l’ancrage territorial des acteurs pour aller au contact des personnes plus éloignées de l’accès à la prévention.

Et il faut un médium.

L’intelligence artificielle (IA), sujet qu’on porte avec l’UFSBD, en est un. Elle peut aider après un premier contact à déduire un certain nombre d’outils pour aller vers ce chemin de prévention.

M. Pascal MASSIOT

Parlons d’IA et de santé : font-elles bon ménage ? Ne soulèvent-elles pas des problèmes d’éthique ?

M. David GRUSON

Oui. Deux éléments.

D’abord, l’IA est entrée dans la vie quotidienne. Il faut mesurer le phénomène : le CHU de Nancy a fait un test du nombre de connexions à des systèmes d’IA générative chez ses professionnels le mois dernier.

En quarante-huit heures, près de 50 000 connexions de professionnels du CHU ont été mesurées pour des usages liés à l’exercice professionnel.

L’UFSBD était précurseure du sujet depuis une dizaine d’années, déjà. Elle a su anticiper les usages mais aussi les enjeux éthiques.

Elle était notamment co-porteuse d’Ethik-IA, un principe de supervision humaine de l’IA qui est désormais inscrit dans le règlement européen sur l’IA. Ensuite, il y a un lien entre prévention et IA.

En santé bucco-dentaire, des systèmes de prédiagnostic à domicile se développent. Les images sont vues et interprétées par l’IA et doivent ensuite faire l’objet d’un contrôle humain par un chirurgien-dentiste.

[Retour au sommaire](#)

M. Pascal MASSIOT

Le programme Oralien, c'est de l'IA appliquée au service des personnes.

M. David GRUSON

Le programme, dit « article 51 », que l'UFSBD a initié consiste tout simplement en la réalisation d'une vidéo de la bouche d'une personne âgée en Ehpad par un soignant formé.

L'IA la convertit sous forme de panoramique dentaire avec détection du risque cardiaque et du risque inflammatoire.

La force de l'UFSBD, c'est d'avoir anticipé le besoin d'une supervision humaine.

On réunit tous les trimestres un collège de garantie humaine avec des chirurgiens-dentistes qui revoient les interprétations d'IA, en échantillonnant cette revue.

Il ne s'agit pas de revoir tous les diagnostics.

Cette méthode est désormais devenue le principe général de régulation de l'IA en radiologie, en mammographie, en oncologie.

Concrètement, on place un adaptateur dans la bouche, un smartphone filme et la vidéo est interprétée par IA.

Elle est ensuite envoyée à un opérateur, l'entreprise française Dental monitoring, qui agit pour le compte de l'UFSBD. Celui-ci réalise un précheck qui va déclencher, ou pas, une alerte vers un chirurgien-dentiste.

La garantie humaine porte sur la validité du déclenchement de l'alerte.

Ce qui est intéressant, c'est d'en discuter collégialement, c'est d'avoir un regard humain. Parfois l'IA a tort mais aussi, très souvent, elle a raison.

C'est donc aussi l'occasion de réinterroger les pratiques humaines et de reformer, resensibiliser – ce qui est un des rôles de l'UFSBD.

M. Pascal MASSIOT

Depuis combien de temps ce dispositif est-il sur les rails ?

M. David GRUSON

C'est la quatrième année qu'on met en place cette revue de garantie humaine après deux ans de préparation. C'est un beau dispositif, précurseur.

M. Pascal MASSIOT

Et en termes de coût ?

M. David GRUSON

C'est un programme article 51 avec la question de sa généralisation.

On travaille donc au suivi du dispositif et à la recherche de modèles de généralisation.

Mais il a montré sa validité en termes de résultat de santé bucco-dentaire et de modèle de régulation d'IA, puisqu'il est devenu la référence sur la régulation de l'IA en santé.

M. Pascal MASSIOT

J'ai noté, dans votre intervention, que « l'aller-vers », c'est important.
Le grade au-dessus, c'est « aller chez » ?

M. David GRUSON

J'essaie de ne jamais dire « aller vers » tout seul, parce que c'est devenu un abus de langage. Il s'agit d'aller vers les personnes les plus éloignées de la prévention.

Quand on le dit, même si c'est un peu lourd, on comprend mieux...

Par exemple, hier, à Nancy, La Poste échangeait avec l'Agence régionale de santé (ARS) sur un programme pour aller vers les personnes les plus éloignées de la vaccination, leur expliquer en quoi c'est important de se faire vacciner et de passer le relais à des professionnels.

M. Pascal MASSIOT

On bat en brèche une sorte de non-recours au droit, par exemple, de se faire vacciner. Une manière, en quelque sorte, de réduire une fracture sociale et médicale.

M. David GRUSON

Oui, c'est l'idée, dans les quartiers de politique de la ville et en milieu rural, notamment.

M. Pascal MASSIOT

Pour terminer le tour de table, une intervention à deux voix : Nathalie Houin – vous êtes chirurgien-dentiste conseil à la Mutualité sociale agricole (MSA), qui a été une sorte de laboratoire pour des dispositifs et des initiatives – et Louise Bourdel – vous êtes médecin de santé publique, conseillère technique nationale à la MSA.

Vous allez nous parler de ce qui est possible de faire sur le terrain, d'outils pour agir en proximité.

Dr Louise Bourdel

Médecin de santé publique

Conseillère technique nationale à la MSA

La MSA, c'est le deuxième régime de protection sociale obligatoire – et non une mutuelle privée. Elle couvre 5 millions de personnes, donc entre 4 et 5 % de la population française. En maladie, on est sur 3 millions de personnes.

On couvre l'ensemble des risques de la protection sociale – maladie, famille, chômage et retraite – et on assure également le recouvrement des cotisations.

Qu'est-ce qu'un assuré agricole ?

C'est un agriculteur mais aussi tous les salariés qui gravitent autour de cette personne. Ce qui couvre toutes les entreprises du paysage, par exemple les salariés de chez Groupama, le Crédit Agricole, etc.

On a donc une très grande variété d'assurés. Les salariés agricoles sont, comme la population française, de plus en plus âgés.

Et nos salariés, qu'on appelle non-salariés agricoles, donc plutôt des exploitants, sont bien plus âgés. 60 % de nos exploitants ont plus de 60 ans. On a un véritable sujet de vieillissement chez ces assurés et un sujet d'isolement, aussi, chez ces personnes qui vivent principalement en ruralité.

Si l'on observe l'accessibilité potentielle localisée (APL, qui considère l'offre et la demande de soins) aux chirurgiens-dentistes, plus de 60 % de notre population a accès à moins de 60 ETP de chirurgien-dentiste, ce qui équivaut à la moitié de la moyenne nationale.

Et une grosse partie de notre population est concernée par une APL très faible, voire nulle : 23 % par rapport à une moyenne de 17 % de la population française. On est donc confronté à un véritable sujet d'accès aux soins et de vieillissement.

Comment travailler sur ce contexte ? Quelles solutions mettre en place ?

La MSA, qui couvre l'ensemble des risques de la protection sociale, travaille en guichet unique, avec des populations couvertes en retraite, en maladie et en tout ce qui est précarité et action sociale.

On va donc avoir une approche globale de ces personnes et construire toutes les actions de prévention selon cette approche globale.

Comment tient-on compte de la personne au-delà de la maladie, de la prestation, du remboursement du soin ? Comment prend-on aussi en compte la précarité, le vieillissement, l'isolement ?

En découle un système d'action, notamment en termes bucco-dentaires, que Nathalie Houin présentera.

Nous avons également une action d'accompagnement des professionnels de santé dans l'exercice coordonné.

On va donc les accompagner pour qu'ils créent l'exercice coordonné en zone rurale, parce qu'on sait que cette solution offrira un accès pérenne pour les populations. Ce sont des professionnels qui travaillent ensemble.

Et on a besoin, notamment sur ces questions de vieillissement, d'un parcours bien coordonné entre la santé, le social et le médico-social.

Dr Nathalie HOUIN

Chirurgien-dentiste conseil à la MSA

Nous déployons un ensemble d'actions qui vont interagir et se compléter.
C'est le but de nos dispositifs.

En tant que régime obligatoire d'Assurance Maladie, nous avons des dispositifs identiques à ceux du régime général, entre autres celui que vous connaissez tous, M'T dents.

Nous avons aussi le même dispositif pour les femmes enceintes. On avait aussi à la base des dispositifs institutionnels qui servaient à compléter ces actions de base.

Ils ont été repris : la MSA a été reconnue comme étant souvent précurseur de dispositifs, repris ensuite par les autres régimes d'Assurance Maladie. Entre autres, nous avons un bilan bucco-dentaire (BBD) de rattrapage pour les enfants sur l'année supplémentaire entre les 3 ans et les 12 ans.

On essaie d'avoir une approche plus ciblée pour ceux qui n'ont pas participé aux âges clés. De la même façon, on a mis en place – ce qui a été adapté dans la nouvelle convention des chirurgiens-dentistes 2023-2028 – l'extension du BBD pour les femmes enceintes non plus à 12 jours après l'accouchement mais à six mois.

Nous avons aussi étendu notre BBD spécifiquement aux femmes qui étaient non consommatrices de soins peu de temps après l'accouchement.

Dans ce cadre de la prévention, nous conservons des spécificités.

Nous avons spécifiquement pour les seniors un BBD qui, au départ, visait des personnes de 65 ans. On l'a un peu remanié en passant à un public de 60 ans.

Pourquoi ?

Ce BBD à 60 ans fonctionne comme le programme M'T dents pour les plus jeunes : on reçoit une invitation dans le mois précédant le 60^e anniversaire et on cible ainsi deux catégories de population, qui vont recevoir un courrier type – les personnes non consommatrices de soins et celles atteintes d'une affection de longue durée (ALD) 5 (pathologies cardiovasculaires) et d'une ALD 8 (diabète de type 1 ou 2).

Pourquoi ces deux ALD seulement alors qu'on vient d'étendre la prise en charge des bilans parodontaux dans la convention à cinq ALD supplémentaires ?

Je pense qu'on va certainement retravailler pour s'adresser spécifiquement aux personnes porteuses d'ALD ou aux personnes indemnes d'ALD.

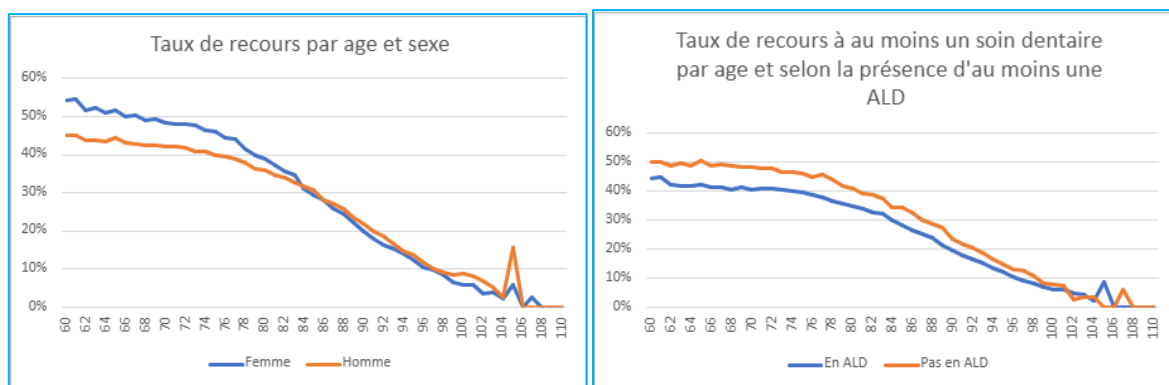
[Retour au sommaire](#)

Pour ce bilan, les praticiens sont indemnisés au même tarif qu'un BBD classique (40 euros), sans aucun souci de prise en charge. Le praticien renvoie l'invitation complétée à partir de laquelle nous établissons des statistiques et observons la façon dont se comporte notre population ciblée.

Pourquoi a-t-on avancé l'âge ? Parce qu'on s'est dit que 65 ans, c'était peut-être tardif. On s'était basé jusqu'à 2017 sur le moment de passage à la retraite.

Mais plus on peut anticiper les situations, plus ce sera efficace.

D'autant que, comme l'a dit Louise, la majorité de la population que l'on couvre vit en milieu rural et est, par définition, plus éloignée du soin ou connaît des difficultés de déplacement, d'où l'intérêt d'une prise en charge anticipée.



Sur ces courbes, on voit très bien la chute du taux de recours aux chirurgiens-dentistes par âge et par sexe. Les deux se superposent assez facilement.

De la même façon, le graphique de droite compare le taux de recours aux chirurgiens-dentistes entre les personnes couvertes avec ALD et sans ALD.

C'est assez parlant : les personnes en ALD ne consultent pas plus.

Quelles que soient les courbes, on voit bien que la proposition de faire cet examen, gratuit, malgré cette démarche d'aller-vers personnalisée, peine à mobiliser.

Si on rapporte au nombre de BBD réalisés, le taux de participation en moyenne est à peu près de 10 %, et il est encore pire chez les personnes bénéficiaires d'ALD que chez les personnes qui n'ont pas d'ALD. Ce sont des personnes particulièrement difficiles à atteindre, donc on se bat.

Dr Louise BOURDEL

Une précision sur l'aller-vers : on va essayer « d'attraper » les personnes qui n'ont pas consommé de soins dans l'année précédente et on pense ces actions en « ramener vers ».

C'est-à-dire qu'on essaye de les réintégrer dans un parcours de soins. C'est ça, qui est le plus compliqué.

[Retour au sommaire](#)

Quand on envoie un courrier en disant « Allez voir votre dentiste », on sait que le pas est compliqué mais, une fois qu'il est fait, la personne intègre plus facilement un parcours de soins dans la durée.

On essaye donc d'intégrer des dispositifs, notamment Déclic, qui va chercher ces personnes par téléphone avec des travailleurs sociaux formés à l'entretien motivationnel, ce qui favorise un véritable échange avec l'assuré pour le motiver à consulter un chirurgien-dentiste ou un médecin traitant.

Dr Nathalie HOUIN

Nous avons les mêmes problématiques avec le dépistage des cancers.

Nous sommes en train de mettre en place des plateformes d'appels pour échanger avec les assurés et recueillir les écueils, comprendre les freins à ces consultations, pour les transformer en leviers.

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

9h00 - 17h00



TABLE RONDE

« *Des acteurs à mobiliser pour agir en proximité* »

- Dr Anne ABBÉ-DENIZOT (Union française pour la santé bucco-dentaire – UFSBD)
- Dr Bruno FAVIER (Mutuelle générale de l'Éducation nationale – MGEN, Groupe VYV)
- M. Didier GADEL (association Aller plus haut)
- M. Benjamin LEROUX (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA)
- Dr Joëlle MARTINAUX (Union nationale des centres communaux d'action sociale – UNCCAS)
- M. Jérôme PERRIN (Union nationale de l'aide à domicile en milieu rural – ADMR)
- Mme Anaïs VARLET-BECU (Conseil national professionnel infirmier – CNPI)

[Retour au sommaire](#)

M. Pascal MASSIOT

Dernière table ronde pour évoquer les acteurs à mobiliser pour agir en proximité. Premier acteur : la CNSA. M. Leroux, pouvez-vous nous présenter cet organisme ?

M. Benjamin LEROUX

Responsable CNSA

Dotée d'un budget de 42 milliards d'euros, la CNSA a un champ d'action vaste, des établissements d'accueil des enfants en situation de handicap à ceux de personnes en situation de dépendance.

C'est une caisse relativement récente dans le paysage de la Sécurité sociale, même si elle existe depuis 2003, post-canicule. Il y a eu des évolutions législatives importantes sur la période 2020-2021, qui ont créé un nouveau risque au sein de cette Sécurité sociale, le risque autonomie.

Et cette caisse est devenue la caisse nationale chargée de gérer cette branche autonomie.

La naissance de la CNSA, donc, c'est 2003, mais les nouvelles missions de la CNSA en tant que caisse nationale de Sécurité sociale chargée de gérer cette nouvelle branche autonomie, c'est 2020-2021.

Je vais vous parler du point de vue de la prévention de la perte d'autonomie, puisqu'une des missions de la CNSA, c'est d'animer et d'être le financeur majoritaire (près de 100 millions d'euros par an) des commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA).

Ces véhicules ont été installés à l'échelle départementale en 2015 et regroupent la grande majorité des acteurs ou des financeurs de la politique de prévention dédiée aux plus de 60 ans.

Pour appuyer et sécuriser les choix à la fois des financeurs et des opérateurs des actions de prévention, la CNSA a été chargée de créer, dans le cadre de la loi sur le bien-vieillir de 2024, un centre de ressources et de preuves.

En s'appuyant sur la science, celui-ci détermine quels leviers déployer pour avoir l'action la plus efficace possible en matière de prévention.

L'approche – on le voit depuis ce matin – est nécessairement globale. Des modèles de l'OMS montrent, par exemple, que la santé est déterminée à près de 45% par des facteurs socio-économiques.

On essaye donc d'apporter cette vision, de dire à ceux qui décident ou proposent des actions de prévention que certaines sont peut-être plus utiles que d'autres pour préserver l'autonomie. Les actions sur la santé bucco-dentaire font partie des actions sur lesquelles on demande aux acteurs locaux de prioriser les efforts à travers l'entrée de la nutrition.

M. Pascal MASSIOT

Quels exemples d'actions globales pouvez-vous citer ?

[Retour au sommaire](#)

M. Benjamin LEROUX

On peut citer les travaux qu'on a menés sur l'alimentation avec la professeure Agathe Raynaud-Simon.

On retrouve un certain nombre de critères qui convergent vers une approche globale de la santé.

M. Pascal MASSIOT

Et dans cette approche globale, l'éducation à la santé a évidemment une part prépondérante. C'est un objectif de l'asseoir davantage dans notre culture de citoyennes et de citoyens ?

M. Benjamin LEROUX

Absolument. Plus on s'y met tôt, plus on obtient des résultats.

La prévention à tout âge est utile. On vit, particulièrement en France, relativement vieux, mais on pourrait vivre en meilleure santé.

Cette approche de l'éducation en santé est fondamentale et elle reste encore à mener.

M. Pascal MASSIOT

Madame Anaïs Varlet-Becu, votre structure, le CPNI, regroupe 22 organisations professionnelles.

Elle a aussi une mission de service public, avec un groupe dédié à l'hygiène bucco-dentaire. D'après vos constats sur le terrain, que faudrait-il faire progresser en matière d'hygiène orale ?

Mme Anaïs VARLET-BECU

CPNI

En tant qu'infirmière, je voudrais rebondir sur les ressources qu'on va retrouver, notamment à domicile.

La bouche est au cœur du maintien de l'autonomie – on l'a vu au travers des interventions de ce matin, en particulier des professeurs Fougère et Bouchard.

Elle est au carrefour de la communication, de l'intimité, de la nutrition, de l'estime de soi, etc. Les infirmiers, dans leur formation, s'intéressent d'abord à la personne, à l'environnement, à la santé et aux sciences infirmières pour prendre en charge leurs patients.

On travaille notamment autour des 14 besoins fondamentaux, dont au moins six traitent directement de l'hygiène bucco-dentaire et de l'oralité.

Les infirmières ont la capacité d'observer une qualité buccale, de l'analyser pour pouvoir conseiller, orienter ou suppléer quand cela est nécessaire.

L'hygiène bucco-dentaire au domicile est un travail partenarial.

Avec les aides à domicile : comment les aider à accéder à une bouche.

Avec le pharmacien : trouver le bon produit pour que la personne prenne soin de sa cavité buccale ou qu'un tiers puisse l'aider sans être trop intrusif.

[**Retour au sommaire**](#)

Entrer dans une bouche, au domicile, ce n'est pas si facile. Ce sont des habilités qui se développent sur le terrain et qui se partagent, donc on va travailler aussi avec le chirurgien-dentiste et le médecin.

M. Pascal MASSIOT

Quels signes d'alerte les infirmières rencontrent-elles le plus souvent ?

Mme Anaïs VARLET-BECU

L'avantage de l'infirmière, c'est qu'elle connaît bien ses patients, ainsi que les aidants quand il y en a, et que des choses plus intimes peuvent se raconter.

Une infirmière peut aller dans la bouche d'un patient parfois plus facilement que d'autres professionnels parce qu'on partage une certaine intimité : « Je vois que dans votre pilulier, on a introduit un nouveau traitement : qu'est-ce que ça donne au niveau de la salive dans la bouche ? », etc.

On a vraiment ces portes d'entrée, déterminées par la connaissance et la confiance des patients, des aidants et des associations qui gravitent autour, notamment des auxiliaires de vie, avec qui on travaille en partenariat pour le bien-être des personnes âgées.

M. Pascal MASSIOT

Je pense que le propos sera confirmé par Jérôme Perrin, directeur du développement et de la qualité de l'Union nationale de l'ADMR.

M. Jérôme PERRIN

Directeur du développement et de la qualité de l'Union nationale de l'ADMR

Oui. L'ADMR, c'est un réseau de 2 600 associations essentiellement en milieu rural, 84 000 salariés, 70 000 bénévoles.

Notre activité va de la naissance à la fin de vie puisqu'on accompagne aussi des enfants e bas âge au travers des crèches et des microcrèches.

On accompagne également des familles en difficulté, notamment au titre de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Et l'activité principale de l'ADMR, c'est évidemment l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile mais aussi d'autres activités d'accompagnement comme la livraison de repas (6 millions par an).

M. Pascal MASSIOT

Que constatez-vous sur le terrain ?

M. Jérôme PERRIN

Je vais rester au niveau de l'aide. Aujourd'hui, dans le cadre de la réforme qui fusionne les services d'aide à domicile (SAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), on cherche à coordonner les interventions.

[**Retour au sommaire**](#)

Nos professionnels jouent un rôle technique, de l'ordre de l'aide au brossage de dents, à l'organisation du matériel, aux gestes du quotidien, à la préparation des repas, etc.

Ils jouent un rôle important en matière d'éducation et de prévention. Il s'agit de rappeler les bonnes pratiques, à deux niveaux : d'abord, au niveau de l'employeur, en mettant en place des fiches pour accompagner les aides à domicile ; ensuite, on intervient aussi auprès des aidants et du couple aidant-aidé, malgré le fait que l'allocation pour l'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH) soient individualisées.

Troisième point : le repérage des difficultés. Les aides à domicile suivent les habitudes de la personne.

Quand on note un changement d'habitude, on imagine qu'il peut y avoir une problématique, notamment en termes de nutrition.

M. Pascal MASSIOT

Repérer ces signaux plus ou moins faibles ou des éléments ayant trait à la santé bucco-dentaire, c'est possible pour des aides à domicile qui ont déjà un travail pas facile ?
C'est de la com' ou un vrai sujet ?

M. Jérôme PERRIN

Non, c'est un vrai sujet malgré les difficultés.

Aujourd'hui, l'aide à domicile est devenue une activité extrêmement restreinte : les professionnels rentrent, badgent, et tout ce qui est en dehors du badgeage n'est pas financé. Il est compliqué de prendre ce temps de convivialité et d'accompagnement. Nous le faisons notamment grâce à nos 70 000 bénévoles qu'on forme.

Mais le travail de l'aide à domicile, c'est justement d'être dans l'accompagnement des gestes de la vie quotidienne : se brosser les dents en fait partie.

M. Pascal MASSIOT

Vous commencez à intégrer cette attention à l'hygiène bucco-dentaire dans vos pratiques ou c'est quelque chose en projet ?

M. Jérôme PERRIN

C'est intégré depuis longtemps. Le métier d'aide à domicile évolue. Les professionnels se voient confier de plus en plus de responsabilités.

On travaille sur une nouvelle organisation du travail qui responsabilise aussi plus et rend moins dépendant du casse-tête des plannings.

On essaie aussi de mettre en place tout un travail de coordination – le médico-social, le social et le sanitaire fonctionnent encore trop en silo – avec des dispositifs qui ont tendance à s'accumuler les uns au-dessus des autres.

On va retrouver des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des centres de ressources territoriaux (CRT), des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Ces dispositifs ont leur sens mais on a parfois du mal à y trouver notre place. Et sur le terrain, l'aide à domicile qui appelle directement le dentiste, ça n'existe pas vraiment. Donc, il faut mettre en place des dispositifs pour que l'alerte de l'aide à domicile puisse arriver au bon interlocuteur.

M. Pascal MASSIOT

Votre présence ici est aussi le signe que les choses bougent.

M. Jérôme PERRIN

Oui, les pratiques évoluent, tout comme la vision de l'aide à domicile, encore parfois perçu comme une aide-ménagère alors que ses tâches vont bien au-delà.

M. Pascal MASSIOT

Je vais donner la parole au Dr Joëlle Martinaux, vice-présidente (et ancienne présidente) de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS).

L'UNCCAS représente 4 300 adhérents, gère près de 10 % des Ehpad en France, 70 % des résidences autonomie et 30 000 aides à domicile.

Vous écoutiez attentivement votre voisin de l'ADMR.

Dans les CCAS, c'est pareil.

Comment repérer celles et ceux qui cachent leurs difficultés dentaires ?

Cette question est-elle déjà abordée dans les CCAS et au sein de l'Union nationale. Et si oui, de quelle manière et quelles sont vos projections ?

Dr Joëlle MARTINAUX

Vice-présidente (et ancienne présidente) de l'UNCCAS

Bien sûr, c'est un sujet primordial qui est au cœur des CCAS depuis des années. Je suis également médecin généraliste et urgentiste, donc je suis complètement sensibilisée à ce problème, qui doit être une situation de réseau.

Je me suis amusée à poser la question à mes collègues lorsque j'ai su ma participation à la table ronde, et notamment des collègues qui étaient médecins coordinateurs, par exemple d'Ehpad. Ils m'ont fait remonter quelques remarques sur l'attitude de ces personnes âgées qui pouvaient avoir une mauvaise dentition.

Au-delà des problématiques médicales qui sont une évidence, ce sont des personnes qui peuvent déprimer parce qu'elles ont honte d'elles-mêmes. Leur mauvaise dentition les isole.

Ces personnes n'osent plus aller au restaurant, refusent des repas familiaux parce qu'elles ont honte de leur façon de manger ou peur de ne pas pouvoir manger ce qu'on va leur proposer.

Et leur réseau social diminue, toujours à cause de cette honte de leur image. Ce sont des dimensions à prendre en compte.

[Retour au sommaire](#)

Vous avez évoqué les causes.

D'abord, la peur du dentiste : elle concerne tout le monde à la différence près qu'une personne âgée peut vite penser qu'on va lui enlever toutes ses dents.

Ensuite, il y a la prise en charge.

Mes collègues me disaient quand ils ont la couverture maladie universelle (CMU) ou la C2S, c'est bon, quand ils ont une affection de longue durée (ALD), c'est bon, s'ils ont une mutuelle, c'est bon, mais pour ceux qui sont juste au-dessus de la CMU et doivent payer les 30 %, c'est compliqué.

Ils ne viennent déjà pas chez le médecin ou ne prennent pas leurs médicaments parce qu'ils doivent avancer le tiers payant.

C'est là que l'action territoriale prend tout son sens.

On parle des CPTS, des DAC... Je crois qu'il faut vraiment encourager les dentistes à y participer.

Un certain nombre y participent mais il faut aussi que votre association, sur chaque département, interpelle la CPTS en disant « Et si on parlait du bucco-dentaire ».

En tant que vice-présidente de mon ordre de médecin, je passe des messages dans notre bulletin de l'Ordre, que je passe ensuite à tous les CCAS.

Deuxième point : poussez la porte des CCAS pour faire des événements ensemble.

Une fois qu'on a diagnostiqué, il faut amener aux soins et trouver le dentiste qui va pouvoir prendre en charge. Il faut créer ce réseau. Enfin, les territoires, en particulier les CCAS ou la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM), donnent des participations financières.

Ce sont des choses très pratiques qui ne sont pas compliquées à mettre en place. Il faut continuer, ainsi, à travailler main dans la main, à se battre parce que la santé bucco-dentaire est primordiale dans la santé des personnes âgées.

M. Pascal MASSIOT

Didier Gadel, vous êtes directeur de pôle habitat, projet, cadre de vie pour l'association Aller plus haut, qui accompagne des personnes en situation de handicap mental.

M. Didier GADEL

Directeur de pôle habitat, projet, cadre de vie pour l'association Aller plus haut

Aller plus haut, c'est 25 établissements et services qui accueillent des enfants – on a aussi la chance d'avoir une halte-garderie et une crèche qui accueillent aussi bien les enfants non porteurs de handicap que des enfants porteurs de handicap, de manière à accoutumer à la différence et à l'entraide dès le plus jeune âge – et des adultes – en établissements ou services d'aide par le travail (ESAT), en foyers de vie, avec des accompagnements à domicile, des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social

[**Retour au sommaire**](#)

pour adultes handicapés (SAMSAH). L'association représente 500 salariés, 1 000 personnes accompagnées tous les jours, à peu près 310 hébergées et 150 suivies à domicile.

M. Pascal MASSIOT

Vous avez mis en place un réseau partenarial avec les dentistes de Haute-Savoie, pouvez-vous nous en parler ?

M. Didier GADEL

Tout à fait. J'ai la chance d'avoir à ma droite, Anne Abbé-Denizot, chirurgien-dentiste en Haute-Savoie, qui fait partie de nos nombreux partenaires chirurgiens-dentistes.

Ce partenariat est né d'une idée forte : que les personnes en situation de handicap, concernées par des troubles cognitifs ou sensoriels, y compris par la peur du dentiste, accèdent plus facilement aux soins.

Les personnes en situation de déficience intellectuelle ont deux à trois fois plus de risques d'avoir des affections liées à l'hygiène bucco-dentaire et 40 % d'entre elles n'allaient pourtant pas voir le dentiste, donc on s'est dit « tissons nos réseaux ».

Pour autant, il faut trouver des professionnels formés, habilités qui soient dans l'accompagnement et qui comprennent aussi les personnes en situation de handicap.

L'idée, c'était de dire : « prenons des créneaux réservés chaque semaine et organisons un roulement pour accompagner les personnes en situation de handicap ».

Si une personne est souffrante, peu importe, on en prendra une autre, ce qui fait que les rendez-vous sont toujours honorés.

L'autre élément facilitateur, c'est bien évidemment que les professionnels se connaissent. L'équipe de l'infirmier qui intervient pour les accompagnements et les praticiens – Dr Anne Abbé-Denizot, Sophie Lanoë et bien d'autres – se connaissent maintenant sur le bout des doigts.

M. Pascal MASSIOT

Donc il y a ce réseau partenarial mis en place avec des chirurgiens-dentistes de Haute-Savoie et il y a le dispositif Oralien qui a été décrit. Peut-être pouvez-vous y apporter votre regard ?

M. Didier GADEL

Oui, l'aventure de cette « évolution – révolution » a commencé en 2018.

La technologie a été expliquée. Oralien n'est pas uniquement un système de captation d'images. C'est aussi la formation que nous dispensons aux personnes qui travaillent dans nos structures. On ne va pas juste montrer comment scanner.

L'idée, c'est qu'il y ait une formation de sensibilisation dispensée par l'UFSBD sur l'hygiène bucco-dentaire, d'avoir aussi des correspondants de santé orale au sein des établissements pour savoir de quoi on parle.

Il fallait aussi identifier qui fait quoi au sein de la structure, organiser pour ne pas tout faire porter sur une seule personne.

Ensuite, c'est très simple, dès que la personne arrive en admission, un bilan est réalisé avec Oralien et les équipes éducatives sont alertées des préconisations à mettre en œuvre, avec la mise en place de protocoles.

M. Pascal MASSIOT

Troisième axe : on parle d'acteurs mobilisés sur le terrain, on voit bien que vous l'êtes toutes et tous.

C'est de la formation, de la sensibilisation des professionnels avec du facile à lire et à comprendre (FALC). Là aussi, votre éclairage sur ce dispositif...

M. Didier GADEL

Pour passer une information, il faut communiquer.

Or, nous avons des personnes qui n'ont pas forcément accès à la parole ou qui rencontrent des difficultés d'élocution ou de compréhension.

Donc l'ensemble des professionnels sont formés en lien avec l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (Unapei) et les unions départementales d'associations de parents et amis de personnes en situation de handicap intellectuel (Udapei) à l'utilisation du FALC.

Comme on l'a vu avec le guide sur la nutrition, il est décliné dans plusieurs supports. Je tiens à souligner l'un d'entre eux : Santé BD, auquel l'UFSBD a participé.

C'est un appui essentiel pour les professionnels et surtout pour les personnes qui sont en situation de handicap mental pour qu'elles comprennent ce qui va se passer lors de leur consultation.

La force de Santé BD, c'est de décrire ce qui va se passer chez un professionnel de santé pour mieux préparer les personnes.

M. Pascal MASSIOT

Ça dédramatise le rendez-vous chez le chirurgien-dentiste, par exemple.

M. Didier GADEL

On ne craint que ce qu'on ne connaît pas, donc à partir du moment où on explique aux personnes la façon dont ça va se passer, ça ne lève pas toutes les peurs mais si on peut éviter d'avoir recours à de la sédation pour faciliter le rendez-vous, il faut le tenter.

C'est une mesure de précaution et surtout d'anticipation, avec des mots très simples.

Résultat : Santé BD peut aussi être utile à des personnes étrangères et à des personnes âgées, qui peuvent avoir un niveau de compréhension altéré par des baisses cognitives.

M. Pascal MASSIOT

Voilà trois axes très concrets d'action sur le terrain. Je vais redonner la parole à Benjamin Leroux de la CNSA.

Ça a été évoqué tout à l'heure, vous pilotez un centre de ressources.

Est-ce qu'il aide les professionnels à mieux intégrer la santé bucco-dentaire dans leur pratique ?

[**Retour au sommaire**](#)

M. Benjamin LEROUX

La prévention de la perte d'autonomie est à la fois dépendante de ceux qui proposent des actions de prévention et de ceux qui les financent.

Donc nous avons ces deux cibles : les financeurs et les porteurs de projet. Les ressources qu'on met à disposition sont adaptées en fonction des professionnels qui doivent agir. L'une d'entre elles est la formation.

Tout le monde est capable de dire que la prévention de la perte d'autonomie est importante et quel grand levier il faut activer.

Mais quand on est les mains dans le cambouis, qu'il faut ouvrir le capot sur les actions de prévention, c'est beaucoup plus compliqué.

Ces formations sont donc importantes mais aussi d'autres ressources comme les synthèses de modalités d'action efficaces.

M. Pascal MASSIOT

Cela peut-il être intégré dans les politiques publiques plus tard ?

M. Benjamin LEROUX

Oui, absolument. Dans l'idéal, une politique publique en matière de santé doit être transversale, donc tous les déterminants de santé doivent être intégrés dans cette politique. La santé bucco-dentaire doit l'être.

On a encore quelques progrès à faire. Je rejoins les propos tenus précédemment par Madame Martineau : il est important que ce sujet soit davantage visible.

Le colloque est un premier pas pour montrer l'intérêt de ce sujet dans une approche plus globale.

M. Pascal MASSIOT

Madame Varlet-Becu, du CPNI, du côté des soignants, des infirmières, des infirmiers, voyez-vous une évolution des pratiques ?

Mme Anaïs VARLET-BECU

Pour les infirmiers, dans le référentiel de formation de base, il faut bien comprendre que l'hygiène bucco-dentaire est abordée sous plusieurs formes.

On a la partie théorique et même des parties pratico-pratiques. C'est-à-dire que, dans nos formations, on reçoit des soins de bouche, on teste différents produits.

J'ai goûté à peu près tout ce qui existe sur le marché. Et il est vrai que c'est important de savoir ce qu'on va mettre dans la bouche de nos patients âgés, les dentifrices, les brosses à dents.

D'ailleurs, je tiens à dire que le bon matériel est capital : l'hygiène bucco-dentaire, c'est une brosse à dents, un dentifrice un peu mentholé mais qui ne pique pas, et une lampe pour évaluer correctement la qualité buccale.

Et déjà, quand tout ça est fourni dans les services, ça change la donne.

Après, quand il y a une difficulté dans la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire, l'infirmier se pose quatre questions.

- Est-ce que le patient a la force de faire son hygiène bucco-dentaire ? C'est une vraie question. Il y a des jours, certains patients vont pouvoir la faire, d'autres non.
- Est-ce qu'il a le bon matériel ?
- Est-ce que le patient sait l'importance de l'hygiène bucco-dentaire ?
- Est-ce qu'il veut aussi aller vers l'hygiène bucco-dentaire ? C'est un travail d'éducation qui doit se faire et se refaire.

Ce compagnonnage clinique vaut pour les soignants et pour les patients : on n'arrive pas chez quelqu'un qui ne s'est pas brossé les dents depuis dix ans en disant : « À partir d'aujourd'hui, tous les jours, on se brosse les deux dents qui vous restent ».

Non, ce sont des choses progressives : on n'entre pas comme ça dans la bouche d'un patient.

La bouche est un vecteur de sexualité au travers des baisers, avec son conjoint, etc. C'est tellement intime.

Il faut donc savoir à quelle source de difficultés on est confronté – ne peut pas, ne sait pas, ne veut pas ou n'a pas. Et ce n'est pas toujours la même source selon le jour où on va venir suppléer. Et ça, c'est ce qu'on transmet aussi dans le compagnonnage clinique.

Quand on a pu évaluer, on peut aller plus loin. En gériatrie, on a souvent des bouches qui sont très sèches. Une bouche très sèche, c'est une bouche qui ne peut pas déglutir correctement.

Une bouche très sèche, c'est une bouche qui a besoin d'être hydratée avant de démarrer un repas, sinon il y a un risque de fausse route majoré.

Ce n'est pas juste un problème de texture.

L'oralité englobe effectivement une santé globale et il y a vraiment beaucoup de choses à regarder.

L'hygiène bucco-dentaire est extrêmement large, y compris pour les infirmiers.

M. Pascal MASSIOT

Une question à Jérôme Perrin : il y a un dispositif Autono'Vie, directement lié aux sujets qu'on évoque aujourd'hui. En quoi détecte-t-il, prévient-il, voire corrige-t-il des situations liées à l'hygiène bucco-dentaire ?

M. Jérôme PERRIN

C'est un dispositif qui sert à repérer et à agir vite.

Tout à l'heure, j'ai dit qu'il y avait différents dispositifs de coordination. Je vais en présenter un nouveau, qui se fait directement auprès de la personne.

Il concerne tous les types de repérage qu'on peut avoir, de l'hygiène bucco-dentaire en passant par la nutrition, le risque de chute et les problématiques liées à l'usure des dents.

On est sur un champ très large avec des acteurs qui sont à la fois responsables et « repérant » des problématiques.

Le dispositif Autono'Vie est assez simple.

Il a été expérimenté entre 2021 et 2023 dans cinq territoires, tous bien différents, au niveau des caractéristiques et de leur population.

Le cœur du dispositif, c'est d'abord le consentement de la personne.

On ne met pas en place des actions de coordination si la personne n'est pas consentante.

Ce dispositif repose sur un coordinateur de parcours dont le métier, c'est de traiter des alertes. C'est-à-dire des remontées que peuvent faire les aides à domicile soit directement via l'application Vigilance, qu'on a développée et qui évalue l'état général de la personne, soit via d'autres professionnels qui peuvent intervenir – infirmières libérales, services de soins infirmiers – et faire remonter à une coordinatrice de parcours une alerte.

L'alerte sera évaluée, investiguée, puis clarifiée, et la coordinatrice de parcours évaluera le besoin à domicile.

Parfois, le besoin identifié à la base n'est pas forcément celui qu'on va retenir au cours de l'évaluation. Je prends l'exemple de quelqu'un qui a une baisse de mobilité parce qu'elle se déplace de moins en moins : à l'évaluation, on peut se rendre compte que c'est l'aidant, en fait, qui est au bout du rouleau.

Une fois cette évaluation faite, on met en place la coordination dans le cadre de l'expérimentation et de l'essaimage. L'objectif, demain, c'est de faire d'Autono'Vie un dispositif de droit commun.

On a fait une étude d'impact qui évalue et remonte un certain nombre d'éléments. Les publics concernés sont à 56 % des GIR 2 et des GIR 3 (groupe iso-ressources) alors que généralement, on est plutôt sur 20 %.

On voit que, en temps normal, 50 % des aidants se sentent tendus en présence de l'aidé. Là, on descend à 29 %. 88 % des personnes estiment que le dispositif les aide à continuer à vivre à domicile.

Et on voit aussi, et ça c'est la partie un peu qualitative, que ça fait évoluer et prendre en compte les métiers de l'aide à domicile.

[Retour au sommaire](#)

On va faire une nouvelle étude, qui sera une étude socio-économique, pour établir des liens de causalité. Elle nous permettra de monétariser, de façon à évaluer le coût évité pour la société.

M. Pascal MASSIOT

Dans ces actions dont les acteurs de terrain mobilisés s'emparent, il y a aussi un acronyme un peu sibyllin qui s'appelle la CAA. Pouvez-vous nous expliquer de quoi il s'agit et en quoi elle peut être utile ?

M. Jérôme PERRIN

La CAA, c'est la communication alternative améliorée.

En 2023, le Gouvernement a décidé de flécher des crédits sur la CAA. L'objectif, c'est de pouvoir équiper une multitude d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux avec des outils de type tablette pour que les personnes en difficulté puissent communiquer.

Et donc faire part de leur choix et de leur consentement, notamment par rapport à l'hygiène bucco-dentaire.

Cette CAA est un peu comme le FALC, la modernisation d'un système de communication qui est essentielle quand on parle de notion de consentement.

Toutefois, on se rend compte qu'il est encore très difficile de s'en emparer : il faut que les professionnels soient convaincus de son utilisation, donc ça nécessite de la pédagogie.

Questions du public

Dr Muriel MAURIN

Chirurgien-dentiste à Vergèze (Gard)

Une question à M. Perrin. Je travaille main dans la main avec mes auxiliaires de vie de l'ADMR. À quand Oralien dans toutes les ADMR ? J'espère que M. Gadel vous aura convaincu.

M. Jérôme PERRIN

On est tout à fait partant pour développer le dispositif.

Peut-être que la CNSA va le financer..

Je le disais tout à l'heure : sans ce type de dispositif, l'aide à domicile ne contacte pas directement le chirurgien-dentiste.

Faciliter ce contact, c'est aussi valoriser le travail des aides à domicile et obtenir des réponses.

Aujourd'hui, lorsque j'observe quelque chose à domicile, je vais le dire à ma responsable secteur qui va éventuellement contacter son chef de service et on verra ça à la réunion du lundi. Donc, la coordination a bien été faite.

Pourtant, il s'est passé trois semaines, l'aide à domicile est revenue trois fois et a l'impression que rien n'a évolué.

[Retour au sommaire](#)

Dr Anne ABBÉ-DENIZOT

Tout ce que vous avez dit va dans le sens de ce que porte l'UFSBD., mais j'insiste sur le fait que le travail en collaboration avec le chirurgien-dentiste est important et ça passe par la formation.

Ce que disait Didier Gadel est important : quel que soit l'outil que vous avez utilisé, Oralien ou pas – Oralien est juste une application qui améliore le travail et facilite le repérage –, la formation est essentielle.

En aucun cas, l'infirmière, l'aide-soignant ou l'accompagnant éducatif et social (AES) ne sera capable d'utiliser ce dispositif s'il n'a pas compris à quoi ça servait.

Les infirmières font beaucoup de formations, j'en suis ravie. On a toujours eu une écoute très attentive des infirmières.

Mais elles ne sont pas assez nombreuses. Elles ne sont pas dans toutes les institutions et font une délégation de tâches nécessaire. Les correspondants en santé orale sont donc une évidence. Il faut qu'ils soient soutenus.

Dans le dispositif que nous soutenons à l'UFSBD, c'est bien une formation pratique et pas seulement théorique qui est dispensée.

La théorie, ça ne fait pas changer les habitudes. Pour les faire changer, il faut établir des protocoles et que ces protocoles soient individualisés et mis à jour, car la situation d'une personne qu'elle soit vieillissante ou handicapée évolue.

Si aujourd'hui, cette personne se brosse bien les dents, peut-être que dans six mois, elle ne le fera plus.

Il ne faut donc pas oublier ce travail primordial des aidants professionnels. On rencontre des personnes souvent motivées mais il faut leur donner les clés.

Et ce sont des choses qu'on peut trouver ensemble. Quand on va faire une formation nous, chirurgiens-dentistes, dans un établissement, on va partager notre savoir. Nous, qu'est-ce que nous savons faire ? Faire ouvrir la bouche au patient.

Je n'ai pas besoin d'être à mon cabinet dentaire. En établissement, il l'ouvre quand j'arrive. Pourquoi ? Je sais le faire, c'est mon métier.

Les aidants, eux, savent observer et ils sont très forts. Quand vous avez effectué ce travail avec eux derrière, ils le reproduisent sans problème.

Et si la direction soutient les projets, si on accorde du temps aux aidants pour le faire, la situation va s'améliorer.

Ce qui était intéressant pour moi à faire venir Didier Gadel, c'était de montrer que, quand on met l'énergie, on progresse et on arrive à stabiliser les situations, avec notamment beaucoup moins d'infections en urgence.

Nous voyons des établissements revenir vers nous en disant : « Mon personnel a un peu changé, je refais la formation parce que je sens que la motivation diminue ».

Ce n'est pas facile sur le terrain, il faut chercher continuellement la motivation, mais c'est extrêmement porteur. Et le lien avec les praticiens en place, le fait de travailler avec plusieurs chirurgiens-dentistes permet d'avoir toutes les semaines un rendez-vous d'urgence disponible.

Dr Joëlle MARTINAUX

Dans les établissements, on retrouve souvent des référents hygiène bucco-dentaire qui vont continuer à dynamiser cette formation et le principe de l'hygiène bucco-dentaire.

À domicile, on va s'appuyer sur les ressources identifiées comme disponibles sur l'hygiène bucco-dentaire. Seul bémol : à domicile, au niveau du matériel, il y a quand même des restes à charge qui peuvent être conséquents.

C'est un vrai sujet, y compris au niveau infirmier : seule l'hygiène bucco-dentaire avec un soin médicamenteux sera prise en charge par la Sécurité sociale.

Le reste, c'est du temps offert.

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

9h00 - 17h00



CLOTURE DU COLLOQUE

- Dr Bruno FAVIER
(Mutuelle générale de l'Éducation nationale – MGEN, Groupe VYV)
- Dr Benoît PERRIER
(Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire – UFSBD)

[Retour au sommaire](#)

Dr Bruno Favier

MGEN, Groupe VYV

Avant de conclure et après cette table ronde, je voulais ajouter quelques éléments qui me paraissent intéressants.

Il y a pas mal d'années, on a mis en place, avec l'UFSBD, une expérimentation avec trois ingrédients : la formation des professionnels, des examens systématiques de repérage et des soins. On ne peut pas imaginer, si on veut améliorer la santé bucco-dentaire de manière pérenne et continue dans le temps, de n'aborder qu'un de ces points.

Je vais prendre un exemple qui concerne la maladie d'Alzheimer. Aujourd'hui, on peut pronostiquer la maladie avant les premiers symptômes.

À quoi cela sert-il si on ne propose pas de solution ?

De la même manière en santé bucco-dentaire, à quoi ça sert de repérer des problématiques qui méritent d'être soignées si elles ne le sont pas.

Ces trois ingrédients sont fondamentaux, ça a été évoqué.

Deuxièmement, le territoire. On a entendu parler de territoire, c'est majeur. Il est évident qu'on ne fait pas des soins de la même manière dans le centre de Paris que dans le Gers ou le Gard. Il y a la question territoriale et la déconcentration au plus près des territoires, qui est un sujet d'actualité pour notre nouveau Premier ministre.

La troisième question, c'est le rôle fédérateur d'une union comme l'UFSBD.

Si je prends le groupe auquel j'appartiens, VYV, c'est 11 millions de personnes qui sont protégées par les assurances des mutuelles.

VYV 3, la partie établissement, représente 1 800 établissements de soins ou de services en France, dont 160 centres de santé dentaire en France et 1 000 chirurgiens-dentistes.

Il y a des expérimentations, aujourd'hui, dans de nombreuses régions de VYV 3.

Dans le Centre-Val de Loire, on va bientôt expérimenter, grâce à une subvention de l'Agence régionale de santé (ARS), un dispositif mobile – avec ou sans radiologie, question de budget – pour intervenir dans les centres sociaux et dans les Ehpad.

Dans ce territoire, les Ehpad sont très proches des centres dentaires, ce qui facilite évidemment les choses. Il y a un autre territoire, Terres d'Oc, où est expérimenté depuis quelques jours et pour trois ans le déplacement d'un système de centre de santé mobile, dans lequel seront délivrés des soins dentaires.

Toutes ces expérimentations existent. Et je pense que c'est tout à l'honneur de l'UFSBD d'impulser mais aussi de fédérer et de passer à l'échelle.

Le maître-mot est sans doute celui-ci aujourd'hui : passer à l'échelle.

[Retour au sommaire](#)

Il y a énormément d'expérimentations – et tant mieux parce qu'il y a beaucoup à faire – sur le soin dentaire à domicile.

La situation a un peu évolué en Ehpad. Elle devrait s'accélérer.

On peut espérer en tout cas que l'obligation au 1^{er} janvier 2025 de proposer un bilan bucco-dentaire (BBD) à toute personne qui entre en Ehpad devrait faire bouger la situation, qui est beaucoup moins inquiétante qu'elle ne l'était il y a 10 ou 15 ans.

Pour le domicile, il y a un vrai passage à l'échelle. Et je m'arrêterai sur la crise démographique des aidants, qui assurent aujourd'hui l'accompagnement de leur proche chez le chirurgien-dentiste. En 2035, il n'y aura plus assez de personnes pour le faire.

Il faut bien imaginer la façon dont on s'organise dans chaque territoire pour assurer ces soins, ce repérage, cette formation de tous les professionnels aux spécificités des pathologies bucco-dentaires.

Dans ce dispositif, évidemment que le Groupe VYV a une part à prendre. Il est un des acteurs importants quantitativement, mais pas seulement, et promeut comme l'Union une santé globale.

VYV 3 est présent dans 80 établissements français. Une taille qui permet donc de déployer beaucoup d'expérimentations et de passer à l'échelle. Nous serons, partout dans les territoires, des partenaires fidèles des chirurgiens-dentistes, et de l'UFSBD plus largement, pour accompagner ce passage à l'échelle.

Dr Benoît PERRIER

UFSBD

Pour conclure ce colloque, quelques points de repère. Ce que proposait Philippe Bouchard, d'avoir une prévention primordiale, donc de développer cette culture, est essentiel.

On a des interrelations très fortes avec aussi des comorbidités qui se mettent en place. Il ne faut pas attendre ses effets pour agir en prévention.

Il faut donc pouvoir toucher bien en amont. À l'UFSBD, on est plutôt sur le parcours santé. Je pense que c'est la note qu'il faut retenir : l'accès aux soins, c'est bien, mais l'accès à la santé, c'est mieux. Il favorise derrière l'accès aux soins.

Sur le bucco-dentaire, les travaux qu'on a menés par le passé le montrent très bien : quand vous envisagez un accès à la prévention et à la santé, vous favorisez derrière l'accès aux soins, notamment pour les publics éloignés du soin.

C'est un des axes importants en termes de philosophie.

Et je trouve quand même plus motivant l'accès à la santé.

[**Retour au sommaire**](#)

La dialectique est importante. Et les personnes avec qui on travaille sont plus nombreuses aussi.

La responsabilité ne viendra du seul chirurgien-dentiste.

C'est vraiment à toutes les parties prenantes du quotidien de s'engager. Ce qui va changer la santé orale, c'est ce qui se passe au domicile chaque jour autour de l'alimentation, de l'hygiène.

Ce qui est important, c'est le maintien d'un lien régulier avec un professionnel. On a deux chiffres marquants : une chute du recours au chirurgien-dentiste régulier à partir de 65 ans ; et à 72 ans, la courbe de ce recours décroche complètement. C'est, donc, effectivement à ce moment qu'il faut essayer de maintenir ce lien.

Vous avez notamment à disposition, à partir d'aujourd'hui, le film « Sourire et bien vieillir » sur notre chaîne YouTube et Dailymotion.

Il regroupe toute une série de messages à porter pour des aidants, pour les personnes elles-mêmes – France Assos Santé était présente aujourd'hui et je pense que les usagers aussi doivent porter cette dynamique, l'inclure dans les priorités de leur quotidien.

Il s'agit d'une dynamique collective. L'UFSBD veut bien être là en fédérateur mais on a besoin d'un relais et que tout le monde prenne sa part dans cet axe de prévention primordiale.

26^{ème} Colloque National de Santé Publique de l'UFSBD

Bien vieillir : la santé bucco-dentaire au cœur de l'autonomie

Le match se joue à domicile !

Le jeudi
16 octobre 2025

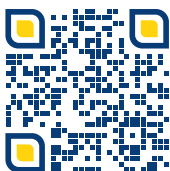
9h00 - 17h00



ANNEXES

Dossier documentaire

Capsules vidéos du Colloque de Santé Publique de l'UFSBD du 16/10/2025



Cliquez-ici

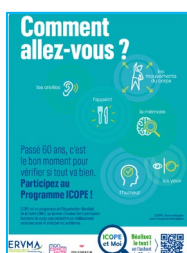
<https://youtube.com/playlist?list=PLi300goTM9gUk8IMU7hpQQktnrQANgr4L&si=qdaUIHwZwXlZ8r4>

Toutes les informations relatives aux Personnes âgées sur une page dédiée sur le site internet de l'USFBD www.ufsbd.fr

Cliquez-ici

<https://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/personnes-agees/>

Programme ICOPE - Integrated Care Older People (programme de l'OMS)



Cliquez ici

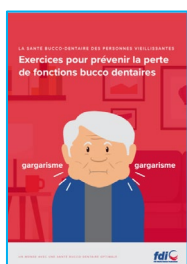
<https://www.icope.fr/pro/presentation>

Fondation de l'Académie de Médecine : ouvrage « Le goût de l'âge »



<https://online.flippingbook.com/view/669560088/16-17/>

Guide FDI

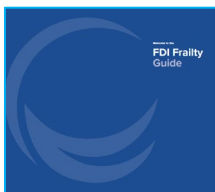


Cliquez ici

https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2024-05/FDI%20HAP%20Exercice%20Brochure_FR.pdf

[Retour au sommaire](#)

Fédération Dentaire Internationale : un guide pour les chirurgiens-dentistes



Cliquez ici

<https://frailty-guide.fdiworlddental.org/>

La Poste Autonomie – Vidéo « Sourire et bien vieillir »



Cliquez ici

<https://www.mabouchemasante.fr/video/video-sourire-et-bien-vieillir/>

Stop à l'isolement : un programme de soutien au quotidien



Cliquez ici

<https://stopalisolement.fr/>

Collectif de Lutte contre la dénutrition



Cliquez ici

<https://www.luttecontreladenutrition.fr/quelques-ressources-pour-preparer-la-semaine-nationale-de-la-denuitrition-2023/>

Sites ressources

maBoucheMaSanté.fr

100 % dédié au grand public

ufsbcd  www.ufsbd.fr
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

[Retour au sommaire](#)



Pour que la santé orale soit une évidence pour tous

7, rue Mariotte – 75017 PARIS – 01 44 90 72 80 – ufsbD@ufsbD.fr – www.ufsbD.fr



Association loi 1901 – Déclaration JO 22/07/1966