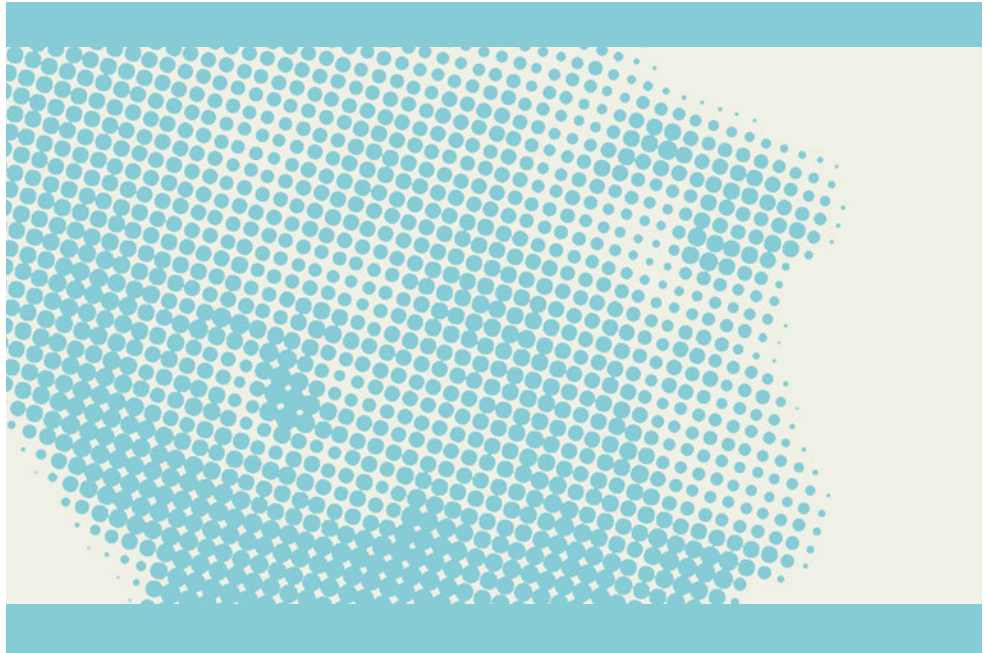


CHRISTIAN E. BESIMO

Médecine orale,
Seeklinik Brunnen et cliniques
universitaires de médecine
dentaire de l'université de Bâle

CORRESPONDANCE

Prof. Dr. Christian E. Besimo
Chefarzt Orale Medizin
Seeklinik Brunnen
Gersauerstrasse 8
6440 Brunnen
Tél. 041 811 87 57
Fax 041 811 48 63
E-mail: christian.besimo
@seeklinik-brunnen.ch



Changement de paradigme en faveur d'une meilleure santé orale chez les personnes âgées

MOTS-CLÉS

Médecine dentaire gériatrique,
santé buccale, multimorbidité,
dépistage multidimensionnel médical
et psychosocial

Image en haut: Manuel pour l'évaluation multidimensionnelle gériatrique dans la pratique dentaire

RÉSUMÉ

La médecine dentaire gériatrique se considère encore et toujours comme une discipline qui aborde essentiellement la prise en charge des personnes de grand âge dans la 4^e phase de leur vie, dans laquelle les personnes concernées ont considérablement besoin d'aide et de soins et vivent en règle générale dans une institution. Malgré les nombreux efforts déjà entrepris, l'état de santé bucco-dentaire de ces personnes ne s'est pas vraiment amélioré. La raison tient au fait que les causes des maladies buccales auxquelles nous sommes confrontés dans les institutions apparaissent nettement plus tôt, à savoir au cours du 3^e âge lorsque les personnes âgées

vivent dans leur maison et qu'elles gèrent leur vie quotidienne de façon indépendante ou avec plus ou moins de soutien. Les problèmes buccaux apparaissant à cet âge sont étroitement liés à l'augmentation des difficultés sanitaires chroniques et par conséquent sociales qui peuvent compromettre fortement les capacités de prise en charge dentaire. Sans la prise en compte de ces risques sanitaires émergeant au 3^e âge, entre autres par un dépistage médical et social systématique des personnes vieillissantes dans les cabinets dentaires, il sera difficile d'améliorer la santé buccale des personnes âgées vivant dans leur maison et donc par la suite aussi en institution.

Introduction

La médecine dentaire gériatrique correspond encore et toujours à une discipline qui aborde essentiellement la prise en charge des personnes de grand âge dans la 4^e phase de leur vie. Ce 4^e âge est marqué par un besoin important en aide et en soins et a en règle générale pour conséquence une vie en institution. Malgré les nombreux efforts déjà entrepris durant les dernières décennies, nous devons aujourd'hui reconnaître que l'état de santé bucco-dentaire de ces personnes ne s'est pas vraiment amélioré. Nous sommes certes parvenus à conserver plus de dents pour cette phase de vie. Celles-ci présentent toutefois les mêmes maladies, essentiellement les caries et la parodontite, que celles auxquelles nous étions déjà confrontés précédemment avec une dentition plus clairsemée pour ce groupe de seniors. Les effets globaux de ces maladies infectieuses buccales sur la santé ont donc sensiblement augmenté chez les personnes âgées (HEFTI 1986, MENGHINI ET AL. 2002, HOLSTEN 2007). La péri-implantite s'y ajoutera à l'avenir. En outre, le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins et vivant en institution a nettement augmenté et continuera à le faire. Ces personnes entreront aussi toujours plus tard en institution et seront donc toujours plus âgées. Ainsi, actuellement, l'âge d'admission moyen est par exemple de 82 ans en Suisse centrale; la durée moyenne de vie restante dans les institutions n'est que de 2 ans (HÖPFLINGER ET AL. 2011). Les besoins de prise en charge dentaire des personnes âgées dans la 4^e phase de leur vie que nous ne pouvons déjà pas couvrir actuellement augmenteront donc encore considérablement à l'avenir. La généralisation de la prise en charge dentaire des seniors en institution ne s'est pas imposée pour diverses raisons. Une revue systématique de la littérature (BOTS-VANTSPIJKER ET AL. 2014) a révélé les principaux facteurs faisant obstacle à une prise en charge dans les homes qui n'ont pas pu être modifiés au fil du temps, ils sont résumés dans le tableau I.

Il est donc urgent et important de se demander à quel point cette focalisation de la médecine dentaire gériatrique sur le 4^e âge et donc sur un concept de soins essentiellement palliatifs était justifiée, en particulier si nous tenons compte du fait que dans les institutions, nous ne pouvons atteindre que près de 7% des personnes âgées de plus de 65 ans (HÖPFLINGER 2014)! Parmi les seniors âgés de 80 à 84 ans, seuls 11,1% vivent en institution, tandis qu'ils sont 40,4% entre 90 et 94 ans. Ce n'est que dans la classe d'âge des plus de 95 ans que la majorité des personnes se trouve en institution avec 58,3%. Mais plus de 40% de ces personnes très âgées continuent de vivre

à la maison! En examinant ce problème plus en détail, on se rend rapidement compte que les causes des maladies et carences bucco-dentaires auxquelles nous sommes confrontés au 4^e âge, doivent être recherchées nettement plus tôt, à savoir au 3^e âge lorsque les personnes âgées vivent dans leur maison et qu'elles gèrent leur vie quotidienne de façon indépendante ou avec plus ou moins de soutien. Les problèmes buccaux apparaissant à cet âge sont étroitement liés à l'augmentation des difficultés sanitaires chroniques et par conséquent sociales qui peuvent compromettre fortement les capacités de prise en charge dentaire. Naturellement, la question du bien-fondé et de l'efficacité des concepts diagnostiques, préventifs et thérapeutiques employés avec succès chez les jeunes adultes se pose aussi pour le 3^e et le 4^e âges (BESIMO 2009 ET 2013).

Multimorbidité au 3^e âge – une réalité quotidienne

Les informations concernant le 3^e âge sont certes encore rares, mais les données disponibles parlent un langage clair. Si l'on considère l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité au-dessus de 65 ans en Suisse, on constate qu'elle a augmenté approximativement parallèlement à l'espérance de vie résiduelle durant les dernières décennies, les femmes profitant de plus d'années sans incapacité mais portant en même temps le risque de passer plus d'années avec un handicap à la fin de leur vie (2008: 4 à 5 ans pour les femmes, 2 à 3 ans pour les hommes). Une légère compression temporelle de la morbidité grave a pu être observée. L'autoévaluation de leur santé par les seniors vivant à la maison s'était améliorée entre 1992/1993 et 2007 pour les plus jeunes, mais s'était dégradée chez les plus de 80 ans. Des problèmes de santé tels que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies articulaires, la dépression et la démence augmentaient avec l'âge. Ainsi, 30% des plus de 75 ans présentaient des maladies cardiaques ischémiques; dans cette même classe d'âge, 12% avaient déjà subi une attaque cérébrale (HÖPFLINGER ET AL. 2011). Avec une prévalence de 10 à 20%, les dépressions font partie des maladies psychiques les plus fréquentes chez les personnes âgées. Toutefois, elles restent beaucoup trop souvent non identifiées et par conséquent, insuffisamment traitées (LUDIN 2013). Chez les personnes de 80 à 84 ans, 17% présentent déjà des signes de démence; entre 90 et 94 ans, ce sont 41%. Plus de 60% des malades atteints de démence ne sont pas diagnostiqués et ne reçoivent pas de traitement approprié (HÖPFLINGER ET AL. 2011).

Dans une étude allemande, sur un échantillon de 394 personnes âgées de plus de 61 ans, près de 10% ont fait l'objet de sept diagnostics concomitants (HESSEL ET AL. 2000). Dans une étude de l'Observatoire suisse de la santé (BLOZIK ET AL. 2007), il a été constaté que 69% des femmes vivant à la maison et 59% des hommes de plus de 65 ans souffraient d'au moins deux maladies chroniques d'après leurs propres informations. L'âge avançant, cette proportion passait de 59% (65 à 74 ans) à 80% (plus de 85 ans) pour les hommes. L'ostéoporose survenait nettement plus souvent chez les femmes que chez les hommes et avec 16%, elle était trois fois plus fréquente chez les personnes âgées de plus de 85 ans que dans le groupe d'âge des 65 à 74 ans. Plus de 40% des personnes interrogées ont indiqué qu'elles souffraient d'arthrose ou de rhumatismes, les femmes étant touchées environ 1,4 fois plus fréquemment que les hommes. 50% des personnes de toutes les classes d'âge ont déclaré qu'elles souffraient d'hypertension artérielle. Les

Tab. I Facteurs faisant obstacle à une prise en charge dans les homes

- Manque d'infrastructure et d'équipement dans les institutions
- Activité professionnelle peu satisfaisante
- Mauvaises conditions de travail dans les institutions
- Rémunération insuffisante des prestations fournies
- Perte d'activité au cabinet pendant le travail en home
- Problèmes médicaux complexes avec les seniors en institution, y compris la démence
- Conditions-cadres défavorables pour la prévention bucco-dentaire en institution
- Manque d'engagement en faveur de la prise en charge médico-dentaire dans les homes

hommes étaient plus souvent atteints de surcharge pondérale que les femmes (50% pour les hommes, 43% pour les femmes), et les hommes étaient aussi plus souvent concernés par l'infarctus ou les maladies coronariennes que les femmes (21% pour les hommes, 13% pour les femmes). La fréquence de l'obésité diminuait avec l'âge et passait de 50% chez les 65-74 ans à 43% chez les 75-84, ans et 31% pour les plus de 85 ans. Cependant, pour les maladies coronariennes, l'infarctus et l'insuffisance cardiaque, la proportion augmentait significativement avec l'âge et près d'un quart des personnes âgées de plus de 85 ans souffraient de ces maladies.

Par rapport aux hommes, les femmes ont plus souvent indiqué être en mauvaise santé (22% des femmes, 15% des hommes) ou souffrir de douleurs modérées à fortes (33% des femmes, 22% des hommes) ou d'une humeur dépressive (21% des femmes, 12% des hommes). Avec l'âge, la proportion de personnes qui ont jugé que leur santé était mauvaise augmentait nettement: de 15% des 65-74 ans à 33% des plus de 85 ans. Par contre, en ce qui concerne les douleurs et l'humeur dépressive, il n'y avait que de petites différences entre les tranches d'âge. L'incontinence était trois fois plus fréquente chez les femmes (34%) que chez les hommes. La peur de tomber (31%) et les troubles de la vision (20%) ont été rapportés près de deux fois plus souvent par les femmes. Toutefois, les problèmes auditifs concernaient plus d'hommes que de femmes. Pour les symptômes gériatriques tels que l'incontinence, la peur de tomber, les problèmes de vision et d'audition, une augmentation significative de leur fréquence a pu être enregistrée en fonction de l'âge. Le pourcentage de personnes rapportant ces symptômes gériatriques a pratiquement doublé entre les classes d'âge. Selon HÖPFLINGER ET AL. (2011), déjà plus de la moitié des personnes âgées de 65 à 69 ans présentent des troubles psychiques ou physiques, elles sont 71% chez les plus de 85 ans. A cet égard, ce sont particulièrement les troubles physiques importants qui augmentent avec l'âge.

Dans l'étude allemande mentionnée ci-dessus (HESSEL ET AL. 2000), le nombre de maladies concomitantes était la variable la plus significative par rapport au recours aux médecins et à la consommation de médicaments. En outre, les personnes âgées interrogées ont eu plus souvent recours à des médecins et ont pris plus de médicaments lorsqu'elles considéraient subjectivement que leur vulnérabilité face aux maladies était élevée et que leur propre santé était mauvaise. 88% des personnes interrogées se sont rendues au moins une fois par an chez un médecin généraliste et 97% se sont rendues chez un médecin quelle qu'en soit la spécialité. 55,8% des personnes ont pris au moins un médicament par jour. Dans l'étude suisse (BLOZIK ET AL. 2007), la proportion de personnes qui prenaient au moins cinq médicaments soumis à ordonnance était de 17% chez les femmes et de 16% chez les hommes. Les personnes âgées sont toutefois particulièrement exposées aux risques dus au surdosage, aux effets indésirables et aux interactions pendant un traitement médicamenteux. Les médicaments possédant un effet anticholinergique sont particulièrement problématiques car ils augmentent aussi bien le risque de chutes que les troubles cognitifs et le delirium (LUDIN 2013).

L'état de santé et la polypharmaco-thérapie peuvent conduire à des limitations fonctionnelles et aussi à des difficultés ou à un besoin d'aide lors des activités instrumentales de la vie quotidienne (actions quotidiennes qui exigent la maîtrise d'appareils comme téléphoner, utiliser les transports publics, pré-

parer le repas, laver le linge, etc.) ou à une limitation de la mobilité (BLOZIK ET AL. 2007). 22% des personnes âgées vivant à la maison ont rapporté des limitations dans les activités instrumentales de leur vie quotidienne. 34% ont indiqué qu'elles étaient limitées dans leur mobilité, par ex. lors de l'utilisation des transports publics. Plus d'hommes que de femmes ont rapporté des limitations dans les activités instrumentales de leur vie quotidienne. Ces écarts entre les hommes et les femmes étaient imputables aux différences traditionnelles dans la répartition des tâches en fonction du genre. Les deux limitations fonctionnelles présentaient un fort accroissement de leur fréquence avec l'âge. La proportion de personnes qui ont signalé des limitations dans leurs activités instrumentales passait de 16% pour les 65-74 ans à 54% pour les plus de 85 ans. Avec 62%, la proportion de personnes âgées de plus de 85 ans qui présentaient des limitations dans leur mobilité était environ deux fois plus importante que chez les 65-74 ans. HÖPFLINGER ET AL. (2011) donnent une fréquence de 16,7% pour les besoins d'assistance faibles à importants chez les seniors de 65 à 69 ans vivant dans leur maison, de 37,4% chez les 75-79 ans et de 75,9% chez les plus de 85 ans. La fréquence des besoins de soins faibles à importants a également augmenté considérablement pour les mêmes groupes de seniors en passant de 3,9% à 9,7% et à 31,8%.

En outre, il existe chez les personnes âgées un risque que les maladies ne soient pas diagnostiquées et qu'elles ne disposent donc pas d'un traitement adéquat. C'est par exemple le cas pour des maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer, la forme de démence la plus courante, et la maladie de Parkinson (STREFFER 2011), mais aussi pour la malnutrition, qui est souvent perçue à tort comme de la «faiblesse due à la vieillesse» (SEILER & STÄHELIN 1995). La longue évolution préclinique et la fréquence de la démence de type Alzheimer chez les personnes âgées ont pour conséquence qu'un grand nombre de patients qui sont déjà malades et qui présentent de légers changements dans leur comportement passent longtemps inaperçus (PERRIN ET AL. 2009). Pour la malnutrition, c'est le tableau clinique non spécifique et oligosymptomatique qui empêche régulièrement la pose d'un diagnostic à un stade précoce (SEILER & STÄHELIN 1995). A cela s'ajoute le risque que des troubles ou des maladies diagnostiqués ne soient pas mentionnés par le patient pour des raisons diverses, en particulier au cabinet dentaire et lorsque le patient n'est pas interrogé suffisamment consciencieusement (BESIMO 2009).

Le 3^e âge, un enjeu central au cabinet dentaire

Les éléments présentés montrent clairement que l'altération progressive de la santé et de l'autonomie dans les activités quotidiennes à cause de la multimorbidité et de la polypharmacie a une influence considérable sur la capacité de prise en charge dentaire des personnes âgées et qu'elle représente donc le plus grand risque pour la santé buccale pendant la vieillesse. Sans la prise en compte de ces risques sanitaires qui apparaissent déjà au 3^e âge et qui n'ont jusqu'à présent pas reçu suffisamment d'attention, il ne nous sera pratiquement pas possible d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées vivant dans leur maison et donc par la suite aussi de celles vivant en institution (BESIMO 2013). A cet égard, nous ne devons pas oublier que, comme il a été montré ci-dessus, la grande majorité des seniors vivent à la maison.

Ce n'est que dans le groupe des plus de 95 ans qu'il y a plus de personnes en institution (HÖPFLINGER ET AL. 2011, HÖPFLINGER 2014).

La détection précoce des risques médicaux et sociaux concernant la santé buccale en tant que base d'une adaptation axée sur les problèmes du concept de prise en charge thérapeutique et préventive personnalisée implique toutefois un dépistage systématique et multidimensionnel des personnes âgées dans les cabinets dentaires. En outre, il est urgent d'asseoir un réseau interdisciplinaire étroit avec les médecins de famille et les gériatres afin que le médecin-dentiste soit inclus dans la prise en charge du patient après le diagnostic médical de maladies ayant une influence sur la santé buccale durant la vieillesse (par ex. la démence, la dépression, la malnutrition). Les organisations et les institutions qui participent à la prise en charge des personnes vieillissantes doivent aussi être impliquées dans ce processus. Par ailleurs, du côté des médecins-dentistes, il faut mettre à disposition dans un regroupement interdisciplinaire un nombre suffisant de spécialistes (médecins-dentistes, hygiénistes dentaires et assistantes en prophylaxie) pouvant aussi assurer une prise en charge sur le long terme et une évaluation globale compétente des seniors atteints de plusieurs maladies. Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, nous ne pouvons pas éviter de reconsidérer d'un œil critique nos procédures diagnostiques, préventives et thérapeutiques se rapportant aux besoins du 3^e et du 4^e âge et éventuellement de les revoir en profondeur. Le temps presse, il est nécessaire d'agir (BESIMO 2009 ET 2013).

Exigences particulières concernant le diagnostic et le traitement chez les personnes vieillissantes

En raison de l'habitude maintenant bien ancrée dans la population d'assurer un suivi régulier visant à maintenir la santé bucco-dentaire, le médecin-dentiste reste un spécialiste qui rencontre régulièrement ses patients vieillissants dans le cadre de la prise en charge à long terme, tout au moins tant que leur situation médicale et sociale le permet, et les consultations sont habituellement plus longues que celles du médecin de famille. De plus, dans le contexte médico-dentaire, les personnes se trouvent dans une situation plus ou moins stressante qui peut affecter la capacité de compenser les déficits pendant la vieillesse et donc les rendre plus visibles. Le médecin-dentiste et son équipe, au-delà de leur propre domaine de spécialisation, sont donc non seulement appelés mais aussi prédestinés à reconnaître précocement les signes et les conséquences des changements physiologiques et pathologiques dus à la vieillesse, tout d'abord afin d'éviter les mauvaises décisions diagnostiques et thérapeutiques dans ses propres activités et de pouvoir garantir une meilleure prise en charge à long terme des personnes vieillissantes. En outre, le médecin-dentiste a non seulement la responsabilité médicale de reconnaître les symptômes des maladies en train d'émerger, mais aussi d'orienter les personnes concernées vers les examens médicaux appropriés afin d'assurer une reconnaissance et un traitement des nouvelles maladies au stade le plus précoce possible. De cette façon, l'équipe médico-dentaire se met en position de fournir également une contribution non négligeable à l'amélioration de la qualité de vie durant la vieillesse et à une vie la plus longue possible dans le bien-être et l'autonomie (BESIMO 2009 ET 2013). Cependant, cette participation

des médecins-dentistes au dépistage médical et social des personnes vieillissantes ne va pas seulement avoir des effets positifs sur les concepts de prise en charge individuelle, mais aussi sur les coûts de la santé, comme pour l'évaluation gériatrique en médecine (NASSEH ET AL. 2014).

Dépistage multidimensionnel des patients

Cette prise de responsabilité médicale exige toutefois des connaissances en médecine générale qui ne sont toujours pas ou seulement insuffisamment transmises au cours des formations initiales et continues (NITSCHKE ET AL. 2004). Dans la pratique, il manque donc des moyens de diagnostic efficaces, clairement définis, multidimensionnels et multidirectionnels qui permettent d'une manière suffisante de garantir pour les personnes vieillissantes une prise en charge médico-dentaire à long terme durable avec le moins de risque possible. C'est pourquoi un manuel pour «L'évaluation multidimensionnelle gériatrique dans la pratique dentaire» a été élaboré en collaboration avec la Société suisse des médecins-dentistes SSO; il peut être obtenu sur le SSO-Shop et est également mis à la disposition des membres de la SSO sous forme électronique sur le site internet (BESIMO 2015) (fig. 1). Ce manuel contient les instruments de dépistage suivants qui peuvent être directement intégrés dans la pratique clinique quotidienne (fig. 2):

- une fiche d'anamnèse pour toutes les tranches d'âge avec des questions se rapportant à la vieillesse
- un questionnaire séparé portant sur les médicaments



Fig.1 Manuel pour l'évaluation multidimensionnelle gériatrique dans la pratique dentaire

- des listes de contrôle pour l'ensemble de l'équipe pour un dépistage des patients multidimensionnel et systématique
- des instruments gériatriques de dépistage qui ont fait leur preuve en médecine dentaire:
 - l'échelle de dépression gériatrique (SHEIKH & YESAVAGE 1986)
 - le test de la montre (SHULMAN 2000)
 - un questionnaire sur l'alimentation (SAUNDERS 1995, SUTER 2005)

L'organisation au cabinet dentaire de ces dépistages systématiques structurés portant sur la santé des personnes vieillissantes est facile à réaliser. Les structures du cabinet et les processus de travail dans les domaines administratif et clinique ne nécessitent pratiquement pas d'adaptation. Par ailleurs, le dépistage n'engendre pratiquement pas de surcroît de temps ou de dépenses. A cet égard, une formation structurée de l'en-

semble de l'équipe du cabinet prenant la forme d'une courte intervention et traitant de la reconnaissance des symptômes des déficits et des maladies spécifiques à la vieillesse, comme nous le proposons depuis des années, s'est révélée être très motivante et capable de renforcer l'efficacité du dépistage (BESIMO 2009 ET 2013). La mise en place de ce processus de dépistage multidimensionnel dans la pratique courante approfondit fortement la relation entre le patient et le médecin. Elle permet de mieux estimer les capacités individuelles et d'avoir donc avec la personne âgée des relations thérapeutiques et préventives qui correspondent davantage à la situation personnelle et qui sont libérées des stéréotypes sur la vieillesse. Il s'est avéré dans la pratique quotidienne que les concepts préventifs et thérapeutiques employés avec succès chez les jeunes adultes ne sont souvent pas suffisants pour les personnes du 3^e âge et qu'ils doivent donc être totalement repensés pour l'avenir.