

INA NITSCHKE
ANGELA STILLHART
JULIA KUNZE

Clinique de médecine dentaire pour personnes âgées et handicapées, Centre de médecine dentaire, Université de Zurich

CORRESPONDANCE

Pr Dr méd. dent.
 Ina Nitschke, MPH
 Clinique de médecine dentaire pour personnes âgées et handicapées
 Centre de médecine dentaire
 Université de Zurich
 Plattenstrasse 15
 8032 Zurich
 Tél. 044 634 33 41
 Fax 044 634 43 19
 E-mail: ina.nitschke@zzm.uzh.ch

Traduction: Jacques Rossier et Thomas Vauthier



Le recours aux soins médico-dentaires pendant la vieillesse

MOTS-CLÉS

Comportement en matière de recours aux soins, gérontologie, médecine dentaire gériatrique, recherche sur la couverture de soins en matière de santé bucco-dentaire

Image en haut: Avec le déambulateur chez le médecin-dentiste – souvent qu'une utilisation axée sur les symptômes

RÉSUMÉ

Le recours régulier aux soins médico-dentaires contribue à maintenir et améliorer la santé bucco-dentaire et générale – également pendant la vieillesse. Avec l'âge, cependant, le comportement en matière de recours aux soins médico-dentaires se modifie: le comportement axé sur les contrôles (recalls) est souvent remplacé par le recours en fonction de l'apparition de symptômes. D'un point de vue comparatif, la fréquence de recours aux prestations médico-dentaires diminue avec l'âge, alors que le nombre de contacts médicaux ayant trait à la santé générale augmente. Ce travail de revue présente les connaissances actuelles sur le recours aux soins médico-dentaires pendant

la vieillesse (fréquence, motifs de non-utilisation, facteurs d'influence). Les raisons du non-recours aux prestations médico-dentaires sont multifactorielles: il est possible de distinguer les raisons subjectives des autres facteurs objectifs susceptibles d'être influencés. La fréquence de recours aux soins médico-dentaires varie également en fonction des circonstances et des préférences personnelles. A cet égard, aucune des études réalisées sur cette problématique n'a apporté une clarification définitive. A l'aide d'une check-list, les médecins-dentistes exerçant en pratique privée devraient être à même de déterminer les facteurs qui influencent le recours à ces soins.

Introduction

L'objectif des soins médico-dentaires est de maintenir ou de rétablir la santé bucco-dentaire de l'ensemble de la population. Outre les soins d'hygiène bucco-dentaire réalisés à domicile, le maintien de la santé bucco-dentaire dans la population repose fondamentalement sur un comportement de recours régulier aux prestations médico-dentaires axées sur les contrôles. Dans le système de santé suisse, en particulier, la responsabilité du maintien et de l'amélioration de la santé bucco-dentaire incombe aux citoyens eux-mêmes. Les effets globalement positifs des recalls médico-dentaires réguliers sont bien connus; ils se caractérisent par la préservation ou l'amélioration de la santé bucco-dentaire et par la réduction de l'incidence des symptômes aigus et des soins d'urgence (SHEIHAM ET COLL. 1985; TODD & LADER 1991; MURRAY 1996; MCGRATH & BEDI 2001). Les contrôles médico-dentaires réguliers permettent de réduire significativement la prévalence ainsi que la sévérité des troubles sociaux et psychologiques consécutifs aux problèmes de santé bucco-dentaire (RICHARDS & AMEEN 2002). En combinaison avec d'autres facteurs tels que la diminution de la capacité à assumer les soins d'hygiène bucco-dentaire, la diminution de la responsabilité personnelle et de la capacité à subir des traitements (NITSCHKE 2006), mais aussi en conjonction avec d'autres facteurs propres au patient, l'absence ou la diminution du recours aux soins médico-dentaires peut avoir de lourdes conséquences: le risque lié à un état de santé bucco-dentaire insuffisant entraîne une augmentation importante des situations d'urgence caractérisées par des douleurs et des atteintes aiguës de la bouche, de la mâchoire et du visage, et la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire diminue. En outre, l'absence ou l'insuffisance des prothèses dentaires peut entraîner de nombreux problèmes – par exemple une augmentation du risque de malnutrition. Par ailleurs, les effets d'une mauvaise santé buccodentaire sur la santé générale ne doivent pas être sous-estimés. La pratique d'une hygiène buccale adéquate dans les foyers pour personnes âgées réduit significativement le risque de pneumonie et le taux de la fièvre et de la mortalité associée (YONEYAMA ET COLL. 2002). On observe une prise de conscience croissante des problèmes liés à la santé orale, au-delà du domaine spécifique de la médecine dentaire. Les coûts liés aux problèmes de santé généraux découlant d'une mauvaise santé bucco-dentaire – avec augmentation du risque de décès – suscitent également des débats controversés.

La négligence de la santé bucco-dentaire associée à l'augmentation de la fragilité et aux déficiences cognitives de la personne âgée entraîne souvent des interventions dont certaines sont coûteuses, intrusives, pénibles et liées à des efforts organisationnels, financiers et humains non négligeables, ainsi qu'à des risques médicaux supplémentaires. Il est probable que les soins médico-dentaires réguliers axés sur la prévention permettent d'éviter la plupart des affections bucco-dentaires de la personne âgée.

Aujourd'hui, en raison des progrès de la médecine dentaire moderne dans le domaine de la prévention, du diagnostic, des traitements et des soins aux patients, il est fréquent que les personnes âgées aient encore des dents naturelles jusqu'à un âge avancé. Chez les personnes de plus de 60 ans, un Suisse sur trois était porteur d'une prothèse dentaire complète dans les années 1950; aujourd'hui, cette proportion est d'environ un sur cinq (Enquête suisse sur la santé 1992 à 1993: 24% des 65 à 74 ans; 2002/03: 22% [ZITZMANN 2004]).

Au sein de la population générale, l'augmentation de la proportion de personnes âgées et très âgées ayant encore des dents naturelles représente un nouveau défi pour le médecin-dentiste, malgré les nombreuses méthodes de traitement dont il dispose: le maintien du recours aux soins médico-dentaires jusqu'à un âge avancé doit être l'objectif de chaque médecin-dentiste – malgré la fragilité croissante et la mobilité restreinte des patients très âgés. La fréquence des visites chez le médecin-dentiste ainsi que les raisons du recours ou du non-recours des personnes âgées aux soins médico-dentaires sont présentées ci-dessous de manière plus détaillée. L'état de santé des personnes âgées implique que leur situation de vie peut présenter de grandes différences interindividuelles, et dans cette revue, nous tenterons de rendre compte de trois types d'études: nous ferons donc la distinction entre les études sur des collectifs représentatifs de l'ensemble de la population, les études qui incluent exclusivement des personnes âgées vivant à domicile, et les études qui incluent exclusivement des personnes âgées vivant dans des homes. Les auteurs de cette revue se sont efforcés de classer les études prises en compte dans l'une de ces trois catégories. Mais il n'est pas toujours mentionné si les personnes âgées en situation de dépendance sont suffisamment nombreuses dans les études sur des collectifs représentatifs de la population et dans les études sur des collectifs de personnes âgées vivant à domicile, par rapport à la répartition réelle de ces groupes spécifiques. Une recherche par mots-clés a été réalisée dans la base de données bibliographiques PubMed (mots-clés dans différentes combinaisons: «uptake» ou «utilisation» ou «dental service» avec «dental» ou «oral health», et «community dwelling» ou «institutionalized» ou «long term care» avec «elderly» ou «aged» ou «depend»). En outre, les références bibliographiques trouvées de cette manière ont été suivies et élargies par la suite. La recherche documentaire a été achevée en janvier 2013.

L'objectif du présent travail est de présenter, d'une part, les connaissances actuelles sur le recours aux soins médico-dentaires et sur les facteurs qui l'influencent. D'autre part, nous signalerons les éléments ou les pistes permettant d'influencer positivement le recours à ces soins.

Fréquence du recours aux soins médico-dentaires

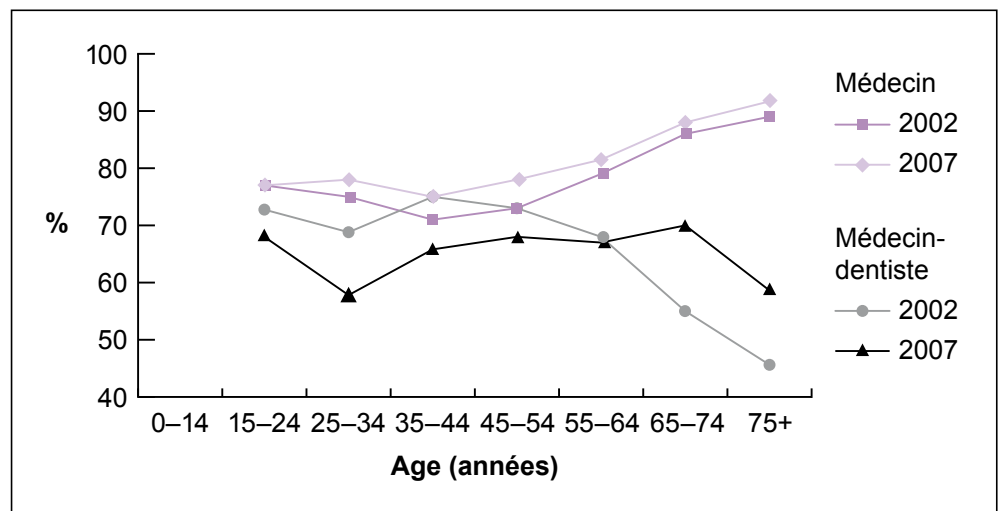
Etudes sur des collectifs représentatifs de la population

En l'an 2000, selon une enquête de la Société suisse d'odontostomatologie (SSO), 73% des Suisses consultaient leur médecin-dentiste au moins une fois par année. Pour 65% d'entre eux, cette consultation se justifiait par le désir d'un contrôle médico-dentaire (KUSTER ET COLL. 2000).

En revanche, l'Enquête suisse sur la santé (Swiss Health Survey, SHS) a montré jusqu'à l'année 2007 que dans la population suisse (15 à 74 ans; années d'enquête: 1992–1993, 1997, 2002 et 2007), le nombre des consultations annuelles chez le médecin-dentiste était moins élevé et présentait en outre une tendance à la baisse dans tous les groupes d'âge considérés globalement (1992–1993: 70,2%; 1997: 64,8%; 2002: 62,1%; 2007: 66%) (OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE [OFS] 2005, OFS 2010).

Ce sont surtout les personnes âgées qui recourent moins souvent aux soins médico-dentaires, car elles sont souvent très impliquées, tant sur le plan financier que temporel, dans des consultations médicales de plus en plus fréquentes (OFS 2010) (KIYAK & REICHMUTH 2005).

Fig.1 Taux de consultations médicales et médico-dentaires dans la population suisse en fonction de l'âge des patients dans les années 2002 et 2007 (Office fédéral de la statistique 2010)



Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), 67% des Suisses âgés de 55 à 63 ans consultent régulièrement leur médecin-dentiste, alors que plus de 80% consultent régulièrement leur médecin. Dès l'âge de 75 ans, 40% des personnes ne consultent plus du tout leur médecin-dentiste, alors que plus de 90% consultent régulièrement un médecin généraliste ou spécialiste (fig. 1) (OFS 2010).

De même, l'Etude de santé en Poméranie (Study of Health in Pomerania, SHIP-Studie, Allemagne) a montré que le taux de consultation moyen chez le médecin-dentiste diminuait avec l'âge, alors que chez les personnes âgées de 70 ans et plus, le taux de consultation moyen chez le médecin augmentait de plus de cinq fois (moyenne annuelle des consultations des personnes âgées de 70 ans et plus: médecin-dentiste: 1,7; médecin: 9,3) (BORN ET COLL. 2006).

L'étude berlinoise sur le vieillissement (Berliner Altersstudie, BASE) a montré que parmi les personnes âgées de 70 ans et plus, 93% contactaient régulièrement leur médecin, et de plus, 60% étaient traitées par un spécialiste (LINDEN ET COLL. 1996). Aucun des sujets de l'étude BASE (n = 512, 70 à 103 ans) n'avait été examiné par un médecin-dentiste au cours des six derniers mois. La période de temps écoulée depuis la dernière consultation chez le médecin-dentiste augmentait avec l'âge: la durée médiane écoulée depuis la dernière consultation chez le médecin-dentiste était de onze mois (extrêmes: 2 semaines-30 ans) chez les personnes âgées de 70-84 ans, et chez les personnes âgées de 85 ans et plus, cette durée médiane était de trois ans (extrêmes: 2 semaines-52 ans) (NITSCHKE & HOPFENMÜLLER 1996; NITSCHKE 2006).

La troisième étude allemande sur la santé bucco-dentaire (DMS III; période d'enquête: 1997) a indiqué que chez près de la moitié des sujets de l'étude âgés de 65 à 74 ans, à savoir 54,5% des femmes et 54,0% des hommes, le recours aux soins médico-dentaires était axé sur les contrôles, et se caractérisait donc par des recalls à intervalles réguliers orientés sur la prévention (MICHEELIS & REICH 1999).

La quatrième étude allemande sur la santé bucco-dentaire (DMS IV; période d'enquête: 2005) a mis en évidence une augmentation - à 72,2% - de la proportion des sujets âgés de 65 à 74 ans consultant chaque année leur médecin-dentiste (MICHEELIS & SCHIFFNER 2006).

Aux USA, le *National Health Interview Survey* (NHIS) a indiqué que dans le groupe d'âge des plus de 65 ans, 53,5% avaient

consulté leur médecin-dentiste durant l'année écoulée, alors que dans le groupe des 35 à 54 ans, cette proportion était de 67%. Sur une période de dix ans, plus du quart des sujets les plus âgés (groupe des 65 ans et plus) n'avaient pas consulté un médecin-dentiste (WALL & BROWN 2003).

MANSKI ET COLL. (2010) ont constaté à partir des données de l'Etude sur la santé et la retraite (*Health and Retirement Study*, HRS), réalisée aux USA, que l'augmentation de l'âge s'accompagne d'une diminution du recours aux prestations médico-dentaires (consultations médico-dentaires au cours des 1-2 dernières années: 51-64 ans: 70,64%; 65-74 ans: 64,37%; 75 ans et plus: 57,37%).

Les études portant sur différents groupes d'âge (jeunes adultes, adultes et personnes âgées) ont mis en évidence l'existence de différences significatives, en fonction de l'âge, du comportement en matière de recours aux soins médico-dentaires (chez les personnes âgées, moins de visites médico-dentaires axées sur le contrôle) (BERGMANN & KAMTSIURIS 1999; BORN ET COLL. 2006).

Chez les personnes âgées et très âgées, la période de temps écoulée depuis la dernière visite chez le médecin-dentiste (0 mois à 1 an écoulé depuis la dernière visite) s'est caractérisée par une dépendance spécifique en fonction du pays considéré (tab. I) (MCGRATH ET COLL. 1999; WALTER 1997; BERG ET COLL. 2000).

Etudes sur les personnes âgées vivant à domicile

GALAN ET COLL. (1995) ont étudié l'état de santé bucco-dentaire de 170 personnes âgées de nationalité canadienne (65 ans et plus) et ont montré que 46% avaient consulté leur médecin-dentiste au cours des douze derniers mois. IKEBE ET COLL. (2002) ont montré dans une étude réalisée à Osaka, Japon, que 60% des 2990 sujets de plus de 60 ans participant à une université pour personnes âgées avaient consulté leur médecin-dentiste au cours de l'année écoulée, et que 33% avaient subi un contrôle.

21,9% de tous les sujets canadiens autonomes vivant à domicile avaient consulté un médecin-dentiste au cours des six derniers mois (n = 1 751; âge moyen [moyenne arithmétique] 76,2 ans; 58,8% de femmes; 72,7% de personnes édentées) (BROTHWELL ET COLL. 2008). A cet égard, le recours aux soins médico-dentaires au cours des six derniers mois avait été significativement plus fréquent chez les personnes dentées (32,6%) comparativement aux personnes édentées (13,5%) (BROTHWELL ET COLL. 2008).

Tab.1 Recours aux soins médico-dentaires en fonction de l'âge chez les personnes âgées vivant à domicile

Etudes sur les personnes âgées vivant à domicile						
Etude	GALAN ET AL.	IKEBE ET AL.	WALL & BROWN		SAUNDERS & FRIEDMAN	BROTHWELL ET AL.
Pays	Canada	Japon	USA		USA	Canada
Année de publication	1995	2002	2003		2007	2008
Population de l'étude [années]	≥65	≥60	≥65		≥65	≥65
Contacts avec le médecin-dentiste pendant une période de temps spécifiée	[%]	[%]	[%]		[%]	[%]
			1989	1999		
<6 mois	–	60,0	–	–	–	21,9
<12 mois	46	–	43,2	53,5	42,1	–
1–2 ans	–	–	–	–	13,7	–
3–5 ans	–	–	–	–	8,9	–
>5 ans	–	–	28,0	28,0	35,0	–

Une stagnation du recours aux soins médico-dentaires préventifs a été mise en évidence entre 1998 et 2006 aux USA chez les personnes âgées de 65 ans et plus par Skaar et O'Connor (recours annuel aux soins médico-dentaires axés sur le contrôle: 1998: 45,0%; 2006: 46,3%). A cet égard, l'augmentation la plus importante du nombre de visites chez le médecin-dentiste a été enregistrée dans le groupe des 85 ans et plus, ainsi que dans le groupe des personnes consultant leur médecin-dentiste pour des mesures préventives (dans ce dernier groupe: 1998: 87,8%; 2006: 91,2%) (SKAAR & O'CONNOR 2012) (tab.1).

Etudes sur les personnes âgées vivant en institution

Le recours aux prestations médico-dentaires diminue avec l'âge, mais cette tendance n'est pas corrélée aux besoins de traitements et de soins médico-dentaires. Ainsi, lors de l'admission en institution de soins, on constate souvent un état désolant de la dentition naturelle restante et des prothèses. Au cours du séjour dans les homes et les institutions de soins, les besoins de soins médico-dentaires restent élevés comme différentes études l'ont montré (KATSOLIS ET COLL. 2009; BERG ET COLL. 2000), mais aujourd'hui encore, ces besoins ne sont couverts que dans une faible mesure. Dès 1989, Wefers et coll. ont montré que l'admission en institution de soins est suivie d'une diminution des recalls et des contacts avec le médecin-dentiste. Chez 43% des sujets allemands, la dernière visite chez le dentiste remontait à plus de cinq ans (WEFERS ET COLL. 1989).

Au Japon, SHIMAZAKI ET COLL. (2004) ont pu interviewer 719 personnes d'un collectif initial global de 2220 résidents de homes ou d'institutions de soins (âgés de 65 ans ou plus). Ces auteurs ont mis en évidence une diminution en fonction de l'âge de la proportion des résidents d'établissement de soins ayant consulté une ou plusieurs fois un médecin-dentiste au cours des six dernières années (60–69 ans: 67,7%; 70–79 ans: 55,2%; ≥80 ans: 33,2%). Dans le même temps, une augmenta-

tion en fonction de l'âge de la non-utilisation des prestations médico-dentaires (pas de contact avec le médecin-dentiste au cours des 6 dernières années) a été constatée au sein de ces mêmes groupes d'âge (60–69 ans: 32,3%; 70–79 ans: 44,8%; ≥80 ans: 66,8%).

En résumé, il est possible de faire les constats suivants – qui s'appliquent aux groupes d'âge considérés ici – quant au recours aux soins médico-dentaires:

- Le recours aux soins médico-dentaires axés sur le contrôle chez les personnes jeunes **se transforme de plus en plus, au cours de la vieillesse, en recours axé sur les symptômes**. La détérioration progressive de la santé bucco-dentaire des personnes âgées n'est pas suivie d'un recours accru aux soins spécifiques, contrairement à ce que l'on observe dans le domaine médical général. Cela peut être dû à la fragilité accrue et à la multimorbidité de ces patients.
- Outre le fait que **la fréquence des contacts médico-dentaires est liée au vieillissement** (IKEBE ET COLL. 2002; WALL & BROWN 2003; SAUNDERS & FRIEDMAN 2007; BROTHWELL ET COLL. 2008; MANSKI 2009; ZITZMANN ET COLL. 2001), il a été constaté par ailleurs **une spécificité propre à chaque pays concernant la période de temps écoulée depuis la dernière visite chez le médecin-dentiste** (<6 mois à moins d'une année écoulée depuis la dernière visite chez le médecin-dentiste) chez les personnes âgées et très âgées (tab.1) (MCGRATH ET COLL. 1999; SAUNDERS & FRIEDMAN 2007).
- Contrairement à la diminution de la fréquence des contacts des personnes âgées avec le médecin-dentiste, **l'augmentation de l'âge est liée à une augmentation significative des consultations médicales** (GMÜNDER ERSATZKASSE 2006). 95% des sujets allemands d'une étude de Denkinger et coll. (1506 personnes âgées de 65–90 ans vivant à domicile) avaient consulté leur médecin une fois par année, et 65% de ces sujets, au moins deux fois par année. Les facteurs tels qu'une **activité physique réduite, un IMC élevé et le sexe masculin augmen-**

Etudes sur des collectifs représentatifs de la population																		
WALTER		NITSCHKE & HOPFENMÜLLER Berliner Altersstudie							MCGRATH ET AL.	BERG ET AL.	ZITZMANN ET AL.			MANSKI ET AL.			STADEL- MANN ET AL.	
Allemagne		Allemagne							Grande- Bretagne	USA	Suisse			USA			Suisse	
1997		1996							1999	2000	2001			2010			2012	
65- 74	≥74	70- 74	75- 79	80- 84	85- 89	90- 94	95+	≥60	50-95 (Moyenne: 69,9 ± 8,4 ans)	65- 74	65- 74	≥75	51- 64	65- 74	≥75	75- 84	≥85	
[%]		[%]							[%]	[%]	[%]			[%]			[%]	
										1992/ 93	1997	1997				2002		
65,8	56,6	46,2	38,6	40,6	24,5	17,5	17,2	38,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12,7	13,0	16,7	20,5	20,2	11,7	16,3	9,7	9,0	47,0	56,0	59,0	43,0	-	-	-	47,5	32,6	
10,1	0	7,6	10,8	11,9	14,9	8,8	6,5	14,0	26,5	-	-	-	70,6	64,4	57,4	-	-	
3,8	8,7	15,4	14,4	8,4	13,8	18,8	16,1	6,0	13,1	-	-	-	-	-	-	-	-	
7,6	17,4	14,1	15,7	16,5	30,9	28,8	33,3	34,0	13,4	-	-	-	-	-	-	-	-	

tent les recours aux prestations médicales (DENKINGER ET COLL. 2012). Les personnes qui ont pu indiquer le nom de leur médecin généraliste avaient recours plus souvent aux prestations médicales (THODE ET COLL. 2005). En outre, les «facteurs de besoins» (need factors) influencent les contacts avec les médecins: ainsi, le taux des contacts médicaux augmente significativement chez les personnes ayant une morbidité accrue et une mauvaise qualité de vie liée à la santé – et également en fonction du vieillissement. Les femmes recouraient davantage aux soins médicaux que les hommes (HESSEL ET COLL. 2000).

- Chez les sujets dentés, le recours aux soins médico-dentaires est plus important comparativement aux sujets édentés (BROTHWELL ET COLL. 2008; NITSCHKE & HOPFENMÜLLER 1996; NITSCHKE 2006).
- La diminution du recours aux soins médico-dentaires au cours de la vieillesse s'observe dans le contexte situationnel objectif d'un besoin accru de traitements et de soins médico-dentaires. Les personnes en situation de dépendance ont un besoin accru de soins médico-dentaires (KATSOUKIS ET COLL. 2009; BERG ET COLL. 2000). Cependant, le nombre de contacts avec le médecin-dentiste diminue dès l'admission en établissement de soins (WEFERS ET COLL. 1989).

En raison du nombre global restreint d'études disponibles, respectivement du petit nombre des trois types d'études analysées (études sur des collectifs représentatifs de la population, études sur les personnes âgées vivant à domicile et études sur les personnes âgées institutionnalisées), la question du recours de la personne âgée aux soins médico-dentaires ne peut être élucidée définitivement. La plupart de ces études indiquent que le recours aux soins médico-dentaires diminue avec l'augmentation de l'âge. Cependant, cette évolution dépend aussi d'autres facteurs (status dentaire, quartier résidentiel, niveau de formation, besoins sanitaires, etc.). Etant donné que toutes ces études présentent des particularités et des différences (au niveau de la

conception, des variables analysées et des populations étudiées), l'analyse des données obtenues est difficile. Cependant, une tendance générale se dégage de toutes ces études: le recours aux soins médico-dentaires diminue progressivement au cours de la vieillesse en fonction de différents facteurs et à des degrés divers, et le plus souvent, il est inférieur à la situation qui prévaut chez les personnes de moins de 65 ans.

Facteurs d'influence du recours aux soins médico-dentaires

Le recours aux soins médico-dentaires est influencé par de nombreux facteurs. Pour plus de clarté, les facteurs considérés ont été rassemblés en sous-catégories attribuées à neuf catégories – et cela séparément pour les personnes âgées vivant à domicile ou en institution, de même que pour les études sur des collectifs représentatifs de la population âgée (tab. II).

Etudes sur des collectifs représentatifs de la population

En ce qui concerne la dernière visite chez le médecin-dentiste, MCGRATH ET COLL. (1999) ont montré dans une étude britannique que le motif principal était un traitement médico-dentaire en attente (52%). Dans 36% des cas, il s'agissait d'un recall. Aussi bien MCGRATH ET COLL. (1999, Grande-Bretagne; le traitement d'urgence en tant que motif de la dernière en date des consultations médico-dentaires: 10% de tous les répondants [60 ans et plus]) que NYSSÖNEN (1992, Finlande: le traitement d'urgence en tant que motif de la dernière en date des consultations médico-dentaires: 78% des répondants [65 ans et plus]) ont désigné le traitement d'urgence et les douleurs en tant que motifs de la dernière en date des consultations médico-dentaires.

SLACK-SMITH & HYNDMAN (2004) ont analysé les facteurs d'influence du comportement propre à chaque sexe en matière de recours aux soins médico-dentaires. Il a été constaté que les facteurs tels que l'âge, la formation scolaire, le tabagisme,

l'activité physique et les désavantages sociaux affectent aussi bien les hommes que les femmes en Australie.

STADELMANN ET COLL. (2012) ont discerné différentes raisons subjectives motivant la dernière en date des visites chez le médecin-dentiste. Lorsque l'âge augmente, la proportion des recalls axés sur le contrôle en tant que motif de la consultation chez le médecin-dentiste diminue progressivement chez les seniors (groupe d'âge [AG] 1: 55 à 60 ans 35,3%; AG 2: 65 à 74 ans 32,2%; AG 3: 75 à 99 ans 31,2%). Les rendez-vous attribués automatiquement par le cabinet n'ont pas augmenté la proportion des personnes âgées ayant recours aux soins médico-dentaires (AG 1: 33%; AG 2: 31,9%; AG 3: 25,9%). Les contacts avec le médecin-dentiste ont eu lieu principalement en raison de la nécessité d'une restauration prothétique (AG 1: 14,3%; AG 2: 18,4%; AG 3: 23,7%).

Etudes sur les personnes âgées vivant à domicile

RISE & HOLST (1982) ont montré, dans le cadre de l'Enquête sur la santé (*Health Survey*) réalisée auprès des retraités norvégiens de l'année 1975 vivant à domicile, que les facteurs tels que l'âge, le sexe, la formation scolaire et le status dentaire exercent une influence d'importance variable sur le recours aux soins médico-dentaires. L'âge représentait un facteur d'influence non significatif sur le recours à ces soins. Le sexe (au cours de l'année écoulée, le recours aux soins médico-dentaires a été plus faible chez les personnes de sexe masculin) n'a exercé une influence que chez les individus dentés âgés de 65 à 74 ans dont le niveau de formation scolaire était faible. Tant l'âge que le sexe ont montré en outre une influence indirecte sur le recours aux soins médico-dentaires par l'intermédiaire de leur impact probable sur le status dentaire des sujets. La variable la plus influente sur l'utilisation des services médico-dentaires par les personnes âgées a été le status dentaire, suivi du niveau de formation scolaire. Le niveau de formation scolaire a montré à cet égard une influence à la fois directe et indirecte sur le recours aux soins médico-dentaires par l'intermédiaire de son influence sur le status dentaire.

MACÉNTÉE ET COLL. (1993) ont interviewé 521 personnes âgées de 70 ans et plus vivant de façon indépendante à Vancouver, au Canada; ils ont constaté que dans ce collectif, l'âge et le sexe n'avaient en soi aucun effet sur l'état de santé et les symptômes bucco-dentaires. En revanche, le recours aux soins médico-dentaires a été influencé positivement par l'âge (chez les jeunes retraités) et par le sexe (sujets de sexe féminin). Le sexe masculin et l'âge avancé ont influencé négativement le comportement en matière de recours aux soins médico-dentaires. Il a été montré en outre que le recours aux soins médico-dentaires dépend également du status dentaire.

Selon IKEBE ET COLL. (2002), la présence d'une dentition naturelle et une situation financière personnelle satisfaisante constituent des facteurs importants favorisant le recours aux soins médico-dentaires (population de l'étude: 2990 sujets participant à l'Université du troisième âge, âgés de 60 ans et plus [moyenne 66,5 ans], 52% d'hommes). Dans l'étude d'IKEBE ET COLL. (2002), et contrairement aux données obtenues dans l'étude de MACÉNTÉE ET COLL. (1993), le sexe masculin favorise significativement le recours aux soins médico-dentaires.

Aux USA, les résultats de l'Etude nationale sur la santé et la nutrition (*National Health and Nutrition Examination Survey*) ont montré que les sujets âgés de 60 ans et plus dont les facultés cognitives n'étaient pas altérées présentaient un niveau socio-

économique plus élevé et un mode de vie plus sain. En outre, ces sujets recouraient plus fréquemment aux soins médico-dentaires (WU ET COLL. 2007).

Les Etats-Uniens âgés consultent leur médecin-dentiste surtout lorsque des traitements sont nécessaires (restauration prothétique, adaptation ou réparation de prothèses dentaires, nettoyage des dents), mais aussi pour des recalls/contrôles (SAUNDERS & FRIEDMAN 2007).

Les personnes âgées dentées, sans soutien familial dans la vie quotidienne et domiciliées en milieu urbain, ont présenté moins de restrictions des activités de la vie quotidienne et un recours plus important aux soins médico-dentaires. Parmi les autres facteurs favorisant le recours aux soins médico-dentaires, on trouve notamment le status dentaire (personnes âgées dentées), la situation financière (revenus élevés) ainsi que des facteurs oraux (survenue d'un problème dentaire ou usure de prothèses après une utilisation de longue durée) (BROTHWELL ET COLL. 2008).

OHI ET COLL. (2009) ont examiné 1170 sujets japonais âgés de 70 ans et plus et ont constaté qu'un nombre plus élevé de dents restantes et la présence de prothèses amovibles étaient prédictives significatives du comportement de recours aux soins (contact avec le médecin-dentiste pendant une année). Ils ont montré en outre que les visites régulières chez le médecin-dentiste, axées sur les contrôles, étaient associées à différents facteurs: un nombre plus élevé de dents naturelles restantes, un plus jeune âge, la présence d'une maladie systémique, l'absence de symptômes dépressifs et la fréquentation d'un établissement d'enseignement supérieur. Les sujets tabagiques avec un nombre moins élevé de dents naturelles recouraient plus rarement aux soins médico-dentaires.

Les Australiens âgés mettent l'accent sur la relation interactive avec le médecin-dentiste, sur l'«*empowerment*» par la transmission du savoir et de l'information, afin de pouvoir prendre leurs décisions sur le traitement médico-dentaire de manière indépendante, libre et responsable (*empowerment* [anglais: auto-nomisation, responsabilisation, capacité de participation] = renforcement de la capacité à agir de manière indépendante et autonome). De plus, d'autres facteurs tels que l'accessibilité des soins, les coûts et l'anxiété jouent également un rôle important (SLACK-SMITH ET COLL. 2010).

L'affaiblissement des capacités fonctionnelles des sujets (65 ans et plus) a également influencé négativement le comportement de recours aux soins médico-dentaires et aux prestations relatives à l'hygiène orale (MORIYA ET COLL., 2013) (tab. II).

Etudes sur les personnes âgées vivant en institution

Les personnes âgées fragilisées vivant dans des homes ou des institutions de soins sont confrontées à des obstacles majeurs en ce qui concerne l'accessibilité aux soins médico-dentaires; elles présentent souvent une dentition réduite ou un édentement, et souffrent fréquemment de maladies parodontales (DOLAN & ATCHINSON 1993).

La santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant dans des homes ou des établissements de soins est moins bonne et ces personnes nécessitent significativement plus de traitements (BERG ET COLL. 2000). Les résidents des homes ou des établissements de soins qui ont plus de 80 ans, dont la santé physique et/ou mentale est médiocre ou insuffisante et qui souffrent de maladies systémiques ont recouru nettement moins souvent aux soins médico-dentaires. Les facteurs tels que l'édentement, les restaurations inadéquates ou encore l'absence de nécessité d'un traitement médico-dentaire ont

influencé négativement le contact avec le médecin-dentiste (SHIMAZAKI ET COLL. 2004) (tab. II).

Les raisons subjectives du non-recours des personnes âgées aux soins médico-dentaires

Chez la personne âgée, les raisons du recours à la dernière en date des consultations médico-dentaires sont diverses (tab. III).

Les principales raisons de non-recours aux soins médico-dentaires (NRSMD) sont considérées séparément (tab. IV).

Etudes sur les personnes âgées vivant à domicile

En 1980, SMITH & SHEIHAM avaient déjà constaté en Grande-Bretagne l'existence d'une divergence entre le besoin objectif de traitement et le besoin subjectif perçu par la personne âgée. Ainsi, moins de la moitié (42%) des personnes âgées participant à cette étude ont estimé qu'elles avaient besoin d'un traitement médico-dentaire – alors que toutes ces personnes en avaient réellement besoin. Et seulement 19% d'entre elles avaient déjà essayé d'obtenir le traitement nécessaire (SMITH & SHEIHAM 1980).

Tab. III Raisons subjectives de la dernière en date des consultations médico-dentaires

Etudes sur les personnes âgées vivant à domicile			
		[%]	Raison du recours aux soins médico-dentaires
SAUNDERS & FRIEDMAN 2007		28,2	Restauration prothétique
		25,4	Nettoyage des dents
		22,8	Recall/contrôle
		20,8	Adaptation/réparation prothétique
		13,4	Extractions
		9,4	Obturations
STADELMANN ET AL. 2012	Extractions nécessaires (chez les patients de faible niveau de scolarité, à faible revenu, fumeurs ou anciens fumeurs, porteurs de prothèses amovibles) (<i>indépendamment de l'âge</i>)		
	55–65 ans	35,3	Contrôle à la demande
		33,0	Recall sur rappel
		14,3	Restauration prothétique
	65–74 ans	32,2	Contrôle à la demande
		31,9	Recall sur rappel
		18,4	Restauration prothétique
	75–99 ans	31,2	Contrôle à la demande
		25,9	Recall sur rappel
23,7		Restauration prothétique	
Etudes sur des collectifs représentatifs de la population			
		[%]	Motif du recours aux soins
MCGRATH ET AL. 1999	Urgence/douleurs (pas de données)		
		10,0	Urgence
		36,0	Recall
		52,0	Traitement
		1,0	Pas de données
MICHEELIS & REICH Enquête en 1997, publication en 1999	65–74 ans	54,3	Visite chez le médecin-dentiste axée sur le contrôle
		40,9	Visite chez le médecin-dentiste axée sur les symptômes
		4,8	Pas de données
MICHEELIS & SCHIFFNER Enquête en 2005, publication en 2006	65–74 ans	72,2	Visite chez le médecin-dentiste axée sur le contrôle
		27,4	Visite chez le médecin-dentiste axée sur les symptômes
		0,4	Pas de données

En Angleterre, dans un collectif de 437 personnes âgées de 75 ans et plus, vivant à domicile de façon autonome. MACÉNTÉE ET COLL. (1988) ont montré que la principale raison du NRSMD

Tab. IV Raisons subjectives influençant le recours aux soins médico-dentaires

Recours aux soins en fonction des symptômes	SCHOU & EADIE 1991 MATTIN & SMITH 1991
Pas d'indication quant au motif de traitement	SCHOU & EADIE 1991 DOLAN & ATCHINSON 1993 LESTER ET AL. 1998 MACÉNTÉE ET AL. 1988
Pas d'intérêt évident pour la santé bucco-dentaire	SCHOU & EADIE 1991
Anxiété	SCHOU & EADIE 1991 BORREANI ET AL. 2010 DOLAN & ATCHINSON 1993 SMITH & SHEIHAM 1980 MACÉNTÉE ET AL. 1988
Coûts	SCHOU & EADIE 1991 BORREANI ET AL. 2010 DOLAN & ATCHINSON 1993 LESTER ET AL. 1998 STRAYER 1995 SMITH & SHEIHAM 1980 MACÉNTÉE ET AL. 1988
Absence d'association entre la santé bucco-dentaire et générale	SCHOU & EADIE 1991
L'autotraitement est préféré au traitement professionnel	SCHOU & EADIE 1991
Manque de connaissances et d'informations	SLACK-SMITH ET AL. 2010
Accessibilité des soins	SLACK-SMITH ET AL. 2010 BORREANI ET AL. 2010
Difficultés de transport	DOLAN & ATCHINSON 1993 LESTER ET AL. 1998 STRAYER 1995* MACÉNTÉE ET AL. 1988
Perte de mobilité	SMITH & SHEIHAM 1980
Le patient n'a pas de médecin-dentiste attiré	ARCURY ET AL. 2012
Le patient ne veut pas «déranger» le médecin-dentiste	SMITH & SHEIHAM 1980
Problème d'accès au cabinet (p. ex. pour les chaises roulantes)	SMITH & SHEIHAM 1980
Edentement/prothèse complète	MCGRATH ET AL. 1999
Nombre de dents	MCGRATH ET AL. 1999
Le traitement est souhaité exclusivement à domicile	LESTER ET AL. 1998
Les rendez-vous sont difficiles à organiser par des tiers	LESTER ET AL. 1998
Atteinte de l'état de santé général	STRAYER 1995
* Population étudiée vivant en institution de soins ou à la maison avec des soins à domicile	

était le ressenti subjectif de ces personnes estimant que tout était actuellement en ordre. Les coûts des soins de même que les difficultés à se déplacer ont également été cités comme obstacles à l'accès aux soins médico-dentaires. L'anxiété ne représentait qu'une faible proportion (3%) des causes de non-recours aux soins médico-dentaires (MACÉNTÉE ET COLL. 1988).

SCHOU & EADIE ont constaté en 1991 que dès l'âge de 65 ans, la perte de dents est attendue et acceptée comme faisant partie du vieillissement. En Ecosse, les personnes âgées préfèrent que les rendez-vous chez le médecin-dentiste soient axés sur les symptômes. Parmi les raisons du NRSMD, il y avait ici également l'absence d'un besoin subjectif de traitement et de plus, un faible intérêt au maintien de la santé bucco-dentaire. Les sujets de cette étude n'ont pas associé la santé générale à la santé bucco-dentaire. En outre, des raisons telles que la peur du médecin-dentiste et les coûts de traitement élevés ont affecté négativement le comportement de recours aux soins (SCHOU & EADIE 1991).

GALAN ET COLL. (1995) ont désigné l'absence d'un besoin subjectif de traitement comme la raison essentielle de non-recours aux soins (88% des 170 personnes interrogées, >65 ans, âge moyen 82 ans).

L'étude GiA-AIM (Gesund im Alter – auch im Mund; vieillir en bonne santé – aussi au niveau de la bouche) a montré que 72% des personnes vivant à domicile et bénéficiant de services de soins ambulatoires estimaient que la raison principale du non-recours aux soins médico-dentaires était l'absence de la nécessité subjective d'un traitement. Par ailleurs, certaines personnes ont invoqué leur édentement ou le port de prothèses dentaires. Mais d'autres facteurs tels que l'anxiété (6%), les coûts de traitement (8%) et la fragilité (6%) ont également joué un rôle (NITSCHKE ET COLL. 2010).

Etudes sur les personnes âgées vivant en institution

En Ecosse, des études ont montré grosso modo que le quart seulement des personnes âgées vivant dans des homes ou des institutions de soins ont recours au médecin-dentiste, alors même que leur institution leur propose ces soins sur place, dans leur propre installation, ou organise le transport chez le médecin-dentiste (HALLY ET COLL. 2003). Les personnes âgées qui n'ont pas attaché une grande importance à leur état de santé bucco-dentaire avant leur admission dans un établissement de soins n'ont pas modifié cette attitude par la suite (SHAY 1990). Les deux tiers de l'ensemble des traitements médico-dentaires effectués dans les établissements de soins sont réalisés en fonction des symptômes ou à la demande des patients (ETTINGER 1993; DE BAAT ET COLL. 1993), ce qui n'a rien de surprenant, car le pourcentage des personnes âgées institutionnalisées qui ne recourent aux soins médico-dentaires qu'en fonction des symptômes est élevé (93% des plus de 60 ans) (LESTER ET COLL. 1998). Les raisons invoquées étaient l'absence d'un besoin subjectif de traitement (86%), ainsi que les coûts élevés et les difficultés de transport (LESTER ET AL. 1998). Le désir que le traitement médico-dentaire soit effectué à domicile (52-75%, augmentant avec l'âge [de 60 à 90 ans]) a également été cité comme une raison de ne pas recourir aux soins médico-dentaires. Les soignants, qui avaient eux aussi été interrogés, trouvaient également difficile de convenir d'un rendez-vous chez le médecin-dentiste pour les personnes âgées (93%) (LESTER ET COLL. 1998).

D'autres études ont invoqué aussi la préférence accordée au traitement des affections corporelles générales et au traitement médical des affections systémiques en tant que cause de la né-

Check-list

Mesures visant à améliorer le recours aux soins médico-dentaires



1

Infrastructure

Vérifier constamment l'accessibilité du cabinet

- moyens de transport publics
- parking balisé à proximité du cabinet
- signalisation bien visible du cabinet
- accès sans obstacles au cabinet
 - à l'extérieur (p. ex. dalles correctement positionnées/rampe)
 - à l'intérieur (p. ex. suffisamment de lumière dans l'escalier)

2

Agencement du cabinet

Installations confortables et adaptées aux besoins des personnes âgées

- réception et salle d'attente
- couloir menant à la salle de traitement
- aménagement/équipement de la salle de traitement
- moyens auxiliaires (lunettes de lecture prêtes à l'emploi, appareils auditifs, cale/écran dentaire, appuie-tête, etc.)
- équipement médico-dentaire mobile

3

La gestion du cabinet et l'équipe soignante

Améliorer le bien-être au cabinet médico-dentaire

- modèles structurés pour les informations, explications, investigations
- rendez-vous ciblés (patient et accompagnants souhaités)
- clarification des compétences pour les soins de suite
- clarification des responsabilités pour les soins
- gestion fiable des recalls
- consultation régulière des statistiques du cabinet sur les seniors
- organisation du contrôle des recalls pour les seniors
- suivi lors de rendez-vous annulés ou manqués
- réseau de transfert sans lacunes
- empathie et compétence de l'équipe du cabinet avec les seniors
- organisation des transports au cabinet médico-dentaire
- filières thérapeutiques mobiles
- offre d'un service mobile de soins médico-dentaires

4

Gestion du traitement

- formation post-graduée et continue du médecin-dentiste
- prise en compte de la capacité fonctionnelle médico-dentaire
- concepts thérapeutiques et préventifs fonctionnellement adaptés
- responsabilité en matière de soins
- évaluation des besoins en soins
- contact avec les médecins (modèle du médecin de famille), réseau

glinge fréquente de l'état de santé bucco-dentaire (WEFERS 1989; STARK 1992). En outre, les facteurs tels que la perte de la mobilité, les maladies démentielles (BENZ & HAFNER 2008) ou les troubles psychiques compliquent fortement les consultations médico-dentaires, ce qui affecte négativement le recours à ces soins (CLAUS 1982).

L'absence de la nécessité subjective d'un traitement (86,5%), le port de prothèses dentaires (9,8%) ainsi que la fragilité personnelle ont été selon NITSCHKE ET COLL. (2010) les principales raisons subjectives du non-recours au médecin-dentiste des personnes âgées vivant dans un établissement de soins (NITSCHKE ET COLL. 2010).

En résumé, il convient de noter que les personnes âgées fragilisées recourent de moins en moins souvent au médecin-dentiste, et à cet égard, elles s'orientent surtout en fonction des symptômes. Il n'est certainement pas possible de déterminer de façon définitive les raisons qui peuvent inciter les personnes âgées et très âgées à renoncer aux rendez-vous réguliers chez le médecin-dentiste. Il apparaît cependant que les facteurs spécifiques aux personnes âgées vivant dans des homes ou des établissements de soins (fragilité, perte de mobilité, troubles psychiques ou déficits cognitifs) semblent exercer une influence plus importante que chez les personnes âgées vivant à domicile (tab.IV).

Accompagnement approprié pour une meilleure fidélisation du patient âgé

Pour que les personnes âgées maintiennent ou reprennent le recours aux soins médico-dentaires, les facteurs mentionnés ci-dessous peuvent être utiles et sont susceptibles d'influencer le praticien (à ce propos, voir également la «check-list»).

1. Infrastructure

Accessibilité du cabinet

Le cabinet dentaire doit être facilement accessible, même pour les personnes âgées fragilisées, en perte d'autonomie ou ayant besoin de soins, mais transportables. Pour cela, les facteurs importants comprennent d'une part l'accès aux transports en commun ou la présence d'espaces de stationnement près du cabinet. D'autre part, pour les personnes âgées dont la mobilité est diminuée et à risque de chute, un accès sans obstacle au cabinet devrait également être assuré. Cela comprend l'aménagement de l'espace extérieur et intérieur, avant et après la porte d'entrée du cabinet. A l'intérieur, la signalisation doit être claire et il faut veiller à un éclairage adéquat. Des rampes et mains courantes en suffisance sont souhaitables, à gauche et à droite.

2. Agencement du cabinet

Agencement adapté aux besoins des personnes âgées

L'amélioration du confort associée à une atmosphère agréable lors du traitement au cabinet médico-dentaire peut avoir un impact significatif sur le recours aux soins et sur l'adhésion et la compliance du patient. Le médecin-dentiste et son équipe devraient accueillir avec plaisir les patients âgés, avec leurs besoins et leurs exigences hétérogènes. L'empathie et les compétences relationnelles, la présence de certains moyens auxiliaires (fig. 4 et 5) et l'accessibilité du cabinet influencent positivement le bien-être du patient. Dans un cabinet adapté aux besoins des personnes âgées, tous les patients ont la possibilité de bénéficier de soins médico-dentaires axés sur la qualité, qu'ils soient encore en bonne forme physique, fragilisés ou en situation de dépendance. La conception du cabinet et son équipement doivent



Fig. 2 Les chaises avec des accoudoirs horizontaux sont préférables aux chaises sans accoudoirs, car elles permettent aux personnes âgées de s'asseoir et de se lever plus facilement lorsque leurs capacités fonctionnelles sont limitées. Lorsque la conception de la salle d'attente du cabinet médico-dentaire répond aux besoins des personnes âgées, le bien-être de ces patients est amélioré.



Fig. 3 De l'espace en suffisance pour les chaises roulantes et les déambulateurs dans les couloirs menant à la salle de traitement – qui doit elle aussi être suffisamment spacieuse, de même que la salle d'attente.

prendre en compte les demandes et les besoins de la population hétérogène des personnes âgées. Cela commence par les plaques et panneaux indicateurs à l'extérieur et à l'intérieur du cabinet, qui devraient être conçus de manière à ce qu'ils puissent être remarqués, lus et compris par les patients atteints d'une déficience visuelle. La conception de la réception et de la salle d'attente (fig. 2), mais aussi les installations sanitaires, les accès à la salle de traitement (fig. 3) et la salle de traitement elle-même doivent être adaptés aux besoins particuliers des patients âgés



Fig. 4 Utilisation de moyens auxiliaires: cale/écran dentaire (Dental Shield)



Fig. 5 L'utilisation de moyens auxiliaires – ici un appui-tête qui peut être fixé à un fauteuil roulant – peut faciliter le traitement, aussi bien pour le patient en perte de mobilité que pour le médecin-dentiste

en perte d'autonomie fonctionnelle et de mobilité. L'utilisation de dispositifs d'assistance peut être utile aussi bien pour le patient que pour le médecin-dentiste, par exemple lunettes de lecture, appareils auditifs, cale-écran dentaire (dispositif permettant de maintenir la bouche ouverte lors de limitations fonctionnelles et de protéger la joue ou la lèvre) (fig. 4), coussin pour améliorer le positionnement, etc. (fig. 5).

3. La gestion du cabinet et l'équipe soignante

Structuration des contacts

Les traitements médico-dentaires et les soins aux personnes âgées sont toujours associés à une augmentation des tâches administratives (par exemple: rendez-vous fixés par écrit, car il est souvent impossible ou peu fiable de fixer les rendez-vous par téléphone, obtention d'informations administratives et médicales auprès de tierces personnes [rapports médicaux, contacts avec des représentants des patients ou avec des proches, etc.], clarification et explication ou respectivement obtention du consentement de tiers pour le traitement prévu, etc.). La correspondance structurée permet de simplifier les contacts pour une efficacité accrue (par exemple lettres standard, modèles de lettres d'information et de formulaires de consentement). La mise à jour constante des feuilles d'anamnèse est nécessaire. Dans le même temps, le médecin-dentiste peut se protéger légalement – notamment envers les patients sous assistance étatique (curatelle ou tutelle) ou juridique.

Disponibilité pour les rendez-vous (dates et durée des traitements)

Lors de la planification des rendez-vous pour les patients âgés vivant à domicile ou dans des homes, il importe de tenir compte des caractéristiques médicales générales du patient et des particularités organisationnelles (diabète sucré, prise de médicaments, exigences de temps plus importantes le matin, service de repas à domicile, soins à domicile). La gestion des rendez-vous demande de la sensibilité; les personnes âgées ne devraient pas être utilisées en tant que «bouche-trous» dans l'agenda des rendez-vous. Il sera tenu compte des processus de soins, des services de transport pour les membres de la famille ainsi que des processus administratifs des établissements de soins.

Réseau de transfert sans lacune

Lorsqu'un patient ne peut plus être suivi par son médecin-dentiste – par exemple lors d'un changement de domicile –, la continuité des soins médico-dentaires ne peut être assurée que si l'on veille, d'une part, à ce que ce patient soit adressé à un autre médecin-dentiste. La proposition d'envoyer les documents du patient au médecin-dentiste qui prend le relais doit être faite. D'autre part, en cas de rendez-vous manqué par un patient âgé venu jusqu'ici régulièrement à ses rendez-vous, il est nécessaire de reprendre contact et de lui proposer de nouveaux rendez-vous. L'objectif de cette démarche est de veiller à ce que les recalls ne soient pas interrompus.

Accompagnement compétent des personnes âgées par les membres de l'équipe du cabinet

Outre l'accompagnement adapté aux personnes âgées (p. ex. pour la communication: conversation avec échanges verbaux fréquents et intensifs), l'équipe du cabinet devrait aussi être préparée à des charges administratives accrues (contacts multiples: avec le patient, le représentant légal, les membres de la famille).

L'équipe du cabinet devra faire preuve de beaucoup de patience et de nombreuses compétences, et il serait judicieux que chaque membre de l'équipe suive des sessions de formation sur le thème des personnes âgées au cabinet médico-dentaire. Des arrangements relatifs aux problèmes de la vie quotidienne devraient être conclus lors des réunions d'équipe.

De même, dans le domaine de la prophylaxie, les membres de l'équipe peuvent être préparés à mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie en suivant des formations spécialisées. Ce domaine est particulièrement important, car la capacité des patients à effectuer les soins d'hygiène bucco-dentaire peut diminuer en raison de la réduction de la dextérité et de la force manuelle, ou encore de la diminution de l'acuité visuelle. Outre le rattrapage de l'hygiène bucco-dentaire limitée réalisée à domicile, il serait nécessaire d'effectuer à intervalles rapprochés des soins professionnels d'hygiène bucco-dentaire et prothétique. De cette manière, il est également possible de contrôler régulièrement la santé bucco-dentaire des personnes âgées et de détecter précocement les altérations des capacités fonctionnelles dentaires. Le patient est alors familiarisé avec le cabinet et les membres de l'équipe, ce qui favorise son adhésion – également dans l'éventualité où des soins médico-dentaires deviendraient nécessaires.

Équipement mobile

Afin de garantir l'égalité des chances d'accéder aux soins médico-dentaires, il faut tenir compte du fait que bien souvent, les patients vivant dans des homes ne sont pas en mesure de se

rendre dans un cabinet médico-dentaire en raison d'un mauvais état de santé général ou d'une perte de mobilité. Un équipement mobile pour les contrôles et les traitements médico-dentaires de ces patients (prévention des situations d'urgence, offre de dépistage régulier) peut aussi fidéliser ces patients et augmenter leur taux de recours aux soins médico-dentaires d'urgence.

Cela peut donner aux médecins-dentistes la possibilité de prendre l'initiative pour soigner les patients directement dans les établissements de soins. De tels modèles de recours aux soins médico-dentaires sont connus, comme le *mobiDent*[®]: il s'agit d'un concept suisse permettant aux personnes âgées et très âgées de recourir aux soins médico-dentaires dans les homes et les établissements de soins du canton de Zurich, ou encore le *Teamwerk*: un concept munichois de soins médico-dentaires à proximité des établissements pour personnes âgées. Tous les médecins-dentistes installés peuvent proposer des services médico-dentaires mobiles dans le cadre de leurs activités professionnelles. Ces efforts nécessitent souvent un investissement personnel important, car aujourd'hui, la rétribution du travail supplémentaire réalisé dans les établissements de soins n'en couvre pas toujours les coûts.

4. La gestion des traitements

Formation de base – Formation continue – Spécialisation du médecin-dentiste et de l'équipe du cabinet

La base d'une gestion réussie visant à fidéliser les patients repose sur la formation de base et la formation continue du médecin-dentiste et de l'équipe du cabinet pour l'accompagnement et le traitement des personnes âgées (NITSCHKE ET COLL. 2012). Les étudiants actuels en médecine dentaire devraient être bien préparés sur le plan théorique et pratique à la population hétérogène de patients âgés qui les attend (KOSSIONI ET COLL. 2009). En Suisse, les différents aspects du vieillissement et le traitement des personnes âgées sont déjà enseignés obligatoirement pendant les études. Les médecins-dentistes doivent également bénéficier d'une formation continue dans le domaine de la géro-dentologie, afin d'acquérir les compétences spécifiques pour accompagner les patients âgés, pour la plupart multimorbides, et en assurer les soins ou les traitements dentaires. Une spécialisation du médecin-dentiste, telle qu'elle est proposée par exemple par la Société allemande de médecine dentaire pour les personnes âgées (*Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin*, association enregistrée, www.dgaz.org) ainsi que la formation continue de l'équipe du cabinet aident à se préparer aux besoins des personnes âgées en pratique médico-dentaire quotidienne.

Evaluation des besoins en soins

Dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins, le médecin-dentiste devrait clarifier les responsabilités quant aux garanties lorsque des patients âgés recourent à des soins médico-dentaires. L'évaluation des besoins en soins («*Versorgungsdiagnose*») est basée sur la collecte et l'évaluation des informations et connaissances spécifiques qui permettront de déterminer les besoins individuels du patient en soins médicaux et médico-dentaires. Si la responsabilité personnelle du patient est restreinte en matière de santé bucco-dentaire, cette situation devrait être compensée par l'entourage. Cependant, les programmes de formation professionnelle en matière de soins médicaux et infirmiers ne tiennent compte que dans une mesure limitée de la complexité des soins de santé bucco-dentaire aux personnes en perte d'autonomie. En conséquence, nous ne disposons pas de

directives et de stratégies suffisamment élaborées pour la mise en œuvre pratique de ces soins. La diminution de la capacité d'hygiène bucco-dentaire ne peut souvent pas être compensée et la prise en charge nécessaire à la réalisation de soins bucco-dentaires de qualité n'est pas suffisamment structurée. C'est pourquoi l'instruction des membres de l'équipe soignante doit être réalisée sur la base des besoins individuels en soins, afin de garantir que les soins bucco-dentaires et prothétiques à domicile seront effectivement réalisés tous les jours. L'un des devoirs du médecin-dentiste et de son équipe est de reconnaître à temps les limites de l'environnement du patient en matière de soins, et d'initier immédiatement l'instruction et la formation du personnel médical et paramédical en charge des soins relatifs aux problèmes de santé bucco-dentaire. A cet égard, des modèles de soins (par exemple *Teamwerk*, Munich) ont fait leurs preuves en Allemagne en obtenant des succès surtout dans le domaine de la prévention, sur la base d'un double concept. En Suisse, il existe une collaboration universitaire dans le domaine de la formation interdisciplinaire des étudiants en médecine et en médecine dentaire, proposée au niveau de la formation de base et de la formation continue, visant à promouvoir la compréhension mutuelle de ces problèmes (Université de Zurich: cours à option [«*Mantelstudium*»] sur «La personne très âgée», destiné aux étudiants du premier cycle en médecine et médecine dentaire; colloque interdisciplinaire sur des cas cliniques, destinés aux médecins-dentistes, aux gérologues, géro-psycho-atres et aux médecins et médecins-dentistes installés). Il incombe aux représentants des organisations professionnelles de garantir que ces efforts supplémentaires du médecin-dentiste soient rétribués de façon adéquate. A cet effet, des positions tarifaires correspondant à ces prestations supplémentaires doivent être créées dans les répertoires de rémunération, et les personnes en situation de dépendance doivent avoir le droit légal de bénéficier de ces prestations.

Méthode de dépistage

En plus de l'anamnèse médicale et médico-dentaire générale du patient réalisée en pratique médico-dentaire, certains experts suggèrent d'effectuer également, de routine, une évaluation gériatrique (par exemple: *Activities of Daily Living (ADL)*; indice de masse corporelle [*IMC*]; *Mini Nutritional Screening (MNA)*, *Mini Mental State Examination [MMS ou MMSE]*). Cela permet d'une part de mieux évaluer les capacités fonctionnelles du patient sur le plan médico-dentaire. D'autre part, cela permet d'initier précocement une intervention interdisciplinaire (par exemple lors de suspicion de malnutrition) et de recommander au patient de consulter un spécialiste. Une meilleure connaissance des compétences quotidiennes du patient permet de mieux comprendre les problèmes lorsqu'il a besoin de soins médico-dentaires.

Compétence pour les soins de suivi

Il convient d'adapter les soins et les traitements aux personnes âgées à leurs capacités fonctionnelles sur le plan médico-dentaire, ce qui comprend également une planification à long terme tenant compte des compétences du patient pour les soins de suivi. Le concept de compétence en matière de soins de suite englobe les facteurs nécessaires à la réussite à long terme des soins et des traitements médico-dentaires (p. ex.: le patient est-il en mesure d'assumer de façon autonome les soins d'hygiène bucco-dentaire? Présente-t-il des maladies ou affections pouvant influencer négativement l'hygiène bucco-dentaire et pro-

thétique, mais aussi le recours aux soins médico-dentaires? Faut-il s'attendre ici à une progression/péjoration? En cas de doute, y a-t-il des tiers qui peuvent être contactés déjà avant le traitement et qui sont à même d'influencer positivement ou de maintenir l'hygiène bucco-dentaire et prothétique, ainsi que le recours aux soins médico-dentaires?).

Pour que le recours aux recalls soit efficace, il est nécessaire de réfléchir déjà avant le traitement à la manière dont les soins de suite seront réalisés, par exemple après une restauration prothétique importante, et s'ils pourront être maintenus même en cas de péjoration de l'état de santé général du patient. Outre la planification médico-dentaire, cela implique que les restaurations puissent être adaptées sans trop d'effort à de nouvelles conditions. De même, au cours de la phase de planification, il faudra tenir compte de la personne qui sera responsable des soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique après l'intervention, et de la détermination des modalités des recalls.

Interactions avec le représentant légal, les membres de la famille, les soignants, le tiers payant, le médecin généraliste, l'anesthésiste et le représentant du patient

A ce niveau du processus, le médecin-dentiste devrait veiller à établir un réseau avec d'autres spécialistes. D'une part, les informations diagnostiques relatives au patient peuvent être vérifiées, et d'autre part, l'implication d'une équipe interdisciplinaire est utile dans l'élaboration d'un consensus thérapeutique réussi. Lorsque le patient n'est plus en mesure de décider par lui-même, l'empowerment (responsabilisation) de la personne habilitée à prendre la décision la rendra mieux à même de contribuer à la prise de décision thérapeutique.

Les patients âgés ont davantage de contact avec leur médecin généraliste. Cette interface devrait être utilisée pour motiver les patients à recourir à des contrôles médico-dentaires réguliers. Le concept médico-dentaire du médecin généraliste d'après Nitschke et Reiber (NITSCHKE & REIBER 2009) comprend un outil de dépistage permettant au médecin généraliste de déterminer plus facilement si le patient a besoin d'un traitement médico-dentaire. Lorsque les réponses à ce bref questionnaire activent des points de déclenchement, le médecin généraliste devrait demander à son patient de s'adresser à son médecin-dentiste. Le médecin-dentiste contacté informe en retour le médecin généraliste en remplissant un bref formulaire d'examen relatif à la santé bucco-dentaire de leur patient commun. Le patient est motivé à se rendre à son rendez-vous chez le médecin-dentiste puisqu'il s'agit d'une recommandation de son médecin.

Considérations récapitulatives

Pour résoudre à l'avenir le problème de la diminution du recours aux soins médico-dentaires constaté chez les personnes âgées, il est important que ces patients se sentent les bienvenus au cabinet médico-dentaire, et qu'ils s'y sentent à l'aise. Il faut veiller à lever les obstacles, à renforcer le recours aux soins et à proposer aux patients âgés et très âgés des situations gérables. Au

cours des soins et traitements au cabinet, il faut tenir compte de la capacité fonctionnelle médico-dentaire du patient et la réévaluer régulièrement.

L'adaptation continue du concept de soins et de traitements aux modifications de la capacité fonctionnelle médico-dentaire du patient, ainsi que l'intensification de la coopération interdisciplinaire et de ses modalités, la formation continue des soignants qui s'occupent de ces patients, la conception et le design du cabinet et l'offre d'un concept de recalls sans faille peuvent permettre de prendre en compte les comportements de recours aux soins très divers des personnes âgées. Un cabinet bien adapté aux besoins des personnes âgées nécessite un concept structuré intégrant le thème du recours au médecin-dentiste et de l'équipe du cabinet. En outre, la prise en compte de concepts de traitements par petites étapes peut apporter des avantages au médecin-dentiste en ce qui concerne la survenue des problèmes prévisibles liés à la diminution du recours aux soins. Les processus d'adaptation et de maîtrise des problèmes par le patient, son environnement et l'équipe médico-dentaire sont au premier plan, et à cet égard, les expériences positives (réalisation de petits objectifs thérapeutiques, offre de moyens auxiliaires pratiques, adaptation des outils et dispositifs auxiliaires médico-dentaires, proposition de différentes options de positionnement du patient) et une attitude positive de l'équipe du cabinet et de l'entourage du patient sont essentiels. Ainsi, même pendant la vieillesse, il est possible de favoriser encore très longtemps la santé bucco-dentaire et de réduire les nuisances engendrées par les urgences médico-dentaires pour le patient âgé (douleurs, stress), pour son environnement (organisation des transports, modifications du programme de travail du personnel) et pour le cabinet médico-dentaire (surcroît de travail administratif, heures supplémentaires). Cette promotion du recours aux soins peut encourager l'environnement, et en particulier les soignants, à accorder de l'attention à la santé bucco-dentaire des patients en situation de dépendance et à soutenir l'encouragement au comportement de recours aux soins. L'apport de l'offre de prestations médico-dentaires se manifeste généralement par l'amélioration de l'état de santé général et de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire. A cet égard, les personnes âgées vivant dans des homes se caractérisent particulièrement par un besoin élevé de soins et de traitements médico-dentaires ainsi que de soins de suivi, alors que leur recours aux soins médico-dentaires est faible. Néanmoins, nous ne disposons que d'un nombre négligeable d'études consacrées aux raisons et aux facteurs qui influencent le comportement des personnes âgées autonomes ou en situation de dépendance en matière de recours ou de non-recours aux soins médico-dentaires. Les représentants des organisations professionnelles des différents pays sont invités à promouvoir la formation continue des médecins-dentistes, pour favoriser la réalisation de soins médico-dentaires de haut niveau chez les personnes âgées et très âgées, et à créer les conditions permettant d'honorer à sa juste valeur le surcroît de travail engendré par ces prestations.

Bibliographie

- ALLIN S, MASSERIA C, MOSSIALOS E: Measuring socio-economic differences in use of health care services by wealth versus by income. *Am. J. Public Health* 99: 1849–1855 (2009)
- ARCURY T A, SAVOCA M R, ANDERSON A M, CHEN H, GILBERT G H, BELL R A, LENG X, REYNOLDS T, QUANDT S A: Dental care utilization among North Carolina rural older adults. *J. Public Health Dent.* 72: 190–197 (2012)
- ASTROM A N, EKBACK G, NASIR E, ORDELL S, UNELL L: Use of dental services throughout middle and early old ages: a prospective cohort study. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 41 (1): 30–39 (2013)
- BÄR C H, REIBER T H, NITSCHKE I: Zahnmedizinische Probleme bei alten Patienten [Dental problems in older patients], *zm* 99, no. 24: 44–49 (2009)
- BENZ C, HAFFNER C: Zahnerhaltung im Alter [Tooth preservation in old age], *Zahnmedizin up2date* 2: 263–279 (2008)
- BERG R, BERKEY C B, TANG J M, BAINE C, ALTMAN D S: Oral health status of older adults in Arizona: results from the Arizona Elder Study. *Spec. Care Dentist.* 20: 226–233 (2000)
- BERGMANN E, KAMTSIURIS P: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. [Utilization of medical services.] *Gesundheitswesen* 61: 138–144 (1999)
- SWISS FEDERAL STATISTICAL OFFICE (BFS): Swiss Health Survey, Health and health behavior in Switzerland 1992–2002, Neuchâtel (2005)
- SWISS FEDERAL STATISTICAL OFFICE (BFS): Statistics for Switzerland. Health and health behavior in Switzerland 2007. Swiss Health Survey, Neuchâtel (2010)
- BORN G, BAUMEISTER S E, SAUER S, HENSEL E, KOCHER T, JOHN U: [Characteristics of risk groups with an insufficient demand for dental services – results of the study of health in Pomerania (SHIP)], *Gesundheitswesen*, 68(4): 257–264 (2006)
- BORREANI E, JONES K, WRIGHT D, SCAMBLER S, GALLAGHER J E: Improving access to dental care for older people. *Dent. Update* 37: 297–298 (2010)
- BROTHWELL D J, JAY M, SCHÖNWETTER D J: Dental service utilization by independently dwelling older adults in Manitoba, Canada. *J. Can. Dent. Assoc.* 74: 161–161f (2008)
- CLAUS L M: Dental student attitudes towards the elderly and training in geriatric dentistry. *Int. Dent. J.* 32: 371–378 (1982)
- DE BAAT C, BRUINS H, VAN ROSSUM G, KALK W: Oral health care for nursing home residents in the Netherlands – a national survey. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21: 240–242 (1993)
- DENKINGER M D, LUKAS A, HERBOLSHEIMER F, PETER R, NIKOLAUS T: Physical activity and other health-related factors predict health care utilization in older adults: the ActiFE Ulm study. *Z. Gerontol. Geriatr.* 45: 290–297 (2012)
- DOLAN T A, ATCHINSON K A: Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J. Dent. Educ.* 57: 876–887 (1993)
- DOLAN T A, PEEK C W, STUCK A E, BECK J C: Functional health and dental service use among older adults. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 53: 413–418 (1998)
- ETTINGER R L: Oral health and oral health care of the elderly. *Dent. World* 2: 5 (1993)
- GALAN D, BRECX M, HEATH M R: Oral health status of a population of community-dwelling older Canadians. *Gerodontology* 12:41–48 (1995)
- GMÜNDER ERSATZKASSE: GEK – Report on outpatient medical care 2006: Evaluations of GEK health reporting. Sankt Augustin: Asgard-Verlag (2006)
- HALLY J, CLARKSON J E, NEWTON J P: Continuing dental care for Highlands elderly: current practice and attitudes of dental practitioners and home supervisors. *Gerodontology* 20: 88–94 (2003)
- HESEL A, GUNZELMANN T, GEYER M, BRÄHLER E: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. [Utilization of medical services and medication use in over-60-year-olds in Germany – health, sociostructural, sociodemographic, and subjective factors.] *Z. Gerontol. Geriatr.* 33: 289–299 (2000)
- IKIBE K, NOKUBI T, ETTINGER R L: Utilization of dental health services by community-dwelling older adults in Japan who attended a weekly educational programme. *Gerodontology* 19: 115–122 (2002)
- IMFELD T, LUTZ F: [The subjective evaluation of oral health in 40- to 69-year-old subjects. A representative survey of 600 persons in German- and French-speaking Switzerland]. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 105: 1272–1283 (1995)
- KATSOLIS J, HUBER S, ZUMSTEG P, PAZERA P, MERICSKE-STERN R: Gerodontic consultation service for hospitalized geriatric patients: diagnosis and therapy (II). *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 119: 688–694 (2009)
- KIYAK H A, REICHMUTH M: Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J. Dent. Educ.* 69: 975–986 (2005)
- KOSSIONI A, VANOBBERGEN J, NEWTON J, MÜLLER F, HEATH R: European College of Gerodontology: undergraduate curriculum guidelines in gerodontology. *Gerodontology* 26: 165–171 (2009)
- KUSTER M, MÜLLER R, TACKENBERG M, JÄGER P: SSO public survey. Attitudes of the Swiss to dentists in 2000. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 110 (12): 1305–1312 (2000)
- LESTER V, ASHLEY F P, GIBBONS D E: Reported dental attendance and perceived barriers to care in frail and functionally dependent older adults. *Br. Dent. J.* 184: 285–289 (1998)
- LINDEN M, GILBERG R, HORGAS A L, STEINHAGEN-THIESSEN E: Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. [Utilization of medical and nursing assistance in old age.] In: Mayer KU and Baltes P B: Die Berliner Altersstudie. [The Berlin Aging Study.] Berlin: Akademie Verlag: 475–495 (1996)
- LISL S, MORAN V, MAURER J, FAGGION C M JR: Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 40: 164–174 (2012)
- MACENTEE M I, DOWELL T B, SCULLY C: Oral health concerns of an elderly population in England. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 16: 72–74 (1988)
- MACENTEE M I, STOLAR E, GLICK N: Influence of age and gender on oral health and related behaviour in an independent elderly population. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21: 234–239 (1993)
- MCGRATH C R, BEDI R, DHAWAN N: Factors influencing older people's self reported use of dental services in the UK. *Gerodontology* 16: 97–102 (1999)
- MCGRATH C, BEDI R: Can dental attendance improve quality of life? *Br. Dent. J.* 190: 262–265 (2001)
- MANSKI R J: Public programs, insurance, and dental access. *Dent. Clin. North Am.* 53: 485–503 (2009)
- MANSKI R J, MOELLER J, CHEN H, ST CLAIR P A, SCHIMMEL J, MAGDER L, PEPPER J V: Dental care utilization and retirement. *J. Public Health Dent.* 70: 67–75 (2010)
- MANSKI R J, MOELLER J F, ST CLAIR P A, SCHIMMEL J, CHEN H, PEPPER J V: The influence of changes in dental care coverage on dental care utilization among retirees and near-retirees in the United States, 2004–2006. *Am. J. Public Health* 101: 1882–1891 (2011)
- MANSKI R J, MOELLER J F, CHEN H, ST CLAIR P A, SCHIMMEL J, PEPPER J V: Wealth effect and dental care utilization in the United States. *J. Public Health Dent.* 72: 179–189 (2012)
- MATTIN D, SMITH J M: The oral health status, dental needs and factors affecting utilisation of dental services in Asians aged 55 years and over, resident in Southampton. *Br. Dent. J.* 170: 369–372 (1991)
- MICHEELIS W, REICH E: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997, Köln [Third German Oral Health Study (DMS III). Results, trends and problem analysis based on population-representative samples in Germany 1997, Cologne] Deutscher Ärzte-Verlag 1999. ISBN 3-7691-7848-3 (1999)
- MICHEELIS W, SCHIFFNER U: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). [Fourth German Oral Health Study (DMS IV).] Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005, Köln [New results on the prevalence of oral diseases, risk groups, and level of dental care in Germany 2005, Cologne] Deutscher Ärzte-Verlag 2006. ISBN 10: 3-934280-94-3 (2006)
- MORIYA S, TEI K, YAMAZAKI Y, HATA H, KITAGAWA Y, INOUE N, MIURA H: Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviours in community-dwelling older adults. *Gerodontology* 30: 133–140 (2013)
- MURRAY J J: Attendance patterns and oral health. *Br. Dent. J.* 181: 339–342 (1996)
- NITSCHKE I, HOPFENMÜLLER W: Die Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. [Dental care for older people.] In: Mayer, K. U. and Baltes, P. B.: Die Berliner Altersstudie. [The Berlin Aging Study.] Berlin: Akademie Verlag: 429–448; ISBN-13: 978-3050045085 (1996)
- NITSCHKE I, MÜLLER F, HOPFENMÜLLER W: The uptake of dental services by elderly Germans. *Gerodontology* 18: 114–120 (2001)
- NITSCHKE I: Zur Mundgesundheit von Senioren – ein epidemiologischer Überblick über ausgewählte orofaziale Erkrankungen und ihre longitudinale Betrachtung, Habilitationsschriften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde [On the oral health of seniors – an epidemiological summary of selected orofacial diseases and their longitudinal observation, postdoctoral lecturing qualification theses in dental and oral medicine], Quintessenz-Verlag, Berlin, ISBN 3-87652-898-4 (2006)
- NITSCHKE I, REIBER T: Orale Gesundheit. [Oral Health] In: Stoppe G, Mann E (Eds.): Geriatrie für Hausärzte. [Geriatrics for primary-care physicians.] Hans-Huber Verlag, Hogrefe AG, Bern (2009)
- NITSCHKE I, MAJDANI M, SOBOTTA B A, REIBER T, HOPFENMÜLLER W: Dental care of frail older people and those caring for them. *J. Clin. Nurs.* 19: 1882–1890 (2010)

- NITSCHKE I, BÄR C, HOPFENMÜLLER W, ROGGENDORF H, STARK H, SOBOTTA B, REIBER T: [Do long-term care residents benefit from the dental bonus system?]. *Z. Gerontol. Geriatr.* 44: 181–186 (2011)
- NITSCHKE I, BLEIEL D, KUNZE J: Achtung, Senioren in der Praxis! Zur Notwendigkeit und Möglichkeit einer Spezialisierung im Fachgebiet Senioren-zahnmedizin. [Watch out! Seniors in the clinic! On the necessity and opportunity of specializing in the area of gerodontology.] *Quintessenz* 63: 1037–1046 (2012)
- NYSSÖNEN V: Use of oral health services and adult oral health in Finland. *Proc. Finn. Dent. Soc.* 88: 33–38 (1992)
- OHI T, SAI M, KIKUCHI M, HATTORI Y, TSUBOI A, HOZAWA A, OHMORI-MATSUDA K, TSUJI I, WATANABE M: Determinants of the utilization of dental services in a community-dwelling elderly Japanese population. *Tohoku J. Exp. Med.* 218: 241–249 (2009)
- RICHARDS W, AMEEN J: The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice. *Br. Dent. J.* 193: 697–701 (2002)
- RISE J, HOLST D: Causal analysis on the use of dental services among old-age pensioners in Norway. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 10: 167–172 (1982)
- SAUNDERS R, FRIEDMAN B: Oral health conditions of community-dwelling cognitively intact elderly persons with disabilities. *Gerodontology* 24: 67–76 (2007)
- SCHIMMEL M, SCHOENI P, ZULIAN G B, MÜLLER F: Utilization of dental services in a university hospital palliative and long-term care unit in Geneva. *Gerodontology* 25: 107–112 (2008)
- SCHOU L, EADIE D: Qualitative study of oral health norms and behaviour among elderly people in Scotland. *Community Dent. Health* 8: 53–58 (1991)
- SHAY K: Oral neglect in the institutionalized elderly. Part 1: The role of the institution. *Spec. Care Dentist.* 10: 166–168 (1990)
- SHEIHAM A, MAIZELS J, CUSHING A, HOLMES J: Dental attendance and dental status. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 13: 304–309 (1985)
- SHIMAZAKI Y, SOH I, KOGA T, MIYAZAKI H, TAKEHARA T: Relationship between dental care and oral health in institutionalized elderly people in Japan. *J. Oral Rehabil.* 31: 837–842 (2004)
- SKAAR D D, O'CONNOR H: Dental service trends for older US adults, 1998–2006. *Spec. Care Dentist.* 32: 42–48 (2012)
- SLACK-SMITH L, HYNDMAN J: The relationship between demographic and health-related factors on dental service attendance by older Australians. *Br. Dent. J.* 197: 193–199, Discussion 190 (2004)
- SLACK-SMITH L, LANGE A, PALEY G, O'GRADY M, FRENCH D, SHORT L: Oral health and access to dental care: a qualitative investigation among older people in the community. *Gerodontology* 27: 104–113 (2010)
- SMITH J M, SHEIHAM A: Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 8: 360–364 (1980)
- STADELMANN P, ZEMP E, WEISS C, WEIGER R, MENGHINI G, ZITZMANN N U: Dental visits, oral hygiene behaviour, and orthodontic treatment in Switzerland. *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 122: 104–126 (2012)
- STARK H: Untersuchungen zur zahnmedizinischen Versorgung in den Heimen der Altenhilfe in Bayern. [Studies of dental care in old people's facilities in Bavaria.] *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 47: 124–126 (1992)
- STRAYER M S: Perceived barriers to oral health care among the homebound. *Spec. Care Dentist.* 15: 113–118 (1995)
- THODE N, BERGMANN E, KAMTSIURIS P, KURTH B M: Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. [Factors influencing outpatient utilization in Germany.] *Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch. – Gesundheitsschutz* 3: 296–306 (2005)
- TODD J E, LADER D: Adults dental health in the United Kingdom 1988, Her Majesty's Stationery Office, London (1991)
- WALL T P, BROWN L J: Recent trends in dental visits and private dental insurance, 1989 and 1999. *J. Am. Dent. Assoc.* 134: 621–627 (2003)
- WALTER M H: Das Thema «Mundgesundheit» im Forschungsverbund Public Health Sachsen, 2–5. [The subject of “oral health” in the Public Health Research Center Saxony, 2–5.] In: Bevölkerungsrepräsentative Studie zum zahnärztlich-prothetischen Versorgungsgrad und Behandlungsbedarf. [Population-representative study on the level of dental prosthesis provision and need for treatment.] Regensburg: S.-Roderer-Verlag (1997)
- WEFERS K P, HEIMANN M, KLEIN J, WETZEL W E: Untersuchungen zum Gesundheits- und Mundhygienebewusstsein bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen. [Studies on the health and oral health awareness of residents of old people's and care facilities.] *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 44: 628–630 (1989)
- WU B, PLASSMAN B L, LIANG J, WEI L: Cognitive function and health care utilization among community-dwelling older adults. *Am. J. Public Health* 97: 2216–2221 (2007)
- YONEYAMA T, YOSHIDA M, OHRUI T, MUKAIYAMA H, OKAMOTO H, HOSHIBA K, IHARA S, YANAGISAWA S, ARIUMI S, MORITA T, MIZUNO Y, OHSAWA T, AKAGAWA Y, HASHIMOTO K, SASAKI H: Oral Care Working Group: Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.* 50: 430–433 (2002)
- ZITZMANN N U, MARINELLO C P, ZEMP E, KESSLER P, ACKERMANN-LIEBRICH U: Zahnverlust, prothetische Versorgung und zahnärztliche Inanspruchnahme in der Schweiz. [Tooth loss, prosthetic treatment, and dental utilization in Switzerland.] *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* 111: 1288–1294 (2001)
- ZITZMANN N U: Die Folgen der Zahnlosigkeit für das Individuum. [The consequences of edentulism for the individual.] *Dtsch. Zahnärztl. Z.* 59: 617–625 (2004)