



HAL
open science

Réseaux de soins bucco-dentaires des patients présentant des troubles neurocognitifs majeurs : analyse descriptive des dispositifs en Île-de-France

Dan Uzan

► To cite this version:

Dan Uzan. Réseaux de soins bucco-dentaires des patients présentant des troubles neurocognitifs majeurs : analyse descriptive des dispositifs en Île-de-France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03445768

HAL Id: dumas-03445768

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03445768v1>

Submitted on 24 Nov 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



Université
de Paris

FACULTÉ DE SANTÉ

UFR D'ODONTOLOGIE
5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2020

N°

THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **Dan UZAN**

**RÉSEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES DES PATIENTS PRESENTANT DES
TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : ANALYSE DESCRIPTIVE DES
DISPOSITIFS EN ILE DE FRANCE**

Dirigée par Docteur Adeline BRAUD

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

UNIVERSITÉ DE PARIS

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie Garancière : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	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

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse considération. Merci également pour votre bienveillance et votre écoute tout au long de mon parcours universitaire et hospitalier.

**Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-
LEVY**

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

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mes profonds remerciements.

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

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

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mes profonds remerciements.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

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

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mes profonds remerciements. Merci d'avoir accepté de m'encadrer dans la réalisation de cette thèse, ainsi que pour votre disponibilité, votre patience et votre gentillesse tout au long de la rédaction de cette dernière.

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mes profonds remerciements.

**Mme la Docteure Annabelle
TENENBAUM**

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

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse, veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mes profonds remerciements.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	3
2. Les TNC majeurs et leurs conséquences sur la sphère oro-faciale	6
2.1. Tableau clinique des TNC majeurs	6
2.1.1. Critères diagnostiques	6
2.1.2. Contexte clinique des TNC majeurs	7
2.1.3. Conséquences psychosociales	11
2.2. Besoins en santé orale des patients présentant des TNC majeurs	14
2.2.1. Conséquences orales des médicaments susceptibles d'être utilisés en cas de TNC majeur (Turner et al. 2008)	14
2.2.2. Santé orale et Hygiène bucco-dentaire des patients présentant des TNC majeurs	15
3. Prise en charge des patients présentant des TNC majeurs	18
3.1. Evaluation de la coopération du patient atteint de TNC majeurs	18
3.1.1. Test de Niessen (Niessen and Jones 1987)	19
3.1.2. Test de Nordenram (Nordenram et al. 1997)	19
3.1.3. Echelle des adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie (APECS)	20
3.2. Prise en charge spécifique aux stades de la maladie (Lacoste-Ferré et al. 2013), (Ettinger 2000)	22
3.2.1. Stade de déficit léger (score de Niessen 0-3)	22
3.2.2. Stade modéré (score de Niessen 4-7)	22
3.2.3. Stade sévère (score de Niessen 8-10)	23

3.3. Adaptations lors de la prise en charge	23
3.3.1. Approche du patient (Friedlander et al. 2009)	23
3.3.2. Techniques de sédation	24
3.3.3. Installation du patient	25
3.3.4. Anesthésie locale	25
3.3.5. Suivi (Macé 2019)	25
4. <i>Parcours de soins bucco-dentaires des patients atteints de TNC majeurs en Ile de France</i>	26
4.1. Parcours de soins	26
4.2. Parcours de soins bucco-dentaires en Ile-de-France (Pujade et al. 2017)	27
4.2.1. Initiatives du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD 2017)	27
4.2.2. Les associations : RHAPSOD'IF (RHAPSODIF 2019)	29
4.2.3. Initiatives départementales	33
4.2.4. Les initiatives hospitalières	34
5. CONCLUSION	36

1. Introduction

Le vieillissement entraîne des changements physiologiques, avec des repercussions fonctionnelles. La personne âgée peut ainsi présenter des troubles cognitifs légers non pathologiques tels que des troubles légers de la flexibilité de la pensée, une réduction de la vitesse de traitement des informations et une diminution des capacités d'attention divisée. Parallèlement à ce processus physiologique, certains processus pathologiques peuvent se mettre en place. La neurodégénérescence est ainsi un processus pathologique conduisant à la perte lente mais inexorable des cellules nerveuses (Collège des enseignants en neurologie). Certaines maladies neurodégénératives telle que la maladie d'Alzheimer sont responsables de troubles neurocognitifs.

Un trouble neurocognitif (TNC) correspond à une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs (American Psychiatric Association 2015). Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement et de personnalité. Depuis peu, le terme de « trouble neurocognitif majeur » a remplacé celui de « démence » dans le DMS-5 (American Psychiatric Association 2015). Un TNC majeur est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, suffisamment importante pour ne plus être capable d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne (gérer son budget, ses traitements, faire ses courses, utiliser les transports, le téléphone). Ce trouble diffère d'un syndrome confusionnel. Il est à distinguer du trouble neurocognitif léger qui correspond à une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs, mais avec des capacités préservées permettant d'effectuer seul les activités de la vie quotidienne.

Ce syndrome est défini par le collège des enseignants en Neurologie par la présence simultanée des deux critères suivants : altération durable d'une ou plusieurs fonctions cognitives (ou fonctions intellectuelles : mémoire, attention, langage, gnosie, praxie, raisonnement, jugement, etc.) et/ou comportementales (personnalité, affects, régulation des conduites sociales, etc.). Les troubles sont suffisamment sévères pour entraîner une altération de l'autonomie dans la vie quotidienne.

L'OMS estime à 47,5 millions de personnes atteintes de TNC majeurs dans le monde et elle observe que 7,7 millions de nouveaux cas sont déclarés chaque année. Selon l'étude de cohorte PAQUID (Pérès et al. 2011), on estime à 1 million le nombre de personnes de plus de 65 ans atteintes de ces troubles en 2010 en France, et ce nombre s'élèverait en 2030 à 1 750 000.

Selon l'étude PAQUID, la prévalence chez les sujets de 75 ans et plus est estimée à 13,2% pour les hommes et 20,5% pour les femmes.

Selon l'INSEE, la population Française est en accroissement et la proportion de personnes âgées également. Ainsi, en 2004, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 16,5% de la population Française. En 2020 cette proportion devrait passer à 21% et en 2040 à 28% (Blanpain and Chardon 2010). Si l'on se fit à une prévalence constante de la maladie, le nombre de patients atteints de TNC majeurs devrait augmenter. En 2004 le taux pour 1000 habitants était de 14,5 et devrait passer en 2040 à 36,3 ou 31,9 selon la fécondité (Helmer et al. 2006).

Ces troubles constituent l'une des causes principales de handicap et de dépendance chez la personne âgée. En 2004, 73% des patients atteints avaient plus de 80 ans. Ce pourcentage devrait être à 79,4% en 2020 et 83,1% en 2040. Selon l'OMS, 5 à 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de TNC majeur à un moment donné (OMS).

Ces patients présentent une santé orale déficiente. Ils présentent des indices CAOD équivalents aux sujets sains mais plus de caries coronaires et radiculaires, et plus de nombres de racines résiduelles (Delwel et al. 2017).

Si les besoins en santé orale sont réels, la prise en charge bucco-dentaire en cabinet dentaire des patients atteints de TNC majeurs est techniquement compliquée, voire impossible à réaliser aux stades avancés de la maladie. Il faudrait donc pouvoir proposer une prise en charge adaptée à un stade d'évolution de la maladie, en particulier une prévention accrue au cours de stades précoces de la maladie pour limiter l'entrée du patient dans un cercle vicieux de non coopération-repli sur soi-dénutrition-aggravation de l'état de santé. Le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes a édité en septembre 2017 un rapport concernant la prise en charge des personnes en situation de handicap. Le parcours de soins des patients atteints de TNC reste cependant difficile à organiser à cause du manque de lisibilité des structures compétentes pour prendre en charge ces patients présentant des besoins spécifiques.

L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux des structures et personnes compétentes en Ile-de-France pour cette prise en charge. Nous aborderons dans un premier temps les TNC majeurs et leurs répercussions sur la sphère orofaciale. Nous définirons ensuite les besoins en santé bucco-dentaire et les spécificités de prise en charge de ces patients. Enfin, nous décrirons les dispositifs publics et les actions proposées, et proposerons des pistes de prise en charge et de « parcours de soins » pour ces patients en Ile-de-France.

2. Les TNC majeurs et leurs conséquences sur la sphère oro-faciale

Un trouble neurocognitif : « une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques, souvent associé à un changement de comportement, de personnalité » (American Psychiatric Association 2015).

2.1. Tableau clinique des TNC majeurs

2.1.1. Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques des TNC majeurs sont semblables à ceux de la démence historiquement décrite dans le DSM-IV mais la perte de mémoire n'est pas automatique pour porter le diagnostic. Le principal symptôme est un changement de personnalité. Le diagnostic de TNC majeurs repose ainsi sur ces 4 critères décrits dans le DSM-5 (American Psychiatric Association 2015).

- Évidence d'un déclin cognitif significatif par rapport au niveau de performance antérieur dans un domaine cognitif ou plus (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception-motricité ou cognition sociale) sur la base : -d'une préoccupation de l'individu, d'un informateur bien informé, ou du clinicien quant à un déclin significatif de la fonction cognitive ; et d'un déficit de la performance cognitive, de préférence documenté par des tests neuropsychologiques standardisés ou, en leur absence, une autre évaluation clinique quantifiée.
- Les déficits cognitifs interfèrent avec l'indépendance dans les activités quotidiennes (c.-à-d, au minimum, besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne telles que le paiement des factures ou la gestion des médicaments).
- Les déficits cognitifs ne se produisent pas exclusivement dans le cadre d'un délirium
- Les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple le trouble dépressif majeur).

Ces critères diagnostiques soulignent la difficulté de poser un diagnostic basé sur la symptomatologie qui peut prendre plusieurs semaines, plusieurs mois à s'installer (Vanderheyden and Kennes 2009).

Plusieurs questionnaires permettent d'objectiver un déclin cognitif. Ainsi, le MMSE (Minimal Scale Examination) et le CDR (Clinical Dementia Rating) permettent une évaluation cognitive globale.

Le test MMSE (Folstein et al. 1975) permet d'évaluer les fonctions cognitives et la capacité mnésique d'une personne. Le test comprend 30 questions réparties en 6 catégories : orientation, apprentissage et transcription, attention et calcul, rappel, langage et identification, praxie constructive. Chaque question est scorée 0 ou 1. Ainsi, le score final peut être compris entre 0 et 30. Entre 0 et 2 le stade est très sévère, entre 3 et 9 le stade est sévère, entre 10 et 15 le stade est modérément sévère. Lorsque le score est entre 16 et 20 le patient semble être modérément atteint et au delà de 21 on serait face à une atteinte légère. Ce test est le plus couramment utilisé car il est simple, rapide et universel. Ce test permet une orientation du diagnostic devant une suspicion de TNC majeur.

Le test CDR (Hughes et al. 1982) repose sur l'utilisation d'un algorithme prenant en considération six domaines : mémoire, orientation, jugement et résolution de problème, activités sociales, activités domestiques et loisirs, et soins personnels. Pour chaque domaine, le déclin éventuel est évalué par rapport à une situation antérieure par un score compris entre 0 et 3 (3 correspond à un déficit sévère). Ainsi un CDR égal à 0 correspond à l'absence de TNC majeur, 0,5 à TNC très léger ou douteux, CDR 1 à un TNC léger, CDR 2 à un TNC modéré et CDR 3 à un TNC sévère.

2.1.2. Contexte clinique des TNC majeurs

Les TNC majeurs sont observés dans plusieurs pathologies impliquant des processus neurodégénératifs et vasculaires

2.1.2.1. Les troubles neuro dégénératifs

- *Maladie d'Alzheimer (MA) (Jaunet et al. 2004)*

La Maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative évolutive du Système Nerveux Central (SNC) qui entraîne une détérioration progressive et définitive des cellules nerveuses, conduisant progressivement à un déclin des fonctions cognitives et intellectuelles. Elle est responsable de 70% des cas de TNC majeurs.

Les troubles mnésiques font partie des atteintes les plus annonciatrices de la MA et constituent un motif de consultation important. L'entourage peut être témoin alors que le patient ne s'en rend pas compte : c'est l'anosognosie. De plus le patient peut être atteint de troubles sémantiques : le patient ne se souvient plus d'éléments connus de tous. Le patient peut également être atteint au niveau des fonctions exécutives : le patient ne parvient plus à planifier, à mettre en œuvre des opérations abstraites ou complexes. De plus, le patient peut présenter de manière précoce des troubles du langage. Ainsi, il ne parvient pas à trouver ses mots et celui-ci emploie des périphrases ou s'exprime le moins souvent. Par la suite, sa compréhension et son expression écrite et orale se dégradent jusqu'à l'aphasie. Les troubles praxiques peuvent être présents chez le patient atteint de MA. Ainsi, ce dernier devient incapable de réaliser les gestes simples du quotidien et cela le mène à la dépendance: le patient devient incapable de s'habiller, de manger ou de faire sa toilette tout seul. Par ailleurs, le patient peut présenter des troubles gnosiques (troubles de reconnaissance) et des troubles comportementaux. L'état dépressif est fréquemment observé au stade précoce de la maladie (isolement social, perte de l'estime de soi). Le patient peut également présenter une agitation ou une inversion du cycle diurne-nocturne. Enfin le patient peut présenter des troubles du comportement alimentaire caractérisés par l'anorexie le plus souvent, le grignotage de sucreries et des troubles de déglutition.

- *La démence Fronto-temporale (Rigaud et al. 2010)*

Cette maladie est due à une dégénérescence des lobes frontaux et temporaux. Elle est dite « pré-sénile », et est caractérisée essentiellement par des troubles du comportement et du langage. Sa prévalence est estimée à 12 % de l'ensemble des TNC majeurs et à 20 % de l'ensemble des TNC majeurs avant l'âge de 65 ans.

Le patient présente un comportement social inapproprié et inadapté (hyperoralité, stéréotypie et comportements répétitifs, détérioration des soins d'hygiène, hyperactivité, impulsivité, hyperséxualité, apathie, trouble de l'humeur). Cette pathologie se caractérise par une altération des fonctions exécutives se traduisant et par des troubles de l'attention, une distractibilité, une rigidité mentale et une inflexibilité avec des difficultés d'adaptation à de nouvelles circonstances. Le patient présente une altération précoce du jugement, ainsi que des troubles de la pensée abstraite.

On observe des troubles du langage écrit et oral, des difficultés de compréhension écrite et orale, des difficultés de reconnaissance des mots et la perte du sens des mots.

On retrouve également des troubles des comportements de préhension, d'utilisation et d'imitation, du maintien des attitudes, des troubles des conduites sphinctériennes, une apraxie de la marche, des signes parkinsoniens (amimie, bradykinésie, rigidité et instabilité posturale), et des désordres neurovégétatifs (hypotension orthostatique, malaises). Plus rarement on observe une hyperesthésie par perturbation d'intégration sensorielle, une sous-utilisation motrice d'un hémicorps, une main étrangère ou capricieuse, une héminegligence, des signes pyramidaux, une atrophie musculaire, une faiblesse musculaire, des signes de paralysie bulbaire, et exceptionnellement des crises comitiales. Certains patients atteints de démence fronto-temporale souffrent de manifestations psychiatriques telles que dépression, la manie, des délires de persécution, ou des hallucinations visuelles ou auditives.

- Les TNC majeurs associés à la maladie de Parkinson (Rigaud et al. 2010)

La maladie de Parkinson est caractérisée par l'installation progressive d'un syndrome frontal dysexécutif, avec troubles mnésiques, en l'absence d'aphasie, d'apraxie, d'agnosie. Les lésions en cause se situent principalement dans les noyaux gris centraux.

Le diagnostic repose sur au moins deux de ces symptômes et à une dopasensibilité : trémor (spasmes musculaires brusques et brefs au repos) et akinésie (difficulté à initier les mouvements).

Ce qui permet de différencier la démence parkinsonienne de la démence avec corps de Lewey est, entre autre, le délai entre les signes parkinsoniens et le syndrome démentiel.

Il existe un dysfonctionnement au niveau de la mémoire de travail, la mémoire à long terme, la mémoire procédurale et la mémoire explicite. Le patient a ainsi difficulté à trouver ses mots et à comprendre les phrases complexes. Contrairement à la MA, le patient peut se rappeler des choses avec l'indiciage. Ce n'est donc pas un défaut de mise en mémoire (régions hippocampiques) mais une défaillance au niveau des stratégies de récupération des traces mnésiques.

- La démence à corps de Lewy (Rigaud et al. 2010)

Les symptômes sont similaires aux TNC majeurs associés à la maladie de Parkinson mais avec des fluctuations cognitives. Le déficit cognitif est progressif, Le patient présente des hallucinations principalement visuelles, auxquelles s'associent une symptomatologie extra-pyramidale et une présentation fluctuante des troubles cognitifs. Elle représenterait 15 % à 25 % des TNC majeurs.

2.1.2.2. Les troubles neuro-vasculaires

Ces TNC majeurs sont associée à des lésions vasculaires cérébrales (ischémique, hémorragique, anoxique). Le TNC majeur peut être aigu lorsqu'il fait suite à un AVC. Il peut également être subaigu quand il fait suite à une atteinte sous corticale plus diffuse. L'état lacunaire décrit par Pierre Marie est aisément reconnaissable : démarche à petits pas, astasie-abasie, chutes fréquentes, dysarthrie et troubles pseudobulbaires. Les patients présentent des troubles exécutifs touchant les capacités d'abstraction, de raisonnement, de flexibilité mentale, les fluences verbales et la mémoire de travail. Il peut être difficile d'établir une causalité et une chronologie entre la lésion vasculaire cérébrale et le processus démentiel. Dans la plupart des cas, le diagnostic est posé sur la base de l'imagerie d'un défaut de perfusion frontale, et d'un hypo-métabolisme cortico-sous cortical.

2.1.2.3. Les troubles mixtes

Les troubles mixtes correspondent à un TNC mettant en jeu une composante dégénérative et vasculaire.

2.1.3. Conséquences psychosociales

Les TNC majeurs constituent l'une des principales causes de dépendance lourde et le principal motif d'entrée en institution : entre 38,5% et 60 % des patients atteints de TNC majeur sévère vivent ainsi en institution (Lopez-Tourres et al. 2009).

Les patients présentant un déficit cognitif deviennent de moins en moins capables de réaliser les gestes d'hygiène de manière autonome lorsque la perturbation de l'attention et les troubles praxiques s'installent (Capone et al. 2003). Ainsi, les patients sont de plus en plus dépendants en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire ; ce comportement peut mener jusqu'au refus de tout geste d'hygiène.

Au fur et à mesure de l'avancée de la pathologie, le patient est de moins en moins apte à effectuer seul les tâches de la vie quotidienne. Ainsi celui-ci a de plus en plus besoin d'être épaulé par un proche ou un soignant à domicile jusqu'à ce que le maintien à domicile ne devienne plus possible (Piquard et al. 2004).

En 1997, le gouvernement a introduit une réglementation pour les personnes âgées de 60 ans et plus, instituant une prestation spécifique dépendance (PSD) en vertu de la loi du 24 janvier 1997, qui définit pour la première fois et de façon officielle le mot « dépendance » (Conseil constitutionnel 1997). Celle-ci définit ce mot en ces termes : « état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ». La PSD a été remplacée par l'Allocation Personnalisée d'autonomie (APA) depuis une loi du 20 juillet 2001. L'outil AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource) permet d'évaluer le besoin d'attribution de cette aide. Celui-ci comporte dix variables discriminantes (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement intérieur, déplacement extérieur, et communication à distance). Chaque variable est scorées de A à C (A = l'activité est réalisée à la seule initiative de la personne, en totalité et correctement à chaque fois que nécessaire ; B= l'activité est faite partiellement par la personne, sans que cela ne corresponde à C ; C= l'activité n'est jamais réalisée par la personne seule et il faut la faire à sa place autrement la réalisation partielle est telle qu'il faut tout refaire). Pour chaque item, il est également précisé si l'activité a été réalisée: spontanément, totalement, correctement et habituellement. Si elle est réalisée correctement et habituellement, la variable est notée A. Cet

outil permet de calculer le Groupe Iso-Ressource (GIR), allant de GIR 1 (personnes confinées au lit ou dans un fauteuil, dont les fonctions mentales, corporelles, locomotrices et sociales sont gravement altérées, et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants) à GIR6 (personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante) (Espagnol 2017). Seuls les personnes obtenant un GIR compris entre 1 et 4 ouvrent le droit à l'APA. (Service-Public).

La Cohorte PAQUID inclut 3777 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à leur domicile en Gironde et Dordogne. Sur une période de 13 ans, 579 personnes de la cohorte ont développé des TNC majeurs. L'étude de cette cohorte montre que 3,2% des patients présentant un MMSE inférieur à 19 ont un GIR supérieur à 4, et 60,9% des patients présentant un MMSE supérieur à 20 ont un GIR compris entre 1 et 3. Ceci montre la relation entre la performance cognitive et la dépendance (Lafont et al. 1999). Cette étude a montré que quel que soit l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, l'assistance à domicile, le fait d'être maintenu à domicile ou non, et le nombre de médicaments pris, le TNC majeur était un facteur déterminant majeur de la perte d'autonomie des personnes âgées (Barberger Gateau and Pérès 2005).

Plusieurs échelles permettent d'évaluer le niveau d'autonomie individuel telles que l'échelle *Activities of Daily Living* (ADL) ou l'*Instrumental Activities of Daily Living* (IADL).

L'échelle ADL (Belmin et al. 2019) permet d'évaluer la capacité à pouvoir effectuer les actes simples de la vie quotidienne (se laver, aller aux toilettes, manger, s'habiller, bouger) et permet ainsi de représenter l'impact de la maladie sur la vie quotidienne (Katz et al. 1963). Le questionnaire comprend 6 items. Pour chaque item il y a 3 choix possibles : 1 point pour « indépendant », 0,5 pour « besoin d'une aide partielle » et 0 pour « totalement dépendant ». Ainsi le patient peut obtenir un score allant de 0 (totalement dépendant) à 6 (totalement indépendant). Ce test est simple et rapide à réaliser mais ne permet pas de détecter une dépendance modérée.

L'échelle IADL (Belmin et al. 2019) permet d'analyser les activités instrumentales plus complexes, de la vie quotidienne (téléphoner, préparer un repas, prendre des médicaments, faire des courses, accomplir des tâches ménagères et gérer ses finances, utiliser les moyens de transport pour se déplacer, etc.) (Lawton and Brody). La première partie de l'échelle correspond aux activités courantes et comporte 8 items pouvant chacun être scorés 0 ou 1. La seconde partie

est appelée « entretien quotidien » et comporte 6 items scorés 0 ou 1. Le score total varie de 0 (totale dépendance) à 14 (totale indépendance).

Le niveau d'autonomie concernant la sphère oro-faciale peut également être évalué. Le questionnaire *Tooth brushing ability test* (TAT) (Felder et al. 1994) et l'instrument *Activities of daily oral hygiene* (ADOH) (Bauer 2001) permettent notamment de mesurer le degré de coordination motrice des membres supérieurs dans les activités d'hygiène buccale.

Contrairement à l'évaluation de l'indice de plaque qui peut prendre un certain temps à être mis en œuvre et nécessite une certaine compétence, le test TAT ne prend que quelques minutes de la configuration à la notation, et est simple à réaliser. De plus celui-ci nécessite un équipement minimal comprenant une solution révélatrice et un éclairage adéquat. Le patient doit se brosser les faces vestibulaires des dents antérieures du maxillaire inférieur pendant 30 secondes. L'examineur objective le tartre présent au niveau de 3 dents. Chaque dent est subdivisée en 5 zones. L'examineur score un point lorsque une zone présente du tartre. Chaque dent peut ainsi être scorée de 0 à 5. De plus, l'examineur doit scorer 1 point si le patient n'utilise qu'une seule main et 1 point s'il dépasse les 30 secondes. Il faut scorer 2 points si le patient est incapable d'attraper la brosse. Ainsi le score peut ainsi être compris entre 0 et 19.

L'indice ADOH permet d'évaluer l'autonomie fonctionnelle en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire. Cet indice peut être utilisé pour déterminer la nécessité ou non d'une aide à domicile. L'indépendance fonctionnelle est indispensable pour réaliser les actes d'hygiène de la vie quotidienne par ordre croissante de complexité : le rinçage oral et l'application de fluorure, le brossage de dent et le passage de fil dentaire. Le score ADOH va être mesuré sur la base de ces 4 tâches. Chaque tâche est scorée 0 si elle est exécutée en totale indépendance, 1 si le patient nécessite un objet pour effectuer la tâche avec des performances améliorées, 2 si le patient peut effectuer plus de la moitié de l'acte mais nécessite une supervision, 3 si le patient effectue moins de la moitié de la tâche et nécessite une supervision avec ou sans contact physique, et 4 lorsque le patient est entièrement dépendant pour la réalisation de cette tâche sans laquelle il ne peut pas la réaliser totalement. Ainsi Le score ADOH est compris entre 0 et 16. Pour les patients totalement édentés porteurs de prothèses amovibles, seules les tâches associées au brossage et au rinçage sont évaluées. Ainsi le score est compris entre 0 et 8. Des scores seuils n'ont pas été précisés pour cet outil.

L'outil *Oral Hygiene Performance Test* (OHPT) (Doherty et al. 1994) évalue également les capacités de nettoyage de la cavité buccale. Il permet d'évaluer objectivement la motricité supérieure, la coordination et la dextérité manuelle dentaire des patients âgés ou handicapés pour l'hygiène buccale à domicile. Ce test est basé sur l'évaluation de 17 tâches en fonction du temps nécessaire à leur application. Ce test peut être réalisé par un examinateur en seulement 10 minutes. Pour chaque tâche, le score peut être compris entre 0 et 4 ou entre 0 et 3. Le score maximal est de 66. L'évaluation de ce test est objective car basée sur des mesures chronométrées, il peut ainsi être réalisé par une personne non formée avec seulement une brève formation et offre une meilleure reproductibilité. On note une corrélation positive avec le test MMSE ($r=0.6673$).

Récemment un quatrième outil a été développé, le *Oral Hygiene Ability Instrument* (OHAI) (Grönbeck Lindén et al. 2020), pour permettre d'identifier les personnes présentant des risques de perte d'autonomie concernant leur hygiène buccale. L'OHAI peut être utilisé comme méthode préventive pour identifier les risques de problèmes de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées. Cependant, l'instrument doit être évalué plus avant de pouvoir être largement utilisé. Le test OHAI permet d'identifier la cause d'une hygiène dentaire défaillante et éventuellement constater la nécessité d'une aide extérieure. Ce test prend en compte la complexité de l'hygiène bucco-dentaire pour les personnes âgées. La première partie est un questionnaire basé sur le contexte social, l'hygiène orale et le problème de la xérostomie. La deuxième partie est un examen clinique visant à préciser l'état dentaire, la fonction motrice et la sécheresse buccale qui rendent le nettoyage plus compliqué. La troisième partie est une observation de l'individu lors de sa toilette dentaire permettant d'identifier la dextérité, la capacité cognitive, les capacités sensorielles, la motivation et l'attitude. Le test nécessite du matériel simple : deux miroirs, une sonde, une lampe de poche et peut être réalisé en 20 minutes.

2.2. Besoins en santé orale des patients présentant des TNC majeurs

2.2.1. Conséquences orales des médicaments susceptibles d'être utilisés en cas de TNC majeur (Turner et al. 2008)

- Neuroleptiques : Ces médicaments entraînent des candidoses, de l'hyperplasie gingivale, une xérostomie, une leucopénie pouvant entraîner des ulcérations muqueuses. Ils peuvent également entraîner des spasmes des muscles masticatoires,

responsables d'usures dentaires et des douleurs au niveau des articulations temporo-mandibulaires.

- Inhibiteurs recapture sérotonine : Ces médicaments peuvent entraîner une gingivite, une xérostomie, une stomatite, un comportement de bruxisme et une sialorrhée
- Antiépileptiques : Ces médicaments peuvent entraîner une xérostomie.
- Inhibiteurs de la cholinestérase (ChEI) : Ces médicaments entraînent une sialorrhée et des vomissements, avec un risque accru d'érosions dentaires liée à l'acidité. La sialorrhée est plus susceptible d'être observée chez les patients prenant des ChEI au début de la maladie d'Alzheimer. Celle-ci augmente l'activité cholinergique qui elle-même est responsable d'une salivation accrue qui peut rendre plus difficile le maintien d'un champ sec pendant le traitement dentaire.
- Benzodiazépines : Ces médicaments entraînent une altération du goût, une xérostomie, une stomatite et une gingivite.
- Antidépresseurs et antipsychotiques : Ces médicaments entraînent une xérostomie, une gingivite, un comportement de bruxisme et une stomatite.

Les Antidépresseurs, les benzodiazépines et les antipsychotiques sont les principales classes de médicaments prescrits pour la maladie d'Alzheimer ; ils sont susceptibles de potentialiser la xérostomie, principalement en raison de leur activité anticholinergique.

2.2.2. Santé orale et Hygiène bucco-dentaire des patients présentant des TNC majeurs

Le GOHAI (Denis et al. 2017) est un test de 12 questions permettant d'évaluer la santé bucco-dentaire auto-perçue. Ce test évalue la douleur, l'inconfort, les dysfonctionnements et les impacts psychosociaux des maladies dentaires. Pour chaque question, la réponse peut être « toujours » scorée 1, « souvent » scorée 2, « parfois » scorée 3, « rarement » scorée 4 et « jamais » scorée 5. Ainsi le score du test est compris entre 12 et 60. Plus le score est élevé plus la santé bucco-dentaire perçue est satisfaisante. Le principal écueil à l'utilisation de ce questionnaire auprès des patients présentant des TNC majeurs réside dans l'autoremplissage, et peut constituer un biais important dans l'analyse des résultats observés.

Une étude réalisée par Lee et al. (2020) ayant recueilli les réponses auprès de 630 patients présentant des TNC majeurs (428 présentent une atteinte cognitive et 202 individus représentent le groupe témoin avec un score MMSE supérieur ou égal à 24) a observé une association significative entre la déficience cognitive d'une part et le GOHAI et l'ADL d'autre part. Le score GOHAI moyen était égal à 18,13 pour les individus témoins contre 29,15 pour le groupe présentant un atteinte cognitive. Le score ADL moyen était égal à 96,31 pour le groupe témoin contre 68,58 pour le groupe présentant une atteinte cognitive. Un score de GOHAI élevé et un faible score ADL semblent ainsi associés à une atteinte cognitive.

Plusieurs instruments sont disponibles pour l'évaluer l'hygiène bucco-dentaire par des aidants. Le questionnaire *Revised Oral Assessment Guide* (ROAG) (Andersson et al., 2002), le *Brief Oral Health Status Examination* (BOHSE) (Kayser-Jones et al., 1995), l'échelle *Dental Hygien Registration* (DHR) (Fjeld et al., 2017), et l'outil *Ooral Health Assessment* (OHA) (Chalmers et al., 2005) permettent ainsi aux aidants de réaliser une évaluation du degré d'hygiène buccale. Une grille d'évaluation a également été éditée par l'AP-HP afin de permettre aux infirmiers d'évaluer l'état bucco-dentaire des résidents. Elle repose sur un examen des différents composants de la sphère bucco-dentaire : dent, gencive, lèvre, muqueuse, gencive etc. Celle-ci se présente sous la formes de 8 items chacun pouvant être scoré de 0 à 3. Le score global est ainsi compris entre 0 et 24. L'utilisation du score permet de suivre l'évolution de l'état de la bouche et d'apprécier le résultat des soins. Si celui-ci est inférieur à 8, les soins d'hygiène et de confort sont assurés. Au delà de 8, des mesures doivent être mises en place. (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, boursoufflée, 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 biens dessinées	Inflammatoires, oedémateuses	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

Figure 1: Grille d'évaluation de l'état de la bouche (Oral Assessment Guide) (Bodineau et al. 2007)

Une étude transversale rétrospective (Chen et al. 2013) a comparé les données recueillies sur 902 résidents d'une clinique dentaire gériatrique du Minnesota. Celle-ci a montré que plus de 40 % des patients atteints de TNC majeurs présentaient un indice de plaque élevé contre 26% des patients non atteints de TNC majeurs. Il semble donc qu'il y ait une corrélation entre le statut cognitif et la capacité à maintenir une hygiène dentaire.

Une étude de cohorte (Zenthöfer et al. 2016) réalisée en Allemagne sur un échantillon de 93 personnes institutionnalisées dont 57 atteintes de TNC majeurs a révélé que le groupe des patients présentant un TNC majeur présentait une quantité de plaque significativement plus élevée.

Une étude réalisée en Turquie sur 31 personnes atteintes de MA et 47 volontaires sains d'âges similaires (Hatipoglu et al. 2011) a montré que 67,7% des patients atteints de MA avait une hygiène dentaire jugée insuffisante contre 48,9 % des sujets sains. De plus, le pourcentage des patients oubliant de retirer leur prothèse la nuit et ceux présentant une stomatite prothétique étaient significativement plus élevés pour les patients atteints de MA. Une autre étude publiée (Ribeiro et al. 2012) comparant un groupe de patient atteint de MA et un groupe sain montre également que l'hygiène orale a tendance à se détériorer au fur et à mesure que la maladie progresse.

Concernant les pathologies bucco-dentaires, une revue de littérature (Delwel et al. 2017) publiée en 2017 et basée sur 37 études, indique que les personnes âgées atteintes de TNC majeurs ont davantage de caries coronaires que les personnes âgées non atteintes de TNC majeurs (en moyenne 0,1 à 2,9 contre 0,0 à 1,0). La revue suggère également que les personnes âgées atteintes de TNC majeurs présentent davantage de caries radiculaires (en moyenne 0,6 à 4,9 contre 0,3 à 1,7) et davantage de dents à l'état de racine (en moyenne 0,2 à 10 contre 0,0 à 1,2) que les personnes âgées non atteintes de TNC majeurs. En revanche l'indice CAOD et le taux d'édentation demeurent similaires.

Une étude cas-témoin publiée en 2018 (Aragón et al. 2018) a permis de comparer les données orales recueillies sur 70 patients atteints de Alzheimer et 36 cas-témoin. Les patients atteints de Alzheimer présentent moins de dents ($10,9 \pm 10,5$ contre $23,7 \pm 6,5$), une incidence plus élevée d'infection à candida (11,8 contre 0,0 %) et chéilite (15,9 contre 0,0%), ainsi qu'un débit salivaire inférieur ($0,6 \pm 0,6$ vs $1,1 \pm 0,6$).

(Ship 1992) a voulu comparer les paramètres bucco-dentaire entre 41 patients atteints de la maladie d'Alzheimer et 49 patients non atteints de la maladie d'Alzheimer. 44 pourcent des patients avaient de la plaque dentaire sur plus de 75 pourcent des sites dentaires étudiés contre 11 pourcent pour le groupe témoin.

Une revue systématique publiée par (Lauritano et al. 2019) a recueilli les données de 56 études concernant l'état bucco-dentaire des patients atteints de TNC majeur. Celle-ci a pu montrer que les personnes âgées atteintes de TNC majeur présentent un niveau plus élevé de plaque dentaire, de caries coronaires et radiculaires, de dents à l'état de racine, et d'atteinte parodontale.

3. Prise en charge des patients présentant des TNC majeurs

3.1. Evaluation de la coopération du patient atteint de TNC majeurs

La coopération du patient va dépendre de la sévérité et le type de déficit cognitif, l'état dentaire du patient, les traitements entraînant de la xérostomie, le manque de formation du personnel soignant, l'aptitude à recevoir des soins prophylactiques et thérapeutiques.

Ainsi différents tests ont été proposés pour évaluer la coopération du patient dans le cadre de sa prise en charge bucco-dentaire.

3.1.1. Test de Niessen (Niessen and Jones 1987)

C'est un indice de prise en charge pour les soins dentaires chez les patients atteints de TNC majeurs. Ce test est rapide et facilement réalisable. Le score est compris entre 0 et 10.

Score entre 0 et 3 : Le patient coopère mais la prise en charge doit être adaptée pour pouvoir être assurée

Score entre 4 et 7 : La coopération est difficile. On peut avoir recours à la sédation pour la réalisation des soins.

Score entre 8 et 10 : la coopération du patient est quasi impossible. Les soins sont réalisés sous sédation.

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

Figure 1: test de Niessen (Niessen and Jones 1987)

3.1.2. Test de Nordenram (Nordenram et al. 1997)

Ce test évalue également le comportement du patient vis à vis des soins. Celui-ci est noté sur 20. Les items 1 et 2 déterminent la coopération lors des soins. Les items suivants relatent le comportement face à l'hygiène bucco-dentaire. Ces tests constituent une aide précieuse pour le soignant pour évaluer le niveau de coopération du patient pour adapter la prise en charge. Selon l'état d'avancement de la pathologie, le patient sera plus ou moins compliant et la prise en charge sera plus ou moins difficile. En effet au stade débutant, étant capable de dialoguer, il sera possible de soigner le patients en prenant quelques précautions. L'enseignement à

l'hygiène est fondamental, et la personne en charge du patient doit être informée. Au stade avancé, la stratégie de prise en charge doit être adaptée au cas par cas. Au stade terminal, la coopération ainsi que la communication étant inexistantes, la sédation s'avère indispensable.

Item 1 Reconnaissance du cabinet dentaire par le patient :	0 : pas du tout 1 : probablement 2 : avec suggestion 3 : après réflexion 4 : immédiatement
Item 2 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

Figure 2: Test de Nordenram (Nordenram et al 1997)

3.1.3. Echelle des adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie (APECS)

En avril 2019, l'association Santé Orale et Soins Spécifique (SOSS) a proposé l'utilisation de l'Echelle des adaptations pour une prise en charge spécifique en odontologie (APECS) pour chaque prise en charge par un chirurgien-dentiste d'un patient présentant des besoins spécifiques (figure 4). Ce questionnaire déjà utilisé pour les patients en situation de handicap permet d'évaluer l'adaptation de la prise en charge ; il regroupe 8 sections relatives à la communication, les procédures de prise en charge, la coopération, l'état de santé générale, l'état de santé bucco-dentaire, l'autonomie et la gestion médico-administrative. Il est généralement rempli à l'issue de la prise en charge. Cette expérimentation auprès des chirurgiens dentistes est encore en cours d'évaluation.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES pouvant nécessiter une adaptation de la prise en charge pour permettre l'accès aux actes diagnostiques, préventifs et thérapeutiques en santé bucco-dentaire	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	<input type="checkbox"/>
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	<input type="checkbox"/>
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; Surdité ; C�citt�	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'est nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	<input type="checkbox"/>
Mineure	Besoin de prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins	<input type="checkbox"/>
Modérée	Besoin de sédation consciente ou d'hypnose pour réaliser l'examen ou les soins	<input type="checkbox"/>
Majeure	Besoin d'une anesthésie générale ou d'une sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	D�tendu ; Coopérant	<input type="checkbox"/>
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	<input type="checkbox"/>
Modérée	R�ticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)		
Aucune	Patient en bonne santé générale	<input type="checkbox"/>
Mineure	Patient présentant au moins une maladie systémique légère ou bien équilibrée	<input type="checkbox"/>
Modérée	Patient présentant au moins une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant au moins une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	<input type="checkbox"/>
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv ; transport par un tiers (parent, VSL, taxi) ; fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
Modérée	Besoin d'un accompagnateur pendant les soins ex. aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins à cause d'hospitalisations/épisodes aigus fréquents ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	<input type="checkbox"/>
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

**Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

8

Figure 4 : Echelle APECS

3.2. Prise en charge spécifique aux stades de la maladie (Lacoste-Ferré et al. 2013), (Ettinger 2000)

Le plan de traitement proposé au patient ou à son tuteur devra tenir compte du stade de la maladie. Il est ainsi nécessaire d'évaluer le niveau de déficience cognitive par le biais du score MMSE, d'estimer l'aptitude à réaliser les activités de la vie quotidienne avec le score ADL, et de connaître le degré de compliance évalué par le score de Niessen (Ettinger 2000).

3.2.1. Stade de déficit léger (score de Niessen 0-3)

Lorsque le patient n'est qu'à un stade précoce de la maladie, la coopération peut être facilement obtenue et le patient sera en mesure de recevoir les mêmes soins que tout autre patient. A ce stade, il faut préserver la fonction par soins conservateurs conventionnels, soins par prothèse fixe, réfection ou réadaptation prothétique. Les dents non conservables sont extraites, les obturations ou prothèses fixes non étanches sont étanchéifiées au CVI, les lésions carieuses sont traitées. La digue peut à ce stade être d'une aide précieuse car le patient peut avoir des mouvements involontaires de la langue. En cas de dévitalisation, il faut faire en sorte de ne pas faire de séances trop longues. Il faut de plus réaliser une prévention active (examen de contrôle, fluoruration, détartrage régulier) ; un contrôle doit également être effectué tous les 6 mois. Cette période est fatidique et tout doit être mis en œuvre pour éviter l'aggravation de l'état carieux, des mobilités des dents restantes, et le refus de porter les prothèses amovibles. Au stade précoce de la maladie, les traitements prothétiques ne seront envisagés que si une personne est prête à assurer les mesures d'hygiène bucco-dentaire lorsque le patients ne sera plus capable de prendre soin de lui-même à un stade avancé de la maladie (Dougall and Fiske 2008).

3.2.2. Stade modéré (score de Niessen 4-7)

Lorsque le patient est à un stade modéré de la maladie, les soins sont beaucoup plus difficiles à être mis en œuvre. Les avulsions sont plus souvent effectuées par rapport aux soins

conservateurs. Il s'agira de soulager la douleur, combattre les infections, soigner les lésions carieuses lorsque cela est possible (obturation avec un matériau libérant du fluor type CVI). Les prothèses amovibles doivent pouvoir être modifiées et adaptées (réfection de base, réparation aisée) si besoin.

3.2.3. Stade sévère (score de Niessen 8-10)

Dans les derniers stades, le rôle du praticien est de supprimer les sources d'infection, de maintenir un confort buccal et de réaliser les traitements d'urgence (Dougall and Fiske 2008). Étant donné que le patient a du mal à exprimer sa douleur, il faudra s'aider de l'équipe médicale qui aura détecté un changement de comportement et pourra ainsi en alerter le chirurgien-dentiste.

3.3. Adaptations lors de la prise en charge

3.3.1. Approche du patient (Friedlander et al. 2009)

Les rendez-vous doivent être de courte durée (maximum 45 minutes) pour que la coopération puisse être optimale et préférentiellement le matin afin de ménager la fatigue du patient. Pour les patients atteints de la maladie de Parkinson, il est judicieux de recevoir le patient 60 à 90 minutes après la prise des médicaments antiparkinsoniens.

La présence d'un accompagnant est indispensable pour rassurer le patient. Ce dernier peut faciliter la communication avec le dentiste.

Quel que soit le stade de la maladie, l'attitude clinique du praticien doit demeurer calme ; le praticien doit s'exprimer clairement, répéter autant de fois que nécessaire d'une voix calme claire et lente, et préférer les questions fermées pour interroger le patient.

3.3.2. Techniques de sédation

Le dentiste pourra avoir recours à des techniques de sédation telles que la prémédication sédative par voie orale, la sédation consciente ou l'anesthésie générale (Edwards et al. 2015). La technique de sédation sera proposée et discutée avec l'équipe soignante (gériatre, médecin traitant) et la famille en fonction du dossier médical du patient, de la coopération du patient, du stade de la maladie et des soins à prodiguer.

-Pour une sédation par voie orale (HAS 2009), il est recommandé d'utiliser des molécules à demi-vie courte et sans métabolite actif afin de ne pas majorer les troubles mnésiques telles que l'Alprazolam (demi vie de 10 à 20 heures), le Clotiazépam (4 heures), le Lorazépam (10 à 20 heures), l'Oxazépam (8 heures). Il est conseillé d'éviter les antihistaminiques comme l'hydroxyzine à cause de leur effet anticholinergique et les benzodiazépines à action prolongée telle que le valium (Friedlander and Jarvik 1987).

-Un recours à une sédation consciente par mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) est possible en fonction de la coopération du patient. Le principal avantage de cette technique de sédation réside dans l'élimination rapide des molécules après l'intervention. Elle nécessite cependant un minimum de coopération de la part du patient.

-Lorsque la coopération est limitée et que l'anxiété élevée, la sédation consciente par voie intraveineuse peut être proposée (par exemple avec le Midazolam). Notons qu'un patient sous dépresseur du SNC peut avoir des risques d'inhalation augmentés sous sédation intraveineuse (Sugimura et al. 2015). Cette technique nécessite cependant de disposer d'un plateau technique d'anesthésie réanimation.

-Enfin, lorsque la coopération est impossible, un recours à l'anesthésie générale peut être indiqué. Cette technique peut cependant être délétère sur le système cholinergique à cause de l'atropine et des Benzodiazépines qui peuvent augmenter l'état confusionnel (So et al. 2017).

3.3.3. Installation du patient

Le patient doit être en position semi-assise afin d'avoir une déglutition plus aisée et éviter les fausses routes. Il conviendra de veiller à ce que la tête des patients en fauteuil roulant soit toujours convenablement soutenue.

L'utilisation d'un cale-bouche en caoutchouc pourra être utilisé pour faciliter le soin. Les patient atteints de TNC majeurs peuvent présenter des troubles de la déglutition et peuvent avoir des mouvement involontaires de la langue. Le travail à 4 à 6 mains et /ou la pose d'un champ opératoire peuvent être nécessaire afin d'assurer un soin en toute sécurité et sérénité.

3.3.4. Anesthésie locale

La prise d'antidépresseurs tricycliques peut bloquer la recapture neuronale des vasoconstricteurs, et entrainer une hypertension artérielle et des troubles du rythme cardiaque. Ainsi, il est préférable pour ces patients de ne pas dépasser 0,04 mg d'adrénaline par séance ce qui correspond à 2 carpules de 1/100 000^{ième} d'adrénaline (Turner et al. 2008).

3.3.5. Suivi (Macé 2019)

Du fait de la progression de la maladie et de la polymédication associée, il est recommandé de voir le patient en consultation tous les 3 à 6 mois afin d'éviter une aggravation de l'état dentaire. Le rôle de l'aidant est déterminant pour maintenir l'état de santé dentaire du patient. Lorsqu'il détecte un problème dentaire, il peut contacter un professionnel de santé dentaire.

4. Parcours de soins bucco-dentaires des patients atteints de TNC majeurs en Ile de France

4.1. Parcours de soins

La HAS a publié en mai 2019 un guide pour la prise en charge des patients admis au titre de l'ALD 15 - maladie d'Alzheimer et autres démences- (Aquino and Balandier 2012). Ce guide est destiné au médecin traitant pour que celui-ci puisse organiser au mieux la prise en charge et le parcours de soin du patient conjointement avec le médecin conseil et le patient. Ce guide s'appuie principalement des recommandations de la HAS de mars 2008 portant sur « le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ». Ce guide concerne la maladie d'Alzheimer et les principales maladies apparentées : démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence associée à une maladie de Parkinson et dégénérescence lobaire fronto-temporale.

Ce guide regroupe la prise en charge diagnostique, thérapeutique et le suivi du patient. Le plan de soin et d'aide comprend ainsi la mise en place de l'ALD 15, les traitements médicamenteux et non médicamenteux, la prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque, la surveillance nutritionnelle, l'orientation vers les services sociaux, et une information sur les associations de malade. Le plan de soins et d'aide doit pouvoir être réévalué régulièrement et coordonné par un référent (coordonnateur paramédical). Les structures de coordination peuvent être les réseaux, les centres locaux d'information et de coordination, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, et les services de soins infirmiers à domicile. Le suivi doit être pluridisciplinaire et piloté par le médecin généraliste. Il doit permettre d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement, vérifier l'état de santé du patient et de l'aidant, adapter la prise en charge et ses modalités, répondre aux interrogations du patient et de son entourage, et envisager une hospitalisation ou une entrée en institution si cela est nécessaire. Il impose une nécessaire coopération entre les généralistes, neurologues, gériatres, psychiatres, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, infirmiers(ères) et les aides-soignants(es). Il renforce le rôle des aidants, professionnels ou familiaux, dans le parcours de soin du malade. Ceux-ci doivent pouvoir être informés sur la maladie. Les associations de familles malades, les centres

locaux d'information et de coordination (CLIC), les accueils du jour et les réseaux peuvent proposer aux aidants des formations, des groupes de soutien.

4.2. Parcours de soins bucco-dentaires en Ile-de-France (Pujade et al. 2017)

La place du chirurgien dentiste n'a pas été précisée dans les recommandations du l'HAS (2019). Le parcours de soin bucco-dentaire des patients présentant des TNC majeurs peut également se heurter à plusieurs difficultés.

Au niveau des cabinets dentaires, la prise en charge des patients présentant des TNC majeurs repose sur une organisation et un plateau technique permettant l'accueil des patients dans des conditions fonctionnelles. Ces dispositions concernent l'accessibilité (rampe d'accès), et le plateau technique (utilisation du protoxyde d'azote, plateau technique local d'anesthésie réanimation pour sédation intraveineuse ou anesthésie générale).

L'absence de tarification adaptée à la prise en charges des besoins spécifiques peut également constituer un frein au parcours de soins des patients . Depuis le 1er avril 2019, un supplément de consultation remboursé 100 euros par l'Assurance maladie est proposé aux dentistes qui reçoivent des patients en situation de handicap lourd. Cette cotation a pour nom de code : YYYY183. Sont concernés : « les patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH), atteints de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant », précise l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Cependant, la PCH ne concerne pas les patients âgés de plus de 60 ans (sauf ceux percevant cette indemnité auparavant), ce qui concerne la majorité des patients présentant des TNC majeurs.

4.2.1. Initiatives du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD 2017)

Selon l'INSEE et le DRESS , entre 6 et 10 millions de patients n'ont pas accès au cabinet dentaire. C'est par ce constat que l'ordre des chirurgiens dentistes s'est penché sur l'accès aux

soins bucco-dentaire en France. Il a été constaté que trois populations faisaient face à ces difficultés : Les patients atteints de handicap, de dépendance et de précarité. Il est d'autant plus difficile de détecter ces patients lorsque l'on sait que ces situations ne font qu'aggraver le repli sur soi et la solitude, qu'elle soit volontaire ou involontaire.

4.2.1.1. *Référant handicap*

Depuis 2011, l'ordre a mis en place un référant handicap par département. Celui-ci a plusieurs fonctions :

- être tenu à la connaissance de l'offre de soins ainsi que la demande de soin.
- Connaître les initiatives mises en œuvre
- Permettre d'établir un parcours de soins ou permettre la réalisation d'un réseau de soin

Lorsque le conseil de l'ordre est contacté par un patient ou une structure pour obtenir une information ou de l'aide, celui-ci va rediriger vers le référant handicap.

Le référant handicap est en quelque sorte le relais entre le conseil de l'ordre et le professionnel de santé compétant -que celui-ci soit dans le libéral ou non-, pouvant prendre en charge un patient. Dans le cas où le patient ne peut pas être pris en charge en libéral, le référant va proposer d'autres possibilités (réseaux, associations, service hospitalier, et dans les situations urgentes un chirurgien dentiste à domicile). Ainsi le référant handicap doit pouvoir établir des relations avec :

- les praticiens libéraux pouvant accueillir des patients handicapés
- les praticiens adhérant à des réseaux ou associations
- les praticiens intervenant en EPHAD
- les praticiens hospitalier

4.2.1.2. *Coordinateurs régionaux*

Le 14 avril 2016 a été décidé la création de coordinateurs régionaux. Ceux-ci permettent l'harmonisation des travaux des référents handicap départementaux.

Le coordinateur régional possède un répertoire de dentistes compétants et volontaires quant au soins des patients en état de handicap. Ce répertoire est actualisé par le coordinateur et seul lui peut y avoir accès. Cette situation impose une communication efficace entre les praticiens et le coordinateur régional de l'ordre.

4.2.1.3. *Rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaire publié en 2017 par l'ONCD*

Ce rapport a permis de déterminer plusieurs axes de travail pour permettre l'amélioration de l'accès au soins bucco-dentaire et spécifiquement pour les patients âgés dépendants. Ainsi, le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes s'est fixé des objectifs.

Un des objectifs est de rapprocher le monde libéral du monde hospitalier en mettant en place des GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) pour que des praticiens libéraux puissent intervenir en milieu hospitalier pour soigner les patients en handicap lourd.

Il est ainsi prévu de permettre également un rapprochement du monde libéral et des EPHAD en systématisant un bilan bucco-dentaire avant l'entrée en EPHAD ou en réalisant des bilan dans l'enceinte de l'EPHAD.

4.2.2. Les associations : RHAPSOD'IF (RHAPSODIF 2019)

En 2008 est née cette association à but non lucratif ayant pour objectif de réduire l'inégalité de l'accès aux soins bucco-dentaire des patients en situation de handicap en Ile-de-France. Celle-ci a plusieurs objectifs :

- sensibiliser à l'hygiène bucco-dentaire dans les établissements accueillant des enfants en situation de handicap.
- créer un parcours de soins adapté pour les patients en situation de handicap.
- Améliorer les stratégies de santé publique pour les patients en situation de handicap.

Cette association constitue un réseau qui profite aux personnes présentant un handicap mental, psychique et/ou moteur nécessitant une prise en charge dentaire particulière.

Fonctionnement du pôle soin :

1-le patient demande son adhésion (gratuite) au réseau.

2-Par la suite, la cellule de coordination valide l'adhésion et oriente le patient vers un dentiste. Cette orientation est basée sur le lieu d'habitation du patient, son handicap, sa coopération et les types de soins à prodiguer.

3-Le patient prend ensuite directement rendez-vous avec le praticien.

4-La première consultation est primordiale. Lors de celle-ci, le praticien réalise un bilan d'entrée dans le réseau pour déterminer les soins à envisager et les modes de prise en charge. Une fiche de première consultation est transmise à la cellule de coordination pour que celle-ci suive la prise en charge du patient. Lorsque le dentiste n'est pas à même de réaliser les soins, il peut rediriger le patient vers le réseau pour être réorienté. Une fiche de suivi est complétée par le praticien à chaque rendez-vous et envoyée à la cellule pour que le patient puisse recevoir une compensation financière. Soigner des patients en situation de handicap peut s'avérer être long et difficile. C'est pourquoi, il existe une compensation financière octroyée au praticien, l'indemnité compensatrice pour la perte de revenu (ICPR).

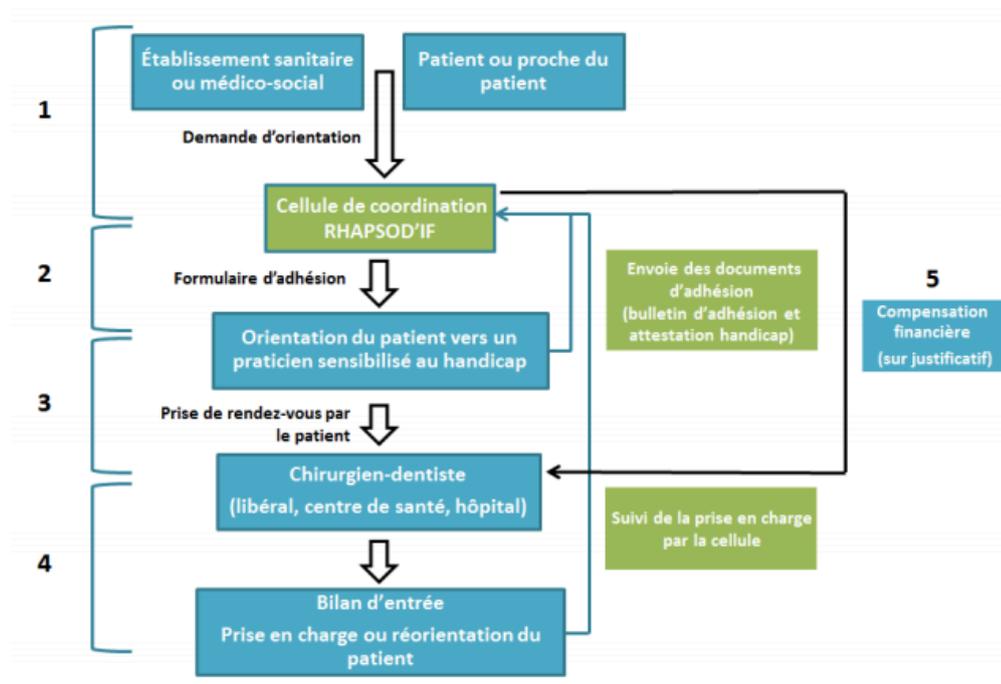


Figure 5: Fonctionnement du pôle soin de RHAPSOD'IF (RHAPSODIF 2019)

En 2018, l'association propose 99 solutions de soins : 10 centres de santé, 1 établissement public de santé, 6 services hospitaliers, 82 chirurgiens dentistes libéraux.

En ce qui concerne l'offre libérale, le Val d'Oise ne présente que 3 solutions. De plus la Seine et Marne est sous représentée avec seulement 4 solutions dans le libéral et sans MEOPA.

En ce qui concerne l'offre hospitalière, RHAPSOD'IF présente des partenariats avec 6 services hospitaliers et un établissement public de santé: 2 dans le 75, 1 dans le 92, 2 dans le 93 et 2 dans le 94. Malgré ces efforts, les délais de prise en charge sous AG varient de 6 à 18 mois.

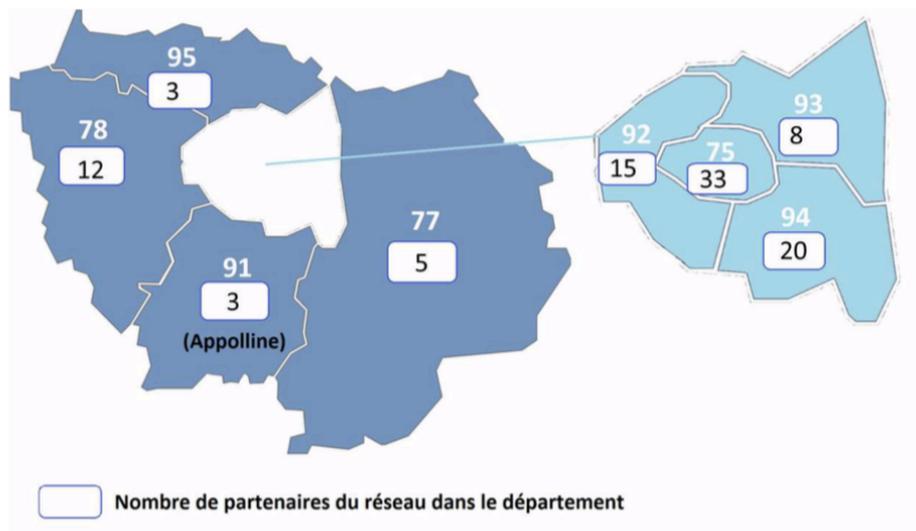


Figure 6: cartographie montrant les partenaires de RHAPSOD'IF dans chaque département (RHAPSODIF 2019)

Pour ce qui est des centres de santé, RHAPSOD'IF présente 8 partenaires: 1 dans le 92, 3 dans le 93, 3 dans le 94, 1 dans le 75. Cette orientation présente plusieurs avantages notamment des délais d'attentes raisonnables (15 jours environ).

4.2.2.1. Demandes d'orientation

En 2018, sur 1087 demandes d'adhésions 740 ont abouti, ce qui correspond à 68 % des demandes. Parmi celles-ci, 96 % émanent des parents ou du responsable légal, 3,4% émanent d'un professionnel de santé ou d'un établissement médico-social, et 0,6% émanent du patient lui-même.

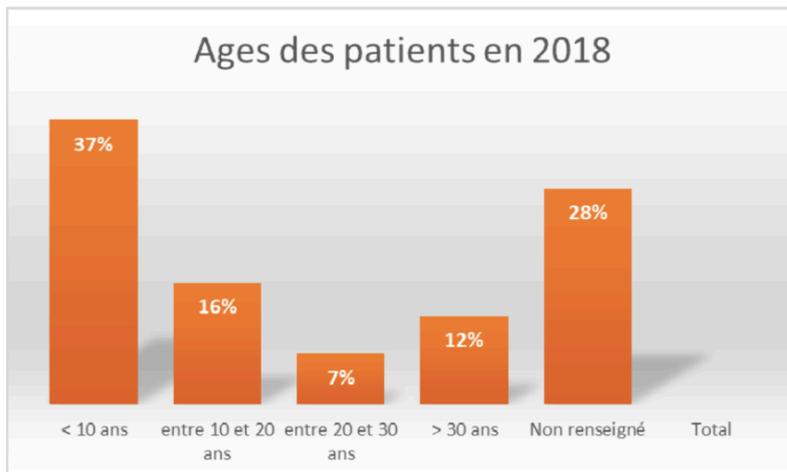


Figure 7: Age des patients accueillis en 2018 (RHAPSODIF 2019)

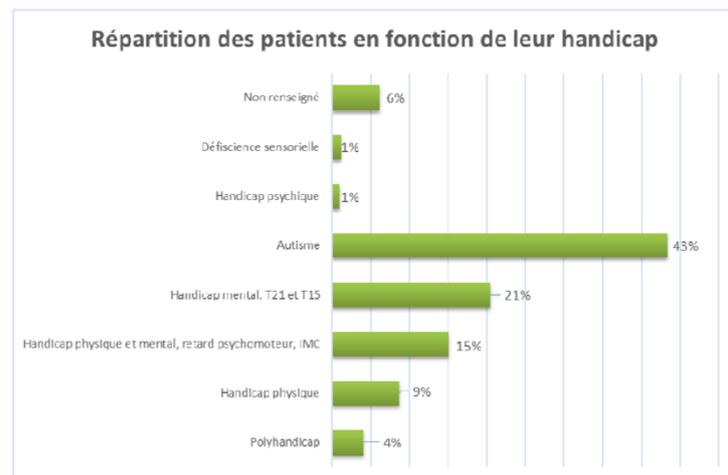


Figure 8: Répartitions des patients accueillis en 2018 en fonction de leur handicap (RHAPSODIF 2019)

La répartition des patients accueillis nous montre que les patients âgés de plus de 60 ans ainsi que les patients atteints de déficits cognitifs sont minoritaires.

Départements d'origine	Nbre de demandes de soins en 2016	Nbre de demandes de soins en 2017	Nbre de demandes de soins en 2018	Différence entre 2017 et 2018
75	187	185	162	-12%
77	98	191	129	-32%
78	113	119	133	12%
91	0	0	66	
92	154	122	117	-4%
93	152	188	175	-7%
94	143	149	138	-7%
95	131	113	131	16%
Autres dépt. et non renseignés			36	

Figure 9: répartition des demandes (RHAPSODIF 2019)

4.2.2.2. Les soins réalisés

Sur un total de 1882 patients, 1275 ont été suivis par des praticiens libéraux et 607 par les hopitaux et centres de santé. Ceci montre la possibilité d'une prise en charge de proximité par les praticiens partenaires en cabinet libéral.

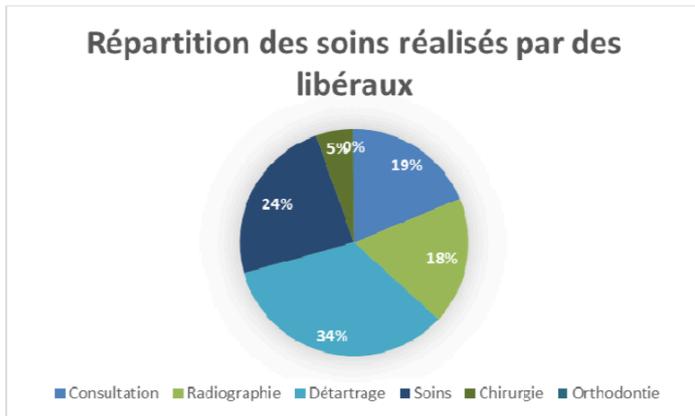


Figure 10 : Répartition des soins réalisés par les libéraux en 2018 (RHAPSODIF 2019)

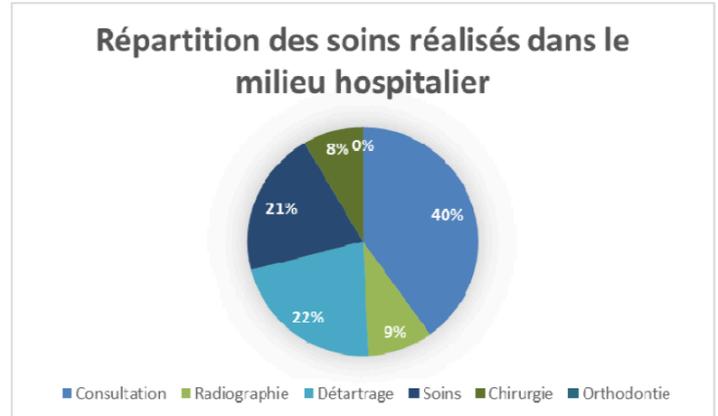


Figure 11 : Répartition des soins réalisés en milieu hospitalier en 2018 (RHAPSODIF 2019)

4.2.3. Initiatives départementales

Le département de Seine Saint-Denis a publié un projet d'équipes mobiles en 2019 (Conseil départemental de Seine Saint-denis 2019). Ce projet s'inscrit dans les objectifs du rapport de 2017 et s'organise autour d'un bus dentaire et d'unités dentaires portables destinées aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap, aux enfants ainsi que toute personne en situation de vulnérabilité éloignée du système de santé. C'est une structure de santé de proximité et mobile qui pourra intervenir sur tout le territoire du Département de la Seine-Saint-Denis. Deux unités dentaires portables, en plus du cabinet dentaire intégré au bus, y sont rattachées.

L'objectif de ce projet est d'aller à la rencontre de personnes qui n'ont pas accès à la santé dentaire par perte d'autonomie, renoncement aux soins, vulnérabilité et complexité du parcours de santé. Le bus pourra intervenir dans les structures pour personnes âgées telles que les

EPHAD. Le patient devra être consulté au premier passage du bus dans le cadre d'un dépistage. Au deuxième passage, le patient pourra recevoir des soins bucco-dentaires notamment des soins conservateurs. Le patient sera par la suite orienté vers l'offre de soins existante (Centres de Santé, dentistes libéraux, maisons de Santé Pluri-professionnelles avec offre de soins bucco-dentaire...). Ce dispositif n'assure pas de suivi et de prise en charge bucco-dentaire à long terme, il constitue seulement un premier niveau de prise en charge. Il ne prendra pas en charge les patients ayant déjà un dentiste référent pour les soins. Il ne pratique pas de dépassement et pratique le tiers payant. Plusieurs partenariats devraient être réalisés avec les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer) et les filières gériatriques. A titre d'exemple, l'EHPAD de Bagnolet a acquis une unité dentaire portable et mène des actions avec la Ville et son Centre de santé.

4.2.4. Les initiatives hospitalières

Depuis 2018, le service d'odontologie de la Pitié Salpêtrière organise une consultation « handicap » qui a pour objectif d'organiser, en partenariat avec les praticiens de ville, la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et à besoins spécifiques. Lors de la consultation initiale avec le patient, le chirurgien-dentiste évalue ainsi le comportement, la coopération du patient et la difficulté des soins à réaliser. Les moyens de prise en charge les plus adaptés aux caractéristiques médicales et comportementales sont alors proposées :

Si les soins peuvent être réalisés à l'état vigile ou sous sédation consciente, ne nécessitant pas un plateau technique particulier, le patient peut être réorienté vers un centre de santé orale de niveau 1 (CSO1). Ces structures de premier échelon sont en majorité composées de cabinets dentaires et de centres de santé. Tous les cabinets dentaires n'étant pas équivalents, les mieux équipés sont identifiés comme des centres de référence. Réparties sur le territoire, l'existence même de ces structures dédiées au handicap, plus légères qu'un hôpital et permettant un suivi régulier, facilite l'accès aux soins des adhérents d'un réseau. Pour les patients, le temps de trajet vers le lieu de soins est raccourci et pour les établissements médico-sociaux, les coûts liés au transport des résidents et à la mobilisation du personnel sont réduits. Depuis 2019, une consultation dédiée aux seniors (patients âgés de plus de 65 ans) a été développée au sein du service d'Odontologie de l'Hôpital Rothschild. Au sein de cette consultation, les patients âgés

présentant des TNC majeurs peuvent être pris en charge par des praticiens de chirurgie orale, de parodontologie et de réhabilitation orale en fonction de leur degré de coopération, sans sédation, sous prémédication sédatrice par voie orale ou par sédation par MEOPA. Cette consultation assure également un suivi des patients pris en charge et le relai avec les gériatres et médecins traitants.

Lorsque les actes deviennent trop complexes et que la coopération du patient ne peut être obtenue, les patients sont orientés vers des structures de niveau 2 (CSO2). Ces centres de santé orale correspondent aux cliniques et aux hôpitaux qui disposent des ressources matérielles et humaines nécessaires pour réaliser des soins sous sédation consciente intraveineuse ou sous anesthésie générale. Les partenariats avec les cliniques et les hôpitaux permettent en effet d'avoir accès à un plateau technique optimal, en mettant à disposition des réseaux le matériel nécessaire et une équipe expérimentée. Les soins sont alors réalisés soit par un chirurgien-dentiste libéral membre du réseau, soit par un praticien hospitalier de l'établissement. Au sein du service de la Pitié Salpêtrière, une journée hebdomadaire est consacrée aux soins ambulatoires avec un accès au bloc opératoire tous les 15 jours. Bien que la liste d'attente d'accès au bloc soit encore importante, le développement des soins sous MEOPA a fluidifié la prise en charge des patients.

5. CONCLUSION

Les patients atteints de TNC majeurs constituent une population en nombre croissant, tant au niveau mondial qu'en France. Ces patients sont enclins à la dépendance, et au fur et à mesure que la pathologie progresse, deviennent de moins en moins aptes à effectuer seuls leur hygiène bucco-dentaire, et deviennent vulnérables vis-à-vis de leur santé orale.

Pour ces patients, les soins bucco-dentaires peuvent devenir compliqués à réaliser avec l'évolution de la maladie. Le chirurgien doit évaluer la coopération du patient, le niveau de dépendance, la sévérité de la maladie. Il doit également proposer et planifier, avec le patient et ses aidants, un plan de traitement le plus cohérent pour le patient avec une démarche adaptée à la situation clinique.

La prévention et le suivi sont primordiaux pour limiter des soins complexes pour le patient, l'équipe soignante et la famille. Les aidants ont une responsabilité accrue concernant le maintien de la santé bucco-dentaire. En cas de nécessité, l'aidant peut faire le lien entre le patient et le professionnel de santé.

Pour un patient à un stade précoce de la maladie, la prise en charge peut être réalisée dans un cabinet dentaire de ville dans des conditions habituelles. A un stade avancé de la maladie, le chirurgien dentiste peut avoir recours à des techniques sédatives nécessitant un plateau technique particulier et des compétences cliniques spécifiques aux besoins des patients.

Les aidants et la familles peuvent rencontrer des difficultés pour trouver un chirurgien dentiste qui puisse prendre en charge le patient dans les conditions requises. Une des principales difficultés est le manque de proximité.

Depuis avril 2016, le conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a proposé la création de coordinateurs régionaux. Ceux-ci collectent la liste des chirurgiens-dentistes volontaires et compétents pour prendre en charge les patients présentant un handicap, tels que les patients présentant des TNC majeurs. Parallèlement, le réseau de Rhapsodif constitue une alternative associative pour orienter les patients atteints de TNC majeur vers un chirurgien-dentiste du réseau, compétent pour leur prise en charge dans une structure adaptée et de proximité, des

services hospitaliers et des centres de santé. Enfin, il existe au sein de l'hôpital Rothschild et de la Pitié Salpêtrière des consultations spécialisées qui peuvent prendre en charge ou orienter les patients pouvant être atteints de TNC majeurs vers des structures de proximité adaptées à leur prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association, DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2015.

Aquino JP, Balandier C. Maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement. [Internet], HAS. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/s8_dispositif_annonce_du_diagnostic_et_accompagnement_revvgg27042012.pdf

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 [Internet]. déc 2018 [cité 1 oct 2020];22(9):3061-70. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00784-018-2396-z>

Barberger Gateau P, Pérès K. Démence et perte d'autonomie fonctionnelle du sujet âgé. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. janv 2005;36:69-76.

Bauer JG. The Index of ADOH: concept of measuring oral self-care functioning in the elderly. Spec Care Dentist [Internet]. 2001 [cité 14 juill 2020];21(2):63-7. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1754-4505.2001.tb00227.x>

Belmin J, Chassagne P, Friocourt P. Gériatrie pour le praticien. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019.

Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 [Internet]. Insee. 2010 [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151##targetText=Projections%20de%20population%20%C3%A0%20l'horizon%202060%20Un%20tiers%20de,de%20plus%20de%2060%20ans&targetText=Si%20les%20tendances%20d%C3%A9mographiques%20r%C3%A9centes,de%20plus%20qu'en%202007.>

Bodineau A, Boutelier C, Viala P, Laze D, Desmarest M, Jonneaux L, et al. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie [Internet]. août 2007 [cité 9 sept 2020];7(40):7-14. Disponible sur:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483007914439>

Capone JG, Della Sala S, Spinnler H, Venneri A. Upper and lower face and ideomotor apraxia in patients with Alzheimer's disease. *Behav Neurol.* 2003;14(1-2):1-8.

Chen X, Clark JJJ, Naorungroj S. Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses. *Gerodontology.* mars 2013;30(1):49-60.

Conseil constitutionnel. Loi du 25 janvier 1997 [Internet]. légifrance. 1997. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id>

Conseil départemental de Seine Saint-denis. Projet de santé du centre de santé dentaire Bus Bucco-dentaire [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/direction.rhapsodif%40orange.fr/FMfcgxwHNVvsxBVkhxvgcSLvKZkdJXfn?projector=1&messagePartId=0.1>

Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. *Clin Oral Investig.* janv 2017;21(1):17-32.

Denis F, Hamad M, Trojak B, Tubert-Jeannin S, Rat C, Pelletier J-F, et al. Psychometric characteristics of the "General Oral Health Assessment Index (GOHAI)" in a French representative sample of patients with schizophrenia. *BMC Oral Health* [Internet]. 11 avr 2017 [cité 23 août 2020];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387256/>.

Doherty SA, Ross A, Bennett CR. The Oral Hygiene Performance Test: Development and validation of dental dexterity scale for the elderly. *Spec Care Dentist* [Internet]. 1994 [cité 15 juill 2020];14(4):144-52. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1754-4505.1994.tb01122.x>.

Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 9. Special care dentistry services for older people. *Br Dent J* [Internet]. oct 2008 [cité 30 août 2020];205(8):421-34. Disponible sur: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2008.891>.

Edwards JA, Ford L, Boyle C. Dementia and Dentistry. *Dent Update*. juin 2015;42(5):464-8, 470, 472.

Espagnol P. L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2007 [Internet]. *solidarites-sante*. 2017 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-et-la-prestation-de-compensation-du.html>.

Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology* [Internet]. juill 2000 [cité 30 août 2020];17(1):8-16. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-2358.2000.00008.x?>

Felder R, Reveal M, Lemon S, Brown C. Testing tooth brushing ability of elderly patients. *Spec Care Dentist* [Internet]. juill 1994 [cité 1 juill 2020];14(4):153-7. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1754-4505.1994.tb01123.x>.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". *J Psychiatr Res* [Internet]. nov 1975 [cité 2 avr 2020];12(3):189-98. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0022395675900266>

Friedlander AH, Jarvik LF. The dental management of the patient with dementia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* [Internet]. 1 nov 1987 [cité 28 août 2020];64(5):549-53. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0030422087900314>.

Friedlander AH, Mahler M, Norman KM, Ettinger RL. Parkinson Disease. *J Am Dent Assoc* [Internet]. juin 2009 [cité 26 août 2020];140(6):658-69. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002817714628439>.

Grönbeck Lindén I, Andersson P, Dahlin-Ivanoff S, Gahnberg L, Hägglin C. Development of an instrument to assess oral hygiene ability in older adults: The oral hygiene ability instrument. *Gerodontology*. Mars 2020;37(1):19-27.

HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. 2009. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/jcms/c_819667/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-perturbateurs.

Hatipoglu MG, Kabay SC, Güven G. The clinical evaluation of the oral status in Alzheimer-type dementia patients. *Gerodontology* [Internet]. 2011 [cité 22 juill 2020];28(4):302-6. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-2358.2010.00401.x>

Helmer C, Pasquier F, Dartigues J-F. Épidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. *médecine/sciences* [Internet]. mars 2006 [cité 2 avr 2020];22(3):288-96. Disponible sur: <http://www.medecinesciences.org/10.1051/medsci/2006223288>

Hughes CP, Berg L, Danziger W, Coben LA, Martin RL. A New Clinical Scale for the Staging of Dementia. *Br J Psychiatry* [Internet]. juin 1982 [cité 21 avr 2020];140(6):566-72. Disponible sur:

https://www.cambridge.org/core/product/identifiser/S0007125000112085/type/journal_article

Jaunet CA, Armengol V, Chaussin Miller C. maladie d'alzheimer et odontologie gériatrique. *Déc 2004*;33:243-72.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 21 sept 1963;185:914-9.

Lacoste-Ferré M-H, Duran D, Vellas B. Maladie d'Alzheimer et odontologie. *Actual Odontostomatol* [Internet]. juin 2013 [cité 22 nov 2018];(263):8-18. Disponible sur: <http://aos.edp-dentaire.fr/10.1051/aos/2013303>

Lafont S, Barberger-Gateau P, Sourgen C. Relation entre performances cognitives globales et dépendance évaluée par la grille AGGIR. *EM-Consulte* [Internet]. avr 1999 [cité 12 mai 2020];47:7-17. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/106479/alertePM>

Lauritano D, Moreo G, Della Vella F, Di Stasio D, Carinci F, Lucchese A, et al. Oral Health Status and Need for Oral Care in an Aging Population: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22).

Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. 1969;9(3):179-86.

Lee KH, Jung ES, Choi YY. Association of oral health and activities of daily living with cognitive impairment. Gerodontology [Internet]. 2020 [cité 22 juill 2020];37(1):38-45. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ger.12442>

Lopez-Tourres F, Lefebvre-Chapiro S, Fétéanu D, Trivalle C. Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. Rev Médecine Interne [Internet]. juin 2009 [cité 29 avr 2020];30(6):501-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0248866308008503>

Macé H. Prise en charge au cabinet dentaire des maladies neurodégénératives : Alzheimer et Parkinson. [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. [Marseille]: Université Marseille Aix; 2019.

Niessen LC, Jones JA. Professional Dental Care for Patients with Dementia. Gerodontology [Internet]. 1987 [cité 24 sept 2019];6(2):67-71. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-2358.1987.tb00391.x>

Nordenram G, Ryd-Kjellén E, Ericsson K, Winblad B. Dental management of Alzheimer patients. A predictive test of dental cooperation in individualized treatment planning. Acta Odontol Scand. juin 1997;55(3):148-54.

OMS. La démence [Internet]. OMS. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

ONCD. Accès aux soins bucco-dentaire. Rapport 2017. 2017. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/wp/wp-content/uploads/2017/09/rapport_bucco_dentaire_web.pdf.

Pérès K, Matharan F, Carrière I, Berr C, Dartigues JF. Projet Dépendance 4 cohortes épidémiologiques Haute Normandie, Paquid, 3Cités et AMI [Internet] . Nov 2011. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/_projet_dependance_4_cohortes_cnsa_version_finale_nov2011_.pdf.

Perez E. Prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans la pratique quotidienne de la chirurgie dentaire : données actuelles [Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire]. [Paris]: Université Paris 7 Denis Diderot; 2013.

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.

Pujade C, Kheng R, Braconni M, Bdeoui F, Monnier A, Hoang L, et al. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. *Sante Publique (Bucur)* [Internet]. 20 déc 2017 [cité 7 mai 2020];Vol. 29(5):677-84. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-5-page-677.htm>

Rhapsodif. Rapport annuel d'activité 2018. 2019. Disponible sur: <http://www.rhapsodif.com/rhapsodif/cms/8-7451/rhapsod-if-rapport-d-activites.dhtml>

Ribeiro GR, Costa JLR, Ambrosano GMB, Garcia RCMR. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 1 sept 2012 [cité 22 juill 2020];114(3):338-43. Disponible sur: [https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403\(12\)00321-5/abstract](https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(12)00321-5/abstract)

Rigaud A-S, Duron E, Seux M-L, Hugonot-Diener L. Troubles cognitifs et principales « démences » ou maladies dégénératives non Alzheimer. *EMC - Psychiatr* [Internet]. janv 2010 [cité 3 janv 2019];7(3):1-11. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0246107210169491>

Service-Public. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. service-public.fr. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Ship JA. Oral Health of Patients with Alzheimer's Disease. *J Am Dent Assoc* [Internet]. janv 1992 [cité 1 oct 2020];123(1):53-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002817792310244>

So E, Kim HJ, Karm M-H, Seo K-S, Chang J, Lee JH. A retrospective analysis of outpatient anesthesia management for dental treatment of patients with severe Alzheimer's disease. *J Dent*

Anesth Pain Med [Internet]. déc 2017 [cité 22 juill 2020];17(4):271-80. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5766088/>

Sugimura M, Kudo C, Hanamoto H, Oyamaguchi A, Morimoto Y, Boku A, et al. Considerations during intravenous sedation in geriatric dental patients with dementia. Clin Oral Investig [Internet]. juin 2015 [cité 25 oct 2018];19(5):1107-14. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s00784-014-1334-y>

Turner LN, Balasubramaniam R, Hersh EV, Stoopler ET. Drug therapy in Alzheimer disease: an update for the oral health care provider. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. oct 2008;106(4):467-76.

Vanderheyden J-E, Kennes B. La prise en charge des démences. Paris: De Boeck Supérieur; Sept 2009

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.

UZAN Dan. RÉSEAUX DE SOINS BUCCO-DENTAIRES DES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : ANALYSE DESCRIPTIVE DES DISPOSITIFS EN ILE DE FRANCE. 2020. 45 p. :graph., tabl. Réf. Biblio. : 38-44.

Sous la direction de Dr BRAUD Adeline

Th : Chir Dent. : Université de Paris : 2020

Résumé :

Selon l'étude de cohorte PAQUID, on estime à 1 million le nombre de personnes de plus de 65 ans atteintes de troubles neuro-cognitifs (TNC) majeurs en 2010 en France. Ce nombre s'élèverait en 2030 à 1 750 000. Ces patients sont hautement susceptibles de devenir dépendants concernant leur hygiène dentaire. Ainsi ils deviennent plus vulnérables quant à leur santé bucco-dentaire. La prise en charge de ces patients peut s'avérer complexe à un stade avancé de la maladie. Le parcours de soins des patients atteints de TNC majeurs reste cependant difficile à organiser à cause du manque de lisibilité des structures compétentes pour prendre en charge ces patients présentant des besoins spécifiques. L'objectif de cette thèse est mettre en évidence les dispositifs et structures compétentes en Ile-de-France pour proposer une prise en charge adaptée aux patients présentant des TNC majeurs. Nous détaillerons ainsi les conséquences des TNC majeurs sur la santé orale, puis préciserons les précautions de prise en charge bucco-dentaire des patients présentant des TNC majeurs. Enfin, nous explorerons les pistes de prise en charge en Ile-de-France.

Discipline : Santé Publique

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

TITRE en anglais : ORAL CARE NETWORK FOR PATIENTS WITH DEMENTIA: DESCRIPTIVE ANALYSIS OF OPTIONS IN ILE-DE-FRANCE

English keywords (MeSH) :

Université de Paris
UFR d'odontologie
5, rue Garancière
75006 Paris