



HAL
open science

Rôle des aidants dans la santé bucco-dentaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : revue narrative de la littérature

David Kessous

► **To cite this version:**

David Kessous. Rôle des aidants dans la santé bucco-dentaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : revue narrative de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03338464

HAL Id: dumas-03338464

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03338464v1>

Submitted on 8 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **KESSOUS David**

**ROLE DES AIDANTS DANS LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES
PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER :
REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE**

Directeur de thèse : Docteure Adeline BRAUD

J U R Y

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Mme la Docteure Julia BOSCO

Mme la Docteure Adeline BRAUD

Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE

Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **KESSOUS David**

né le 16/10/1992

**ROLE DES AIDANTS DANS LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES
PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER :
REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE**

Directeur de thèse : Docteure Adeline BRAUD

J U R Y

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Présidente

Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY

Assesseur

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Assesseur

Mme la Docteure Julia BOSCO

Assesseur

Mme la Docteure Adeline BRAUD

Assesseur

Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE

Assesseur

Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM

Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Présidente
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Julia BOSCO	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINÉ	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

**Mme la Professeure Marie-Laure
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités Emérite

Qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse, je vous adresse mes plus sincères remerciements pour votre bienveillance durant toutes ces années.

**Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-
LEVY**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeure des Universités - Praticien
Hospitalier

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury, je vous remercie pour votre pédagogie et votre accompagnement dans mes études.

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire
Diplôme de Doctorat

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury de cette thèse, je vous adresse mes plus sincères remerciements

Mme la Docteure Julia BOSCO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury, je vous remercie pour vos enseignements en biomatériaux et votre investissement dans le bien être des étudiants.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Qui m'a fait le grand honneur de diriger cette thèse. Je vous remercie pour tous les enseignements en prothèse durant toutes ces années qui m'ont permis d'acquérir beaucoup de connaissances. Merci également pour votre patience et votre aide précieuse pour l'accomplissement de cette thèse.

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Qui me fait l'honneur de prendre part au jury de cette thèse, je vous remercie pour votre présence

**Mme la Docteure Annabelle
TENENBAUM**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités Associée

Qui me fait l'honneur de participer à ce jury, je vous transmets ma plus grande gratitude

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 MA ET SANTE BUCCO-DENTAIRE	5
1.1. Retentissement de la maladie.....	5
1.1.1 Retentissement général.....	5
1.1.2. Retentissement de la maladie sur la santé orale.....	11
1.2. La dépendance et les aidants	14
1.2.1. La dépendance.....	14
1.2.2 Les aidants	16
1.2.3. Les aidants et la santé bucco-dentaire de la personne atteinte de MA	18
2 Le rôle des aidants dans la prise en charge dentaire des patients atteints de la MA : revue narrative de la littérature	23
2.1 Objectif de recherche	23
2.2 Stratégie de recherche.....	23
2.3 Résultats	25
2.3.1. Synthèse	26
2.3.2. Revue narrative	32
3. Discussion.....	35
3.1. Les aidants familiaux	35
3.2 Les aidants professionnels	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	41

INTRODUCTION

La Maladie d'Alzheimer (MA) est une affection dégénérative du système nerveux central concernant l'altération et la disparition des neurones progressive de l'ensemble des régions cérébrales impliquées dans les fonctions intellectuelles et comportementales (Croisile 2010). Selon l'étude de la cohorte Paquid, 850 000 personnes sont touchées par la MA ou une maladie apparentée actuellement en France. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, la maladie pourrait concerner 1,4 million de personnes en 2030 (Caire et al. 2015), ce qui en fait un problème de santé publique de premier plan.

Sur le plan biologique, on observe un processus pathologique entraînant le développement de deux types de lésions au niveau du système nerveux central : d'une part une dégénérescence neurofibrillaire due à l'apparition d'anomalies de la protéine Tau, et d'autre part un dépôt de protéine Beta amyloïde, aussi appelée plaque amyloïde ou plaque sénile, en dehors des neurones.

Les troubles de la mémoire, de l'orientation et du langage, associés à une atteinte des fonctions exécutives sont à l'origine d'une perte progressive d'autonomie. L'entourage du malade (époux, enfants...) et/ou le personnel professionnel aidant (aide à domicile, aide soignant en structure collective...) sont en première ligne pour repérer les signes d'évolution de la maladie. Les « aidants » constituent également fréquemment une aide indispensable dans l'accompagnement de la personne atteinte. Aux stades avancés de la maladie, il devient cependant parfois très difficile d'assurer une aide efficace aux tâches quotidiennes.

Au niveau de la sphère oro-faciale, l'évolution de la maladie implique une dégradation de la santé orale et l'apparition de besoins spécifiques. Si la sévérité des troubles cognitifs rend le patient dépendant des aidants dans ses démarches de soins et dans la mise en place d'un suivi bucco-dentaire régulier, la dépendance pour les soins d'hygiène impose aux aidants d'assurer le nettoyage de la cavité buccale et des prothèses amovibles, ce qui est parfois contrarié par le contexte clinique lié à l'évolution de la maladie. On peut dès lors

s'interroger sur la façon dont les aidants « vivent » la prise en charge bucco-dentaire des personnes atteintes de la MA, notamment en termes de difficultés rencontrées, de compétences spécifiques, d'existence de formations ou d'accompagnement.

L'objectif de cette thèse est d'analyser la place des aidants dans le maintien de la santé bucco-dentaire des personnes atteintes de la MA à travers une revue narrative de la littérature. Il s'agira, dans un premier temps, de décrire les différents aspects de la MA et de définir les différents aidants intervenant autour du malade. Dans un deuxième temps, nous décrirons notre stratégie de recherche et les résultats de l'analyse bibliographique. Enfin nous discuterons ces résultats au regard des recommandations professionnelles nationales récentes (HAS 2018).

1 MA ET SANTE BUCCO-DENTAIRE

1.1. Retentissement de la maladie

Depuis peu, le terme « trouble neurocognitif majeur » a remplacé celui de « démence » (HAS). La MA appartient au groupe des démences dégénératives telles que décrites par Bakchine et Habert (2007).

Selon l'étude Paquid, entre 65 et 69 ans, la MA représente 25 % des troubles neurocognitifs majeurs alors qu'entre 90 et 94 ans, 86% des patients présentant des troubles cognitifs majeurs sont atteints de la MA (Croisile 2010).

1.1.1 Retentissement général

La maladie se caractérise sur le plan neuro-pathologique par la présence de deux types de lésions au niveau de l'hippocampe et des régions corticales. D'une part, on observe une dégénérescence neurofibrillaire, due à la phosphorylation anormale d'amas de protéine *tau*. Elle commence dans la région de l'hippocampe et s'étend au cortex temporal puis au cortex préfrontal, et concerne finalement l'ensemble du cortex. D'autre part, on note le dépôt de plaques séniles, composées de substances amyloïdes, dans l'ensemble du cortex cérébral de manière diffuse. Les plaques séniles ne sont pas spécifiques de la MA, puisqu'on les retrouve dans d'autres types d'atteintes telles que la démence fronto-temporale ou la maladie à corps de Lewy. L'association de la dégénérescence neurofibrillaire et des plaques séniles caractérise la MA (Delacourte 1998).

1.1.1.1 Altération des fonctions cognitives

Les fonctions cognitives sont les capacités de notre cerveau nous permettant de communiquer, de percevoir notre environnement, d'accumuler des connaissances, de nous concentrer ou de nous souvenir d'un événement (Cellard, et East-Richard 2017) . Citons par exemple l'attention, les fonctions exécutives, les fonctions intellectuelles, les fonctions visio-spatiales, les gnosies, le langage, la mémoire et les praxies.

L'évaluation des fonctions cognitives repose sur le test du MMSE (Minimal state examination). Il s'agit d'un test de référence mondiale, mis au point par Folstein et McHugh en 1975. Noté sur 30, il met en évidence une différence entre les sujets normaux et les personnes présentant un trouble neurocognitif (Croisile 2014).

Le groupe de recherche sur les évaluations cognitives (GRECO) s'est appliqué à en livrer une version française consensuelle en 2001. Il permet ainsi d'avoir une idée assez rapide des capacités du patient sur l'orientation dans le temps et l'espace, de l'apprentissage, de l'attention et calcul, du rappel et de la rétention mnésique du langage et de la praxie constructive. Un MMSE entre 20 et 26 correspond à un stade léger, entre 15 et 19 à un stade modéré, entre 10 et 14 à une forme modérément sévère et sévère pour un score inférieur à 10 (Croisile 2014).

Pour son interprétation, les recommandations pratiques pour le diagnostic de la MA de l'HAS de février 2000, mis à jour en 2011, puis en 2018 proposent de procéder ainsi :

- tout âge et niveau socio culturel confondu, le seuil discriminant est 24 ;
- il existe malgré tout des faux positifs et des faux négatifs ;
- l'état affectif et le niveau de vigilance du patient doivent être pris en considération dans l'interprétation du résultat ;
- pour le nombre d'années de scolarité, on considère que le patient présente une altération des fonctions cognitives si le score MMSE est inférieur à :
 - o 19 pour les sujets ayant bénéficié de 0 à 4 ans de scolarité,
 - o 23 pour les sujets ayant bénéficié de 5 à 8 ans de scolarité,
 - o 27 pour les sujets ayant bénéficié de 9 à 12 ans de scolarité,
 - o 29 pour les sujets ayant le baccalauréat.

Un certain nombre d'atteintes des fonctions cognitives sont observées chez les patients atteints de la MA :

Les troubles mnésiques

Les troubles de la mémoire sont les symptômes les plus connus quand on parle de MA. Ils se manifestent très tôt dans la maladie et sont souvent l'élément déclencheur permettant au patient et à son entourage d'entamer les démarches de diagnostic. Ils se manifestent par

l'incapacité du patient à se rappeler d'évènements passés ainsi que par une perte progressive de la connaissance relative aux objets.

– Les troubles de la mémoire épisodique

La mémoire épisodique est le type de mémoire permettant la récupération d'évènements personnels vécus. Son siège cérébral est classiquement associé aux structures temporales interne et à l'hippocampe (Isingrini et Taconnat 2008). Ces régions étant atteintes très tôt dans la MA, les troubles de la mémoire épisodique représentent donc une des caractéristiques majeures et précoces de la maladie (Collette 2017).

Les troubles épisodiques se caractérisent par des difficultés à se souvenir d'évènements récents tel que la prise d'un médicament ou la visite d'un proche. Avec l'avancée de la maladie, les troubles épisodiques se caractérisent par une incapacité à acquérir de nouvelles informations rendant tout apprentissage impossible (Bäckman et al. 2004).

– Les troubles de la mémoire sémantique

La mémoire sémantique est définie comme la connaissance des choses du monde et de leurs interprétations. Elle inclut les mots, les objets, les personnes et les lieux. Contrairement à la mémoire épisodique, elle est indépendante du contexte spatio-temporel. Ce système est indispensable pour la production et la compréhension du langage, de la lecture et de l'écriture, et aussi dans l'identification des objets et des visages.

L'intensité de ces troubles est variable dans les premiers stades de la maladie et leur reconnaissance constitue un bon outil diagnostique des démences (Laisney et al. 2004). Tous les aspects de la mémoire sémantique semblent affectés dans la MA. Les attributs des concepts sont perdus de manière précoce puis avec l'évolution de la maladie, l'intégralité des concepts est affectée (Laisney et al. 2004).

Les troubles du langage

Les troubles du langage sont très hétérogènes suivant l'évolution de la maladie et les individus. La communication du patient se retrouve altérée d'une part par des perturbations linguistiques mais aussi par les autres altérations cognitives notamment les troubles de la mémoire à long et à court terme et les troubles des praxies (Bézy et al. 2016).

L'apraxie

L'apraxie correspond aux troubles du comportement gestuel. Il en résulte une incapacité à effectuer des mouvements volontaires. Généralement, les troubles de l'apraxie surviennent après les troubles mnésiques et du langage et ont des conséquences délétères sur la qualité de vie puisque le patient n'est plus capable de se servir d'outils comme des couverts ou enfiler ses vêtements (Lesourd et al. 2013).

L'agnosie

Lesgnosies sont les capacités à percevoir un objet grâce à nos différents sens puis à le reconnaître (Cellard et East-Richard 2017). L'agnosie se définit donc comme « un trouble de la reconnaissance des objets, des personnes ou des lieux, traduisant un déficit intellectuel » (Phaneuf 2007). Les troublesgnosiques concernent la reconnaissance spatiale et sont responsables de la désorientation dans l'espace. Avec l'évolution de la maladie, le patient atteint le stade de prosopagnosie, c'est à dire la non-reconnaissance des visages connus. C'est le symptôme le plus mal vécu par l'entourage puisque le patient ne reconnaît plus ses proches. A un stade encore plus avancé, le patient présente une anosognosie c'est à dire une incapacité à reconnaître ses propres difficultés cognitives (Phaneuf 2007).

1.1.1.2. Atteinte des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives comprennent généralement les compétences cognitives permettant la planification, l'organisation et la synchronisation des activités complexes.

Dans le cas de la MA, l'atteinte des fonctions exécutives est responsable d'une grande partie des troubles de la vie quotidienne (Bherer et al. 2004).

L'inhibition

L'inhibition est la capacité d'inhiber une information non pertinente pendant la réalisation d'une tâche. Le test le plus utilisé pour évaluer l'inhibition est le « test de Stroop ». Il consiste

à faire lire à un patient une liste de mots représentant des couleurs différentes avec une encre de couleur différente du mot écrit. Les patients atteints de la MA présentent une diminution de la rapidité à dénommer la couleur d'un mot correspondant à une autre couleur et donc à inhiber la lecture du mot.

L'alternance

Il s'agit de la capacité à changer de stratégie mentale lorsque celle utilisée n'est plus appropriée pour la réalisation de la tâche en cours » (Belleville et al. 2008). L'alternance peut être mesurée par le « Connection Test », variante du « Trail making Test ». Dans la condition d'alternance du test, le patient doit relier un chiffre puis une lettre avec un crayon en suivant l'ordre chronologique disposé sur une seule feuille. Dans la condition de non-alternance, il faut relier le plus vite possible des chiffres de 1 à 16 puis les lettres de A à P sur deux feuilles distinctes. La variable mesurée est le temps de réponse moyen pour chaque condition. Le coût d'alternance est calculé en soustrayant les temps de réponse moyens en condition d'alternance à ceux obtenus en condition de non-alternance (Lapre et al. 2012).

La mémoire de travail et l'attention divisée

L'atteinte de la mémoire de travail semble essentielle dans la symptomatologie cognitive des patients souffrant de MA (Bherer et al. 2004). Les patients sont sévèrement atteints dans les tests nécessitant le maintien d'une information à court terme et la manipulation de cette information. Le test de référence permettant l'évaluation de la mémoire de travail est la tâche d'empan alphabétique où il est demandé au sujet de rappeler une série de mots dans l'ordre de présentation puis dans l'ordre alphabétique. Les patients présentant des troubles cognitifs majeurs ont d'importantes difficultés à réussir ce test (Bherer et al. 2004).

1.1.1.3. Troubles psycho-comportementaux

Les symptômes les plus rapportés par les aidants et les soignants sont l'agitation, l'agressivité, les comportements d'errance ou de fugue, l'opposition, les idées délirantes et les hallucinations (Benoit et al. 2006).

- l'agitation est définie comme une activité vocale, verbale ou motrice inappropriée. Elle peut se traduire par des cris ou des verbalisations stéréotypées, elle comprend aussi les activités excessives et sans propos ;
- l'agressivité peut être physique ou verbale. Il s'agit d'un comportement perçu par l'entourage comme violent envers les personnes ou les objets. Il est souvent assimilé comme une menace ou un danger pour l'environnement proche du patient ou pour lui-même ;
- les comportements d'errance ou de fugue peuvent se manifester par des vérifications répétées, des poursuites incessantes, une activité répétitive ou excessive, des déambulations sans but apparent, une errance nocturne qui nécessite une reconduite du patient au domicile ;
- l'opposition correspond à un refus du patient, notamment pour les soins et l'alimentation ;
- les idées délirantes correspondent à une perception et à un jugement erroné de la réalité. Les principaux sujets évoqués sont le vol, le préjudice, le rejet, la jalousie ou l'infidélité. ;
- les hallucinations peuvent concerner la perception d'objets n'existant pas. Les illusions sont des déformations ou des interprétations de perceptions réelles.

1.1.1.4. Atteinte des capacités fonctionnelles

Le retentissement des troubles sur la vie quotidienne peut être évalué par l'échelle Instrumental Activities of Daily Living (IADL) pour les activités instrumentales et par l'échelle Activities of Daily Living (ADL) pour les activités basiques (HAS 2011). L'IADL comprend 9 items qui évaluent les capacités du patient à utiliser son téléphone, à faire ses courses, à faire une lessive, à préparer son repas, à bricoler, à prendre les transports, à prendre ses médicaments et à gérer ses finances (Piquard et al. 2004). L'échelle ADL va servir à évaluer les activités basiques du quotidien comme la capacité à s'alimenter, à s'habiller, à faire sa toilette, à se faire soigner, à marcher et à contrôler ses sphincters (Piquard et al. 2004).

Les principales difficultés de la vie quotidienne concernent le souvenir des numéros de téléphone usuels, de l'endroit où ont été posés les lunettes ou les clés, et le fait d'avoir besoin

d'une liste écrite pour faire ses courses. L'organisation de rendez vous devient difficile, les repères temporels comme le jour de la semaine sont souvent oubliés. Les répercussions des atteintes des capacités fonctionnelles sont très invalidantes pour la vie quotidienne, et affectent particulièrement la gestion des finances, la lessive, la préparation des repas, ainsi que le ménage (Piquard et al. 2004).

Souvent, l'atteinte fonctionnelle entraîne l'intervention d'un proche ou d'un soignant à domicile. Avec l'avancée dans la maladie, les patients ont de plus en plus de difficultés dans les activités de la vie quotidienne et deviennent de plus en plus dépendant jusqu'à ce que le maintien à domicile ne soit plus possible (Piquard et al. 2004).

1.1.2. Retentissement de la maladie sur la santé orale

Si le statut bucco dentaire au début de la maladie est équivalent à une population gériatrique du même âge, la survenue des troubles liés à l'évolution de la maladie accélère le processus pathologique (Lacoste-Ferré et al. 2013).

1.1.2.1. Santé orale des patients atteints de la MA

Hygiène orale

Une revue de la littérature concernant l'hygiène et la santé orale a révélé un indice de plaque et un indice de saignement significativement plus élevés dans les groupes de patients atteints de la MA par rapport aux groupes témoins non atteints (Delwel et al. 2018).

Une étude réalisée en région Rhône-Alpes a décrit l'état bucco-dentaire d'une population de personnes âgées vivant en EHPAD. Elle révèle que 68,2 % des résidents se brossent les dents au moins une fois par jour et que 74 % des patients ont un brossage non autonome (Koivogui et al. 2013). Elle montre également que si deux tiers des résidents ont des prothèses fixes ou amovibles, 77,6 % de ces prothèses présentent des dépôts de tartre ou de plaque dentaire (Koivogui et al. 2013).

Des tests salivaires ont montré que les patients atteints de MA avaient un flux salivaire réduit et une salive plus acide avec un pouvoir tampon moins élevé, ce qui accroît le risque de

candidose et de chéilite (Aragón et al. 2018). Des altérations quantitatives et qualitatives du flux salivaire pourraient également résulter des effets secondaires bucco-dentaires des traitements psychotropes indiqués chez ces patients (Muster et al. 2005).

Les troubles des praxies et de l'attention ainsi que la situation de dépendance rendent l'hygiène dentaire quotidienne compliquée. La perturbation des patients face à l'hygiène bucco-dentaire est corrélée avec le déclin de ses fonctions cognitives. Au stade précoce, cela peut se manifester par un oubli du patient et il suffit alors de lui rappeler pour qu'il se brosse les dents. Puis avec l'apparition d'une apraxie de plus en plus grande, le patient devient dépendant pour son hygiène et peut même aller jusqu'à refuser tout geste d'hygiène (Trohel et al. 2012).

Maladie carieuse et statut dentaire

Une étude multicentrique réalisée en Espagne a montré que le nombre de dents manquantes était beaucoup plus élevé dans le groupe de patients souffrant de MA que dans un groupe contrôle du même âge (avec une moyenne de 21 dents manquantes chez les patients contre 8,3 pour le groupe contrôle) et que le nombre de dents saines non restaurées était plus faible dans le groupe de patients atteints de la MA que dans le groupe contrôle (en moyenne 7 dents saines contre 15,4 dans le groupe contrôle) (Aragón et al. 2018). Les caries sont surtout cervicales et/ou radiculaires, avec des pertes de substance importantes et un risque de fracture aggravé (Lacoste-Ferré et al. 2013).

Le nombre de dents obturées est également plus élevé dans le groupe contrôle, ce qui suggère des visites chez le dentiste plus fréquentes dans le groupe contrôle. Cette hypothèse est également appuyée par le fait que seulement 44 patients atteints de la MA sur 70 n'ont pas vu de dentiste depuis plus d'un an.

Une autre étude menée sur une population italienne a montré que le nombre de dents cariées était significativement plus élevé au sein de la population atteinte de la MA que dans un groupe témoin. Le groupe témoin avait plus de dents obturées et un nombre de dents naturelles restantes plus important (D'Alessandro et al. 2018).

Enfin, une étude réalisée en France, en région Rhone-Alpes, a montré que l'indice CAO moyen était supérieur de 2,92 unités chez les personnes dépendantes pour leur hygiène par rapport à ceux qui étaient autonomes (Akoï KOIVOGUI et al. 2013).

Maladie parodontale

La plus grande étude menée sur le sujet a été réalisée au Japon sur 1929 personnes institutionnalisées et a montré que la gingivite est plus fréquente dans le groupe de patients atteints de la MA (Mancini et al. 2010).

Il semblerait que la santé parodontale soit plus mauvaise pour les patients institutionnalisés et soit corrélée avec la sévérité de la maladie (D'Alessandro et al. 2018).

Statut prothétique

Une étude multicentrique réalisée à Madrid en 2018 a montré que 65,2 % des patients atteints de la MA avaient des dents remplacées par une prothèse dentaire contre 58,3 % dans le groupe contrôle. Les prothèses amovibles complètes étaient plus souvent observées dans le groupe de patients atteints de la MA alors qu'ils possédaient moins de restauration sur implant (Aragón et al. 2018).

1.1.2.2. Santé orale des patients atteints de la MA et conséquences sur la santé générale

Une mauvaise hygiène associée à une réduction du flux salivaire et à des difficultés masticatoires favorisent la multiplication des micro-organismes. La stagnation des bactéries orales et la présence de parodontopathies augmentent considérablement le risque d'infection. Le risque de pneumopathies par aspiration est accru chez les personnes présentant un trouble cognitif majeur (Sumi et al. 2012). Cette aspiration peut se produire au cours de l'alimentation ou pendant la nuit. Cette affection ainsi que l'abcès du poumon représentent la 2^{ème} source d'infection en institution et ce risque est accru chez les patients atteints de la MA (A. Bodineau et al. 2007a).

De plus, la non-compensation des édentements entraîne une instabilité occlusale pouvant entraver la mastication des aliments et augmenter les risques de fausse route. Un mauvais état bucco-dentaire, l'hyposialie, la mobilité dentaire, les édentements et l'instabilité prothétique peuvent conduire les patients à changer leurs comportements alimentaires en sélectionnant davantage les aliments qu'ils consomment. Un des objectifs majeurs en institutions est de lutter contre la dénutrition protéino-énergétique. Un état dentaire correct et une hygiène

buccale quotidienne sont indispensable au maintien de la qualité de vie des patients atteints de MA (A. Bodineau et al. 2007).

Le décès dans la MA est rarement lié à la maladie elle-même mais plutôt aux pathologies annexes. Les données de l'étude Paquid a rapporté que les deux principales causes cliniques de décès dans la MA étaient les infections respiratoires (73 % des décès) et les pathologies cardio-vasculaires et cancéreuses (7 % et 20 % des décès) (Strubel et Hoffet-Guillo 2004). Sachant que des interventions d'hygiène simples auprès des patients et des aidants permet de réduire de 40 % les pneumonies d'aspiration, une amélioration de la santé orale des patients atteints de la MA permettrait de réduire considérablement la mortalité (Bodineau et al. 2007b).

1.2. La dépendance et les aidants

1.2.1. La dépendance

La dépendance est le besoin de l'aide d'autrui pour la réalisation des tâches quotidiennes. L'avancée des troubles cognitifs liés à l'évolution de la MA conduit à une perte progressive de l'autonomie du patient. La capacité de jugement et la liberté de pouvoir agir est grandement altérée et peut conduire les patients dans une situation de vulnérabilité. Les troubles neurocognitifs majeurs constitueraient ainsi une des principales causes de dépendance lourde et le motif le plus fréquent d'entrée en institution (Lopez-Tourres et al. 2009).

L'OMS en 2001 a adopté une Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Ce modèle explique le chemin conduisant d'une altération de structure ou d'une fonction à une limitation fonctionnelle puis à une restriction d'activité et enfin à une limitation de participation. Cette classification intègre également les facteurs personnels et environnementaux propres à chaque patient. Différents facteurs de la dépendance sont pris en considération par le modèle CIF :

- la déficience : il s'agit d'un problème dans une structure anatomique ou d'une fonction organique ou psychologique conduisant à une insuffisance physique ou intellectuelle. Elle prend donc en considération la lésion et les troubles qui en

résultent et représente l'expression clinique de la maladie ;

- l'incapacité : C'est la réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité du fait d'une déficience. Elle représente l'expression de la maladie en termes fonctionnels ;
- le handicap : c'est le préjudice que subit le patient suite à une limitation d'activité. Il s'agit des conséquences sociales culturelles et environnementales de la maladie contraignant le patient dans l'implication de sa propre vie (Organisation Mondiale de la Santé 2013).

Plusieurs outils permettent de mesurer le degré de dépendance individuel :

L'échelle "Disability Assessment of Dementia" (DAD)

Elle évalue 5 activités de base qui sont l'habillage, l'hygiène, la continence, l'alimentation et la préparation des repas et cinq activités instrumentales (téléphone, transports, finance, médication et loisir et entretien du domicile). Cette échelle est remplie avec l'aidant principal. Son originalité repose sur le fait que la cotation de l'acte se décompose selon trois fonctions exécutives la décision/initiation (le patient prend seul l'initiative), l'organisation/ planification (il planifie ou organise seul l'activité), et la réalisation (il effectue seul l'activité).

Les interrogations de l'aidant reposent sur les 2 dernières semaines. Chaque question est cotée 1 point si la personne réalise l'activité ou 0 si elle ne la réalise pas. Le score est ramené sur 100 pour obtenir un pourcentage d'incapacité (Gélinas et al. 1999).

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe IsoRessources)

Instaurée en 1997 par le ministère des Affaires sociales, elle a pour but d'évaluer le niveau de dépendance et donc de repérer les personnes ayant besoin d'aide à domicile ou une place en institution. Selon le groupe AGGIR, les personnes peuvent prétendre à une allocation personnalisée d'autonomie (APA).

La grille évalue dix activités corporelles et mentales (toilette, repérage spatio-temporel, transport...) et sept activités domestiques et sociales (repas, observance des médicaments, gérer ses affaires...). Le patient est ainsi évalué en fonction de son degré de dépendance aux activités : de GIR 6 (totalement autonome) à GIR 1 (totalement dépendant) (Ministère des Solidarités et de la Santé 2017).

1.2.2 Les aidants

Pour le dictionnaire Larousse, un aidant est « *une personne qui s'occupe d'une personne dépendante (âgée, malade ou handicapée).* »

De manière assez large, on peut distinguer les aidants professionnels et les aidants non professionnels, notamment les aidants familiaux.

1.2.2.1. Les aidants non professionnels

Les familles et proches appelés aidants « naturels » ou « familiaux » sont la ressource la plus commune pour aider les personnes dépendantes souffrant d'une déficience physique ou cognitive. Ces aidants jouent un rôle prépondérant dans le maintien de la personne âgée à domicile. Ils apportent en effet du soutien et une surveillance dans les activités de la vie quotidienne. L'implication des aidants naturels pourrait enfin retarder l'entrée en institution (Haute Autorité de Santé 2018).

Après la canicule de 2003 qui a provoqué 14802 décès, le gouvernement a développé un plan pour éviter qu'une telle catastrophe sanitaire ne se reproduise. Ce plan insiste sur la notion de « solidarité inter générationnelle », qui est une ressource fondamentale pour veiller sur les personnes âgées. Ces initiatives ont permis de reconnaître le rôle des aidants familiaux sur le plan social.

Les aidants se retrouvent souvent à assurer plusieurs rôles (époux, enfants, parents, employés), et cette accumulation de rôles ainsi que les exigences que demande l'accompagnement d'une personne dépendante fragilisent la santé physique et psychologique des aidants : on parle de *fardeau* (Kerhervé et al. 2008).

Parmi les 4 millions d'aidants non professionnels, 43 % ont cessé leur activité. 10 % des aidants interrogés ont déclaré qu'ils n'arrivaient pas à s'accorder un moment de répit. On observe également chez les aidants d'une personne dépendante une prévalence plus élevée de la dépression, du stress chronique, du fardeau et de l'anxiété. Ces difficultés ressenties par les aidants ont poussé les autorités publiques à développer une politique de santé dirigée vers le soutien moral, social et financier des aidants, ainsi que des programmes de prévention. C'est pour cela que les accueils de jour ou de nuit et certaines structures temporaires ont été créées afin de soulager le fardeau des aidants et leur accorder un répit. Enfin, certaines pistes se sont révélées intéressantes dans l'accompagnement psychosocial des aidants et l'éducation thérapeutique. Des cafés-aidants ou des programmes groupés psycho-éducatifs ont démontré un impact positif sur le sentiment d'efficacité des aidants (Bouilly et al. 2016).

1.2.2.1. Les aidants professionnels

L'aide à domicile

Le maintien des personnes âgées dépendantes à domicile le plus longtemps possible est important dans la prise en charge des personnes atteintes de la MA. Le médecin traitant est au centre du Plan Personnalisé de Santé (PPS). Avec une évaluation pertinente de l'autonomie, il met en rapport les besoins de la personne avec les ressources disponibles pour l'assister (Haute Autorité de Santé 2018).

Parmi les ressources humaines disponibles capables de se déplacer à domicile, on retrouve les infirmières diplômées d'état, les kinésithérapeutes ou les orthophonistes. Le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) est un service médico-social qui assure sur prescription médicale les actes courants de la vie quotidienne chez les personnes dépendantes. Il comprend des aides soignants, des infirmiers, des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes.

Les principales aides sont réalisées par le portage des repas, l'aide-ménagère (entretien de la maison, du linge ou des bricolages ainsi que pour toutes les démarches administratives), et l'auxiliaire de vie (actes basiques de la vie quotidienne, les loisirs ainsi que les sorties en extérieur) (Bouilly et al. 2016).

L'aide en institution

Au niveau des structures d'hébergement, on retrouve des structures temporaires, permanentes

et des structures de liaison.

Parmi les structures temporaires, citons l'accueil de jour qui reçoit les personnes vivant à domicile qui permet la réalisation d'activités de stimulation et d'accorder un répit aux aidants, et le foyer-restaurant qui donne accès à un lieu de restauration collectif proposant des repas équilibrés à moindre coût.

Parmi les hébergements permanents, on retrouve les foyers logement ou les résidences service. Il s'agit de résidences comprenant des appartements individuels avec des services collectifs. Ils sont réservés aux personnes valides capables de vivre dans un logement indépendant. Ils peuvent faire appel occasionnellement à un SSIAD si la personne en éprouve le besoin. Il y a également les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes). Ce sont des établissements médicalisés ayant signé une convention avec le conseil général et l'ARS qui fixent les conditions de fonctionnement tant sur le plan financier que médical. On peut citer également les USLD (Unité de Soins Longue Durée) qui dépendent d'un centre hospitalier et qui accueillent les patients fortement dépendants nécessitant un accompagnement 24h/24 (Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2014).

1.2.3. Les aidants et la santé bucco-dentaire de la personne atteinte de MA

Lorsque les patients deviennent dépendants, le maintien de l'hygiène bucco-dentaire et le suivi bucco-dentaire reposent sur l'aide d'un tiers.

Evaluation clinique de la santé bucco-dentaire

Des recommandations ont été élaborées par l'AP-HP afin de permettre une évaluation de la santé orale en pratique clinique infirmière. Cette évaluation comprend un recueil d'informations concernant les habitudes du patient sur son hygiène, ses pathologies dentaires et ses besoins. Puis elle se compose d'un examen de l'état buccal suivant plusieurs critères comme l'état de la voix, de la langue, des lèvres, des muqueuses, des gencives, de la salivation, de la déglutition, des dents ou des prothèses dentaires. Il est important que cet examen soit réalisé le plus doucement et le plus rigoureusement possible par l'aidant car il n'est pas facile pour le patient d'accepter cette violation de son intimité. Il existe une grille

d'évaluation assez complète, qui donne un score global. Si le score est supérieur à 8, des mesures doivent être mises en place, si le score est inférieur à 8, c'est que les soins d'hygiène et de confort sont assurés (A. Bodineau et al. 2007).

Indicateurs	1	2	3	Total
Voix	Normale	Sèche et rauque	Difficultés à parler	
Déglutition	Normale	Douleur à la déglutition	Impossible	
Lèvres	Lisses, rosées et humides	Sèches et fissurées	Ulcérations ou saignements	
Langue	Rose et humide, présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles avec apparence lustrée, moins colorée	Fissurée, boursouflée, nécrosée	
Salive	Transparente	Visqueuse, épaisse, de mauvaise qualité	Absente	
Muqueuses	Roses et humides	Inflammatoires avec inclusion de plaques blanches, pas d'ulcérations	Ulcérations et/ou saignements	
Gencives	Roses, fermes et bien dessinées	Inflammatoires, œdémateuses	Saignements spontanés ou à la pression	
Dents	Propres et sans débris	Plaques et débris bien localisés (entre les dents)	Plaques et débris généralisés et dents abîmées	
Total				/24

Tableau 1 : Grille d'évaluation de l'état de la bouche (Oral Assessment Guide — OAG). L'utilisation du score permet de suivre l'évolution de l'état de la bouche et d'apprécier le résultat des soins. Le score à atteindre est 8/24. (Bodineau et al. 2007a)

Soins d'hygiène bucco-dentaire quotidiens

Quel que soit le stade de la maladie, les soins d'hygiène quotidiens sont essentiels afin d'éliminer la plaque et les débris alimentaires. Les interventions d'amélioration de l'hygiène dentaire réduiraient l'incidence des pneumonies de 40 % (A. Bodineau et al. 2007).

Les praticiens du réseau APPOLLINE ont proposé des recommandations dans la réalisation des soins d'hygiène buccale par les aidants : c'est le concept Ginest-Macotti.

-il est judicieux de trouver le moment le plus opportun. Classiquement, la toilette buccale est réalisée après la toilette corporelle ce qui ne convient pas à tous les patients. Certains sont fatigués après la toilette corporelle, d'autres ont le sentiment que le soin est terminé après avoir été habillé, ce qui peut provoquer une incompréhension ou une confusion menant à un refus de se brosser les dents. En cas d'échec, il convient de s'adapter au patient et de retenter à distance de la toilette corporelle ;

-il est également important de trouver la position la plus adaptée. Il a été proposé de faire asseoir le patient pour qu'il se détende plus facilement, l'aidant peut bouger plus facilement autour du patient et de se retrouver face à lui, à sa hauteur avec un regard axial ;

-l'introduction immédiate de la brosse à dents en bouche doit être évitée face à un patient en situation de refus ou de stress. Il est recommandé de mettre le patient en confiance, le soignant peut commencer le soin par une caresse de la joue ou du menton, les mains grandes ouvertes et avec un geste doux. Il est judicieux également de glisser une main derrière la nuque du patient. Progressivement, le soignant caresse la lèvre et la commissure pour faire pénétrer son index, puis par un massage des vestibules. Si le patient a une prothèse, on continue doucement le massage afin d'enlever progressivement la prothèse. On peut compléter le massage par le passage de compresses sur la surface des dents. Après avoir fait tous cela, la brosse à dents peut être introduite délicatement en bouche et le brossage réalisé ;

-pendant cette manipulation du patient, la parole du soignant sera source de réconfort et de mise en confiance.

Enfin, les praticiens du réseau APPOLLINE préconisent l'utilisation de brosses à dents avec une petite tête et des poils souples voire extra-souples, ainsi que des dentifrices à haute concentration en fluorures avec des saveurs agréables (Trohel et al. 2012).

Prise en charge et suivi bucco-dentaire

Les aidants participent à l'organisation et à la prise en charge des patients au cabinet dentaire. Dans certains cas, l'aidant familial peut également jouer le rôle de tuteur du patient, et participera à la prise de décision thérapeutique.

Pour le praticien, il est primordial avant d'engager des soins d'évaluer le degré de coopération du patient face à son hygiène et son comportement vis à vis des soins. Le dialogue avec les aidants permet d'évaluer le contexte de la consultation et le degré de dépendance du patient. Avant d'entreprendre les soins, la coopération du patient est évaluée à l'aide du test de Niessen (tableau 2). Si le score est compris entre 0 et 3, la coopération du patient est possible mais inconstante et on pourra adapter la prise en charge en réduisant le nombre de séances ou en rassurant le patient. Si le score est compris entre 4 et 7, la coopération devient difficile et on doit adapter notre prise en charge. La sédation peut être nécessaire pour certains soins. Si

le score est compris entre 8 et 10, la coopération du patient devient impossible et la sédation est le seul moyen de réaliser les soins. (Lacoste-Ferré et al. 2013).

Est ce que le patient se brosse les dents ou nettoie ses prothèses ?	oui (0) avec assistance partielle (1) avec assistance totale (2)
Est ce que le patient exprime ses motifs de plainte ?	oui (0) à un certain degré (1) non (2)
Est ce que le patient suit des instructions simples ?	oui (0) occasionnellement (1) non (2)
Est ce que le patient peut tenir une radio dans la bouche ?	oui (0) quelquefois (1) non (2)
Est ce que le patient est agressif ?	non (0) quelques fois (1) oui (2)
Score	.../10

Tableau 2 : Test de Niessen (Lacoste-Ferré et al. 2013)

Le test de Nordenram est également utile pour évaluer le comportement du patient vis à vis des soins bucco-dentaires donnant un score sur 20.

Item 1 Reconnaissance du cabinet dentaire par le patient :	0: pas du tout 1 : probablement 2 : avec suggestion 3 : après réflexion 4 : immédiatement
Item2 Comportement au cours de l'examen oral avec miroir et sonde :	0 : comportement de succion lorsque les lèvres sont touchées 1 : refuse d'ouvrir la bouche, serre les lèvres 2 : ferme la bouche involontairement 3 : ouvre la bouche après les instructions sur la manière de le

	faire 4 : ouvre la bouche spontanément ou sur demande
Item 3 Reconnaissance d'une brosse à dents :	0 : pas du tout 1 : probablement 2 : avec suggestion 3 : après réflexion 4 : oui, immédiatement
Item 4 Brossage des dents : présentation de la brosse à dents et invitation au brossage	0 : pas de réaction 1 : refuse 2 : comportement inadéquat 3 : comportement adéquat après instruction 4 : comportement spontanément adéquat
Item 5 Comportement au « s'il vous plait, rincez-vous » :	0 : pas de réaction 1 : refus 2 : comportement inadéquat 3 : comportement adéquat après instruction 4 : comportement spontanément adéquat
Score	.../20

Tableau 3 : Test de Nordenram (Lacoste-Ferré et al. 2013)

Les deux premiers items concernent la coopération pendant les soins et les items suivants concernent les soins d'hygiène quotidienne.

La prise en charge du patient commence par un examen clinique et un interrogatoire, la présence des aidants est souhaitable. Il est important de bien comprendre le motif de la consultation afin de répondre au mieux aux besoins du patient. Ce n'est seulement qu'après l'évaluation du degré de coopération que le plan de traitement peut être adapté.

- **A un stade léger** : Le principal objectif sera d'anticiper les pathologies et de maintenir une hygiène quotidienne adaptée et assistée si besoin. Les traitements consistent à des actes de prévention tels que le détartrage ou la fluoruration. Le plan de traitement peut être simplifié mais si des traitements prothétiques sont à envisager, c'est le moment idéal avant que les troubles ne soient trop importants (Lacoste-Ferré et al. 2013).
- **A un stade modéré** : Les objectifs seront de répondre à la symptomatologie et d'améliorer l'état dentaire. En général il s'agit à ce stade de soulager les douleurs, de combattre les infections et de réadapter les prothèses. Les soins conservateurs sont rares,

les avulsions plus fréquentes. Les soins sont réalisés sous sédation consciente (Lacoste-Ferré et al. 2013).

-A un stade sévère : Les principaux objectifs sont de répondre aux symptômes, d'anticiper les pathologies graves comme les infections et de maintenir une hygiène assistée quotidienne. Les soins se limitent à soulager la douleur, combattre l'infection et éviter les morsures. Les avulsions sont fréquentes. Les soins doivent être pratiqués sous sédation consciente. Les caries radiculaires ou cervicales, très présentes chez les personnes ayant un trouble cognitif majeur peuvent être nettoyées à l'excavateur et obturées au ciment verre ionomère. D'un point de vue prothétique, la réadaptation des prothèses est conseillée (Lacoste-Ferré et al. 2013).

2 Le rôle des aidants dans la prise en charge dentaire des patients atteints de la MA : revue narrative de la littérature

2.1 Objectif de recherche

La MA entraîne dans les stades moyens ou sévères une forte dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne nécessitant soit l'intervention d'aidants à domicile, soit d'une aide en institution lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. Le maintien d'une bonne santé orale constitue un défi dans le contexte de la maladie.

L'objectif de cette revue de littérature est donc d'analyser la place des aidants dans le maintien d'une bonne santé orale des patients atteints de MA.

2.2 Stratégie de recherche

Nous avons cherché sur la base de données PubMed les articles publiés entre 1990 et 2018 en utilisant les mots Mesh « Alzheimer disease » et « caregivers ». Afin de sélectionner les articles s'intéressant à la santé orale, l'insertion de plusieurs termes relatifs au sujet ne donnant pas de résultats, nous avons élargi la recherche en incluant les synonymes et en rajoutant tous les mots commençant par « dent* ». Vingt-quatre articles ont été proposés avec cette équation de recherche.

Search((((("caregivers"[MH] OR ("caregivers"[TW] OR "family caregiver"[TW] OR "care giver"[TW] OR "carers"[TW] OR "caregiver"[TW] OR "caregivers, family"[TW] OR "caregivers, spouse"[TW] OR "spouse caregiver"[TW] OR "carer"[TW] OR "caregiver, family"[TW] OR "caregiver, spouse"[TW] OR "family caregivers"[TW] OR "spouse caregivers"[TW] OR "care givers"[TW]))) AND ("alzheimer disease"[MH] OR ("alzheimer disease"[TW] OR "dem entia, alzheimer(AD)"[TW] OR "senile dem entia"[TW] OR "presenile dem entia"[TW] OR "acute confusional senile dem entia"[TW] OR "Alzheimer Diseases, Familial (FAD)"[TW] OR "alzheimer disease, early onset"[TW] OR "dem entia, Alzheimer-Type (ATD)"[TW] OR "Dem entia, Alzheimer"[TW] OR "senile dem entia, alzheimer type"[TW] OR "dem entia, presenile alzheimer"[TW] OR "alzheimer type dem entia (ATD)"[TW] OR "dem entia, senile"[TW] OR "alzheimer sclerosis"[TW] OR "alzheimer dem entia (AD)"[TW] OR "disease, alzheimer's"[TW] OR "presenile dem entias"[TW] OR "alzheimer syndrom e"[TW] OR "alzheimer dem entia, presenile"[TW] OR "alzheimer's disease"[TW] OR "dem entia, prim ary senile degenerative"[TW] OR "Alzheimer Dem entia"[TW] OR "Alzheimer Disease, Familial (FAD)"[TW] OR "Dem entias, Alzheimer"[TW] OR "familial alzheimer disease (FAD)"[TW] OR "senile dem entia, acute confusional"[TW] OR "dem entias, presenile"[TW] OR "Alzheimer-Type dem entia (ATD)"[TW] OR "late onset alzheimer disease"[TW] OR "alzheimer type senile dem entia"[TW] OR "dem entia, alzheimer type"[TW] OR "Familial Alzheimer Diseases (FAD)"[TW] OR "dem entia, presenile"[TW] OR "alzheimer type dem entia"[TW] OR "focal onset alzheimer's disease"[TW] OR "syndrom e, alzheimer"[TW] OR "Alzheimer Dem entias"[TW] OR "alzheimer's disease, focal onset"[TW] OR "sclerosis, alzheimer"[TW] OR "early onset alzheimer disease"[TW] OR "dem entias, senile"[TW] OR "disease, alzheimer"[TW] OR "presenile alzheimer dem entia"[TW] OR "prim ary senile degenerative dem entia"[TW] OR "alzheimer disease, late onset"[TW] OR "senile dem entias"[TW] OR "Alzheim ers disease"[TW] OR "Pre-Senile Dem entia"[TW] OR "Alzheimer's disease, unspecified"[TW] OR "dem entia Alzheimer type"[TW] OR "alzheimer's disease, nos"[TW] OR "alzheimer's disease (incl subtypes)"[TW] OR "dem entia presenile"[TW] OR "Alzheimer's disease (disorder)"[TW] OR "AD - Alzheimer's disease"[TW] OR "Presenile dem entia (disorder)"[TW] OR "Presenile dem entia, NOS"[TW] OR "Alzheim ers disease, unspecified"[TW] OR "Dem entia Alzheimer's type"[TW] OR "Late-onset form of familial Alzheimer disease"[TW] OR "Dem entia of the Alzheimer's type NOS"[TW]))) AND dent*

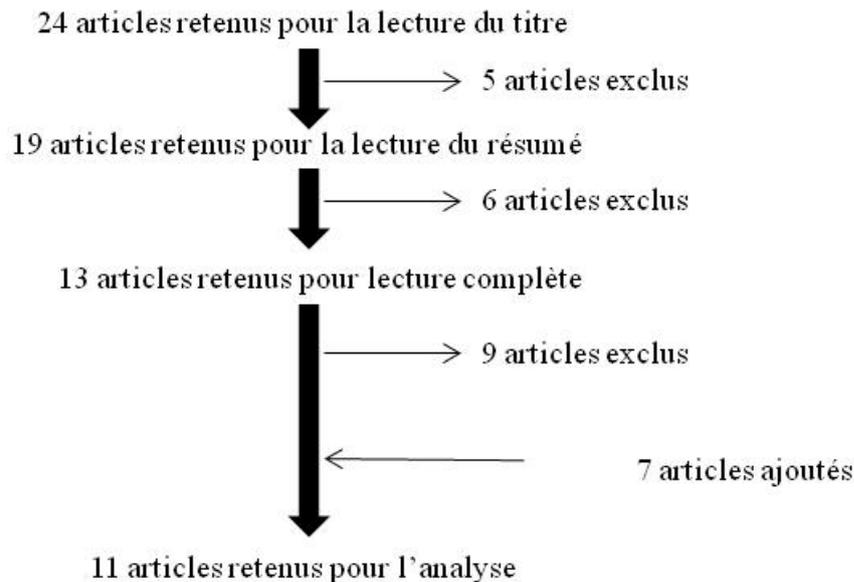


Figure 1 : diagramme de recherche

Les critères d'inclusion étaient : étude prospective ou rétrospective, article en français ou en anglais, relatif aux aidants et la santé orale des sujets souffrant de MA. Ont été exclus les articles de synthèse bibliographique.

La lecture des titres et des résumés a permis de retirer 5 articles jugés « hors sujet ». Sur les 19 restants, nous avons exclu 6 articles qui n'étaient pas disponibles ou l'étaient mais dans dans une langue autre que l'anglais ou le français (japonais). Après lecture des 13 articles restants, 7 s'intéressaient plus spécifiquement à la santé orale des patients atteint de MA en intégrant l'aidant ou le soignant. Parmi les 7 articles sélectionnés, 3 correspondaient à des revues de la littérature. Ces revues ont été exclues de l'analyse mais leur lecture a permis d'ajouter 7 références supplémentaires pour l'analyse. Le diagramme de recherche est résumé dans la figure 1.

2.3 Résultats

2.3.1. Synthèse

Nom, année	Population étudiée	Type d'étude	Résultats	Discussion
Blanco et al 1997	21 aidants familiaux de patients atteints de MA vivant en institution	Etude prospective : Questionnaire envoyé aux aidants avec questions relatives aux attitudes des aidants concernant la santé orale et au profil des aidants	<ul style="list-style-type: none"> _ profil socio démographique des aidants : 81 % de femmes, avec un âge moyen égal à 67 ans, seulement 48 % des aidants conservent un emploi _ La moitié des aidants ont plus de 65 ans eux même avec des maladies chroniques _ Stress et fardeau contribuent au désintéressement des aidants pour les études sur la santé orale 	<ul style="list-style-type: none"> _ Très faible participation : 18 % des questionnaires renvoyés _ Les aidants participent plus aux études quand l'entretien se fait face a face et quand ils reçoivent des informations sur la santé orale ou sur les techniques d'hygiènes en retour
Campos et al 2016	<ul style="list-style-type: none"> • 16 patients atteints de la MA au stade moyen de la maladie et recevant un traitement médical pour la MA et porteurs de prothèse amovible • Leurs 16 aidants familiaux 	Etude transversale. Comparaison entre la qualité de vie liée à la santé orale (GOHAI) évaluée par les aidants et les patients	<ul style="list-style-type: none"> _ 56 % des patients porteurs d'une PAC maxillo-mandibulaires, _ En moyenne moins de 5 dents présentes dans la bouche des patients - La corrélation des réponses au GOHAI était forte pour la majorité des items <p><i>Les aidants semblent une source fiable dans l'évaluation de la santé orale du patient.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> _ Les items sur la parole, la sensibilité chaud-froid, la mastication ou la quantité de nourriture ne sont pas corrélés. _ GOHAI utile pour détecter une plainte pour les géiatres mais ne permet pas de poser un diagnostic et ne dispense pas d'un examen clinique _ Echantillon petit mais puissance du test > 80 % pour la plupart des items.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Hugo et al 2007</p>	<p>56 aidants familiaux d'une association d'aidants de patients atteints de MA</p>	<p>Questionnaire évaluant les données socio démographiques, la santé générale, la santé dentaire et l'hygiène bucco dentaire (HBD) fournie. Analyse des inter-relations</p>	<p>_ Association significative entre nombre de dents présentes et nombre de procédure d'HBD quotidienne _ Aidants n'ayant pas reçu de formation utilisaient moins de bain de bouche fluoré et obtenaient une moins bonne collaboration. _ Patients avec prothèse recevaient plus de soins et allaient plus chez le dentiste. _ L'utilisation de la brosse à dents pour l'HBD est corrélée avec le degré de collaboration. _ Les patients recevant des soins professionnels (détartrage) avaient plus de chance d'utiliser une brosse à dents par la suite. _ 49,1 % des aidants ont reçu un entraînement pour s'occuper des patients. _ 85,7 % des aidants s'occupent de l'HBD _ 51 % des patients étaient coopérants pendant la séance d'HBD</p>	<p>_ Aidants familiaux sont les principaux fournisseurs d'HBD _ Acteurs clés dans le maintien d'une bonne santé orale mais peu de preuves dans la littérature donc les comparaisons avec d'autres études sont difficiles. _ 40 % des aidants ont posé des questions et ont demandé des informations, preuve qu'une éducation pour la santé dans ce domaine pourrait être utile _ La visite chez le dentiste avec l'aidant semble avoir une amélioration sur la qualité des soins à domicile. _ Prendre en compte le fardeau des aidants dans l'élaboration des programmes d'éducatons. _ Des mesures simples peuvent avoir un effet important (brossage et nombre de dents).</p>
--	--	---	--	---

Goodman et al 1993	Cas témoin d'une consultation dentaire d'un homme qui assure la fonction d'aidant auprès de sa femme	Cas clinique	<ul style="list-style-type: none"> _ Dentiste souvent premier contact avec le système de santé et confident : acteur important de l'équipe de soins. _ Dentistes fournisseurs de soins professionnels essentiels _ Fait le lien entre le patient et leurs aidants avec les associations disponibles. _ Intégrer le dentiste dans la stratégie de soins peut améliorer l'état général. 	
Georg 2006	29 résidents d'une installation pour personnes atteintes de troubles neuro cognitifs et le personnel soignant.	Etude prospective longitudinale. Evaluation initiale et 6 semaines après avoir distribué des kits de marquage de prothèses et une fiche d'informations sur les pratiques optimales pour la santé orale. 6 critères étudiés, 4 résultats lors de l'audit initial et 2 résultats comparés 6 semaines plus tard.	<p>Résultats initiaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> _ 4 % des résidents ont eu une évaluation dentaire documentée sur les 12 derniers mois _ 8 % du personnel soignant ont assisté à une session de formation sur la santé orale depuis les 12 derniers mois _ 86,4 % des résidents ont accès à une brosse à dents et à un dentifrice fluoré. <p>Résultats à 6 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> _ Après distribution de la fiche d'information, le nettoyage quotidien et le retrait nocturne des prothèses sont passés de 29,6 à 46,4 % et le marquage individuel des prothèses de 14 à 98,2 %. 	Amélioration significative pour l'étiquetage des prothèses mais non significative pour le brossage quotidien. Pas de comparaison avec un groupe de patients non atteints de MA. Risque élevé de biais.

Samson 2009	52 résidents d'une maison gériatrique atteints de la MA et les membres du personnel soignants	Etude prospective longitudinale. Suivi du Mucosal Plaque Index à 3 mois puis 6 ans après un entraînement du personnel soignant, la distribution de produits d'hygiène orale et un contrôle régulier des procédures d'hygiènes.	Les scores du MPI étaient significativement plus bas (meilleure santé orale) pour tous les groupes interrogés 3 mois et 6 ans après la mise en place du programme. Après 6 ans d'évaluation, les patients atteint de MA ont une meilleure hygiène que les patients sains.	<ul style="list-style-type: none"> _ Suivi sur 6 ans donc intéressant. _ Résultats sur l'hygiène des patients MA est en contradiction avec les études précédentes. _ Risque élevé de biais
Forsell 2011	87 membres du personnel soignant d'une maison de repos gériatrique accueillant des personnes atteintes de MA	Etude prospective. Questionnaire distribué au personnel soignant évaluant les attitudes et la perception des tâches d'hygiène orale.	<ul style="list-style-type: none"> _ 87 % des soignants considèrent l'hygiène orale comme déplaisante essentiellement à cause du manque de coopération des patients. _ Après le programme d'éducation à l'HBD auprès des soignants, ils obtenaient une meilleure coopération de la part des résidents. 	Même si meilleure coopération, pas d'amélioration sur la perception négative des tâches d'HBD ni sur le fait d'avoir peur de causer des dommages aux patients.
Zenthofer 2016	Résidents d'une maison de repos. 33 patients atteints de MA et 60 patients non atteints	Etude prospective longitudinale. Analyse de l'indice de saignement gingivale, de l'indice de plaque et du CPITN au début de l'étude et 6 mois après un entraînement du personnel soignant à la santé orale.	<ul style="list-style-type: none"> _ L'indice de saignement et le Community Periodontal Index of Traitement Needs ont été améliorés après l'entraînement du staff uniquement pour le groupe atteint de MA. _ L'usage d'un nettoyeur ultrasonique pour les prothèses a montré une amélioration pour les deux groupes de l'indice d'hygiène prothétique. 	_ Après une analyse multi variable, il semblerait que seuls les participants avec la pire situation initiale profiteraient de l'effet positif de ces programmes d'entraînement du staff.

Wolden 2006	119 membres du personnel soignant d'une maison de retraite	Etude prospective longitudinale. Enquête auprès du personnel 15 mois après leurs avoir fourni des brosses à dents électriques avec un timer de 2 min. La brosse à dents manuelle est conservée et le choix est fait en fonction de l'aidant et du consentement du patient.	<ul style="list-style-type: none"> _ Pour les patients atteint de MA : <ul style="list-style-type: none"> - 44,5 % des soignants ont répondu que l'HBD était plus facile - 31,1 % plus difficile - 24,4 % n'ont pas remarqué de différences. _ 44 % des aidants ont rapporté une réaction négative de la part du patient lors de l'introduction de la brosse électrique _ Les aidants passent globalement moins de temps pour l'HBD grâce à la brosse électrique. 	Pour les patients dépendants mais indemnes de MA, 63 % des aidants ont trouvé l'HBD plus facile et seulement 15 % plus difficile. 46 % des soignants passent moins de 2 min pour le brossage car les patients ont souvent moins de dents.
Chalmers 2002	224 résidents issus de 7 maisons de retraites accueillant des personnes dépendantes dont des personnes atteintes de MA	Etude longitudinale Questionnaire rempli par le personnel soignant s'intéressant notamment sur les habitudes des résidents en termes d'HBD et sur l'assistance requise par ces résidents.	<ul style="list-style-type: none"> _ Au stade modéré, 57,2 % ont besoin d'une assistance pour le brossage des dents et 97,3 % pour le nettoyage des prothèses. _ Au stade sévère, 100 % ont besoin d'assistance. _ Pas de différence significative au stade léger. <p>Les patients atteints de troubles neurocognitifs ont significativement plus de plaque, plus de tartre, plus de poches, plus de saignements, plus de lésion muqueuse et moins de salive.</p>	<p>Les patients atteints de désordres cognitifs ont moins d'informations sur leurs antécédents et leurs statut dentaire et ont besoin de plus d'assistance.</p> <p>Les aidants ont plus de difficultés avec les personnes MA à obtenir une bonne coopération.</p>

Trohel 2012	20 patients atteints de MA au stade sévère résidents dans un hôpital gériatrique ainsi que le personnel soignant.	Enseignement et application par le personnel soignant de la technique de soin Gineste-Marescotti afin d'améliorer l'HBD des patients.	<ul style="list-style-type: none"> _ L'HBD est assurée pour seulement 20 % des patients. _ Membres du personnel se sentent souvent impuissants et sont réticents par crainte de déclencher un comportement d'agitation. _ Refus de soins principalement engendré par la fatigue suite à la toilette corporelle et par le sentiment de confusion que peut engendrer la fin d'un soin et le début d'un autre. _ Important de s'adapter au résident et lors d'un premier refus refaire une tentative à distance de la toilette corporelle _ Utiliser la position la plus adaptée pour le soignant et le résident. _ Attention à l'introduction trop brutal de la brosse à dents qui peut être considérée comme une intrusion. _ La parole du soignant doit avoir un effet réconfortant afin d'instaurer un climat de confiance. _ Ne pas négliger le matériel, préférer une brosse à dents à poils souples ainsi qu'avec une petite tête et des dentifrices à haute teneur en fluorure avec de préférence des saveurs agréables. 	<ul style="list-style-type: none"> _ L'application de cette méthode de soin pour l'HBD des personnes atteint de la MA semble être une solution pour vaincre la réticence des soignants et réaliser ce soin dans la dignité de la personne. _ Cette démarche doit s'inscrire dans un projet de service afin que l'ensemble du personnel soit investi et impliqué.
-------------	---	---	---	--

Tableau 4 : synthèse des articles retenus pour l'analyse

2.3.2. Revue narrative

Les aidants familiaux

Sur les 11 articles retenus, 4 s'intéressaient aux aidants familiaux dont une étude transversale, 2 études prospectives réalisées à l'aide d'un questionnaire et un cas témoin recueillant les propos d'un homme assurant la fonction d'aidant auprès de sa femme au cours d'une consultation dentaire.

Parmi les études sélectionnées, 3 décrivaient le profil socio-démographique des aidants. L'âge moyen des aidants était compris entre 52 et 67 ans (Blanco et al., Campos et Hugo). La proportion de femmes était comprise entre 81 et 87 % (Hugo et al., Blanco et al.). Quarante-huit pourcent des aidants avaient conservé leurs emplois, 34 % des aidants ne travaillaient plus afin de s'occuper de la personne atteinte, 18 % étaient retraités (Hugo et al. 2007)(Blanco et al. 1997).

Les critères étudiés concernaient la perception des aidants familiaux de leur situation, la qualité de vie liée à la santé orale ou encore l'hygiène bucco-dentaire. L'analyse de la littérature fait ressortir trois points :

-sur les 148 aidants interrogés par Blanco et al (1997), si 47 aidants indiquaient qu'ils souhaitaient participer à l'étude, seuls 21 avaient répondu au questionnaire relatif au à la santé orale des aidés, ce qui illustre les difficultés rencontrées pour réaliser des études auprès des aidants en ce qui concerne la santé orale (Blanco et al. 1997) ;

-l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire par les patients atteints de la MA et par leurs aidants familiaux à l'aide du GOHAI a montré que les deux indices sont corrélés pour la plupart des items sauf ceux liés à la parole, la sensibilité au chaud et froid, la mastication et la quantité de nourriture (Campos et al. 2016). Les aidants fourniraient ainsi une évaluation fiable de la qualité de vie liée à la santé orale des aidés atteints de la MA ;

-en ce qui concerne la santé générale et bucco-dentaire, et l'hygiène bucco-dentaire des patients atteints de la MA, le nombre de dents présentes en bouche est significativement corrélé au nombre de séances d'hygiène bucco-dentaire quotidienne, 49,1 % des aidants ont une formation spécifique pour la santé orale et 51% des patients atteints de la MA sont coopérants pour l'hygiène bucco-dentaire. La coopération du patient aidé pendant les séances semble cependant meilleure lorsque les aidants ont reçu une formation préalable (Hugo et al. 2007).

Les aidants professionnels

Sept articles se sont intéressés aux aidants professionnels, et particulièrement aux membres du personnel soignant en collectivité.

Ces 7 articles regroupaient une étude longitudinale avec 224 participants répartis sur 7 sites et six études prospectives.

Plusieurs données ressortent de cette analyse :

- En ce qui concerne l'aide pour l'hygiène bucco-dentaire, il semble que les besoins évoluent en fonction du degré de sévérité de la maladie. Au stade léger de la MA, il n'y a pas de différence significative avec les patients sains du point de vue de l'intervention d'un aidant pour l'HBD. Pour les patients atteints de MA au stade moyen, 57,2 % ont besoin d'assistance pour le brossage de dents et 97,3 % pour les prothèses. A un stade sévère, la totalité des résidents atteints de MA est dépendante pour le nettoyage des dents et des prothèses. La coopération et la documentation du statut dentaire diminuent fortement à mesure que la maladie évolue. (Chalmers et al. 2002).

- Une étude française a montré que l'HBD est assurée chez seulement 20 % des résidents (Trohel et al. 2012). Les difficultés rencontrées par les aidants professionnels lors de l'hygiène bucco-dentaire des patients présentant une atteinte sévère, les refus de soins et d'hygiène bucco-dentaire semblent principalement dus à la fatigue suite à la toilette corporelle et au sentiment d'un soin terminé après l'habillage de la personne qui peut provoquer une incompréhension du patient, malgré la mise en application de la méthode de soin Gineste-Marescotti (Trohel et al. 2012).

-87 % considèrent que les tâches d'hygiène bucco-dentaire sont déplaisantes, notamment à cause du manque de coopération des patients. Après la mise en place d'un programme d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, si la coopération est améliorée de la part des résidents, il ne semble pas avoir d'amélioration concernant la perception des tâches de la part du personnel soignant (Forsell et al. 2011).

-En ce qui concerne l'effet d'une sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire, seuls 8 % du personnel a bénéficié d'une formation sur la santé orale et 4 % des résidents ont eu un suivi dentaire annuel. Six semaines après la distribution de fiches d'informations sur les pratiques en santé orale, et notamment sur les bonnes pratiques en matière de prothèse (retrait des prothèse la nuit, étiquetage des prothèses), on observe une augmentation du retrait nocturne des prothèses (passant de 29,6 % à 46,4 %) et du marquage des prothèse (passant de 14 % à 98,2 %) (Georg 2006).

-En ce qui concerne l'impact de la sensibilisation des personnels, si la simple distribution de la fiche d'information ne semble pas améliorer le brossage quotidien ni la coopération des patients (Georg 2006), la mise en place d'un programme de formation du personnel soignant comprenant un entraînement à l'HBD, la distribution de matériel et un contrôle des procédures d'hygiène sur un indice clinique tel que le MPI semble liée à une amélioration de l'hygiène (scores du MPI étaient significativement plus bas 3 mois et 6 ans après la mise en place du programme de formation) des patients atteints de la MA (Samson et al. 2009). Une amélioration des indices de saignement gingival, de l'indice de plaque et du Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) des patients atteints de la MA est également observée 6 mois après la mise en place d'un programme d'entraînement des personnels aidants (Zenthöfer et al. 2016). L'utilisation d'un nettoyeur ultrasonique améliore également l'indice d'hygiène prothétique (Zenthöfer et al. 2016).

-En ce qui concerne l'hygiène orale, 15 mois après la fourniture d'une brosse à dents électrique, 44,5 % des aidants jugent la brosse électrique plus facile et 31,1 % plus difficile que la brosse manuelle (24,4 % n'ont pas remarqué de différence). 44 % des soignants rapportent une réaction négative de la part du patient lors de l'introduction de la brosse électrique. Le temps de brossage est diminué avec la brosse électrique (Wolden et al. 2006)

3. Discussion

3.1. Les aidants familiaux

Les aidants familiaux demeurent une ressource importante pour assurer le maintien à domicile des patients. Depuis la canicule de 2003, leur rôle est de plus en plus reconnu et a conduit l'HAS à publier des recommandations sur le parcours de soins de la personne atteinte de la MA. Ces recommandations accordent une grande place à l'entourage et aux aidants et mettent l'accent sur la nécessité de soutenir et de préserver la fonction d'aidant (HAS 2018).

L'objectif de cette analyse de la littérature était d'évaluer le rôle des aidants familiaux des personnes atteintes de la MA dans le maintien d'une bonne santé orale.

La stratégie de recherche retenue n'a permis d'inclure que 11 articles, dont seulement 4 traitent des aidants familiaux. Ce manque de données pourrait résulter des difficultés à réaliser des études auprès des aidants de patients souffrant de la MA. Pour Blanco et al., la faible participation des aidants pourrait s'expliquer par le lourd fardeau et le stress engendré par la fonction d'aidant et l'aspect administratif des documents réglementaires, qui pourraient avoir un effet dissuasif (Blanco et al. 1997).

Pour que la fonction d'aidant puisse perdurer sur le long terme, il semble donc indispensable que des temps de pause soient aménagés. Les plateformes d'accompagnement et de répit existent pour prévenir l'épuisement et l'anxiété des aidants. Concrètement, ces plateformes proposent des solutions comme l'accueil de jour ou de nuit, un hébergement temporaire en EHPAD, des services itinérants à domicile mais aussi des activités de loisirs. Il semble cependant en France que les structures d'aide et de répit pour les aidants sont sous-utilisées (Haute Autorité de Santé 2018).

Un rôle important des aidants familiaux dans la prise en charge dentaire est de pouvoir détecter un problème dentaire et d'assurer le contact avec un professionnel de santé. En effet, les patients atteints de la MA présentent une augmentation des seuils de tolérance à la douleur (Campos et al. 2016). Ils ont donc une perception de la douleur, de l'inconfort ou des sensibilités qui peut être perturbée sans pour autant pouvoir le verbaliser. Les corrélations

concernant l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé orale évaluée par les aidants familiaux et les patients montrent que les aidants familiaux constituent une source d'information importante sur la santé orale des aidés et l'impact sur leur qualité de vie (Campos et al. 2016). Il revient à l'aidant ou au soignant d'être attentif sur les changements de comportement alimentaire, sur l'état des prothèses ou sur les éventuelles plaintes que le patient peut exprimer. L'aidant ou le soignant dans ce cas se chargera de prendre le rendez vous et d'accompagner le malade au cabinet. Il jouera également un rôle d'interlocuteur et de communiquant sur les difficultés rencontrées par le patient et les communications sur son dossier médical (médication, pathologie annexes).

Les aidants familiaux sont également pourvoyeurs du maintien de l'hygiène bucco-dentaire chez les aidés. Hugo considère les aidants familiaux comme les acteurs clé dans le maintien d'une bonne santé orale puisqu'ils sont les principaux fournisseurs d'HBD pour les patients vivant à domicile. En effet, 85,7 % des aidants s'occupent de l'hygiène bucco-dentaire et 69 % des personnes atteintes de la MA ne reçoivent pas de soins dentaires professionnels (Hugo et al. 2007). Une association significative a été trouvée entre le nombre de dents restantes et le nombre de procédure d'HBD quotidienne, le rôle des aidants familiaux est donc capital lorsque ceux-ci sont en charge de l'HBD.

La formation de ces aidants familiaux semble cependant insuffisante en matière de santé orale puisque seulement 49,1 % d'entre eux ont eu une formation et qu'au cours des études, près de la moitié des aidants familiaux interrogés en ont profité pour demander des informations complémentaires concernant l'HBD. Des programmes d'éducation à la santé orale pour ces aidants semblent donc nécessaires pour aider les aidants (Hugo et al. 2007). Les recommandations récentes émises par l'HAS précisent la nécessité de former et d'accompagner les aidants, en particulier en cas de troubles sévères.

Les visites chez le dentiste peuvent être déroutantes pour les patients, l'accompagnement de l'aidant dans la salle de soin peut permettre de les rassurer (Rozas et al. 2017). La présence de l'aidant lors de la visite chez le dentiste semble également préconisée car elle améliore la qualité de la prise en charge (Hugo et al. 2007). Concernant les décisions thérapeutiques, si les explications sont faites au patient dans la limite de sa compréhension, la présence des aidants est enfin requise pour la prise de décision, d'autant plus si les aidants jouent le rôle de tuteur légal.

3.2 Les aidants professionnels

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, l'entrée en institution devient inévitable devant l'avancée des troubles. Les aidants professionnels sont en première ligne lorsqu'une dépendance apparaît (HAS 2018). Les soins d'HBD sont ainsi assurés par le personnel soignant de l'institution. Il convient donc de s'interroger sur l'état de la formation de ce personnel et les pistes d'amélioration concernant la santé orale des résidents.

La revue de la littérature montre que le besoin d'aide dépend du degré de dépendance des patients atteints de la MA. Si à un stade d'atteinte moyen, 57,2 % des patients ont besoin d'une assistance pour le brossage des dents, au stade sévère, 100 % d'entre eux ont besoin d'aide (Chalmers et al. 2002). Georg dans son étude montre que seulement 8 % des aides-soignants d'une institution ont reçu une formation lors des 12 derniers mois.

Face aux difficultés rencontrées en cas de refus de la part du patient, l'HBD est parfois reportée, voire niée. Forsell s'est intéressé aux raisons qui pouvaient conduire le personnel soignant à délaissé l'HBD des résidents. 87 % des soignants considèrent l'HBD comme déplaisante essentiellement à cause du manque de coopération des résidents. La peur de causer un dommage suite à un mouvement involontaire ou une mauvaise utilisation du matériel est également présente. Enfin, les causes les plus souvent mises en avant dans la littérature sont le manque de connaissances et de savoir faire technique, la difficulté de la collaboration et le manque d'intérêt et de temps du personnel soignant (Forsell et al. 2011). L'application d'une bonne méthode d'HBD efficace et moins traumatisante, une bonne position du soignant et du patient, le choix judicieux du moment de la journée pour l'HBD à distance de la toilette corporelle et l'adaptation du soignant au résident semble être une solution pour diminuer la réticence des soignants, augmenter la collaboration des patients et assurer des soins de qualité dans le respect de la dignité (Trohel et al. 2012).

Plusieurs études se sont intéressées au moyen d'améliorer la santé orale des résidents de maisons de retraite accueillants des patients MA. Il s'agit essentiellement de programmes de formations, d'entraînements, de distribution de matériels d'HBD auprès du staff médical. Parmi les programmes de formation du personnel soignant, tous ne semblent pas avoir le

même impact. Si la simple distribution d'une fiche d'information sur les bonnes pratiques en matière de santé orale et de kits de marquage de prothèse a montré une amélioration pour le marquage ou le retrait nocturne des prothèses, elle semble insuffisante pour améliorer le brossage quotidien (Georg 2006).

En revanche, les études de Samson et Zenthofer, où les programmes de formation comprenaient un entraînement rigoureux du personnel soignant, la distribution de matériel d'HBD et des contrôles réguliers des procédures semblent avoir amélioré la santé orale de tous les résidents. La pertinence et la qualité de ces deux études résident dans le fait qu'elles ont utilisé des indices cliniques pour évaluer l'efficacité de ces programmes de formation. Samson a utilisé le Mucosal Plaque Index et les résultats étaient significativement plus bas dans les deux groupes de résidents (Samson et al. 2009). Zenthofer et al ont évalué l'indice de saignement, l'indice de plaque et le CIPTN. Les résultats ont montré une amélioration après l'entraînement du staff uniquement pour le groupe atteint de MA et pour les résidents qui avaient la pire situation initiale. Ils ont également mis en évidence que la mise en place d'un nettoyeur ultrasonique a montré une amélioration de l'indice d'hygiène prothétique pour tous les groupes étudiés. L'utilisation d'un nettoyeur ultrasonique dans les services d'accueil de personnes dépendantes pourrait être une bonne piste d'amélioration de la santé orale et peut soulager les soignants pour le nettoyage des prothèses (Zenthöfer et al. 2016).

En ce qui concerne l'utilisation de la brosse à dents électrique, si 44,5 % des soignants ont répondu qu'elle facilite l'HBD, 44 % ont rapporté une réaction négative de la part du patient atteint de la MA. Son utilisation est donc conseillée en fonction du patient et de son degré d'atteinte. Pour les patients dépendant mais indemne de MA, 63 % des soignants trouvent l'HBD plus facile, preuve que la MA peut entraver la coopération du patient. En revanche les soignants passent moins de temps pour l'HBD avec une brosse à dent électrique (Wolden et al. 2006).

CONCLUSION

La MA est aujourd'hui un véritable défi de santé publique. Les troubles psycho-comportementaux provoqués par la maladie sont très variés et entraînent dans les stades avancés une dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne.

Si la plupart des patients atteints vivent à domicile, l'institutionnalisation concerne la majorité des patients à un stade sévère. Qu'il s'agisse du domicile ou de l'institution, l'intervention d'un aidant familial ou d'un soignant professionnel est indispensable pour les tâches quotidiennes, en particulier celles concernant la sphère oro-faciale.

L'ensemble des études montre que la santé orale est particulièrement dégradée chez les patients atteints de la MA tant sur le plan dentaire que parodontal et prothétique. Bien que les études sur le sujet soient très peu nombreuses, la revue de littérature réalisée a montré que les aidants familiaux et professionnels ont un rôle important dans la promotion et le maintien d'une bonne santé orale, mais souffrent d'un manque de formation.

Un aidant bien informé sur la maladie et ses symptômes, bien formé aux différents aspects de la prise en charge et bien reposé constituerait un atout indispensable sur lequel s'appuyer pour promouvoir la santé orale des patients atteints de la MA.

BIBLIOGRAPHIE

- Aragón F, Zea-Sevilla MA, Montero J, Sancho P, Corral R, Tejedor C, et al. Oral health in Alzheimer's disease: a multicenter case-control study. *Clin Oral Investig*. 2018;22(9):3061-70.
- Bäckman L, Wahlin Å, Small BJ, Herlitz A, Winblad B, Fratiglioni L. Cognitive Functioning in Aging and Dementia: The Kungsholmen Project. *Aging Neuropsychol Cogn*. 2004;11(2-3):212-44.
- Bakchine S, Habert M-O. Classification des démences : aspects nosologiques. *Médecine Nucl*. 2007;31(6):278-93.
- Belleville S, Bherer L, Lepage É, Chertkow H, Gauthier S. Task switching capacities in persons with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*. 2008;46(8):2225-33.
- Benoit M, Arbus C, Blanchard F. Concertation professionnelle sur le traitement de l'agitation, de l'agressivité, de l'opposition et des troubles psychotiques dans les démences. *Rev Gériatrie*. 2006;31(9):689-95.
- Bézy C, Renard A, Pariente J. GREMOTS: Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives. Paris: De Boeck Supérieur; 2016.
- Bherer L, Belleville S, Hudon C. Le déclin des fonctions exécutives au cours du vieillissement normal, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence frontotemporale. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2004;2(3):181-9.
- Blanco VL, Levy SM, Ettinger RL, Logan H, Buckwalter KC. Challenges in geriatric oral health research methodology concerning caregivers of cognitively impaired elderly adults. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent*. 1997;17(4):129-32.
- Bodineau A, Boutelier C, Viala P. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *Neurol-Psychol-Gériatrie*. 2007a;7(40):7-14.
- Bodineau A, Boutelier C, Viala P, Laze D. Troubles de la déglutition : de l'état buccodentaire à la fausse-route Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. *Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 2007b;7(40):7-14.
- Bouilly C, Piccoli M, Christancho-Lacroix V. Gériatrie Préventive : Eléments de prévention du vieillissement pathologique. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
- Caire J-M, Tétreault S, Sarrazy B. Terms for home care in Alzheimer's disease patients: a consensus study with the Delphi technique. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieillessement*. 2015;(3):343-355.

Campos CH, Ribeiro GR, Rodrigues Garcia RCM. Oral health-related quality of life in mild Alzheimer: patient versus caregiver perceptions. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent*. 2016;36(5):271-6.

Cellard, C, East-Richard C. Les fonctions cognitives - Association québécoise des neuropsychologues | Association québécoise des neuropsychologues [Internet]. 2017 [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>

Cellard, Caroline, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Université Laval. Cerveau, compréhension et prévention des atteintes neuropsychologiques: trousse d'accompagnement s'adressant aux adolescents (12-17 ans) et aux professionnels oeuvrant auprès de la clientèle jeunesse. [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2948640>

Chalmers JM, Hodge C, Fuss JM, Spencer AJ, Carter KD. The prevalence and experience of oral diseases in Adelaide nursing home residents. *Aust Dent J*. 2002;47(2):123-30.

Collette F. Processus cognitifs et neurobiologiques sous-jacents aux déficits de mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer. In: Ecole thématique Cerveau et Mémoire: Concepts et approches transdisciplinaires [Internet]. Ile de Porquerolles; 2017. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/209523>

Croisile B. La maladie d'Alzheimer. Paris: Larousse; 2010.

Croisile B. Le Mini-Mental State, un incontournable de la neuropsychologie. *Sci Soc Santé*. 2014;32(4):71-77.

D'Alessandro G, Costi T, Alkhamis N, Bagattoni S, Sadotti A, Piana G. Oral Health Status in Alzheimer's Disease Patients: A Descriptive Study in an Italian Population. *J Contemp Dent Pract*. 2018;19(5):483-9.

Delacourte A. [Diagnosis of Alzheimer's disease]. *Ann Biol Clin (Paris)*. 1998;56(2):133-42.

Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CMPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clin Oral Investig*. 2018;22(1):93-108.

Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-3024.pdf>

Forsell M, Sjögren P, Kullberg E, Johansson O, Wedel P, Herbst B, et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *Int J Dent Hyg*. 2011;9(3):199-203.

Gélinas I, Gauthier L, McIntyre M, Gauthier S. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: the disability assessment for dementia. *Am J Occup*

Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc. 1999;53(5):471-81.

Georg D. Improving the oral health of older adults with dementia/cognitive impairment living in a residential aged care facility. *Int J Evid Based Healthc*. 2006;4(1):54-61.

Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :diagnostic et prise en charge [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf

Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

Hugo FN, Hilgert JB, Bertuzzi D, Padilha DMP, De Marchi RJ. Oral health behaviour and socio-demographic profile of subjects with Alzheimer's disease as reported by their family caregivers. *Gerodontology*. 2007;24(1):36-40.

Isingrini M, Taconnat L. Mémoire épisodique, fonctionnement frontal et vieillissement. *Rev Neurol (Paris)*. 2008;164:S91-5.

Kerhervé H, Gay M-C, Vrignaud P. Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2008;166(4):251-9.

Koivogui A, Michelet A, Ndiaye G, MODOIANU L. Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes. *Rev Gériatrie*. 2013;38(1):31-9.

Lacoste-Ferré M-H, Duran D, Vellas B. Maladie d'Alzheimer et odontologie. *Actual Odonto-Stomatol*. 2013;(263):8-18.

Laisney M, Giffard B, Eustache F. La mémoire sémantique dans la maladie d'Alzheimer : apports de l'étude des effets d'amorçage. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2004;2(2):107-15.

Lapre É, Postal V, Bourdel-Marchasson I, Boisson C, Mathey S. Stimulation cognitive et fonctions exécutives dans la maladie d'Alzheimer : une étude pilote. *Rev Neuropsychol*. 2012;4(2):123.

Lesourd M, Le Gall D, Baumard J, Croisile B, Jarry C, Osiurak F. Apraxie et maladie d'Alzheimer. *Rev Neuropsychol*. 2013;5(3):213.

Lopez-Tourres F, Lefebvre-Chapiro S, Fétéanu D, Trivalle C. Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. *Rev Médecine Interne*. 2009;30(6):501-7.

Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F. Oral health in Alzheimer's disease: a

review. *Curr Alzheimer Res.* 2010;7(4):368-73.

Ministère des Solidarités et de la Santé. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) / La grille « AGGIR » [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/les-beneficiaires-de-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-la-grille-aggir>

Muster D, Valfrey J, Kuntzmann H. Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie. *EMC - Stomatol.* 2005;1(3):175-92.

Organisation Mondiale de la Santé. A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>

Phaneuf M. La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2007.

Piquard A, Derouesné C, Lacomblez L, Siéroff E. [Planning and activities of daily living in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2004;2(2):147-56.

Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. *J Am Dent Assoc* 1939. 2017;148(4):236-245.e3.

Samson H, Berven L, Strand GV. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci.* 2009;117(5):575-9.

Strubel D, Hoffet-Guillo F. [The end of life of patients with dementia]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2004;2(3):197-202.

Sumi Y, Ozawa N, Michiwaki Y, Washimi Y, Toba K. [Oral conditions and oral management approaches in mild dementia patients]. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi Jpn J Geriatr.* 2012;49(1):90-8.

Trohel G, Quentric A, Luquel L, Agostino I, Lasnon F. La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® (dite Humanitude) appliquée aux soins dentaires: une expérience entre le réseau Appolline et l'unité Alzheimer de l'Hôpital Gériatrique les Magnolias. *Rev Francoph Gériatrie Gérontologie.* 2012;19(188):351-3.

Wolden H, Strand GV, Gjellestad A. Caregivers' perceptions of electric versus manual toothbrushes for the institutionalised elderly. *Gerodontology.* 2006;23(2):106-10.

Zenthöfer A, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel AJ. Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging Ment Health.* 2016;20(3):303-8.

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

KESSOUS David. Rôle des aidants dans la santé bucco-dentaire des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : revue narrative de la littérature. 2019. 44 p. : tabl. Réf. Biblio. : 39-42

Sous la direction du Docteur BRAUD Adeline

Th : Chir Dent. : Paris 7 : année 2019

RESUME :

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative marquée par l'altération progressive des fonctions cognitives et des capacités fonctionnelles, et l'apparition de troubles psycho-comportementaux. L'évolution de la maladie entraîne dans les stades avancés une dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne nécessitant l'intervention d'un aidant. L'objectif de cette thèse était d'évaluer le rôle des aidants, professionnels et non professionnels, dans le maintien de la santé orale des patients atteints de la maladie. La revue de la littérature réalisée a montré que les aidants familiaux et professionnels ont un rôle important dans la promotion et le maintien d'une bonne santé orale, mais souffrent d'un manque de formation.

TITRE en anglais :

The role of caregivers in oral health management of Alzheimer patients : Narrative review of literature

DISCIPLINE :

Santé Publique

MOTS-CLES Français : Maladie d'Alzheimer (FMESH) ; Santé orale (FMESH) ; aidants ; Hygiène bucco-dentaire

MOTS-CLES Anglais : Alzheimer disease (MESH) ; Oral health (MESH) ; Caregivers (MESH) ; Oral hygiene
