

## Management appliqué à l'odontologie gériatrique

**Il est indispensable de prodiguer un enseignement spécifique en odontologie gériatrique aussi bien dans le cadre de la formation initiale que continue du chirurgien-dentiste.**

Professeur Alexandre S. Mersel et Rodolphe Cochet (photos: iStockphoto.com)

En odontologie, les attitudes stéréotypées du praticien face à la personne âgée représentent un obstacle majeur à la réalisation d'un traitement adapté. La plupart des études analysant le rapport praticien-patient caractérisent le rôle du chirurgien-dentiste en termes d'autoritarisme et de contrôle. Ces études insistent également sur la nécessité de faire porter l'attention des professionnels des soins médico-dentaires sur les données socioculturelles et personnelles de leurs patients âgés.

### Approche socio-culturelle

Une étude concernant la motivation des étudiants en chirurgie dentaire vis-à-vis des patients âgés a permis d'avancer que les préjugés comportementaux à l'égard de la vieillesse sont plus importants que ceux qui se rapportent au sexe, aux groupes ethniques et raciaux. Les patients âgés sont perçus à travers le prisme d'un stéréotype négatif: *rigides dans leur comportement, incapables de s'adapter à de nouvelles situations et longs à réagir au traitement prodigué*. Dans leur ensemble, les pra-

ticiens sont persuadés qu'il vaut mieux soigner la maladie que de prendre soin du patient âgé.

Aussi, les données démographiques attestent clairement une augmentation importante du nombre de personnes âgées et donc des soins nécessaires au maintien de leur santé physique, morale et buccodentaire en particulier. L'adaptation des praticiens aux conditions spécifiques de traitement des patients âgés implique une correction nécessaire de leurs comportements et de leur mode de communication.

### Le premier pas vers la connaissance du patient âgé

Une idée préconçue est que l'édentation totale serait une conséquence inévitable et directe du vieillissement. C'est aussi l'une des raisons majeures dictant l'extraction de dents qui auraient pu être sauvées.

L'axe de réflexion doit donc en premier lieu porter sur les problèmes qui isolent cette population âgée du reste des patients, à savoir:

- Les pathologies qui interfèrent directement avec les soins dentaires.
- Le nombre et la variété des médicaments qui sont susceptibles d'être incompatibles avec les soins dentaires.
- Les handicaps physiques qui vont limiter l'accès aux soins comme un défaut de motivation, l'incapacité à s'astreindre un parcours de soins balisé ou de sérieuses difficultés de communication.

Il est dès lors compréhensible que l'attitude du dentiste détermine les caractéristiques du traitement qui sera proposé. Nous trouvons cependant peu de recherches concernant l'influence de ces conduites sur l'établissement d'un plan de traitement en géroodontologie, sur sa réalisation et en dernier lieu sur les modalités des rapports praticien/patient âgé. La majorité de ces patients âgés souffrent aussi de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et divers troubles neurologiques. Les changements physiologiques impliquent quant à eux: une diminution du flux salivaire, de l'appétit et de la nutrition, ainsi que des modifications des tissus muqueux et des tissus osseux. D'un point de vue psychologique et social, le patient doit faire face à son nouveau statut et pouvoir affronter son isolement et son exclusion sociale. La visite chez le praticien est donc souvent aussi un contact social important qui mêle l'appréhension de la douleur aux conséquences du traitement sur l'état futur de sa bouche.



Donner au patient l'impression que vous vous consacrez entièrement et exclusivement à son problème. Conformez-vous à l'application de cette règle en montrant son importance.

Il est donc indispensable de prodiguer un enseignement spécifique en odontologie gériatrique aussi bien dans le cadre de la formation initiale que continue du chirurgien-dentiste.

### Les paramètres psychologiques, sociologiques et fonctionnels

Pour faciliter la compréhension du patient âgé, nous suggérons une classification schématique tripartite.

#### La classification de House

House classe ces patients selon la typologie suivante:

Le *type philosophique*; un patient mentalement équilibré, en général en bonne santé, doté d'une bonne expérience des soins dentaires et selon les cas relativement satisfait de ses prothèses.

Le *type méticuleux*; un patient qui malgré un état de santé diminué est très soucieux de l'aspect et du caractère fonctionnel de ses prothèses. Il reste difficile à convaincre et exige souvent des garanties relatives à la réussite de son traitement.

Le *type hystérique*; un patient en mauvais état de santé, négligeant son hygiène dentaire et prothétique. Il dispose d'un tempérament nerveux et exige des solutions parfois irréalisables. Il reste sceptique quant aux résultats probables du traitement.

Ce type de patient est aussi nommé: VIP, Very Impossible Patient.

Le *patient indifférent*; c'est un patient qui ne semble pas du tout concerné par son aspect buccodentaire ni par la nécessité d'une mastication correcte. En apparence indifférent, il ne sera ni persévérant ni très coopératif, refusant de s'adapter à tout changement.

Dans cette énumération, le plus difficile est d'identifier le patient problématique, c'est-à-dire celui qui n'entre pas nécessairement dans l'une ou l'autre de ces catégories.

#### Le rejet des prothèses

Trois classes ont été identifiées: Soit le patient a subi un choc psychologique ne lui permettant pas une bonne accoutumance malgré un état de santé satisfaisant.

Soit il est incapable d'accepter ses prothèses à cause d'un handicap physique comme des nausées incontrôlables.

Soit il souffre de dépression, refusant les soins et parfois tout contact social.

En général, la plupart de ces patients sont dirigés vers le praticien par la proche famille dans un but esthétique ou médical.

#### L'approche comportementale

La logique démontre que la majorité des patients âgés sont des patients difficiles (VIP). Par exemple, un patient qui au début de son parcours de soins

apparaissait comme aimable et coopératif devient soudainement hostile, voire même agressif. Ce changement d'attitude pourrait sembler incompréhensible car il semble ne pas y avoir de motifs probants.

Trois facteurs importants permettent de rationaliser ces comportements:

Le facteur sociologique: dans le prolongement de son insertion sociale, la satisfaction de la réussite socio-économique peut jouer un rôle important dans l'attitude positive du patient âgé. Les relations avec sa famille, les rapports qu'il entretient avec ses enfants et ses conditions de vie matérielles (logement, environnement) sont des paramètres à prendre en compte.

Les attentes; elles peuvent être de trois sortes:

*Esthétiques*; les exigences du patient n'étant pas souvent réalisables, un dialogue parfois difficile est nécessaire afin de clarifier les objectifs du patient. Il faut ici bien préciser qu'il ne s'agit pas de chirurgie esthétique mais de restauration prothétique.

*Fonctionnelles*; le patient est désireux de recouvrer sa fonction masticatoire d'antan et de redécouvrir ses plats favoris. A cet effet, la symbolique que suggère le fait de croquer une pomme prend ici tout son sens.

*Liées au confort*; c'est une notion assez diffuse qui comprend plusieurs acceptions. Elle est peu présente dans l'évaluation de la satisfaction des patients. Néanmoins, on peut définir la notion de confort comme la sensation agréable d'une parfaite adaptation de la prothèse au point d'en oublier sa présence. Cette intégration physiologique exige un respect total des données morphologiques et biologiques du vieillissement.

#### Le terrain psychologique

On distingue 2 catégories:

*Attitude conciliante*. Soit le patient consent à sa part de responsabilités dans le traitement et admet qu'une meilleure collaboration est la condition sine qua non de la réussite de ce traitement.

*Attitude d'opposition*. Soit il déclare d'emblée que toute la responsabilité doit être assumée par le praticien lui-même et qu'il s'en remet entièrement à son diagnostic et au plan de traitement proposé. La question du suivi thérapeutique et celle de l'hygiène sont alors capitales.

#### Les comportements cachés

C'est seulement après plusieurs séances que peut se dévoiler la vraie personnalité du patient, via l'émergence de plusieurs symptômes tels que la peur de la douleur, de l'inconfort ou bien d'une apparence esthétique peu engageante. Aussi, il peut s'agir de l'angoisse de ne pas être compris, d'être soumis à la volonté du praticien et finalement de se voir humilier; de mauvaises expériences vécues avec d'autres médecins, des re-

montrances de la part de certains d'entre eux jusqu'à l'impossibilité de parvenir à un résultat correct (parfois aussi associé à une désinformation sur les solutions actuelles en implantologie) peuvent contribuer à augmenter ces angoisses.

#### Le management de la relation au patient âgé: conduire le changement en six étapes

Le praticien doit apprendre à écouter son patient avec la plus grande attention et appréhender ses antécédents dentaires et prothétiques. Il est particulièrement recommandé de poser des questions spécifiques et non ouvertes afin de déceler les obsessions du patient. Dès le premier contact, le patient bâtit son opinion sur son dentiste, et de la même manière le praticien va se forger une image stéréotypée de son patient. Il faut absolument pallier ces obstacles qui vont pervertir la relation du dentiste à son patient en construisant un réel dialogue.

#### L'importance du rendez-vous de première consultation: la loi des 5 axiomes

Ce premier contact est aussi le plus important, par conséquent il est impératif d'observer certaines consignes.

Eviter toute utilisation du téléphone, la relation directe à un laboratoire de prothèses, la radio, de manière générale toute ambiance musical.

Donner au patient l'impression que vous vous consacrez entièrement et exclusivement à son problème. Conformez-vous à l'application de cette règle en montrant son importance.

Ne jamais commencer en premier lieu par l'examen de la cavité buccale ni par celui des anciennes prothèses. C'est le patient dans son intégralité et son intégrité qui est au cœur de votre examen. Sa satisfaction est votre unique objectif.

Ne jamais présenter immédiatement le plan de traitement. Aussi simple qu'il puisse paraître, il peut s'avérer compliqué pour certains patients. Dans le même sens, ne jamais indiquer le montant des honoraires en particulier et d'autant plus si le patient est insistant sur ce point.

De préférence, ne jamais entreprendre de traitement lors de la première visite. Il est cependant recommandé de prendre les empreintes anatomiques qui seront rebaptisées empreintes d'études et qui doivent servir de guide explicatif, puis de modèles pour les porte-empreintes individuels.

En règle générale, le patient VIP qui débute l'entretien parfois avec amabilité risque de changer brusquement d'attitude, laissant apparaître son impatience, voire son agressivité.

#### Le rendez-vous clinico-administratif: les questions d'argent

Les détails du traitement et les différentes étapes cliniques, dont celles du laboratoire, peuvent être



Le praticien doit apprendre à écouter son patient avec la plus grande attention et appréhender ses antécédents dentaires et prothétiques.

explicitées, si possible, dans le bureau (sans l'assistante) et non pas au fauteuil, réservé aux soins. Seulement lorsque le patient a bien compris votre démarche thérapeutique, il convient d'aborder les questions d'honoraires.

Ne jamais commencer le traitement sans engagement financier de la part du patient ou de ses proches.

Ne jamais donner au patient la possibilité de s'acquitter du règlement juste après son évaluation sur la qualité de sa prothèse. En cas d'éventuelles difficultés, essayer d'établir un échelonnement des règlements de manière parallèle aux séances de soins et à la progression du traitement. Ne jamais fuir les difficultés, mais les affronter ensemble avec la participation active du patient. Le patient anxieux rejettera toute approche paternaliste et les arguments facilitateurs. Le dentiste doit tout au contraire et tout au long du traitement insister sur les difficultés et les délais d'adaptation. Ce type d'approche est un rempart contre l'éventuel refus du patient de porter ses prothèses.

Ne jamais essayer de mentir à son patient, ne pas chercher à faire des raccourcis en croyant obtenir des résultats plus rapides. En cas d'échec, le patient reportera l'intégralité de la «faute» sur le praticien en lui faisant endosser l'entière responsabilité de l'échec. A ce stade, le praticien est autorisé à réaliser les empreintes fonctionnelles avec les porte-empreintes initialement préparés.

#### Le temps de la démonstration

Il faut impérativement demander au patient des photographies récentes et souriantes. Celles-ci

pourront servir de guide pour la conduite des changements à effectuer. Une fois que le praticien est satisfait du résultat, il peut montrer à l'aide d'un grand miroir au patient son aspect de face et de profil.

On pourra aussi comparer la situation avec ses anciennes prothèses et la situation actuelle. Souvent, les patients ont à cet instant des remarques à formuler de manière confuse au dentiste, auprès duquel ils tentent de soutirer des suggestions, par exemple dans le choix de la teinte. Instinctivement, pour recouvrer sa jeunesse, le patient a tendance à exiger la teinte la plus claire pourtant incompatible avec son âge réel. Par conséquent, il n'est pas conseillé de lui montrer ou de lui suggérer les teintes A1, B1 ou C1. On peut envisager de les retirer complètement du teintier. Parfois, le patient demande la même teinte et la même forme que ses prothèses actuelles: il suffit alors de procéder à des régulations mineures.

Ne jamais commencer le montage des dents antérieures avant d'avoir obtenu un assentiment clair du patient. Il est d'ailleurs plus aisé de s'arrêter à ce stade plutôt que de continuer sur une éventuelle fausse voie.

#### Quatrième visite

La 4<sup>e</sup> visite doit permettre de finaliser l'enregistrement de l'occlusion principalement via la relation centrée. C'est aussi lors de cette séance que le patient âgé peut être amené à perdre patience; il ne comprend pas le redoublement du contrôle de l'occlusion. Il faut donc intervenir à ce moment précis et entamer le dialogue afin d'éviter de

perdre le contrôle de la situation. D'un point de vue clinique, c'est l'occasion d'explicitier les difficultés anatomiques et physiologiques. Il faut savoir écouter les commentaires parfois agacés et virulents du patient. Il ne faut jamais lui donner l'impression qu'il pourrait dominer la situation. D'un point de vue personnel: lorsqu'on prévoit une longue séance, il est capital de se préparer en amont afin d'avoir les arguments pour briser la monotonie. Il ne faut pas hésiter à demander au patient des détails sur sa vie privée, sa jeunesse, d'éventuels souvenirs de guerre, ses préférences artistiques, ou sa contribution à la vie sociale. Il se dégagera de l'ambiance de la séance de travail une atmosphère amicale qui sera à l'avantage du praticien dès lors perçu comme quelqu'un de sympathique plutôt qu'empathique. Naturellement, même une longue séance ne peut pas excéder plus de 45 minutes.

#### Le rendez-vous esthétique

C'est la séance dédiée au contrôle esthétique, et surtout à l'équilibration. Le patient doit impérativement comprendre le sens et la finalité de tous les mouvements qu'il devra exécuter. Il prendra ainsi conscience de la complexité de la mastication et de ses limites fonctionnelles. Vous pourrez plus facilement lui faire accepter le choix d'une alimentation plus adaptée à sa situation prothétique. Un test phonétique est aussi évidemment nécessaire.

#### Sixième séance

C'est la visite la plus importante, l'aboutissement d'un long parcours thérapeutique. Afin de sur-



monter la situation de stress qui peut submerger aussi bien le patient que le praticien, il est capital de s'astreindre à une stricte discipline.

Ne jamais montrer les nouvelles prothèses au patient avant leur insertion en bouche car le patient risque de les examiner *ex abrupto* et sans discernement d'un œil critique. Cela peut aussi se traduire par son rejet (Prosthetic reject syndrome).

Ne jamais rendre les vieilles prothèses usagées au patient, en particulier afin d'éviter toute comparaison ultérieure. Durant la séance d'équilibration, l'assistante dentaire devra les consigner dans une petite boîte (enceinte humide et aseptisée) au nom du patient. Si le patient insiste finalement pour les obtenir, le praticien lui promettra de les lui restituer après la période d'adaptation.

Ne jamais assurer la mise en place de la prothèse la veille d'un week-end, de congés officiels ou d'événements familiaux. Tâcher d'assurer cette séance de préférence en début de semaine.

Ne jamais permettre au patient de revenir vous consulter à sa discrétion; il doit se plier à un calendrier strict qui est le suivant: 4 heures après la pose, puis tous les 2 jours, ensuite chaque semaine jusqu'à ce que la période d'adaptation soit terminée.

Certaines difficultés majeures peuvent néanmoins se présenter: de trop grands espoirs de la part du patient, une ignorance fondamentale sur les réalités prothétiques, l'état dépressif du patient, une hostilité avec son entourage et parfois une opposition frontale avec le praticien.

Il est évident que ces comportements peuvent être révélés et identifiés dès le début du traitement si toutes les étapes précédemment décrites ont été scrupuleusement respectées. Le dentiste doit également apprendre à adopter une attitude ferme, conduisant ainsi le patient à assumer sa part de responsabilités en adoptant une vision claire et distincte de ses limites physiologiques et fonctionnelles. Le temps de consultation recommandé pour chaque visite de suivi est d'environ 18 minutes.

Un dentiste bénéficiant d'une connaissance de base en psycho-gériatrie et d'une expérience suffisante et concluante de l'approche de la personne âgée en situation de soins sera en mesure de surmonter la majeure partie des problèmes liés au traitement, tels que les sentiments de colère, l'anxiété et la déception.

#### En guise de conclusion

Il ne suffit pas de réaliser une restauration prothétique parfaite ni d'être aimable avec le patient âgé ainsi que nous venons d'en faire état. Il convient d'enseigner la connaissance des fondements du management appliqué à l'odontologie gériatrique aussi bien dans le cadre de la formation initiale du dentiste que dans le celui de séminaires de formation continue. La garantie de succès d'un traitement en géroodontologie passe par la maîtrise de compétences techniques et esthétiques indissociables d'un mode de management strictement adapté au patient âgé.

#### Bibliographie

- 1 MERSEL A: Demographic trends of aging, Application to Gerodontologie – Gerodontologie: 6-1: 9–15 (1987)
- 2 MERSEL A AND ALL.: El paciente odontológico anciano. El reto de la toma de decisiones clinicas. Archivos de Odonto-Estomatología: 16-10: 590–603 (1996)
- 3 EYSON J, MANN J, HOLTZMAN J AND MERSEL A: A comparative study of dental students towards elderly. Eur. J. Prosthodontics. Res. 1-2: 87–90 (1992)
- 4 KIVAK H: Dentists attitude towards and knowledge of the elderly. J. Dent Education 46: 541–547 (1984)
- 5 BOURGEOIS D, NIHTILA A AND MERSEL A: Prevalence of caries and edentulousness among 65–75 years in Europe. Bulletin of the World Health Organization 76-4: 413–417 (1998)
- 6 KAGAN Y, LEGRAIN S ET MERSEL A: Guide pratique de gériatrie; les dents. La gazette médicale de France, les guides pratiques 15: 234–236 (1994)

- 7 BAER M AND ALL.: The use of psychological measures in predicting patient satisfaction with complete dentures. Int. J. Prosthodont 5: 221–226 (1962)
- 8 SHIGLI K AND HEBBAL M: Does prosthodontic rehabilitation changes the eating patterns among completely edentulous patients? Gerodontologie. 29: 48–53 (2012)
- 9 MURAT C AND CELENK P: Radiographic evaluation of alveolar ridge heights of dentate and edentulous patients. Gerodontologie. 29: 17–23 (2012)
- 10 AWAD M A AND ALL.: Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures among a senior population. Inten. J. Prosthodont. 16: 390–396 (2003)
- 11 MERSEL A AND ALL.: Variables affecting denture satisfaction in the elderly; one year follow-up. Gerodontologie 12: 89–94 (1966)
- 12 DOHRENWEND B P AND ALL.: Social and cultural influence on psychopathology. Ann Rev Psych. 5: 417–452 (1974)
- 13 MERSEL A AND LOWENTHAL U: Anxious anticipation of complete dentures. Special care in dentistry. 1: 13–15 (1986)
- 14 MERSEL A: Socio-demographic approach for prosthetic needs in a geriatric population. Geriatrics & Pregeriatrics Rehabilitation. 81: 2-1: 19–28 (1986)

*Professeur Alexandre S. Mersel*

- Chairman ERO-FDI Education WG
- Senior Fellow Researcher Depart. Community Dentistry (Faculty of Dental Medicine, Jerusalem)

*Rodolphe Cochet*

- Consultant en management appliqué à l'odontologie
- Chargé de cours à l'UFR d'odontologie de Paris VII de Paris VII, Casablanca et Beyrouth
- Auteur et chef de la rubrique Management dans différentes revues médico-dentaires