Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées

Caroline Sery

▶ **To cite this version:**

Caroline Sery. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-04223107

HAL Id: dumas-04223107

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04223107

Submitted on 29 Sep 2023

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.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE

UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2022 N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Novembre 2022

Par SERY Caroline

Née le 24/08/1998 à Lillebonne

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées

Président du jury :	Mme Skiba Malika, Maître de conférences des universités en pharmacie galénique
Membres du jury :	Dr Kadri Karine, Gériatre
	M. Bounoure Frédéric, Maître de conférences des universités, pharmacien hospitalier
	Mme Petit Carine, Docteur en pharmacie
	M. Monnier Arnaud, Docteur en pharmacie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian **CLATOT**	CB	Cancérologie – Radiothérapie

Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET** *(disponibilité)*	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mme Julie **GUEUDRY**	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie

Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(détachement)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie

Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT**	HCN	Virologie
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien **COSTA**	HCN	Parasitologie
Me Pierre **DECAZES**	CB	Médecine Nucléaire

M. Vianney **GILARD**	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Sébastien **MIRANDA**	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
M. Abdellah **TEBANI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta **AL ZALLOUHA**	Toxicologie
Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla **EL GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mr Chervin **HASSEL**	Virologie
Mme Maryline **LECOINTRE**	Physiologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Biologie Cellulaire
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBÉ**	Parasitologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie officinale
M. Damien **SALAUZE**	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**	Pharmacie
M. Pierre **BOHN**	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric **BARAT**	Pharmacie
M. Guillaume **FEUGRAY**	Biochimie Générale

M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie
M. Paul **BILLOIR**	Hématologie
M. Romain **LEGUILLON**	Pharmacie
M. Thomas **DUFLOT**	Pharmacologie
Mme Alice **MOISAN**	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma **EZZINE**	Pharmacologie
M. Abdelmounaim **MOUHAJIR**	Informatique Bio-Informatique
M. Olivier **PERRUCHON**	Pharmacognosie
M. Maxime **GRAND**	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER**	UFR	Médecine Générale
Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan **BRETON** (med)	Nutrition
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO**	Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Table des matières

Remerciements 2

Table des tableaux 22

Table des illustrations 23

Table des annexes 25

Liste des abréviations 26

Introduction 27

1. Personnes âgées et physiopathologie 28

1.1. Epidémiologie 28

1.2. Offre de soins 29

1.3. Recours aux soins dentaires 30

1.4. Vieillissement de la cavité buccale 31

1.4.1. La dent 31

1.4.2. Le parodonte 32

1.4.3. La muqueuse buccale 32

1.4.4. L'articulation temporo-mandibulaire 33

1.4.5. Les glandes salivaires 33

1.5. Principales pathologies bucco-dentaires des personnes âgées 34

1.5.1. Les différents types de bouches 34

1.5.1.1. Bouche sèche 34

1.5.1.2. Bouche malodorante 35

1.5.1.3. Bouche douloureuse 36

1.5.2. Pathologies de la gencive et du parodonte 36

1.5.2.1. Les gingivites 37

1.5.2.2. Les parodontites 38

1.5.3. Pathologies de la dent 38

1.5.3.1. Les caries dentaires 38
1.5.3.2. L'hypersensibilité dentaire 40
1.5.4. Les pathologies des muqueuses buccales 40
1.5.4.1. Les candidoses buccales 40
1.5.4.2. Autres altérations de la muqueuse buccale 42
1.5.5. Pathologies buccodentaires associées à la prise de médicaments 43
1.5.5.1. Médicaments et sécheresse buccale 43
1.5.5.2. Ulcérations de la muqueuse buccale 44
1.5.5.3. Ostéonécrose des mâchoires d'origine médicamenteuse 45
1.6. Répercussion sur la santé générale 46
1.6.1. Pathologies bucco-dentaires et nutrition 46
1.6.2. Maladies parodontales et pathologies systémiques 47
1.6.2.1. Maladies cardiovasculaires 47
1.6.2.2. Diabète 47
1.6.2.3. Infections broncho-pulmonaires 48
1.6.2.4. Polyarthrite rhumatoïde 48
2. Enquête officinale 49
2.1. Introduction 49
2.2. Méthodologie 49
2.2.1. Questionnaire 49
2.2.2. Recrutement 50
2.2.2.1. Durée de l'étude 50
2.2.2.2. Population de l'étude 50
2.3. Résultats 51
2.3.1. Profil des patients 51
2.3.2. Offre de soins 52

2.3.3. Patients disposant d'une prothèse dentaire 54
2.3.4. Problèmes buccodentaires des patients 56
2.3.5. Hygiène bucco-dentaire en général et produits utilisés 59
2.3.5.1. Brosse à dent 59
2.3.5.2. Bains de bouche 60
2.3.5.3. Dentifrice 62
2.3.5.4. Brossettes interdentaires 63
2.3.5.5. Achat des produits d'hygiène buccodentaire 64
2.4. Discussion 65
2.5. Conclusion 66
3. Le rôle du pharmacien d'officine 67
3.1. Introduction 67
3.2. Les différents produits d'hygiène buccodentaire 67
3.2.1. Les brosses à dents 67
3.2.1.1. Les brosses à dents manuelles et électriques 68
3.2.1.1.1. Les brosses à dents manuelles 68
3.2.1.1.2. Les brosses à dents électriques 69
3.2.1.2. Les brosses à dents souples et médium 73
3.2.1.3. Recommandations sur le brossage dentaire 74
3.2.2. Les dentifrices 75
3.2.2.1. Composition 75
3.2.2.2. Indications et conseils à l'officine 76
3.2.2.2.1. Les dentifrices fluorés 76
3.2.2.2.2. Les dentifrices antiseptiques 77
3.2.2.2.3. Les dentifrices pour l'hypersensibilité dentinaire 78
3.2.2.2.4. Les dentifrices pour mauvaise haleine 78
3.2.3. Les bains de bouche 78
3.2.3.1. Les bains de bouche à usage thérapeutique 79
3.2.3.2. Les bains de bouche à usage quotidien 81

3.2.4. Le fil dentaire et les brossettes interdentaires 82
3.2.4.1. Les brossettes interdentaires 82
3.2.4.2. Le fil dentaire 84
3.3. Les prothèses dentaires 86
3.3.1. L'entretien 86
3.3.2. La fixation 90
3.4. Prise en charge de la bouche sèche 94
3.4.1. Conseils hygiéno-diététiques 94
3.4.2. Les soins pour bouches sèches 95
3.4.3. Les médicaments spécifiques pour lutter contre la xérostomie 98
3.5. Prise en charge de l'halitose 99
3.5.1. Conseils et produits d'hygiène buccodentaire disponibles à l'officine 99
3.5.1.1. Brossage des dents et de la langue 99
3.5.1.2. Préparations buccales disponibles à l'officine 101
3.5.2. Conseils hygiéno-diététiques 104
3.6. Prise en charge des gencives sensibles et des saignements 105
3.6.1. Conseils et produits d'hygiène buccodentaire disponibles à l'officine 106
3.6.1.1. Brossage des dents 106
3.6.1.2. Nettoyage des espaces interdentaires 107
3.6.1.3. Dentifrices pour gencives sensibles 107
3.6.1.4. Bains de bouche 109
3.6.1.5. Huiles essentielles et remèdes maison 111
3.6.2. Prévention auprès du patient 112
3.7. Prévention des caries dentaires 113
3.7.1. Le rôle du fluor 113
3.7.1.1. Le fluor dans l'alimentation 114

3.7.1.2. Les dentifrices ou gels fluorés 114
3.7.1.3. Les bains de bouche fluorés 115
3.7.1.4. Les vernis fluorés 116
3.7.2. Le rôle de l'alimentation 116
3.8. Prise en charge des mycoses buccales 118
3.8.1. Traitement antifongique de la candidose buccale 118
3.8.2. Prévention auprès des patients 118
3.9. Prise en charge des inflammations et des ulcérations buccales 120
3.9.1. Aphtes 120
3.9.1.1. Prise en charge à l'officine 120
3.9.2. Mucites 121
3.9.2.1. Prise en charge à l'officine 122
4. Vers un meilleur accès aux soins dentaires pour les personnes âgées 123
4.1. Accès aux soins 123
4.2. Coût des soins dentaires 124
5. Conclusion 126

Table des tableaux

Tableau 1. Principaux médicaments responsables d'une xérostomie, d'après l'UFSBD 44

Tableau 2. Comparaison des brosses à dents Inava® hybrid timer et Oral B® Vitality 100... 72

Tableau 3. Principaux bains de bouche à usage thérapeutique disponibles en officine 80

Tableau 4. Principales caractéristiques des différents produits Fixodent PRO ®..... 92

Tableau 5. Exemples de spécialités pour lutter contre la bouche sèche disponibles à l'officine 97

Tableau 6. Exemples de spécialités pour lutter contre la mauvaise haleine disponibles à l'officine 104

Tableau 7. Les différents dentifrices commercialisés pour les gencives sensibles 109

Tableau 8. Différents exemples de bains de bouche utilisés pour les gencives sensibles..... 111

Table des illustrations

Figure 1. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes en France en janvier 2022 (ONCD) 29

Figure 2. Comparaison des structures dentaires entre l'adulte jeune (a) et la personne âgée (b) 31

Figure 3. Dent saine en comparaison à une gingivite et une maladie parodontale 37

Figure 4. Comparaison d'une dent saine et d'une dent avec des caries, d'après 39

Figure 5. Forme clinique de candidose buccale : stomatite prothétique 41

Figure 6. Forme clinique de la candidose buccale : glossite érythémateuse atrophique 41

Figure 7. Forme clinique de candidose buccale : perlèche 42

Figure 8. Proportion de femmes et d'hommes ayant répondu au questionnaire 51

Figure 9. Répartition des âges des personnes ayant répondu au questionnaire 51

Figure 10. Proportion de personnes habitant en ville ou en campagne 52

Figure 11. Fréquence à laquelle les personnes ayant répondu au questionnaire consultent le dentiste 53

Figure 12. Les différentes difficultés des patients à consulter le dentiste 54

Figure 13. Patients portant ou non une prothèse/ un appareil dentaire 54

Figure 14. Fréquence à laquelle les patients portent leur prothèse dentaire 55

Figure 15. Fréquence à laquelle les patients nettoient leur prothèse dentaire 55

Figure 16. Produits et matériels utilisés par les patients pour nettoyer leur prothèse dentaire 56

Figure 17. Première chose que font les patients lorsqu'ils ont un souci buccodentaire 57

Figure 18. Evaluation par les patients de leur état buccodentaire (note entre 0 et 10) 57

Figure 19. Part des patients ayant ou non des problèmes buccodentaires régulièrement 58

Figure 20. Problèmes bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrés chez les patients 59

Figure 21. Type de brosse à dent utilisée par les patients 60

Figure 22. Fréquence d'utilisation des bains de bouche par les patients 61

Figure 23. Les différentes marques de bains de bouche utilisées par les patients 61

Figure 24. Les différentes marques de dentifrices utilisées par les patients 62

Figure 25. Part des patients qui utilisent ou non des brossettes interdentaires 63

Figure 26. Lieu(x) où les patients achètent leurs produits d'hygiène buccodentaire 64

Figure 27. Les différentes brosses à dents manuelles Inava® 68

Figure 28. Brosse à dent Inava® System 69

Figure 29. Brosses à dents électriques Inava® et Oral-B® commercialisées en pharmacie ... 71

Figure 30. La méthode de brossage B.R.O.S, d'après l'UFSBD 75

Figure 31. Tableau « Quel(s) accessoire(s) interdentaire(s) choisir ? », d'après le site internet GUM®..... 83

Figure 32. Fil dentaire GUM® Easy-Flossers, d'après le site internet GUM®..... 85

Figure 33. Brosses à prothèses Inava® et GUM® 88

Figure 34. Comprimés nettoyants pour prothèse dentaire Fixodent PRO®..... 89

Figure 35. Différents produits Fixodent PRO ® commercialisés en pharmacie..... 91

Figure 36. Exemple d'application de la crème adhésive Fixodent PRO® plus antiparticules d'après le site internet de Fixodent 93

Figure 37. Gratte langue GUM® Hali Control 100

Table des annexes

Annexe 1 : Questionnaire patients..... 127

Annexe 2. Fiche conseil n°1 : l'entretien de la prothèse dentaire 130

Annexe 3. Arbre décisionnel à destination des patients sur les crèmes adhésives Fixodent® 131

Annexe 4. Fiche conseil n°2 : que faire en cas de bouche sèche ?..... 132

Annexe 5. Fiche conseil n°3 : Que faire en cas de mauvaise haleine ? 133

Annexe 6. Fiche conseil n°4 : Que faire en cas de gencives sensibles sujettes aux saignements ? 134

Liste des abréviations

ALD	Affection de longue durée
ATM	Articulation temporo-mandibulaire
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
EHPAD	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
PR	Polyarthrite rhumatoïde
UFSBD	Union Française pour la Santé Buccodentaire
USLD	Unité de soins longue durée

Introduction

Durant mon stage hospitalier de 5ème année, j'ai réalisé un stage de trois mois à l'EHPAD/USLD Boucicaut du CHU de Rouen situé à Mont Saint Aignan. Durant ce stage, je me suis rendu compte que les personnes âgées dépendantes nécessitaient beaucoup de soins et d'attention au niveau bucco-dentaire. A l'officine, les demandes des personnes âgées sont également fréquentes ; des conseils pour un bain de bouche, comment nettoyer sa prothèse dentaire, des saignements de gencive…

J'ai donc décidé de réaliser ma thèse en lien avec ce sujet, pour pouvoir répondre aux besoins ainsi qu'aux demandes spontanées au comptoir des personnes âgées, mais également les sensibiliser car une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut générer des symptômes au niveau de la bouche et des gencives mais également avoir un retentissement sur la santé en général de la personne. Pour cibler mes recherches et mes conseils à apporter, j'ai réalisé un questionnaire que j'ai fait distribuer dans différentes officines, destiné aux personnes de plus de 65 ans.

Dans un premier temps, nous ferons un rappel sur le vieillissement de la cavité buccale, les pathologies bucco-dentaires associées ainsi que les répercussions sur la santé générale. Dans une deuxième partie, nous étudierons les résultats du questionnaire pour pouvoir cibler les conseils à apporter sous forme de fiches dans la troisième partie, mais également de voir quelle est la place du pharmacien. Une dernière partie sera ensuite consacrée aux perspectives d'évolution concernant l'accès ainsi que le coût des soins dentaires qui peuvent représenter un frein pour certaines personnes.

1. Personnes âgées et physiopathologie

1.1. Epidémiologie

La santé bucco-dentaire des personnes âgées constitue aujourd'hui un réel enjeu de santé publique. En effet, d'après l'INSEE les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 20,7% de la population au 1er janvier 2021, contre 20,5% en 2020 et 20,1% en 2019. Ce pourcentage ne cesse d'augmenter chaque année. Depuis 2011, le vieillissement de la population s'accélère avec l'arrivée à 65 ans des générations nombreuses nées après-guerre (INSEE 2021).

Selon une projection de population par grand groupe d'âge, la proportion des personnes de plus de 65 ans représenterait 21,8% en 2025, 26,1% en 2040 et 28,7% en 2070 (INSEE 2020).

De plus, la prévalence et l'incidence des pathologies bucco-dentaires augmentent avec le vieillissement, et ce d'autant plus vite qu'apparaissent des comorbidités.

L'incidence des maladies parodontales ainsi que leur fréquence ne font pas l'objet d'enquêtes régulières. Cependant, on estime que les stades initiaux de parodontopathies sont très fréquents et peuvent toucher la majorité de la population adulte.

L'édentation concerne une grande partie de la population âgée. D'après une enquête datant de 1993, le nombre moyen de dents absentes était de 16,9 dans la tranche d'âge 65-74 ans. Dans la même tranche d'âge, le pourcentage des édentés complets était de 16,3% (Direction Générale de la Santé 2022).

D'après une enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 1991, 56 % des personnes de plus de 65 ans portent une prothèse amovible, plus de 34 % déclarent une prothèse fixée et moins de 10 % déclarent n'avoir aucun problème dentaire.

1.2. Offre de soins

Au 6 janvier 2022, la France compte 43417 chirurgiens-dentistes. Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants est de 68,51. La majorité exerce en libéral (84,10%) (ONCD 2022a).

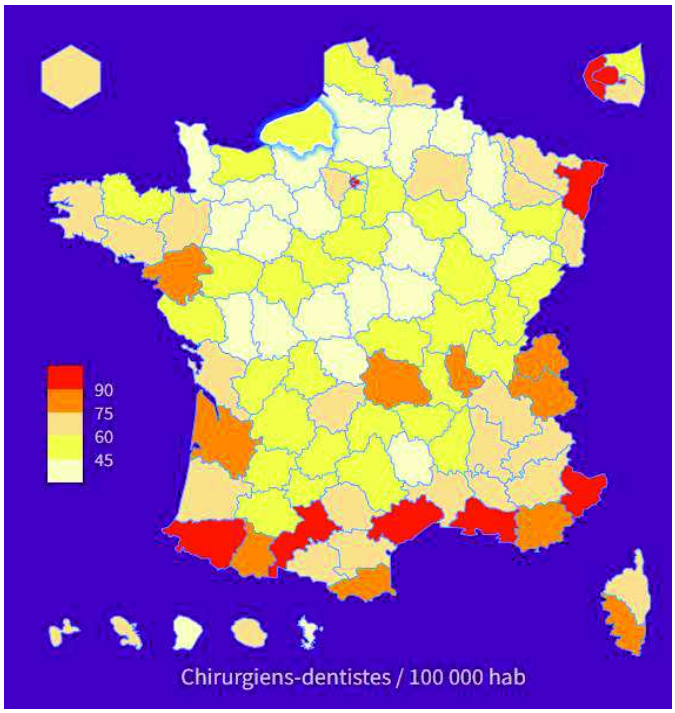


Figure 1. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes en France en janvier 2022 (ONCD)

On remarque d'après la carte ci-dessus que les chirurgiens-dentistes sont très inégalement répartis en France. La Seine Maritime compte 604 dentistes au 6 janvier 2022 pour une population de 1 253 931 habitants, alors que par exemple dans le Bas Rhin on compte 1046 dentistes pour une population de 1 104 667 habitants.

Actuellement, seules 16 universités disposent d'une faculté d'odontologie mais d'ici la rentrée 2022 la situation va évoluer avec la création de huit sites universitaires (Amiens, Caen, Rouen, Dijon, Besançon, Grenoble, Poitiers et Tours). L'objectif qui est affiché par les ministres est d'augmenter le nombre de professionnels de santé formés et d'améliorer l'offre de soins, notamment dans les régions ou le nombre de chirurgiens-dentistes est faible comparé à d'autres régions. Ils projettent une augmentation de 14% des capacités d'accueil en formation en odontologie entre 2021 et 2026 (ONCD 2022b).

1.3. Recours aux soins dentaires

D'après une étude réalisée concernant le recours au cabinet dentaire des adultes âgés de 55 ans et plus ; en France en 2017 43% des personnes de cette tranche d'âge ont eu recours à des soins bucco-dentaires. Ce taux décroit nettement à partir de l'âge de 75 ans et atteint moins de 25% à l'âge de 90 ans. Le recours au cabinet dentaire est supérieur chez les femmes mais la tendance s'inverse à partir 85 ans.

Toujours d'après la même étude, la fréquence du suivi bucco-dentaire a été mesurée entre 2016 et 2018. 30% des personnes âgées entre 55 et 75 ans n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire dans cette période. Ce taux augmente à l'âge de 75 ans pour atteindre environ 50% à l'âge de 90 ans. Environ 50% des personnes de 55 à 75 ans ont eu au moins un soin curatif ou une pose de prothèse entre 2016 et 2018. Concernant les recours préventifs (consultations, détartrages et/ou actes de radiologie dentaire), moins de 20% seulement des personnes âgées de 55 à 75 ans y ont eu recours entre ces 3 années. Les personnes qui bénéficient d'une affection de longue durée et qui sont en moins bon état de santé ont moins recours à des soins curatifs et préventifs que les personnes sans ALD.

Le recours au cabinet dentaire est également nettement moins élevé pour les personnes résidant en EHPAD (36,9% des personnes de plus de 75 ans ne résidant pas en EHPAD ont eu recours à au moins un soin dentaire en 2017 contre 22,5% pour une personne arrivée en EHPAD en 2016 ou en 2017, et 14,5% pour une personne arrivée en 2015 ou avant) (DALICHAMPT et al. 2017).

1.4. Vieillissement de la cavité buccale

1.4.1. La dent

L'avancée en âge se traduit souvent par une perte dentaire car les dents subissent les effets du vieillissement, même si grâce aux progrès de la prévention l'édentation devient de plus en plus tardive. L'ensemble des tissus qui constitue l'organe dentaire (émail, dentine, pulpe, cément) subit un phénomène de sénescence, ce qui limite le potentiel de cicatrisation et de réparation de l'organe dentaire.

L'émail dentaire s'use et diminue en épaisseur (voir disparait dans certaines zones mettant à nu la dentine). La dentine devient de moins vascularisée et plus fibreuse, ainsi que plus résistante à l'abrasion. Du fait de la formation continue de la dentine, le volume de la pulpe diminue. Cette réduction est accentuée par l'abrasion ou la présence de caries ce qui génère la production d'une dentine tertiaire encore plus minéralisée. La réduction pulpaire atténue également la perception douloureuse, ce qui permet le développement de caries sans signe d'alerte (Dupuis et Léonard 2010).

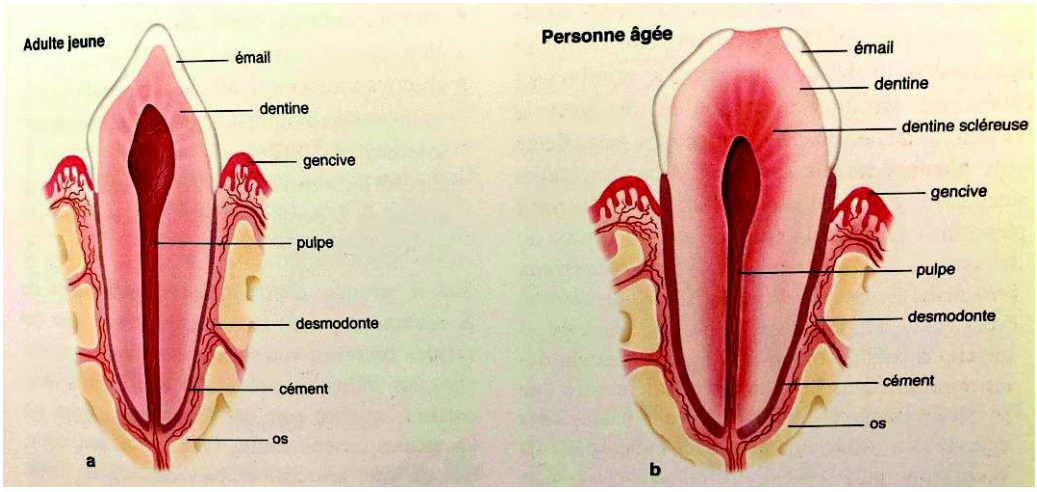


Figure 2. Comparaison des structures dentaires entre l'adulte jeune (a) et la personne âgée (b) d'après le livre *Odontologie du sujet âgé, spécificités et précautions*

1.4.2. Le parodonte

Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent. Il est constitué de la muqueuse, de l'os alvéolaire et du desmodonte. On distingue d'une part le parodonte superficiel avec la gencive (seul tissu visible à l'examen clinique) et le parodonte profond constitué des autres éléments. Ces tissus subissent des modifications progressives et irréversibles au cours du vieillissement.

En l'absence de pathologie, peu de modifications macroscopiques sont rapportées cliniquement au niveau de la gencive. Elles sont principalement représentées par une perte d'élasticité, un aspect plus lisse, une légère récession et une fragilité accrue aux agressions notamment microbiennes et mécaniques. (Direction Générale de la Santé SD2B et Folliguet 2006).

Au niveau microscopique, on assiste à une diminution de la couche kératinisée de l'épithélium. L'activité des fibroblastes est réduite, entraînant une diminution des capacités de cicatrisation. L'épaisseur de la couche cimentaire augmente avec l'âge.

L'os alvéolaire est la structure la plus touchée par le vieillissement. On observe une augmentation du nombre des cavités de résorption, une diminution en nombre et en taille des ostéoblastes et une diminution de la prolifération des cellules ostéogéniques. Chez le sujet âgé, ces altérations se traduisent par des capacités de remodelage, de cicatrisation et d'adaptation réduites de l'os alvéolaire (Direction Générale de la Santé SD2B et Folliguet 2006).

1.4.3. La muqueuse buccale

Avec l'âge les muqueuses buccales deviennent plus fragiles et se défendent moins bien face aux agressions. Elles deviennent atrophiques, présentent progressivement un aspect fin et lisse associé à une perte d'élasticité. Cela concerne les muqueuses masticatoires et de recouvrement mais également la muqueuse située sur le dos de la langue qui contient les papilles gustative (Direction Générale de la Santé SD2B et Folliguet 2006).

La résistance tissulaire étant réduite, on observe davantage d'états inflammatoires et d'ulcérations sous les prothèses amovibles. En cas d'inflammation, la muqueuse devient érythémateuse et saigne au moindre contact, notamment au brossage.

La muqueuse buccale peut également être altérée avec certaines pathologies dont le diabète, les maladies hématologiques, les troubles gastro-intestinaux comme le reflux gastro-œsophagien ainsi que la prise de certains médicaments. Chez les personnes âgées, les douleurs causées par les parodontites sont la cause de nombreuses consultations et les répercussions sont importantes.

1.4.4. L'articulation temporo-mandibulaire

Les articulations temporo-mandibulaires sont les zones de jonction entre l'os temporal qui est un os crânien et la mâchoire inférieure (mandibule). L'ATM s'use avec le temps et peut-être sujette à une arthrose physiologique. Il existe des modifications dégénératives avec diminution des condyles mandibulaires, et aplanissement des surfaces articulaires. Les muscles s'atrophient, la force masticatoire diminue. La fatigue musculaire augmente (dû au manque de dents et à une moindre sollicitation). De ce fait, le temps du repas s'allonge, la quantité et la qualité de l'alimentation diminue. Le risque de dénutrition augmente (Parenté).

Les changements dégénératifs de l'ATM provoquent des douleurs, des céphalées, des limitations de l'ouverture buccale ainsi qu'une multiplication des bruits articulaires tels que claquements, craquements.

1.4.5. Les glandes salivaires

La salive protège la muqueuse buccale et les dents contre les substances, elle lubrifie la bouche pour faciliter la mastication, la déglutition, la parole et réduit le traumatisme tissulaire. Elle contient des enzymes qui fournissent une activité antimicrobienne locale.

Avec l'âge, les glandes salivaires s'atrophient. En plus de l'atrophie, on note une infiltration adipeuse qui se substitue aux acini, une fibrose des tissus conjonctifs de soutien. Cependant, les études cliniques concernant la mesure du flux salivaire chez les personnes âgées sont discordantes et l'impact fonctionnel des modifications histologiques n'est pas établi. Toutes ces modifications ne sont pas suffisantes pour induire une xérostomie car il reste une réserve fonctionnelle parenchymateuse d'au moins 40 à 50% (Gauzeran et Saricassapian 2013).

On observe cependant un vieillissement du système nerveux autonome dont dépendent les glandes salivaires, qui se caractérise par une moindre production de salive ainsi qu'une modification de la composition de la salive qui devient plus épaisse par l'augmentation du taux de mucines (Dupuis et Léonard 2010).

La salive de la personne âgée est donc plus rare et plus visqueuse. De plus, tout évènement qui se rajoute à ces perturbations histologiques (médication sialoprive, maladie systémique) pourra entraîner une sécheresse buccale.

1.5. Principales pathologies bucco-dentaires des personnes âgées

1.5.1. Les différents types de bouches

1.5.1.1. Bouche sèche

La xérostomie ou sécheresse de la bouche est la conséquence d'une sécrétion salivaire insuffisante ou d'une absence totale de salive. Celle-ci se traduit par des lésions objectives au niveau des muqueuses buccales et des dents. C'est un motif fréquent de consultation mais elle est parfois constatée lors d'un examen clinique réalisé dans un autre contexte, le patient pouvant tolérer le symptôme.

La prévalence de la xérostomie augmente avec l'âge et est d'environ 30% chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les médicaments sont les causes les plus courantes de la xérostomie car la plupart des personnes âgées prennent au moins un médicament qui affecte la fonction de la salivation (Gupta 2006).

Les autres causes de la xérostomie chez les personnes âgées peuvent-être diverses : la radiothérapie de la tête et du cou entraîne une altération sévère du parenchyme des glandes salivaires situées dans le champ de radiation avec une destruction irréversible glandulaire. Le syndrome de Gougerot-Sjögren ou syndrome sec est la maladie la plus courante qui cause la xérostomie chez les personnes âgées (Gupta 2006). C'est une maladie auto-immune qui se caractérise par une infiltration de lymphocytes au niveau des glandes salivaires et lacrymales, entraînant un hypofonctionnement. La déshydratation, des vomissements, diarrhées peuvent également entraîner une hyposalivation. La bouche sèche est une plainte fréquente chez les patients diabétiques. Les causes psychogènes comme l'anxiété, la dépression, le stress chronique sont également une cause de xérostomie.

Les conséquences de la sécheresse de la bouche sont nombreuses et il en résulte un retentissement psychologique parfois important, pouvant aller jusqu'à un état dépressif :

- Soif
- Difficultés de la fonction orale
- Dysphagie
- Discours altéré
- Difficultés à porter des prothèses dentaires
- Gêne buccale nocturne
- Infections oropharyngées
- Accumulation de mucus
- Rétention alimentaire dans la bouche
- Accumulation de plaque
- Modifications de la flore microbienne buccale
- Caries associées à l'hyposalivation
- Troubles du goût

1.5.1.2. Bouche malodorante

La mauvaise haleine ou halitose est une odeur désagréable produite par l'air que l'on expire par le nez ou la bouche.

La bouche contient naturellement des bactéries qui se nourrissent de protéines. La dégradation de celles-ci par les bactéries libère des composés sulfurés volatils qui sont malodorants lorsqu'ils sont présents en quantité trop importante dans la bouche. 60% des

bactéries de la cavité buccale se trouvent à la surface de la langue, celle-ci est donc responsable d'une grande partie des cas de mauvaise haleine d'origine buccale (AMELI 2021).

Les étiologies de l'halitose sont variées ; la majeure partie des problèmes de la mauvaise haleine sont associés à une pathologie ou à une mauvaise hygiène buccodentaire (enduit lingual, pathologie parodontale, lésion de la muqueuse buccale comme des aphtes, candidoses, tumeurs… mais également le port de prothèses mal entretenues, l'accumulation de plaque dentaire ou bien les troubles salivaires). D'autres étiologies peuvent être incriminées comme le tabagisme, certains aliments ou certaines boissons mais également certaines pathologies comme des infections de la sphère ORL, des pathologies gastro-intestinales, hépatiques, insuffisance rénale…

On distingue les halitoses vraies des pseudo halitoses ou halitophobie (personnes dont l'haleine est normale mais qui pourtant la perçoivent comme fétide). Dans les halitoses vraies, certaines sont physiologiques dues à l'ingestion de certains aliments (ail, choux fleur, épices…) ou bien à la consommation de tabac, café, alcool et d'autres sont pathologiques (Bisson et Buxeraud 2016).

1.5.1.3. Bouche douloureuse

La douleur est due à la stimulation des terminaisons nerveuses en cas d'infiltration tumorale, d'ulcération et d'infection. La douleur peut faire suite à une radiothérapie ou une chimiothérapie (mucite) mais elle peut également être due à une ulcération, une atrophie, une inflammation, une candidose, des aphtes.

1.5.2. Pathologies de la gencive et du parodonte

On distingue deux types de pathologies :

- Les gingivites qui atteignent le parodonte superficiel (les gencives)
- Les parodontites qui entraînent une altération du parodonte profond

1.5.2.1. Les gingivites

La gingivite est le premier stade de l'inflammation des gencives. Lorsque l'hygiène bucco-dentaire des sujets âgés est défectueuse, leurs gencives deviennent rouges et gonflées, et saignent facilement. Cela est dû à la formation de plaque dentaire et de tartre. (Bernard 2016).

Figure 3. Dent saine en comparaison à une gingivite et une maladie parodontale, d'après https://asds.fr/maladies-des-gencives-nice/

L'insuffisance d'hygiène est le facteur majeur favorisant l'apparition de gingivites. Des protéines salivaires, des déchets alimentaires, des bactéries se fixent sur les dents formant une pellicule que l'on appelle la plaque dentaire. Non contrôlé, ce dépôt va s'infiltrer entre les dents et les gencives. Les sels minéraux contenus dans la salive vont ensuite se déposer sur la plaque pour former du tartre (VIDAL 2022a).

Certaines maladies générales comme le diabète, la malnutrition, les hémopathies peuvent également être responsables de gingivites, de même que la consommation d'alcool ou de tabac. Des causes médicamenteuses (par exemple des médicaments qui assèchent la bouche) doivent-être également recherchées.

1.5.2.2. Les parodontites

La parodontite est la pathologie évolutive des gingivites. Si l'inflammation perdure, il en résulte une destruction des tissus de soutien de la dent (os alvéolaire, gencive, attache épithéliale, cément). L'inflammation peut s'accompagner d'une récession gingivale, d'une mobilité des dents, de la formation de poches parodontales, d'une halitose, des épisodes infectieux aigus…

La pathologie peut évoluer dans les formes les plus graves jusqu'à l'expulsion de la dent ou bien l'apparition d'abcès dentaire d'origine parodontale.

Chez le sujet âgé, les facteurs favorisant l'apparition de parodontite sont nombreux, le premier facteur est la plaque dentaire du fait de l'insuffisance d'hygiène buccale. Des maladies comme le diabète, l'hypothyroïdie, la dénutrition… peuvent aggraver une infection parodontale. Des études ont suggéré que ces maladies seraient associées à certaines pathologies comme le déséquilibre d'un diabète ou une athérosclérose (Belmin et al. 2018).

Les maladies parodontales sont parfois indolores jusqu'à un stade avancé et peuvent donc se développer à bas bruit, cependant certains signes visibles permettent d'identifier ces maladies comme le saignement, l'inflammation de la gencive, la mauvaise haleine, le déchaussement et la mobilité dentaire.

1.5.3. Pathologies de la dent

1.5.3.1. Les caries dentaires

Les caries sont des cavités creusées dans les dents par l'action de substances acides sécrétées par les bactéries qui forment la plaque dentaire (VIDAL 2020).

Cela conduit à la destruction progressive des tissus dentaires et à l'inflammation (d'abord réversible puis irréversible) de la pulpe. Il arrive ensuite une nécrose de la dent et un envahissement bactérien de l'ensemble du volume pulpaire de la couronne et de la racine. En

l'absence de traitement, l'évolution peut se faire vers des complications qui aboutissent à la perte de dents et à des problèmes infectieux.

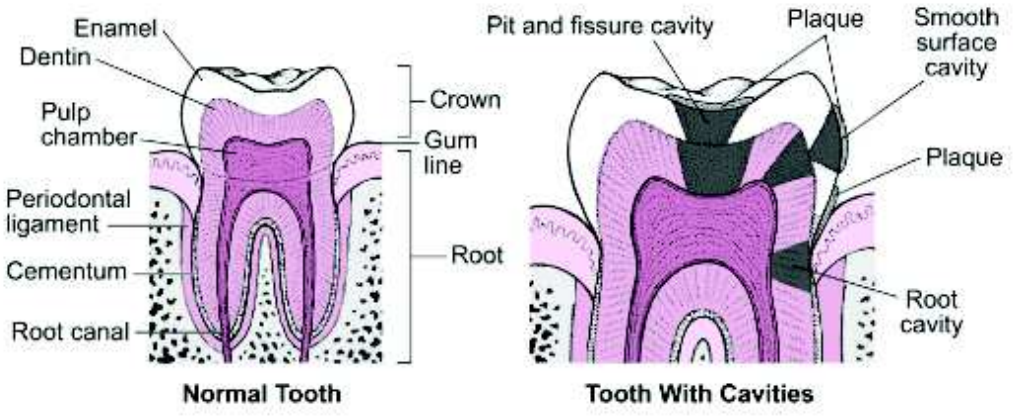


Figure 4. Comparaison d'une dent saine et d'une dent avec des caries, d'après https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dentaires/pathologies-dentaires-fr%C3%A9quentes/caries

On distingue deux types de lésions carieuses :

- Les caries coronaires qui débutent par l'atteinte de l'émail puis s'étendent en profondeur avec une atteinte progressive de la dentine, de la pulpe puis du parodonte.

- Les caries radiculaires (caries du collet) qui se développent sur les surfaces des racines, recouvertes de cément qui sont exposées dans la cavité buccale à la suite de la rétraction gingivale. Celles-ci sont fréquemment observées chez les sujets âgés pour plusieurs raisons : la dénudation des racines ; la présence de plaque dentaire ainsi que le port de prothèses dentaires mal adaptées ; la diminution du flux salivaire ; la diminution de la qualité du brossage des dents en raison de problèmes articulaires ou de maladies entraînant une perte progressive de la mémoire ; l'alimentation ; la fréquence et le moment de l'ingestion de sucres. Les caries du collet doivent être soignées rapidement car leur évolution vers la pulpe de la dent (le nerf de la dent) est rapide du fait de la faible épaisseur de la dent dans cette zone.

1.5.3.2. L'hypersensibilité dentaire

L'hypersensibilité dentaire se traduit par une douleur intense au niveau de la dent. Cette douleur est parfois si désagréable qu'elle peut entraîner des conséquences sur la qualité de vie des patients.

Les douleurs peuvent apparaître sous divers stimuli : thermiques (boissons fraîches, thé chaud…), chimiques (acidité alimentaire, certains gels de blanchiment) et mécaniques (brossage des dents excessif) (Buxéraud et Huck 2016).

L'hypersensibilité dentinaire est la plupart du temps la conséquence d'une récession gingivale ou d'une usure de l'émail des dents. Les causes de l'hypersensibilité dentinaire en raison de l'usure de l'émail sont à rechercher dans trois processus : l'érosion des dents, l'abrasion dentaire ou l'exposition de la dentine au niveau de la racine (Pierre Fabre ORAL CARE).

Dans plusieurs études réalisées les patients souffrant d'hypersensibilité dentinaire se situent préférentiellement dans une tranche d'âge comprise entre 30 et 50 ans, néanmoins des patients de tous âges sont susceptibles de présenter des dents atteintes d'hypersensibilité (Leduc 2013).

1.5.4. Les pathologies des muqueuses buccales

1.5.4.1. Les candidoses buccales

Les candidoses buccales sont des infections opportunistes dues à la prolifération d'un champignon présent naturellement dans la flore commensale de la cavité buccale : le *Candida Albicans*. Celui-ci se multiplie facilement quand les défenses immunitaires sont abaissées (par une pathologie ou bien un traitement) et/ou quand le milieu buccal est modifié. La présence de caries, de maladies parodontales ou encore la perte de dents associée ou non au port d'une prothèse amovible entraînent une acidification du milieu buccal, ce qui est favorable à la prolifération du champignon. Des facteurs généraux comme la malnutrition, des carences

vitaminiques, des médicaments, des pathologies générales, une hyposialie…peuvent provoquer des candidoses buccales (Dupuis et Léonard 2010).

On distingue plusieurs formes cliniques de candidoses, mais les plus fréquentes chez les personnes âgées sont :

- La stomatite prothétique : elle se caractérise par une lésion érythémateuse située immédiatement au contact de la prothèse dentaire et est localisée principalement à la voute du palais ou à la gencive.

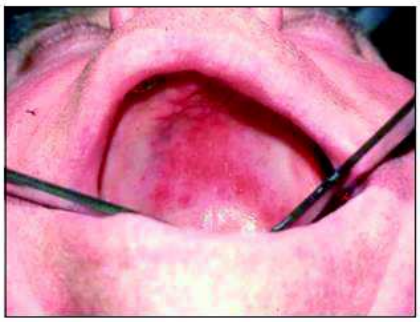


Figure 5. Forme clinique de candidose buccale : stomatite prothétique, d'après l'article « Oropharyngeal candidiasis in elderly patients »

- La glossite érythémateuse atrophique : à l'examen, la muqueuse parait luisante, rouge, douloureuse et la langue est plus ou moins dépapillée. Elle peut s'accompagner de sécheresse buccale, de douleurs à type de cuisson, de gène à la mastication. L'érythème se situe à la face dorsale de la langue, la voute du palais et la face interne des joues. (Laurent et al. 2011)

Figure 6. Forme clinique de la candidose buccale : glossite érythémateuse atrophique, d'après l'article « Oropharyngeal candidiasis in elderly patients »

- La chéilite angulaire ou perlèche : c'est une candidose limitée aux plis des commissures labiales. Elle se présente sous la forme d'une fissure de la commissure

labiale avec un pli à fond rouge et est fréquemment associée à une stomatite sous prothèse dentaire. La perlèche est fréquente chez les sujets âgés dont les rides et les joues tombantes accentuent le pli commissural et la macération, en cas d'édentement et sous port de prothèse. Elle peut être associée à une hyposialie et saigner à l'ouverture de la bouche (Bernard 2016).

Figure 7. Forme clinique de candidose buccale : perlèche, d'après l'article « Oropharyngeal candidiasis in elderly patients »

- Le muguet : il se caractérise par la présence de dépôts blanchâtres ou crémeux sur la muqueuse qui peut être érythémateuse. Les dépôts blanchâtres peuvent être diffus sur la langue, les gencives, le palais et les joues. Les dépôts se détachent facilement au brossage. L'atteinte œsophagienne, plus rare est souvent une extension de la candidose buccale chez la personne âgée.

1.5.4.2. Autres altérations de la muqueuse buccale

La pathologie la plus fréquente chez les sujets âgés est la Candidose buccale mais les autres affections de la muqueuse buccale sont nombreuses : ulcérations, herpès, papillome… Chez la personne âgée comme chez d'autres, certaines lésions de la muqueuse buccale peuvent se compliquer en carcinome.

Les ulcérations sont souvent liées à la présence d'une prothèse amovible qui est mal adaptée en bouche. Elles peuvent être aussi dues à un crochet mal ajusté ou encore à une couronne ancienne mal ajustée. Il faut être vigilant car la douleur n'est que rarement verbalisée par le patient (Gauzeran et Saricassapian 2013).

1.5.5. Pathologies buccodentaires associées à la prise de médicaments

Les personnes âgées sont souvent polymédiquées et de très nombreux médicaments peuvent être responsables d'effets indésirables au niveau de la cavité buccale. Les manifestations de ces médicaments peuvent atteindre tous les tissus : muqueuses, glandes salivaires, os, dents. Les trois effets indésirables les plus fréquents sont la xérostomie, la dysgueusie et la stomatite (UFSBD 2022a).

1.5.5.1. Médicaments et sécheresse buccale

Jusqu'à 80% des sécheresses buccales observées chez les personnes âgées de 65 ans et plus seraient d'origine médicamenteuse (Belmin et al. 2018). Plus de 400 médicaments peuvent-être responsables de xérostomie. On citera dans le tableau ci-dessous les médicaments qui sont les plus fréquemment prescrits responsables de sécheresse buccale en administration prolongée.

Médicaments du système nerveux central

Antipsychotiques	Olanzapine, clozapine, tiapride, lithium, rispéridone
Anxiolytiques et hypnotiques	Benzodiazépines : alprazolam, bromazépam, lorazépam Autres : hydroxyzine, zopiclone, doxylamine
Antidépresseurs	Duloxétine, mirtazapine, fluoxétine, paroxétine, sertraline, citalopram, venlaflaxine, clomipramine
Antiparkinsoniens	Modopar, sélégiline, lisuride, bromocriptine,

Médicaments cardiovasculaires

Anti-arythmiques	Flécainide
Antihypertenseurs centraux	Rilménidine, clonidine
Alpha-1-bloquants	Prazosine, urapidil

Bêta-bloquants	Acébutolol, aténolol, bisoprolol, propranolol
Inhibiteurs calciques	Diltiazem, vérapamil, amlodipine, nifédipine
Diurétiques	Furosémide, hydrochlorothiazide, indapamide, spironolactone
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	Enalapril, ramipril, périndopril, captopril
Antagonistes de l'angiotensine 2	Losartan, valsartan, candésartan, irbésartan
Analgésiques et anti-inflammatoires	
Centraux	Morphine, buprénorphine, codéine, tramadol, néfopam
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	Ibuprofène, kétoprofène, diclofénac
Corticoïdes en inhalation	Budésonide, fluticasone
Autres médicaments	
Antiémétiques	Métoclopramide, ondansétron
Antihistaminiques	Cétirizine, loratadine, alimémazine
ORL et bronchodilatateurs	Décongestionnants avec pseudoéphédrine, salbutamol, terbutaline, ipratropium
Urologie	Alfuzosine, tamsulosine
Anti-infectieux	Métronidazole, norfloxacine, ofloxacine, ganciclovir

Tableau 1. Principaux médicaments responsables d'une xérostomie, d'après l'UFSBD

1.5.5.2. Ulcérations de la muqueuse buccale

Des ulcérations orales ont été rapportées comme effets secondaires de nombreux médicaments. Les ulcérations de la muqueuse buccale s'observent souvent après contact entre un médicament caustique et la muqueuse (aspirine, potassium…). Certains médicaments comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les bêtabloquants, médicaments anti-cancéreux… peut favoriser l'apparition d'aphtes.

Les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie peuvent-être responsables de l'apparition de mucites. La mucite est une irritation des muqueuses qui tapissent la cavité buccale. Elle peut conduire à la survenue d'ulcérations (aphtes) dans la bouche. Les facteurs de risque de développer une mucite sont plus élevés chez les personnes âgées. (ROCHE 2020)

1.5.5.3. Ostéonécrose des mâchoires d'origine médicamenteuse

L'ostéonécrose de la mâchoire est une maladie buccale dans laquelle l'os de la mâchoire est à découvert. Elle se présente sous la forme d'une lésion buccale jaunâtre, est plus ou moins douloureuse. Elle a été initialement décrite avec les Biphosphonates mais a été rapportée également avec d'autres molécules comme le dénosumab, le sunitinib, le bévacizumab. L'avancée en âge est un facteur de risque de développer une ostéonécrose de la mâchoire.

De nombreux cas d'ostéonécrose de la mâchoire ont été rapportés depuis quelques années chez des patients traités par Biphosphonates. Ce sont des médicaments qui sont utilisés par voie orale (dans le traitement de l'ostéoporose ou bien la maladie de Paget) ou par voie intra veineuse (dans le traitement des hypercalcémies malignes). La majorité des cas rapportés étaient traités par Biphosphonates IV dans le cadre d'une pathologie maligne, mais certains étaient également traités par Biphosphonates par voie orale dans le cadre du traitement de l'ostéoporose. (AFSSAPS 2007)

1.6. Répercussion sur la santé générale

1.6.1. Pathologies bucco-dentaires et nutrition

Chez la personne âgée, l'apparition d'une dénutrition peut être associée à plusieurs facteurs et dépend de l'état de santé général de la personne, de son statut socio-économique, de ses habitudes alimentaires et de son état dentaire. Le vieillissement de la cavité dentaire et les pathologies qui y sont associées entraînent une diminution du potentiel masticatoire et vont donc influencer le type d'alimentation de la personne âgée.

En dehors de toute pathologie, l'atrophie de la muqueuse buccale au cours du vieillissement et la perte de masse musculaire striée liée à l'âge expliquent l'éviction de certains aliments durs et riches en fibres.

La diminution de la sécrétion salivaire peut être à l'origine de difficultés à s'alimenter, particulièrement avec les aliments durs ou secs et cela entraîne des perturbations dans la constitution du bol alimentaire qui sont susceptibles de compromettre le statut nutritionnel.

Les pathologies parodontales sont associées à des douleurs et des mobilités dentaires qui sont susceptibles de perturber la fonction masticatoire et l'inflammation gingivale peut participer à l'altération des réserves énergétiques de sujets déjà fragiles (Bodineau-Mobarak et al. 2008). Les personnes atteintes d'une maladie parodontale sévère ont un IMC plus faible que les autres (Saremi et al. 2005).

Il a été démontré dans une étude que la fonction masticatoire s'est avérée altérée chez les personnes qui ont des prothèses partielles complètes ou amovibles par rapport à celles dont la dentition est intacte. La perte de dents a été associée à des changements dans les préférences alimentaires et aux carences nutritionnelles chez les personnes âgées. Il a été constaté que les porteurs de prothèse ont tendance à réduire leur consommation de crudités et de salades, qui sont des aliments sources de nombreuses vitamines et minéraux essentiels. Dans une étude, il a été montré que les apports moyens de plusieurs nutriments (thiamine, fer, acide folique, vitamine A et carotène) des personnes avec prothèse complète étaient significativement inférieurs à ceux des personnes avec prothèses partielles ou une dentition intacte (Krall et al. 1998).

1.6.2. Maladies parodontales et pathologies systémiques

1.6.2.1. Maladies cardiovasculaires

Il a été établi un lien entre la santé dentaire et la survenue d'infarctus du myocarde. Le risque de survenue de maladie cardiovasculaire est plus élevé chez des personnes atteintes d'une maladie parodontale. L'origine serait la parodontite qui permettrait le passage permanent de bactéries et de médiateurs de l'inflammation vers la circulation générale. Toutefois, l'association entre maladies parodontales et maladies cardiovasculaires varie selon le sexe et les tranches d'âge et ne semble pas être retrouvée chez les sujets âgés de plus de 65 ans (TOGO et al. 2018).

Il y a également un lien entre maladie parodontale et endocardite infectieuse, en particulier chez les malades souffrant d'une cardiopathie valvulaire à haut risque. L'endocardite est précédée par une bactériémie qui peut être provoquée par un acte thérapeutique invasif (par exemple un détartrage) mais également par une infection focale ou l'aggravation de la parodontite elle-même (BUXERAUD 2017).

1.6.2.2. Diabète

Le diabète et la parodontite ont une relation à double sens : le diabète est un facteur de risque de parodontite mais la parodontite pourrait également avoir un rétrocontrôle négatif sur le contrôle glycémique (Preshaw et al. 2012).

L'infection parodontale majore l'insulino-résistance ; ceci s'explique par l'élévation du taux des médiateurs pro-inflammatoires systémiques (TNF alpha, interleukines…) qui exacerbent la résistance à l'insuline et par la bactériémie chronique qui accompagne les parodontites.

Un diabète mal équilibré peut faire suspecter l'existence d'un foyer infectieux évoluant à bas bruit, en particulier au niveau bucco-dentaire. Ces infections favorisent l'hyperglycémie et la chronicisent, il est donc primordial de les traiter (BUXERAUD 2017).

1.6.2.3. Infections broncho-pulmonaires

Toute infection parodontale est associée à l'augmentation du risque d'infection pulmonaire et peut surinfecter une pathologie pulmonaire préexistante. Une étude a montré qu'un mauvais état buccodentaire est significativement associé à une aggravation des bronchopneumopathies chroniques obstructives (Gauzeran 2014).

Deux mécanismes pourraient expliquer les liens entre parodontite et BPCO : la dissémination des bactéries responsables de la parodontite par voie sanguine ou par aspiration de la flore oro-pharyngée vers le tractus respiratoire inférieur ou bien le relargage dans la circulation sanguine des médiateurs chimiques de l'inflammation parodontale, ce qui provoque une augmentation de l'inflammation bronchique.

1.6.2.4. Polyarthrite rhumatoïde

Les maladies parodontales seraient impliquées dans l'étiologie de la polyarthrite rhumatoïde (PR). *Porphyromonas gingivalis,* agent majeur des parodontites pourrait jouer un rôle dans l'apparition et/ou l'aggravation de la PR, car son ADN est souvent retrouvé dans les synoviales d'articulations atteintes de PR. Ce germe élabore de grandes quantités d'enzymes peptidyl-arginine-désiminase (PAD) et pourrait favoriser l'apparition d'anticorps anti-citrulline (une corrélation a été retrouvée entre un taux élevé d'anticorps anti-citrulline et l'incidence des parodontites associées à une PR). Ces anticorps formeraient des complexes immuns au sein des articulations, qui produiraient les atteintes articulaires de la PR (Gauzeran 2014).

2. Enquête officinale

2.1. Introduction

Pour cette étude, un questionnaire ciblant les personnes âgées de plus de 65 ans a été réalisé. Il a ensuite été diffusé dans plusieurs pharmacies, que ce soit en ville ou en campagne.

Le but de cette étude était de voir quelles étaient les habitudes des patients concernant leur hygiène bucco-dentaire mais surtout de comprendre leurs problèmes et leurs difficultés et de voir ainsi quelle place pourrait jouer le pharmacien d'officine et quels conseils pourraient leur être apportés.

2.2. Méthodologie

2.2.1. Questionnaire

Annexe 1

Ce questionnaire a été diffusé dans différentes pharmacies : Oissel, Allouville-Bellefosse, Buchy puis à la pharmacie de Ry durant mon stage de pratique professionnelle de 6ème année.

Il a été conçu pour que les patients puissent y répondre assez facilement ; il comporte 12 questions avec pour la plupart des cases à cocher ou des réponses à entourer. Le but était de créer un questionnaire simple, qui puisse être accessible à tous et d'y intégrer des réponses précises pour ensuite pouvoir mieux cibler les conseils à prodiguer. Il a été imprimé sur une page en recto/verso et demandait environ 5 minutes pour y répondre, voire moins.

Le questionnaire comporte dans une première partie un recueil de données sur le patient, bien qu'il reste entièrement anonyme : sexe et âge, domicile (ville ou campagne), ancienne profession, présence d'une mutuelle ou non.

Plusieurs personnes m'ont aidée à le réaliser (pharmaciens, préparatrices, médecin gériatre) ; l'objectif était de recueillir différents avis pour poser des questions pertinentes en lien avec des demandes ou des conseils qui revenaient souvent au comptoir. Tout d'abord, il

paraissait important de faire un état des lieux de l'offre de soins ; à quelle fréquence les patients allaient-ils chez le dentiste et quelles étaient leurs difficultés s'ils ne consultaient pas régulièrement ? Ensuite, des questions ont abordé l'hygiène buccodentaire en général ; type de brosse à dent, marque de dentifrice, utilisation ou non de bains de bouche… il a également été demandé si les patients avaient régulièrement des problèmes bucco-dentaires et si oui, de quel type. Une question et trois sous questions étaient consacrées aux patients qui disposaient d'une prothèse dentaire. Enfin, il a été demandé aux patients le professionnel de santé qu'ils consultaient en premier lorsqu'ils avaient une problématique bucco-dentaire, ainsi que l'endroit où ils achetaient préférentiellement leurs produits d'hygiène bucco-dentaire.

2.2.2. Recrutement

2.2.2.1. Durée de l'étude

Le questionnaire a commencé à être distribué en novembre 2021 dans différentes pharmacies puis l'enquête s'est poursuivie à la pharmacie de RY à partir du mois de janvier 2022, pour se terminer fin mars 2022. Cependant, la pandémie du SARS-Cov-2 a rendu difficile la distribution des questionnaires aux patients et de prendre le temps d'y répondre avec eux au comptoir.

2.2.2.2. Population de l'étude

Toutes les personnes âgées de plus de 65 ans étaient éligibles au questionnaire. Lorsqu'une personne (homme ou femme) se présentait au comptoir avec une ordonnance ou bien pour un conseil, je pouvais lui proposer de répondre au questionnaire. Le questionnaire étant succinct, la personne pouvait y répondre directement au comptoir.

2.3. Résultats

Au total, 63 questionnaires ont été distribués en pharmacie. Certains patients n'ont pas répondu à toutes les questions.

2.3.1. Profil des patients

La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire étaient des femmes (64,5% contre 35,5% pour les hommes).

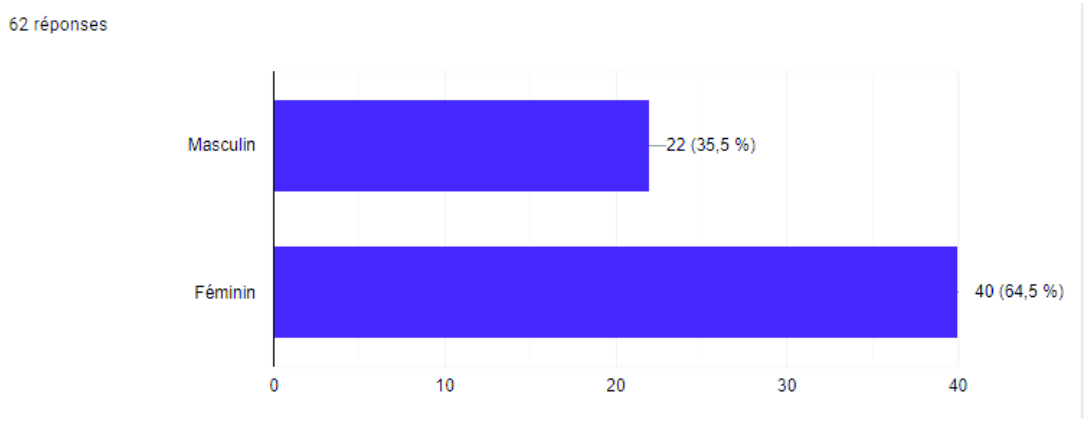


Figure 8. Proportion de femmes et d'hommes ayant répondu au questionnaire

Concernant les âges, la personne la plus jeune ayant répondu n'avait pas encore 65 ans, et la personne la plus âgée avait 97 ans. L'âge médian était de 74 ans.

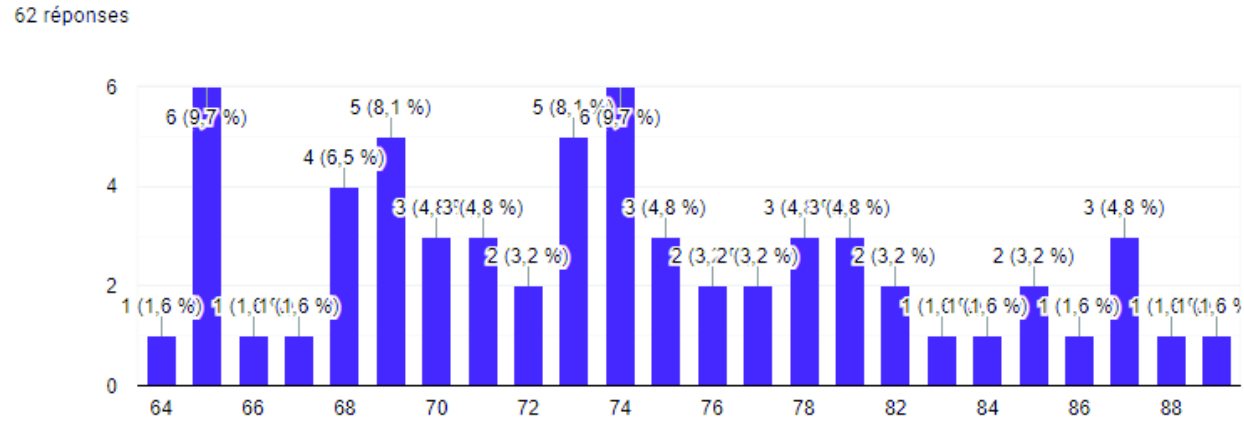


Figure 9. Répartition des âges des personnes ayant répondu au questionnaire

Les données concernant l'ancienne profession n'ont pas été exploitables car la majorité des patients n'y répondait pas (il y a eu seulement 32 réponses sur 63 questionnaires).

Plus de la moitié des personnes ayant répondu habitaient en campagne (55,7% contre 44,3% pour la ville), cela s'explique car la plupart des questionnaires ont été distribués dans des pharmacies de campagne.

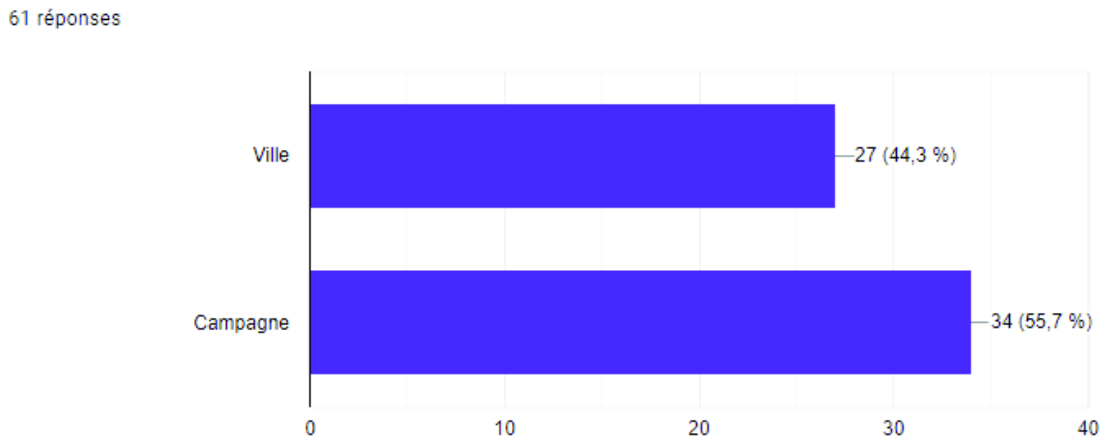


Figure 10. Proportion de personnes habitant en ville ou en campagne

Concernant la présence ou non d'une mutuelle, 100% des personnes ont répondu qu'ils en possédaient une.

2.3.2. Offre de soins

Concernant la question « à quelle fréquence allez-vous consulter le dentiste en l'absence de problème aigu dans le cadre d'un suivi ? » la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire ont coché la réponse « au moins une fois par an » (54%). 18 personnes ont répondu consulter le dentiste tous les deux à trois ans. 12 personnes au total ont répondu consulter le dentiste moins d'une fois tous les trois ans. Certaines personnes qui portaient une prothèse dentaire m'ont confié qu'ils ne voyaient pas l'utilité de consulter le dentiste, n'ayant plus de dents.

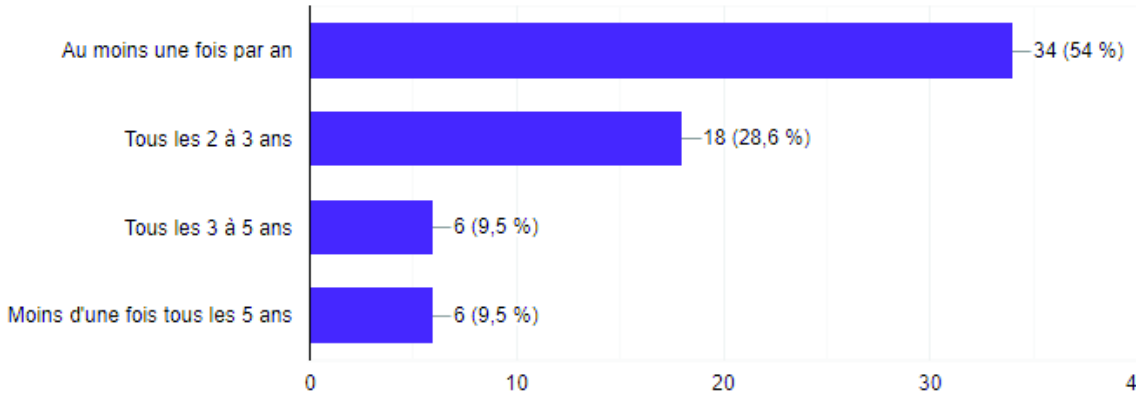


Figure 11. Fréquence à laquelle les personnes ayant répondu au questionnaire consultent le dentiste

La question suivante portait sur les freins à aller chez le dentiste pour les personnes qui n'y allaient pas régulièrement. Il y a eu 29 réponses, et certains ont coché plusieurs items. Les difficultés qui sont le plus souvent revenues étaient le refus des dentistes de prendre des nouveaux patients (27,6%) ainsi que les difficultés à prendre des rendez-vous (41,4%). Une seule personne a coché l'item « absence de dentiste proche de mon domicile », donc le fait d'habiter en ville ou en campagne n'avait pas d'influence sur la consultation chez le dentiste.

En discutant avec certains patients au comptoir, la problématique principale relevée était la prise de rendez-vous ainsi que le fait de trouver un dentiste qui puisse accepter de nouveaux patients.

Quatre personnes ont coché la case « autre », ces personnes ne voyaient simplement pas l'utilité d'aller consulter le dentiste estimant de pas avoir de problèmes buccodentaires et considérant leur hygiène buccodentaire correcte.

Deux personnes qui avaient répondu à la première question aller au moins une fois par an chez le dentiste habituellement ont coché qu'ils avaient rencontré des difficultés à prendre rendez-vous pendant la période du SARS-Cov-2.

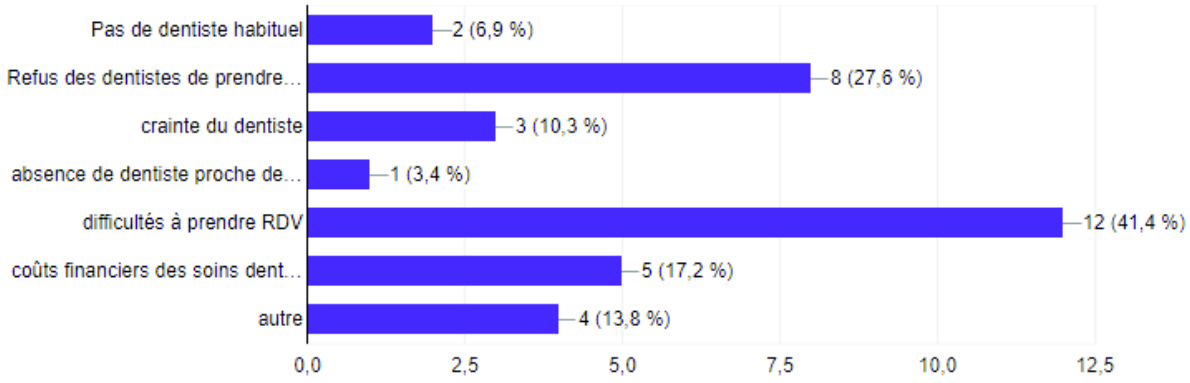


Figure 12. Les différentes difficultés des patients à consulter le dentiste

2.3.3. Patients disposant d'une prothèse dentaire

Une question et quatre sous questions étaient consacrées aux patients porteurs d'une prothèse/ un appareil dentaire. Ces questions semblaient importantes dans le questionnaire car les demandes sont fréquentes au comptoir concernant les prothèses dentaires ; comment bien fixer sa prothèse ? Quels produits utiliser pour la nettoyer ? De plus, les personnes âgées sont très nombreuses à porter une prothèse dentaire.

Pour la première question « disposez-vous d'une prothèse amovible/ d'un appareil dentaire ? » la moitié des patients ayant répondu au questionnaire ont coché la case « oui ».

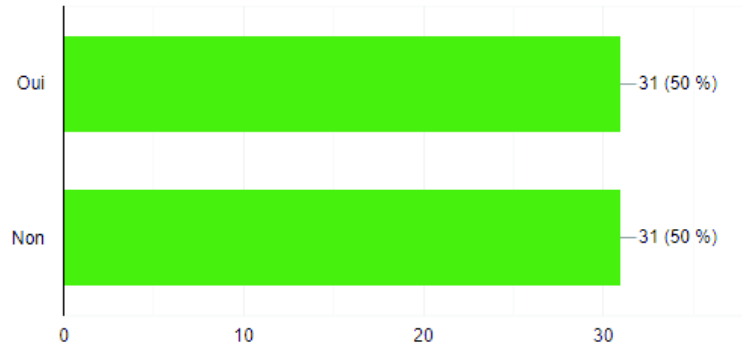


Figure 13. Patients portant ou non une prothèse/ un appareil dentaire

Ensuite, il a été demandé à quelle fréquence les patients portaient leur prothèse dentaire. La majorité des personnes ont répondu la porter jour et nuit. 9 patients ont coché ne porter la prothèse qu'en journée. Aucune personne n'a coché la case « moins souvent et/ou

jamais », il n'y a donc pas eu de réponse à la question suivante qui était « si moins souvent et/ou jamais, préciser pour quelle raison ».

Une personne a ajouté un commentaire à côté de la question en disant qu'elle grinçait des dents la nuit avec son appareil dentaire.

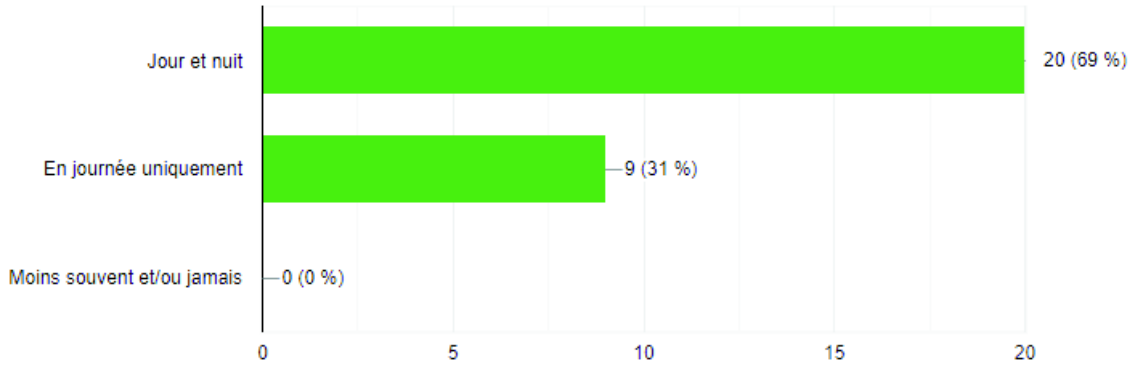


Figure 14. Fréquence à laquelle les patients portent leur prothèse dentaire

La question suivante concernait la fréquence de nettoyage de la prothèse/l'appareil dentaire. La majorité a coché la case « au moins une fois par jour » (86,7%), et les patients me confiaient souvent qu'ils la nettoyaient deux fois par jour (matin et soir). Seulement une seule personne a coché la case « au moins une fois par semaine ».

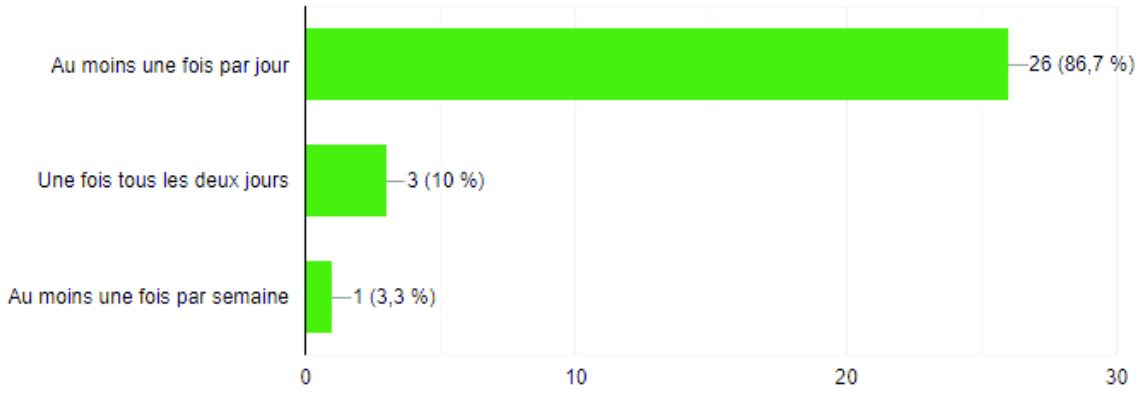


Figure 15. Fréquence à laquelle les patients nettoient leur prothèse dentaire

La dernière question concernait l'entretien de la prothèse/ de l'appareil dentaire. Il était question ici de faire un état des lieux des produits majoritairement utilisés par les patients. Plusieurs items pouvaient être cochés. La majorité a répondu utiliser une brosse à

dent ainsi que du dentifrice. Beaucoup de patients ont également coché utiliser des comprimés effervescents ainsi que du dentifrice et une brosse à dent (certains ont coché brosse à prothèse plutôt que brosse à dent, mais c'est une minorité seulement).

Un patient a coché l'item « autre », il m'a confié qu'il utilisait une brosse à ongle ainsi que de l'eau pour nettoyer sa prothèse dentaire.

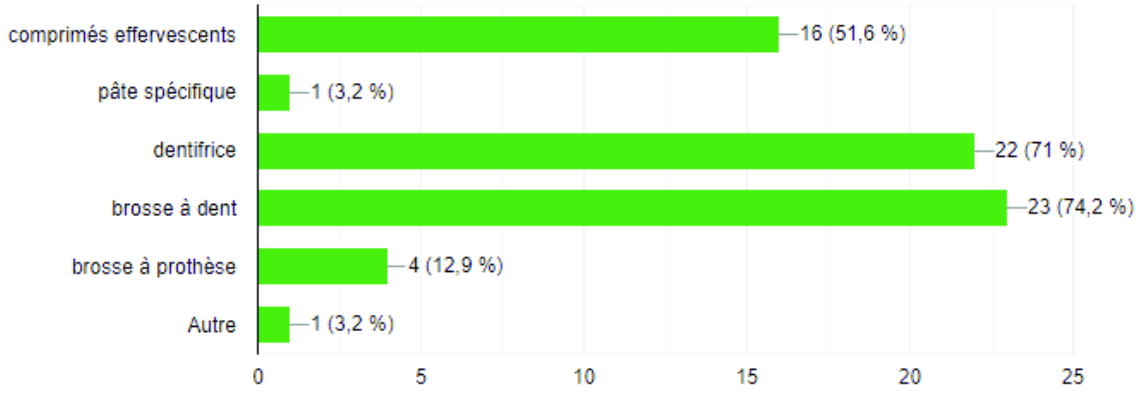


Figure 16. Produits et matériels utilisés par les patients pour nettoyer leur prothèse dentaire

2.3.4. Problèmes buccodentaires des patients

Trois questions étaient consacrées à l'hygiène ainsi que les problématiques bucco-dentaires des patients.

Le but de la première question « que faîtes-vous en premier lorsque vous avez un problème bucco-dentaire ? » était de voir la place que jouait le pharmacien et s'il était souvent sollicité lorsque les patients avaient un problème bucco-dentaire. Une très grande majorité des patients a coché aller consulter le dentiste (74,2%). Certains ont coché plusieurs items. Dans les huit patients qui ont coché « je vais chez mon pharmacien », trois ont coché aussi aller chez le médecin, un a coché aller chez le dentiste. Pour finir, seulement quatre patients ont coché uniquement la case « je vais chez mon pharmacien ».

Concernant les six patients qui ont coché « je m'auto-médique », trois d'entre eux ont également coché la case « je consulte le dentiste ».

Après analyse des résultats, il aurait sans doute été plus pertinent de demander aux patients de numéroter les cases avec le professionnel qu'ils consultaient en premier, puis le second et ainsi de suite.

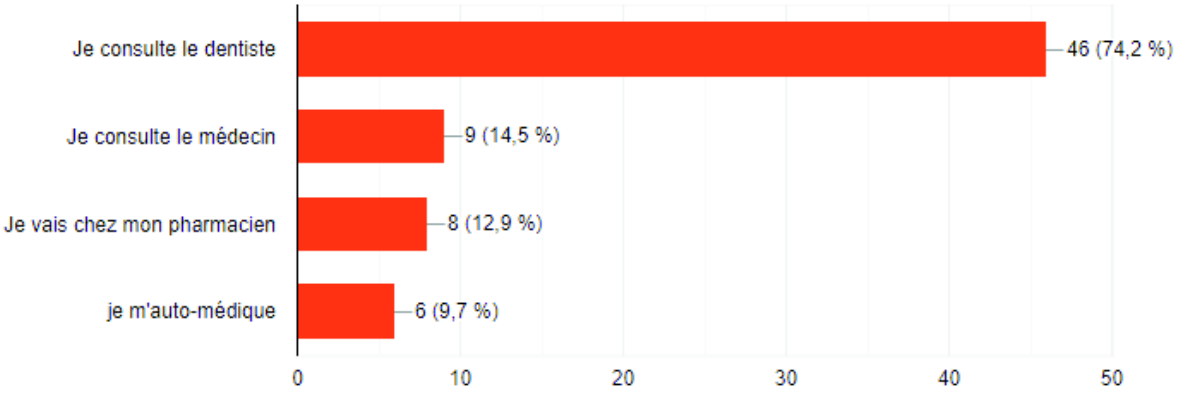


Figure 17. Première chose que font les patients lorsqu'ils ont un souci buccodentaire

Dans la question suivante, il a été demandé aux patients d'entourer une note entre 0 et 10 en fonction de comment ils qualifiaient leur hygiène buccodentaire. La majeure partie a coché la note de 8. Au total, 37 personnes ont coché avoir une hygiène buccodentaire entre 8 et 10, soit plus de la moitié des personnes ayant répondu au questionnaire. 12 personnes ont coché avoir une hygiène buccodentaire inférieure ou égale à 5.

La moyenne de toutes les notes est de 7,58 ce qui signifie que dans l'ensemble les patients considèrent avoir une hygiène buccodentaire correcte.

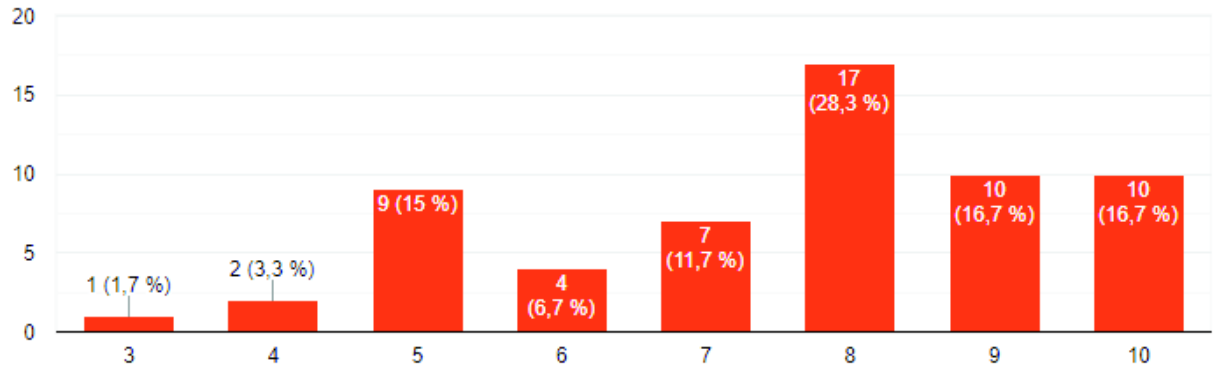


Figure 18. Evaluation par les patients de leur état buccodentaire (note entre 0 et 10)

Ensuite, il a été demandé aux patients s'ils avaient régulièrement des problèmes buccodentaires. La majorité a entouré la case « non » (66,1%) mais 21 personnes ont entouré avoir régulièrement des soucis (33,9%).

Pour les patients qui ont entouré la case « oui », la moyenne des notes qu'ils ont entouré pour qualifier leur hygiène buccodentaire est de 6,76. Pour le restant des patients qui ont coché la case « non », la moyenne de leurs notes est de 7,63, elle est donc légèrement plus élevée. Cependant, les notes ont été très aléatoires et certaines personnes qui ont coché avoir régulièrement des problèmes bucco-dentaires ont qualifié leur hygiène bucco-dentaire comme excellente avec des notes de 10/10.

Sur les 21 patients qui ont entouré la case « oui », 10 sont porteurs d'une prothèse dentaire soit pratiquement la moitié des patients.

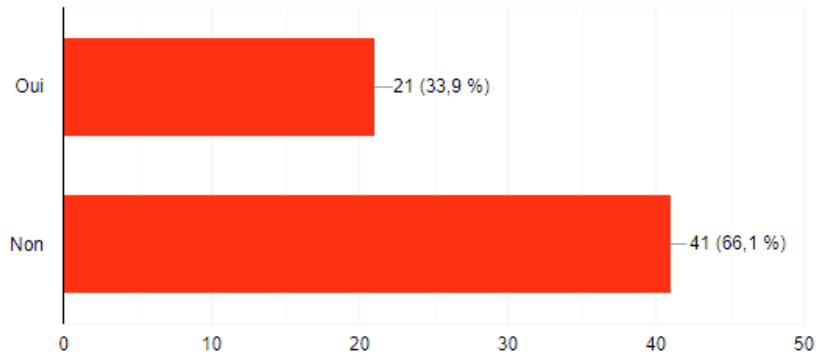


Figure 19. Part des patients ayant ou non des problèmes buccodentaires régulièrement

Pour les personnes ayant coché « oui » à la question précédente, il leur a été demandé quel était le type de problème bucco-dentaire qu'ils avaient fréquemment. Plusieurs items pouvaient être cochés à cette question.

Les réponses ont été assez aléatoires, la majeure partie a coché la case « mauvaise dentition : douleurs, dents cassées, dents manquantes, caries… ».

Pour les patients avec qui j'ai eu le temps de discuter au comptoir, certains se plaignaient de saignements qui étaient dus aux anticoagulants.

Une personne a coché la case « mauvaise haleine » et a écrit à coté qu'elle salivait beaucoup.

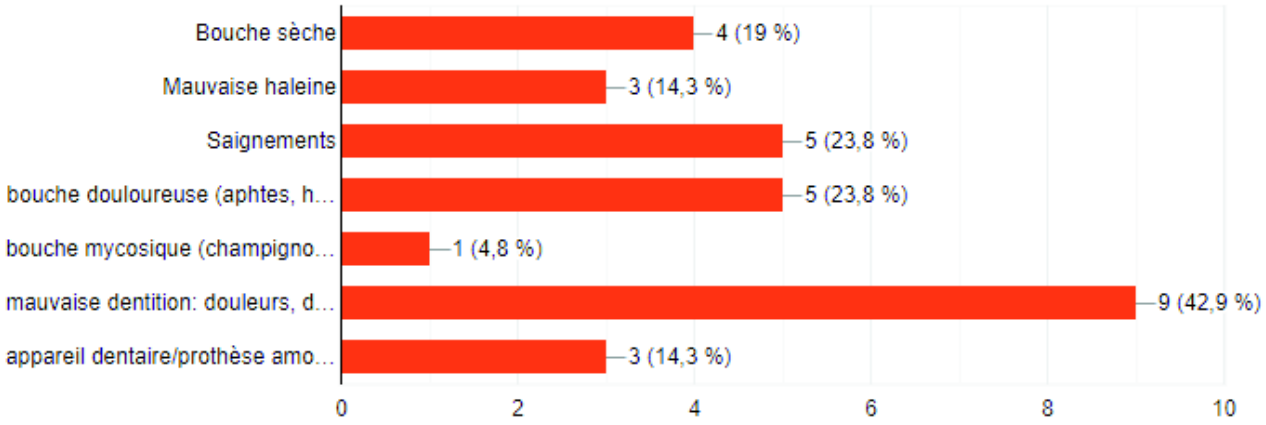


Figure 20. Problèmes bucco-dentaires les plus fréquemment rencontrés chez les patients

2.3.5. Hygiène bucco-dentaire en général et produits utilisés

Le reste des questions posées dans le questionnaire concernait principalement les produits d'hygiène bucco-dentaire des patients ainsi que les marques utilisées.

2.3.5.1. Brosse à dent

Il leur a été demandé dans un premier temps quel type de brosse à dent ils utilisaient (manuelle ou bien électrique). 47 personnes ont coché la réponse « manuelle » et 12 ont coché avoir une brosse à dent électrique. 1 patient a coché les deux réponses car il utilisait les deux types de brosses à dent.

Pour compléter la question sur les brosses à dent, il a été demandé aux patients s'ils utilisaient plutôt une brosse à dent souple ou medium. La majorité a répondu utiliser une brosse à dent medium (61,1%). Les patients disposant d'une prothèse dentaire ont majoritairement coché la case médium. Certains patients qui ont coché avoir des saignements utilisent également une brosse à dent medium, ce qui n'est pas adapté dans leur cas.

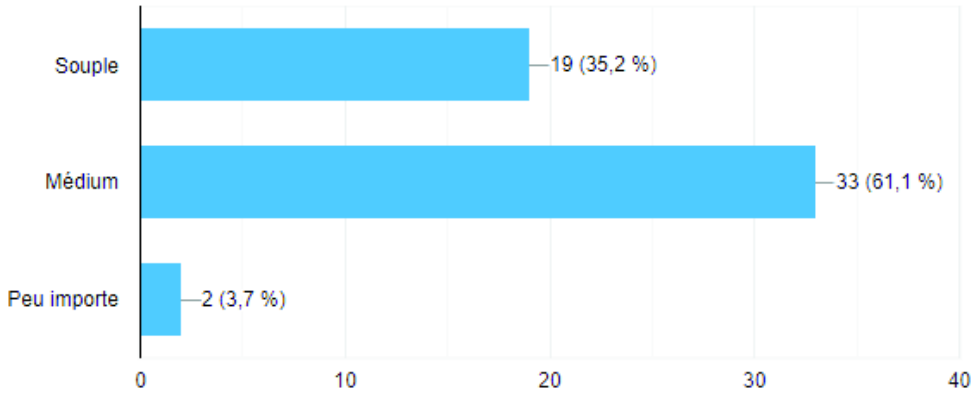


Figure 21. Type de brosse à dent utilisée par les patients

2.3.5.2. Bains de bouche

Ensuite, trois questions étaient consacrées aux bains de bouche. Tout d'abord, il a été demandé aux patients s'ils utilisaient régulièrement des bains de bouche. Il y a eu 59 réponses au total ; 27 patients ont coché la case « oui » et 33 patients ont coché la case « non ».

Sur les 21 personnes qui ont coché avoir régulièrement des problèmes bucco-dentaires, 14 ont coché utiliser régulièrement des bains de bouche, soit plus de la moitié des patients (66,6%)

Concernant les 31 patients disposant d'une prothèse dentaire, 13 ont coché utiliser des bains de bouche régulièrement, soit un peu moins de la moitié des patients.

Pour les personnes ayant coché la case « oui », il leur a été demandé à quelle fréquence ils utilisaient des bains de bouche. Il a été coché en majorité « uniquement lorsque j'ai des soucis buccodentaires » (40% des patients), mais 8 patients ont coché qu'ils utilisaient des bains de bouche au moins une fois par jour.

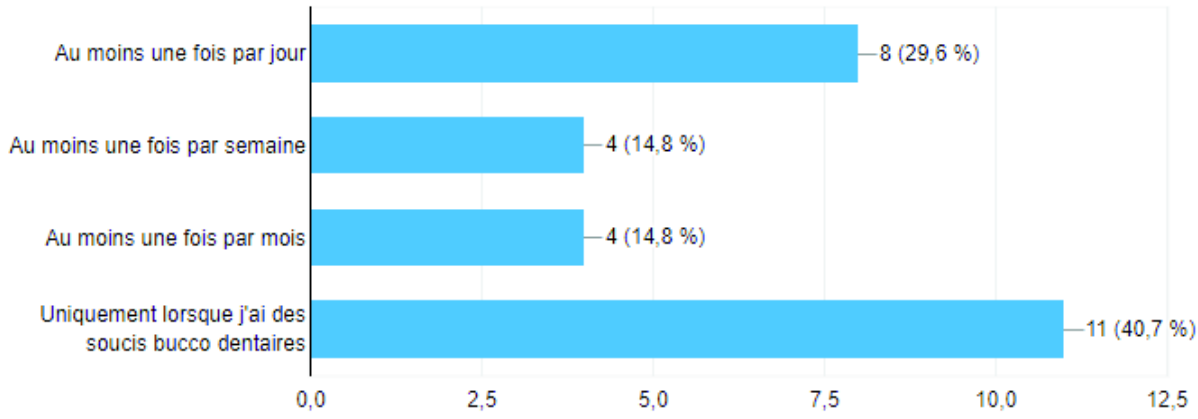


Figure 22. Fréquence d'utilisation des bains de bouche par les patients

Pour finir, il paraissait intéressant de demander aux patients quelle(s) marque(s) de bain de bouche ils utilisaient préférentiellement. Cela paraissait d'autant plus important pour les patients qui avaient coché utiliser des bains de bouche tous les jours. Malheureusement, beaucoup de patients n'ont pas répondu à cette question car ils ne se souvenaient plus du nom du bain de bouche qu'ils utilisaient. Il y a eu en tout 14 réponses. Au total, 6 marques sont ressorties avec en majorité l'Hextril®, suivi de l'Eludril®.

Dans les huit personnes qui ont coché à la question précédente « au moins une fois par jour », quatre ont noté les marques de bain de bouche qu'ils utilisaient. Deux personnes ont noté utiliser de l'Hextril®, une du Paroex® et la dernière de l'Elmex®.

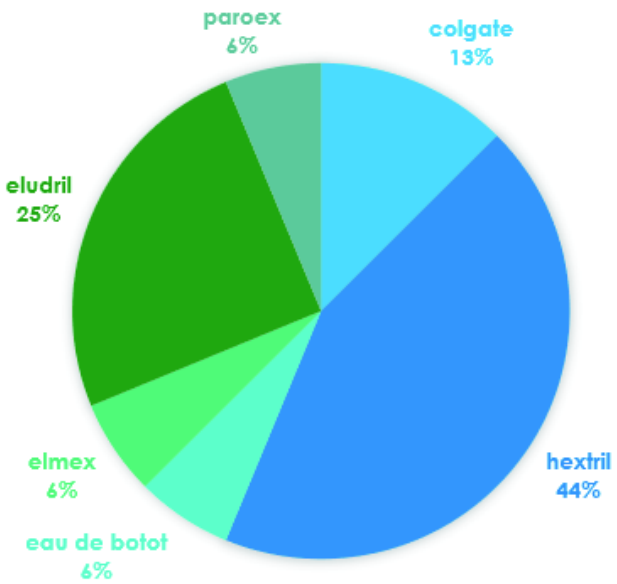


Figure 23. Les différentes marques de bains de bouche utilisées par les patients

2.3.5.3. Dentifrice

Le dentifrice est un outil indispensable pour une bonne hygiène buccodentaire. Il a été demandé aux patients quelle(s) marque(s) de dentifrice(s) ils utilisaient. Sur les 63 questionnaires récupérés, 45 personnes ont répondu à cette question (certaines personnes ont noté plusieurs marques de dentifrice). Les patients qui n'ont pas répondu ne se rappelaient plus le nom du dentifrice qu'ils utilisaient.

Les réponses ont été assez aléatoires, les dentifrices qui sont le plus ressortis sont le Colgate® et le Fluocaril®.

Assez peu de questionnaires ont été distribués à la pharmacie de RY durant mon stage de 6ème année mais à en constater les demandes des clients, le dentifrice Arthrodont® ainsi que le Parondontax® sont beaucoup utilisés.

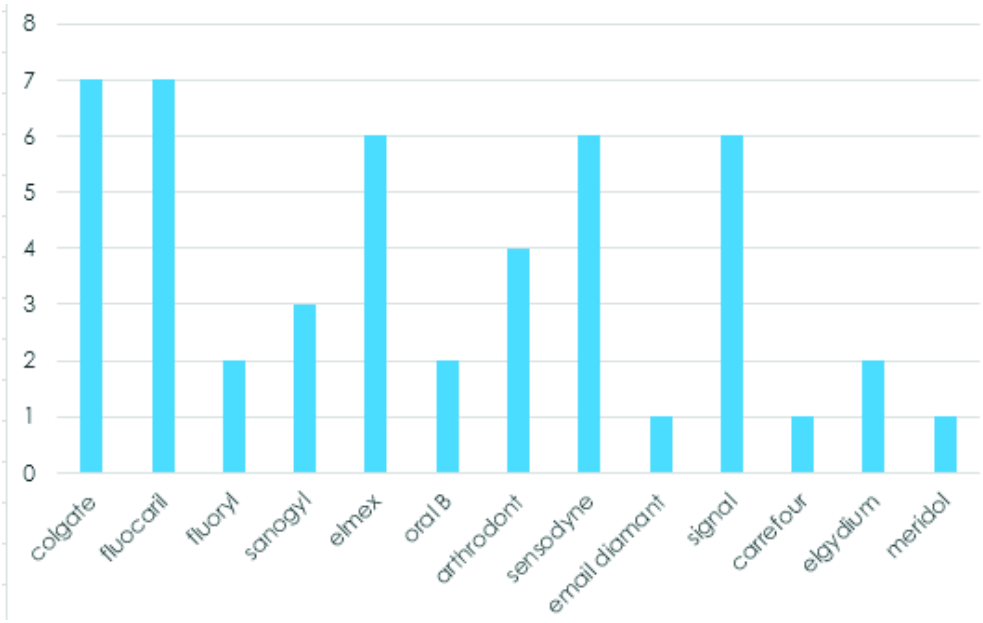


Figure 24. Les différentes marques de dentifrices utilisées par les patients

Pour finir, à la question « pensez-vous que le dentifrice que vous utilisez est adapté à votre hygiène buccodentaire ? » 59 personnes ont répondu. La majorité (76,3%) a coché la case « oui », seulement deux personnes ont coché « non ». Pour ces deux personnes, l'une a

noté utiliser comme dentifrice la marque signal®, et l'autre a noté « divers ». Pour les patients qui ont coché « je ne sais pas », 6 n'ont pas répondu à la question sur les marques de dentifrices. Pour les 6 autres personnes, trois ont noté utiliser du signal®, une du Sanogyl®, une de l'Elgydium® et une de l'Elmex®.

2.3.5.4. Brossettes interdentaires

Les brossettes interdentaires sont des accessoires qui sont souvent moins connus que les outils indispensables pour une bonne hygiène buccodentaire comme le dentifrice, les bains de bouche, les brosses à dent…Cependant, elles sont très utiles au quotidien pour éviter certains désagréments ainsi que le développement de maladies qui pourrait fragiliser les dents et les gencives.

Il a donc été demandé aux patients s'ils utilisaient ou non des brossettes interdentaires. 53 personnes ont répondu à cette question. 73,6% des patients ont répondu ne pas utiliser de brossettes interdentaires. Sur les 14 patients qui ont coché la case « oui », cinq sont porteurs d'une prothèse/un appareil dentaire.

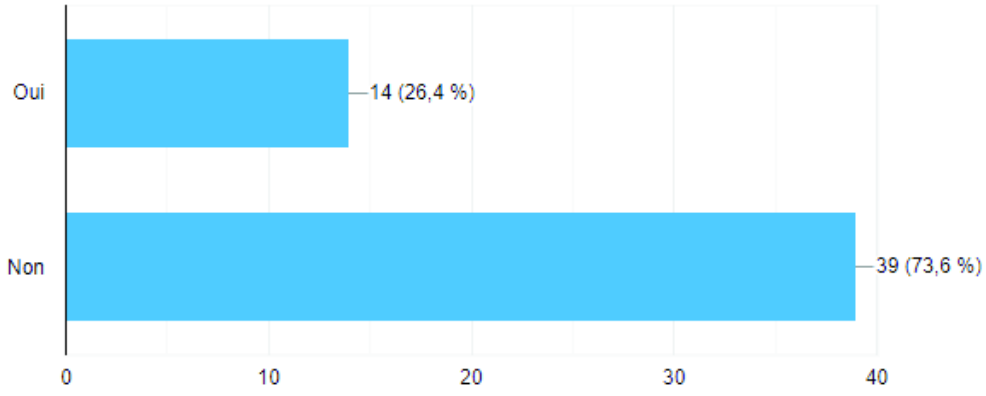


Figure 25. Part des patients qui utilisent ou non des brossettes interdentaires

2.3.5.5. Achat des produits d'hygiène buccodentaire

Pour finir avec le questionnaire, il a été demandé aux patients le lieu préférentiel d'achat de leurs produits d'hygiène bucco-dentaire. Cette question semblait pertinente pour voir la place du pharmacien et s'il jouait un vrai rôle pour les conseils à donner aux patients dans le choix de leurs produits.

61 personnes ont répondu à cette question. La majorité a coché aller acheter ses produits d'hygiène buccodentaire au supermarché (44,3%), cependant une part importante des patients a coché « à la pharmacie » (32,8%). 23% des patients ont coché acheter leurs produits au supermarché ainsi qu'à la pharmacie.

Pour les patients porteurs de prothèses, 13 ont coché aller au supermarché contre 9 à la pharmacie, 7 ont coché « les deux ».

Concernant les patients ayant régulièrement des problèmes buccodentaires, 9 ont coché aller acheter leurs produits au supermarché, 8 ont coché la pharmacie et 3 « les deux ».

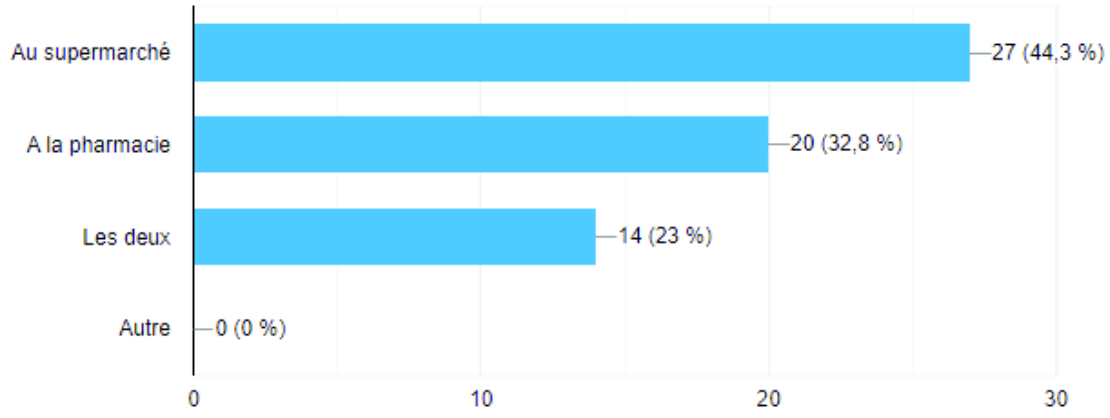


Figure 26. Lieu(x) où les patients achètent leurs produits d'hygiène buccodentaire

2.4. Discussion

Tout d'abord, il est important de souligner que l'épidémie du SARS-Cov-2 a rendu plus compliquée la distribution de questionnaires au comptoir. Durant le début de sa distribution au mois de novembre, les tests antigéniques ainsi que la vaccination ont fait que je n'étais pas toujours disponible, les membres des équipes des pharmacies où j'ai travaillé m'ont aidée dans la distribution mais ils étaient également souvent occupés. Dans l'une des pharmacies, beaucoup de questionnaires ont été distribués aux patients lorsqu'ils se faisaient vacciner ; pendant qu'ils patientaient 15 minutes après s'être fait vacciner, on leur distribuait un questionnaire. Certains patients répondaient au questionnaire pendant qu'on allait chercher les médicaments de leurs ordonnances. Quand il y avait peu/pas de clients dans la pharmacie, je prenais le temps de répondre au questionnaire avec les patients. De ce fait, une grande majorité des patients a répondu en autonomie au questionnaire. C'est pour cette raison que certaines personnes n'ont pas répondu à toutes les questions, soit ils étaient certainement trop pressés ou bien ils ne comprenaient peut-être pas le sens de certaines questions… De plus, répondre au questionnaire avec les patients me permettait de mieux comprendre leurs habitudes de vie, leurs problèmes et leurs attentes au niveau de l'hygiène buccodentaire.

Concernant l'analyse du questionnaire en lui-même ainsi que des résultats, les patients avec qui j'ai pu le réaliser au comptoir n'avaient pas de remarques particulières concernant les questions. En revanche, quelques-unes d'entre elles pourraient peut-être être retravaillées comme la question n°2 « que faîtes-vous en premier lorsque vous avez un problème bucco-dentaire ? » en demandant plutôt aux patients de numéroter les cases. Dans les informations générales concernant le patient, la partie « ancienne profession » n'a été complétée que par une minorité seulement, peut-être aurait-il été plus préférable de catégoriser les professions en plusieurs cases et le patient aurait pu cocher la case correspondante.

Pour les résultats, il a bien été montré avec le questionnaire que certains patients avaient régulièrement des problématiques bucco-dentaires et qu'ils n'utilisaient pas forcément des produits d'hygiène adaptés. Cependant certains n'ont pas répondu à toutes les questions et beaucoup de personnes ne se souvenaient plus des marques des produits d'hygiène bucco-dentaire qu'ils utilisaient (bain de bouche, dentifrice…). Les résultats auraient sûrement été plus faciles à interpréter en distribuant un plus grand nombre de questionnaires.

Outre la distribution du questionnaire ainsi que des résultats, j'ai également pris le temps d'observer au comptoir et me suis rendue compte que beaucoup de personnes âgées viennent chercher des conseils auprès de leur pharmacien et les demandes concernant les bains de bouche, les dentifrices, les crèmes de fixation pour prothèse dentaire, etc… sont très nombreuses.

Certains patients n'en font pas toujours part à leur médecin ou leur pharmacien mais leurs traitements sont parfois responsables d'effets indésirables au niveau bucco-dentaire ; par exemple une dame de 71 ans avec laquelle j'ai discuté dans le cadre d'un bilan partagé de médication m'a informé qu'elle avait très souvent la bouche sèche, cela dû à ses médicaments.

2.5. Conclusion

Je n'ai donc pas pu récolter autant de questionnaires que je l'aurai voulu mais les données qui ont été recueillies ainsi que les demandes spontanées au comptoir montrent que le pharmacien a un rôle à jouer ainsi que des conseils à apporter dans l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées. Certains traitements peuvent également être responsables d'effets délétères au niveau bucco-dentaire qui peuvent être prévenus par une bonne hygiène ou bien un suivi régulier.

Dans une troisième partie, nous aborderons donc le rôle du pharmacien d'officine dans l'hygiène buccodentaire de la personne âgée avec l'élaboration de fiches conseils à destination des patients.

3. Le rôle du pharmacien d'officine

3.1. Introduction

Dans cette troisième partie, nous aborderons les solutions et les conseils pratiques qui peuvent être proposés à l'officine en réponse à certains maux, certaines pathologies ou bien certaines demandes des patients au comptoir. Certains traitements purement médicamenteux spécifiques de certaines pathologies seront abordés mais le but ici sera d'insister sur les traitements non médicamenteux ainsi que les conseils que pourra proposer le pharmacien. Pour cela, des fiches seront réalisées dans le but de pouvoir aider au mieux le patient.

3.2. Les différents produits d'hygiène buccodentaire

3.2.1. Les brosses à dents

Une bonne hygiène buccodentaire par un brossage efficace des dents joue un rôle essentiel dans la prévention des maladies des gencives et des caries dentaires. Comme vu précédemment, la plaque dentaire est la principale cause de gingivite et est impliquée dans la progression vers la parodontite. L'accumulation de plaque peut également entraîner la carie dentaire. Cela peut aboutir ensuite à la perte de dents.

Il existe un très grand nombre de brosses à dents sur le marché (différentes dimensions, différentes formes, manuelle ou bien électrique…) et il peut parfois être difficile de choisir la brosse à dent adaptée en fonction de son état bucco-dentaire. Les résultats du questionnaire ont montré que la majorité des patients utilisent encore une brosse à dent manuelle ; or la brosse à dent électrique peut posséder des avantages dans certaines situations. De même, ils utilisent majoritairement des brosses à dents medium mais celles-ci ne sont pas toujours les plus adaptées car elles peuvent être agressives pour les gencives ou bien les dents.

Le chirurgien-dentiste est le plus apte à conseiller le patient mais le pharmacien peut en réalisant une anamnèse précise orienter celui-ci vers un produit qui lui serait adapté en fonction de sa dextérité ou encore de son hygiène bucco-dentaire.

3.2.1.1. Les brosses à dents manuelles et électriques

3.2.1.1.1. Les brosses à dents manuelles

Les brosses à dents manuelles sont encore les plus utilisées chez les patients aujourd'hui et pour cause, elles sont faciles à transporter et peu onéreuses. De plus, les gammes de produits sont souvent variées, par exemple le laboratoire Inava® Pierre Fabre Oral Care propose un large choix de produits. D'autres laboratoires commercialisent également des brosses à dents en officine mais l'on retrouve souvent des similitudes entre ces différentes marques.

Figure 27. Les différentes brosses à dents manuelles Inava®

La taille ainsi que la tête de la brosse à dent doivent être adaptées à chaque patient. Une petite tête de brosse à dent permet de faciliter le brossage des dents difficiles d'accès par exemple (celles situées au fond de la mâchoire notamment). Il existe des brosses à dents pour chaque cas particulier comme celles pour gencives fragiles, celles pour usage post-chirurgical qui sont souvent prescrites par le chirurgien-dentiste, celles spéciales orthodontie avec des brins adaptés…

Pour les personnes âgées souffrant d'arthrose avec des mains douloureuses ou étant en perte de dextérité qui peuvent rendre difficile le brossage des dents, le laboratoire Inava® Pierre Fabre Oral Care propose une brosse à dent Inava® System dotée d'un manche en mousse large et léger. Ce manche facilite la prise en main de la brosse. De plus, il est réutilisable et adaptable à n'importe quelle brosse à dent de la gamme Inava® adultes.

Figure 28. Brosse à dent Inava® System

3.2.1.1.2. Les brosses à dents électriques

Les brosses à dents électriques sont aujourd'hui de plus en plus utilisées par les patients. Cependant, leur utilisation reste minoritaire comparé aux brosses à dents manuelles (dans les résultats du questionnaire, 25% des patients utilisent une brosse électrique contre 75% pour une brosse manuelle).

Il existe sur le marché de nombreux types de brosses à dents électriques, avec un large éventail de prix et différents modes d'action (sonique ou bien rotative), il est donc important pour le patient de savoir quels sont leurs avantages par rapport à une brosse à dent manuelle.

Une revue a été publiée en 2014 par le groupe Cochrane incluant 56 études réalisées entre 1964 et 2011. Au total 5068 participants ont été randomisés pour recevoir soit une brosse à dent électrique, soit une brosse à dent manuelle (la majorité des études incluaient des adultes). Les brosses à dents électriques utilisées ont été subdivisées en plusieurs groupes selon leur mode d'action mais celles majoritairement utilisées étaient des rotatives. Les résultats de ces études ont montré un effet bénéfique de la brosse à dent électrique par rapport à une brosse manuelle concernant la réduction de la plaque dentaire et de la gingivite, à court et à long terme. Ces résultats n'ont pas été expliqués par les différents sous-groupes de types de brosses à dents électriques car il y avait une hétérogénéité considérable au sein de ceux-ci. Cependant, la comparaison des brosses à dents électriques à oscillation/rotation par rapport aux brosses manuelles contenait le plus grand nombre d'essais et il a été montré qu'elles éliminaient plus de plaque dentaire et réduisaient les gingivites plus efficacement que les brosses à dents manuelles. (Yaacob et al. 2014)

La brosse à dent électrique comporte également d'autres avantages ; alors qu'il faut déplacer une brosse à dent manuelle d'avant en arrière le long des dents, la brosse à dent électrique se charge de l'action nettoyante, il faut seulement la guider le long de la surface des dents, ce qui représente donc une facilité d'utilisation. Pour les personnes âgées qui présentent des rhumatismes comme de l'arthrose ou d'autres affections similaires, l'utilisation d'une brosse à dent électrique pourrait-être moins douloureuse.

A l'officine, les brosses à dents électriques majoritairement présentes sont celles de la gamme Oral B®, mais également Inava® Pierre Fabre Oral Care. Ces deux gammes de brosses à dents ont des modes d'action différents : la première utilise le mode oscillation/rotation et la seconde le mode sonique.

Figure 29. Brosses à dents électriques Inava® et Oral-B® commercialisées en pharmacie

D'autres gammes de brosses à dents électriques sont également disponibles comme GUM®, Elgydium®… mais les modes de fonctionnement sont toujours soit sonique soit oscillation-rotation.

Nous verrons dans le tableau ci-dessous quelles sont les différences entre la brosse Inava® et celle de chez Oral-B® au vu de leur mode de fonctionnement, et savoir ainsi laquelle serait le plus adaptée en fonction de chaque patient. Il faut savoir qu'il existe chez Oral B® différentes gammes de brosses à dents (série iO, série Genius, série Smart, série Pro et série Vitality), les plus sophistiquées sont dotées de connectivité bluetooth et émettent également en plus de l'oscillo-rotation des pulsations pour décoller la plaque dentaire. La brosse à dent présentée ici sera la VITALITY 100 qui est souvent commercialisée en officine. C'est la plus classique de la gamme, elle n'émet pas de pulsations et ne dispose pas de connectivité bluetooth.

Brosse à dent	INAVA® HYBRID TIMER	ORAL B® VITALITY 100
Mode de fonctionnement	Sonique	Oscillation-rotation
Forme de la brossette	Brossette sonique (Inava® sensibilité ou Inava® souple 15/100)	Brossette oscillo-rotative (cross action)
Mouvement de brossage	Mouvement vibrant : les poils de la brossette vibrent à un rythme très rapide (30 000 vibrations/min)	Mouvement rotatif : la brossette tourne dans un sens puis dans l'autre pour éliminer la plaque dentaire (7600 oscillo-rotations par minute)
Minuteur de brossage	2 minutes (signale toutes les 30 secondes les changements de zone à brosser)	2 minutes (signale toutes les 30 secondes les changements de zone à brosser)
Changement de la brossette	Tous les 3 mois	Technologie cleanmaximiser : les brins verts deviennent jaunes quand il est temps de changer la brossette.
Autonomie	Autonomie de plus d'un mois	Jusqu'à 8 jours d'autonomie
Avantages	Nettoie à la fois la surface des dents et les côtés en profondeur et en douceur. Brossage plus doux pour les gencives et les dents comparé à une brosse oscillo-rotative	Petite tête ronde : se glisse très facilement jusqu'au fond de la cavité buccale et peut atteindre les zones difficiles d'accès même pour les petites bouches Permet d'éliminer la plaque dentaire efficacement et de lutter contre le tartre
Quand la conseiller ?	A privilégier si les patients souffrent de problèmes parodontaux (gencives sensibles, saignements, gingivites…)	Préconisées pour les dentitions produisant un tartre excessif

Tableau 2. Comparaison des brosses à dents Inava® hybrid timer et Oral B® Vitality 100

Brosse à dent manuelle ou électrique : laquelle choisir ou conseiller au patient ?

Les deux types de brosses à dents présentent chacune des avantages et des inconvénients ; la brosse à dent électrique peut-être une bonne alternative en cas de dextérité manuelle insuffisante, de plus il a été montré que le brossage électrique s'avère plus efficace en termes de retrait de la plaque dentaire ainsi que de la gingivite. Cependant, le brossage manuel reste également très efficace lorsqu'il est utilisé correctement.

A l'officine, nous pouvons donc conseiller ou orienter le patient vers un des deux types de brosses à dents en fonction de son état bucco-dentaire et de ses pathologies associées mais son choix final est aussi en grande partie une question de préférence personnelle et d'abordabilité.

3.2.1.2. Les brosses à dents souples et médium

Après avoir opté pour une brosse à dent manuelle ou électrique, la dureté des poils est également très importante. Dans les résultats du questionnaire, les patients ont majoritairement coché utiliser une brosse à dent medium, cependant les résultats ont été assez équivalents entre les patients disposant ou non d'une prothèse dentaire. Sur les 31 patients portant une prothèse dentaire, 18 ont coché utiliser une brosse à dent médium. Sur les 31 patients ne portant pas de prothèse dentaire, 16 ont coché utiliser une brosse à dent medium et 13 une brosse à dent souple. Il y a cependant des patients qui ont coché utiliser une brosse à dent medium alors qu'ils avaient des problèmes de gencives sensibles et de saignements.

Il existe trois types de brosses à dents : souple, medium et dure. Le choix entre souple et medium est souvent basé sur des préférences personnelles en dehors de toutes pathologies bucco-dentaires. Les experts recommandent cependant l'utilisation de brosses à brins souples car les poils durs peuvent endommager les tissus gingivaux et l'émail, ce qui peut ensuite provoquer des saignements, une récession des gencives et une sensibilité des dents (GUM 2021b).

Pour les séniors de plus de 60 ans, l'UFSBD recommande également l'utilisation de brosse à poils souples. En effet, celle-ci agressera moins l'émail et la gencive tout en assurant une bonne hygiène bucco-dentaire.

Pour les personnes disposant de prothèses dentaires, il existe des brosses spécifiques pour l'entretien de celles-ci. En revanche, le brossage des muqueuses devra se faire avec une brosse à dent souple.

Quel que soit le type de brosse à dent, de nombreux dentistes recommandent de la changer au minimum tous les trois mois. Cependant, si cette dernière voit sa surface de brossage trop augmentée au fil des utilisations (lorsque les poils s'effilochent), il faudra la changer plus rapidement car les poils usés ne sont plus aussi efficaces contre la plaque dentaire et peuvent blesser les gencives (Oral-B).

3.2.1.3. Recommandations sur le brossage dentaire

Se brosser les dents avec une méthode adaptée est important pour la santé buccale et générale. Un brossage complet pendant deux minutes, au minimum deux fois par jour permet d'éliminer la plaque dentaire qui se dépose sur les dents.

Des laboratoires comme GUM®, Oral B®, Pierre Fabre ORAL CARE® proposent chacun sur leur site des recommandations concernant le brossage dentaire. Celles-ci sont assez similaires.

Le laboratoire GUM® recommande :

1) De placer sa brosse à un angle de 45 degrés sur la dent et le sillon gingival
2) De brosser délicatement d'avant en arrière la jonction entre la dent et la gencive (endroit où la plaque s'accumule le plus) et terminer par un mouvement en rouleau de la gencive vers la dent. Il faudra répéter cette séquence sur toutes les surfaces intérieures et extérieures.
3) De nettoyer les faces intérieures des dents avec un mouvement vertical en insérant délicatement les brins dans le sillon gingival
4) De brosser les faces masticatoires avec un mouvement de va-et-vient. Terminer en se brossant directement la langue.

L'UFSBD recommande la méthode B.R.O.S pour les adultes et les séniors de plus de 60 ans qui est également une méthode en rouleau.

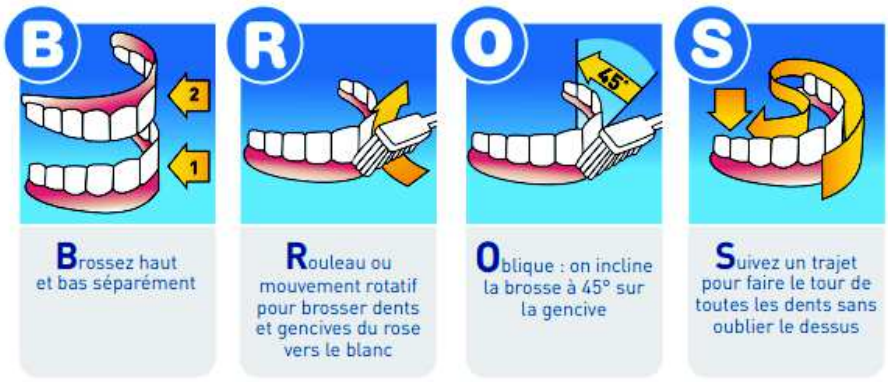


Figure 30. La méthode de brossage B.R.O.S, d'après l'UFSBD

3.2.2. Les dentifrices

Le dentifrice de par son action détergente et moussante va aider à éliminer la plaque bactérienne qui est responsable des caries et des affections des gencives. Il doit fournir un nettoyage maximal sans endommager les tissus buccaux. Il existe de nombreux dentifrices qui répondent à différents besoins et qui ont plusieurs avantages.

Les réponses du questionnaire ont été assez aléatoires, de nombreuses marques de dentifrices ont été citées avec une prédominance pour le Colgate®, Fluocaril® suivis de l'Elmex®, le Sensodyne® et le Signal®. Certains patients ne savent pas si le dentifrice qu'ils utilisent est adapté ou non à leur hygiène buccodentaire, il est donc important pour le pharmacien d'officine de connaître les fonctions ainsi que les différents composants des dentifrices pour pouvoir au mieux les conseiller.

3.2.2.1. Composition

Afin d'assurer la stabilité de la formule du dentifrice, plusieurs ingrédients sont incontournables :

- Des agents nettoyants ou polissant : ils ont pour propriété d'éliminer la plaque dentaire et les colorations à la surface des dents sans abimer l'émail. On retrouve parmi eux le carbonate de calcium, le phosphate dicalcique, l'alumine, les silices et les silicates.

- Des agents moussants : ils ont un pouvoir nettoyant (en émulsionnant les dépôts organiques de plaque dentaire pour faciliter leur décollement et leur élimination) et moussant. Le plus courant est le lauryl sulfate de sodium. Une revue de la littérature a été réalisée concernant le lauryl sulfate de sodium et différentes études ont montré qu'il semble posséder un potentiel irritant muqueux et cutané, il serait donc un ingrédient à éviter dans les dentifrices mais il est cependant couramment rencontré dans les formules, car peu cher (Brigonnet 2021) (Chambin et al. 2010).

- Des agents humectant : ils permettent d'éviter le dessèchement du dentifrice, de garder sa consistance fluide et de ne pas durcir au contact de l'air. Le sorbitol, le glycérol et le xylitol sont les produits les plus utilisés.

- Des épaississants : ils sont très importants pour la viscosité du dentifrice ainsi que sa stabilité. On retrouve souvent des dérivés cellulosiques, des alginates, des carraghénates, de la gomme xanthane, des silices.

- Des adjuvants divers : ils comprennent les agents conservateurs (qui vont permettre au dentifrice de répondre aux impératifs bactériologiques des normes d'hygiène) et stabilisants, les colorants, les édulcorants et les parfums.

A cette base s'ajoutent des principes actifs qui vont apporter au dentifrice diverses propriétés (antiseptiques, antitartres, reminéralisantes, désensibilisantes…)

3.2.2.2. Indications et conseils à l'officine

3.2.2.2.1. Les dentifrices fluorés

Les personnes âgées sont autant à risque de développer des caries que les enfants ou les adultes, en particulier les caries radiculaires. Les fluorures sont les principaux agents

responsables de la diminution significative de la prévalence de la carie qui a été observée mondialement (Brigonnet 2021).

En Europe, plus de 90% des dentifrices sont fluorés. En fonction de leur concentration en fluorures, les produits sont considérés soit comme des médicaments avec une autorisation de mise sur le marché (concentration supérieure à 1500ppm) ou soit comme des produits cosmétiques (concentration inférieure à 1500ppm). Les dentifrices possédant une AMM ne se retrouvent donc qu'en officine (Chambin et al. 2010).

Certains dentifrices ne contiennent pas de fluor, comme des dentifrices bio (par exemple la gamme Weleda®) ou bien des dentifrices spécialisés pour des troubles bucco-dentaires particuliers comme les gencives irritées (le dentifrice Arthrodont® ne contient pas de fluor). Il faudra rappeler aux patients que ces dentifrices sont à utiliser de façon ponctuelle car un usage prolongé de dentifrice sans fluor provoque une augmentation du risque de caries.

Les dentifrices fluorés seront développés un peu plus loin dans la partie « prévention des caries ».

3.2.2.2.2. Les dentifrices antiseptiques

Les antiseptiques contribuent à empêcher la formation excessive de plaque dentaire. On utilise comme antiseptiques :

- La chlorhrexidine, le triclosan, l'eugénol, le xylitol, des extraits végétaux, le cétylpyridinium…
- Certains sels métalliques (zinc, étain dans la gamme Méridol®) qui vont altérer le métabolisme de certaines bactéries pathogènes et offrent l'avantage de pouvoir être utilisés au long cours sans risque de déséquilibrer la flore buccale (Chambin et al. 2010).

3.2.2.2.3. Les dentifrices pour l'hypersensibilité dentinaire

Le meilleur dentifrice pour soulager l'hypersensibilité dentinaire joue sur deux tableaux : le renforcement de l'émail et l'aide au soulagement de la sensibilité. On peut citer comme principe actif le potassium qui est un agent désensibilisant ; il va réduire le potentiel d'excitation des nerfs pulpaires. Le fluor, notamment d'amine et d'étain, l'arginine/carbonate de calcium vont agir en obturant les canalicules dentinaires en formant une couche protectrice à la surface de la dentine (Buxeraud 2019).

Plusieurs gammes de dentifrices sont disponibles comme le dentifrice GUM® sensiVital + qui exerce une double action pour aider à réduire la sensibilité dentaire et protéger l'émail et la dentine, le dentifrice Sensodyne® traitement sensibilité contenant à la fois du nitrate de potassium et du fluorure de sodium (1450ppm) …

3.2.2.2.4. Les dentifrices pour mauvaise haleine

Des dentifrices sont commercialisés en officine avec de nombreux adjuvants pour lutter contre la mauvaise haleine. Ceux-ci seront développés dans la partie « prise en charge de l'halitose ».

3.2.3. Les bains de bouche

Les bains de bouche sont des formes galéniques de solutions de rinçage destinés à traiter ou à prévenir les pathologies bucco-dentaires. Dans les résultats du questionnaire, la moitié des personnes ont coché utiliser des bains de bouche ; la majorité en utilisent uniquement lorsqu'ils ont des soucis bucco-dentaires mais certains en utilisent tous les jours. Dans les bains de bouche utilisés tous les jours ou très régulièrement, certains noms comme Hextril® sont revenus.

Il existe deux grandes catégories de solutions pour bains de bouche : ceux à usage quotidien qui sont utilisés en complément du brossage dentaire et ceux à usage thérapeutique

possédant des propriétés curatives (réduire une infection ou une inflammation, faciliter la cicatrisation d'une plaie…) et ne pouvant être utilisés que pendant une durée limitée (UFSBD).

3.2.3.1. Les bains de bouche à usage thérapeutique

Ils sont composés d'antiseptiques pour inhiber la prolifération bactérienne, diminuer l'inflammation et la formation de plaque dentaire et aident à prévenir des infections et des gingivites. L'antiseptique que l'on retrouve le plus souvent dans les bains de bouche est la chlorhexidine, mais on peut également retrouver l'héxétidine, la povidone iodée et l'association fluorures d'amines/fluorures d'étain. Ils peuvent se présenter avec ou sans alcool.

L'usage de ces solutions doit cependant rester ponctuel, car à long terme ce traitement pourrait provoquer une résistance bactérienne, un déséquilibre de la flore buccale, une coloration brunâtre des dents ou de la langue et une perturbation du goût. Il est donc important de le rappeler au patient, car certains utilisent ces bains de bouche quotidiennement et ne sont pas toujours informés des conséquences (Pillon et Pillot 2015a).

Voici quelques exemples de bains de bouche à usage thérapeutique que l'on retrouve souvent à l'officine :

Bain de bouche	Composition	Posologie et conseils d'utilisation
Eludril Gé®	*Principes actifs* : digluconate de chlorhexidine 0.1%, chlorobutanol hémihydraté 0.5% Contient de l'alcool	10 à 15mL à diluer 2 à 3 fois par jour 14 jours de traitement maximum (prolongation uniquement sur avis médical
Eludril Pério®	*Principe actif* : digluconate de chlorhexidine 0.2% Contient de l'alcool	10mL 2 fois par jour, sans diluer 7 jours de traitement maximum
Paroex®	*Principe actif* : digluconate de chlorhexidine 0.12% Ne contient pas d'alcool	12 à 15mL 1 à 3 fois par jour, sans diluer 5 jours maximum de traitement
Hextril®	*Principe actif* : héxétidine 0.10% Contient de l'alcool	15mL 2 à 3 fois par jours ; peut s'utiliser pur ou dilué 5 jours maximum de traitement

Tableau 3. Principaux bains de bouche à usage thérapeutique disponibles en officine

La majorité de ces bains de bouche contiennent de l'alcool dans leur composition (qui joue un rôle de stabilisant, antiseptique et/ou agent de cicatrisation ou juste solvant) et leur usage au long cours pourrait créer des microtraumatismes de la muqueuse buccale pouvant générer des lésions. Cela pourrait laisser place ensuite à une sensation de bouche sèche (Pillon et Pillot 2015a).

Pour les personnes qui souhaitent utiliser des bains de bouche à long terme, le pharmacien peut conseiller des bains de bouche à usage quotidien adaptés en fonction de chaque demande du patient.

3.2.3.2. Les bains de bouche à usage quotidien

Contrairement aux bains de bouche à usage thérapeutique, ceux-ci sont à usage quotidien et ont un rôle prophylactique à l'égard de multiples pathologies. Ils ont des propriétés antiseptiques et/ou anti-inflammatoires grâce aux ammoniums quaternaires, aux huiles essentielles ou à l'énoxélone qu'ils contiennent.

Il existe plusieurs catégories de bains de bouche à usage quotidien, comme :

- Des bains de bouche fluorés qui permettent de renforcer l'émail des dents et participent à la lutte contre les caries. Dans les cas de risque carieux individuel élevé l'utilisation d'un bain de bouche en complément en amont d'un vernis fluoré semble être une solution efficace dans la prévention de la déminéralisation. Pour les personnes dont le risque carieux individuel est faible, la prise d'un bain de bouche aux fluorures ne doit pas se systématiser car une hygiène bucco-dentaire rigoureuse suffit à éradiquer ces problèmes de déminéralisation (Mahieu 2014). Ceux-ci seront développés dans la partie « prise en charge et prévention des caries ».

- Des bains de bouche prévus contre l'halitose qui peuvent agir à différents niveaux : ils peuvent masquer l'odeur (aromes), réduire la charge bactérienne (antiseptiques), et diminuer la production de composés volatils. Ceux-ci seront développés dans la partie « prise en charge de l'halitose ».

- Des bains de bouche pour soulager les hypersensibilités dentaires au chaud et au froid grâce à un agent qui obture les canalicules comme l'arginine (Elmex® Sensitive Professional) ou le potassium utilisé comme agent désensibilisant des terminaisons nerveuses (GUM® SensiVital +)

- Des bains de bouche en cas de gingivite : avec des propriétés antiseptiques et antibactériennes pour prévenir la formation et l'accumulation de plaque bactérienne ainsi que l'inflammation gingivale. Ceux-ci seront développés dans la partie « prise en charge des gencives sensibles et des saignements ».

Quel que soit la solution choisie, il est important de rappeler aux patients quelques notions concernant les bains de bouche ; posologie, dilution ou non, pas d'utilisation des bains de bouche thérapeutiques au long cours…

3.2.4. Le fil dentaire et les brossettes interdentaires

3.2.4.1. Les brossettes interdentaires

Les brossettes interdentaires sont des petites brosses flexibles conçues pour se glisser facilement entre les dents afin d'éliminer les débris alimentaires et la plaque dentaire. Dans le questionnaire, 14 personnes ont coché en utiliser, ce qui représente une minorité. Les avantages des brossettes interdentaires sont pourtant nombreux ; elles permettent de prévenir l'apparition des caries en luttant contre la formation de plaque dentaire, elles sont également utiles dans la prévention de l'inflammation des gencives mais aussi pour lutter contre la mauvaise haleine qui est souvent causée par des bactéries que l'on retrouve entre les dents (Fluocaril).

Les personnes âgées ne sont souvent pas assez informées quant à l'utilisation de brossettes interdentaires ou bien de fil dentaire alors que ce sont de véritables compléments de brossages, même pour une dentition saine car le nettoyage profond et complet des espaces interdentaires est impossible avec la brosse à dent seule.

Il existe des brossettes de tailles et de formes différentes afin d'épouser au mieux l'anatomie des espaces interdentaires des patients. Concernant la forme, on peut distinguer deux types de brossettes : les brossettes triangulaires et les brossettes cylindriques. Bien que le pouvoir nettoyant des deux types de brossettes soit similaire dans les espaces interdentaires moyens et larges, il serait cependant supérieur avec les brossettes à section triangulaire dans les espaces interdentaires très étroits et étroits (Buxeraud 2012).

Il existe plusieurs types de brossettes interdentaires dans différents laboratoires. Le laboratoire GUM® propose sur son site internet des fiches à destination des patients sur les accessoires interdentaires. Ces fiches sont intéressantes car elles classent sous forme de tableaux les avantages des accessoires, par exemple ici pour les brossettes interdentaires. Pour les personnes âgées avec une dextérité limitée, on proposera donc plutôt la brossette GUM® Bi-direction ou bien la GUM® Proxabrush Classic. Certaines brossettes proposent même des avantages supplémentaires car elles possèdent par exemple des brins imprégnés de chlorhexidine, ou bien un capuchon pour protéger leur extrémité entre chaque utilisation.

Certaines possèdent des têtes orientables à 90 degrés ce qui facilite l'accès aux zones postérieures.

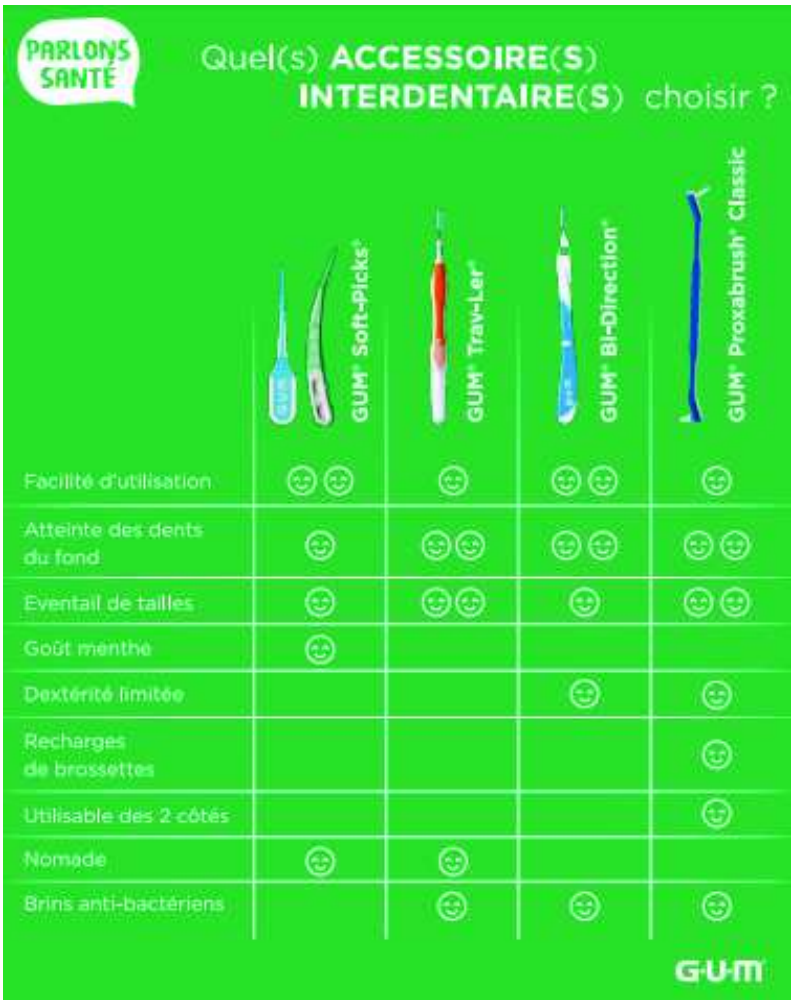


Figure 31. Tableau « Quel(s) accessoire(s) interdentaire(s) choisir ? », d'après le site internet GUM®

Comment utiliser une brossette interdentaire ?

La majorité des laboratoires recommandent sur leurs sites internet d'effectuer le brossage interdentaire après le brossage des dents. Cependant, l'UFSBD recommande l'utilisation des brossettes en amont de chaque brossage. Désorganiser la plaque dentaire avant le brossage facilite la pénétration du fluor jusque dans les espaces interdentaires afin d'optimiser la reminéralisation des dents et des espaces interdentaires.

La brossette devra être humidifiée dans de l'eau ou dans une solution antiseptique telle que la chlorhexidine, puis elle sera placée dans l'espace interdentaire voulu. Une fois qu'elle sera placée, il faudra effectuer délicatement quelques mouvements de va-et-vient horizontaux.

Pour atteindre les dents du fond, il faudra incurver la brossette et répéter les gestes précédents toujours depuis la face externe des dents. Il ne faut pas forcer le passage entre les dents, car si celui-ci est trop rude il risque de blesser la gencive entre les dents.

Tout comme la brosse à dent, la brossette devra être rincée après chaque utilisation.

Concernant la durée de vie de la brossette, elle dépendra de l'intensité de son usage. Si elle est utilisée tous les jours, les brins s'usent plus vite et elle devra être remplacée entre 7 à 10 jours après la première utilisation. (GUM 2021a)

3.2.4.2. Le fil dentaire

De même que la brossette interdentaire, le fil dentaire déloge les résidus alimentaires et élimine la plaque dentaire formée entre les dents. Quand les espaces interdentaires sont étroits ou très étroits, il convient plutôt d'utiliser du fil dentaire que des brossettes.

Différents laboratoires commercialisent des fils dentaires et il en existe différents types au sein des mêmes laboratoires. Par exemple, le laboratoire Pierre Fabre ORAL CARE en propose plusieurs :

- Inava® DENTOFIL White Expanding
- Inava® DENTOFIL Fluor imprégné de fluor pour renforcer l'émail des dents et lutter contre les caries.
- Inava® DENTOFIL Chlorhexidine imprégné de chlorhexidine pour ses propriétés antibactériennes. Il est non aromatisé et doux pour les gencives.

Pour les personnes âgées dont la dextérité est plus limitée, le laboratoire GUM® propose le fil dentaire GUM® Easy-Flossers qui dispose d'un manche ergonomique pour faciliter la prise en main et l'accès aux zones postérieures. Il est recouvert avec du fluor et de la vitamine E.

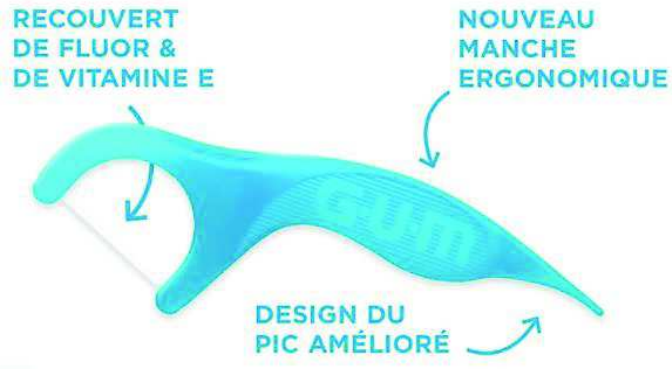


Figure 32. Fil dentaire GUM® Easy-Flossers, d'après le site internet GUM®

Comment utiliser du fil dentaire ?

En pratique, il faut couper environ 40cm de fil puis l'enrouler autour des doigts en prenant soin de laisser quelques centimètres de fil au centre. Utiliser les deux index pour guider le passage du fil en douceur entre les dents. Plaquer le fil contre la dent et réaliser un mouvement de haut en bas. Puis placer le fil sur l'autre face et répéter ce mouvement.

L'UFSBD recommande également d'utiliser le fil dentaire en amont de chaque brossage.

Il faut utiliser une section de fil par espace interdentaire. L'UFSBD préconise de ne pas utiliser le brin de fil dentaire plus d'une fois car il pourrait perdre son efficacité. (UFSBD 2020)

3.3. Les prothèses dentaires

Une prothèse dentaire est un dispositif médical qui remplace une ou plusieurs dents absentes. Il y a deux causes principales au port de prothèses : la première est la dégradation de la dent (par atteinte carieuse ou par accident) et la seconde est la conséquence d'un affaiblissement du support de la dent (Bernard 2016).

Il en existe deux types ; les prothèses fixées qui permettent de reconstruire une dent délabrée ou de remplacer une ou plusieurs dent(s) manquante(s) et les prothèses amovibles. Ces dernières peuvent être complètes (pour les édentements totaux) ou partielles (en cas d'édentement partiel et sont maintenues par des crochets).

Un très grand nombre de personnes âgées sont porteuses d'une prothèse dentaire. Dans le questionnaire réalisé, la moitié des patients ayant répondu ont coché disposer d'une prothèse dentaire. Au-delà des réponses du questionnaire, beaucoup de patients viennent demander des conseils au comptoir ; par exemple un monsieur qui venait demander une crème fixative Fixodent PRO® que son dentiste lui avait conseillé. C'était la première fois qu'il en prenait et ne savait pas laquelle choisir car il en existe différentes sortes. Le pharmacien a donc ici un rôle de conseil et doit orienter le patient vers la crème fixative qui lui conviendrai le mieux. C'est également une occasion pour lui expliquer comment bien entretenir sa prothèse dentaire et avec des produits adaptés.

3.3.1. L'entretien

Dans les résultats du questionnaire, la majorité des personnes ont répondu nettoyer leur prothèse dentaire au moins une fois par jour. Le nettoyage régulier des prothèses est important car il permet d'éliminer le biofilm, la charge bactériologique et fongique. L'élimination du biofilm quotidiennement (que ce soit dans la cavité buccale comme sur la prothèse) est essentielle pour réduire les risques de stomatites. Comme vu précédemment, la stomatite prothétique est fréquente chez les sujets âgés porteurs de prothèses dentaires, c'est pour cela qu'ils doivent être sensibilisés à l'entretien quotidien de leur appareil (UFSBD 2015).

Concernant les produits utilisés pour l'entretien, ce sont le dentifrice ainsi que les brosses à dents qui sont le plus revenus suivis des comprimés effervescents. L'usage du dentifrice est cependant déconseillé car s'il est parfaitement adapté à la dureté de l'émail dentaire, il peut souvent être trop abrasif pour une prothèse en résine (Dupuis 2018).

Les différentes étapes de l'entretien de la prothèse dentaire ci-dessous sont résumées sous la forme d'une fiche conseil à destination des patients (Annexe 2).

- Le brossage de la prothèse doit toujours s'effectuer au-dessus d'un lavabo rempli d'eau ou d'une serviette éponge pour éviter toute fracture du dispositif en cas de chute.

- La prothèse amovible doit être brossée tous les jours, sur toutes ses faces à l'aide d'une brosse à dent souple ou d'une brosse à prothèse spécifique. L'usage de la brosse à ongle est limitée aux dépannages (Delcambre 2015). Il existe différents modèles de brosses à prothèses, on peut citer parmi eux :

  - La brosse à prothèse GUM® munie de deux têtes de brossage avec des brins en nylon : la tête plate convient pour nettoyer les faces internes et externes de l'appareil dentaire et la tête biseautée est plus adaptée pour les zones étroites et difficiles d'accès (GUM).

  - La brosse à dent Inava® prothèse à brins durs en nylon munie d'une tête à double implantation pour nettoyer les faces intérieures et extérieures des prothèses dentaires amovibles. Celle-ci est assainissable au micro-onde (1 minute à 600W en présence d'eau) (Pierre Fabre ORAL CARE).

Figure 33. Brosses à prothèses Inava® et GUM®

- Le nettoyage doit se faire avec du savon doux type savon de Marseille. Les dentifrices sont déconseillés car ils peuvent dépolir l'état de surface de la résine du fait de leur action abrasive.

- Après le brossage, la prothèse doit être abondamment rincée à l'eau pour éliminer le détergent.

- Avant de remettre sa prothèse dentaire, il est important de se brosser les gencives, la langue et les dents naturelles avec un dentifrice au fluor ainsi qu'une brosse à dent souple.

- En complément et quotidiennement, il est possible de faire tremper les prothèses dans une solution obtenue avec des comprimés effervescents ou de la poudre. Ces produits forment des bulles d'oxygène et permettent d'enlever les débris qui adhèrent aux prothèses. Ils sont composés pour la plupart de peroxyde alcalin. Il faut cependant bien veiller à respecter le temps de trempage préconisé par le fabricant et de rincer abondamment la prothèse. Cette technique s'avère moins efficace que le brossage quotidien qui reste la manœuvre essentielle et incontournable dans les soins d'hygiène prothétique, mais le fait d'associer le brossage et le trempage permet d'obtenir de meilleurs résultats (Pillon et Pillot 2015b). Parmi les différents produits proposés pour le trempage de la prothèse dentaire, certains sont souvent retrouvés en pharmacie, comme :

- Fixodent PRO® extra fraîcheur longue durée : il suffit de mettre un comprimé dans un verre d'eau tiède suffisamment rempli pour que la prothèse soit entièrement recouverte par la solution. La prothèse dentaire peut rester tremper dans la solution 30 minutes ou bien toute la nuit. Elle devra ensuite être rincée abondamment à l'eau claire. Il permet de retirer les bactéries responsables des mauvaises odeurs, d'éliminer les tâches sans endommager la prothèse et convient aux prothèses partielles comme complètes.

Figure 34. Comprimés nettoyants pour prothèse dentaire Fixodent PRO®

- En plus du brossage et du trempage quotidiennement, il est possible de réaliser une désinfection hebdomadaire dans une solution à base de chlorhexidine pendant 15 minutes. Pour éviter le risque de coloration, celle-ci doit-être utilisée à une concentration inférieure à 0,2%. Ces trempages doivent être suivis d'un rinçage abondant à l'eau claire associé à un brossage afin d'éliminer tout résidu de la solution désinfectante (Delcambre 2015). Cette désinfection ne doit pas être réitérée quotidiennement car cela pourrait éliminer les bactéries saprophytes de la cavité buccale, mais également entrainer des douleurs au niveau des muqueuses (Dupuis 2018).

- Il est également possible de passer la prothèse dentaire dans un bac à ultrason. Ce nettoyage est recommandé une fois par an, et permet de diminuer la charge bactériologique. Cela est dû au mode d'action des ultrasons ; les bulles qu'ils génèrent implosent et créent un vide qui décolle le biofilm par aspiration.

- Le port continu d'un appareil dentaire 24h/24 est déconseillé ; il pourrait entraîner une augmentation du nombre de stomatites prothétiques, une augmentation de la dékératinisation, une obstruction permanente des orifices excréteurs des glandes palatines (Dupuis 2018). Cependant, d'après les résultats du questionnaire, les 2/3 des patients gardent leur prothèse jour et nuit. Le port continu ou non de la prothèse dentaire est un choix qui revient au patient car la vie intime peut s'accommoder difficilement du handicap que représente l'édentation.

  Pour les patients qui ôtent leur prothèse durant la nuit, l'appareil doit être rangé dans une boîte prévue à cet effet au fond de laquelle est déposée une compresse imbibée d'eau pour éviter une altération de la structure de la prothèse (Lauriac 2015). Laisser son appareil toute la nuit tremper dans un verre d'eau pourrait favoriser la prolifération bactérienne.

- Enfin, tout patient porteur d'une prothèse dentaire doit être examiné au moins une fois par an chez un dentiste. Celui-ci pourra vérifier l'entretien et l'ajustement de la prothèse, mais aussi l'état de santé bucco-dentaire ainsi que la présence d'éventuelles lésions ou pertes osseuses (UFSBD 2015). Certains patients qui ont répondu au questionnaire m'ont confié qu'ils n'allaient plus ou pas régulièrement chez le dentiste car ils n'en voyaient pas l'utilité, étant porteurs d'une prothèse dentaire (et n'ayant plus de dents pour certains). De plus, la majorité des personnes qui ont répondu aller consulter le dentiste tous les 2 à 3 ans, tous les 3 à 5 ans ou moins d'une fois tous les 5 ans sont majoritairement des patients porteurs de prothèse dentaire. Le pharmacien doit donc sensibiliser les patients pour qu'ils consultent plus régulièrement le dentiste.

3.3.2. La fixation

Un très grand nombre de patients utilisent des crèmes adhésives pour appareil dentaire. Celles-ci ont pour but de faire adhérer une prothèse à la muqueuse buccale. Elles permettent également de protéger les muqueuses des matériaux constituant les prothèses dentaires car elles peuvent être irritantes ou causer des douleurs. Les adhésifs sont disponibles sous différentes formes ; poudre, pâte, mousse… mais ce sont les crèmes adhésives qui sont les plus utilisées et les plus commercialisées en pharmacie. Elles permettent d'accroître la

stabilité de la prothèse et évitent à la nourriture de s'accumuler en dessous ; même si la prothèse est bien ajustée, elle est amenée à bouger au cours de la mastication ou de la phonation et risque d'irriter les gencives (UFSBD 2015). Cela permet également de procurer du confort et une confiance supplémentaire aux patients

A l'officine, les demandes des personnes âgées concernant les crèmes fixatives sont fréquentes ; cependant il existe une multitude de produits, le pharmacien se doit donc de savoir conseiller celle qui serait la plus adaptée pour le patient.

La gamme de crèmes adhésives la plus commercialisée en pharmacie est Fixodent PRO® et comporte un large choix de produits avec des caractéristiques bien précises.

Figure 35. Différents produits Fixodent PRO ® commercialisés en pharmacie

Nous verrons dans le tableau ci-dessous quelles sont les caractéristiques de chaque crème adhésive Fixodent PRO® pour pouvoir aiguiller au mieux le patient. Un arbre décisionnel a également été réalisé en Annexe 3 à destination des patients.

Produit	Avantages	Application	Arôme	Colorants
	Haleine fraîche Protection antiparticules Meilleure protection des gencives	Application précise avec un embout fin	Menthe douce	Avec
	Protection antiparticules supérieure grâce à son embout ultra fin	Embout fin, application par lignes	Neutre	Avec
	Tenue supérieure (conserve jusqu'à 88% de son adhérence initiale après une journée) 10 fois plus de tenue que sans adhésif	Embout standard, application par points	Neutre	Avec
	Sans colorants, sans parfum diminue le risque d'hypersensibilité	Embout classique, application par points	Neutre	Sans
	Haleine fraîche	Embout classique, application par points	Menthe douce	Avec
	Action antibactérienne Protection antiparticules supérieure Haleine fraîche	Embout fin, application par lignes	Menthe fraîche	Avec

Tableau 4. Principales caractéristiques des différents produits Fixodent PRO ®

Voici les différentes étapes pour bien fixer sa prothèse dentaire :

- Le patient doit commencer par nettoyer et sécher sa prothèse avant d'appliquer le produit.
- En fonction du produit et des embouts, l'application se fait soit en bandes fines, soit en points.
- Une fois l'adhésif en place, le patient peut mettre l'appareil en bouche et le maintenir fermement pendant quelques secondes. Il ne faut pas utiliser une quantité de produit plus importante que celle préconisée, si le produit déborde de la prothèse une fois cette dernière mise en place c'est que le patient en utilise une quantité trop importante.
- Les crèmes adhésives ne doivent pas être utilisées plus d'une fois par jour ; un tube doit tenir environ 5 semaines. De plus, les produits contiennent du zinc ; un apport prolongé et excessif en zinc est susceptible d'entraîner de graves problèmes de santé (FIXODENT 2021).

Figure 36. Exemple d'application de la crème adhésive Fixodent PRO® plus antiparticules d'après le site internet de Fixodent

3.4. Prise en charge de la bouche sèche

Dans les résultats du questionnaire, certaines personnes ont coché avoir comme soucis bucco-dentaire la bouche sèche. Au-delà des réponses du questionnaire, la xérostomie concerne un très grand nombre de personnes âgées, surtout celles qui sont polymédiquées car comme vu précédemment, un grand nombre de médicaments peuvent être responsables de cet effet. Les personnes âgées ne se plaignent pas spontanément de leur sécheresse de bouche, cela est souvent révélé lorsqu'on les interroge spécifiquement sur l'existence de symptômes. Les conséquences et les répercussions sur la santé générale sont nombreuses, c'est pour cela qu'il est important de prendre ce symptôme en charge rapidement.

A l'officine, le pharmacien pourra aider le patient dans sa prise en charge en débutant par lui proposant des conseils d'hygiène et de diététique. Il pourra aussi conseiller certains soins pour bouches sèches comme des bains de bouche sans alcool, des sprays buccaux… Enfin, il existe également des traitements purement médicamenteux adaptés à l'importance du déficit salivaire.

Une fiche conseil sera réalisée en Annexe 4 à destination des patients.

3.4.1. Conseils hygiéno-diététiques

Le pharmacien peut tout d'abord délivrer un ensemble de conseils visant à améliorer le quotidien du patient et prévenir le risque de complications. Parmi eux :

- Boire des petites quantités d'eau tout au long de la journée pour bien hydrater les muqueuses.

- Au niveau de l'alimentation, éviter les aliments mous et collants ainsi que les jus sucrés et acides car ils favorisent l'apparition de caries dentaire La consommation de plats très salés et épicés est à limiter car cela provoque un effet déshydratant et irritant. Pour mastiquer et avaler plus facilement, privilégier les aliments riches en eau (comme le concombre, le melon, les fruits frais…). Il est conseillé de sucer des morceaux de

glace, des bonbons durs sans sucre ou des bâtonnets de sorbet pour pallier le manque de salive.

- Mâcher des chewing-gums sans sucre pendant au moins 20 minutes après avoir mangé ou bu. En effet, il a été montré plusieurs bénéfices concernant le fait de mastiquer un chewing-gum sans sucre qui ont été validés par l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments. Elle a réaffirmé que mâcher un chewing-gum sans sucre après un repas pouvait aider à réduire la sécheresse buccale par la stimulation de la salivation. Cette augmentation du flux salivaire nettoie ensuite les débris alimentaires et neutralise les acides produits par les bactéries dans la bouche, ce qui participe à la lutte contre les caries dentaires (UFSBD).

- Limiter voire stopper la consommation de tabac (les substances contenues dans les cigarettes réduisent le flux salivaire).

- Eviter la consommation de thé ou de café (la caféine présente dans ces deux boissons peut assécher la bouche) ainsi que d'alcool.

- Placer un humidificateur dans la chambre afin de maintenir un taux d'humidité dans l'air satisfaisant.

- Si la diminution de la sécrétion salivaire apparaît comme un effet indésirable d'un médicament, consulter son médecin qui pourra essayer de modifier le traitement et remplacer ou arrêter le médicament en cause.

- Bien insister auprès du patient sur la nécessité du nettoyage dentaire et interdentaire qui est primordial pour limiter le risque de complications comme les caries, gingivites, …

3.4.2. Les soins pour bouches sèches

Si les conseils hygiéno-diététiques ne sont pas suffisants pour limiter la sensation de bouche sèche, différents produits ne nécessitant pas d'ordonnance sont disponibles en pharmacie jouant le rôle de substituts salivaires, d'humidifiants ou de lubrifiants et peuvent-être proposés aux patients. Il existe différentes formes galéniques comme des gels buccaux, des solutions pour bains de bouche, des sprays…

Nous verrons dans le tableau ci-dessous quelques produits disponibles à l'officine ainsi que les conseils d'utilisation.

Produit	Forme galénique et avantages	Conseils d'utilisation
AEQUASYAL® spray buccal protecteur 	Forme galénique : Spray buccal Composé de triesters de glycérol oxydés provenant d'acides gras essentiels végétaux Forme une solution protectrice et lubrifiante dont le pH est compris entre 6,5 et 7,0, adhère à la muqueuse buccale en formant un film lipidique protecteur contre les traumatismes mécaniques	Agiter le flacon avant chaque utilisation Utilisation quotidienne : 3 à 4 pulvérisations par jour à l'intérieur de chaque joue. Le liquide doit être étalé doucement sur les zones enflammées avec la langue.
ELGYDIUM CLINIC® Xeroleave Spray 	Forme galénique : Spray buccal Composé en partie d'eau et de glycérine Respecte le milieu buccal ; pH physiologique, sans alcool et sans sucre, contient du xylitol qui contribue à la protection contre la déminéralisation	Utilisation quotidienne : 1 pulvérisation joue droite, 1 pulvérisation joue gauche, 1 pulvérisation langue à renouveler 8 fois par jour maximum
GUM HYDRAL® Spray humectant	Forme galénique : Spray buccal Les produits GUM hydral® sont composés en partie de polyvidone, d'acide hyaluronique, de	Utilisation quotidienne : pulvériser le produit directement dans la bouche plusieurs fois par jour en le répétant autant que

	propanediol, de betaine et de taurine Protège la muqueuse buccale des irritation liées à la sécheresse en formant une barrière protectrice sur les tissus secs Arôme menthe douce Avantages : adapté à un usage nomade tout au long de la journée grâce à son format pratique	nécessaire
GUM HYDRAL® gel 	Forme galénique : gel Arôme menthe douce Avantages : adapté plus particulièrement le soir au coucher pour un soulagement la nuit grâce à sa texture	Utilisation quotidienne : appliquer 1 à 2 cm de gel sur les gencives, la langue et l'intérieur des joues au moins 5 fois par jour et en particulier au coucher et au cours de la nuit si besoin
GUM HYDRAL® bain de bouche 	Forme galénique : bain de bouche Arôme menthe douce Avantages : contient également du fluor pour favoriser la reminéralisation de l'émail et la prévention des caries	Utilisation quotidienne : jusqu'à 5 fois par jour (15 mL de solution pure)

Tableau 5. Exemples de spécialités pour lutter contre la bouche sèche disponibles à l'officine

3.4.3. Les médicaments spécifiques pour lutter contre la xérostomie

D'autres spécialités peuvent être utilisées pour corriger la sécheresse buccale ; on retrouve un substitut salivaire de composition proche de la salive (Artisial®) ou bien un médicament à base d'anétholtrithione (Surfarlem®/Surfarlem S25®). Ces médicaments sont accessibles sans ordonnance cependant il est recommandé de ne pas les utiliser sans avis médical. A l'officine, il n'y a pas de demandes spontanées des patients pour ces médicaments, ils sont pratiquement toujours prescrits sur une ordonnance par un médecin.

L'Artisial® est une solution pour pulvérisation endo-buccale. En utilisation quotidienne, il suffit de pulvériser la solution dans la bouche en tenant le flacon verticalement, on peut effectuer 6 à 8 pulvérisations par jour. Il y a cependant quelques inconvénients ; la durée d'action est souvent limitée (10 à 20 minutes) du fait d'une viscosité insuffisante et de plus, le produit aurait mauvais goût (Dupuis et Léonard 2010).

Le Surfarlem® est dosé à 12,5mg d'anétholtrithione par comprimé. Il est utilisé pour traiter à la fois la sécheresse de la bouche mais également la digestion difficile. La posologie pour un adulte est de 1 à 2 comprimés 3 fois par jour. Le Surfarlem S25® est dosé à 25mg d'anétholtrithione par comprimé. Il augmente la sécrétion de la salive et des larmes. La posologie pour un adulte est de 1 comprimé 3 fois par jour.(VIDAL 2022b)

Malgré tout, ces médicaments ne sont pas des traitements curatifs de l'hyposialie. Les prises en charges proposées visent à apporter du confort au patient et à limiter au maximum les conséquences de cette pathologie.

3.5. Prise en charge de l'halitose

Dans le questionnaire réalisé, trois personnes ont coché avoir des soucis de mauvaise haleine. L'halitose peut toucher des personnes de n'importe quelle catégorie d'âge, cependant chez les personnes âgées la sécheresse buccale, le port de prothèses non adaptées ou encore les infections bucco-dentaires peuvent être responsables de l'halitose.

Quel que soit l'origine, de nombreux produits sont commercialisés en officine et permettent de réduire la mauvaise haleine (bains de bouche antiseptiques par exemple). Le pharmacien devra également sensibiliser le patient à une technique d'hygiène orale efficace incluant obligatoirement une hygiène interdentaire ainsi que le brossage de la langue. Si le patient porte des prothèses amovibles, il devra aussi être sensibilisé à l'entretien des prothèses dentaires. Des conseils hygiéno-diététiques pourront également lui être proposés afin de garder une haleine fraiche.

Une fiche conseil sera réalisée en Annexe 5 à destination des patients.

3.5.1. Conseils et produits d'hygiène buccodentaire disponibles à l'officine

Avant toute prise en charge, il faudra poser quelques questions au patient qui permettront d'orienter le diagnostic et de trouver la cause, voire de l'orienter chez un spécialiste pour un examen clinique plus approfondi pour rechercher des pathologies dentaires, des lésions parodontales, des signes évocateurs d'une sécheresse buccale, des prothèses mal entretenues… qui pourraient être à l'origine de la mauvaise haleine. Dans tous les cas, la personne la plus à même d'évoquer l'halitose est le chirurgien-dentiste puisque majoritairement le problème est d'origine buccale.

3.5.1.1. Brossage des dents et de la langue

Concernant l'hygiène buccodentaire, il est recommandé de se brosser les dents quotidiennement après chaque repas avec une technique de brossage adaptée mais également

d'avoir une bonne hygiène linguale car la majeure partie des germes buccaux résident sur la partie dorsale de la langue. Il a été démontré que le brossage des dents associé à une hygiène de la langue permettrait une réduction de 73% du taux des composés sulfurés volatils alors que le brossage des dents seules n'entraînerait qu'une réduction de 30% de ces composés désodorants (MALEK et al. 2017).

Le brossage de la langue doit s'effectuer avec un gratte langue ou bien une brosse à dent souple afin d'éviter toutes irritations linguales qui pourraient créer des ulcérations (Bisson et al. 2012), cependant il a été rapporté que le brossage de la langue avec une brosse à dent montrait une efficacité inférieure comparé au gratte langue qui serait plus efficace en présence de dépôts d'enduit lingual évidents ou importants (MALEK et al. 2017).

A l'officine, le pharmacien peut donc conseiller au patient d'utiliser un gratte langue, avec par exemple le gratte langue GUM® Hali Control. Celui-ci a l'avantage de posséder une face avec un grattoir et une face avec une brosse. Il dispose d'un manche ergonomique pour une prise en main facilitée, et sa tête est étroite pour limiter le reflexe nauséeux. Il est à utiliser après le brossage des dents du matin avec une noisette de dentifrice et le soir avant le coucher.

Figure 37. Gratte langue GUM® Hali Control

Le brossage du soir est très important pour éviter l'halitose du matin, car celle-ci est provoquée par la baisse du flux salivaire nocturne et celle du jeu musculaire qui favorise l'accumulation des débris alimentaires.

Il est également important de nettoyer régulièrement les espaces interdentaires avec des accessoires adaptés (brossette, fil dentaire) pour éliminer les débris alimentaires et la plaque dentaire.

3.5.1.2. Préparations buccales disponibles à l'officine

De nombreux produits adjuvants de l'hygiène dentaire sont commercialisés et permettent de réduire la mauvaise haleine. Il y a d'une part des agents qui traitent la cause et d'autre part ceux qui masquent simplement l'odeur, mais sans traiter la cause.

- Des antiseptiques tels que la chlorhexidine, le triclosan, le chlorure de cétylpyridinium, le fluorure d'amine… peuvent être utilisés afin de réduire la composante bactérienne productrice de composés malodorants. Il a été montré que les bains de bouche à base de chlorhexidine sont efficaces dans le traitement de l'halitose aussi bien à court terme qu'à long terme en raison de leurs puissants effets antibactériens. Cependant, l'utilisation de la chlorhexidine ne doit rester que ponctuelle (MALEK et al. 2017).

- Le zinc est l'ion métallique le plus utilisé dans le traitement de l'halitose aussi bien en bain de bouche, en pâte dentifrice ou bien en gomme à mâcher. En effet, celui-ci fixe doublement les radicaux soufrés chargés négativement des composés désodorants et réduit de ce fait leur expression. De plus, il est relativement non toxique comparé aux autres ions, il agit en synergie avec la chlorhexidine ou bien le chlorure de cétylpyridinium.

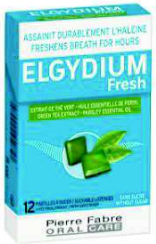
- Les huiles essentielles neutralisent l'action enzymatique à l'origine de la production des composés sulfurés volatils. Leur effet semble réduire l'halitose d'environ 25% (MALEK et al. 2017).

- L'association de persil et de thé vert possède de puissants effets antioxydants et antibactériens ; en se liant avec les composés volatils soufrés elle les rend non-odorants (Bisson et Buxeraud 2016).

- Pour finir, des agents masquant sont utilisés pour couvrir ou masquer l'halitose en raison de leur effet instantané. Ces produits disponibles sous la forme de bain de bouche, dentifrice, gel… n'ont qu'un effet à court terme puisqu'ils sont à base d'agents aromatisants ou désodorants et ne contiennent aucun agent antibactérien.

Nous verrons dans le tableau ci-dessous quels sont les différents produits que l'on peut proposer à l'officine ainsi que leur composition.

Forme galénique	Produit	Composition « anti-halitose » et utilisation
Bains de bouche	**Méridol® HALITOSIS** 	*Actifs « anti-halitose »* : fluorure d'amine, lactates de zinc, anti-odeurs orales Bain de bouche prêt à l'emploi, sans alcool *Utilisation* : une à deux fois par jour avec 15mL de bain de bouche pendant 60 secondes. Le bain de bouche se réalise après le brossage des dents
	GUM® HaliControl 	*Actifs « anti-halitose » :* chlorure de cétylpyridinium, lactates de zinc, huiles essentielles Bain de bouche prêt à l'emploi, sans alcool *Utilisation* : Faire un bain de bouche avec 10 à 15mL deux fois par jour pendant au moins 30 secondes après le brossage des dents
	CB12® 	*Actifs « anti-halitose »* : chlorhexidine* (0,025%), acétate de zinc, arôme menthe Contient 1,7% d'alcool Recommandé par l'UFSBD en usage quotidien *Utilisation :* se rincer la bouche avec 10mL de solution matin et/ou soir
	LISTERINE Cool Mint®	*Actifs « anti-halitose »* : huiles essentielles (Eucalyptol, thymol, menthol)

		Contient de l'alcool (ingrédient inactif) *Utilisation* : se rincer la bouche avec 20mL pendant 30 secondes deux fois par jour
Dentifrices	**GUM® HaliControl** 	*Actifs « anti-halitose »* : lactate de zinc, chlorure de cétylpyridinium, huiles essentielles Contient du fluorure de sodium (1490 ppm) pour une reminéralisation supérieure de l'émail *Utilisation :* usage quotidien, au moins 2 fois par jour pendant 2 minutes
	Méridol® HALITOSIS 	*Actifs « anti-halitose » :* fluorure d'étain, fluorure d'amines olafluor, lactate de zinc Contient du fluorure de sodium (1400 ppm) *Utilisation* : usage quotidien
Spray	**ELGYDIUM® Fresh Spray** 	*Actifs « anti-halitose » :* extrait de thé vert et huile essentielle de persil *Utilisation :* jusqu'à 5 pulvérisations deux à trois fois par jour
Pastilles à sucer	**ELGYDIUM® Fresh Pocket** 	*Actifs « anti-halitose » :* extrait de thé vert et huile essentielle de persil Sans sucre *Utilisation* : 4 à 6 pastilles par jour à sucer lentement, sans croquer

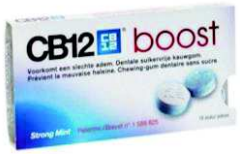
Gommes à mâcher	**CB12® Boost** 	*Actifs « anti-halitose » :* acétate de zinc Sans sucre, arôme menthe forte, contient du fluorure de sodium *Utilisation :* 5 gommes maximum par jour car une consommation excessive peut générer un effet laxatif

Tableau 6. Exemples de spécialités pour lutter contre la mauvaise haleine disponibles à l'officine

**Zoom sur le bain de bouche CB12 :* Il a été montré dans une étude que l'utilisation quotidienne de CB12 ne provoquait pas de décoloration des dents ou d'autres effets secondaires tels que des lésions des muqueuses buccales ou des troubles du goût, les concentrations en chlorhexidine et en alcool étant très faibles (Seemann et al. 2016).

Concernant la présence d'alcool dans certains bains de bouches recommandés en usage quotidien (par exemple ceux de la gamme LISTERINE®), il a été montré qu'il n'existait pas de lien causal entre les rinces bouches à base d'alcool et la sécheresse buccale (LISTERINE).

3.5.2. Conseils hygiéno-diététiques

Quelques conseils peuvent également être proposés au patient à l'officine afin de limiter la mauvaise haleine :

- Boire suffisamment d'eau au cours de la journée pour assurer une bonne hydratation de la bouche et une production salivaire suffisante.
- Limiter la consommation de café et d'alcool qui assèchent la bouche et modifient le pH salivaire
- Eviter certains aliments à odeur forte tels que l'ail, le chou, les épices
- Eviter les périodes de jeûne dans la journée
- Consulter régulièrement son chirurgien-dentiste pour un détartrage
- Mâcher des chewing-gums sans sucre pour stimuler la salivation

3.6. Prise en charge des gencives sensibles et des saignements

Dans les résultats du questionnaire, cinq personnes ont coché qu'elles étaient sujettes à des saignements (trois personnes ne disposaient pas d'appareil dentaire et deux personnes en possédaient un). Parmi les cinq personnes, deux ont également coché avoir une bouche douloureuse. Les patients porteurs d'une prothèse dentaire ont coché utiliser une brosse à dent médium et les autres une brosse à dent souple. Seule une personne n'a pas coché le type de brosse à dent qu'elle utilisait.

Une sensibilité des gencives peut être occasionnelle mais cela peut également être un problème évolutif comme une maladie des gencives (gingivite puis parodontite). La gingivite qui est le premier stade de maladie des gencives est rarement douloureuse donc plus difficile à identifier. Le saignement des gencives après le brossage des dents ou l'utilisation du fil dentaire est assez fréquent. Il faudra toujours rechercher une cause au saignement des gencives car en aucun cas cela est un évènement normal ou anodin.

Chez les personnes âgées, les nombreuses pathologies et les handicaps peuvent compromettre la réalisation des soins d'hygiène buccale et donc favoriser l'accumulation de plaque dentaire. De plus, elles sont souvent polymédiquées et certaines personnes m'ont confié que les saignements de leurs gencives étaient dus aux anticoagulants.

A l'officine, le pharmacien devra dans un premier temps questionner le patient sur la symptomatologie et lui demander s'il présente une pathologie particulière associée (diabète, cardiopathie…) qui serait à risque de complications pour l'orienter ou non vers un autre professionnel de santé en urgence. Après le questionnement du patient, en dehors de toute pathologie à risque de complications et si les lésions semblent peu sévères une prise en charge au comptoir sera possible. Le pharmacien pourra proposer des produits adaptés ainsi que rappeler au patient les bons gestes concernant l'hygiène bucco-dentaire quotidienne qui pourraient empêcher la progression du problème. Quel que soit la cause, il faudra aussi conseiller au patient d'aller consulter son chirurgien-dentiste, car le saignement des gencives peut également être le symptôme d'une maladie touchant l'organisme.

Une fiche conseil sera réalisée en Annexe 6 à destination des patients.

3.6.1. Conseils et produits d'hygiène buccodentaire disponibles à l'officine

3.6.1.1. Brossage des dents

Les gencives peuvent-être sensibles lors du brossage des dents car celui-ci est trop agressif ou alors parce que les poils de la brosse à dent sont trop durs. Ce n'est pas la dureté des poils qui fait l'efficacité du brossage mais bien la technique de brossage. A l'officine, le pharmacien devra donc conseiller au patient d'utiliser une brosse à dent souple voir extra souple jusqu'à disparition des symptômes. Il existe plusieurs modèles de brosses à dents dans différents laboratoires, comme :

- Des brosses à dents souples ou extra souples : la brosse à dent Inava® chirurgicale 15/100 avec des brins en nylons non traumatisants pour les gencives et les dents ou encore la brosse à dent Méridol® parodont expert.

- Les brosses à dents électriques : GUM® power care possède des brins souples et effilés extra-doux avec une tête de brosse oscillo-rotative ou bien encore Inava® Hybrid Timer qui semble plus intéressante pour les gencives sensibles sujettes aux saignements au vu de son mode de fonctionnement sonique.

Le brossage des dents devra se faire avec une méthode de brossage adaptée. La brosse à dents devra également être changée régulièrement.

Pour les personnes disposant de prothèses dentaires, il sera également important de leur rappeler que l'hygiène buccodentaire passe également par l'entretien de ces éléments car les prothèses sont des zones privilégiées pour l'accumulation de plaque dentaire. Il faudra également leur rappeler de ne pas oublier un brossage quotidien des muqueuses avec une brosse à dent souple ainsi que du dentifrice.

3.6.1.2. Nettoyage des espaces interdentaires

L'utilisation complémentaire d'accessoires interdentaires est primordiale afin de parfaire le brossage et de limiter la survenue d'inflammation dans les zones non accessibles au brossage dentaire. Celui-ci se fera à l'aide d'instruments spécifiques tels que du fil dentaire ou des brossettes interdentaires.

Il existe différentes gammes de brossettes interdentaires, le laboratoire GUM® propose la gamme GUM® TRAV-LER disponible en dix tailles différentes pour s'adapter à tous les types d'espaces interdentaires (c'est en général le chirurgien-dentiste qui recommande la taille de brossette que le patient doit utiliser, certains ont besoin de plusieurs tailles pour nettoyer toute la bouche). La tige est recouverte de nylon et arrondie pour plus de confort et bien protéger les gencives. Les brins sont recouverts d'un agent antibactérien, le manche est ergonomique et antidérapant pour un confort maximum et plus de contrôle.

Concernant le fil dentaire, le laboratoire GUM® propose également du fil dentaire GUM® EXPANDING FLOSS qui est conçu pour se dilater significativement au contact de la salive, il est doux pour les gencives et est donc recommandé pour les personnes ayant les dents et les gencives sensibles. Dans un autre laboratoire, il existe également le Dentofil Inava® imprégné de chlorhexidine pour éliminer la plaque dentaire.

3.6.1.3. Dentifrices pour gencives sensibles

Lorsque les gencives sont sensibles et sujettes aux saignements, le choix du dentifrice est important. Plusieurs laboratoires ont développé des dentifrices dont la formulation permet de maintenir des gencives en bonne santé.

Nous verrons dans le tableau ci-dessous les différents produits proposés dans chaque laboratoire ainsi que leurs caractéristiques.

Dentifrice	Caractéristiques	Conseils d'utilisation
Parogencyl® soin intensif gencives **Parogencyl® prévention gencives** 	**Parogencyl® soins intensif gencives** : contient de la chlorhexidine à 0,125% ainsi que du perméthol à 0,250% pour aider à prévenir les saignements occasionnels des gencives **Parogencyl® prévention gencives :** contient du zinc minéral pour limiter l'accumulation de plaque dentaire et favoriser la prévention de l'inflammation gingivale occasionnelle ainsi que du fluor (1450ppm) pour renforcer l'émail	Parogencyl® soin intensif gencives indiqué pour les problèmes gingivaux particuliers puis relais avec Parogencyl® prévention gencives qui contient du fluor
Arthrodont® EXPERT **Arthrodont® CLASSIC** **Arthrodont® Protect Gel** 	**Athrodont® expert** *:* action apaisante pour les gencives irritées grâce à l'acide glycyrrhétinique, lutte contre la plaque dentaire avec l'aide de la chlorhexidine. **Athrodont® classic** : action apaisante pour les gencives grâce à l'acide glycyrrhétinique. **Arthrodont® protect gel** : action apaisante grâce à l'acide glycyrrhétinique et reminéralisante de l'émail des dents grâce au fluorinol	**Arthrodont® expert** : se brosser les dents 2 à 3 fois par jour pendant un mois en soins d'attaque anti-plaque **Arthrodont® classic :** 2 à 3 brossages par jour, peut être appliqué sur une brosse ou un doigt propre sur les zones sensibles puis rincé

GUM® Gingidex 0,06% **GUM® Paroex 0,12%** 	**GUM® Gingidex** : système double action anti-plaque combinant de la chlorhexidine à 0,06% et du chlorure de cétylpyridinium ; contient de l'aloe vera pour nourrir et apaiser les tissus de la bouche ; de la vitamine E qui est un antioxydant et de la pro-vitamine B5 ainsi que du fluor (1450ppm) **GUM® Paroex** : même composition que le gum gingidex mais chlorhexidine deux fois plus dosée (0,12%) ; ne contient pas de fluor	GUM® Paroex est idéal en pré et post-opératoire, en cas d'extraction dentaire et de pose d'implant GUM® Gingidex est idéal en maintenance pour répondre aux premiers signes de gencives sensibles

Tableau 7. Les différents dentifrices commercialisés pour les gencives sensibles

Il existe d'autres laboratoires qui proposent des gammes spéciales pour avoir des gencives saines avec des produits qui sont disponibles en pharmacie (Méridol® protection gencives, Sensodyne® sensibilité et gencives…). Certains dentifrices renferment des agents antiseptiques à des concentrations minimales efficaces qui rendent possible leur utilisation au quotidien.

3.6.1.4. Bains de bouche

Pour compléter l'action des dentifrices, il est possible d'utiliser quotidiennement des bains de bouche pour maintenir les gencives en bonne santé.

Il a été prouvé que les bains de bouche quotidiens spécialisés pour la santé des gencives aident à garder celles-ci en bonne santé lorsqu'ils sont utilisés tous les jours car ils peuvent aider à prévenir l'accumulation des bactéries de la plaque dentaire qui est la principale cause de maladie des gencives. Si le bain de bouche contient du fluor en plus, il peut également aider à prendre soin des dents (Parodontax).

Certains bains de bouches peuvent être conseillés/prescrits par le chirurgien-dentiste dans le cadre du traitement de la gingivite ou d'une chirurgie buccale, cependant ils ne doivent être

utilisés que pendant une durée limitée. Parmi ceux-ci, on retrouve par exemple l'Eludril Gé®, L'Eludril Perio®, l'Hextril®…

Nous verrons dans le tableau ci-dessous des exemples de bains de bouches commercialisés en officine pour soulager les gencives sensibles, douleurs et saignements. Certains sont recommandés en usage quotidien et d'autres non.

Bain de bouche	Caractéristiques	Conseils d'utilisation
Arthrodont® bain de bouche 	Contient du glycyrrhizinate de dipotassium qui donne un effet apaisant pour les gencives sensibles Râfraichit la bouche grâce à son arôme mentholé	Usage quotidien Se rincer la bouche avec 15mL de solution non diluée pendant 30 secondes deux à trois fois par jour
Eluday® gencives 	Contient de l'acide glycyrrhétinique pour apaiser les gencives irritées Ne contient pas d'alcool Arôme mentholé	Usage quotidien Se rincer la bouche avec 15mL de solution non diluée pendant 30 secondes deux à trois fois par jour
GUM® Gingidex 	Contient de la chlorhexidine et du cétylpyridinium pour aider à réduire l'accumulation de plaque dentaire Ne contient pas d'alcool	Usage quotidien Se rincer la bouche avec 10 à 15mL deux fois par jour après le brossage des dents

Alodont® CARE 	Contient du cétylpyridinium, du fluorure de sodium, de l'aloe vera Sans alcool Arôme menthe fraiche Recommandé par l'UFSBD	Usage quotidien Se rincer la bouche deux fois par jour pendant une minute avec 20mL dans un verre
Alodont® PROTECT 	Double action antiplaque et antibactérienne : contient de la chlorhexidine, du cétylpyridinium, de l'eugénol Ne contient pas d'alcool	Pas en usage quotidien, une semaine maximum Se rincer la bouche 2 fois par jour pendant 30 secondes avec 15mL dans un verre.

Tableau 8. Différents exemples de bains de bouche utilisés pour les gencives sensibles

3.6.1.5. Huiles essentielles et remèdes maison

Certaines huiles essentielles possèdent des propriétés intéressantes dans le traitement de l'inflammation gingivale. Parmi elles, on pourra proposer en application locale de l'HE de tea-tree (*Melaleuca alternifolia)* ou de l'HE de menthe poivrée *(Mentha piperita*) par exemple (Clere 2009).

Le gel d'aloe vera peut également être utilisé sur les gencives pour réduire les saignements et les gonflements.

A l'officine, des patients viennent également acheter de l'eau oxygénée sur conseil de leur dentiste. Cependant, elle ne se justifie que pour le traitement des infections parodontales sévères et uniquement pendant la période de traitement actif. Elle s'utilise souvent en association avec le bicarbonate de soude.

3.6.2. Prévention auprès du patient

Le pharmacien doit également intervenir dans la prévention de l'atteinte gingivale notamment chez les personnes dont le développement de maladies parodontales peut constituer une source de complications. L'avancée en âge est un facteur de risque de maladie parodontale de même que le tabac, la prise de certains médicaments (antiépiléptiques, anticoagulants, antirejets ou anti-hypertenseurs), les maladies d'ordre systémique comme le diabète, la malnutrition…

La prophylaxie de l'atteinte parodontale consiste donc en la délivrance de conseils qui permettront d'assurer un contrôle de la plaque dentaire mais également de rappeler au patient de consulter régulièrement son chirurgien-dentiste (au minimum 1 à 2 fois par an en cas de gingivite). Lorsque la plaque est transformée en tartre, seul un dentiste pourra l'éliminer en faisant un détartrage. (GUM)

3.7. Prévention des caries dentaires

Comme vu précédemment, les personnes âgées sont à risque de développer des caries et en particulier les caries radiculaires au niveau du collet. De plus, le port de prothèses inadaptées constitue un facteur aggravant et favorise l'apparition et l'extension de ce type de caries. Un nettoyage régulier des dents permet d'éliminer la plaque dentaire contenant les bactéries responsables des pathologies bucco-dentaires et de conserver des dents saines le plus longtemps possible en se protégeant du processus carieux.

Les clefs pour conserver une bonne hygiène bucco-dentaire et éviter le développement de caries sont des apports en fluor adéquats, une alimentation de qualité, et un nettoyage régulier avec du matériel adapté. A l'officine, le pharmacien pourra sensibiliser et éduquer le patient afin de prévenir et de limiter au maximum le développement de la maladie carieuse (Bonnot et Pillon 2013).

3.7.1. Le rôle du fluor

Le fluor constitue un élément nutritif essentiel à la formation des dents et des os. Il contribue au maintien de la santé bucco-dentaire et à la prévention des affections. C'est un oligo-élément qui joue un rôle important dans la prévention des caries grâce à l'action des ions fluorures qui remplacent les groupements hydroxyles présents au sein du cristal d'apatite, principal constituant de l'émail dentaire. Par ce mécanisme, l'apatite devient plus stable et moins soluble. Le fluor va procurer à l'émail une plus grande résistance.

Il existe deux voies d'administration du fluor : générale avec l'ingestion de comprimés ou d'eaux fluorées et locale avec une application topique sur les surfaces dentaires (dentifrice, gel, vernis, bain de bouche fluoré…) (Folliguet et al. 2011).

3.7.1.1. Le fluor dans l'alimentation

Les apports de fluor peuvent provenir de différentes sources, mais essentiellement des eaux minérales et des eaux de boissons avec des teneurs différentes. Certains aliments comme les poissons de mers sont naturellement riches en fluor, de même que le thé.

Le sel de table est disponible fluoré à hauteur de 250mg/kg et l'emploi de fluorure de sodium dans les gommes à mâcher est également autorisé à hauteur de 9mg de fluor pour 100g.

L'état actuel des données montre que les fluorures auraient une efficacité supérieure lorsqu'ils sont administrés en période post-éruptive (action par voie topique) en comparaison avec leurs effets en période pré-éruptive (action par voie systémique). L'efficacité carioprotectrice est obtenue grâce à des apports faibles mais réguliers de fluorures dans la cavité buccale assurant la présence continue d'ions fluorures à la surface de l'émail (Briand 2009).

3.7.1.2. Les dentifrices ou gels fluorés

Quel que soit le niveau de risque, la mesure la plus efficace de prévention des lésions carieuses repose sur un brossage au minimum biquotidien avec un dentifrice ayant une teneur en fluor adaptée. Chez les adultes et les personnes âgées l'UFSBD recommande d'utiliser un dentifrice comprenant 1000 à 1450ppm de fluor. Dans certains cas, si le risque carieux est élevé le dentiste après avoir réalisé un bilan fluoré pourra prescrire une supplémentation en fluor (bain de bouche, dentifrice fortement dosé…). Le risque carieux est évalué en fonction d'un certain nombre de facteurs (absence de brossage quotidien avec du dentifrice fluoré, ingestions sucrées régulières en dehors des repas, prise au long cours de médicaments sucrés ou générant une hyposialie, présence de plaque visible à l'œil nu, sillons anfractueux au niveau des molaires…).

Les gels et les dentifrices hautement fluorés contiennent plus de 1500ppm de fluorure. On retrouve parmi eux :

- Le Fluocaril® bi-fluoré qui est vendu exclusivement en pharmacie et qui contient 2500ppm de fluorures. Plusieurs patients avaient noté utiliser du Fluocaril® dans le questionnaire. Il combine deux sels fluorés (fluorure de sodium et monofluorophosphate de sodium) pour une double action : rapide et durable qui aide à réduire les dommages causés à l'émail provenant des attaques bactériennes et qui renforce l'émail et protège les dents même après le brossage (Fluocaril).

- Le Duraphat® qui contient 5000ppm de fluorure. Il est indiqué dans la prévention de la carie dentaire en particulier chez les patients à risque de caries multiples. Cependant, au vu de sa haute concentration en fluor l'avis d'un spécialiste dentaire doit être requis avant l'utilisation du produit.

- Le Fluogel® 2000 qui contient 20 000ppm de fluorure. Il est indiqué en prophylaxie des polycaries, en particulier en post-radiothérapie ou dans les cas des hyposialies iatrogènes. Il doit être appliqué à l'aide de gouttières spéciales qui sont préparées par le praticien. C'est un médicament listé donc délivrable uniquement sur ordonnance (VIDAL 2021).

3.7.1.3. Les bains de bouche fluorés

Ils constituent avec les dentifrices fluorés la méthode la plus courante pour lutter contre les caries. Des études ont montré que les bains de bouche fluorés peuvent augmenter les bienfaits du brossage quotidien des dents avec un dentifrice fluoré en particulier dans les régions ou l'eau potable n'est pas additionnée de fluor (Oral-B).

De nombreux bains de bouche commercialisés contiennent du fluor, on peut citer par exemple :

- Fluocaril® bain de bouche bi-fluoré qui contient 250ppm de fluor. Il contribue à la réduction de la formation de plaque dentaire, aide à la reminéralisation de l'émail, aide à prévenir les caries.

- Listérine® protection dents et gencives qui contient 200ppm de fluor. En plus d'aider à réduire et à prévenir la plaque dentaire et de renforcer l'émail des dents, il rafraîchit l'haleine avec son gout naturel de thé vert.

3.7.1.4. Les vernis fluorés

De nombreuses études ont montré que l'application de vernis fluoré représentait une alternative intéressante chez la personne âgée, en particulier pour celles dont l'accès aux soins est difficile (personnes alitées, démentes, personnes avec troubles de la déglutition qui ne peuvent pas utiliser de bains de bouche…). Pour les personnes âgées de plus de 70ans, l'UFSBD recommande une application de vernis antiseptique sur les surfaces nettoyées en complément d'un vernis à 5% (22 600 ppm) de fluor au moins deux fois par an et jusqu'à 4 fois par an en fonction du risque carieux individuel. Cependant, le vernis fluoré est réservé à l'usage professionnel et son application ne peut être effectuée que par un chirurgien-dentiste. De plus, il n'y a pas de prise en charge chez les personnes âgées (Folliguet et al. 2011) (UFSBD 2019).

3.7.2. Le rôle de l'alimentation

Il existe une corrélation directe entre l'alimentation et les problèmes dentaires.

Les aliments qui sont riches en hydrates de carbone (« sucres ») accentuent la production d'acides par les bactéries. Le saccharose est la forme sucrée la plus courante, il s'agit du sucre le plus cariogène. Le lactose est le sucre le moins cariogène. La salive favorise la recristallisation des minéraux grâce aux ions qu'elle contient et elle possède également une action antibactérienne. Son débit assure un autonettoyage. Le grignotage doit être évité car si de nombreux petits repas se succèdent l'action de la salive va être limité dans le temps. Il est important de boire au minimum un litre d'eau par jour pour stimuler les glandes salivaires.

Les aliments sucrés qui restent collés aux dents (chocolat, caramel, pâtisseries…) sont hautement cariogènes. En revanche, ceux de consistance fibreuse comme les fruits et les légumes sont plus rapidement éliminés de la cavité buccale et sont donc peu cariogènes.

Les aliments complets doivent être préférés aux aliments raffinés car ils sont pauvres en vitamines et en sels minéraux. Le citrate de zinc et la vitamine E, antioxydante renforcent la gencive et préviennent les attaques de la plaque dentaire (Bonnot et Pillon 2013).

3.8. Prise en charge des mycoses buccales

Les candidoses buccales peuvent être fréquentes chez les personnes âgées car beaucoup de facteurs favorisants peuvent être retrouvés chez eux (hyposialie, manque d'hygiène, port de prothèses mal entretenues, endocriniens, carences nutritionnelles…) souvent en association ce qui explique la fréquence élevée des candidoses dans cette tranche de population.

3.8.1. Traitement antifongique de la candidose buccale

Les molécules sont nombreuses, il existe des médicaments à action locale sans aucun effet systémique et d'autres à action locale et systémique. Les traitements ne seront cités ici que brièvement.

Concernant les traitements à action uniquement locale, ce sont ceux appartenant à la famille des polyènes ; Fungizone® (amphotéricine B) et Mycostatine® (nystatine). Ils ont peu ou pas d'effets secondaires, les principaux inconvénients sont la nécessité d'une durée longue de traitement et souvent un problème de gout.

Concernant les médicaments à action locale et systémique, ce sont des dérivés azolés ; Daktarin® (miconazole) et Triflucan® (fluconazole).

Pour les formes aigues, on préférera un traitement topique local qui sera appliqué pendant une à deux semaines. Pour les formes chroniques, on appliquera un traitement topique seul pour les formes en foyer unique et on préférera un traitement topique et général lorsque plusieurs foyers candidosiques seront présents (Bochelen 2003).

3.8.2. Prévention auprès des patients

La prévention consiste à corriger les facteurs favorisants comme une hydratation suffisante et un bon état nutritionnel, à limiter dans la mesure du possible l'utilisation de

certains médicaments responsables d'une hyposialie, à réaliser des prothèses dentaires de bonne qualité et surtout avoir une bonne hygiène buccodentaire.

Une amélioration de l'hygiène buccale par un entretien régulier des prothèses ou des dents permet de diminuer le risque de candidose buccale (Laurent et al. 2011).

L'hygiène buccodentaire pourra être complétée par un bain de bouche avec du bicarbonate de soude chaque soir (une cuillère à café dans un verre d'eau) ou un bain de bouche à base de chlorhexidine (qui est un excellent fongicide sur *Candida Albicans*) (Bochelen 2003).

La consommation d'alcool et de tabac devra être évitée.

Le pharmacien devra rappeler au patient l'utilisation concernant certains médicaments ; par exemple les corticoïdes par voie inhalée peuvent provoquer des mycoses buccales, il faudra donc expliquer à celui-ci de bien nettoyer et rincer sa bouche afin d'éliminer les corticoïdes résiduels déposés sur les muqueuses.

Les probiotiques peuvent aider à réduire les infections fongiques buccales ; une étude sur des personnes âgées résidant dans divers établissements de soins en Suède a mis en évidence une réduction statistiquement significative des taux élevés de *Candida Albicans* chez les patients prenant des comprimés contenant *Lactobacillus reuteri* comparé aux patients étant dans le groupe placebo (GUM).

3.9. Prise en charge des inflammations et des ulcérations buccales

Il existe de nombreux types d'inflammations et d'ulcérations buccales. Il sera développé uniquement la prise en charge des aphtes et des mucites, qui sont le plus fréquemment rencontrés à l'officine.

3.9.1. Aphtes

Les aphtes peuvent survenir chez des personnes âgées comme chez des patients de n'importe quelle catégorie d'âge. Il sera donc indiqué ici uniquement les grandes lignes de la prise en charge des aphtes à l'officine.

Le pharmacien devra tout d'abord réaliser un questionnaire auprès du patient afin de s'assurer qu'il ne s'agit que d'une lésion aphteuse simple. Il devra l'orienter chez un médecin si nécessaire, notamment en cas d'ulcération anormalement grande, d'aphtes à répétition, d'ulcérations sur les lèvres, de stomatite aphteuse accompagnée d'une fièvre élevée, de prothèse blessant les muqueuses…

3.9.1.1. Prise en charge à l'officine

En général, les aphtes guérissent spontanément en quelques jours. Si ceux-ci sont de petite taille et peu nombreux, il est possible d'utiliser un traitement local pour soulager la douleur et éviter les surinfections.

Voici des exemples de produits commercialisés à l'officine dans la prise en charge des aphtes :

- URGO® Filmogel aphtes : c'est un pansement liquide qui une fois appliqué forme un film protecteur fin, souple et résistant même pendant les repas. Il est à appliquer 3 à 4 fois par jour, sans retirer le film de la précédente application, de préférence avant les principaux repas.

- Bloxaphte® gel adulte : composé d'acide hyaluronique pour aider à réduire la douleur et favoriser la cicatrisation, d'aloe vera pour apaiser, protéger et hydrater ainsi que de rose de damas pour ses propriétés décongestionnantes. Il est à appliquer 2 à 3 fois par jour.

- Aftagel® gel buccal : c'est un gel antalgique qui contient un anesthésique local (lidocaïne). Il est à appliquer une fois par jour, à renouveler au cours de la journée si nécessaire. Il faudra cependant rappeler aux patients d'utiliser ce gel avec prudence car s'il est appliqué de façon étendue, celui-ci pourra entraîner une gêne de la déglutition, des fausses routes, des morsures graves de la langue et des joues (AMELI 2022a).

En plus de l'application de gels locaux, certains bains de bouche peuvent présenter un intérêt pour apaiser la douleur et favoriser la guérison.

Il faudra également rappeler au patient de limiter des causes qui pourraient être déclenchantes, en particulier alimentaires (éviter l'ingestion de noix, noisettes, gruyère…). Il est aussi important d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire et de se brosser les dents au minimum deux fois par jour. Le fait de consulter son chirurgien-dentiste régulièrement permettra à celui-ci de vérifier l'état des dents, et de la prothèse dentaire si le patient en possède une.

Lorsque la poussée d'aphtes est étendue, très douloureuse et sévère des traitements systémiques sont proposés aux patients (Vaillant et Samimi 2016).

3.9.2. Mucites

Les mucites sont directement dues à l'activité de certaines molécules de chimiothérapies et de radiothérapie. Elles sont plus fréquentes avec certains médicaments qu'avec d'autres donc la survenue de cet effet indésirable dépend de la chimiothérapie proposée. Il existe également des facteurs de risque individuel, celles-ci sont plus fréquentes chez les enfants, les personnes âgées de plus de 50 ans et chez les femmes. Il a également été montré qu'une mauvaise hygiène buccodentaire pendant le traitement peut contribuer à l'apparition d'une mucite.

A l'officine, de nombreuses personnes âgées sont sujettes à cet effet indésirable, le rôle du pharmacien est donc de prodiguer des conseils aux patients pour limiter au maximum l'apparition de cet effet.

3.9.2.1. Prise en charge à l'officine

Quel que soit le traitement anticancéreux mis en place, l'apparition de mucites peut être atténuée par des mesures de prévention générale comme des soins buccodentaires, une bonne hygiène buccodentaire et une alimentation adaptée.

Selon la sévérité de la mucite qui est classée en plusieurs grades, il y aura différentes prises en charge. Le traitement standard repose sur l'hygiène buccodentaire, l'utilisation locale de corticoïdes, d'anesthésiques, d'antalgiques, mais également l'utilisation de bains de bouche, notamment ceux au bicarbonate de sodium que l'on voit souvent prescrit sur les ordonnances des patients.

A l'officine, le pharmacien pourra informer le patient sur l'hygiène buccodentaire : utiliser une brosse à dent souple pour éviter les traumatismes, utiliser un dentifrice non abrasif, sucer des glaçons (recommandé en préventif pendant une demi-heure à une heure lors des perfusions de chimiothérapie), prendre en charge la sécheresse buccale.

Le patient devra également adapter son alimentation ; les plats et les boissons brûlantes devront être évitées, de même que les aliments durs ou croquants, acides, les épices, le poivre et le piment, les aliments irritants comme le gruyère, les noix, l'ananas… Il est recommandé de boire beaucoup, au moins 2 litres par jour. Les aliments à privilégier seront les aliments hachés, froids ou tièdes, lactés (Novartis oncologie 2016).

Des gammes de dermocosmétiques se sont développées en officine pour les patients atteints de cancer ; la gamme Ozalys® (gamme qui a été créé par une femme atteinte d'un cancer du sein) propose notamment un bain de bouche adapté aux bouches douloureuses, sèches et irritées. Celui-ci contient de l'acide hyaluronique, du digluconate de chlorhexidine et de la pro-vitamine B5. Il est formulé sans alcool et sans menthol. Elle propose également un dentifrice composé de pro-vitamine B5 et de silice faiblement abrasive.

4. Vers un meilleur accès aux soins dentaires pour les personnes âgées

Cette dernière partie ne concerne pas le rôle du pharmacien d'officine à proprement parler mais il me paraissait intéressant de faire un état des lieux sur les perspectives d'évolution concernant l'accès ainsi que le coût des soins dentaires pour les personnes âgées, qui peuvent représenter un frein pour certains.

4.1. Accès aux soins

Les problématiques qui se sont révélées dans le questionnaire concernant l'accès aux soins étaient notamment la difficulté de prise de rendez-vous ainsi que le refus des dentistes de prendre des nouveaux patients. Les choses devraient changer avec la création des huit nouveaux sites universitaires en France pour augmenter le nombre de professionnels de santé formés.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, se déplacer pour aller consulter son chirurgien-dentiste peut s'avérer difficile. Des associations se sont développées pour la prise en charge bucco-dentaire à domicile, elles sont cependant peu nombreuses et il est difficile de trouver des renseignements ou des contacts à leur sujets sur internet. Une association au nom de INCISIV avait été créé en 2013 pour offrir la possibilité aux personnes âgées et en situation de handicap de recevoir des soins dentaires chez elles ou en établissement mais étant menacée par l'ordre national des chirurgiens-dentistes qui estimait que les praticiens exerçaient sans autorisation en dehors de leur cabinet, elle a dû arrêter son activité en 2017 (SilverEco 2017).

En plus des difficultés d'accès aux soins, la pandémie du SRAS-CoV-2 n'a pas arrangé la situation, ayant affecté les systèmes de santé publique du monde entier. Les soins dentaires se sont donc limités aux traitements urgents et non reportables. La mobilité réduite et la peur du SRAS-CoV-2 a donc beaucoup freiné les personnes âgées d'être traitées de manière conventionnelle dans les cliniques dentaires. Une revue a donc été réalisée concernant le rôle de la télédentisterie. Cette revue s'est concentrée sur l'évaluation de l'exactitude et de

l'efficacité de la télédentisterie par rapport aux visites dentaires traditionnelles, l'acceptabilité des patients et les coûts liés à la mise en œuvre. Au final, les différentes études réalisées ont permis de montrer que la télédentisterie s'est avérée aussi précise que les examens dentaires en face à face, rentable et bien acceptée par les patients. (Aquilanti et al. 2020)

Plusieurs projets de télémédecine buccodentaire ont été lancés en France, notamment le projet E-Dent Languedoc Roussillon (conçu pour les résidents d'EHPAD, les personnes handicapées et les détenus en maison d'arrêt), le projet ORALIEN développé par l'UFSBD ou encore une étude Tel-e-dent. Cette dernière a été la première à évaluer la précision diagnostique de la télédentisterie et a montré qu'elle était douée d'une excellente précision pour le diagnostic des pathologies dentaires et d'une bonne précision pour l'évaluation de la qualité des prothèses dentaires et de la mastication.

La télédentisterie pourrait donc présenter des avantages pour faciliter l'accès aux soins dentaires mais présente quelques freins comme la distance qui peut représenter un problème majeur à première vue car la vue, l'ouïe et le toucher sont les outils majeurs du praticien. Certains facteurs individuels tels que l'attrait ou non pour la nouveauté pourraient également représenter un frein de même que l'expérience des personnes avec les nouvelles technologies, en particulier chez les personnes âgées (Sacher 2019).

4.2. Coût des soins dentaires

Concernant le coût des soins dentaires qui pourrait être un frein pour certaines personnes, l'offre 100% santé s'est développée depuis le 1er janvier 2020 : elle permet aux patients d'être entièrement remboursés par l'assurance maladie et leur mutuelle sur les bridges et les couronnes dentaires. Elle est élargie depuis 2021 aux prothèses amovibles. Toute personne bénéficiant d'un contrat responsable par sa mutuelle peut bénéficier de l'offre 100% santé dentaire. Elle est disponible auprès de tous les dentistes qui feront un devis où ils devront systématiquement mentionner un plan de traitement « 100% santé » (AMELI 2022b). Le déploiement de cette offre est une réussite car la part des actes prothétiques dentaires relevant du panier de soins continue de progresser (55,9% au premier trimestre 2022 contre 40,4% lors du lancement de la réforme en 2019) et cette offre en progression a continué à renforcer le recours aux soins (UFSBD 2022b).

La MSA propose aux patients à partir de l'âge de 60 ans de réaliser un bilan bucco-dentaire pris en charge à 100%. En 2019, 23011 ressortissants agricoles de 60 ans ont été invités à réaliser un bilan buccodentaire ; 4057 personnes ont réalisé cet examen de prévention soit un taux de participation de 17,6%. (MSA 2021) Cependant, ce bilan gratuit ne semble pas entraîner un meilleur recours aux soins dentaires après 65 ans puisque les taux annuels de recours pour les bénéficiaires de la MSA chutent après cet âge (DALICHAMPT et al. 2017).

5. Conclusion

Les résultats du questionnaire ainsi que les demandes au comptoir montrent que le pharmacien a un rôle à jouer tant dans les conseils que dans la prévention de l'hygiène buccodentaire des personnes âgées. Dans une population qui devient vieillissante et dont l'accès aux soins dentaires peut être compliqué, celui-ci sera dans le futur encore plus sollicité. C'est pour cela qu'il est nécessaire que le pharmacien ait connaissance des principales pathologies buccodentaires rencontrées à l'officine, et également celles rencontrées fréquemment chez le sujet âgé ainsi que des différents produits de conseil pour pouvoir éclairer au mieux le patient sur comment traiter et prévenir ces pathologies. C'est justement ce conseil qui fera démarquer l'officine des circuits de grande distribution, lieu où certaines personnes achètent régulièrement leurs produits d'hygiène buccodentaire sans même savoir s'ils sont réellement adaptés à leurs besoins.

Le vieillissement de la cavité buccale fait que les personnes âgées sont également plus à risque de développer certaines pathologies bucco-dentaires, le pharmacien a donc un rôle à jouer dans la prévention en insistant auprès du patient pour qu'il ait une hygiène buccodentaire correcte et qu'il consulte régulièrement son chirurgien-dentiste.

Annexe 1 : Questionnaire patients

Questionnaire relatif à l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées de plus de 65 ans

Je suis étudiante en 6ème année de pharmacie et dans le cadre de ma thèse qui porte sur l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées je réalise un petit questionnaire pour m'aider dans la rédaction et les conseils à apporter.

Sexe : **Age :** **Domicile :** **VILLE** **CAMPAGNE**

Ancienne profession : **Mutuelle :** **OUI** **NON**

1°) A quelle fréquence allez-vous consulter le dentiste en l'absence de problème aigu dans le cadre d'un suivi ?

- ☐ Au moins une fois par an
- ☐ Tous les 2 à 3 ans
- ☐ Tous les 3 à 5 ans
- ☐ Moins d'une fois tous les 5 ans

Si vous n'allez pas régulièrement chez le dentiste, quels sont les freins ?

- ☐ Pas de dentiste habituel
- ☐ Refus des dentistes de prendre de nouveaux patients
- ☐ Crainte du dentiste
- ☐ Absence de dentiste proche de mon domicile
- ☐ Difficultés à prendre un RDV : ouverture du secrétariat, RDV sur internet, …
- ☐ Coûts financiers des soins dentaires
- ☐ Autre

Si autre, préciser :

2°) Que faîtes-vous en premier lorsque vous avez un problème bucco-dentaire ?

- ☐ Je consulte le dentiste
- ☐ Je consulte le médecin
- ☐ Je vais chez mon pharmacien
- ☐ Je m'auto médique

3°) Comment qualifieriez-vous votre hygiène bucco-dentaire ? Notez entre 0 et 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0= Très mauvaise hygiène) *(10=excellente hygiène)*

4°) Avez-vous régulièrement des problèmes bucco-dentaires ?

OUI NON

Si oui, de quel type ?

- ☐ Bouche sèche
- ☐ Mauvaise haleine
- ☐ Saignements
- ☐ Bouche douloureuse (aphtes, herpès…)
- ☐ Bouche mycosique (champignons)

- ☐ Mauvaise dentition : douleurs, dents cassées, dents manquantes, caries, ….
- ☐ Appareil dentaire/prothèse amovible non adapté

6°) Disposez-vous d'une prothèse amovible /un appareil dentaire ?

OUI NON

Si oui,

a) A quelle fréquence portez-vous votre prothèse amovible /un appareil dentaire ?

- ☐ Jour et nuit
- ☐ En journée uniquement
- ☐ Moins souvent et/ou jamais

Si moins souvent et/ou jamais, préciser pour quelle raison :

- ☐ Prothèse amovible/appareil dentaire trop petit ou trop grand
- ☐ Prothèse amovible/appareil dentaire cassée et/ou abimée

b) A quelle fréquence nettoyez-vous votre prothèse amovible /un appareil dentaire ?

- ☐ Au moins une fois par jour
- ☐ Une fois tous les deux jours
- ☐ Au moins une fois par semaine

c) Quels produits utilisez-vous pour nettoyer votre prothèse amovible /un appareil dentaire ?

- ☐ Comprimés effervescents
- ☐ Pâte spécifique
- ☐ Dentifrice
- ☐ Brosse à dent
- ☐ Brosse à prothèse
- ☐ Autre

Si autre, préciser :

7°) Utilisez-vous une brosse à dent : MANUELLE ELECTRIQUE

8°) Quel type de brosse à dent utilisez-vous ? SOUPLE MEDIUM PEU IMPORTE

9°) Où achetez-vous vos produits d'hygiène bucco-dentaire ?

- ☐ Au supermarché
- ☐ A la pharmacie
- ☐ Les deux
- ☐ Autre

Si autre, préciser :

10°) Utilisez-vous des bains de bouche régulièrement ?

OUI NON

Si oui,

a) A quelle fréquence ?

- ☐ Au moins une fois par jour
- ☐ Au moins une fois par semaine
- ☐ Au moins une fois par mois
- ☐ Uniquement lorsque j'ai des soucis bucco-dentaires

b) Quelle(s) marque(s) de bain de bouche utilisez-vous ?

9°) Utilisez-vous des brossettes interdentaires ? OUI NON

6

10°) Quelle(s) marque(s) de dentifrice utilisez-vous ?

11°) Pensez-vous que le dentifrice que vous utilisez est adapté pour votre hygiène bucco-dentaire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Annexe 2. Fiche conseil n°1 : l'entretien de la prothèse dentaire

FICHE CONSEIL N°1

L'ENTRETIEN DE LA PROTHESE DENTAIRE

BROSSAGE QUOTIDIEN

Brosse à dent souple
ou brosse à prothèse
+ savon doux + rinçage
abondant au-dessus d'un
récipient rempli d'eau

! Ne pas oublier un brossage quotidien des muqueuses avec une brosse à dent souple et du dentifrice !

EN COMPLEMENT

Quotidiennement

Trempage dans une solution avec des comprimés effervescents/poudre en respectant scrupuleusement le mode d'emploi et le temps de trempage
Rinçage abondant

Une fois par an
Nettoyage de l'appareil aux ultrasons chez le dentiste

DESINFECTION

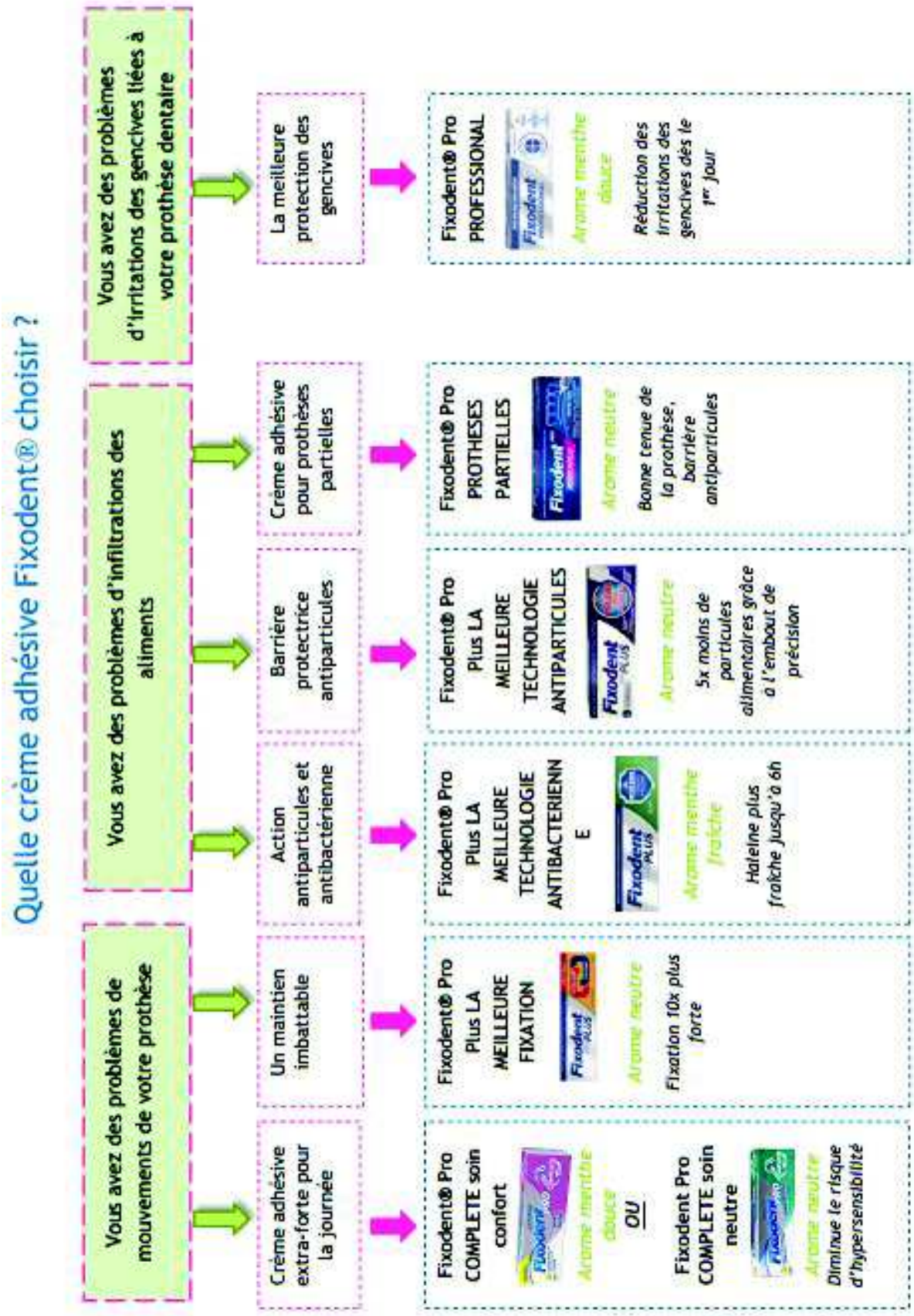
Hebdomadaire

Trempage dans une solution à base de chlorexhidine (concentration inférieure à 0,2%) pendant 15 minutes
+ rinçage abondant

QUELQUES PETITS CONSEILS …

- Il est important de consulter le dentiste ***tous les ans*** pour vérifier l'entretien et l'ajustement de la prothèse dentaire
- Il faut éviter de porter son appareil dentaire 24h/24 car les tissus sur lesquels il s'appuie ont besoin de repos
- Si vous ôtez votre prothèse la nuit, ne la laissez pas tremper dans un verre d'eau ; rangez-la dans une boite prévue à cet effet avec une compresse imbibée d'eau

Annexe 3. Arbre décisionnel à destination des patients sur les crèmes adhésives Fixodent®



FICHE CONSEIL n°2

Que faire en cas de bouche sèche ?

Commencer par des conseils hygiéno-diététiques

- Boire des petites quantités d'eau tout au long de la journée
- Alimentation :
  ✗ Eviter les aliments mous et collants ainsi que les jus sucrés et acides, limiter la consommation de plats salés et épicés
  ✓ Privilégier les aliments riches en eau (concombre, melon, fruits frais)
- Mâcher des chewing-gums sans sucres pendant au moins 20 minutes après avoir mangé ou bu
- Limiter voire stopper la consommation de tabac
- Eviter la consommation de thé, café, alcool
- Placer un humidificateur dans la chambre
- Continuer d'avoir une bonne hygiène buccodentaire pour éviter le risque de complications

Des soins spécifiques pour bouche sèche

- Sous forme de sprays, gels, dentifrices, bains de bouches…

- Protègent la muqueuse buccale des irritations liées à la sécheresse en formant une barrière protectrice
- Les formes sprays sont pratiques à emporter pour un usage nomade tout au long de la journée
- Disponibles en pharmacie, demander conseil à son pharmacien
- Des médicaments spécifiques existent pour lutter contre la sécheresse buccale mais nécessitent un avis médical au préalable

⚠ De nombreux médicaments peuvent induire une sécheresse buccale, ne pas hésiter à en parler à son médecin ou son pharmacien

FICHE CONSEIL n°3

Que faire en cas de mauvaise haleine ?

Les causes de la mauvaise haleine peuvent-être variées mais la majeure partie des problèmes sont associés à une pathologie ou à une mauvaise hygiène buccodentaire. Il est donc nécessaire de traiter l'état pathologique mis en cause en consultant régulièrement son chirurgien-dentiste.

Quelques conseils hygiéno-diététiques

- Boire suffisamment d'eau au cours de la journée
- Limiter la consommation de café et d'alcool
- Eviter certains aliments à odeur forte : ail, choux, épices
- Eviter les périodes de jeûne dans la journée
- Mâcher des chewing gum sans sucre pour stimuler la salivation
- Avoir une bonne hygiène buccodentaire mais également une hygiène linguale
- Ne pas oublier de nettoyer régulièrement les espaces interdentaires avec des accessoires adaptés

Des produits disponibles en pharmacie

- Se brosser la langue avec une brosse à dent souple ou un gratte langue
- Utilisation de dentifrices, bains de bouche anti-halitose qui neutralisent les composés soufrés responsables de la mauvaise haleine

- Certaines huiles essentielles disponibles en pharmacie sont indiquées pour lutter contre la mauvaise haleine : HE de Céléri, HE de menthe poivrée
- Ne pas hésiter à demander conseil à son pharmacien

FICHE CONSEIL n°4

Que faire en cas de gencives sensibles sujettes aux saignements ?

Il faut toujours rechercher une cause au saignement des gencives car en aucun cas cela est un évènement normal ou anodin. N'oubliez pas de consulter régulièrement votre chirurgien-dentiste.

Des conseils et produits disponibles en pharmacie

- Se brosser les dents avec une brosse à dent souple voir extra-souple jusqu'à disparition des symptômes
- Ne pas oublier le nettoyage des espaces interdentaires afin de parfaire le brossage et de limiter la survenue d'inflammation dans les zones non accessibles au brossage dentaire
- Utiliser des dentifrices conçus spécialement pour les gencives sensibles avec des composés antibactériens et apaisants

- Utiliser quotidiennement des bains de bouche pour compléter l'action du dentifrice : ceux-ci aident à prévenir l'accumulation des bactéries de la plaque dentaire

- Certaines huiles essentielles ont des propriétés intéressantes dans le traitement de l'inflammation gingivale en application locale ou en bain de bouche : HE de menthe poivrée, HE de tea tree…

  Il existe des gels buccaux avec une association de plusieurs huiles essentielles comme le gel buccal Buccarom®

- N'hésitez pas à demander conseil à votre pharmacien

Bibliographie

Afssaps. "Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par bisphosphonates", Décembre 2007. https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Recommandations-sur-la-prise-en-charge-bucco-dentaire-des-patients-traites-par-bisphosphonates (consulté le 26 février 2022).

Ameli. "Pourquoi a-t-on mauvaise haleine ?", 2021. https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mauvaise-haleine/mecanisme-survenue-causes (consulté le 21 février 2022)

Ameli. "Aphtes de la bouche : que faire ?", 2022a. https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/aphte/que-faire-quand-consulter (consulté le 17 octobre 2022)

Ameli. "Soins dentaires : comprendre le 100 % Santé", 2022b. https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires-optique-audition/soins-dentaires-comprendre-le-100-sante (consulté le 19 septembre 2022)

Aquilanti L, Santarelli A, Mascitti M, Procaccini M, Rappelli G. (2020) Dental Care Access and the Elderly: What Is the Role of Teledentistry? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 17(23), 1-13

Belmin J, Chassagne P, Friocourt P, Jeandel C, Gonthier R, Nourhashemi F, et al. *Gériatrie: pour le praticien.* Elsevier Masson, 2018.

Bernard MF. *Soins d'hygiène bucco-dentaire aux personnes âgées et dépendantes*. Éditions Lamarre, 2016.

Bisson C, Buxeraud J. (2016) Prise en charge de l'halitose. *Actualités Pharmaceutiques*. 55(558):47-50.

Bisson C, Ejeil AL, Dridi SM. (2012) L'halitose: prise en charge en omnipratique. Rev Odont Stomat. 41, 191-197

Bochelen A. La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante. Th D Dent, Henri Poincare, 2003

Bodineau-Mobarak A, GiacobbiI A, Tavernier JC, Folliguet M. (2008) Place de l'odontologiste dans la prise en charge pluridisciplinaire d'un patient âgé dénutri. *Actual Odonto-Stomatol.* 241, 63-74.

Bonnot J, Pillon F. (2013) Une bonne hygiène bucco-dentaire pour prévenir les caries. *Actualités Pharmaceutiques*. 52(524), 39-44.

Briand P. AVIS de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments relatif à l'évaluation des teneurs en vitamines et minéraux des denrées enrichies et des compléments alimentaires : fluor. https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2007sa0315q.pdf, consulté le 10 septembre 2022.

Brigonnet S. Les dentifrices: aspects toxicologiques.Th D Dent, université de Lorraine, 2021.

Buxeraud J. (2012) Conseiller les accessoires interdentaires et les brosses à dents adaptés à chaque patient. *Actualités Pharmaceutiques*. 51(514):33-36.

Buxeraud J. (2017) Conséquences systémiques des maladies parodontales. *Actualités Pharmaceutiques*. 567, 47-50.

Buxeraud J. (2019) Conseiller un patient souffrant d'hypersensibilité dentinaire. *Actualités Pharmaceutiques*. 58(585),49-51.

Buxéraud J, Huck O. (2016) Traitement ambulatoire de l'hypersensibilité dentinaire. *Actualités Pharmaceutiques.* 556, 47-50

Chambin O, Pillon F, Pillot G. (2010) Les dentifrices, notions de base et cas de comptoir. *Actualités Pharmaceutiques.* 49(495):25-7.

Clere N. (2009) Les gencives sensibles, comment en venir à bout ? *Actualités Pharmaceutiques*. 48(489), 29-30.

DALICHAMPT M, JOLIVET A, TALLEC A, Observatoire régional de la santé des pays de la Loire, DARTEVELLE S, MANCIAUX JP, et al. Recours au cabinet dentaire des adultes âgés de 55 ans et plus; Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. SNDS, EGB, DCIR. https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2019_PDF/2019_recours_adultes_cd_snds.pdf, consulté le 12 janvier 2022.

Delcambre T. *Traitement de l'édentement total chez la personne dépendante: intervention à domicile ou en institution*. Éditions CdP; 2015.

Ministère des Solidarités et de la Santé. Le plan de prévention bucco-dentaire. Direction Générale de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire, consulté le 25 janvier 2022.

Direction Générale de la Santé SD2B, Folliguet M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf, consulté le 01 février 2022.

Dupuis V. (2018) L'hygiène bucco-dentaire du sujet âgé. *Actualités pharmaceutiques*. 57 (579), 41-45.

Dupuis V, Léonard A. *Odontologie du sujet âgé: spécificités et précautions*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2010.

Fixodent. Découvrez les ingrédients de Fixodent. https://www.fixodent.fr/fr-fr/conseils-astuces/a-propos-des-cremes-adhesives-pour-protheses-dentaires/les-ingredients-de-fixodent, consulté le 27 mai 2022.

Fluocaril. Brossette interdentaire: comment l'utiliser. https://www.fluocaril.fr/articles/sante-bucco-dentaire/comment-utiliser-une-brosse-interdentaire.html, consulté le 28 aout 2022.

Fluocaril. Fluocaril Cosmétique, le spécialiste de la prévention carie depuis plus de 70 ans. https://www.fluocaril.fr/a-propos.html, consulté le 11 septembre 2022.

Folliguet M, Veille-Finet A, Bodineau A. (2011) Le vernis fluoré en prévention buccodentaire chez les personnes âgées. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* 11(66),259-263.

Gauzeran D. (2014) Maladies parodontales chez l'homme et maladies systémiques. *Bavf*. 167(1), 19-22.

Gauzeran D, Saricassapian B. (2013) Pathologies de la muqueuse buccale chez le sujet âgé en perte d'autonomie. *Actual Odonto-Stomatol.* 262, 13-23.

GUM. Comment bien utiliser les brossettes interdentaires ? https://www.sunstargum.com/fr-fr/sante-bucco-dentaire/bien-utiliser-les-brossettes-interdentaires.html, consulté le 30 aout 2022.

GUM. Comment choisir sa brosse à dents https://www.sunstargum.com/fr-fr/sante-bucco-dentaire/comment-choisir-votre-brosse-a-dents.html, consulté le 22 aout 2022.

GUM. Brochure Parodontologie GUM® https://professional.sunstargum.com/fr/ressources/pour-vos-patients/brochure-parodontologie.html, consulté le 16 aout 2022.

GUM. Brosse à dents Prothèse GUM® https://www.sunstargum.com/fr/soins-et-produits-dentaires/brosses-a-dents/brosse-prothese-gum.html, consulté le 23 mai 2022.

GUM. Etude : probiotiques et Candida Albicans chez les personnes âgées https://professional.sunstargum.com/fr-fr/actualites-et-evenements/actualites/probiotiques-aident-a-reduire-proliferation-de-candida-albicans-chez-patients-ages.html, consulté le 13 septembre 2022.

Gupta A, Epstein J, Sroussi H. (2006) Hyposalivation in Elderly Patients. *J Can Dent Assoc*. 72(9), 841-846.

INSEE. Population par âge − Tableaux de l'économie française https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#consulter, consulté le 21 septembre 2021.

INSEE. TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE - Évolution et structure de la population https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/21_POP, consulté le 8 janvier 2022.

Krall E, Hayes C, Garcia R. (1998) HOW DENTITION STATUS AND MASTICATORY FUNCTION AFFECT NUTRIENT INTAKE. *The Journal of the American Dental Association*. 129(9),1261-1269.

Laurent M, Gogly B, Tahmasebi F, Paillaud E. (2011) Oropharyngeal candidiasis in elderly patients. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*. 9, 21-28.

Lauriac S. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention et la prise en charge des principales pathologies bucco-dentaires. Th D Pharm, Limoges, 2015

Leduc V. Les facteurs de risques de l'hypersensibilité dentinaire. Étude observationnelle dans la région de Nice. Th D Dent, Nice, 2013.

LISTERINE. Rince-bouche LISTERINE® : Innocuité et tolérabilité. https://fr.listerineprofessional.ca/donnees-scientifiques/innocuite-et-tolerabilite, consulté le 8 aout 2022.

Mahieu A. Bains de bouche: quelle classification adopter afin d'en faciliter la prescription? Th D Dent, Bordeaux, 2014.

MALEK R, CHEMLALI S, KISSA J. L'halitose d'origine intra-orale et son traitement en parodontologie . Le courrier du dentiste. https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/l-halitose-d-origine-intra-orale-et-son-traitement-en-parodontologie.html, consulté le 2 aout 2022.

MSA. Prévention bucco-dentaire : Plus de 75 000 personnes ont bénéficié d'un examen pris en charge à 100 % par la MSA en 2019. https://www.msa.fr/lfp/bilan-bucco-dentaires-msa-2019, consulté le 19 septembre 2022.

Novartis oncologie. MUCITES bucco-pharyngées et traitements ANTI-CANCÉREUX. AFSOS. https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/Mucites-remis-AFSOS-NOVARTIS-2015.pdf, consulté le 18 septembre 2022.

ONCD. Cartographie publique ONCD. (2022a) https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/, consulté le 11 janvier 2022

ONCD. #ONCD La lettre. (2022b) https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2022/01/LA_LETTRE_195_2022.pdf, consulté le 14 février 2022.

Oral-B. Comment utiliser un bain de bouche au fluor. https://www.oralb.fr/fr-fr/sante-bucco-dentaire/pourquoi-choisir-oral-b/bain-de-bouche/comment-utiliser-un-bain-de-bouche, consulté le 11 septembre 2022.

Oral-B. Quand changer sa brosse à dents. https://www.oralb.fr/fr-fr/sante-bucco-dentaire/pourquoi-choisir-oral-b/brosse-a-dents-electricque/quand-changer-sa-brosse-a-dents, consulté le 13 juillet 2022.

Parenté O. Prise en charge de l'état bucco-dentaire des personnes âgées diabétiques par les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes. Th D Med, Rouen, 2015.

Parodontax. Le quoi, quand et pourquoi du bain de bouche. https://www.parodontax.fr/prenez-soin-de-vos-gencives/le-quoi-quand-et-pourquoi-du-bain-de-bouche/, consulté le 20 aout 2022.

Pierre Fabre ORAL CARE. Inava Prothèse - brosse à dents. https://www.pierrefabre-oralcare.com/fr-fr/p/inava-prothese-brosse-a-dents, consulté le 23 mai 2022a.

Pierre Fabre ORAL CARE. Tout savoir sur l'hypersensibilité dentaire. https://www.pierrefabre-oralcare.com/fr-fr/conseils-routines/sante-des-dents/l-hypersensibilite-dentaire, consulté le 8 aout 2022b.

Pillon F, Pillot G. (2015a) Bien utiliser les bains de bouche. *Actualités Pharmaceutiques.* 54(544),37-39.

Pillon F, Pillot G. (2015b) Rôle du pharmacien d'officine dans l'entretien des prothèses et appareils dentaires. *Actualités Pharmaceutiques*. 54(546), 47-50.

Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. (2012) Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*. 55(1),21-31.

ROCHE. Les mucites, effets secondaires du traitement du cancer. https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/effets-secondaires-traitement-cancer/mucites-traitement-cancer.html, consulté le 18 septembre 2022.

Sacher L. Prise en charge des personnes âgées institutionnalisées : la télémédecine, un outil. Th D Dent, Paris 7, 2019.

Saremi A, Nelson RG, Tulloch-Reid M, Hanson RL, Sievers ML, Taylor GW, et al. (2005) Periodontal Disease and Mortality in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 28(1), 27-32.

Seemann R, Filippi A, Michaelis S, Lauterbach S, John HD, Huismann J. (2016) Duration of effect of the mouthwash CB12 for the treatment of intra-oral halitosis: a double-blind, randomised, controlled trial. *J Breath Res*. 10(3), 1-9.

SilverEco. Incisiv : la fin d'une activité mais pas d'un combat. https://www.silvereco.fr/incisiv-la-fin-dune-activite-mais-pas-dun-combat/3184840, consulté le 19 septembre 2022.

TOGO A, KANE A, TRAORE H, DIABY L, SANOGO A, DIAWARA O, et al. (2018) Relation entre Maladies Parodontales et Maladies cardiovasculaires : Revue de la littérature. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie*. 1, 1-6.

UFSBD. Pratiques dentaires. https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/11/Pratiques_dentaires_18-web.pdf, consulté le 17 mai 2022.

UFSBD. L'application de vernis fluoré. http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/09/Fiche-indications-vernis-fluor%C3%A9-1.pdf, consulté le 26 aout 2022.

UFSBD. Le fil dentaire. http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2020/11/2020-11-04-fiche-FIL-DENTAIRE.pdf, consulté le 30 aout 2022.

UFSBD. Médicaments à répercussion bucco-dentaire. http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/02/Medicaments-repercussionBD_050215.pdf, consulté le 25 février 2022.

UFSBD. Pratiques Dentaires. https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2022/10/magazine-PD47.pdf, consulté le 14 septembre 2022.

UFSBD. Focus Bain de bouche. https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/focus-bain-de-bouche/, consulté le 21 aout 2022.

UFSBD. Focus Chewing-gum sans sucres. https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/focus-chewing-gum/, consulté le 25 juillet 2022.

Vaillant L, Samimi M. (2016) Aphtes et ulcérations buccales. *La Presse Médicale*. 45(2),215-26.

VIDAL. Carie - symptômes, causes, traitements et prévention. https://www.vidal.fr/maladies/bouche-dents/carie.html, consulté le 22 février 2022.

VIDAL. FLUOGEL 2000 mg gel dent. https://www.vidal.fr/medicaments/fluogel-2000-mg-gel-dent-182708.html, consulté le 11 septembre 2022.

VIDAL. Gingivite, saignement de gencives et parodontite - symptômes, causes, traitements et prévention. https://www.vidal.fr/maladies/bouche-dents/gingivite-saignement-gencives-parodontite.html, consulté le 21 février 2022.

VIDAL. SULFARLEM / SULFARLEM S. https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/sulfarlem-sulfarlem-s-9886.html, consulté le 26 juillet 2022.

Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, Deery C, Walmsley AD, Robinson PG, et al. (2014) Powered versus manual toothbrushing for oral health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 1-118.

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.

SERY Caroline

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées

Th. D. Pharm, Rouen, 2022, 143p.

RESUME

Dans une population qui devient vieillissante, l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées est aujourd'hui un réel enjeu de santé publique. Un réel enjeu de par l'accès aux soins dentaires qui peut s'avérer compliqué pour certaines personnes de même que leurs coûts qui peuvent représenter un frein. Il est cependant primordial pour eux de conserver une bonne hygiène buccodentaire afin d'éviter de développer des pathologies buccodentaires mais également d'entraîner des répercussions sur la santé générale. Quel rôle peut alors jouer le pharmacien à l'officine ?

Un questionnaire à destination des personnes âgées de plus de 65 ans a été distribué dans différentes officines. Les résultats de celui-ci ont permis de montrer que certains patients ont régulièrement des soucis buccodentaires, qu'ils n'utilisent pas toujours des produits adaptés. Outre la diffusion de ce questionnaire, on constate que les demandes des personnes âgées concernant des produits d'hygiène buccodentaire sont très fréquentes à l'officine.

Le pharmacien étant un professionnel de santé facilement accessible par sa proximité et sa disponibilité, il est donc primordial pour lui de savoir conseiller les personnes âgées sur des demandes qui pourraient avoir lieu au comptoir. Pour cela, des fiches conseils ont été réalisées afin de répondre au maximum à la demande du patient. Celui-ci a également un rôle à jouer dans la prévention, et notamment d'insister sur le fait de consulter régulièrement son chirurgien-dentiste.

MOTS CLES : Hygiène bucco-dentaire – Personne âgée – Conseil – Officine - Prévention

---

JURY :

Président : Mme Skiba Malika, Maitre de conférences des Universités

Membres : Mme Kadri Karine, Gériatre

M. Bounoure Frédéric, Maitre de conférences des Universités et pharmacien hospitalier

Mme Petit Carine, Docteur en Pharmacie

M. Monnier Arnaud, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 29 Novembre 2022