

LE FACTEUR TEMPS : UN ÉLÉMENT MAJEUR dans l'évaluation thérapeutique en gérodentologie



RODOLPHE COCHET

Fondateur de Dental RC
Chargé de cours en
management dentaire à
l'UFR d'odontologie de
Paris VII, Reims et
Université d'Évry

Le philosophe Emmanuel Kant¹ a introduit la notion transcendante de l'espace et du temps. Si l'espace est un élément facilement perçu, le temps quant à lui est plus volatile. Fractionné en une infinité de composantes, il est plus difficile à saisir et a besoin de la mémoire pour se situer. Lors de notre dialogue avec le patient, nous faisons constamment appel à cette mémoire pour composer et ensuite mettre en route le plan du traitement. Il est évident que chacun de nos malades a sa propre mémoire et perception du temps. La même minute n'est pas perçue pareillement par une personne jeune ou une personne âgée. Nous devons donc essayer de décrypter cet élément ou " Impact factor" dans notre approche quotidienne des patients.



Pr. Alex MERSEL

FDI - World Dental
Federation
Director for the Europe
Continuing Education
Program

L'IMPORTANCE DE LA MÉMOIRE

Dès l'anamnèse, nous pouvons nous apercevoir des troubles de la mémoire chez nos patients. En règle générale, une séance de 15 à 18 minutes est recommandée pour cet examen. Souvent, une personne accompagnante est présente et se mêle à la conversation. Il convient de la reconduire dans la salle d'attente. Pour fonder un bon dossier, il est essentiel de reconstituer le puzzle des traitements passés. Dans les explications fournies par le praticien, le malade doit pouvoir saisir l'enchaînement chronologique des étapes thérapeutiques et restauratrices. Sans aborder les graves pathologies neurologiques, il existe de nombreuses figures d'imperfection mémorielle².

L'INCOMPRÉHENSION

Elle peut être totale ou partielle. Souvent l'entourage ne parvient pas à saisir les différentes étapes du traitement et sa répartition par séquences dans le temps. Une accumulation de détails techniques embrouille le plus souvent qu'elle n'éclaire la démarche thérapeutique. Ce fait est aggravé par la tendance à consulter pour avis et devis plusieurs confrères. Par conséquent, il faut consacrer un laps de temps important afin de s'assurer que le message a été bien compris et enregistré par le patient.

LA FATIGUE ET LE BURN-OUT

La masse des informations croît avec le développement des nouveaux moyens de communication ; pour les " Seniors ", cela pose de sérieux problèmes relationnels. Le praticien doit lui aussi gérer ce flot de données en même temps qu'il est constamment sollicité pour modifier son agenda. Il en résulte un imbroglio sensoriel qui peut conduire à une situation d'anxiété constante chez le malade et le praticien. Aussi, le patient perçoit aisément la tension chez son soignant ce qui bloque encore plus sa mémoire et in fine sa coopération³.

EPIDÉMIOLOGIE

De nombreuses recherches ont conduit à d'évidentes constatations concernant l'état bucco-dentaire chez ces patients. Globalement, cela se caractérise par :

- ① une mauvaise hygiène
- ② des problèmes parodontaux aigus
- ③ une denture résiduelle atteinte par des caries (collets, racines et proximales)
- ④ de vieilles restaurations déficientes
- ⑤ des prothèses mal adaptées et blessantes
- ⑥ à noter, la fréquence de la pathologie due au Candida ainsi que la menace des lésions cancéreuses



Pr. Benjamin PERETZ

Immediate past Chair,
Depart Pedodontics
Dental School Tel-Aviv



Ce tableau va fortement influencer le plan de traitement. Il faut aussi admettre qu'il existe souvent une détérioration entraînant un cycle de mastication anarchique¹.

LES RISQUES

Le principal risque dès l'anamnèse est constitué par l'incompréhension, puis l'oubli des explications fournies et souvent répétées par le praticien. Une certaine confusion s'établit donc entre ce que désire la famille et ce que le malade veut bien comprendre.

Le deuxième risque est l'apparition d'une fatigue latente qui se transforme en un état de crise et le refus de continuer le traitement. Dans une telle situation conflictuelle, le patient quitte le cabinet et s'adresse à un confrère qui hélas ne tiendra pas compte du plan de traitement initial.

Le troisième risque peut impliquer une absence totale de soins, d'hygiène et de contrôle chez un patient désespéré et livré à soi-même⁵.

LES FINANCES

C'est un chapitre qui, pour des raisons déontologiques est souvent occulté. Le bon sens « commercial » veut que lorsque l'on paie les travaux en amont et que ceux-ci soient exécutés dans un délai court. Le facteur temps-argent devient donc capital, conduisant à des situations délétères d'impatience et finalement à un défaut de crédibilité de l'équipe de soins jusqu'à la rupture du contrat praticien-patient, la famille ou l'environnement ne manquant pas d'exiger le remboursement de l'intégralité des honoraires^{6,7}.

CONDUITE À TENIR POUR LE PRATICIEN ET L'ÉQUIPE DENTAIRE

- Avant le traitement
- Durant le traitement
- Après le traitement

1 - Accueil et anamnèse

La première image et la première impression sont des éléments capitaux. Les formulaires à remplir déroutent souvent le patient et en définitive les informations sont parfois inexactes. Une trop longue attente augmentera la nervosité du patient si celui-ci se présente bien en avance à la demande expresse de la secrétaire dentaire. Le praticien doit donc tout vérifier lors du premier contact. Cette première entrevue est d'autant plus délicate que le patient

désire exposer d'emblée ses plaintes généralement focalisées sur les troubles bucco-dentaires. Le patient revient donc constamment sur ces points, car il a peur d'oublier jusqu'à douter que le praticien soit réellement capable de bien comprendre ses problèmes et ses souffrances. Le praticien doit donc mener avec tact et autorité son examen pour avoir une vue d'ensemble de la situation. L'examen des prothèses sera réalisé à la fin de la consultation. Le patient comprendra dès lors que vous cherchez à traiter la cause et non pas seulement les conséquences de ses pathologies. Il faudra aussi faire comprendre au patient, par l'intermédiaire de l'assistante dentaire ou de l'Office Manager que le traitement ne sera pas rapide et qu'il faudra donc s'investir en "temps".

A la fin de la séance, le praticien n'est pas en état de présenter un plan de traitement complet comprenant toutes les étapes de soin, ni d'évaluer les engagements financiers. Certes, le patient peut se montrer contrarié dans la perspective de se rendre une nouvelle fois au cabinet, mais il est préférable de perdre une demi-heure plutôt que de livrer des informations approximatives et partielles que le patient ou les accompagnants vont s'empresser d'enregistrer sérieusement. Il est aussi recommandé de prendre des empreintes d'études qui pourront servir à confectionner des porte-empreintes individuels servant ainsi aux explications lors de la deuxième séance⁸.

Après avoir pris le "temps" d'analyser toutes les composantes du plan de traitement, le praticien pourra établir une feuille de route comprenant évidemment toutes les séquences temporelles des étapes thérapeutiques. Le praticien peut présenter une ou au maximum trois alternatives thérapeutiques. Il devra cependant éviter de fournir trop de détails techniques. Il est vivement conseillé de présenter avec un support écrit le plan de traitement clair et compréhensible et de remettre un dossier complet au patient. Après ces explications et si le patient et son entourage ont exprimé leur consentement préalable, le praticien abordera les implications financières du traitement et de sa "durée", cette tâche de travail pouvant être déléguée à l'Office Manager.

2. Durant le traitement

En fonction du diagnostic, plusieurs séquences sont envisageables :

A. Les soins d'urgence et la séquence palliative

Les soins d'urgence font partie des obligations déontologiques. Le praticien doit empêcher la dégradation de l'état de santé du patient et le soulager de ses douleurs et ne pas commencer le

traitement global qui sera différé. La séquence palliative nécessite une ou plusieurs séances consacrées à l'élimination des pathologies et au rétablissement d'un minimum de fonctions masticatoires associé au recouvrement d'une hygiène bucco-dentaire acceptable⁹. Cette séquence est obligatoire et permet de tester le degré de coopération et de participation de l'entourage. Le montant de chaque intervention doit être facturé et payé. La durée de cette phase est variable selon l'état médical et psychologique du malade. A ce stade, avant de commencer la réalisation des étapes transitoires, on doit faire une réévaluation. Elle concerne directement le patient : a-t-il la force et la volonté de poursuivre un long traitement ? Le praticien est-il certain de pouvoir mener ce traitement en temps voulu à son terme ? C'est le moment opportun d'arrêter le traitement ou de le suspendre, car à ce stade, chacune des parties dispose d'une liberté décisionnelle totale.

B. Les étapes transitoires

Les étapes transitoires sont destinées à la préparation du "terrain " pour la phase finale restauratrice. Cela peut comprendre la petite chirurgie, l'endodontie, la parodontie, les prothèses fixées et/ou amovibles provisoires. En conséquence, il est difficile de prévoir le temps nécessaire à la réalisation du programme. Il faut donc impérativement se préparer à des modifications du plan de traitement initial et de l'agenda quitte à préprogrammer ces séances dans le logiciel dentaire avec le concours de la secrétaire dentaire ou Office Manager.

C. La phase restauratrice

La phase restauratrice est l'aboutissement de toute la démarche thérapeutique. Le patient attend énormément de cette séance : toutes les pièces doivent s'adapter parfaitement, l'esthétique et la phonation doivent se présenter de manière optimale. C'est une séance longue qui est à prévoir. Il est absolument nécessaire d'établir un suivi (follow up) qui rassurera le patient et soulagera ses souffrances¹⁰.

3. Après le traitement

La responsabilité du praticien ne s'arrête pas à la pose des prothèses. Son devoir est aussi de suivre dans le "temps " la fiabilité de ses réalisations. Des visites régulières sont impératives pour contrôler l'hygiène, l'état des prothèses et la constitution des tissus de soutien. Le seuil de douleur étant diminué, les pathologies apparaissent parfois sans provoquer de réactions chez le patient. Les prothèses s'ébrèchent et deviennent blessantes, les candidoses se développent et des lésions cancéreuses peuvent apparaître dans la cavité buccale. L'occlusion s'effondre, entraînant des troubles de la mastication, la perlèche et une malnutrition¹¹.

Tous ces troubles sont communs à environ trois à cinq ans après la pose des prothèses. Des études épidémiologiques ont montré que la grande majorité des patients sans suivi ne consulte leur dentiste que dix ans après la phase terminale de restauration¹². Il faut donc instaurer un rappel régulier et sérieux des patients afin de pallier en temps opportun à ces complications¹³.



CONCLUSION

Les constants progrès de la médecine, l'amélioration des conditions et de la qualité de vie ont provoqué une forte augmentation de la longévité. Les praticiens seront donc amenés à traiter de plus en plus de patients âgés et handicapés. Il faudra donc réaliser l'importance des manifestations des pathologies buccales et des maladies systémiques chez ces patients. Il devient aussi indispensable pour un diagnostic exact et exhaustif d'examiner tous les facteurs entrant en jeu. La perception de la notion du temps joue un rôle fondamental dans le pronostic du traitement ainsi que dans l'organisation des séances de soins aussi bien pour l'équipe dentaire que pour le patient et son entourage.

BIBLIOGRAPHIE

Effect of Oral hygiene education and motivation on removable dentures wearers: a longitudinal study. **Garcia Ribeiro, D.** Gerodontology ; 26 -2:143-150.2009

Management appliqué à l'Odontologie gériatrique. **Mersel A. et Cochet R.** SSO Revue Suisse d'Odonto-stomatologie. 122:6/2072; 359-362. 2012.

DENTAL RC

Conseil en management et organisation
des cabinets dentaires depuis 1999

7 rue Nicolas Houel - 75005 Paris

www.rh-dentaire.com

Tél. : 01 43 31 12 67 - info@rh-dentaire.com

⁹ Kant Emmanuel, *La critique de la raison pure*, PUF 3ème Édition, TP 46. 1990 - ¹⁰Prendre en charge et traiter la personne âgée. Dr. J. Lambrozo et Dr. A. Mersel : *Les troubles du comportement* ; 10: 87-97 Medsi / Mc Graw-Hill. 1987 - ¹¹Les causes profondes du burn-out en Odontologie. Rodolphe Cochet. *Le fil dentaire*, 93-05: 44-46. 2014 - ¹²Odontologie Gériatrique. Bates Weill. R. and all. *Modifications fonctionnelles des sujets âgés* ; 2: 22-28. Masson. 1990 - ¹³The current evidence of dental care and oral health in an aging society. Dr. OKubo Mistui and all. 2: 15-66. FDI AWDC 2015 - ¹⁴The core of geriatric Medicine. Libow Leslie and all. 3:37-43. 1981 - ¹⁵FDI Dental Ethics Manual. WSCD 2007. info@fdiworldental.org - ¹⁶Patients perceptions of benefits and risks of complete dentures therapy. Mirand barbar an dall. J. *Prosthetics*, 00-10-11:1-6.2014 - ¹⁷Complete removable prosthesis from expectation to dis-satisfaction. De Souza Maria Eliza and all. *Gerodontology*. 26-2: 137-143. 2009 - ¹⁸Atypical Edentulous Patients. A Gerodontic Approach. Mersel, A. *Dental Asia*. 03-04: 31-33. 2007 - ¹⁹Novel ethical dilemmas in geriatric clinical practice. Med. Health care and Philos Springer Ed.on line. Calleja Solo, E. and all : 1-8. 2014 - ²⁰Interventions for dentate elders - what is the evidence? Muller, F. *Gerodontology* ; 31-1: 44-51. 2014 - ²¹A minimalistic management for the compromised and the elderly patients. Mersel, A. and Better.H. *Somato. Edu.J.* ; 2-12: 140-144. 2015 - ²²Aging Implications for the Oral Cavity. Bei Wu; *Geriatric Dentistry : Caring for our Aging Population*. John Wiley Ed ; 1-3-16.2014