

UNIVERSITE DE NANTES  
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2010

N° :

Prise en charge odontologique des patients en gériatrie  
Entre Désirs et Besoins, Demandes et Contraintes

-----  
THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE  
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée

et soutenue publiquement par

**GIRAUD Laurence**

Née le 8 novembre 1984

*Le 18 Mai 2010 devant le jury ci-dessous*

<i>Président</i>	Monsieur le Professeur Olivier LABOUX
<i>Assesseur</i>	Monsieur le Docteur Vincent OULD AOUDIA
<i>Assesseur</i>	Monsieur le Docteur Sylvain LEBORGNE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BODIC

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
I.1. INTERET DU SUJET : .....	5
I.2. NOTIONS D'ÉPIDEMIOLOGIE .....	7
I.3. CAVITE BUCCALE CHEZ LE SUJET AGE .....	8
<b>II. QUELS PATIENTS DANS LES SERVICES DE GERIATRIE, QUELLES PATHOLOGIES, QUELLES PARTICULARITES ? .....</b>	<b>10</b>
II.1. QUELLE POPULATION ? .....	10
II.2. PATHOLOGIES GENERALES OBSERVEES.....	11
II.2.1. <i>Les maladies cardiovasculaires</i> .....	11
II.2.2. <i>Les pathologies respiratoires</i> .....	11
II.2.2.1. Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO).....	11
II.2.2.2. L'Asthme : .....	12
II.2.3. <i>Les pathologies endocriniennes</i> .....	12
II.2.3.1. Le diabète .....	12
II.2.3.2. Ostéoporose .....	13
II.2.4. <i>Troubles neuropsychiatriques</i> .....	14
II.2.5. <i>La dénutrition</i> .....	15
II.2.5.1. Il existe deux types de défauts d'alimentation .....	15
II.2.5.2. Quelles causes à la dénutrition ?.....	16
II.2.5.3. Les croyances associant alimentation et vieillesse .....	16
II.2.5.4. Quelles sont les conséquences de la dénutrition ? .....	16
II.2.5.5. Impact de la santé orale sur la santé nutritionnelle .....	17
II.2.5.6. Impact de la santé nutritionnelle sur la santé orale.....	18
II.2.6. <i>Affections de l'état général pouvant avoir une influence au niveau de la sphère oro-faciale</i> ...	19
II.2.6.1. Affections visuelles .....	19
II.2.6.2. Troubles de l'audition .....	19
II.2.6.3. Troubles de l'olfaction et de la gustation .....	19
II.2.6.4. Affections neurologiques (exemple : maladie de parkinson) .....	20
II.2.6.5. Arthrose .....	20
II.2.6.6. Affection de démence (exemple : maladie d'Alzheimer) .....	21
II.3. PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES OBSERVEES, ET CONSEQUENCES BUCCO-DENTAIRES DE CERTAINS TRAITEMENTS GENERAUX .....	22
II.3.1. <i>Pathologies bucco-dentaires observées</i> .....	22
II.3.1.1. Atteintes dentaires.....	22
II.3.1.1.1. Email .....	22
II.3.1.1.2. Dentine .....	22
II.3.1.1.3. Pulpe .....	23
II.3.1.2. Atteintes parodontales .....	23
II.3.1.2.1. La gencive .....	23
II.3.1.2.2. Les procès alvéolaires .....	24
II.3.1.2.3. Le ligament alvéolo-dentaire .....	24
II.3.1.3. Atteintes des muqueuses buccales .....	24
II.3.1.3.1. Stomatites .....	24
II.3.1.3.2. Aftoses .....	28
II.3.1.3.3. Dyskératose .....	28
II.3.1.3.4. Les tumeurs .....	30
II.3.2. <i>Les manifestations buccales de pathologies générales</i> .....	31
II.3.2.1. Les maladies vésiculo-bulleuses .....	31

II.3.2.2.	Les hémopathies .....	32
II.3.2.2.1.	Les leucémies .....	32
II.3.2.2.2.	Anémie par carence en vit B12 (anémie de Biermer) .....	33
II.3.2.3.	Les troubles endocriniens.....	33
II.3.2.3.1.	Le Diabète .....	33
II.3.2.3.2.	La maladie d'Addison .....	34
II.3.2.4.	Les avitaminoses .....	35
II.3.3.	<i>Traitements généraux à répercussion odontostomatologique</i> .....	36
II.3.3.1.	Médicaments et hyposialie .....	36
II.3.3.1.1.	Le rôle de la salive dans la physiologie buccale.....	37
II.3.3.1.2.	Conséquences de la diminution de la quantité de salive présente en bouche (70, 86 ,89) .....	37
II.4.	PARTICULARITE DES PATIENTS EN GERIATRIE .....	39
II.4.1.	<i>Syndrome de glissement en arrivée en gériatrie : savoir anticiper</i> .....	39
II.4.1.1.	Une difficile adaptation à de nouvelles situations .....	40
II.4.1.2.	Une personnalité plus rigide .....	40
II.4.2.	<i>Prise en charge multidisciplinaire- polypathologies</i> .....	41
II.4.3.	<i>Troubles intellectuels</i> .....	42
II.4.3.1.	La plainte mnésique .....	42
II.4.3.2.	Problèmes psychologiques graves .....	42
II.4.3.2.1.	La dépression .....	42
II.4.3.2.2.	Etats démentiels .....	43
<b>III.</b>	<b>SOINS ET REHABILITATION BUCCO-DENTAIRE : QUELS SOINS APPORTER ? .....</b>	<b>44</b>
III.1.	QUEL EST L'OBJECTIF D'UN SOIN EN MEDECINE ? .....	44
III.2.	LES INDISPENSABLES .....	46
III.2.1.	<i>Le traitement de la douleur</i> .....	46
III.2.1.1.	Reprenons certaines notions fondamentales :.....	47
III.2.1.2.	Quelle prise en charge ? .....	48
III.3.	SOINS THEORIQUEMENT NECESSAIRES.....	49
III.3.1.	<i>Renseignements socio- démographiques</i> .....	50
III.3.2.	<i>Renseignements médicaux</i> .....	50
III.3.3.	<i>Santé bucco-dentaire des patients</i> .....	51
III.4.	QUELLES SONT LES LIMITES DANS L'ETABLISSEMENT D'UN PLAN DE TRAITEMENT .....	59
III.4.1.	<i>Abord psychologique : différence entre désir et demande</i> .....	59
III.4.1.1.	Pourquoi une telle réflexion ? .....	59
III.4.1.2.	Quel symbolisme est associé à la bouche et aux dents ?.....	60
III.4.1.2.1.	Symbolisme de la bouche en général .....	60
III.4.1.2.2.	La dent, symbole de sensualité et d'esthétique .....	61
III.4.1.2.3.	Symbole de vie .....	61
III.4.1.2.4.	Symbole de vieillesse .....	61
III.4.1.2.5.	Symbolisme de la dent dans le langage imagé .....	62
III.4.1.3.	Expression du ressenti : comment interpréter une demande faible ? .....	63
III.4.1.4.	Influence de l'entourage, influence sur les relations intergénérationnelles .....	63
III.4.2.	<i>Capacité à consentir aux soins</i> .....	63
III.4.3.	<i>Capacité à supporter les soins</i> .....	64
III.5.	DE LA PSYCHOLOGIE AU TRAITEMENT.....	65
III.5.1.	<i>S'adapter au cas : demande triple (socioéconomique, physiologique, psychologique)</i> .....	65
III.5.1.1.	Une bonne communication .....	65
III.5.1.2.	Altérations socio-économiques .....	65
III.5.1.3.	Altérations physiques.....	65
III.5.1.4.	Altérations psychologiques.....	66
III.5.2.	<i>Travail en équipe</i> .....	66
III.5.2.1.	Rôle de chacun des membres.....	66
III.5.2.1.1.	GROUPE INTERNE.....	67

III.5.2.1.2.	GROUPE EXTERNE .....	67
III.5.2.2.	Personnel soignant et difficulté de prises en charge des soins de bouche chez la personne âgée .....	68
III.5.3.	<i>La relation patient/praticien</i> .....	69
III.5.3.1.	Importance de la communication dans la relation de soin .....	70
III.5.3.1.1.	La communication verbale .....	71
III.5.3.1.2.	La communication non verbale .....	72
III.5.3.1.3.	La communication non verbale au cours du dialogue .....	74
III.5.3.2.	Quelles peuvent-être les spécificités de la communication avec la personne âgée ? .....	75
III.5.3.2.1.	Une relation parfois triangulaire .....	75
<b>IV.</b>	<b>SYNTHESE DE PRISE EN CHARGE CLINIQUE, ADRESSEE AUX PERSONNELS DE SANTE.....</b>	<b>77</b>
IV.1.	IMPORTANCE DE L'ANAMNESE .....	77
IV.2.	IMPORTANCE DE LA PREVENTION ET DE L'AMELIORATION DE L'HYGIENE BUCCODENTAIRE. ....	78
IV.2.1.	<i>Alimentation</i> .....	79
IV.2.2.	<i>Hygiène bucco-dentaire</i> .....	82
IV.2.2.1.	Entretien des dents naturelles .....	82
IV.2.2.1.1.	Le brossage .....	82
IV.2.2.1.2.	La pâte dentifrice .....	83
IV.2.2.1.3.	Accessoires dentaires.....	85
IV.2.2.1.4.	Techniques de brossage adaptée à la personne âgée.....	85
IV.2.2.2.	Entretien des différents types de prothèses dentaires .....	88
IV.2.2.2.1.	Entretien des prothèses fixes .....	88
IV.2.2.2.2.	Nettoyage des prothèses amovibles .....	88
IV.2.2.3.	Nettoyage des muqueuses .....	89
IV.2.2.4.	Cas particulier des personnes très dépendantes chez qui les méthodes décrites ne peuvent être effectuées .....	90
IV.2.2.5.	Prise en charge des soins de bouche chez des patients dépendants (protocole mis en place par le service d'odontologie de l'hôpital Bretonneau (AP-HP) .....	90
IV.2.3.	<i>Fluoration</i> .....	93
IV.2.3.1.	Rôle du fluor dans la reminéralisation .....	93
IV.2.3.2.	Quel type de fluorures .....	93
IV.2.3.3.	Quelle forme d'application ? .....	94
IV.3.	QUELS TRAITEMENTS ?.....	95
IV.3.1.	<i>Médicamenteux</i> .....	95
IV.3.1.1.	Antibiotiques .....	95
IV.3.1.2.	Les AINS .....	96
IV.3.1.3.	Les antalgiques .....	96
IV.3.1.3.1.	Antalgiques non opiacés (palier I) .....	97
IV.3.1.3.2.	Antalgiques opioïdes faibles (palier II) .....	97
IV.3.1.3.3.	Antalgiques opioïdes forts (palier III) .....	98
IV.3.1.4.	Anesthésiques locaux .....	98
IV.3.2.	<i>Chirurgicaux (quelles précautions ?)</i> .....	100
IV.3.2.1.	Précautions vis-à-vis du risque infectieux .....	100
IV.3.2.2.	Précautions vis-à-vis de la douleur .....	100
IV.3.2.3.	Vis-à-vis de la cicatrisation .....	101
IV.3.2.4.	Vis-à-vis de l'anxiété .....	101
IV.3.3.	<i>Parodontaux</i> .....	102
IV.3.3.1.	Les mycoses buccales.....	102
IV.3.3.2.	Amélioration du confort suite à une hyposialie .....	104
IV.3.4.	<i>Soins conservateurs et restaurateurs</i> .....	107
IV.3.4.1.	Thérapeutique Restauratrice.....	107
IV.3.4.1.1.	Les atteintes inactives .....	108
IV.3.4.1.2.	Les atteintes actives .....	109
IV.3.4.1.3.	Quels matériaux d'obturation ? .....	113

IV.3.4.2. Thérapeutique endodontique .....	115
<i>IV.3.5. Prothétiques</i> .....	<i>116</i>
IV.3.5.1. Prothèse fixée .....	116
IV.3.5.2. Prothèse amovible partielle .....	117
Difficultés de réhabilitation prothétique chez la personne âgée .....	118
IV.3.5.3. Prothèse amovible complète.....	119
IV.3.5.3.1. Difficultés cliniques .....	120
IV.3.5.3.2. Problèmes de l'acceptation prothétique .....	120
IV.3.5.3.3. Différentes situations cliniques .....	121
<b>V. DISCUSSION : ENTRE DESIRS ET BESOINS, DEMANDES ET CONTRAINTES</b> .....	<b>122</b>
<b>VI- CONCLUSION</b> .....	<b>124</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>125</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	<b>134</b>

# **I. Introduction**

## **I.1. Intérêt du sujet :**

### **Prise en charge odontologique des patients en Gériatrie, Entre désirs et besoins, demandes et contraintes**

L'objectif est de s'intéresser aux besoins des personnes âgées, et de préciser le point de vue et le ressenti de ces patients, mais aussi de leurs familles et de leurs entourages (cela à travers des études épidémiologiques).

Face à l'augmentation constante de la population dite « âgée », de situation sociale, et d'état de santé variable, mais aussi face à l'importance que nous donnons à la notion d'une cavité buccale « saine », fonctionnelle et esthétique, redonnant aux personnes âgées confort et fonction, nous pouvons nous poser plusieurs questions :

- Comment répondre au mieux à la demande du patient hospitalisé ou de sa famille ?
- Comment comprendre et interpréter la demande explicite du patient qui vient consulter ?
- Quels conseils apporter aux équipes soignantes pour remédier aux pathologies cliniquement observées?

En effet, comme le dit Rabelais « science sans conscience n'est que ruine de l'âme »

Apparaît ainsi, dans cette réflexion portée vers l'autre, la notion de « DEMANDE ».

Comment percevons-nous la demande du patient qui se confie à nous ? Y-a-t-il concordance entre sa demande et celle de sa famille ? Quelles sont les contraintes qui peuvent être imposées au patient, afin de répondre à sa demande ? Est-il capable de les supporter, et sommes-nous aptes à juger de ses capacités ?

Nous pouvons alors définir certains termes afin de bien cerner le sujet : « Entre désirs et besoins ; demandes et contraintes » (47)

a) Le désir :

**Imaginaire**, il est toujours en excès sur sa satisfaction et rebondit sans cesse : il ouvre sur une infinité qui asservit toujours davantage.

Le désir doit être distingué du besoin, mais il est indissolublement lié à la vie.

« Le désir est l'essence même de l'homme » Spinoza.

b) La demande :

**Besoin plus ou moins conscient exprimé** par un patient, selon Jacques Lacan, qui la situe entre les deux pôles du besoin et du désir.

Dans l'écart entre la demande articulée (dite) et le besoin, demeure un reste inassimilable à toute articulation : le désir

c) Le besoin :

Ensemble des choses nécessaires, ou expression d'une nécessité naturelle, biologique, et doit donc être absolument assouvi.

d) La contrainte :

État de gêne de quelqu'un à qui on impose, ou qui s'impose, une attitude contraire à son naturel, à son penchant.

Importance de la gérodonologie :

Prenant de plus en plus d'importance dans la profession du chirurgien dentiste, la maîtrise de bases en gérodonologie semble indispensable pour faire face à un phénomène d'évolution sociale.

L'odontologie gériatrique prend une place importante dans notre exercice et la pratique dentaire a dû et doit s'adapter.

Cependant, les demandes des patients hospitalisés et leurs états bucco-dentaires ne font pas encore l'objet de recherches approfondies.

C'est pourquoi, il nous a paru important de cerner les besoins de cette population afin de répondre à leurs demandes de façon efficace (67).

La perte des dents et le vieillissement sont souvent associés. Pourtant, ce sont deux éléments fréquemment indépendants (5).

Ainsi, avant d'effectuer tout acte thérapeutique, il faut prendre en compte l'ensemble des répercussions physiologiques et pathologiques de la sénescence.

L'évolution démographique montre une augmentation du nombre de personnes âgées, facteur positif car l'allongement de la durée de vie est un des indicateurs de l'amélioration de l'état de santé d'une population.

Pourtant, au fur et à mesure des années, on observe :

- Une augmentation de la sénescence (c'est-à-dire un vieillissement naturel des tissus et de l'organisme)
- Une augmentation des incapacités (notamment une dépendance).

A ce niveau, l'absence d'hygiène bucco-dentaire et d'un suivi régulier entraîne rapidement une dégradation de l'état buccal. Situation qui conduit à une aggravation de l'état général (dénutrition, fonte musculaire, infections et incidence sur des pathologies existantes : diabète, maladies cardiovasculaires, pneumopathies, ...).

Ainsi, même si certaines pathologies semblent peu importantes en termes de gravité, ce sont des facteurs déterminants sur la qualité de vie et l'estime de soi, avec un risque accru de repli social et de co-morbidité (40).

## **I.2. Notions d'épidémiologie**

Depuis la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, les études démographiques ont montrées un vieillissement de la population française (67).

Le vieillissement est une avancée en âge, qui s'accompagne de modifications physiques, psychologiques et comportementales. Ce vieillissement s'inscrit dans le cadre d'un milieu donné regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation de la personne (30).

On peut donc dire qu'il n'y a pas un vieillissement mais des vieillissements.

La cavité buccale est aussi concernée par ces modifications.

Comme le démontre plusieurs publications, dont les études réalisées par les caisses d'assurances maladies de plusieurs régions dans des services de gériatrie, l'état bucco-dentaire des personnes âgées « n'est pas satisfaisant », il est même décrit comme « mauvais » et « préoccupant ». Les besoins en soins sont importants, mais peu exprimés, et la demande de soins reste toujours faible (90).

Or la demande naît d'une envie, d'une prise de conscience individuelle, ou induite par autrui.



L'URCAM des Pays de la Loire en 2000, confirme que la population âgée ne se plaint pas et est peu demandeuse (91).

De même, une étude de la CPAM de Paris en 2003, montre à quel point une majorité de personnes âgées vivant en établissement « intériorisent leur état bucco-dentaire dégradé au point de ne pas éprouver de besoins sanitaires ».

La CPAM invoque la pudeur, le désintérêt et la fatalité des pensionnaires ainsi que le manque de personnel soignant, pour souligner « la faiblesse des demandes d'aide au brossage qui s'avèrerait pourtant nécessaire au maintien d'une hygiène bucco-dentaire minimale » (82).

### **I.3. Cavité buccale chez le sujet âgé**

La cavité buccale tient une place essentielle dans la vie de la personne âgée (43).

La conservation d'une hygiène bucco-dento-prothétique satisfaisante contribue non seulement au maintien de la santé de l'appareil manducateur, lui permettant de s'alimenter de façon équilibrée, mais également à la conservation d'un bon état de santé générale et d'une bonne qualité de vie (74).

Les soins bucco-dentaires semblent donc être une nécessité.

Cependant, il s'avère qu'une partie de la tranche d'âge des plus de 65 ans est moins motivée que le reste de la population. Ce manque de motivation est expliqué par POUYSSEGUR et MALHER, par le fait que lorsque le patient est en bonne santé et autonome, la santé bucco-dentaire est correcte. Par contre, l'apparition d'un problème d'ordre général, comme une perte d'autonomie, détériore l'état de santé, y compris la santé bucco-dentaire (74).

L'accès aux soins dentaires des personnes âgées en structures médicalisées présente des difficultés. Cela a pour conséquence un mauvais état bucco-dentaire qui peut lui-même entraîner des répercussions sur l'état général à commencer par la **dénutrition**, et la **diffusion d'infections dentaires** vers d'autres foyers (27).

L'odontologiste a donc un rôle primordial dans la **détection** de ces modifications physiologiques, dépendantes de l'âge, intéressant les fonctions manducatrices et la sphère oro-faciale (19).

Nous allons donc étudier dans un premier temps la population hospitalisée dans les services de gériatrie, leurs pathologies générales et bucco-dentaires.

Puis nous aborderons la question des soins à réaliser chez ces patients, en relevant la question principale et difficile du paradoxe entre besoin, ressenti, et demande du patient.

Enfin, nous essayerons d'établir quelques pistes de prise en charge de ces patients, adressées aux personnels soignants, quelque soit leurs disciplines.

## **II. Quels patients dans les services de gériatrie, quelles pathologies, quelles particularités ?**

L'hospitalisation d'une personne âgée constitue pour celle-ci une rupture avec son rythme de vie habituel. Cette rupture peut avoir des conséquences néfastes sur la psychologie du patient, à l'inverse d'un maintien à domicile.

Une situation caractéristique est celle d'une hospitalisation imposée. La pathologie de la personne peut alors s'en trouver aggravée, ou du moins les conditions de guérison pourront être plus difficiles.

Nous allons étudier la structure des services de gériatrie, et voir quelles sont les pathologies générales fréquemment rencontrées chez les patients hospitalisés dans ces services.

Puis, nous analyserons les pathologies bucco-dentaires et leurs liens avec l'état de santé général.

Enfin, nous verrons les particularités des patients en gériatrie.

### **II.1. Quelle population ?**

Malgré le développement de l'aide à domicile des personnes âgées, la perte de l'autonomie reste une des principales raisons du placement en institution.

Les services de gériatrie sont organisés en deux principaux secteurs :

- Les patients hospitalisés en court séjour et soins de suite (SDS), amenés à retourner chez eux. Le travail de cette thèse leur est essentiellement consacré.
- Les patients hospitalisés en SLD (soins longue durée).

## **II.2. Pathologies générales observées**

Parmi les problèmes de santé liés à l'âge, les patients du 3<sup>ème</sup> âge institutionnalisés présentent de nombreuses pathologies générales (66) :

### **II.2.1. Les maladies cardiovasculaires (66)**

Leur expression la plus courante est la maladie coronarienne.

Chez les patients âgés, les facteurs de risque cardiovasculaires, que sont :

- L'obésité
- L'alcool et tabac
- Les dyslipidémies (comme l'hypercholestérolémie)
- Le diabète
- L'hypertension artérielle

peuvent accélérer considérablement le phénomène physiologique d'artériosclérose, entraînant un remaniement de la paroi des artères.

### **II.2.2. Les pathologies respiratoires (6)**

La population âgée présente une fréquence élevée de maladies respiratoires.

Le vieillissement modifie la structure et le fonctionnement du système respiratoire, ce qui entraîne des variations importantes des symptômes et signes cliniques des maladies pulmonaires chez les malades âgés.

Différentes pathologies peuvent alors apparaître lors d'un dysfonctionnement de cet organe :

#### **II.2.2.1. Broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO)**

Obstruction chronique, permanente, et non réversible après traitement, caractérisée par :

- Une bronchite chronique : toux avec expectorations ayant une durée de 3 mois par année, durant 2 années consécutives

- Un emphyème pulmonaire : élargissement des espaces aériens au-delà des bronchioles terminales, associé à une destruction des parois alvéolaires.

### **II.2.2.2. L'Asthme :**

Obstruction chronique, intermittente, et réversible après traitement, pouvant débiter à tout âge et caractérisée par :

- Une dyspnée expiratoire avec sifflement
- Une toux
- Des expectorations muqueuses.

## **II.2.3. Les pathologies endocriniennes**

### **II.2.3.1. Le diabète**

Chez la personne âgée, le diabète de type II, ou diabète gras, est plus fréquent.

Dans les deux situations, la glycémie (taux de glucose dans le sang, en g/L), est :

- $\geq 1,26\text{g/L}$  ou  $5,56\text{ mmol/L}$ , à jeun
- $\geq 2\text{g/L}$  ou  $11,11\text{ mmol/L}$ , en post prandial

Le sucre en excès dans le sang va se déposer dans les vaisseaux entraînant leurs rigidifications, et des complications d'ordre :

- Vasculaires :

macroangiopathie (hypertension artérielle, artérite des membres inférieurs, coronarites, insuffisance rénale, ...) et microangiopathie (insuffisance rénale, accident vasculaire cérébrale, rétinite).

- Métaboliques :

Coma hypoglycémique, coma acido-cétosique et hyperosmolaire.

- Neuropathiques :

Troubles vasomoteurs, perte de sensibilité, mal perforant plantaire.

- Infectieuses récidivantes :

Cutanées (génétales et pieds), urinaires, buccales ; caractérisées par une mauvaise cicatrisation.

### II.2.3.2. Ostéoporose (50,96)

L'ostéoporose est définie depuis la conférence de consensus de Hong Kong en 1993, comme « une maladie généralisée du squelette caractérisée par une densité minérale osseuse basse et des altérations de la microarchitecture du tissu osseux, responsable d'une fragilité osseuse exagérée, et donc d'un risque élevé de fracture » (89).

Cette maladie constitue un important problème de santé publique, responsable d'une mortalité grandissante. On considère que 30% des femmes en Europe et aux USA en sont atteintes.

Dès 1971, pour Atwood, la résorption osseuse continue des crêtes édentées apparaît comme un phénomène inévitable chez tous les patients. Cependant, la résorption osseuse présente de considérables variations physiologiques individuelles.

Plusieurs facteurs responsables d'une résorption semble se dégager, comme :

des facteurs généraux :

- le vieillissement
- le sexe
- la typologie faciale
- l'ostéoporose
- l'alimentation et la prise de médicaments

des facteurs locaux :

- l'hygiène buccale
- les parafunctions, les problèmes occlusaux,
- le type de prothèse.

Cependant, aucune étude statistique n'a pu quantifier l'importance de telle ou telle particularité (88).

La résorption osseuse est donc un phénomène difficilement prévisible dans le temps tant qualitativement que quantitativement.

Elle entraîne une réduction générale de la masse osseuse, avec altération de la microarchitecture.

- Elle atteint principalement les femmes après la ménopause.
- Elle se caractérise au niveau dentaire par un amincissement des corticales et une diminution des trabéculations osseuses. Cela accroît les risques de fractures lors d'une extraction.
- Les modifications de la forme de l'os obligent les praticiens à des rebasages prothétiques fréquents.

En odontologie, le meilleur traitement demeurera d'éviter ou de reculer l'échéance des extractions totales systématiques.

La conservation de quelques dents sous forme d' « overdentures » permet en effet de ralentir la résorption osseuse.

#### **II.2.4. Troubles neuropsychiatriques (67)**

Certains troubles allant d'un déficit cognitif léger, à la démence sont parfois observés chez la personne âgée (6):

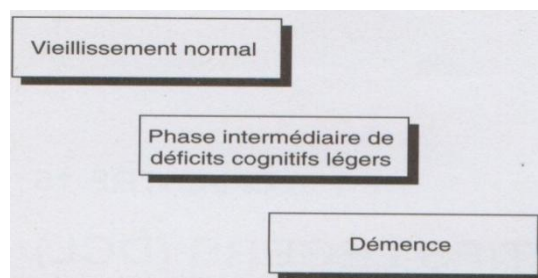


Figure 1 : Continuum cognitif, d'après Arcand-Hébert dans Précis de Gériatrie

La **démence** est une réduction acquise des capacités cognitives, suffisamment importante pour retentir sur la vie du patient âgé, et qui peut entraîner une perte d'autonomie. Les fonctions particulièrement atteintes peuvent être :

- La mémoire
- L'attention
- Le langage
- Les praxies (ensemble des mouvements coordonnés en fonctions d'un but) (47)
- Les gnosies (reconnaissance d'un objet) (47)
- Les fonctions exécutives.

## **II.2.5. La dénutrition (74)**

La dénutrition protéino-énergétique est fréquente chez les sujets âgés.

De nombreuses études montrent que 10 à 20% des patients à domicile en sont atteints, 30 à 40% en SLD, 40 à 50% en SDS (ce pourcentage supérieur s'explique par le caractère aiguë de la pathologie, ayant entraîné l'hospitalisation).

Chez les personnes âgées présentant certaines pathologies, les apports nutritionnels sont plus faibles et des médications ont pour but de traiter les carences qui en découlent (22).

L'ensemble de ces pathologies peut entraîner une perte d'autonomie, et aboutir quand la dépendance est sévère, à une hospitalisation en unité de soins longue durée (67).

Il est donc essentiel de maintenir ou de rétablir un bon état nutritionnel. La nutrition étant en effet, d'une importance vitale pour l'état de santé général des patients.

### **II.2.5.1. Il existe deux types de défauts d'alimentation (74)**

- La malnutrition :

**Anomalie de la nutrition**, par excès, défaut ou déséquilibre (34).

Le patient a tendance à sélectionner son type d'alimentation :

- en augmentant sa consommation de glucides (plus facilement comestibles)
- en diminuant sa consommation de protéides (plus difficiles à manger).

- La dénutrition :

**Insuffisance d'apports** en nutriments par rapport aux besoins réels de l'individu aboutissant à l'inappétence et à l'anorexie.

Elle peut être en lien avec un mauvais état bucco-dentaire, mais le facteur dentaire ne peut expliquer à lui seul les troubles de la nutrition.



### **II.2.5.2. Quelles causes à la dénutrition ?**

Chez tout patient, mais surtout chez le patient âgé, l'appétence est un facteur décisif pour l'alimentation. Celle-ci est influencée par :

- Des conditions de vie non appropriées à l'équilibre du patient
- Les polymédications, qui sont fréquentes
- Des altérations du système digestif (mucite, mauvais état dentaire, ulcères gastro-duodéal, par exemple)
- Des processus de cicatrisation (plaies opératoires, escarres)
- Une situation d'hypercatabolisme
- Des croyances et l'insuffisance d'apport
- L'alcoolisme
- Des pathologies bucco-dentaires, ou une fonction masticatoire altérée.

### **II.2.5.3. Les croyances associant alimentation et vieillesse (74)**

Contrairement à de nombreuses idées reçues :

- Il ne faut pas manger moins en vieillissant
- Le sel n'est pas forcément mauvais pour la santé
- Les fruits ne sont pas tous irritants pour le tube digestif.

Ces informations fausses, véhiculées depuis longtemps, sont souvent à l'origine de « manies alimentaires » auto-imposées, de régimes sélectifs injustifiés, de restrictions, voire même d'exclusions arbitraires aboutissant à de véritables carences.

### **II.2.5.4. Quelles sont les conséquences de la dénutrition ? (22,67)**

- Altération de l'état général, développement de maladies chroniques [par association des pathologies existantes à un déficit en micronutriments (vitamines par exemple)]
- Altération du système immunitaire (augmentant les risques d'infection)
- Problèmes digestifs (par ralentissement du péristaltisme intestinal)
- Risque de toxicité des médicaments (par baisse du taux d'albumine)
- Troubles psychiques (allant d'une simple apathie à un syndrome dépressif ou démentiel)

- Perte d'une bonne autonomie fonctionnelle et fonte musculaire (réduisant les facultés physiques et augmentant les risques de chutes)
- Mauvaise capacité de cicatrisation
- Anémie
- ...

L'absence de dents et/ou l'inadaptation des prothèses dentaires, fréquemment observées chez ces patients, vont altérer la fonction masticatoire, et peuvent être des facteurs aggravants d'une dénutrition (22).

Une alimentation saine et équilibrée va permettre, au contraire, à la personne qui est en mesure de prendre correctement ses repas, de bénéficier d'un avantage social, psychologique, et d'un réel atout pour sa santé.

Notre rôle est donc d'essayer de compenser les édentements, d'adapter ou de refaire certaines prothèses afin de pallier, en partie, à la dénutrition des personnes âgées institutionnalisées (74).

On comprend que **Nutrition et santé orale vont de paire.**

En effet, nous avons vu que les altérations de la santé orale correspondent à l'un des facteurs prédictifs de la malnutrition, mais l'inverse est également vrai : parmi les facteurs de risques connus des pathologies dentaires figure l'alimentation.

Les liens qui unissent donc état nutritionnel et santé bucco-dentaire sont complexes (86).

#### **II.2.5.5. Impact de la santé orale sur la santé nutritionnelle (86, 87)**

L'examen de la littérature montre que:

- Le nombre de dents restantes influe sur le choix des aliments, et sur leurs consistances.
- Un nombre de dents restantes faible est associé à une moindre consommation de fibres, de fruits et de légumes, ainsi qu'à une augmentation des apports en sucres, en graisse et en cholestérol.
- L'état buccal a une influence claire sur le plaisir de manger, et la perception de difficultés.

### **II.2.5.6. Impact de la santé nutritionnelle sur la santé orale (16, 86)**

L'état bucco-dentaire conditionne en partie l'alimentation, mais l'inverse est également vrai : l'alimentation a une influence sur la santé orale. Ainsi :

- Les seuils de perception du sucré et de l'acide sont augmentés avec le vieillissement. Les personnes âgées vont alors être amenées à consommer, pour retrouver le « même goût », plus de sucres et d'acide, ce qui est un facteur de risque de caries et de candidoses.
- L'hyposialie augmente, non seulement le risque de caries et de candidoses, mais également le nombre de problèmes liés au port des prothèses.
- Les carences en vitamines aggravent les pathologies parodontales.

Il faut pourtant noter que « pour les personnes âgées, il n'est pas du tout évident, ni facile de maintenir une alimentation saine et un apport suffisant en liquide. En effet, la mastication est de plus en plus difficile, et la sensation de soif incitant à boire, diminue progressivement » (97).

## **II.2.6. Affections de l'état général pouvant avoir une influence au niveau de la sphère oro-faciale (74)**

### **II.2.6.1. Affections visuelles (74)**

Au moins 30% des patients de plus de 75 ans présentent une atteinte moyenne ou sévère de la vision. L'acuité visuelle baisse et le champ visuel se rétrécit.

La baisse de la vision se manifeste sous plusieurs formes pathologiques plus ou moins brutales, évolutives, invalidantes, ...

Les répercussions sont multiples, avec des risques d'altération de la marche et de l'équilibre, entraînant des risques de chutes. Cela peut conduire rapidement à un isolement social, à une perte d'autonomie, et à une baisse du « goût de vivre ».

Les répercussions immédiates de cette baisse d'acuité visuelle, au niveau de l'état de la cavité buccale sont :

- Une diminution de l'efficacité de l'hygiène orale et prothétique,
- Une difficulté de manipulation, lors de l'insertion/désinsertion, sur des prothèses dentaires très ajustées,
- Un risque de lectures erronées des prescriptions médicamenteuses, entraînant un risque de mal-observance des traitements,
- Une augmentation de la fréquence des chutes.

### **II.2.6.2. Troubles de l'audition (74)**

Très fréquents chez la personne âgée, ces troubles peuvent conduire à un isolement relationnel important. A partir de 85 ans, 40% des personnes sont atteints d'une gêne auditive moyenne ou sévère.

Il faut dans tous les cas les rechercher, pour essayer d'adapter notre message. Ce trouble peut conduire à l'exclusion de certaines thérapeutiques de la part du patient.

### **II.2.6.3. Troubles de l'olfaction et de la gustation(74)**

Avec l'âge on observe des troubles du goût dont la pathogénie est complexe :

- Hypoguesie ou aguesie, avec augmentation du seuil de la saveur sucrée.

- Pathoguesie, révélant des perceptions de saveur métalliques ou acides, souvent associée à des troubles olfactifs qui pourraient être de nature psychologique.

Les troubles du goût ont une influence très négative sur le mode d'alimentation des personnes âgées. On note une tendance à la surconsommation de substances sucrées, suite à la diminution de ces perceptions, ou bien une tendance inverse à la dénutrition.

#### **II.2.6.4. Affections neurologiques (exemple : maladie de parkinson) (89)**

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative fréquente. Sa prévalence est estimée à 2% des patients de plus de 65 ans, avec une légère prédominance masculine.

Elle se définit par l'association de troubles moteurs, akinésie, hypertonie, tremblement de repos et troubles de l'adaptation posturale.

Le patient peut avoir du mal à s'exprimer clairement, ce qui peut compliquer la relation praticien-patient.

Lorsqu'une plainte nociceptive est présente, ces patients sont « très difficiles » à traiter, car la douleur est difficilement localisable et le patient « ne peut décrire » précisément celle-ci (30).

De même, certains soins peuvent parfois s'avérer difficile, et les manœuvres d'hygiène plus compliquées.

#### **II.2.6.5. Arthrose (74)**

La maladie arthrosique affecte tout d'abord le cartilage et résulte, dans la majorité des cas, des effets de l'hypertension : effet d'usage ou défaut de répartition des pressions au niveau d'une configuration osseuse dysmorphique.

Simple ulcération du cartilage à son début, l'arthrose atteint ensuite la synoviale qui devient le siège d'une inflammation.

L'arthrose est habituellement d'évolution lente, mais elle expose finalement à une destruction articulaire.

La manifestation symptomatique est la douleur, qui génère une réduction de la mobilité, pouvant empêcher le patient de se déplacer seul et le rendre dépendant.

Les manœuvres d'hygiène bucco-dentaire, ainsi que la dextérité avec les prothèses amovibles peuvent être rendues difficiles.

#### **II.2.6.6. Affection de démence (exemple : maladie d'Alzheimer)**

La démence se définit comme une situation au cours de laquelle l'altération des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxie, gnosies, orientations temporo-spatiale et capacité d'abstraction), provoque une diminution des capacités d'adaptation sociale (74).

La maladie d'Alzheimer se rencontre assez fréquemment chez les personnes âgées : 20% des patients de plus de 80 ans en sont atteints (89).

C'est un trouble neurodégénératif qui entraîne progressivement la perte des fonctions mentales, suite à la détérioration du tissu cérébral, conduisant après un stade pré-déméntiel, à un tableau de démence (67).

La communication étant plus difficile, une atmosphère calme et rassurante, associant parfois la présence d'un proche, est primordiale.

Les séances devront de préférence être réalisées le matin, quand le patient est bien éveillé.

## **II.3. Pathologies bucco-dentaires observées, et conséquences bucco-dentaires de certains traitements généraux**

### **II.3.1. Pathologies bucco-dentaires observées**

#### **II.3.1.1. Atteintes dentaires**

Le vieillissement induit des altérations progressives et irréversibles de la morphologie et/ou de la fonction de ces organes. Certaines semblent avoir un impact majeur sur les traitements que nous pouvons mettre en œuvre (68).

##### **II.3.1.1.1. Email (68)**

Son volume se réduit, aboutissant parfois à la mise à nu d'îlots dentinaires.

En contrepartie, il subit une augmentation de son volume en cristallites de surface, ce qui participe à une meilleure défense aux acides cariogènes.

De part sa maturation, l'émail est rendu plus cassant mais d'avantage résistant à la carie.

##### **II.3.1.1.2. Dentine (46, 68)**

Les canalicules dentinaires voient leurs diamètres réduits par apposition de dentine périlitubulaire. Cette sclérose participe, comme l'hyperminéralisation amélaire, à la résistance aux agents cariogènes.

Cependant, la dentine devient mécaniquement plus fragile et on assiste souvent à des fractures dentinaires, en rapport avec des restaurations volumineuses. Cela aura des incidences au niveau des indications de traitements prothétiques, comme le recouvrement des cuspides en cas de volumineuses restaurations coronaires.

L'exposition de surfaces radiculaires suite à l'égression compensatrice des dents, favorise l'apparition de lésions carieuses, qui devront inciter le praticien à prescrire des dentifrices fluorés (1500 à 2500 ppm), le fluor participera alors à la reminéralisation dentinaire.

### **II.3.1.1.3. Pulpe (68)**

Un phénomène de fibrose s'installe qui, associé à l'apposition dentinaire, participe au rétrécissement du volume pulpaire.

	Modifications au cours du vieillissement	Conséquences
Email	↓épaisseur ↑sécheresse ↑attrition	↓Hauteur des dents Couleur plus foncée
Dentine	↑épaisseur (dentine secondaire) ↑dureté	↓Diamètre de la pulpe Dents plus jaunâtres
Pulpe	↓diamètre (dentine secondaire) ↓vascularisation ↑tissus fibreux	↓Sensibilité dentaire Caries moins douloureuses
Cément	↑épaisseur	↑Fractures lors de l'extraction

Tableau 1 : Modifications dentaires au cours du vieillissement, d'après Arcand-Hébert

### **II.3.1.2. Atteintes parodontales (93)**

Les maladies parodontales résultent d'un déséquilibre entre l'agression bactérienne et les mécanismes de défense de l'hôte.

Il n'a pas été démontré que le vieillissement en tant que tel était un facteur favorisant le développement ou la progression des maladies parodontales ; néanmoins le patient présente souvent des pathologies systémiques et des facteurs locaux favorables au développement des maladies parodontales.

#### **II.3.1.2.1. La gencive**

On observe une diminution de la kératinisation gingivale, une décroissance de l'irrigation cellulaire, une diminution de l'élasticité cellulaire avec une dégénérescence des fibres élastiques du tissu conjonctif, et une récession gingivale.



### **II.3.1.2.2. Les procès alvéolaires**

« L'os alvéolaire naît et meurt avec la dent » BELTRAMI

Avec l'âge, on observe une résorption des crêtes et procès alvéolaires, une diminution de la vascularisation, de la capacité de réparation, et donc une atrophie physiologique de l'os alvéolaire (61).

Associée à la diminution de la teneur en eau, et à la baisse de l'ostéogénèse, la résistance aux forces parodontales est affaiblie (68).

### **II.3.1.2.3. Le ligament alvéolo-dentaire (68)**

Tout comme la pulpe, le ligament alvéolo-dentaire subit une diminution de la densité cellulaire, et une augmentation des fibres de collagène, caractérisant un phénomène de fibrose, pouvant parfois atteindre une ankylose partielle.

Ceci diminue le potentiel de cicatrisation, entraînant, en corrélation avec une diminution du contrôle de plaque, une augmentation des récessions gingivales.

## **II.3.1.3. Atteintes des muqueuses buccales**

### **II.3.1.3.1. Stomatites**

La stomatite est une inflammation localisée ou généralisée de la muqueuse buccale, d'origine infectieuse, traumatique, allergique ou toxique.

Nous allons essentiellement décrire les stomatites d'origine infectieuses et traumatiques.

#### **II.3.1.3.1.1. Infectieuses.**

A la faveur d'une cause locale et/ou générale peut apparaître un déséquilibre de la flore buccale qui privilégie une espèce et la fait passer de l'état saprophyte (c'est-à-dire d'un état de micro-organisme vivant aux dépens de matières organiques inertes ; par opposition au parasite, et qui n'est généralement pas pathogène), à l'état pathogène.

Un autre mécanisme, plus rare, est l'introduction d'une souche pathogène dans le milieu buccal.

a) Candidoses oropharyngées (56,70)

Mycose due à la prolifération anormale d'un champignon: *Candida Albicans* principalement, qui envahit l'épithélium buccal, induit une réaction proliférative et la formation de dépôts blanchâtres superficiels caractéristiques (45).

Ces organismes saprophytes se voient offrir l'opportunité de se transformer en germes pathogènes si les défenses de l'hôte diminuent (12) :

Soit à la faveur de **causes locales** :

- Prothèses dentaires poreuses, inadaptées ou mal entretenues
- Mauvaise hygiène buccale
- Lésions muqueuses
- Bains de bouche à base d'antibiotiques
- Xérostomie

Soit de **causes générales** :

- Antibiothérapies à large spectre
- Corticoïdes
- Traitements immunosuppresseurs
- Irradiation
- Hémopathies
- SIDA
- Troubles endocrines (48)

• Aspects cliniques :

Les candidoses digestives peuvent se localiser au niveau de la bouche et prendre une forme aiguë ou chronique.

Les lésions siègent en premier lieu sur la face dorsale de la langue et en l'absence de traitement, elles s'étendent à d'autres sites tels que palais, les commissures des lèvres (perlèches), les faces internes des joues (89).

Elles prennent souvent un aspect blanchâtre, fait de multiples plaques blanches. Parfois une langue rouge vif, lisse et douloureuse peut être observée (67).

Différentes classes de candidoses peuvent être mis en évidence :

- Candidoses pseudo-membraneuses (muguet) ; taches, nappes ou plaques blanchâtres
- Candidoses érythémateuses (de novo ou suite à un muguet)
- Candidoses chroniques hyperplasiques
- Forme atrophique chronique (qui ne doit pas être confondue avec une réaction allergique au matériau prothétique) (12).



Figure 2 : Candidose pseudo -membraneuse sur le palais (48)



Figure 3 : Stomatite prothétique (48)

- Syndromes :

Les candidoses buccales se manifestent par :

- une sécheresse buccale
- des douleurs et brûlures, notamment au contact des aliments, pouvant affecter le comportement alimentaire (74)
- un mauvais goût en bouche (48).

Elles engendrent ainsi un inconfort buccal, qui peut être à l'origine de perturbations psychologiques, particulièrement chez les patients soumis à des thérapeutiques antidépressives ou anxiolytiques (12).

#### **II.3.1.3.1.2. D'origine dentaires et prothétiques (41)**

Morsure, dent traumatique et surtout prothèse mal adaptée, peuvent être à l'origine de lésions endobuccales.

L'ulcération est plus ou moins importante, douloureuse, mais reste toujours souple ; la langue et les sillons gingivo-jugaux sont souvent atteints.

L'interrogatoire retrouve la notion de traumatisme, et l'examen les causes de la lésion. La guérison se fait en 7 à 15 jours après l'éviction du traumatisme.

#### **II.3.1.3.1.3. Les perlèches (67)**

Lésions cutanées inflammatoires plus ou moins douloureuses, localisées au pli de la commissure des lèvres.

On y note l'apparition de fissures, rougeurs, croûtes et saignements. L'étiologie chez la personne âgée peut être due à :

- Une diminution de la dimension verticale d'occlusion
- Une infection candidosique
- Une infection herpétique
- Une altération de l'état général avec des déficiences nutritionnelles ou immunologiques
- Un traitement par corticothérapie



Figure 4: Perlèche (48)

### ***II.3.1.3.2. Aphoses (45)***

L'aphte est une lésion fréquente d'étiologie mal connue, mais considérée actuellement comme de nature auto-immune.

L'ulcération aphteuse est généralement isolée, de forme ronde ou ovale, de dimension allant de 1 à 5 mm. Elle a une forme de cupule, peu profonde, de couleur jaunâtre, aux bords nets, cernés par un liseré érythémateux, et est généralement douloureuse.

Histologiquement, la lésion aphteuse se présente comme une ulcération muqueuse superficielle avec absence d'épithélium et exposition de tissu conjonctif.

On note également la présence de dépôts nécrotiques et fibreux. L'œdème est par ailleurs important.



Figure 5 : Aphte banal (48)

### ***II.3.1.3.3. Dyskératose***

#### ***a) Le lichen plan (45)***

Affection dermatologique chronique, son étiologie exacte demeure inconnue, bien que de nombreux facteurs déclenchant soient connus depuis longtemps : anxiété, stress, réaction médicamenteuse, déficit vitaminique, maladies systémiques, tabac, ...

Il s'agit d'une hyperkératose modérée associée à une dégénérescence par liquéfaction des cellules basales: le tissu conjonctif présente, juste sous l'épithélium, une épaisse bande dense d'infiltrat inflammatoire.

Il existe 6 formes cliniques : réticulaire, papillaire, en plaques, bulleux et atrophique ou érosif.

Les localisations les plus fréquentes sont la face interne des joues, le dos et les bords de la langue.

Les lésions ne peuvent pas être enlevées par grattage, et la biopsie confirme le diagnostic.

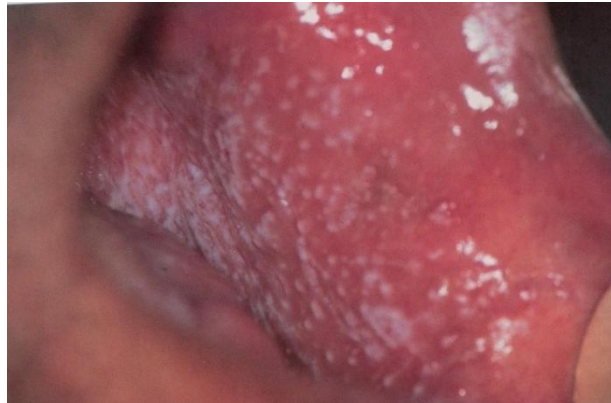


Figure 6 : Lichen plan de la muqueuse buccale : formes papuleuses et réticulées (48)

#### b) La leucoplasie (45, 48)

Lésion blanche en plaque ou plage, fermement fixée sur la muqueuse buccale, ne pouvant être classée dans aucune autre entité pathologique.

Il s'agit d'une lésion précancéreuse, dont le pourcentage moyen de transformation maligne est de 4 à 6%.

Trois formes cliniques sont reconnues :

- Homogène (fréquente)
- Ponctué
- Verruqueuse

Les sites les plus fréquemment atteints sont la muqueuse buccale, la langue, le plancher buccal, la gencive et la lèvre inférieure.

Le diagnostic clinique de la leucoplasie doit être confirmé histologiquement car un aspect blanchâtre peut correspondre à une grande variété de lésions kératosiques.

L'étiologie exacte de ces lésions est inconnue.

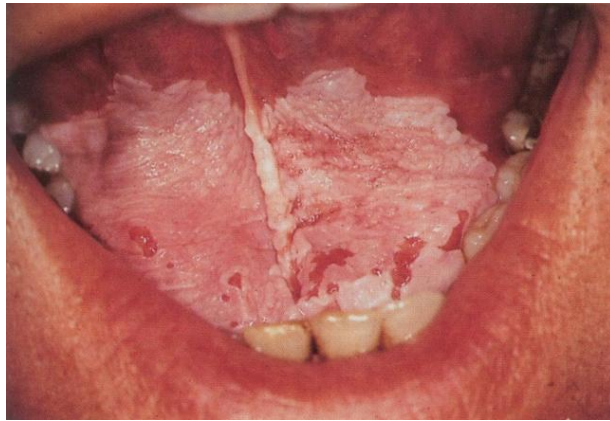


Figure 7 : Leucoplasie homogène (48)

#### ***II.3.1.3.4. Les tumeurs***

Deux catégories peuvent être distinguées :

- Les tumeurs bénignes : bien limitées et régulières
- Les tumeurs malignes : mal limitées et irrégulières.

TUMEUR BENIGNE	TUMEUR MALIGNE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution lente</li> <li>- Bien limitée</li> <li>- Refoule les structures adjacentes sans les envahir</li> <li>- Absence de métastases</li> <li>- Absence de récurrences après exérèse complète</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution rapide avec destruction des tissus environnants (envahit et infiltre)</li> <li>- Mal limitée, non encapsulée</li> <li>- Structure hétérogène</li> <li>- Métastases</li> <li>- Récidive après exérèse</li> <li>- Evolution souvent mortelle</li> <li>- Signes cliniques : possible douleur</li> <li>- Signes fonctionnels, sensitifs et hémorragiques associées</li> <li>- adénopathies</li> </ul>

Tableau 2 : Eléments de comparaison entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne

Il faut bien distinguer la tumeur de la tuméfaction, bien qu'une tumeur puisse entraîner une tuméfaction.

Dans les tumeurs bénignes, nous observons :

- Les tumeurs des maxillaires : odontogène (kyste radiculaire par exemple), ou non odontogène (ex : fibrome)
- Les tumeurs de la muqueuse et des glandes salivaires : épulis, adénome pléiomorphe, ...

## **II.3.2. Les manifestations buccales de pathologies générales**

### **II.3.2.1. Les maladies vésiculo-bulleuses (48)**

Les maladies vésiculo-bulleuses forment un groupe bien particulier d'affections buccales caractérisées par la formation de vésicules ou de bulles.

Il est rare de voir des bulles intra-buccales, car elles se rompent facilement pour laisser place à des érosions ou des ulcères.

Ce groupe de maladies englobe :

- Des viroses (Zona, herpès par exemple)
- Des maladies cutanéomuqueuses auto-immunes (pemphigus)
- Des maladies à médiations immunitaires (érythème polymorphe, ...)
- Des maladies génétiques (épidermolyse bulleuse).

Mais cela peut également comprendre des :

- Bulles traumatiques par morsures ou irritation dues aux prothèses
- Brûlure par la chaleur ou le froid
- Stomatite secondaire à une radiothérapie.



Figure 8: Pemphigus vulgaire: Amas de bulles hémorragiques sur la muqueuse buccale (48)



Figure 9 : Pemphigus vulgaire : érosions sur la langue (48)





Figure 10 : Erythème polymorphe: multiples érosions sur les lèvres et la langue (48)

### **II.3.2.2. Les hémopathies**

#### **II.3.2.2.1. Les leucémies (48)**

Les leucémies constituent un groupe hétérogène d'affections malignes des tissus formant le sang, qui se caractérisent par des anomalies de maturation et de prolifération des lymphocytes.

Les leucémies sont de type aigue ou chronique selon leurs évolutions cliniques, et myéloïde ou lymphocytaire selon leurs origines histogénétiques.

Toutes les formes de leucémies peuvent s'accompagner de manifestations buccales :

- Des ulcérations
- Des hémorragies spontanées, pouvant être sous muqueuse
- Des bulles sanglantes, pétéchies, ecchymoses, retard de cicatrisation des plaies
- Des candidoses et infections herpétiques.

L'augmentation de volume des gencives est caractéristique et s'observe fréquemment chez les patients atteints de leucémie myélomonocytaire.

Les candidoses et les infections herpétiques sont des complications buccales relativement fréquentes.



Figure 11 : Leucémie aigüe myélocytaire :

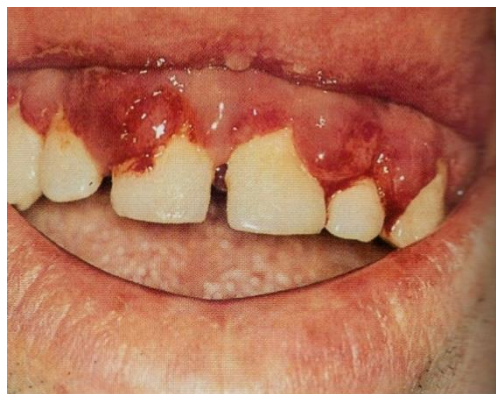


Figure12 : Leucémie lymphocytaire chronique :

augmentation de volume marquée de la gencive et ulcérations (48)

#### **II.3.2.2.2. Anémie par carence en vit B12 (anémie de Biermer)**

Caractérisée par la glossite de Hunter :

- Une fatigue, dyspnée, et des troubles neurologiques
- Une macroglossie avec empreintes dentaires
- Une langue lisse, dépapillée, parfois glossodynie
- Une parodontose avec récession
- Des lésions candidosiques

#### **II.3.2.3. Les troubles endocriniens**

##### **II.3.2.3.1. Le Diabète ( 13)**

Il existe des modifications histologiques et physico-chimiques au niveau des tissus de la cavité buccale du patient diabétique :

- Le flux salivaire diminue, une hypertrophie des glandes parotides peut être observée.
- L'incidence de caries est plus élevée (mais, pour Harisson et Bowen en 1987 ; ou Twetman en 2002, cette association n'est pas clairement établie).
- L'incidence des parodontites augmente. Les patients présentent significativement plus de gingivites, poches parodontales et perte d'attache que les patients non diabétiques.

Plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer la susceptibilité élevée à la maladie parodontale : altération de la réponse de l'hôte, du métabolisme du collagène, de la vascularisation.

- Affections de la muqueuse buccale
- Affections neurosensorielles (brûlures, altérations du goût) (13)

Les pathologies buccales qui peuvent alors être observées sont :

- Une gingivite (marginale, érythémateuse ou hyperplasique)
- Une parodontite profonde
- Une sécheresse buccale (glossite dépapillante, glossodynie, chéilite angulaire)
- Des cellulites graves, évolutives et diffuses, sans rapport avec la cause
- Une mycose : glossite losangique médiane
- Des ulcérations.

Le chirurgien dentiste joue un rôle important dans le diagnostic de cette affection.

Les signes buccaux apparaissent fréquemment ; il peut ainsi signaler au patient que son diabète est plus ou moins bien contrôlé.

#### ***II.3.2.3.2. La maladie d'Addison (48)***

La maladie d'Addison est une insuffisance cortico-surrénalienne chronique.

Les manifestations buccales sont fréquentes et se présentent sous la forme d'une pigmentation diffuse ou de plaque, de couleur marron foncé, due à la production de mélanine.

Le diagnostic différentiel est à faire avec les imprégnations muqueuses dues aux intoxications médicamenteuses.



Figure 13 : Maladie d'Addison : pigmentation de la muqueuse buccale (48)

#### II.3.2.4. Les avitaminoses (48, 62)

L'**avitaminose C**, responsable de l'apparition du scorbut, présente des répercussions buccales.

Le scorbut est un trouble nutritionnel rare, mais qui peut être observé chez la personne âgée, particulièrement en hiver, lors d'une insuffisance en vitamine C.

Elle affecte principalement les gencives, la peau, les cheveux, les ongles, les muscles et les articulations.

Les manifestations buccales sont caractérisées par

- une tuméfaction et une rougeur généralisée de la gencive marginale et interdentaire
- des hémorragies gingivales et des ulcérations.

En l'absence de traitement,

- Une accélération de la résorption osseuse peut entraîner une mobilité dentaire
- La gingivite devient hyperplasique, fongueuse, nécrotique
- Des pétéchies, ecchymoses, hémorragies spontanées et retard de cicatrisation sont observés, tant au niveau buccal que général
- Le patient peut présenter une asthénie et un amaigrissement.

Le traitement consiste en la prescription de vitamine C, en comprimés effervescents ou ampoules.

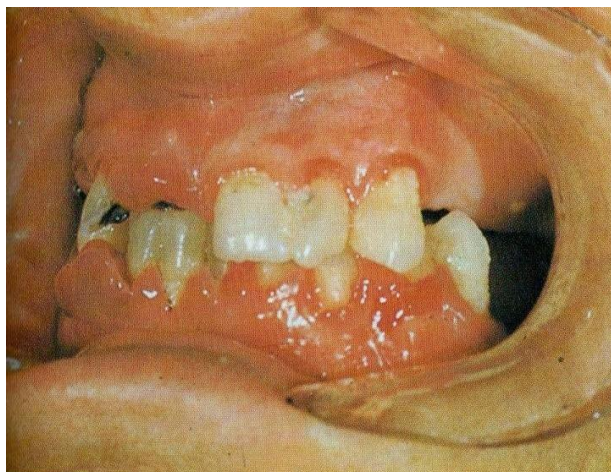


Figure 14 : Scorbut, tuméfaction et rougeur de la ge

### **II.3.3. Traitements généraux à répercussion odontostomatologique**

#### **II.3.3.1. Médicaments et hyposialie (70)**

Plusieurs études montrent qu'une sécheresse buccale peut être observée dans un peu plus de 35% des cas.

La xérostomie, ou diminution de la sécrétion salivaire, fréquente, favorise l'irritation des glandes salivaires (61).

Selon un nombre important d'auteurs, la prévalence de la xérostomie et de l'hyposialie chez la personne âgée est directement **liée à l'augmentation de la prévalence des maladies systémiques, et à la prise de médicaments** qui leur est associée.

Cependant, une atrophie parenchymateuse progressive des glandes salivaires est observée à partir de 50 ans mais, pour certains auteurs, **l'atrophie seule, sans prise de médicaments, n'entraîne pas de problèmes de salivation** (67,82).

Le lien entre vieillissement physiologique, hyposialie, et prise de médicaments ne semble donc pas très clair.

On estime que la diminution ou l'absence de sécrétions salivaires est sous la dépendance de processus physiopathologiques associés :

- Au vieillissement tissulaire,
- A un état de déshydratation,
- A des pathologies systémiques et neurologiques,
- Aux effets iatrogènes des traitements par neuroleptiques (89).

Quelque soit l'étiologie d'une hyposialie, les altérations quantitatives de la salive apparaissent comme le fruit de remaniements tissulaires intéressant les glandes salivaires. Avec le vieillissement, le volume de tissus adipeux et fibrovasculaires augmente au sein de ces glandes, tandis que le volume des acini diminue.

En pratique quotidienne, la sécheresse buccale modérée ou sévère de la personne âgée est plus une habitude qu'une exception (19).

Nous allons donc décrire le rôle de la salive et les conséquences bucco-dentaires de sa diminution ou de son absence, là étant une constatation que nous ne pouvons que soulager.

En effet, l'hyposialie entraîne parfois des lésions si douloureuses au niveau des muqueuses buccales, que les patients limitent leurs alimentations. Les apports nutritionnels étant plus réduits, les risques carieux et infectieux augmentent, car les patients se reportent sur des aliments souvent riches en sucres simples (67).

#### ***II.3.3.1.1. Le rôle de la salive dans la physiologie buccale***

- La salive est l'élément majeur de la maintenance de l'hygiène buccale.

Son efficacité repose autant sur des aspects qualitatifs (selon les éléments qui la compose), que quantitatif (19).

Le débit salivaire normal est de 1 ml/min, et en dessous de 0,7ml/min, on parle d'hyposialie (63).

- La salive présente un rôle primordial dans la **reminéralisation** des lésions carieuses (63).

Cela s'explique par le fait qu'elle constitue un réservoir ionique (Calcium, phosphate et fluor), et qu'elle possède des propriétés antibactériennes (Immunoglobulines A, lactoferrine, lysozyme).

- Son débit conditionne l'**évacuation** plus ou moins rapide des aliments vers le tube digestif. Un faible débit implique une stagnation des aliments dans la cavité buccale, ce qui accroît leurs caractères cariogènes.

Si le débit salivaire est insuffisant, ou si la fréquence d'ingestion des sucres est trop élevée, les systèmes tampons sont dépassés, le pH reste constamment bas et la déminéralisation prime sur la reminéralisation (63).

#### ***II.3.3.1.2. Conséquences de la diminution de la quantité de salive présente en bouche (70, 86, 89)***

Bien que l'impact de l'âge sur la salive soit incertain, de nombreux médicaments et certaines maladies des personnes âgées provoquent des hyposialies plus ou moins importantes, ayant de sévères conséquences chez ces patients.

L'hyposialie a pour effet la xérostomie, ou bouche sèche, qui se traduit par :

- Une perte de la couche protectrice des muqueuses (mucines), les préservant du dessèchement,
- Des modifications du goût et une intolérance aux aliments riches en acides,
- Un accroissement de la sensibilité orale, et l'apparition de douleurs à type de brûlures,
- Un développement accru de lésions carieuses, gingivales ou mycosiques, associée au déséquilibre des défenses de l'hôte,
- Une difficulté à s'alimenter, déglutir, et à porter une prothèse adjointe. On observe une perte de rétention des prothèses amovibles complètes lorsque la salive devient épaisse et visqueuse.
- Une gêne permanente

## **II.4. Particularité des patients en gériatrie**

L'admission pour un patient dans un service de gériatrie correspond à la décompensation d'une ou plusieurs des pathologies, dont un patient âgé peut être atteint.

L'équilibre étant rompu, le médecin généraliste adresse alors la personne vers un spécialiste, le gériatre.

Peuvent alors apparaître ou s'accroître différents syndromes, plus ou moins marqués ou latents, et notamment un syndrome dit « de glissement ».

Nous allons donc étudier, pour mieux comprendre les patients qui s'adresseront à nous, ce syndrome de glissement, la prise en charge des polyopathologies, et la psychologie ainsi que les psychopathologies possibles, pouvant affecter la personne âgée hospitalisée.

### **II.4.1. Syndrome de glissement en arrivée en gériatrie : savoir anticiper**

Le syndrome de glissement, terme proposé par Carrié en 1946, peut se définir comme un état de cachexie (état d'affaiblissement extrême, lors d'une dénutrition ou de la phase terminale de certaines maladies), résultant d'un processus d'involution et de sénescence menant rapidement à la mort. Il se manifeste par un renoncement à la vie traduisant une rupture de différents équilibres.

La personne âgée peut présenter des critères de fragilité qui favoriseront l'évolution vers un syndrome de glissement. Il faut donc détecter ces critères pour prévenir l'apparition du syndrome (32).

Ce sont :

- des déficits sensoriels, par baisse de l'acuité auditive ou visuelle,
- des troubles nutritionnels,
- des troubles moteurs responsables de chutes,
- des pathologies majeures présentes chez les patients,
- des conditions environnementales défaillantes (75).

Comme pour tous les autres caractères biologiques, il faut prendre en compte, et avec une attention particulière, les modifications de l'approche mentale du patient vieillissant, qui sont très variables.

Les interactions entre l'âge physique et les maladies somatiques jouent un rôle important dans la détermination du comportement (32).



Nous allons tenter de décrire quelques uns des principaux traits de la psychologie de la personne âgée, afin de mieux les connaître, et pouvoir ainsi adapter au mieux notre prise en charge.

#### **II.4.1.1. Une difficile adaptation à de nouvelles situations (23,74)**

Le vieillissement peut être défini comme « la perte progressive et irréversible de la capacité d'adaptation de l'organisme aux conditions de l'environnement » Ladislav Robert.

La caractéristique la plus habituelle de l'âge est probablement une impossibilité croissante à accepter de nouveaux modes de vie ou d'environnement (74), on appelle cela une baisse de la résilience.

A titre d'exemple, nous pouvons citer :

- le problème de l'acceptation des nouvelles prothèses
- la difficulté rencontrée dans la motivation à l'hygiène bucco-dentaire.

Le Collège National des Enseignants en Gériatrie montre que dans des conditions favorables, les différents organes assurent à l'organisme une fonction satisfaisante à un âge avancé.

Cependant, la survenue de facteurs déstabilisants tels :

- Une maladie
- Un choc psychologique
- Une agression
- Des modifications dans l'environnement du patient,

peuvent induire une situation de rupture lorsque les capacités d'adaptation/régulation du sujet âgé sont dépassées.

Plus l'avancée en âge est importante, plus l'équilibre de base est fragile, et une agression de plus en plus minime peut suffire à bouleverser cet équilibre (22).

#### **II.4.1.2. Une personnalité plus rigide (23)**

La personne âgée devient plus psychorigide parce qu'avec l'âge, il est difficile de s'imposer un comportement.

Ce comportement est influencé en parti par la personnalité du patient.

Freud parle de la personnalité comme une situation de conflit découlant d'incompatibilités entre l'égo et le super-égo, qui ont une influence permanente sur la personnalité actuelle par leurs activités dans l'inconscient si l'on ne parvient pas à les résoudre.

Des difficultés émotionnelles dépendent de la façon dont le patient regarde ses besoins émotionnels : s'il est plus rigide et plus dépendant, il se sentira plus facilement inférieur (23).

L'activité mentale se concentre sur le « soi-même » plutôt que sur les autres et, en relation avec une perte de sociabilité, chaque détail prend de l'importance.

Les gênes et les irritations mineures que l'on néglige normalement, prennent de l'importance et demandent que l'on s'en occupe.

#### **II.4.2. Prise en charge multidisciplinaire- polypathologies**

La polypathologie est une des caractéristiques de la gériatrie.

Avec l'âge, les maladies s'accumulent, celles de l'adulte, puis celles du grand âge. Leurs expressions cliniques et leurs prises en charge en sont modifiées.

Le patient âgé peut souffrir de plusieurs maladies associées de façon aléatoire, mais aussi de pathologies intriquées, comme le diabète qui a des répercussions sur tous les organes.

Les pathologies en cascade sont dues au fait que chez le patient âgé, plusieurs effets peuvent se combiner, voir se potentialiser dans des proportions variables :

- l'effet du vieillissement sur l'organe,
- l'existence d'une pathologie précise touchant cet organe,
- La survenue d'une cause précipitante, souvent extérieure à l'organe considérée.

Guérir cette cause réhabilitera le patient (6).

### **II.4.3. Troubles intellectuels**

On peut définir des « psychopathologies » chez le sujet âgé.

#### **II.4.3.1. La plainte mnésique (24)**

« La mémoire s'é mouss e avec le poids des années »

La croyance en la baisse des performances mnésiques chez un sujet après la cinquantaine peut être considérée comme un stéréotype culturel.

Cette plainte est considérée comme le corollaire du vieillissement cérébral physiologique normal, notion vague, qui traduit une perte neuronale continue.

#### **II.4.3.2. Problèmes psychologiques graves (24)**

Certaines personnes âgées peuvent présenter des symptômes d'ordre psychiatrique au cours des dernières années de la vie.

L'incidence de ces désordres peut aller de 15 à 45%, atteignant des taux encore plus élevés chez les personnes âgées institutionnalisées.

Trois formes de psychopathologies peuvent toucher les personnes à la fin de leur vie :

##### **II.4.3.2.1. La dépression (15,28)**

Affection psychologique la plus courante, sa symptomatologie est variée.

Elle peut prendre 2 formes :

- L'une caractérisée par un apragmatisme (trouble d'origine psychique se traduisant par une incapacité à réaliser une action) et une inhibition,
- L'autre par une agitation anxieuse.

C'est surtout dans le domaine affectif que les conséquences du vieillissement sont les plus importantes ; la personne âgée doit s'adapter à un nouvel équilibre. Cette adaptation dépend pour beaucoup de la personnalité antérieure.

Le sujet réagit souvent face à cette situation de façon régressive. Le sujet se présente alors comme un malade inhibé, apathique et triste... : ce tableau donne l'impression que la personne est affaiblie, alors qu'il n'en n'est rien.

Les signes physiques sont l'insomnie, l'anorexie, l'asthénie, la constipation ou l'incontinence. Nous pouvons observer chez ces personnes des sentiments d'inutilité, d'abandon, de solitude, de dévalorisation ou des idées de persécution voir des délires.

#### ***II.4.3.2.2. Etats démentiels (65,18)***

Le terme de démence vient du latin « *de* » (en dehors) « *mens* » (esprit), désignant la folie en général, dans le sens de l'extravagance du comportement et de l'égarement de la raison.

Il désigne un état mental aigu ou prolongé, « qui enlève à l'individu son libre arbitre »

La démence est une menace grave pour le vieillard, un fléau pour son entourage.

Ces malades restent incurables, mais le médecin peut améliorer leur confort de vie et leur éviter des complications.

Une forme de démence particulièrement fréquente au grand âge est la maladie d'Alzheimer, à composante vasculaire.

Les démences préséniles débutent vers 45 ans et leur fréquence croit de façon régulière jusqu'à 90 ans (32).

Dans un stade avancé de la maladie, le patient peut trouver le traitement dentaire ambigu et troublant.

Une bonne connaissance du niveau de compréhension et des aptitudes du patient est nécessaire pour mener un traitement de manière bénéfique. Dans le cas contraire, ne pas réaliser de traitement dentaire est peut-être préférable.

### **III. Soins et réhabilitation bucco-dentaire : quels soins apporter ?**

Nous portons un regard particulier sur les soins bucco-dentaires, leurs importances plus ou moins relatives, et sur les contraintes que nous estimons imposer au patient ...

Mais quel regard le patient porte-t-il réellement ? Quel regard la famille lui impose-t-il ?

La majorité des personnes vivant en centre d'hébergement « intériorisent » leur état bucco-dentaire « dégradé » au point de ne pas éprouver de besoin sanitaire.

En dépit de graves problèmes bucco-dentaires, une majorité des personnes âgées dépendantes déclare ne pas se sentir gênées par l'état déficient de leur bouche. Elles adaptent leur type d'alimentation à l'état de leurs dents, plutôt que de recourir aux soins.

La fragilité d'un malade doit, dans tous les cas, nous amener à fonder une relation thérapeutique où sont optimisés les impératifs de la communication, de la responsabilité médicale et de l'éthique (82).

Nombreux sont les articles qui montrent qu'en gérodonologie, l'assainissement de lésions arrive à peine à enfreindre l'apparition de nouvelles lésions.

#### **III.1. Quel est l'objectif d'un soin en médecine ?**

La médecine est une profession bien particulière, dont la règle de base, comme le rappelle le serment d'Hippocrate, est « *primum non nocere* ». Cette règle est basée sur les principes de bienfaisance et de non-malfaisance.

L'essence de la médecine est de lire, de déchiffrer la maladie. Mais lire, c'est toujours lire avec un langage. Cette opération implique donc une double nécessité : connaître, et le langage à partir duquel on lit, et le langage que l'on tente de déchiffrer.

Les médecins ne sont pas dépourvus de repères éthiques, mais le repère éthique fondamental est : « agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'autonomie d'autrui ».

La médecine n'est donc pas l'art de lutter à tout prix contre la souffrance, la maladie et la mort.

La réflexion philosophique sur la maladie et la souffrance nous apprend que sa véritable vocation, est d'approprier les technosciences biomédicales à l'épanouissement de l'autonomie des patients. L'art de soigner ses semblables, c'est l'art de les aider à accoucher d'eux-mêmes, en dépit des inévitables souffrances de l'accouchement (54).

Les « buts » de la médecine dentaire gériatrique devraient se résumer à :

- Maintenir et améliorer la fonction orale, d'où la notion de prévention et de soin. La différence entre les deux types d'actes est primordiale chez la personne âgée.
- Instaurer une hygiène adéquate.
- Obtenir des conditions favorables pour une reconstitution prothétique (95).

## **III.2. Les indispensables**

Certains soins, au delà de la demande du patient, sont indispensables.

Il s'agit de la prise en charge de la douleur, et de la prévention du risque infectieux.

Le risque infectieux s'avère majoré par rapport à une tranche de population plus jeune, les patients pouvant être dénutris, immunodéprimés, transplantés ou greffés, ou bien encore atteint d'une pathologie chronique non contrôlée.

La prise en charge de ce risque est identique à celle de tout patient adulte.

Nous allons particulièrement étudier la prise en de la douleur, qui fait partie du quotidien en gériatrie.

### **III.2.1. Le traitement de la douleur**

Les obstacles dans la prise en charge de la douleur chez la personne âgée peuvent être:

- la communication : surdité, difficulté à comprendre, ...
- l'attitude fataliste du patient « à mon âge, il est normal d'avoir mal »
- l'acte thérapeutique, qui peut-être ressenti comme une agression, ceci d'autant plus que la personne est en perte d'autonomie
- l'absence de plainte dû à une douleur chronique (74).

Le vieillissement a plusieurs impacts sur la douleur :

- La localisation est moins précise et la tolérance aux stimulations nociceptives est plus forte.
- Les systèmes de contrôle de la douleur sont moins efficaces (de part la baisse des neuromédiateurs adrénaline et sérotonine)
- L'histoire de la douleur joue un rôle important dans l'acquis d'une mémoire de la douleur tout au long de la vie
- Il existe un lien entre douleur chronique, anxiété et dépression.

Aucun argument n'autorise à penser que les sujets âgés ont une plus grande tolérance à la douleur.

L'histoire personnelle, la chronicité du passé douloureux, l'état psychothymique modifient les réponses à la douleur (22).

Une douleur non prise en charge peut avoir de nombreuses conséquences:

- Psychologique
- Anorexie et dénutrition
- Perte autonomie
- Dépression
- Repli sur soi
- Confusion

Quel est alors le rôle du chirurgien dentiste au sein de l'équipe soignante ?

### **III.2.1.1. Reprenons certaines notions fondamentales :**

« **La douleur** est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion » (39).

Elle peut être aiguë ou chronique, la prise en charge étant alors différente.

- Aiguë

La douleur est symptomatique, signe d'alarme. Elle est transitoire et disparaît quand la cause a été traitée. Unifactorielle le plus souvent, son traitement est un traitement curatif.

- Chronique

La douleur chronique est définie comme un syndrome multidimensionnel avec une douleur persistante ou récidivante, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois.

Cette douleur est accompagnée d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une intricication sociale ou professionnelle notamment au-delà de 3 mois (47).

Concernant sa prise en charge, il nous faut :

- faire attention à ne pas être iatrogène et peser objectivement le rapport bénéfice/risque de notre éventuelle action.
- Prendre en compte le retentissement psychologique, en se posant la question des bénéfices secondaires. En effet le patient et sa famille ont appris à vivre avec.
- Le traitement sera réadaptatif, c'est-à-dire que les objectifs seront ceux du patient, même si au départ, ceux-ci sont peu ambitieux.



### **III.2.1.2. Quelle prise en charge ? (58)**

Pour chaque médicament, il est conseillé :

- d'utiliser la posologie minimale efficace pour calmer la douleur,
- d'adapter les intervalles de prise et la dose unitaire selon les résultats de la réévaluation de la douleur, en tenant compte de la durée d'efficacité du médicament et de l'évolution nyctémérale de la douleur ;
- d'augmenter progressivement la posologie ;
- d'utiliser des médicaments à élimination rapide.

Les paramètres qui interviennent dans le métabolisme du médicament sont :

- L'altération de la fonction rénale
- La diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse
- La diminution de la fonction hépatique (89).

Les produits les plus fréquemment utilisés sont (89) :

- **ANTALGIQUES NON OPIACES (palier I)** : Paracétamol, Aspirine et AINS (85)

- Le paracétamol est l'antalgique le moins toxique. Dans les douleurs faibles à modérées par excès de nociception, il doit être prescrit en première intention à une posologie de 500 mg toutes les 4 à 6 heures.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent être utilisés en tenant compte de leur toxicité digestive et rénale accrue chez les sujets âgés.

- **ANTALGIQUES OPIOIDES FAIBLES (palier II)** : Paracétamol+codéine, Tramadol,

Comme avec tous les opioïdes, ils présentent un risque de somnolence, constipation, nausées, rétention urinaire, effets majorés chez la personne âgée.

- **ANTALGIQUES OPIOIDES FORTS (palier III)** : peu prescrits en odontologie, ce sont les morphines.

### **III.3. Soins théoriquement nécessaires**

Certaines études ont analysées les liens existant entre la perte d'autonomie et l'état bucco-dentaire des personnes âgées.

Pour les auteurs de ces études, décrite par LA LETTRE en 2003, il s'agissait d'« *identifier les moyens d'éviter cette perte de santé bucco-dentaire qui accompagne la perte d'autonomie et peut-être, ce faisant, de retarder ou de limiter celle-ci* ».

L'étude, réalisée par la CPAM de Paris en 2003, par exemple, montre très clairement que, à mesure de leur perte d'autonomie, l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées se dégrade sans que leurs demandes de soins ne s'adaptent à ces besoins nouveaux. Pudeur, désintérêt, fatalité, ou manque de personnel? (82)

La volonté de tout personnel soignant pour la personne âgée est de l'aider à lutter contre le vieillissement : mais ne faut-il pas prendre garde à laisser la volonté du patient prendre la première place, et dans quelle mesure ?

Nous allons baser l'étude statistique des besoins et des demandes du patient âgé hospitalisé dans un service de gériatrie sur deux études réalisées dans le cadre de thèses d'exercice en odontologie :

- A propos d'une enquête bucco-dentaire menée à l'hôpital gériatrique les « Bateliers » du C.H.R.U de Lille. Tome I : Besoins en soins bucco-dentaires de la personne âgée institutionnalisée. Thèse réalisée par Andres MARTINEZ en 2006
- Etude épidémiologique décrivant le ressenti des patients âgés hébergés en gériatrie, de leur famille et du personnel soignant vis-à-vis de l'état bucco-dentaire : élaboration et étude préliminaire. Thèse soutenue par Marie-Laure GOUPIL en 2008

Sur 2 études publiées dans des revues odontologiques :

- Etude de la santé bucco-dentaire de patients hospitalisés en unité de soins gériatrique. Stéphanie BOUVET-GERBETTAZ en 2006 sur le CHR de Metz-Thionville.
- Etat dentaire des patients hospitalisés dans le centre de long séjour « La-Collégiale » Hotel-Dieu. Stéphane ESCURE en 2005.

Et sur plusieurs études menés par les URCAM (Union Régional des Caisses d'Assurance Maladie), de différentes régions :

- URCAM Poitou-Charentes, 2003, « la santé dentaire en gériatrie »
- URCAM Bretagne, 2003, « l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en Bretagne »
- URCAM Pays de la Loire, 2003, « le suivi bucco-dentaire des personnes âgées en établissement »
- URCAM Limousin, 2004, « l'état de santé et l'accès aux soins bucco-dentaires en établissement pour personnes âgées »
- URCAM Nord-Pas de calais, 2006, « Les personnes âgées dépendantes en établissement : état de santé bucco-dentaire et organisation des soins »

Les études des Caisses d'Assurances Maladies se calquant sur les résultats obtenus lors des études menées par A.MARTINEZ et ML GOUPIL dans le cadre de leurs thèses d'exercice en chirurgie dentaire, nous allons reprendre leurs résultats.

Les différentes études se basent sur des populations en nombre variable : 160, 30, 120 et 169.

### **III.3.1. Renseignements socio- démographiques**

Les sujets sont majoritairement des femmes : 77% de femmes, 23% d'hommes.

L'âge moyen est 86,93 ans avec 73% des patients qui ont plus de 80 ans.

### **III.3.2. Renseignements médicaux**

- Les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les pathologies cardio-vasculaires, les troubles mentaux et du comportement, les pathologies respiratoires et ORL.

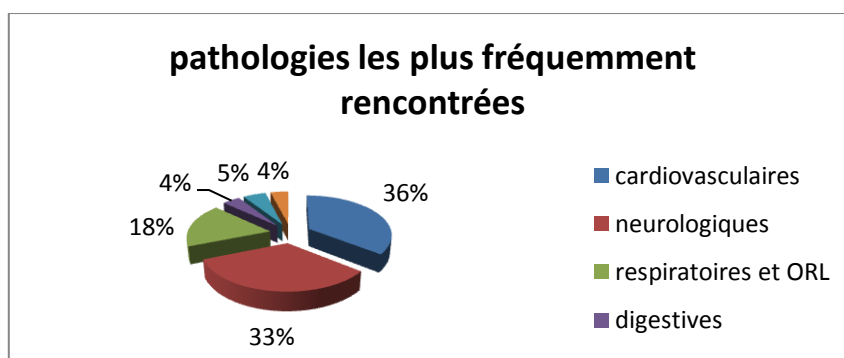


Tableau 3: pathologies les plus fréquemment rencontrés chez les patients hospitalisés en gériatrie, d'après Stéphanie BOUVET-GERBETTAZ en 2006

- La perte d'autonomie et le passage à une dépendance toujours plus grande, sont bien souvent les raisons principales d'une hospitalisation.

On peut classer l'autonomie des patients selon une grille AGGIR (84).

- Le **GIR 1** correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées, et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;
- Le **GIR 2** regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
  - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;
- Le **GIR 3** correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour, des aides pour leur autonomie corporelle.

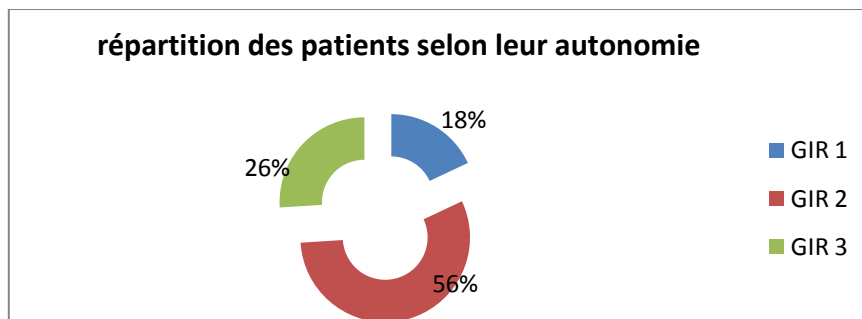


Tableau 4: Répartition des patients selon leur autonomie, d'après Andres MARTINEZ en 2006

### III.3.3. Santé bucco-dentaire des patients

#### a) Examen exobuccal

- 88% des sujets présentent une pathologie articulaire
- 78% présentent une perte de dimension verticale d'occlusion

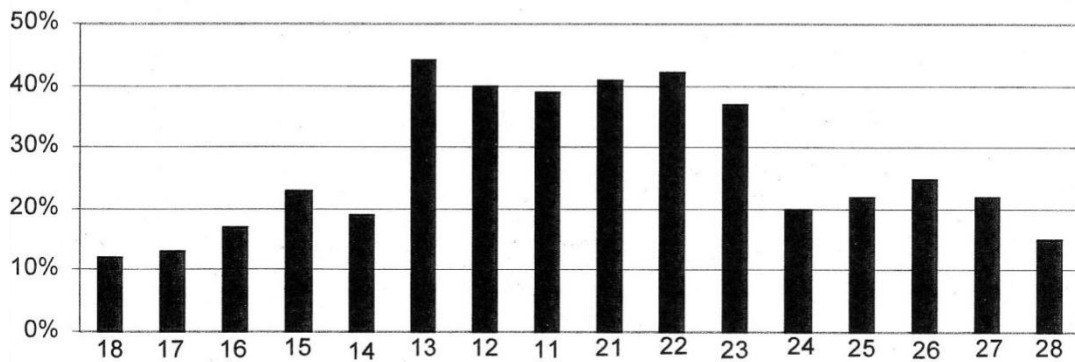
b) Examen endobuccal

▪ Examen dentaire

• **Dents présentes**

Les dents les plus présentes sont le groupe incisivo-canin, aussi bien au maxillaire qu'à la mandibule. Les dents maxillaires sont sensiblement plus présentes que les dents mandibulaires.

**répartition globale des dents restantes au maxillaire à l'échelle de l'échantillon**



**répartition globale des dents restantes a la mandibule à l'échelle de l'échantillon**

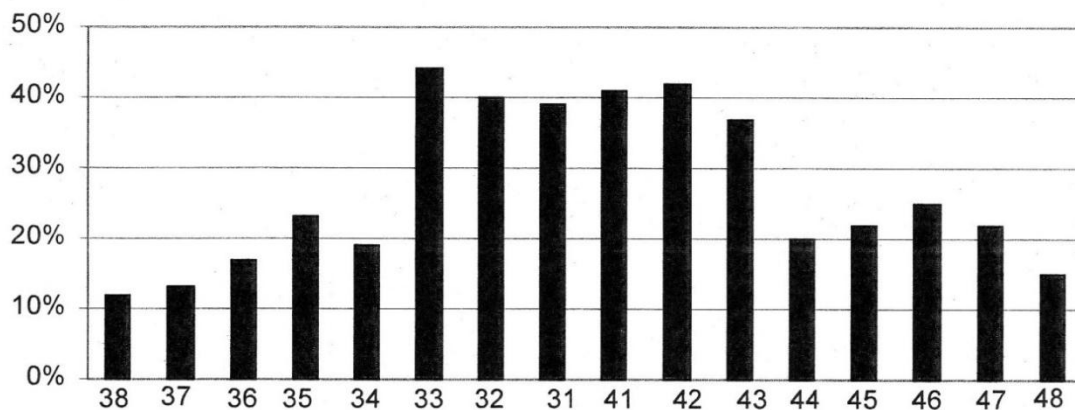


Tableau 5: Répartition globale des dents au maxillaire et à la mandibule, d'après Andres MARTINEZ en 2006

• **Caries**

On note une forte prévalence de caries dans la population étudiée : 91% des patients présentent au moins une carie, quelque soient leurs localisations.

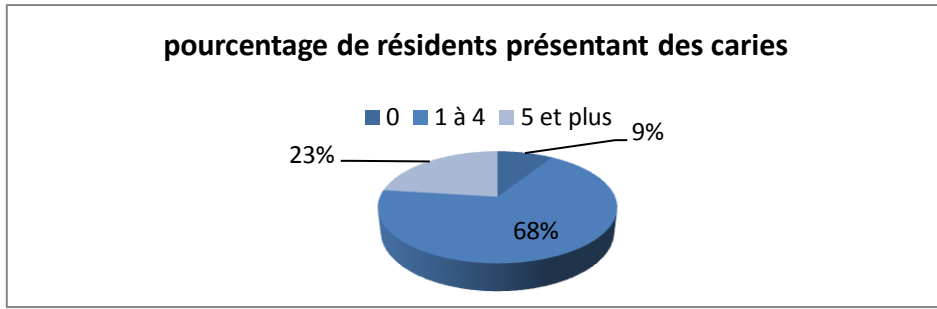


Tableau 6: Pourcentage de résidents présentant des caries, quelque soient leurs localisations, d'après Andres MARTINEZ en 2006

Les caries radiculaires prédominent par rapport aux caries coronaires (hyposialie, récession gingivale et dénudation radulaire).

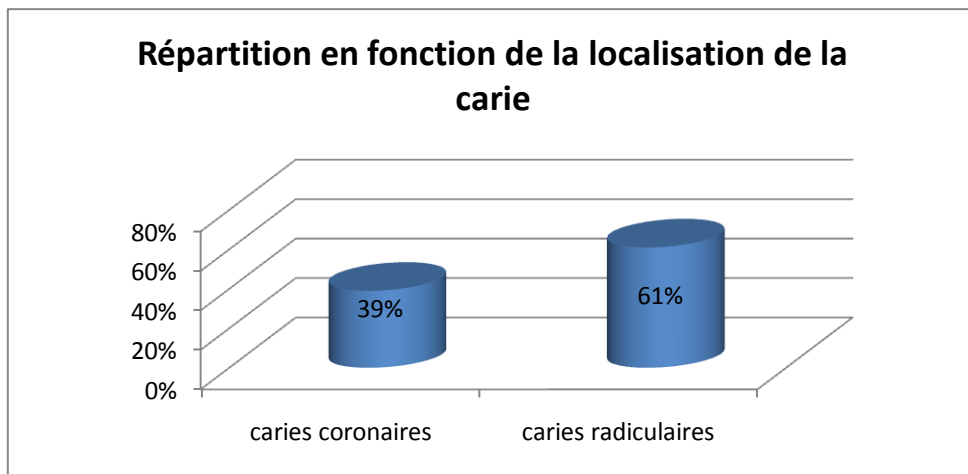


Tableau 7: répartition des caries en fonction de leurs localisations, d'après Andres MARTINEZ en 2006

- **Racines résiduelles**

65% des patients présentent au moins une racine résiduelle à extraire.

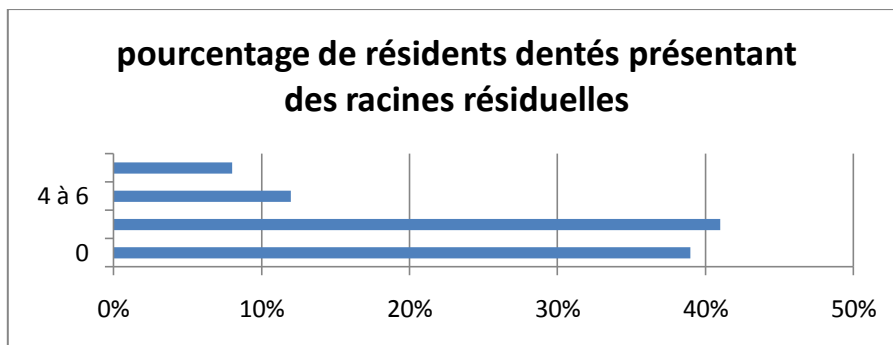


Tableau 8: Pourcentage de résidents dentés présentant des racines résiduelles, d'après Andres MARTINEZ en 2006

### ▪ Hygiène buccale

Dans l'unité de soins long séjour « La Collégiale Hôtel-Dieu », l'étude montre que :

- 47% des patients assurent eux-mêmes le brossage de leurs dents, pour certains un aménagement de la brosse à dent est réalisé.
- 47% sont aidés,
- 6% ne bénéficient pas de brossage, refusant d'ouvrir la bouche.

On note dans l'étude réalisée au CHR de Metz-Thionville, que pour près de 2/3 des résidents, l'hygiène buccale est mauvaise et cela tant sur les patients appareillés que non appareillés.

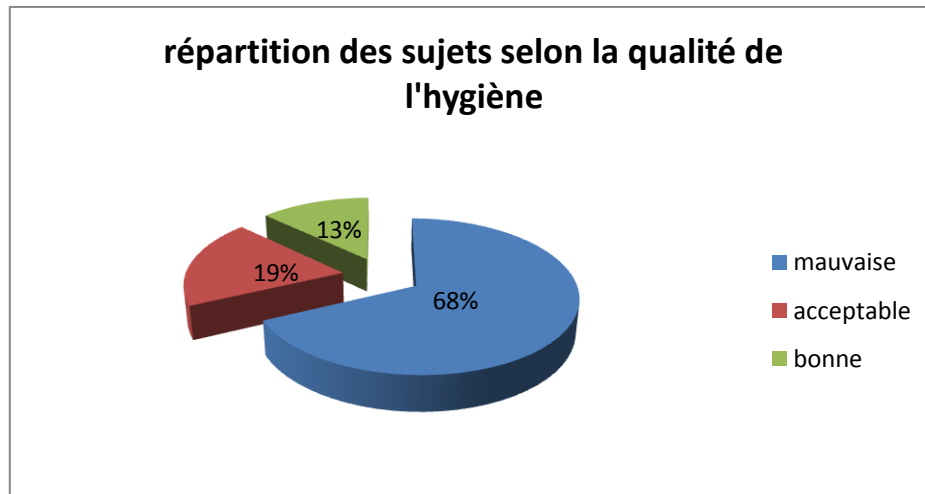


Tableau 9: Répartition des sujets selon la qualité de leur hygiène, d'après Andres MARTINEZ en 2006

### ▪ Examen parodontal

En relation directe avec l'hygiène buccale, on observe un indice de plaque et de tartre maximum sur 3 /4 des patients étudiés.

- 72% de gingivite (inflammation des tissus parodontaux superficiels, réversible)
- 43% de parodontite, localisée ou généralisée (infection des tissus parodontaux profond, irréversible)

### ▪ Examen muqueux

Les études mettent en évidence une prédominance des perlèches (causée essentiellement une perte de dimension verticale), mais aussi des stomatites et candidoses sous-prothétiques.

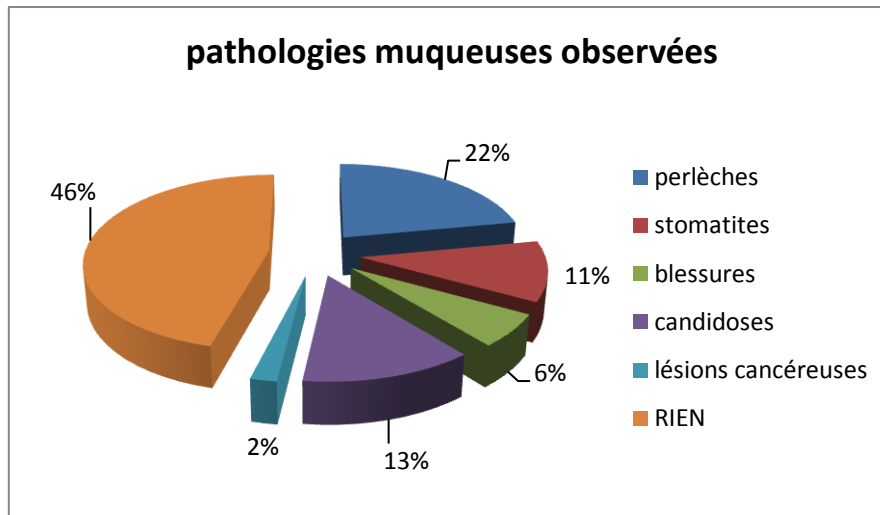


Tableau 10: Pathologies muqueuses observées, d'après Andres MARTINEZ en 2006

▪ **Etat prothétique**

• **Indice d'édentement**

L'édentement est important : plus de 50% des patients ont perdus au moins 14 dents.

L'indice d'édentement, que l'on peut définir comme le nombre de dents absentes non remplacées par une prothèse, est élevé chez les patients ayant une édentation partielle faible.

• **Indice prothétique**

L'indice prothétique nous renseigne sur la proportion de dents absentes remplacées par des prothèses.

- 90% des édentés totaux ont une prothèse
- 73% des édentés partiels de 14 à 27 dents ont une prothèse
- 37% des édentés partiels de moins de 14 dents ont une prothèse

• **Types de prothèses**

Les prothèses les plus fréquemment rencontrées sont les prothèses bimaxillaires (74%)

- 23% de patients ont une prothèse maxillaire uniquement
- 2% ont une prothèse mandibulaire uniquement
- La majorité de ces prothèses sont en résine (95% des cas), contre 5% de stellites.



- **Etat des bases prothétiques**

Une majorité des bases sont usées.

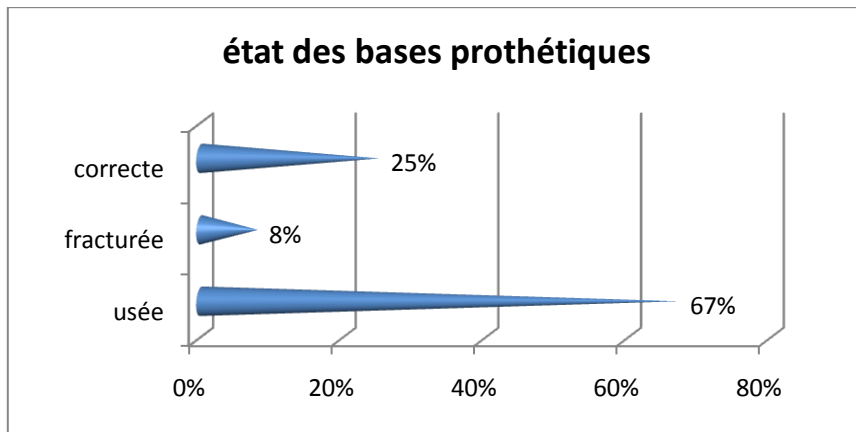


Tableau 11: Etat des bases prothétiques, d'après Andres MARTINEZ en 2006

- **Hygiène prothétique**

La qualité du nettoyage est considérée comme incorrecte quand la prothèse présente des débris alimentaires ou du tartre.

- Correcte dans 22% des cas
- Incorrecte dans 78% des cas

- **Port des prothèses**

Les études montrent que :

- les prothèses maxillaires sont plus portées que les prothèses mandibulaires,
- certains patients ôtent leurs prothèses pendant les repas, par cause de blessures ou de manque de rétention
- la majorité des patients ôtent leurs prothèses la nuit.

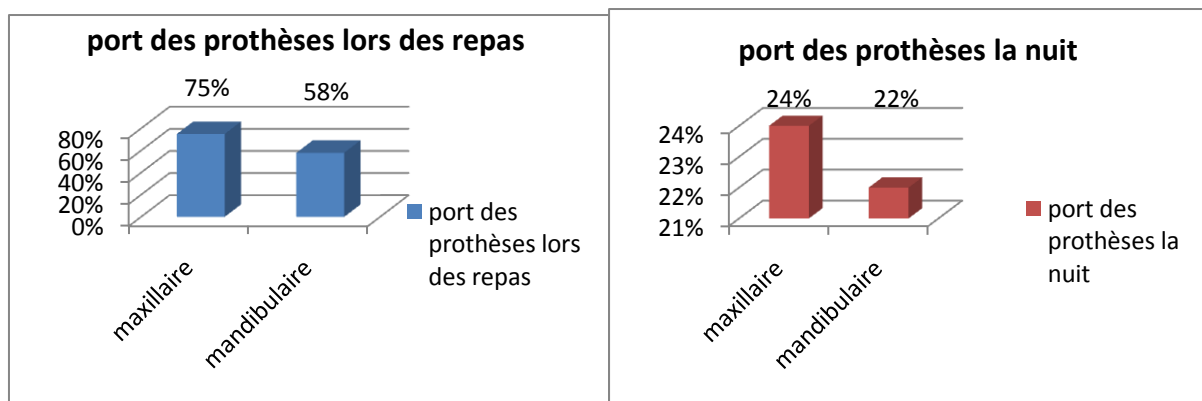


Tableau 12: pourcentage de port des prothèses lors des repas, et pendant la nuit, d'après Andres MARTINEZ en 2006

c) Satisfaction des patients

▪ Vis-à-vis de ses prothèses

- La majorité des personnes (96%) semblent contentes du sourire que leur donne leurs prothèses.
- Bien que 3/4 des prothèses ne soient pas correctement adaptées, 88% se satisfont de leurs appareils.
- Ainsi, moins de 10% sont demandeurs de nouvelles prothèses.

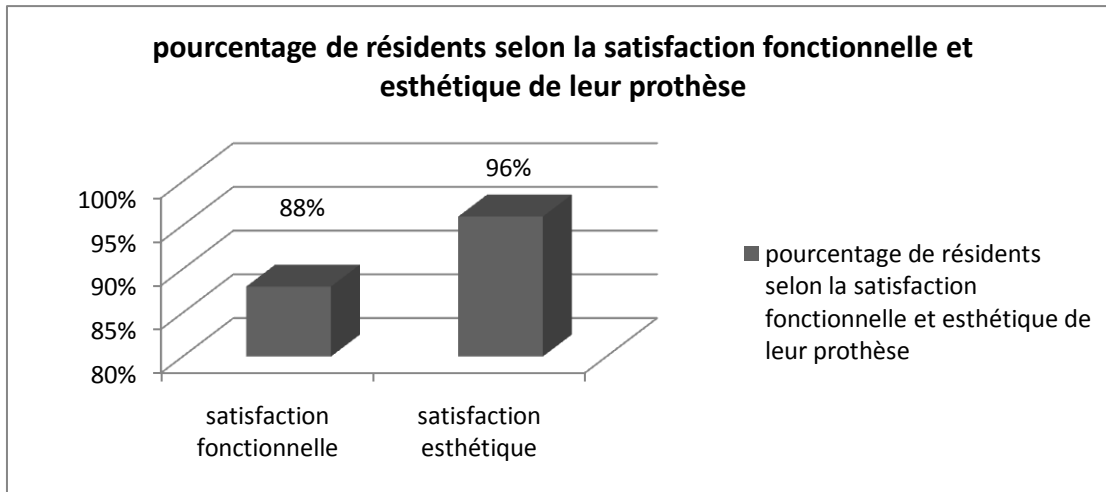


Tableau 12: pourcentage de résidents selon la satisfaction fonctionnelle et esthétique de leur prothèse, d'après Andres MARTINEZ en 2006

▪ Importance des soins pour les patients

D'après l'étude de Marie-Laure GOUPIL sur le ressenti des patients hébergés en gériatrie, sur 30 patients :

• **Pensent-ils avoir une bouche en bon état ?**

- 26 pensent que OUI
- 4 pensent que NON

• **Pensent-ils avoir des soucis avec leurs dents, leurs gencives, leurs appareils ?**

Leurs dents ?	OUI	26%
	NON	74%
Leurs gencives ?	OUI	16%
	NON	84%
Leurs appareils ?	OUI	22%
	NON	78%

Tableau 13: statistiques sur le ressenti des patients vis-à-vis de leurs dents, gencives et appareils, d'après ML GOUPIL, en 2008

- **Pensent-ils avoir besoins de soins ?**

NON dans 86% des cas

En résumé, nous pouvons donc dire que nous constatons un besoin important de soins chez les personnes âgées institutionnalisés.

Cependant, il existe une inadéquation entre ces besoins diagnostiqués et le ressenti des patients vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire.

Cette différence est l'origine de bien des réflexions sur la conduite à adopter et les soins à apporter à ces patients.

De façon synthétique :

- Quels problèmes constatons-nous :

- Une hygiène fréquemment insuffisante
- Une dimension verticale d'occlusion diminuée
- La prothèse amovible pose un certain nombre de problèmes, parfois inconscients, que les patients vivent plus ou moins bien en cette fin de vie
  - Relation à soi : exemple de la femme qui continue à s'entretenir plus ou moins.
  - Relation aux autres : remet en question ce besoin de plaire, toute personne est tout au long de sa vie dans une relation de séduction.
  - Retraite : problème de finance et problème de motivation.
- Problèmes de dysfonctionnement neuromusculaire.
- Problème de fatigue et d'attention diminuée : il faut rechercher une coopération maximum de la part du patient.

- Du point de vue du personnel soignant (infirmier, médecin et dentiste), pourquoi soigner ses dents et prendre soin de sa bouche ?

- Pour améliorer le confort et favoriser une bonne qualité de vie
- Pour prévenir l'apparition de maladies systémiques, dans un contexte général de polypathologie et d'affaiblissement
- Pour préserver une bonne image de soi
- Pour favoriser une alimentation de qualité
- Pour conserver son moyen de communication

La modification du moyen de communication, perturbant sa relation à l'autre, peut entraîner à terme une désocialisation de la personne, et peut la faire sombrer dans un état dépressif plus ou moins grave.

### **III.4. Quelles sont les limites dans l'établissement d'un plan de traitement**

#### **III.4.1. Abord psychologique : différence entre désir et demande**

« La psychologie n'est pas un savoir mais un regard » VUATHIER

Dans ce regard que nous portons sur nos patients, pour mieux les comprendre, et mettre en place un plan de traitement juste, nous devons prendre en compte leurs modes de réflexions.

##### **III.4.1.1. Pourquoi une telle réflexion ?**

L'étude des motivations, demande et désir perçu, du patient est un point incontournable.

D'un point de vu dentaire, c'est grâce à ces motivations que certaines prothèses, même techniquement inacceptables le seront, ou bien que même des prothèses réalisées dans les règles de l'art, ne trouveront pas la satisfaction du patient.

En psychologie expérimentale, l'étude des courbes d'apprentissage a démontré que la rapidité d'acquisition était fonction de la puissance des motivations. Le rôle du dentiste sera donc de renforcer celles-ci chez son patient (26).

Il faudra prendre garde à ne pas être un dentiste trop convaincu de notre technique, ne pouvant laisser part à l'écoute des doléances du patient.

« S'il n'existe pas de recette miracle pour résoudre le problème de l'acceptation des prothèses chez la personne âgée, nous sommes en droit de miser sur des résultats satisfaisant, lorsque nous nous donnons la peine de connaître, le mieux possible, notre patient et ses motivations, afin de créer un climat de réceptivité nous permettant de l'aider efficacement lors de sa pénible période d'apprentissage prothétique » MERSAL (57)

Conscient de l'impact psychologique de ses actes, le praticien devra être à l'écoute de son patient. La relation de soin devra être fondée, autant que possible, sur une participation active du patient et non sur une dépendance.

Afin de mieux comprendre l'attachement et l'importance psychologique que le patient peut, ou pas, apporter à ses dents, il faut tout d'abord étudier le symbolisme de celles-ci ;

V. POUYSSEGUR explique bien qu'à travers la fonction, l'esthétique et le confort, la prothèse en gérodonologie revalorise l'image de la personne, ralentissant subséquemment les processus du vieillissement.

L'importance de la symbolique de la bouche, l'esthétique et l'image de soi sont des préoccupations de tout être vivant, et chacun a envie de se sentir beau pour avoir envie de vivre et de se sentir aimé (75).

Cependant, quand une personne âgée est dans un contexte polypathologique lourd, déclinant et invalidant, la réhabilitation de la bouche ne constitue pas une priorité, à nous de prendre en compte toutes ces données.

#### **III.4.1.2. Quel symbolisme est associé à la bouche et aux dents ?**

« La cavité buccale et les dents occupent une place importante dans la conscience de tout être humain, dans son inconscient collectif et dans son inconscient individuel » LEJOYEUX ( 1978)

« Tout commence et tout finit en elle » F. SAINT PIERRE (78)

##### **III.4.1.2.1. Symbolisme de la bouche en général (92)**

La bouche constitue un moyen de survie, elle est l'orifice le plus chargé de souvenir.

Elle demeure le centre de toutes les activités physiques de la vie organique, de toutes les pulsions de la vie affective, le creuset de l'expression verbale et de la voix.

La cavité buccale fait donc partie intégrante de la personne, de sa personnalité; les fonctions physiologiques et psychologiques de l'appareil buccal sont intimement liées à la personnalité toute entière de l'homme.

« Les yeux sont miroirs de l'âme, et la bouche le reflet de la personnalité ».

#### ***III.4.1.2.2. La dent, symbole de sensualité et d'esthétique (78,92)***

« Les dents sont ornements et parures buccales » F. SAINT PIERRE

« Si l'on dépouille la plus belle des femmes de ses dents, elle ne pourra point plaire... La bouche est beauté, séduction et éclat ».

« La beauté est relative par rapport à une culture, une société, à un moment donné ; relative au sujet lui-même, à ses propres modèles »(78).

L'importance du facteur esthétique, pour toute personne, est primordiale ; le praticien doit en être conscient. C'est un élément clé dans l'élaboration d'une prothèse. De celui-ci dépend en partie le **refus ou l'acceptation de la prothèse**.

Comment émouvoir, sourire, plaire, comment donner à notre physionomie une expression naturelle sans une parfaite intégrité du système dentaire ? Là est l'inconscient d'un patient.

#### ***III.4.1.2.3. Symbole de vie (78)***

« Les dents sont éclatantes de blancheur, de santé ; petites perles nacrées, petites étoiles ; elles sont jeunesse et beauté. Elles sont symboles de vie et de force vitale » F. SAINT PIERRE

Pour les psychanalystes, elles représentent la féminité chez la femme, la virilité chez l'homme. La perte des dents apparaît donc comme une castration symbolique.

La dent représente également une arme, symbole de l'agressivité ou de la virilité.

Le fait de mordre représente pour les psychanalystes, la forme primitive de l'impulsion sadique. Ou bien, la marque des dents sur la chair est l'empreinte, le seau, qui indique la volonté de possession.

#### ***III.4.1.2.4. Symbole de vieillesse (78)***

Plusieurs auteurs s'expriment sur cette symbolique.

VOLTAIRE : « On m'enlève une dent et je meurs à crédit »

J.LEJOYEUX : « d'avulsions en avulsions, de castrations en castrations, d'une édentation partielle vers une édentation totale, l'inconscient individuel de chaque patient va se peupler d'images négatives, de phantasmes et de mutilations jouant un rôle décisif dans l'attitude mentale de l'édenté à l'égard de sa future prothèse »

Même les poètes se sont penchés sur cette symbolique :

«La vie, c'est comme une dent,  
D'abord on n'y a pas pensé  
On s'est contenté de mâcher  
Et puis ça se gâte soudain  
Ca vous fait mal et on y tient  
Et on la soigne et les soucis  
Et pour qu'on soit vraiment guéri  
Il faut vous l'arracher la vie ». BORIS VIAN

La symbolique onirique s'attache aussi aux dents qui tombent ou qui bougent. Un tel rêve signifierait la perte de virilité, d'agressivité, de faillite, l'impossibilité de s'affirmer, la castration et la mort.

#### ***III.4.1.2.5. Symbolisme de la dent dans le langage imagé (88)***

- Rire de toutes ses dents,
- Prendre le mors aux dents
- Mordre dans la vie à pleines dents
- Montrer les dents
- Avoir une dent contre quelqu'un
- Avoir la dent dure
- Dévorer la vie à pleines dents

On peut donc dire que la cavité buccale occupe une grande valeur symbolique. La bouche et les dents sont, avec le regard, les éléments dominants du charme d'un visage : sourire, c'est aller au devant des autres.

### **III.4.1.3. Expression du ressenti: comment interpréter une demande faible ?(44)**

Mme A. JOLIVET, dans son mémoire de gérontologie dit que, souvent, la personne âgée se dévalorise car son corps la trahit et la déçoit, ce qui entraîne une baisse de l'estime de soi et un sentiment de découragement.

Face à ces difficultés, le patient abdique souvent de ses responsabilités, renonce à ses choix personnels, et s'en remet à ses proches, dans une recherche de dépendance psychoaffective qui le sécurise, mais en même temps le dépossède peu à peu de son statut de sujet, et l'empêche d'exprimer clairement son propre ressenti.

### **III.4.1.4. Influence de l'entourage, influence sur les relations intergénérationnelles (22)**

L'importance de la famille est considérable. C'est le cadre naturel des relations inter-génération, de la solidarité sociale, de l'échange de services et d'affectivité. Toute modification de la structure familiale influence automatiquement les conditions de vie des sujets âgés.

Dans l'image que renvoie la personne aînée aux membres de la famille, chacune des parties souhaite refléter, et retrouver dans l'autre, une image positive.

Nombreux sont les petits enfants qui sont choqués par l'image d'un grand parent édenté et qui lui font remarquer. La personne âgée perd de sa dignité et de sa respectabilité, ce qui peut la mener à avoir une image négative d'elle-même, et donc la faire basculer vers un processus de déni et vers une dépression de type syndrome de glissement.

## **III.4.2. Capacité à consentir aux soins (74,91,97)**

Un nombre important de patients ne manifeste d'emblée, que peu ou pas d'intérêt concernant la préservation et l'amélioration de leur santé bucco-dentaire.

Ils manquent souvent de capacités à comprendre les problèmes à ce propos, tant les risques liés à une hygiène défectueuse, que les possibilités offertes par la médecine dentaire moderne pour y parer.

Hormis les obstacles structurels de nombreux services en gériatrie, on observe un problème relationnel majeur entre les patients et le personnel soignant, pouvant partiellement expliquer la difficulté, et le manque de soins observés lors d'études.



Cet obstacle fréquent est la non-coopération!!!

Cette non-acceptation des soins bucco-dentaires peut être liée à différentes impressions :

- Un sentiment d'effraction et de violation de l'intimité. La bouche étant incontestablement une zone intime,
- La peur du soin, l'anxiété et la crainte devant de nouvelles situations, de nouvelles pratiques,
- La peur d'un sur-traitement non souhaité,
- La peur d'une douleur,
- La résignation et relativisation par rapport à d'autres problèmes.

Le ressenti des personnes examinées lors d'études révèle que 80% d'entre elles ont conscience de leurs besoins en soins, mais que 2/3 n'envisagent pas de les réaliser.

Ne peut-on pas également expliquer cette mauvaise acceptation, par le manque d'habitude vis-à-vis de l'hygiène bucco-dentaire, jugée inutile, dans un contexte éducatif bien différent de celui que nous connaissons aujourd'hui ?

« Notre façon de vivre détermine également la façon dont nous vieillissons » ZYSSET (97)

Certains patients considèrent par exemple comme normaux des saignements gingivaux à répétition.

Notre rôle est donc de proposer des actions tendant à sensibiliser les personnes âgées à un meilleur suivi dentaire.

### **III.4.3. Capacité à supporter les soins**

On peut citer d'autres facteurs de résistance aux soins prodigués, qui sont :

- La fatigue physique
- La dépression
- La colère ou la tristesse, liée à la dépendance et à l'impuissance

Certains patients sont porteurs de pathologies générales lourdes ou avancées. Ils **choisiront** souvent, plutôt que d'être impliqués dans des traitements complexes et coûteux en temps, une thérapeutique en accord avec les contraintes liées à leurs pathologies (68).

## **III.5. De la psychologie au traitement**

### **III.5.1. S'adapter au cas : demande triple (socioéconomique, physiologique, psychologique)**

Pour rendre un service adéquat au patient hospitalisé en gériatrie, au delà d'une habileté et de connaissances particulières, l'équipe dentaire doit être à l'écoute des demandes, des sentiments, et des attitudes des patients.

#### **III.5.1.1. Une bonne communication (74)**

Une bonne communication conditionne la réussite de tout traitement. Avec l'âge, certaines fonctions comme l'audition, la vision et la mémoire sont altérées. La compréhension est plus lente, ce qui rend la relation difficile.

Un plan de traitement adapté à chaque personne en fonction de ses désirs, demandes, et de son degré de coopération sera proposé au patient et à son entourage.

La personne âgée peut présenter trois principaux types d'altérations : socioéconomiques, physiques et psychologiques.

#### **III.5.1.2. Altérations socio-économiques (74)**

L'évolution sociale est surtout marquée par l'amenuisement de l'environnement social : réseau familial, amical et professionnel, avec pour conséquence une plus grande tendance à l'isolement et une solitude plus ou moins bien tolérée.

#### **III.5.1.3. Altérations physiques**

Le vieillissement physique, sensoriel et cognitif, chez la personne âgée peut constituer un obstacle face à nos tentatives de motivations et d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire (73).

Pour AJURIAGUERRA et TISSOT (4), ces manifestations sont ressenties comme normales par l'entourage. Par contre, pour la personne âgée, le moindre grisonnement des tempes,

une diminution de l'acuité visuelle, ou un édentement par exemple, peut entraîner une **baisse du respect de soi** et une impression de glissement.

#### **III.5.1.4. Altérations psychologiques**

Nous avons pu voir auparavant les différentes manifestations d'altérations psychologiques possibles, et leurs conséquences sur la réflexion que peut avoir la personne âgée.

Concernant notre rôle vis-à-vis des soins bucco-dentaires, il nous faudra cerner, pour chaque personne, les besoins, demandes et envies.

Répondre à ces différentes questions nous permettra de savoir comment obtenir le consentement de la personne : base de tout acte, pour ne pas entrer en violation.

### **III.5.2. Travail en équipe (95)**

Peter WIEHL a décrit en 1990, dans la revue mensuelle suisse d'Odonto-stomatologie un concept d'organisation et administration pour la prise en charge des patients en gériatrie.

Une collaboration étroite entre les différents membres de l'équipe soignante et les administrateurs facilitera la réalisation des objectifs de soins définis.

#### **III.5.2.1. Rôle de chacun des membres**

P. WIEHL considère, schématiquement, que pour assurer un minimum de soins, il est nécessaire de disposer d'une équipe divisée en 2 groupes de travail :

- **Un groupe interne**, comprenant le médecin coordinateur, les personnels soignants et le personnel logistique.
- **Un groupe externe**, comprenant le dentiste et son assistante.

La direction de l'équipe doit être confiée au **médecin coordinateur**. Celui-ci a le devoir de favoriser la coopération entre les 2 groupes.

L'équipe complète a la responsabilité dentaire des patients et doit apporter une attention particulière aux processus évolutifs liés à l'âge.

### ***III.5.2.1.1. GROUPE INTERNE***

- Médecin coordinateur (95)

Dans un milieu où le personnel change souvent, le rôle du médecin coordinateur dans la santé bucco-dentaire est primordial. Il :

- chapote l'activité médicale au sein de l'établissement gériatrique
- est responsable de la formation et du perfectionnement de son équipe

Il est important que le médecin soit prêt à collaborer ; il peut alors prendre en charge des tâches annexes comme les conseils nutritionnels, la gestion des médicaments, la motivation des différents membres de l'équipe.

- Personnel soignant

Sa mission est d'assurer l'aide indispensable à l'entretien des dents, des muqueuses et des gencives, des prothèses, sans reléguer les pensionnaires à un rôle totalement passif.

Il faut trouver, pour chaque pensionnaire, une solution lui donnant la plus grande indépendance possible.

Le personnel soignant est également un informateur précieux pour le dentiste et son assistante, sur l'état de santé du patient; mais également pour les familles.

- Personnels logistiques

Responsables des achats et de la cuisine, ils doivent collaborer étroitement avec le reste de l'équipe, afin d'assurer un approvisionnement alimentaire en adéquation avec l'objectif vers lequel tend toute l'équipe.

Comment :

- Fluoration de l'eau de boisson ou du sel.
- Utilisation modérée du sucre

### ***III.5.2.1.2. GROUPE EXTERNE (95)***

Le dentiste est le spécialiste, en matière de soins bucco-dentaire, de l'équipe.

Il a le devoir, en collaboration avec les autres médecins, de superviser les mesures que nous avons déjà énoncées, ainsi que la motivation des divers intéressés.

Disponibilité, motivation, et dialogue détermine son succès. Il doit faire preuve d'une grande considération pour les personnes âgées et leurs difficultés quotidiennes.

Sa mission consistera donc à :

- Motiver le groupe interne,
- Définir les objectifs à atteindre,
- Créer un dialogue, afin de prévenir tout découragement,
- Surveiller les activités des différents groupes, et garder un contact régulier avec le médecin,
- Consulter régulièrement les pensionnaires,
- Savoir réaliser des traitements conservateurs et prothétiques,
- Savoir conseiller justement les patients
- Garder contact avec les familles

### **III.5.2.2. Personnel soignant et difficulté de prises en charge des soins de bouche chez la personne âgée (17, 55)**

De nombreuses études, regroupées par MARMY et MATT (55), dans une étude des « connaissances bucco-dentaires du personnel soignant d'un EMS (établissement médico-social) de psychogériatrie » en 2003, montre que ce sont les soignants qui s'occupent de l'hygiène buccale des patients, et qu'ils rencontrent plusieurs obstacles pour mener à bien leur travail.

D'une part, l'étude révèle un manque de connaissances, de moyens techniques et de collaboration de la part des résidents

D'autre part, il y a un manque de temps et d'intérêt de la part des responsables de soins.

Dans les services de gérontologie, l'altération de l'état buccal des personnes âgées est un problème constant, surtout pour les personnes en fin de vie.

Comprendre et connaître la manière dont chaque personnel soignant voit les soins, les difficultés qu'il peut rencontrer, semble donc important.

CARON (17) met pourtant en évidence, dans son étude menée sur les soins de bouche en 2002, un paradoxe :

- les infirmières **jugent les soins de bouche importants** pour le confort et le bien-être physique des personnes, évoquant :
  - « la restauration des fonctions essentielles à la vie », comme la nutrition, l'hydratation et le plaisir gustatif.
  - Le fait qu'une bouche sèche peut entraver certaines fonctions comme les fonctions respiratoires, augmentant alors les encombrements bronchiques.

- Les bénéfices psychologiques et sociaux apportés: ils améliorent les relations avec les proches. Une bouche altérée devenant en effet répugnante et repoussante pour les autres », ils « préservent l'aptitude à communiquer et à sourire de nos aînés », ils « préservent la dignité »

Elles considèrent que ces soins n'ont pas la prétention de guérir, mais plutôt qu'ils permettent d'apaiser le corps et de procurer un bien être.

- Mais, paradoxalement, bien qu'au regard des infirmières les soins de bouche revêtent une importance capitale, **elles les trouvent délicats à réaliser** : les personnes en fin de vie les refusant souvent. Elles évoquent également le manque de temps et de patience au cours des années.

Il faut cependant bien reconnaître que les infirmières doivent faire face à de multiples difficultés dans les soins buccaux :

- La rapidité d'altération de la bouche nécessitant des soins d'hygiène quotidiens
- Le ralentissement moteur et intellectuel des malades ralentissant la réalisation de cette toilette
- La toilette chronophage
- La faible ouverture buccale de certains patients rendant difficile la réalisation
- La passivité des malades
- Leur indifférence, ou une apathie totale, pour échapper à une réalité trop douloureuse.
- Le manque de moyens
- Une image négative liée à ce type de soins (image des plaies, sécrétions et odeurs, peur de se faire mordre, peur d'agresser la personne, « sentiment de malaise, d'intrusion qui peut aller jusqu'à l'impression de violer l'intimité de l'autre » (17).

### **III.5.3. La relation patient/praticien**

C'est une relation fondée sur une relation d'attente et d'espérance mutuelle.

Elle est caractérisée tout d'abord par une asymétrie, le patient étant en situation de demande, le rendant dépendant ; du praticien qui possède le savoir qui pourra l'aider.

On peut généraliser cette relation en imaginant :

- le patient, **dépendant** des capacités techniques du dentiste.
- le praticien, qui **attend** la reconnaissance.

### **III.5.3.1. Importance de la communication dans la relation de soin (74)**

La communication peut être définie comme « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ».

Elle correspond également au fait de « transmettre quelque chose à quelqu'un » (43).

La communication peut être Verbale ou Non verbale.

Si la relation patient/praticien sous-tend toute démarche thérapeutique, c'est particulièrement le cas avec les seniors, dont la demande répond à une solitude croissante, qu'ils soient autonomes ou non.

Il apparait plusieurs raisons importantes de soulever le problème de la communication, d'autant plus quand le contexte de soins dentaires est associé aux effets du vieillissement.

- Tout d'abord, l'exercice de notre profession exclut, pour le soigné, l'usage concomitant de la parole. « Ouvrez la bouche » correspond paradoxalement à « vous ne pouvez plus parler librement ».
- Ensuite, parce que la qualité de la relation, qui passe essentiellement par la communication, conditionne très largement la réussite de tout traitement.
- Et, parce qu'avec l'âge, les processus de communication (mémoire, audition, vision et compréhension) sont modifiés. Ils réclament un temps d'adaptation prolongé.

Le chirurgien dentiste et le personnel soignant devront alors, de part certaines pathologies et un psychisme souvent fragile du patient, connaître le plus de choses possible sur celui-ci, ces informations étant nécessaires, voir indispensables à l'établissement d'un plan de traitement adéquat.

### III.5.3.1.1. La communication verbale (7)

« Le message verbal est le premier instrument des rapports entre les individus ».  
Eugène SAINT-EVE

La communication orale est destinée à faire partager aux autres nos pensées, nos émotions, nos convictions. Elle fonctionne dans les deux sens en toute réciprocité. (76)

Indissociable de notre vécu socioculturel et psychologique : l'information communiquée ne sera pas intégrée à la même vitesse, ni de la même manière, suivant le patient, son histoire, son âge, son milieu social et ses capacités d'adaptation.

Or, dans une relation de soin, il est fondamental de savoir comment le patient interprète ce que le praticien a voulu exprimer, et réciproquement.

Par conséquent, l'énoncé du message devra être particulièrement soigné, notamment par des moyens tels que :

- Parler lentement et de manière audible, en s'adaptant à notre interlocuteur, à son âge et ses capacités d'audition
- Articuler
- Ne pas noyer le patient dans des termes trop techniques
- Utiliser des images compréhensibles par le patient.



EVITER	PREFERER
Extirper le nerf	Dévitaliser
Extraire la dent	Eliminer un foyer
Faire une piqûre	Endormir, désensibiliser
Cureter	Nettoyer complètement
Inciser	Accéder au foyer
Faire des points de suture	Ré-accoler les berges
Meuler le pilier	Réduire le volume externe
Fraiser la carie	Eliminer la dentine ramollie

Tableau 14= Quelques formules à prendre en compte dans la communication verbale. D'après D. ROZENCWEIG.- Des clés pour réussir au cabinet dentaire

Il existe de nombreux obstacles à la communication que le praticien devra savoir déjouer. Il faudra par exemple éviter de commander, menacer, moraliser, juger ou encore ignorer le patient.



AUGER, cité par POUYSSEGUR (74), propose une amélioration de l'échange orale, sous le concept de « la communication non directive inter-personnelle », particulièrement indiquée avec les personnes âgées.

Il préconise, dès que possible :

- De pratiquer et faire pratiquer la reformulation pour s'assurer de la compréhension du message et la faire exprimer au patient,
- D'offrir un réel temps d'écoute,
- De proposer des questions ouvertes, permettant aux patients de discuter de leurs préoccupations. Elles peuvent être un moyen efficace de collecter des informations, tant médicales, que sur le patient lui-même.

### ***III.5.3.1.2. La communication non verbale***

La communication non verbale désigne tout mode de communication n'ayant aucun recours au verbe, c'est-à-dire utilisé - consciemment ou non - sans le secours du langage des mots.

Considéré comme le mode de communication le plus vieux au monde, il renvoie au langage du corps.

« La force du message ne vient pas seulement de ce que l'on dit, mais de la façon dont on l'exprime ». ROZENCWEIG (76)

Il existe deux sortes de modalités de communication non verbale :

- Le paralangage :

Le regard, les modalités de la voix, les mimiques (bâillements, rires, cris, ...), qui sont des vecteurs de sentiments.

- Les signaux libérés du langage :

Le mouvement du corps (postures, gestes), les caractéristiques physiques et les comportements de contact (la distance physique), la présentation et l'aspect vestimentaire.

Les postures de nos aînés se trouvant en effet physiologiquement et physiquement diminuées, la communication non verbale du patient âgé, se révèle alors plus complexe.

a) Le regard : (72, 76)

Il doit être suffisamment impliqué et attentif, aussi bien chez le praticien que chez le patient.

Le regard du praticien est primordial pour l'approfondissement de la relation, que ce soit pour l'examen clinique ou pour la communication. Le regard actif apporte toute satisfaction à l'attente du patient.

Le regard du patient reflète pour sa part assez fidèlement l'état affectif et émotionnel de celui-ci: la crainte, la peur de la douleur, ...

b) Importance de la mimique, comme vecteurs des sentiments (72)

L'expression faciale reflète parfois, malgré nous, la vérité. Ainsi, elle peut être un excellent moyen de détection de la collaboration du patient.

Cependant, le vieillissement s'accompagne parfois d'une moindre capacité d'expression faciale, voir son absence. Cela ne veut pourtant pas dire que le patient ne ressent rien, bien au contraire.

c) La posture (72, 76)

Les postures du corps, la façon de marcher sont révélatrices de la personnalité.

Prenons l'exemple, de l'attitude rigide d'un militaire, de la tête penchée en avant dans une posture « creuse » chez un dépressif, de l'allure décidée d'un sportif.

Il en est de même en médecine, la posture est ainsi révélatrice du ressenti du patient, elle doit donc être observée avec intérêt.

Avoir les bras croisés sur la poitrine, les jambes croisées, le regard porté sur ses pieds ou ses mains, être recroquevillés sur soi-même ... sont autant de signes traduisant l'échappement ou la défense, que ce soit du côté du praticien ou du patient.

Il faut cependant considérer que la posture du patient âgé est modifiée par plusieurs facteurs : physiologiques, personnels, sociaux et environnementaux. Il faudra en tenir compte au cours de la première rencontre.

d) la proxémie

Nommée et étudiée par l'anthropologue américain Edward T. Hall en 1963, la proxémie est la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction.

e) la présentation et l'aspect vestimentaire (72)

Le vêtement joue un rôle social.

Du débraillé au négligé, du simplement soigné à l'élégance absolue, du bon genre (BCBG) au bon goût, du discret à l'ostentation, du terne au coloré, du classique à l'extravagant, de la coquetterie à l'audace, chacun choisit le faire-paraître qu'il pense convenir le mieux à sa personnalité.

Ainsi, le discours non verbal des textiles est une des informations que l'on remarque en premier chez un patient. Cela va donner lieu à une première impression qui va être spontanée.

### ***III.5.3.1.3. La communication non verbale au cours du dialogue***

a) L'écoute active (76)

Egalement nommée « écoute bienveillante », cette notion a été conçue par Carles ROGERS pour l'accompagnement de l'expression des émotions.

Elle consiste à mettre en mots les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite.

C'est également la manière dont l'individu se rend disponible et réceptif à l'égard de l'autre.

Dans la relation de soin, le praticien doit être ouvert et attentif.

Prenons l'exemple du praticien qui se lave les mains en même temps qu'il interroge son patient : implicitement, celui-ci aura l'impression que la réponse qu'il va formuler n'intéresse pas son interlocuteur.

Le praticien qui écoute est généralement perçu comme rassurant, sincère. Cela permet d'instaurer un climat de confiance très important pour la suite du traitement.

b) L'empathie (76)

La compréhension empathique est la capacité du praticien à percevoir le message affectif inconscient, exprimé par le patient, c'est-à-dire de comprendre le point de vue d'autrui non pas avec ses yeux, mais avec ceux de son patient.

Pour cela le praticien devra être à l'écoute, curieux de saisir le comportement du patient dans sa globalité.

**III.5.3.2. Quelles peuvent-être les spécificités de la communication avec la personne âgée ?**

La relation entre le praticien et son patient ne doit donc pas être influencée par l'âge chronologique du patient, mais plutôt par ses capacités d'adaptation, de compréhension, et par son possible isolement.

En effet, il n'existe pas un seul type de personne âgé. Au même âge, un patient peut-être un senior en pleine forme, ou bien un vieillard grabataire.

La relation thérapeutique avec les personnes âgées est décrite comme « présentant de réelles difficultés » POUYSSEGUR,

**quand** ceux-ci présentent une baisse de l'acuité visuelle, auditive, des troubles de la mémoire, un ralentissement psychomoteur ou des troubles mentaux (74).

**III.5.3.2.1. Une relation parfois triangulaire (5, 71)**

L'entourage du patient peut parfois interférer dans la relation qui unit le patient et son dentiste.

La communication avec le patient et son entourage permet de cerner les besoins de celui-ci, et de motiver ou non certains soins, notamment en prothèse.

L'entourage du patient peut jouer un rôle essentiel dans l'intégration psychologique de la prothèse. C'est pourquoi, il ne doit pas être écarté du traitement, bien au contraire.

- Quand l'entourage est favorable à la décision du patient, il lui permet de mieux vivre la transformation.
- A l'inverse, si l'entourage est critique, défavorable; l'anxiété du patient n'est pas apaisée. Le désaccord familial est souvent une cause d'insatisfaction post-opératoire injustifiée sur le plan esthétique ou fonctionnel.

Une relation triangulaire entre le patient - l'entourage – le praticien est parfois indispensable, notamment pour les patients souffrant de démence, ou dépendant.

On peut donc conclure en disant que :

Avec l'âge, les processus de communication sont modifiés et la compréhension est plus lente. La prise en charge des patients réclame un temps d'adaptation allongé. Etre âgé, c'est communiquer différemment et plus difficilement (74).

La communication apparaît comme la clé de la réussite de nos traitements, et particulièrement en prothèse complète. En effet, l'association de gestes techniques, et notre capacité à créer une relation harmonieuse avec nos patients favorise l'intégration prothétique.

JARDOUIN et coll. (43) remarquent que la raison d'un certain nombre d'échecs prothétiques proviennent d'une mauvaise relation humaine, malgré une qualité technique sans failles, une attention permanente mais restreinte à l'acte de soin.

L'importance de cette relation, par la parole, peut être décrite comme un pont où circulent des idées. La communication entre individus repose sur la connexion.

« Si vous écoutez autrui, il vous écouterà » D.ROZENCWEIG

« Etre reçu », indique que nous nous sommes mis à la portée de notre interlocuteur par deux conditions essentielles : être audible et intelligible. (76)

LA COMMUNICATION naît donc de la volonté profonde de rencontrer l'Autre, de se mettre à sa portée et de le comprendre. L'essence même de l'approche psychologique réside dans ce désir.

La vocation de chaque soignant n'est-elle pas de soulager la douleur d'autrui, quelle qu'elle soit ? (54)

## IV. Synthèse de prise en charge clinique, adressée aux personnels de santé.

Conscient que l'on ne peut établir de protocoles classant les soins à apporter, que ce soit pour tout patient, mais surtout chez la personne âgée (tant de facteurs entrant en compte) ; nous pouvons tout de même écrire quelques grandes lignes concernant les soins le plus souvent apportés à nos aînés.

### IV.1. Importance de l'anamnèse (74)

Comme nous l'avons vu auparavant, la relation patient/praticien sous-tend toute démarche thérapeutique, et c'est particulièrement le cas avec les seniors, autonomes ou non, dont la demande répond à une solitude croissante.

En raison des renseignements qu'elle apporte, de la manière dont l'intéressé fournit ces renseignements, de l'interprétation qu'il en donne, et la valeur qu'il leur attribue, l'anamnèse n'est jamais un moment perdu. Elle nous permet de mieux connaître la personne qui nous fait face.

Il conviendra donc :

- De réaliser une anamnèse globale et précise, sans être trop soutenue auprès du patient, car l'attention et la vigilance de celui-ci décroissent rapidement. Elle sera complétée auprès du médecin traitant.
- Mettre le patient en sécurité et en confiance
- Evaluer les motivations **profondes** personnelles du patient, celles-ci pouvant être influencées par la famille.
- Pouvoir apprécier, avant tout début de soins, le degré de coopération du patient face aux différents traitements, afin de discerner les bénéfices des préjudices thérapeutiques.

L'anamnèse est décrite comme un entretien qui est :

« Echange de paroles, échange complexe. Certaines paroles visent à communiquer un message, d'autres à en occulter.

Le clinicien laisse se déposer en lui des indices, qu'il perçoit consciemment ou non : les vêtements, la démarche, la posture, les gestes, la mimique, l'intonation. Il écoute dans un double registre : ce qui est dit et ce qui n'est pas dit » CHILAND C.

## **IV.2. Importance de la prévention et de l'amélioration de l'hygiène buccodentaire. (89)**

La médecine dentaire n'a plus comme seul objectif la guérison des maladies de l'organe dentaire.

Elle doit, dans toute la mesure du possible les prévenir, et tout mettre en œuvre pour promouvoir la santé et l'éducation.

La Fédération Dentaire Internationale (FDI) nous indique que :

« La prévention, en odontologie, attire à l'étude et à l'application de mesures de protection et de traitements précoces, tant chez l'individu qu'au sein de communauté, dans le but d'assurer et de maintenir l'intégrité des structures bucco-dentaires chez l'homme durant sa vie. »

La prévention n'est efficace que si elle est :

- Connue
- Proposée
- Utilisée

Cela demande à la fois de convaincre les personnes qui en ont le plus besoin, mais aussi les médecins et les pouvoirs publics.

En matière de prévention, il n'est jamais trop tard pour intervenir. Cependant, pour être efficace, la prévention doit être adaptée à chaque sujet, à chaque pathologie, à chaque période de la vie.

Ainsi, la prévention prend en compte trois notions préalables :

- Il faut que le résident saisisse l'intérêt qu'il pourra retirer de la conduite du programme de soin
- Il est nécessaire d'instaurer une relation basée sur la confiance
- Les mesures d'hygiène bucco-dentaires et prothétiques doivent être rappelées régulièrement.

Cette notion de prévention prend toute son importance dans les services de gériatrie, ou certaines personnes ayant perdu leur autonomie nécessitent plus encore d'attention.

### **Comment ?**

- Par un examen bucco-dentaire d'entrée systématique, établi en même temps que le bilan de santé général.
- Suite à cet examen, un plan de traitement est établi, en fonction de chaque patient, de ses besoins fonctionnels, de la faisabilité et de son acceptation.
  - Chirurgies mineures
  - Détartrages, surfaçages
  - Réparation ou rebasage des prothèses existantes
  - Etude du rapport entre alimentation et port d'une prothèse; évaluation des besoins en prothèses
  - Réalisation de soins conservateurs, si possible.
- Information du patient, de son entourage, et du personnel soignant quant aux mesures d'hygiène buccale, dentaire, et prothétique à mettre en œuvre.
- Un suivi régulier est instauré afin d'intervenir précocement.

Dans les services de gériatrie, la prévention peut être menée sous 3 angles :

- l'alimentation
- l'hygiène bucco-dento-prothétique
- le fluor

### **IV.2.1. Alimentation**

Les conseils médicaux en matière d'alimentation ne sont pas à négliger, car ils permettent d'introduire une prophylaxie de base (95).

Hippocrate disait déjà : « Que ton aliment soit ton premier médicament ».

Une prise correcte quotidienne de protéines, glucides, lipides, vitamines, oligo-éléments, équilibrée, variée et agréable intervient directement dans un vieillissement satisfaisant et équilibré (74).

Les aliments doivent être variés du point de vue des apports nutritifs, mais également de leurs textures.



- Les aliments à texture molle et souple s'adaptent aux patients à petits coefficients masticatoires (personnes édentées, mal appareillées). Ils sont aussi conseillés aux patients qui ne sont pas encore habitués à leurs nouvelles prothèses.
- Pour les patients récemment appareillés, on préconise :
  - Une alimentation molle la 1<sup>ère</sup> semaine
  - Souple la 2<sup>ème</sup>
  - Normale la 3<sup>ème</sup>



Figure 15: Evolution des textures en fonction des phases d'équilibration prothétique, et exemples de menus-types en fonction de chaque texture (52)

Une interdiction de la consommation de sucreries ne serait ni possible, ni sensée. Cependant, l'absorption de sucres devrait se limiter aux repas, lorsque l'hygiène peut être contrôlée (29).

<b><u>Les 3 règles d'or</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faites au moins 3 repas par jour</li> <li>- Conservez une activité physique</li> <li>- Pesez-vous régulièrement</li> </ul>
<b><u>Entretenez vos muscles</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommez au moins un plat de viande, de poisson ou d'œuf par jour</li> <li>- Pensez que les besoins augmentent en cas de maladie et pendant la convalescence</li> </ul>
<b><u>Préservez vos os et n'oubliez pas les vitamines</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommez un produit laitier par repas</li> <li>- Pratiquez une activité physique</li> </ul>
<b><u>Si votre appétit a diminué</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allégez le déjeuner et le dîner</li> <li>- Faites plusieurs collations</li> </ul>
<b><u>Si vous n'avez pas soif</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apprenez à boire sans soif</li> <li>- Variez les plaisirs</li> </ul>
<b><u>N'oubliez pas de vous faire plaisir ...</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne mangez pas toujours seul</li> <li>- Privilégiez les repas que vous aimez</li> <li>- Donnez du goût à vos plats</li> </ul>

- Limiter à 5 au maximum le nombre de prises alimentaires par jour
- Éviter les grignotages
- Favoriser certaines associations. Les acides gras jouant un rôle protecteur, ainsi que le calcium et les phosphates, pain et fromage pour le goûter par exemple
- Limiter la consommation de boissons acides, préférer l'eau aux sodas

Tableau 15: les conseils pour une bonne alimentation et une bonne santé orale, d'après SAVARD et coll. (85)

Concernant les médicaments, les médecins doivent être conscients que certains peuvent entraîner une diminution de la sécrétion salivaire qui, associée au vieillissement physiologique des glandes salivaires, provoquent une augmentation du nombre de caries et de parodontopathies (95).

Médicaments susceptibles de causer la xérostomie	
	NOMS DE MOLECULES
- Anxiolytiques	benzodiazépines (SERESTA, XANAX, LEXOMIL, VALIUM)
- Antipsychotiques	
- Anti-cholinergiques	ARTANE, LEPTICURE, AKINETON
- Antiparkinsoniens	LEVODOPA, anti-cholinergiques
- Anticonvulsivants	GARDENAL, DEPAKINE, TEGRETOL, NEURONTIN, GABITRIL
- Antihistaminiques	CLARITRYNE, ZYRTEC, VIRLIX, TELFAST
- Antidépresseurs	ANAFRANIL, LAROXYL, ATHYMIL, PROZAC, STABLON
- Décongestionnants	
- Diurétiques	ESIDREX, LASILIX, MODAMINE
- Hypotenseurs	
- Narcotiques	
- Sympathomimétiques	Amphétamine (excitant du système nerveux central)

Tableau 16 : Liste des médicaments sialoprives (6)

## **IV.2.2. Hygiène bucco-dentaire**

L'hygiène bucco-dento-prothétique participe à la préservation d'un équilibre bucco-dentaire. Elle a pour objectif principal la préservation de l'intégrité des tissus dentaires, parodontaux et ostéomuqueux.

Elle contribue non seulement au maintien de la santé de l'appareil manducateur, mais également à celui de la santé générale et de la qualité de vie (74).

Une bonne hygiène consiste en :

- Un brossage des dents, des gencives et tissus mous, afin d'éliminer la plaque bactérienne
- Un entretien des prothèses dentaires
- Un rinçage de la cavité buccale, après chaque repas (89).

Cependant, le contrôle quotidien de la plaque bactérienne peut être un réel problème chez le sujet âgé, cela pour 2 raisons :

- Difficultés motrices
- Troubles psychologiques, avec désintérêt de son image corporelle (49)

Conscient de leur importance, notamment préventive, il nous faudra trouver et adapter la technique à chaque patient, tout en schématisant la technique « personne âgée », pour une meilleure efficacité.

### **IV.2.2.1. Entretien des dents naturelles**

#### **IV.2.2.1.1. Le brossage (40)**

Il est conseillé de réaliser ce brossage après chaque repas, et particulièrement le soir. La brosse à dent doit être renouvelée tous les 2 mois, et l'utilisation de dentifrice fluoré est préconisée.

Une instrumentation adéquate telle que la brosse à dent électrique, le fil dentaire et les brossettes interdentaires est recommandée, mais elle difficile à mettre en œuvre chez la personne âgée

#### **IV.2.2.1.1.1. La brosse à dent (79)**

L'action mécanique des brins de la brosse permet la destruction du biofilm, afin que les éléments physico-chimiques constitutifs des dentifrices ou des solutions pour bains de bouche puissent agir.

Il faut conseiller à la personne âgée une brosse à dent :

- souple, pour un brossage atraumatique, en particulier au niveau des tissus mous.
- avec une petite tête, permettant une accessibilité à un maximum de surface.
- un manche préhensible, pour une tenue optimale.

Plusieurs auteurs comme POUYSSEGUR (74), préconise l'utilisation d'une brosse à dent électrique dès qu'il y a un « handicap », ou un manque de dextérité (89).

Cette indication est d'autant plus justifiée si le brossage est effectué par un tiers (68).

#### **IV.2.2.1.1.2. Brosse à dent électrique (79)**

- **Avantages:**
  - Simplification du brossage, en particulier chez les patients ayant une gêne de mouvement : enfants, personnes âgées, personnes handicapées, ...
  - Faible encombrement de la tête, permettant une bonne accessibilité et maniabilité
  - Facilité d'utilisation si le brossage est effectué par un tiers.
  - Efficacité supérieure sur la plaque dentaire: elle permet à la fois une réduction de la plaque et de l'inflammation gingivale.
  - Multiutilisateurs : grâce à ces têtes interchangeable
  - Diminution du temps de brossage : il passe de 3 à 2 minutes

#### **IV.2.2.1.2. La pâte dentifrice**

Les dentifrices ne sont que des adjuvants. Seul le brossage élimine la plaque dentaire.

Le fluor est particulièrement indiqué sous forme de dentifrice, mais aussi sous forme de gel en application topique (89).

Ce brossage permet d'atteindre ainsi deux objectifs :

- Action mécanique de brossage, qui nettoie les dents des débris et de la plaque qui peuvent s'y accumuler.
- Action des fluorures qui augmente la résistance des dents à la carie (74).

Les dentifrices aux fluorures d'amines (Elmex, Elgyfluor), efficaces dès 1250 ppm, semblent être adaptés.

Il peut parfois être intéressant de réaliser des gouttières de fluoration, afin d'augmenter la résistance à la déminéralisation des tissus dentaires, notamment des surfaces radiculaires, des joints prothétiques... (68)

Forme galénique	Spécialité [Laboratoire]	Principes actifs désensibilisants
Solution pour bain de bouche	ELMEX® Sensitive Solution dentaire (GABA)	Fluorure d'amines : OLAFUOR Fluorure de potassium
	MERIDOL® Bains de bouche (GABA)	Fluorure d'amines : OLAFUOR Fluorure d'étain
	SENSODYNE® Bain de bouche (GSK)	Chlorure de potassium
Dentifrice	EMOFORM® (McNeil)	Nitrate de potassium Monofluorophosphate de sodium
	Nutri-émail® (Pierre Fabre)	Phosphosilicate de calcium sodium
	ORAL B® sensitive (Procter Gamble)	Nitrate de potassium
Gel	EMOFORM® (McNeil)	Nitrate de potassium Monofluorophosphate de sodium
	FLUOCARIL BI FLUORE® (Sanofi)	Fluorure de sodium Monofluorophosphate de sodium 20000 ppm
	GEL-KAM® (Colgate Palmolive)	Fluorure d'étain 0,4%
	SENSIGEL® (Pierre Fabre)	Nicométhanol hydrofluoride Nitrate de potassium
Gel dentifrice	ELGYDIUM® Dents Sensibles (Pierre Fabre)	Nicométhanol hydrofluoride
	GUM Sensitive® (Sunstar)	NaF 0,21% Nitrate de potassium 5%
	SENSODYNE® Pro Gel Fluor (GSK)	Nitrate de potassium 5% 1450 ppm
Pâte dentifrice	ELGYFLUOR® (Pierre Fabre)	Nicométhanol hydrofluoride
	ELMEX® Sensitive (GABA)	Fluorure d'amines : OLAFUOR 1,838% 1400 ppm
	FLUOCARIL® dents sensibles (Sanofi)	Fluorure de potassium 0,46% Nitrate de potassium 5% 1500ppm
	SENSODYNE® Pro Classic (GSK)	Chlorure de strontium 10%
	SENSODYNE® Pro soin Fluor (GSK)	Nitrate de potassium 5%
	SENSODYNE® Pro émail (GSK)	Nitrate de potassium 5%
	SENSODYNE® Pro soins complet (GSK)	Chlorure de potassium 3,75%
	SIGNAL PLUS® Sensitive Extra (Unilever)	Citrate de potassium 1450 ppm

Tableau 17 : Liste non exhaustive des agents traitant contre l'hypersensibilité dentinaire (ADF 2009)

#### **IV.2.2.1.3. Accessoires dentaires**

- **Fil dentaire, brossettes interdentaires (89)**

Très important pour l'élimination de la plaque en inter-dentaire et le massage de la gencive. Leur emploi s'avère pourtant assez délicat chez le sujet âgé.

L'hydropulseur (jet dentaire) est alors un bon compromis.

- **Hydropulseur (10,80)**

Les hydropulseurs sont des appareils permettant de délivrer un liquide ou un mélange air-liquide, qui sont composés :

- D'une pompe électrique
- D'un récipient d'eau
- D'un tuyau avec poignée et embout buccal.

Il faut pourtant noter que les hydropulseurs ne décollent pas la plaque bactérienne, ils n'ôtent que ce qui est déjà décollé par le brossage.

#### **IV.2.2.1.4. Techniques de brossage adaptée à la personne âgée**

Une instrumentation adéquate telle que la brosse à dent électrique est recommandée. Il conviendra d'enseigner au **patient autonome** leur usage.

Pour les résidents non autonomes, le personnel soignant doit intervenir afin de réaliser des soins de bouche et maintenir une hygiène bucco-dentaire minimale (74).

a) **Pour les résidents autonomes (89)**

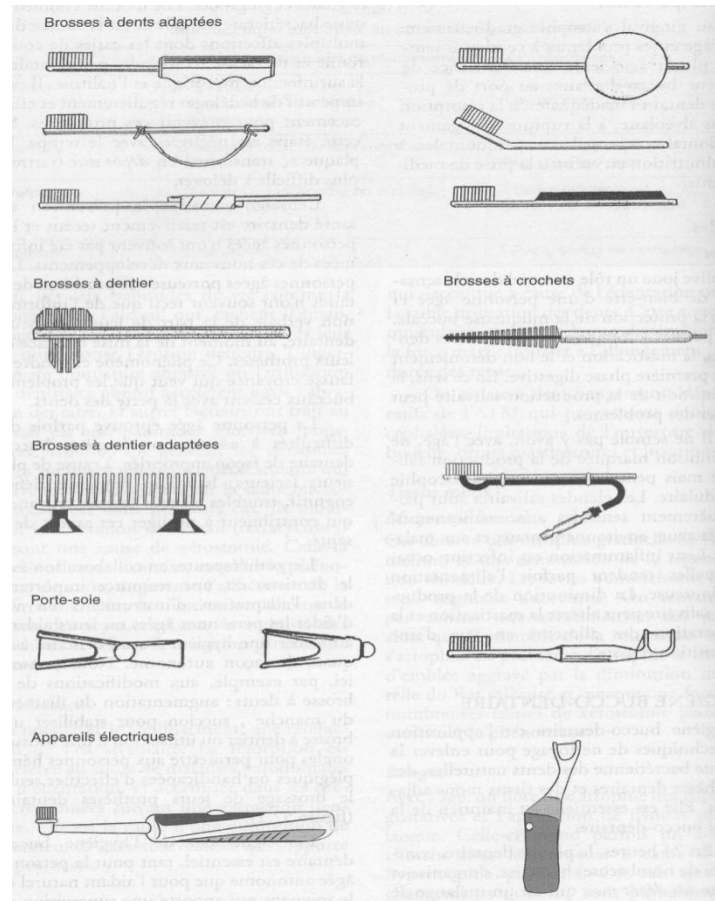
Les personnes peuvent agir elles-mêmes sur leur santé bucco-dentaire grâce aux outils et méthodes suivants :

- Le manche de la brosse à dent doit être saisi fermement.

Afin de s'adapter au patient et à certaines de ses pathologies générales, une empreinte élastomère de la prise du manche peut-être réalisée.

La brosse à dent reste le meilleur instrument « anti-plaque », et la meilleure prévention contre les caries.

- Le brossage associé à un dentifrice fluoré, permet de combiner l'action mécanique à l'action chimique, cela au niveau de l'interface plaque bactérienne- dent.
- Des bains de bouches au fluorure de sodium peuvent être effectués (0,05% en usage quotidien ; 0,2% en usage hebdomadaire)



**Figure 16 :** Quelques exemples d'adaptation (6)

- Le patient doit tant que possible, procéder secteur par secteur, afin d'éviter l'oubli de certaines zones.

#### **IV.2.2.1.4.1. BROSSAGE TRANSVERSAL**

Aussi appelé brossage horizontal, c'est la technique de brossage la plus simple et la plus répandue, adoptée spontanément par la plupart des individus.

Cependant, si ce brossage est trop puissant, pouvant conduire à des myolyses (lésions cervicales d'usures)

Cette technique de brossage est donc à éviter autant que faire se peut.

#### IV.2.2.1.4.2. BROSSAGE VERTICAL (méthode du rouleau)

Méthode utilisée et conseillée pour l'ensemble des patients utilisant une brosse manuelle.

Elle consiste en un brossage impliquant à la brosse

- un mouvement de rotation dans le sens gencive-dent, en vestibulaire et lingual
- un mouvement transversal sur les faces masticatrices (40)

## 9 à 99ans

### Une méthode pour la vie



Dès 9 ans, pour toute la vie, le brossage efficace, c'est la méthode « B.R.O.S »

- En respectant ces 4 règles, dents et gencives sont brossées efficacement

**B** BROSSER      **R** ROULEAU      **O** OBLIQUE      **S** SUIVEZ LE TRAJET

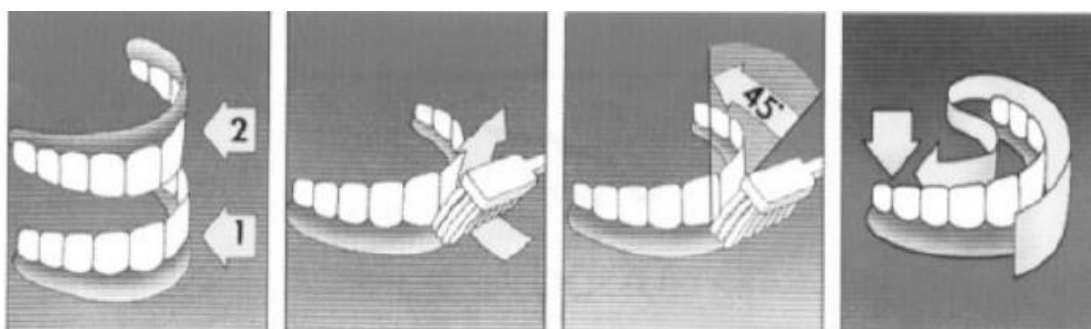


Figure 17 : méthode de brossage chez l'adulte- d'après UFBSD



## **IV.2.2.2. Entretien des différents types de prothèses dentaires**

### **IV.2.2.2.1. Entretien des prothèses fixes**

Le principe et les méthodes sont les mêmes que ceux décrits pour les dents naturelles.

Des brossettes trouvent toute leur utilité dans le nettoyage des zones interdentaires, particulièrement sous les intermédiaires de bridges

### **IV.2.2.2.2. Nettoyage des prothèses amovibles (51).**



Le nettoyage des prothèses amovibles est essentiel pour éliminer la plaque microbienne, pouvant être à l'origine, associée au tartre, à l'hyposialie et aux pathologies générales, de lésions des tissus de soutien.

La muqueuse du patient édenté est fragile. La prothèse, corps étranger, vient donc la solliciter fortement.

Les prothèses dentaires sont de véritables réservoirs à bactéries, de par leurs surfaces retenant la plaque, et le caractère poreux de la résine qui les composent.

Les dépôts sur les prothèses amovibles partielles peuvent être durs ou mous. Le nettoyage doit être fait après chaque repas et en dehors de la bouche.

#### **COMMENT ?**



- Au dessus d'un lavabo plein d'eau, pour éviter les fractures en cas de chute,
- Les prothèses sont frottées sur toutes leurs faces (intrados et extrados), à l'aide de brosse spécifiques (« brosses à prothèses »), permettant d'atteindre les moindres recoins. Il faut noter que cette brosse n'est destinée qu'au brossage de la prothèse, et qu'utilisée en bouche, elle risquerait de provoquer des lésions de la gencive.

- Le nettoyage s'effectue avec du dentifrice ou du savon de Marseille, puis les prothèses sont rincées abondamment à l'eau claire. Le nettoyage sera d'autant plus soigneux que le patient utilise un adhésif pour prothèse : celui-ci doit être éliminé avec soin sous peine d'ulcérations des muqueuses et de perturbation du niveau de l'occlusion.

#### Concernant les comprimés adjuvants :

- Utilisés seuls, leur activité nettoyante est limitée, car ils ne décollent pas la plaque. L'utilisation sans brossage, en trempage nocturne dans la solution favorisera la croissance bactérienne dans les porosités naturelles de la résine.
- Les laboratoires préconisent de les utiliser après le brossage, en limitant le temps de trempage à 15 minutes, et en rinçant ensuite abondamment les prothèses à l'eau claire.
- Une autre solution consiste à faire tremper les prothèses dans du bain de bouche à la chlorexidine, 1 fois par semaine, pendant 10 minutes.

La chlorexidine sera utilisée diluée pour éviter :

- L'irritation des tissus d'appuis (le bain de bouche est relargué toute la journée, comme elle a imbibé la résine)
- Les sensations de brûlures
- Les colorations de la résine

Mais le patient peut aussi utiliser un autre type de bains de bouche, moins agressif, comme l'Alodont®.

La nuit, la prothèse doit être enlevée et laissée en milieu humide, sauf en cas de mycose : au sec (40).

Avec ce brossage, le port des prothèses est plus facilement accepté, l'haleine des patients est bonifiée.

#### **IV.2.2.3. Nettoyage des muqueuses**

Les muqueuses doivent être brossées avec une brosse à dent souple, voir très souple, trempée dans un peu de dentifrice ou bain de bouche.

L'objectif est d'éliminer la plaque adhérente aux muqueuses, tout en stimulant la microcirculation. Ce brossage est un vrai massage, tonifiant la gencive et permettant de limiter la perméabilité bactérienne.

**IV.2.2.4. Cas particulier des personnes très dépendantes chez qui les méthodes décrites ne peuvent être effectuées (51, 89)**

- Après chaque repas, la prothèse est nettoyée par un membre de l'équipe soignante ou de l'entourage, selon la méthode décrite
- La muqueuse et les dents sont nettoyées, cela pouvant se réduire au passage d'une gaze imbibée de bain de bouche à la chlorexidine ; ou de sprays à la chlorexidine

**IV.2.2.5. Prise en charge des soins de bouche chez des patients dépendants (protocole mis en place par le service d'odontologie de l'hôpital Bretonneau (AP-HP) (59)**

Suite à l'observation d'une hygiène bucco-dentaire perfectible des patients institutionnalisés en gériatrie et psychogériatrie, l'équipe odontologique a souhaité mettre en place une technique décrite comme « non invasive, non douloureuse, et apportant un confort buccal aux patients ».

- Présentation de la méthode

La méthode consiste à compléter les soins d'hygiène dentaire apportée par les aides-soignants.

**MATERIEL**

- Un haricot
- Une serviette de protection
- Un miroir de bouche
- Des rouleaux de coton salivaires, des compresses
- Une brosse à dent
- Un hydropulseur
- Des bâtonnets applicateurs pour adhésif (microbrush)

**PROTOCOLE**

- Nettoyage grossier des résidus alimentaires à l'aide des cotons salivaires et d'une brosse à dent à poils souple
- Rinçage de la bouche à l'aide du jet d'eau apporté par l'hydropulseur : le patient est penché vers l'avant et recrache l'eau dans le haricot
- Brossage des dents par la technique du rouleau, sans dentifrice
- Rinçage à l'hydropulseur
- Passage des bâtonnets le long des collets et dans les régions difficiles d'accès pour la brosse à dent

### DIFFICULTES MISE EN EVIDENCE PAR LE SERVICE

- Les patients doivent être mis en confiance et coopérants
- Le patient doit pouvoir être assis en position verticale pour pouvoir recracher l'eau
- Si la technique apporte une réelle amélioration de l'hygiène du patient, elle doit être réalisée quotidiennement pour être efficace
- La technique est non invasive et non douloureuse, mais son action ne remplace pas celle d'un détartrage qui élimine les débris tartriques



Figure 18 : petit matériel nécessaire à la mise en place de la technique d'hygiène, par le service d'odontologie de l'hôpital Bretonneau



Figures 19



figure 20

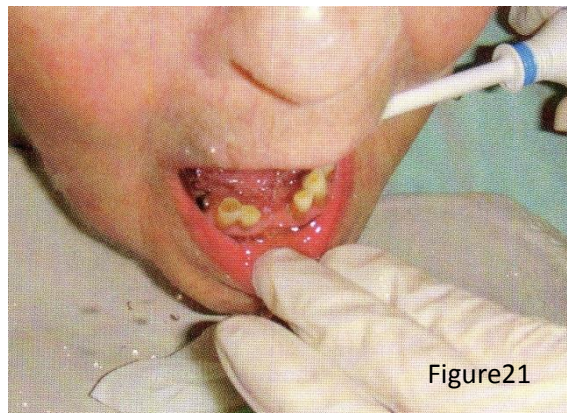


Figure21

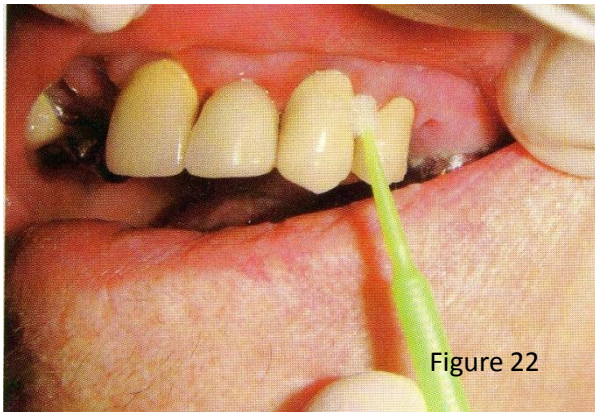


Figure 22

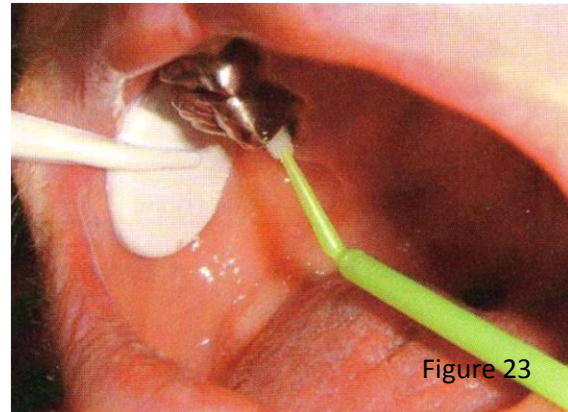


Figure 23



Figure 24

Figure 19 : situation initiale, patiente de 83 ans présentant une maladie d'Alzheimer

Figure20: nettoyage réalisé par un praticien avec une brosse à dent à poils souples

Figure 21: Rinçage de la bouche à l'aide d'un hydropulseur : la patiente recrache l'eau dans un haricot

Figure 22: bâtonnets (à adhésif) utilisés pour nettoyer les dents au collet

Figure 23: passage des microbrush dans certaines zones difficiles

Figure 24 : résultat en bouche

### **IV.2.3.Fluoration**

Le collège National des enseignants en odontologie conservatrice et endodontie définit la fluoration comme :

« L'adjonction de fluorures à un substrat dans le but de prévenir la carie (fluoration des eaux de boissons, du sel, ...) »,

C'est également « l'action d'enrichir la concentration salivaire ou plasmatique en fluorures »,

Ou, « l'incorporation de fluorures dans un biomatériau dentaire à des fins de prévention de la carie ».  
(21)

#### **IV.2.3.1. Rôle du fluor dans la reminéralisation (63)**

La reminéralisation est une action dynamique consistant à favoriser la précipitation de cristaux de phosphate de calcium à la surface de tissus dentaires calcifiés ayant subi une déminéralisation préalable.

Sous forme topique, l'usage du fluor s'est révélée être la mesure prophylactique la plus efficace pour faire baisser l'incidence de la maladie carieuse.

Il peut être apporté et utilisé sous forme de dentifrices, gels, vernis, ou bains de bouche.

#### **Action par double effet cariostatique, il :**

- Limite la déminéralisation
- Facilite la reminéralisation des lésions.

#### **IV.2.3.2. Quel type de fluorures (63)**

Les fluorures topiques sont de 2 natures :

- Inorganiques (Monofluorophosphate et fluorure de sodium)
  - Organique (fluorure d'amines)
- 
- Le fluorure de sodium (NaF) : semble être la forme de fluorure inorganique la plus efficace sur la reminéralisation.
  - Le fluorure étain (SnF<sub>2</sub>) : action antibactérienne.
  - Le fluorure d'amine (AmF) : largement étudié par la communauté scientifique, les preuves de leur efficacité sont multiples : importante fixation aux tissus dentaires calcifiés, action antibactérienne.

#### **IV.2.3.3. Quelle forme d'application ?(63)**

Dentifrice, gels, bain de bouche, gouttière, ...

Chez les personnes âgées, comme chez les personnes handicapés, le risque carieux est généralement élevé, ce qui nécessite une fluoration topique optimale. Cependant, ces patients présentent un risque d'ingestion de leur dentifrice ou des autres produits fluorés utilisés.

Le risque de fluorose n'existe plus à cet âge, mais le fluor avalé peut avoir un effet toxique sur l'organisme à forte doses.

L'utilisation de gouttières fluorées peut également s'avérer dangereuse chez ces patients.

Pour les personnes ayant un contrôle de plaque difficile à obtenir, un dentifrice fluoré adapté est à recommander. Les dentifrices aux fluorures d'amines, efficaces dès 1250 ppm semblent être un bon compromis.

L'arrivée sur le marché européen de mousses, comme vecteurs fluorés, plutôt que le gel, est très attendu pour pallier au risque d'ingestion, de fausses routes ou d'étouffement.

## **IV.3. Quels traitements ?**

### **IV.3.1.Médicamenteux**

La consommation de médicaments par les personnes âgées est très élevée. D'après l'OMS en 2001, les patients de plus de 60 ans consomment plus de la moitié des médicaments dans les pays développés.

La connaissance des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments avec le vieillissement, des effets indésirables, et de possibles interactions médicamenteuses, s'avère donc essentielle et indispensable en odontologie (74).

La prescription sera **prudente**, mais moins en fonction de l'âge chronologique du patient, que de la notion de « fragilité ».

La notion de prudence ne signifie pas interdiction : il semble en effet aussi préjudiciable d'avoir provoqué un accident médicamenteux par une prescription abusive ou par une association dangereuse, que de ne pas avoir, par indécision, fait bénéficier son patient d'un traitement curatif, sous prétexte de l'âge (64).

Il convient de se méfier de l'automédication. Les médicaments les plus concernés sont les antalgiques (paracétamol et AINS), les laxatifs et les vitamines.

- **Quelles sont les classes thérapeutiques les plus prescrites en odontologie ?**

En odontologie, peu de classes médicamenteuses sont prescrites. Celles-ci correspondent à 3 catégories, qui méritent une attention toute particulière:

- Antibiotiques
- Anti-inflammatoires
- Antalgiques

#### **IV.3.1.1. Antibiotiques (74, 77)**

L'âge n'a pas d'influence sur le mode d'action des antibiotiques, et leurs effets indésirables ne sont pas de natures différentes de ceux observés chez le sujet jeune.

Cependant, la fréquence avec laquelle ils apparaissent semble plus élevée et leurs conséquences semblent plus sérieuses, du fait d'un terrain fragilisé.



Les principaux effets indésirables observés sont les troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, diarrhées.

Les principaux antibiotiques utilisés sont les pénicillines, les macrolides et les cyclines. Il faudra connaître et adapter la posologie à la fonction rénale (caractérisée par la clairance de la créatinine), bien que la réduction des doses ne soit pas nécessaire dans la plupart des cas, les antibiotiques ayant une  $\frac{1}{2}$  vie courte.

Il faudra par ailleurs faire attention aux interactions avec les anticoagulants oraux (AVK), et au risque de déséquilibre de ce traitement, cela par un contrôle de l'INR (International Normalized Ratio).

#### **IV.3.1.2. Les AINS (1)**

Les AINS sont des médicaments à risque, généralement contre indiqués du fait de leurs néphrotoxicités.

De plus, il y a :

- un risque de mauvaise tolérance digestive.
- un risque de décompensation cardiaque, en cas de cardiopathie sous-jacente.

Afin de réduire le risque iatrogène, il convient de limiter la prescription aux situations cliniques où ils sont indispensables.

L'association AVK, AINS est contre-indiqués et il y a une majoration du risque hémorragique en association avec d'autres anti-aggrégants plaquettaires (AAP).

#### **IV.3.1.3. Les antalgiques (77)**

Très prescrits, ces médicaments sont également très utilisés en automédication, impliquant donc risque de redondance et de surdosage.

L'expression de la douleur chez la personne âgée est différente de celle d'un sujet jeune, modifiée par un fatalisme, des difficultés d'expression ou un syndrome dépressif.

Il faudra donc traiter en parallèle de la douleur, l'angoisse et l'anxiété, par des explications (22).

Le paracétamol reste l'antalgique de choix, de par l'absence d'effets indésirables. Il faut toutefois faire attention à ce qu'il n'existe pas une insuffisance hépatique (cirrhose) (74).

Il faut également savoir adapter la posologie au poids du patient, si la personne est maigre ou dénutrie. Pour le paracétamol : 60mg/kg/j toutes les 6h.

Les produits les plus fréquemment utilisés sont :

#### **IV.3.1.3.1. Antalgiques non opiacés (palier I)**

- Paracétamol : antalgique le mieux toléré, qui reste l'antalgique de choix. Il nécessite une adaptation de la posologie au poids de la personne : **60mg/Kg/j**
- Aspirine et AINS : généralement contre-indiqué chez la personne âgée du fait de sa néphrotoxicité, de sa mauvaise tolérance digestive, et de son risque de décompensation cardiaque.

#### **IV.3.1.3.2. Antalgiques opioïdes faibles (palier II)**

Comme avec tous les opioïdes, risque de somnolence, constipation, nausées, rétention urinaire, effets majorés chez la personne âgée.

- Paracétamol+codéine : **ne pas dépasser 6cp/24h**

Risque de sédation ou de majoration d'une dépression respiratoire, en association avec d'autres médicaments déprimeurs du système nerveux central, constipation.

- Tramadol : **ne pas dépasser 300 ou 400mg/24h.**

Il faudra espacer les prises chez les patients atteints d'une insuffisance rénale ou hépatique.

Effets proconvulsivants, risque confusio-gène, vertiges et constipation.

- Paracétamol+dextropropoxyphène : **ne pas dépasser 6 gélules/24h**

Cette association n'est actuellement plus recommandée, par absence de preuve de leur intérêt dans cette indication (39).

Longtemps utilisée, ses effets indésirables étaient des nausées, vomissements et des hallucinations.

L'association est contre-indiquée avec les carbamazépinés (TégrétoI\*).

#### **IV.3.1.3.3. Antalgiques opioïdes forts (palier III)**

Peu prescrits en odontologie, ils sont :

- Agonistes purs :
  - Morphine (Skénan\*, Moscontin\*, Actiskénan\*)
  - Fentanyl (Durogésic\*)
  - Hydromorphone (Sophidone\*)
- Agonistes-Antagonistes : Buprémorphine (Temgésic\*), Nalbuphine (Nubain\*)

Leurs principaux effets indésirables sont :

- Une sédation, euphorie ou dysphorie
- Une bradycardie et une vasodilatation
- Une dépression respiratoire et une bronchoconstriction
- Des nausées, vomissements et une constipation
- Un prurit et des sueurs.

#### **IV.3.1.4. Anesthésiques locaux (77)**

Leur utilisation nécessite seulement la connaissance d'antécédents d'allergie. Dans ce cas, préférer l'utilisation d'une molécule sans sulfites (molécule conservatrice des produits anesthésiants) : **SCANDICAINE 3%** par exemple.

Il n'y a pas d'adaptation nécessaire, en terme de quantité de produit.

POUYSEGUR (73) préconise toutefois d'utiliser avec précaution les anesthésiques locaux avec des vasoconstricteurs, chez les patients présentant des maladies cardiovasculaires et les hypertendus, du fait de l'augmentation de pression artérielle induite.

« Pas plus de 2 carpules à 1/100 000 d'adrénaline ».

## Recommandations : (77)

Pour soigner la personne âgée, il est donc important de « la considérer dans son ensemble ».

Il faut s'assurer de :

- *L'état général du patient : son poids.* Adapter le médicament au poids du patient, mais surtout prendre en compte le paramètre principal qu'est la clairance de la créatinine.
- *Ses capacités psycho-mnésiques et déficits sensoriels éventuels,* pour s'assurer d'une bonne observance du traitement.
- *Les traitements associés:* pour prévenir la survenue d'interactions éventuelles.

Il faut limiter le nombre de médicaments au maximum, afin d'éviter le risque d'erreur de prises ou de non observance.

Avant de prescrire, il faut connaître les antécédents thérapeutiques, les traitements en cours, et vérifier que l'on ajoute pas de médicaments faisant double emploi.

Dans les prescriptions, l'objectif sera de limiter le risque iatrogène. Il s'agit de privilégier les principes actifs efficaces, adaptés au malade, en surveillant les effets secondaires et l'observance du traitement.

Le sujet âgé est particulièrement exposé aux accidents iatrogènes du fait de la prise simultanée de plusieurs médicaments en raison d'une fréquente polypathologie.

### **IV.3.2.Chirurgicaux (quelles précautions ?)(74, 89)**

Les besoins chirurgicaux, au vue de plusieurs études semblent non négligeables. En effet, entre 14 et 40% des patients ont besoin de ce geste.

Avant d'effectuer tout acte chirurgical, il est important de bien apprécier son rapport bénéfice/risque.

Etant donné l'âge des patients concernés et leurs possibles polyopathologies, plus ou moins lourdes (anticoagulants, diabète, ...), il ne faut pas affirmer que tous les patients présentant des racines résiduelles ont besoins d'extractions. Il faut en effet considérer l'inconfort engendré par cet acte.

Cependant, chez les sujets présentant un risque infectieux important, les dents présentant une infection apicale doivent être traitées, en raison d'un risque accru de greffe bactérienne.

Il faudra se rappeler que « « l'âge civil avancé » n'exclut pas les traitements chirurgicaux comme moyen thérapeutique, mais que « l'âge biologique avancé » (dans un cortège de pathologies générales), les fait redouter comme acte clinique »(74).

#### **IV.3.2.1. Précautions vis-à-vis du risque infectieux (74)**

Une antibioprofylaxie est de règle chez les patients de risque A et B.

Avant tout acte chirurgical, s'assurer de la prescription idéale et minimale pour le patient, auprès du médecin gériatre (contre toute interaction médicamenteuse ou surdosage).

#### **IV.3.2.2. Précautions vis-à-vis de la douleur (74)**

- L'anesthésie locale n'est en aucun cas contre-indiquée. Les doses efficaces seront par-contre plus faibles car les tissus du patient âgé sont plus perméables, et la vascularisation de la zone est souvent réduite. L'anesthésique est donc éliminé plus lentement que chez le sujet jeune.
- L'anesthésie générale présente beaucoup plus de risque que chez le sujet jeune. L'indication du bénéfice d'une telle intervention doit être clairement posée en fonction de l'état général du patient.
- L'analgésie par inhalation de protoxyde d'azote, associée à l'anesthésie locale, est de plus en plus pratiquée.

- Les prescriptions post- opératoires ne diffèrent en rien des prescriptions antalgiques chez le sujet jeune, excepté la posologie qui sera diminuée. L'antalgique de choix reste le paracétamol.

#### **IV.3.2.3. Vis-à-vis de la cicatrisation (74)**

Des insuffisances nutritionnelles ou un diabète non équilibré peuvent être à l'origine d'une cicatrisation retardée.

Afin de guider la cicatrisation, la suture des plaies avec des fils résorbables semble indiquée.

#### **IV.3.2.4. Vis-à-vis de l'anxiété (74)**

Une prémédication sédatrice peut s'avérer nécessaire pour réduire le stress.

Le choix se porte préférentiellement vers une classe pharmacologique n'ayant qu'un effet mineur sur le système cardio-vasculaire : benzodiazépine à demi-vie courte (Alprazolam : Xanax\*).

Il faudra également tenir compte de la probable difficulté opératoire (dents cassantes, ankylosées, ...), et de la durée potentielle de l'intervention.

### **IV.3.3.Parodontaux (97)**

Le défaut d'hygiène favorise l'accumulation de plaque, responsable d'une augmentation de la prévalence des maladies parodontales.

Les maladies parodontales, outre leurs conséquences au niveau bucco-dentaires, ont des effets au niveau de l'ensemble de l'organisme, et d'autant plus chez les sujets âgés, plus susceptibles aux infections.

Les résultats de différentes études empiriques publiés dans la littérature, semblent mettre en évidence les interrelations existant entre les maladies parodontales et les cardiopathies. La prévention des maladies parodontales rend donc possible l'obtention d'un bénéfice pour la santé générale.

Cependant, pour les personnes âgées présentant des situations de polymorbidité, une collaboration interdisciplinaire semble indispensable. Les interventions dites « sanglantes », notamment celles qui entraînent un saignement des muqueuses, représentent un risque majeur de survenue d'une endocardite.

La prise en charge parodontale des patients dans les services de gériatrie passe donc, d'abord et avant tout, par des protocoles de prévention, dans les domaines que nous avons étudiés auparavant : Alimentation, hygiène bucco-dentaire, fluor.

Elle est aussi liée au traitement de certaines maladies, telle les mycoses, qui peuvent se développer dans niveau de la sphère oro-faciale.

#### **IV.3.3.1. Les mycoses buccales**

Dans la population générale, 40% des patients sont porteurs de levures à type de *Candida*. En institution, la candidose chronique atrophique a une prévalence de 75%.

Le développement de mycoses buccales est favorisé par l'antibiothérapie, l'immunodépression, le port continu de prothèses, et un pH buccal acide.

Ces mycoses peuvent être à l'origine d'anorexie en raison des brûlures qu'elles occasionnent.

La prévention, le dépistage, et le traitement des mycoses buccales favoriseront la nutrition, et limiteront le risque d'extension de l'infection.

Cependant, les traitements topiques locaux sont difficiles à réaliser par les soignants, chez les patients qui souffrent d'altérations cognitives et d'une dextérité manuelle réduite (89).

- **Traitement (12)**

3 produits sont généralement utilisés :

- La nystatine et l'amphotéricine B
- Le miconazole : Daktarin®, le plus souvent utilisé en gel
- La chlorexidine en bain de bouche, de par son intérêt fongicide sur toutes les souches de candida albicans.

Ces traitements chimiques doivent être associés à un traitement d'hygiène local rigoureux :

- Brossage de la langue
- Brossage dentaire,

Ces deux sites servant de réservoir de contamination et de recontamination.

	<b>Xérostomies* traitement local</b>	<b>Immunodéficiences Traitement local+ général</b>
Candidoses pseudomembraneuse et érythémateuse	Durée 15 jours à 3 semaines Fungizone® ou Eludril® ou Cordosyl®	Fungizone® + Triflucan® ou Chlorexidine Eludril®/Cordosyl®+ Triflucan®
Candidose chronique hyperplasique	Durée 3 à 6 semaines Idem	Traitement général +++ Essayer plusieurs agents Antibiogramme
Stomatite prothétique	Daktarin® gel buccal + trempage de la prothèse dans un bain d'Eludril® 1 à 2 heures minimum	Trempage obligatoire Associer le traitement précédent au Triflucan®
Chéilite angulaire	15 jours minimum, pommades : Fungizone®, Daktarin® gel buccal, Trimysten®	Plusieurs mois Idem

\*Non compliquées de désordres immunologiques sévères (Syndrome de Sjögren pseudo-tumoral ou évoluant vers un lymphome non Hodgkinien, syndrome sec lié au VIH, etc.).

**Tableau 18** : Les traitements par classes de candidoses (12)

<b>Nystatine (Mycostatine®)</b>	<b>Amphotéricine B (Fungizone®)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capsules de 500 000 UI</li> <li>- Suspension buvable 24mL de 2,4 MUI soit 100 000 UI/ml</li> <li>- Dose de 4 à 6 MUI/j chez l'adulte ou 8 à 12 cp/j en 3 à 4 prises en dehors des repas, pendant 3 semaines</li> <li>- En pommade 3 à 4 applications /j</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capsules de 250 mg</li> <li>- Suspension buvable de 500mg/ cuillère à café</li> <li>- Dose de 1,5 à 2g/j soit 6 à 8 cuillérées à café par jour</li> <li>- 1 capsule matin, midi et soir ou</li> <li>- 1 cuillère à café matin, midi et soir</li> <li>- Durée du traitement : 3 semaines (15j minimum)</li> <li>- En pommade 3 à 4 applications par jour</li> </ul>

**Tableau 19** : Présentation et posologie des antifongiques polyéniques utilisés dans les traitements locaux (12)



	Fluconazole (Triflucan 50®)	Fluconazole (Triflucan 200®)
Présentation et posologie	1 à 2 cp/j pendant 15j minimum	1 à 2cp/j si risque de dissémination de la COP
Contre-indications	-Grossesse/Allaitement -AVK et sulfamides hypoglycémiant -Association phénytoïne et rifampicine, ciclosporine	Idem
Effets indésirables	-Tolérance excellente	Tolérance excellente Nausées (rares) Troubles gastro-entérologiques (rares) Céphalées (rares)
Indication	-Candidoses réfractaires	Traitement d'entretien chez le patient sidéen (200mg) (à vie ?)

Tableau 20 : Les antifongiques bistriazolés utilisés par voie générale (12)

#### **IV.3.3.2. Amélioration du confort suite à une hyposialie**

La gestion des patients sujets aux perturbations de la sécrétion salivaire nécessite une explication claire aux patients, et à ceux qui délivre les soins sur :

- Le rôle de la salive dans la physiologie buccale (cf. partie II)
- Les conséquences de la diminution de la quantité de salive présente dans la bouche (cf. partie II)

L'amélioration du confort pourra donc passer par :

- L'utilisation de lubrifiants oraux
- La prescription d'une hygiène diététique (limitation des boissons caféinées, élimination des substances acides qui brûlent les muqueuses mal protégées)
- L'interdiction des bains de bouches alcoolisées, auxquels on préférera les bains de bouche à l'eau ou l'emploi d'un spray d'eau minérale. (19)

La prise de médicaments étant une des causes majeurs de xérostomie, il est nécessaire de se mettre en lien avec le gériatre afin d'arrêter, diminuer, ou répartir différemment la prise des médicaments sialoprives.

Rappelons qu'il s'agit majoritairement (classification de ARCAND- HEBERT) des :

- Anxiolytiques - Benzodiazépines
- Antipsychotiques
- Anti-cholinergiques
- Antiparkinsoniens
- Anticonvulsivants

- Antihistaminiques
- Antidépresseurs
- Décongestionnants
- Diurétiques
- Hypotenseurs
- Narcotiques
- Sympathicomimétiques

Et si on ne peut réduire la dose journalière, peut-être peut-on fractionner les prises, doses plus faibles mais plus fréquentes, ce qui peut parfois diminuer la sensation de sécheresse buccale.

- Stimulation de la sécrétion salivaire (64).

Le traitement de l'hyposialie dépend de l'importance de celle-ci. L'utilisation des produits stimulants la sécrétion salivaire sera tentée.

- Les aliments acides (jus de citron, orange ou pamplemousse) à un action stimulante,
- Augmenter le nombre de repas, en petites portions, avec des aliments fermes,
- Mastiquer des gommes fluorées édulcorées au xylitol,
- Boire régulièrement de petites quantités de liquide.

Des sialogogues peuvent être utilisés :

Les sialogogues sont des médicament destinés à provoquer l'hypersécrétion salivaire (34)

- chlorhydrate de pilocarpine (5 gouttes dans un peu d'eau après le repas), puis augmentation des doses pour arriver à 20 gouttes, 3 fois par jour.

ATTENTION, ce produit entraîne des effets indésirables à type de bouffées de chaleur, et est contre-indiquée chez les patients atteint de problèmes cardiaques.

- Salagen (pilocarpine) : 1 à 2 Cp avant chaque repas
- Teinture de Jaboranti : XV gouttes dans l'eau 3 fois par jour.

- Traitement de l'asialie ou des xérostomies:

Il n'existe alors plus de stimulation possible des glandes salivaires et il faut alors utiliser des salives artificielles à base de solution ionique aqueuse.

- Artificielles : Artisial, BioXtra gel humidifiant : 6 à 8 pulvérisations par jour, aequasial

#### **IV.3.4. Soins conservateurs et restaurateurs**

Les lésions carieuses constituent un défi majeur pour les odontologistes, tant au niveau de leurs préventions que de leurs traitements (68).

Chez les personnes âgées, les lésions carieuses les plus typiques sont décrites au niveau corono-radulaire. Elles apparaissent sur des surfaces exposées dans le milieu buccal, lors de récessions gingivales par exemple (68, 89).

En institution, les caries radiculaires ont une prévalence de 60% chez les résidents. Les facteurs favorisants sont la poly-pathologie, la dénutrition, le manque d'hygiène et des médicaments sialoprives (36,89).

On observe fréquemment des caries en nappes qui se développent d'autant plus rapidement que le patient présente une hyposialie.

L'esprit conservateur des praticiens doit être permanent et quelque soit l'âge du patient.

Les techniques opératoires sont les mêmes que celles employées pour le traitement des autres patients, mais quelques spécificités sont à dégager :

- La modification de l'émail et de la dentine, l'un diminuant, l'autre devenant plus minéralisée
- La diminution du débit salivaire entraîne une diminution de la protection des tissus durs, une modification de la flore bactérienne, une susceptibilité augmentée à la carie, et un auto-nettoyage insuffisant.
- L'hygiène bucco-dentaire est difficile, compliquée par les versions, migrations et retrait gingival, qui sont autant d'obstacles à la brosse à dent. Cela favorise la persistance de débris alimentaires entre les dents, entraînant par la suite l'apparition de lésions carieuses (69).

##### **IV.3.4.1. Thérapeutique Restauratrice**

Sera orienté par les changements histologiques et morphologiques de la dent sénescence (69).

Il faut tenir compte de la santé du patient, de son aptitude à coopérer, et du temps nécessaire au traitement. On privilégiera les traitements les plus simples. Si le patient est en bonne santé, les restaurations sont identiques à celles du sujet jeune (82).

Les racines résiduelles sont éliminées et les restaurations défectueuses étanchéifiées au CVI (ciment verre ionomère. L'objectif étant de faire passer le risque carieux du patient, d'élevé à modéré, voir faible (68).

Le traitement des caries radiculaires, fréquemment observées chez la personne âgée, doit tenir compte des différents aspects de la lésion : activité, localisation, étendue, possibilités d'assèchement, coopération du patient, avenir de la dent concernée (42).

#### ***IV.3.4.1.1. Les atteintes inactives (42)***

Ne doivent pas être traitées de manière invasive, car elles ne risquent pas d'évoluer aussi longtemps que leur état reste stable.

Les patients doivent être rendus attentifs aux exigences assurant le maintien d'une telle situation.

- Hygiène buccale
- Utilisation d'un dentifrice fluoré
- Application locale de fluor (sous forme de gel par exemple)
- Consommation de sel fluoré.

Si cela ne suffit pas, ou si les mesures ne sont pas applicables en raison d'incapacités physique ou psychologique, la fluoration doit être intensifiée à l'aide de rinçage buccaux et de gels ou vernis fortement fluorés appliqués professionnellement, cela afin de bloquer le processus de déminéralisation.

#### **Vernis: (81)**

- Fluor Protector® (Vivadent) 1000 ppm
- Bi-Fluorid® (Voco) NaF + CaF 56000 ppm
- Duraphat® (Colgate)NaF 22600 ppm

#### **Gels :**

- Fluocaril bi-fluoré gel (250mg) 2500ppm (à utiliser pour le brossage des dents)

#### **En gouttière :**

- FLUOCARIL BI FLUORE 2000, gel dentaire :20000ppm

#### **Bain de bouche :**

- Fluocaril bi-fluoré 300ml (1 à 3 bain de bouche par jour, pur, après le brossage)



#### **IV.3.4.1.2. Les atteintes actives**

Le traitement des lésions actives nécessite inévitablement une obturation.

Il est aujourd'hui indiqué d'utiliser de manière préférentielle des composites, des verres ionomères ou des compomères, le choix du matériau devant assurer une adaptation optimale afin d'éviter la formation de caries secondaires (42).

Les caries radiculaires initiales présentant une faible activité sont traitées chimiquement, et par application tous les 6 mois de vernis fluoré. Ceci est un acte cario-protecteur de prévention de la déminéralisation (68).

##### **IV.3.4.1.2.1. Lésions carieuses ou caries rampantes**

Chez la personne âgée, les lésions carieuses les plus typiques ne se situent pas occlusalement, (68) mais plutôt au niveau proximal, cervical ou radiculaire. Elles peuvent être diagnostiquées après un examen radiographique, pendant un détartrage, ou tout simplement au cours d'un examen clinique (69).

Elles sont le plus souvent peu profondes et indolores (68).

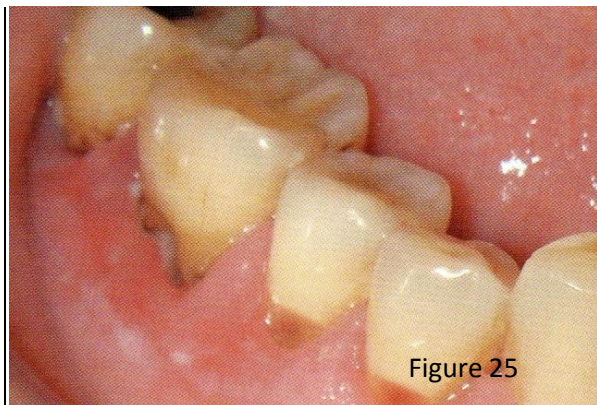


Figure 25



Figure 26

Figure 25= lésions cervicales d'usure au niveau de 44-45, chez une patiente de 75 ans, présentant une hygiène bucco-dentaire médiocre. On note une récession gingivale au niveau de 46-47 (67)

Figure 26= Caries radiculaires infra-gingivales en présence d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire, chez une patiente de 69 ans (67)

- Etiologies : (69)

Un certain nombre de facteurs liés au vieillissement favorisent l'apparition de caries :

- L'alimentation : plus cariogène, de part la modification du goût, entraînant une utilisation plus importante d'assaisonnement, une tendance au grignotage, notamment de sucreries.
- La diminution du flux salivaire: la prise de certains médicaments entraîne une réduction quantitative et qualitative de la salive, qui devient épaisse et collante, cela associée à une atrophie progressive histologique des glandes salivaires.
- Des restaurations prothétiques dont le nettoyage est plus difficile, favorisent la rétention de plaque.

Ces lésions initiales conservent régulièrement une zone superficielle fortement minéralisée, qui correspond à l'incorporation de sels minéraux dans la pellicule acquise exogène, à la surface du cément exposé.

Les caries radiculaires se développent là où la plaque bactérienne n'est pas éliminée (68).

- Traitement (42) :

Si ces lésions ne sont pas profondes, elles doivent être aplanies, afin favoriser la rétention de plaque, et doivent être stabilisées de la même manière que les lésions inactives (hygiène et fluor).

Si la thérapie invasive est inévitable, elles seront traitées en tant que lésion active, en n'oubliant pas que l'idée maitresse est l'économie de tissulaire.

Les soins conservateurs doivent être simples et réalisés rapidement (68).

#### **IV.3.4.1.2.2. Lésions cervicales d'usures**

Représente le diagnostic différentiel des lésions carieuses radiculaires.

Il s'agit de lésions intéressant plus volontiers le versant cémentaire de la dent, sans dépôt de plaque bactérienne. Elles sont de deux types :

- Abrasion
- Erosion (68).

**Abrasion**= Résultat d'une perte de substance dentaire due à un processus mécanique autre que la mastication (brossage traumatique, dentifrice trop abrasif,...) (68)

L'abrasion devient pathologique lors :

- de bruxisme
- d'utilisation intempestive de matériaux plus durs que l'émail pour les prothèses.

Et elle se traduit :

- Par une surface occlusale plane. La seule attitude est de ne rien faire ;
- Par des zones anfractueuses ou des pans cuspidiens résiduels qui font courir le risque de blessures. Un meulage et un polissage irrégulier s'impose alors.

« Une abrasion prononcée atteignant un stade pathologique, a pour conséquence des déséquilibres, accentués par des pertes dentaires non compensés, des diastèmes favorisant les stases et les rétentions alimentaires et une diminution de la dimension verticale. » (69)

L'abrasion est souvent associée à une hypersensibilité qui est toujours plus importante d'un côté (selon que le patient est droitier ou gaucher) (68)

Le traitement de l'hypersensibilité ainsi créée consiste en (25, 81)

- **1° intention** : Traitement étiologique
- **2° intention** : Traitement chimique ambulatoire :
  - Sensodyne (Strontium) : oblitération des tubuli dentinaire
  - Sensigel, Emoform dents sensibles ( Nitrate de potassium)
- **3° intention** : Traitement chimique professionnel
  - Application de vernis : Duraphat +++(NaF), Fluor Protector, Bifluoride 12, en 2 ou 3 applications

**Erosions (68)**= conséquence de la perte progressive de tissus minéralisés par un processus chimique et/ou électrolytique. Elles se développent sans action bactérienne et son étiologie peut-être :

- Exogène alimentaire, médicamenteuse, ...
- Endogène (régurgitations acides)

L'abstention, en l'absence de symptomatologie, est le principal traitement.



Plus généralement les lésions cervicales d'usures, ne correspondant ni à une abrasion, érosion ou à une abfraction, sont appelées **mylolyses**, lacunes cunéiformes ou « lacunes en coup d'ongle », et elles correspondent à des dystrophies fréquentes chez le patient âgé.

L'étiologie des mylolyses est imprécise. Nous pouvons la retrouver dans :

- Un brossage trop agressif
- Un patient victime d'une anorexie psychogène, donc avec un état général altéré
- Une hygiène bucco-dentaire insuffisante, accentuée et des prothèses inadaptées
- Une hypothèse occlusale mettant en jeu les microchocs provoqués sur les dents par les forces masticatoires (69).

Dans la majorité des situations cliniques, la lésion évolue à bas bruit, sans douleur pour le patient.

La thérapeutique mise en place n'a de valeur que si elle est préventive, grâce à un traitement exécuté avant la pulpite ou la nécrose pulpaire.



Figures 27 et 28 : Patient de 72 ans présentant des caries radiculaires sur 11 et 21, l'hygiène est assez satisfaisante. Les caries étant assez profondes, une base intermédiaire au CVI est réalisée, puis une obturation au composite de moyenne viscosité (67)

### **IV.3.4.1.3. Quels matériaux d'obturation ? (68)**

#### **IV.3.4.1.3.1. AMALGAME**

Longtemps utilisé, ce matériau est aujourd'hui abandonné pour ce type de restauration.

#### **IV.3.4.1.3.2. CVI ou CVIMAR**

Le CVI (ciment verre ionomère), matériau bioactif, est le matériau le plus adapté pour répondre à un environnement cario-sensible. En effet, le relargage de fluorures obtenu avec un tel matériau, lui confère un effet thérapeutique et préventif, par inhibition de la déminéralisation, à la surface de la racine.

##### **Propriétés des CVI traditionnels**

- Adhésion intrinsèque du matériau, par interaction entre les groupements COO- des chaînes de l'acide polyacrylique ionisées, avec les ions Ca<sup>++</sup> de la surface dentaire
- Etanchéité bonne
- Propriétés mécaniques réduites
- Bonnes propriétés biologiques (vis-à-vis de la pulpe, du parodonte)
- Libération de fluorures
- Propriétés optiques moyennes.

##### **Avantages :**

- Souple d'utilisation vis-à-vis de cavités difficiles d'accès
- Rapide d'utilisation
- Tolérant face à l'absence de champ opératoire défectueux.

Les CVIMAR (ciment verre ionomère modifié par adjonction de résine), proposent une meilleure esthétique, mais le relargage de fluorures, certes présents, n'a pas son effet thérapeutique ou préventif, compte tenu de la polymérisation (68).

#### **IV.3.4.1.3.3. COMPOSITES (68)**

Présentant un avantage esthétique notable, ces matériaux connaissent leurs limites dans leurs :

- Difficultés de mise en œuvre : durée de mise en place plus longue et exigeante

- Performances d'adhésion moindres (dentine sclérotique)

Cependant, de par une résistance mécanique plus importante, ils peuvent être indiqués si une contrainte mécanique forte est appliquée à la dent, tel qu'un crochet de prothèse amovible.

Le traitement des lésions cervicales d'usures, quelles qu'elles soient consiste donc en :

1) La détermination l'étiologie de ces lésions.

Alimentaires, médicamenteux, gastriques, mécaniques (brossage traumatique), occlusaux.

2) Modifications des habitudes nocives du patient, à l'origine de ces lésions

- Modification des habitudes alimentaires : limiter aliments acides (vinaigre, boissons acides, citrons)
- Enseignement d'une technique de brossage atraumatique : brosse à dent souple. Tout changement dans ce domaine est particulièrement difficile à obtenir.
- Réhabilitation occlusale : Il n'est pas toujours facile ou judicieux de les corriger ou de les modifier. Il est important et essentiel de penser en plan de traitement global, pour le bien du patient.

3) Un traitement restaurateur, sera fonction :

- De l'importance des lésions
- De leur siège
- De l'autonomie du patient

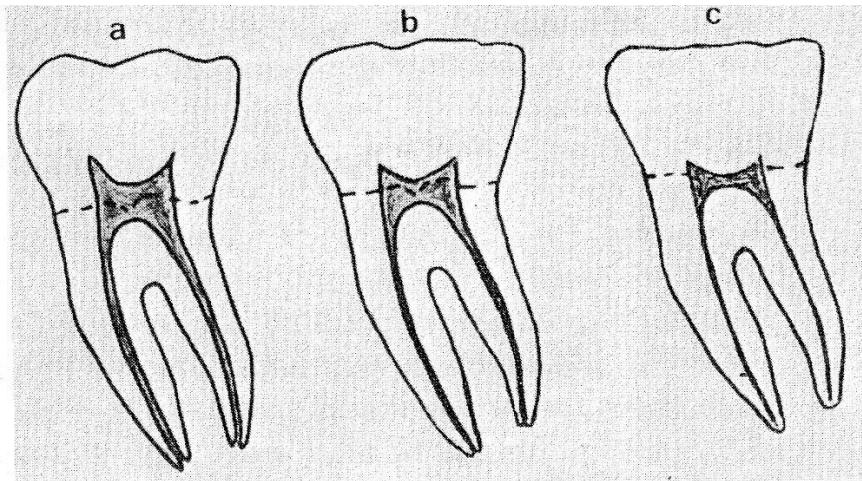
#### **IV.3.4.2. Thérapeutique endodontique (68, 33)**

Le traitement endodontique chez la personne âgée est identique à celui mené chez un sujet plus jeune.

Il présente cependant quelques différences :

- L'endodonte est plus réduit, la chambre pulpaire devient étroite et réduite, le plafond se rapproche peu à peu du plancher. Le calibre des canaux radiculaires se réduit, parfois jusqu'à leurs oblitérations complètes.
- La digue est parfois difficile à poser. Elle doit pourtant l'être le plus fréquemment possible, dans la limite de l'état de santé du patient. Elle aura l'avantage d'éviter les interférences linguales au cours des soins.

L'âge du patient ne représente pas une contre-indication au traitement endodontique, mais celui-ci doit être envisagé après évaluation de l'état de santé général du patient et de son autonomie.



**Figure 29** : Variations morphologique de la cavité pulpaire avec l'âge (68)

a) Vers 25 ans   b) vers 50 ans   c) vers 70 ans

### **IV.3.5.Prothétiques**

En gérodonologie, un principe de base pour l'élaboration d'un traitement optimal est la notion de bénéfice/risque-contrainte.

Celui-ci tient compte à la fois de l'état bucco-dentaire, de l'âge, du psychisme et des motivations du patient, ainsi que de l'avis du médecin traitant.

La notion de service rendu au patient est primordiale (5).

Nous allons décrire les différentes solutions prothétiques pouvant être proposée et mise en place chez la personne âgée, mais n'oublions pas que :

« Dans la hiérarchisation des objectifs thérapeutiques, la possibilité de maintenir une hygiène bucco-dentaire optimale prime » POUYSSEGUR (74)

#### **IV.3.5.1. Prothèse fixée (5,74,89)**

Le plan de traitement doit être clairement explicité au patient âgé.

La prothèse fixée permet d'obtenir un meilleur confort du patient, son adaptation est facilitée, mais elle implique un coût élevé, des soins plus longs et complexes, et exige une maintenance importante.

Il faut également noter que les soins doivent être compatibles avec l'état de santé du patient (prendre notamment garde au problème carieux et aux maladies parodontales).

##### - Indication de la prothèse fixée en gériatrie :

- coopération possible du patient
- amélioration de l'esthétique
- dents supports de crochets de prothèse amovible.
- dents délabrées avec une forte charge occlusale
- correction d'un plan d'occlusion
- contention de dents résiduelles

##### Contre-indications :

- Rapport couronne clinique/racine clinique défavorable
- Incapacité du patient à pouvoir supporter ces soins

L'âge et l'état de santé du patient nous feront souvent évoluer dans nos propositions thérapeutiques vers des solutions simples, efficaces et conservatrices, réalisées en un nombre de séances minimum.

Prenons l'exemple de couronnes mal adaptées qui induisent une inflammation gingivale, il est sans doute préférable de meuler et de polir les bords plutôt que de les démonter systématiquement (89).

Il faudra également penser que les patients en gériatrie sont des personnes fatiguées et qui ne vont pas rajeunir. C'est pourquoi le traitement que nous proposons devra être le plus solide et le plus fiable possible, afin de ne pas avoir à réintervenir trop fréquemment par la suite.

Dans les situations où la prothèse fixée est indiquée, de par le vieillissement physiologique de la cavité buccale, et l'inefficacité ou l'insuffisance de l'hygiène, les critères de sa réalisation doivent contribuer à son efficacité maximale à travers :

- Des formes de contours facilitant l'hygiène
- Des embrasures dégagées
- La non-compression des intermédiaires de bridges
- La réduction des bombés
- La limite juxtagingivale des couronnes

#### **IV.3.5.2. Prothèse amovible partielle (49,74)**

La prothèse amovible partielle tente d'atteindre le double objectif de :

- Remplacer les dents absentes
- Conserver les dents présentes dans leur maximum d'intégrité.

La prothèse à châssis métallique coulée est la prothèse indiquée par excellence pour la pérennité de celle-ci, et de celle des dents restantes.

Cependant, POUYSSEGUR (74) met en évidence qu'« avec l'avancée en âge du patient, la prothèse en résine voit sa prévalence augmenter avec le nombre croissant de dents absentes ».

Si au delà de son aspect mécanique et technique la prothèse est considérée comme un dispositif médical à part entière, et qu'elle atteint son double objectif, elle contribue à ajouter de la vie à cette période de l'existence en repoussant l'échéance de l'édentation totale.

La solution prothétique est choisie dans l'optique de sa possible évolution, ou transformation, face au risque de décompensation d'une pathologie, susceptible d'affecter brutalement tout organisme vieillissant.

En effet, la précarité de l'état de santé d'un sujet âgé hypothèque la pérennité de toute réhabilitation prothétique (75).

- **Considérations cliniques (74,75)**

La particularité liée la conception des prothèses en gériatrie, est la bouche de la personne âgée.

Nous observons par exemple une résorption verticale, pouvant entraîner l'apparition sous-muqueuse d'éléments anatomiques normalement non apparents et situés en profondeur (citons à la mandibule : le trou mentonnier).

Si le repositionnement chirurgical du nerf apparaît comme une solution trop aléatoire chez le géronte, le simple évidement ou échancrement de la prothèse peut être envisagée comme un recours favorable.

- **Quelques particularités liées à la conception (74,75)**

La conception de la prothèse doit prendre en considération les problèmes buccaux inhérent au vieillissement, les risques potentiels pour le parodonte et les dents restantes, et doit pouvoir permettre une hygiène optimale.

Cela implique :

- Un dégagement des embrasures
- Une réduction des anfractuosités
- Des axes d'insertion-désinsertion facilités
- Une adaptation des potences aux dents naturelles, contre toute interposition alimentaire
- De choisir des crochets dont les formes créent le moins de surcontours
- D'augmenter le nombre de piliers
- De conserver les racines saines (pour la proprioception)

**Difficultés de réhabilitation prothétique chez la personne âgée**

• **Diminution de l'adaptation au stress (49)**

Le contexte soins dentaire est décrit comme un facteur de stress et d'effort cardiovasculaire.

Prenons l'exemple de la prise d'empreinte, certains sujets âgés peuvent réagir de façon plus vigoureuse.

Il convient alors au chirurgien dentiste de prendre en charge le patient âgé de façon individualisé, et de tenir compte de la diminution de ces capacités d'adaptation.

- **Diminution des capacités cognitives et de la coopération (49)**

Avec le vieillissement, une baisse de l'agilité intellectuelle, une diminution de la coopération, ainsi qu'une détérioration des processus d'apprentissage et de la mémoire sont observées.

La prémédication par hydroxyzine (Atarax) ou benzodiazépine, ne permet pas toujours le soin. Dans cette situation, la sédation par inhalation de MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène et Protoxyde Azote) est une alternative intéressante.

Son indication principale chez la personne âgée est la présence d'une appréhension vis-à-vis de l'acte prothétique, ou d'un réflex nauséux important.

- **Diminution de la sécrétion salivaire**

Suite à la mise en évidence d'une fréquente hyposialie chez la personne âgée, l'utilisation de plaques métalliques (Titane) comme base de prothèse amovible, qu'elle soit partielle ou complète, permet d'augmenter la contribution de la salive à la rétention.

En effet, une meilleure mouillabilité du métal par rapport à la résine facilite l'étalement uniforme d'un fin film de salive entre la muqueuse buccale et la base prothétique.

De plus, le métal n'étant pas aussi poreux que la résine, le film salivaire est maintenu de manière plus constante, ce qui diminue les inflammations muqueuses (19).

#### **IV.3.5.3. Prothèse amovible complète(74)**

La prothèse amovible complète ne doit plus représenter l'aboutissement inéductible de la prothèse mais pour l'heure, l'allongement de la durée de vie des hommes, l'augmentation de la fracture sociale, et l'augmentation de la population « senior » laisse à penser que la prothèse amovible complète sera encore d'un grand recours au XXI<sup>ème</sup> siècle.



#### ***IV.3.5.3.1. Difficultés cliniques***

- Condition locales :
  - résorption osseuse
  - hyposialie
  - fragilités tissulaires : perte d'élasticité de la muqueuse buccale et diminution de la résistance du revêtement cutané
  - iatrogénicité des prothèses antérieures mal conçues ou mal réalisées.
  
- Conditions générales :
  - perte de la dextérité manuelle,
  - troubles de la vision,
  - difficultés d'adaptation neuro-musculaire

Faces à ces difficultés croissantes, POUYSSEGUR (74) nous conseille dans son ouvrage de privilégier :

- La réfection des bases quand l'occlusion et l'esthétique sont préservées
- Le remplacement des prothèses « satisfaisantes » par imitation au plus près de celle-ci
- La souplesse dans la détermination et l'enregistrement des relations intermaxillaires adaptées à la posture actuelle du patient (matériaux à prise rapide et répétition des enregistrements)

#### ***IV.3.5.3.2. Problèmes de l'acceptation prothétique***

«Il n'existe pas de personne « heureuse » de porter des prothèses amovibles, mais il existe des personnes qui se résignent à ces substituts... » POUYSSEGUR (74)

Parce que justement cette prothèse amovible complète décrite comme la plus insatisfaisante de toutes au regard de ses prestations, est également la plus indispensable de toutes, au regard de la mutilation qu'elle répare.

#### ***IV.3.5.3.3. Différentes situations cliniques***

La prothèse amovible complète implique un abord psychologique poussé du patient.

- Lorsque le patient âgé n'a jamais été appareillé,

Il faut prévenir le patient du fait que sa prothèse ne lui restituera jamais « ad integrum » les possibilités bucco-dentaires de sa jeunesse.

L'encombrement des prothèses et les blessures occasionnées peuvent constituer les premières doléances, contre lesquelles le praticien doit redoubler de compétences, d'empathie, de conseils, afin permettre l'évolution de l'adaptation prothétique.

- Lorsque le patient a déjà été appareillé,

Après avoir évalué avec précision ses doléances et attentes, il convient de réaliser une nouvelle prothèse au plus proche des caractéristiques correctes de l'ancienne.

- Lorsque le patient âgé est malade et non autonome, mais que la restauration prothétique s'impose,

Il convient de réduire au maximum le traitement et de « dupliquer » ses prothèses existantes au laboratoire.

- Le montage des dents antérieures est réalisé sur ces duplicatas qui permettent la prise d'empreinte finale, puis l'enregistrement des RIM
- Puis, au laboratoire, le transfert sur articulateur permet le montage de toutes les dents et la polymérisation définitive.
- Pour ces patients, le recours aux bases souples peut procurer un confort compatible avec le port et l'utilisation fonctionnelle des prothèses.

On peut conclure en disant que traitement prothétique et vieillesse peuvent être synonymes de problèmes et que, plus qu'avec tout autre population, le traitement ne se limite pas à la réalisation et à l'insertion des prothèses.

Au contraire, seul un suivi très régulier, des conseils alimentaires et la résolution de certaines doléances (tels que des problèmes salivaires), en assure l'efficacité.

## **V. DISCUSSION : entre désirs et besoins, demandes et contraintes**

« Le cœur ne vieillit pas, mais il est triste de loger dans des ruines » VOLTAIRE

Vieillesse physique et vieillissement psychique sont différents. Avec l'âge, le corps devient un contenant inadéquat pour la force des pulsions qui continuent d'animer intérieurement la personne âgée (15).

Au sein des services spécialisés de gériatrie, la plupart des patients sont polymédiqués, présentent des polyopathologies, et beaucoup ne sont plus autonomes.

D'un point de vue dentaire, à l'analyse des résultats de différentes études et examens, nous constatons que l'hygiène bucco-dentaire des personnes hospitalisées est insuffisante, ce qui peut s'expliquer en partie par leurs états de faiblesse, de dénutrition et leurs faibles degrés d'autonomie.

Cependant, bien que la plupart des patients ait besoin de soins bucco-dentaires, une majorité n'en fait pas la demande.

Nous pouvons donc nous interroger sur le bien fondé de notre intervention ! (67)

Dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne âgée hospitalisée, il semble indispensable dans un premier temps de cerner les réels besoins bucco-dentaires spécifiques de ces patients, et de les accorder dans un second temps avec la demande du patient.

Les patients sont en général désireux de ne pas souffrir, de ne pas faire d'effort, d'être écoutés, reconfortés, au delà de l'acte médical.

En effet, la plupart d'entre eux ne connaissent pas les répercussions de l'état bucco-dentaire sur leur confort de vie, et de ce fait n'en exprime pas la demande.

Il convient donc d'éviter tout acharnement thérapeutique préjudiciable au bien-être du patient, même si techniquement certains traitements semblent souhaitables pour améliorer leur confort (67).

Dans l'exercice actuel de la médecine, l'objectivation scientifique du vivant semble être une grande conquête de l'esprit humain, certes, mais en ouvrant le règne des sciences biomédicales, elle signait l'oubli du sujet comme objet de l'acte médical (54).

En développant ses moyens de traiter les organismes humains, certaines facettes de la médecine ont perdu leurs finalités, qui est de soigner des personnes. Autrement dit, en développant des moyens d'actions spécifiquement opératoires, ce qu'on était d'ailleurs en droit d'attendre d'elle, la médecine tente de se protéger elle-même de la mort en déniait l'existence du sujet humain (53).

Prenons par exemple une douleur :

La douleur du soigné provoque l'action technique du soignant qui tente de l'en débarrasser. Le soigné est transformé en objet de douleur, son cri est aussitôt réduit à l'expression d'une douleur techniquement maîtrisable. Mais la souffrance dont témoigne son cri reste méprisable parce qu'elle ne peut être conjurée par un acte technique (54).

« Y-a-t-il une manière de soigner, ou de se faire soigner, qui évite la parole et qui réduit l'homme à un organisme fonctionnel, sourd et muet ». Ne pas entendre le cri de l'homme souffrant comme cri d'un sujet affronté à la mort dans son désir de vivre, c'est le condamner au silence, l'exclure de la véritable conversation de notre humanité.

« Il n'y a de corps que souffrant ». C'est ainsi que Denis Vasse intitulait un jour l'une de ses conférences. La souffrance est inévitable, elle est la vie en chemin (54).

C'est pourquoi la médecine :

- devrait être l'art d'affronter avec autrui sa véritable souffrance, plutôt que de contribuer à la masquer derrière le traitement technique de la douleur et de ses causes,
- devrait être un art philosophique, bien plus que l'application d'un savoir objectif d'un « patient », à un « praticien » (54).

Pourquoi toute cette réflexion, alors qu'on pourrait considérer la dentisterie comme une discipline à dominante chirurgicale ?

Peut-être bien parce qu'elle est également, et en premier lieu, une discipline médicale, dans le sens noble du terme, et que cette réflexion semble nécessaire dans la prise en charge d'une personne âgée, d'autant plus quand elle est dépendante.

## **VI- CONCLUSION**

Chaque patient est unique.

Il appartient ainsi à tout personnel soignant, lors de toute prise en charge, de prendre les moyens d'une bonne connaissance et analyse du sujet qui se confie à nous.

Elle seule nous permettra de juger des capacités d'adaptations et des possibilités thérapeutiques.

## **Références bibliographiques**

**1. AGENCE FRANCAISE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE.**

Mise au point : Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005.

[http://www.afssaps.fr/var/afssaps\\_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aec3f1985.pdf](http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aec3f1985.pdf)

**2. AGENCE FRANCAISE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE.**

Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie. Juillet 2001.

[http://www.afssaps.fr/var/afssaps\\_site/storage/original/application/f15406de4ddd45a47523409161b0d19.pdf](http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/f15406de4ddd45a47523409161b0d19.pdf)

**3. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION DE SANTE.**

Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez la personne âgée ayant des troubles de la communication verbale. Octobre 2000.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur\\_sujet\\_age\\_Recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Douleur_sujet_age_Recos.pdf)

**4. AJURIAGUERRA J et TISSOT R.**

Aspects du langage.

Bull Psychol 1966;**19**(247):8-12.

**5. AMOURIQ Y, BODIC F, LE GUEHENNEC L et LE BARS P.**

Adaptation des soins prothétiques chez les patients âgés.

Réal Clin 2007;**18**(2):167-180.

**6. ARCAND-HEBERT.**

Précis de gériatrie- 3<sup>e</sup> éd.

Paris: Maloine, 2007.

**7. ARRETO CD, BRUNET-CANONNE A et FIORETTI F.**

Consulter en odontologie, la relation praticien patient.

Paris: CdP, 2006.

**8. BATES JP, ADAMS D et STAFFORD GD.**

Odontologie gériatrique.

Paris: Masson, 1991.

**9. BAUDIN C.**

Personnes âgées et santé bucco-dentaire : un vaste chantier.

Chir Dent Fr 2005;**1193**:35-41.

**10. BELFER R.**

Prévention – Gardez le sourire. Mai 2002.

<http://www.medecines-douces.com/impatient/289mai02/sourire.htm>

11. **BERENHOLC C.**  
Biologie du vieillissement et perspectives cliniques.  
Actual Odontostomatol (Paris)2001;215:265-272.
12. **BONNEFOY C, DEBOISE A et CUSSON C.**  
Les candidoses oropharyngées : conduite à tenir.  
Actual Odontostomatol (Paris) 1997;200:679-697.
13. **BOUCHET Y et COHEN E.**  
Urgences dentaires et médicales- Conduite à tenir- Prévention chez le patient à risque.  
Rueil-Malmaison : CdP, 2007.
14. **BOUVET-GERBETTAZ S, MOIZAN H, STRAZIELLE C et coll.**  
Etude de la santé bucco-dentaire de patients hospitalisés en unité de soins gériatrique.  
Inf Dent 2006;**88**(1-2):23-25.
15. **BROUSTET E et MIQUEL JL.**  
Le vieillissement psychologique du patient âgé : normal ou pathologique.  
Chir Dent Fr 1986;**56**(327):27-30.
16. **BUDTZ-JORGENSEN E, CHUNG JP et RAPIN CH.**  
Nutrition and oral health.  
Best Pract Res Clin Gastroenterol 2001;**15**(6):885-896.
17. **CARON H.**  
Gérodontologie : les soins de bouche, parents pauvres de soins infirmiers.  
Dialogue 2002;20:20-21.
18. **CHALMERS JM, CARTERS JD et SPENCER AJ.**  
Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia.  
Gerodontology 2002 ;**19**(2):80-94.
19. **CHERRUAU M.**  
Influence du vieillissement sur les fonctions manducatrices.  
Réal Clin 2007;**18**(2):109-120.
20. **CHILAND C.**  
L'entretien clinique.  
Paris: PUF, 1985.
21. **COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ET ENDODONTIE.**  
Dictionnaire francophone des termes d'odontologie conservatrice.  
Paris: SNPMD, 2004.

**22. COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE.**

Corpus de gériatrie. Tome 1.  
Paris: Edition et Communication, 2000.

**23. DE GEEST M et DE CLERCQ M.**

Aspects psychologiques du patient vieillissant.  
Rev Belge Med Dent 1986;3:90-95.

**24. DENOUESNE C et BAKCHINE S.**

Les troubles bénins de la mémoire chez les sujets âgés.  
Gazette Médicale 1987;94(13):37-43.

**25. DESCROIX V et YASUKAWA K.**

Les médicaments en odonto- stomatologie.  
Paris: Maloine, 2005.

**26. DEVIN R.**

Le rôle des motivations en prothèses totale.  
Actual Odontostomatol (Paris) 1971;95:293-318.

**27. DORIN M, CANDES C, CHEVALIER J et coll.**

Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.  
Inf. Dent 2002;23:1547-1556.

**28. DUBOIS J, MIQUEL JL, MANCIET G et coll.**

Santé psychique, niveau intellectuel et capacité physique su sujet âgé.  
Chir Dent Fr 1983;53(223):40-43.

**29. DUPUIS V.**

Diététique, édentation et prothèse amovible.  
Paris: CdP, 2005.

**30. ESCURE S.**

Vieillesse et perte d'autonomie. Enquête sur l'état de santé de patients hospitalisés dans le centre de long séjour Hôtel-Dieu-La Collégiale.  
Actual Odontostomatol (Paris) 2004;228:327-335.

**31. ESCURE S.**

Etat dentaire des patients hospitalisés dans le centre de long séjour « La-Collégiale » Hotel-Dieu.  
Actual Odontostomatol (Paris) 2005;229:77-90.

**32. FERRY G et LE GOUES G.**

Psychopathologie du sujet âgé. 5<sup>o</sup>ed.  
Paris: Masson, 2000.



**33. FOLLIGUET M, GIACOBBI A, VEILLE-FINET A et BODINEAU A.**

Dossier : L'odontologie gériatrique : une discipline d'avenir ? (2<sup>ème</sup> partie). Rôle du chirurgien dentiste en pratique quotidienne.

Chir Dent Fr 2005;1198:19-24.

**34. GARNIER DELAMARE.**

Dictionnaire illustré des termes de médecine. 28<sup>e</sup> ed.

Paris: Maloine, 2004.

**35. GOUPIL ML.**

Etude épidémiologique décrivant le ressenti des patients âgés hébergés en gériatrie, de leur famille et du personnel soignant vis-à-vis de l'état bucco-dentaire : élaboration et étude préliminaire.

Thèse d'exercice en Chirurgie Dentaire, Rennes, 2008.

**36. GRIFFIN SO, GRIFFIN PM, SWANN JL et ZLOBIN N.**

Estimating Rates of New Root Caries in Older Adults.

J Dent Res 2004;83(8):634-638.

**37. HABIB G et ROUL G.**

Endocardite infectieuse- juillet 2001.

[http://www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec\\_mv/80.pdf](http://www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec_mv/80.pdf)

**38. HAUTE AUTORITE DE SANTE.**

Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Décembre 2008.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf)

**39. HAUTE AUTORITE DE SANTE.**

Prévention et traitement de la douleur post- opératoire en chirurgie buccale. Novembre 2005.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur\\_chirurgie\\_buccale\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur_chirurgie_buccale_recos.pdf)

**40. HINAULT MC.**

Projet pour l'amélioration de l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en établissement dans le département de la Sarthe.

Mémoire: Licence des sciences de la santé, université Henri Poincaré, Nancy I, 2008.

**41. HOTZ P et LUSSI A.**

Caries radiculaires. Diagnostic et bases thérapeutiques.

Schweiz Monatsschr Zahnmed 1996;106(3):248-257.

**42. IMBERT S et PASCAL S.**

Stomatites aiguës.

[http://www.therapeutique-dermatologique.org/article.php?article\\_id=301](http://www.therapeutique-dermatologique.org/article.php?article_id=301)

43. **JARDOUIN P, COUTAREL-FOND C et MILLET C.**  
Aspects psychologiques de l'édentation totale.  
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-325-B-08, 2007, **7**.
44. **JOLIVET-KARAGEORGIS A.**  
La personne âgée en perte d'autonomie.  
Mémoire: DUGS, Université Lumière, Lyon 2, 1995.
45. **KAQUELER JC et LE MAY O.**  
Anatomie pathologique bucco-dentaire – 2<sup>e</sup>éd.  
Paris: Masson , 1998.
46. **KINNEY JH, NALLA RK, POPLE JA et coll.**  
Age-related transparent root dentin: mineral concentration, crystallite size, and mechanical properties.  
Biomaterials 2005;26:3363-3376.
47. **LAROUSSE.**  
Définition « désir », « besoin », « demande », « contrainte ».  
<http://www.larousse.fr/encyclopédie/>
48. **LASKARIS G.**  
Atlas de poche des maladies buccales.  
Paris: Flammarion, 2006.
49. **LASSAUNAY C, NICOLAS E et VEYRUNE J-L.**  
Fonction masticatoire et sénescence.  
Réal Clini 2007;**18**(2):159-166.
50. **LE BARS P, AMOURIQ Y, BODIC F et GUIMELLI B.**  
Réactions tissulaires au port des appareils de prothèse dentaire amovible partielle ou totale.  
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-325-P-10, 2002, **10**.
51. **LEONARD A, D'INCO E, GABRIEL A et DUPUIS V.**  
Prothèses amovibles : comment les nettoyer.  
Clinic 2007;28:7-8.
52. **LEONARD A, SEQUELA V, DUPUIS V.**  
Prothèse complète et nutrition.  
Inf. Dent 2008;32:1785-1790.
53. **MAHLER P et POUYSSEGUR V.**  
Guide clinique. Odontologie gériatrique.  
Paris: CdP, 2001.

54. **MALHERBE JF.**

Sujet de vie ou objet de soins, introduction à la pratique de l'éthique clinique.  
Saint Laurent: Fides, 2007.

55. **MARMY M et MATT F.**

Bilan des connaissances bucco-dentaires du personnel soignant d'un EMS de psychogériatrie.  
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2003;**113**(7):787-793.

56. **MARTINEZ A.**

A propos d'une enquête bucco-dentaire menée à l'hôpital gériatrique les « Bateliers » du  
C.H.R.U de Lille. Tome I : Besoins en soins bucco-dentaires de la personne âgée  
institutionnalisée.

Thèse d'exercice en Chirurgie Dentaire, Lille, 2006.

57. **MERSAL A et WERTHEIMER J.**

Etude épidémiologique dentaire d'une population psycho-gériatrique.  
Cahi Prothèse 1992;79:99-104.

58. **MERLE L, LAROCHE ML, DANTOINE T et CHARMES JP.**

Predicting and preventing adverse drug reactions in the very old.  
Drugs Aging 2005;**22**(5):375-392.

59. **METTON M, BUCH D, TENENBAUM A et coll.**

Amélioration de l'hygiène bucco-dentaire des patients âgés de l'hôpital Bretonneau (AP-HP).  
Chir Dent Fr 2009;1398:53-60.

60. **MEURMAN JH et HAMALAINEN P.**

Oral health and morbidity – implications of oral infections on the elderly.  
Gerodontology 2006; **23**(1):3-16.

61. **MIQUEL JL, DUBOIS D et FERRAN P.**

Effet de la senescence sur l'état buccal.  
Chir Dent Fr 1984;245:38-40.

62. **MIQUEL JL, MANCIET G et DUBOIS J.**

Maladies et traitements à expression odonto-stomatologique.  
Chir Dent Fr 1984;245:41-44.

63. **MILLET C, TEN CATE JM et LASFARGUES JJ.**

La reminéralisation des lésions carieuses (1). Le rôle essentiel des fluorures.  
Réal Clini 2004;**15**(3):249-260.

64. **MOULIAS R, LYNCH A et RUMEAU P.**

Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.  
Actual Odontostomatol (Paris) 2001;215:301-313.

65. **MOULIAS R et MOULIAS S.**  
Abord clinique du malade âgé.  
Paris: Springer, 2007.
66. **MUZYKA B et GLICK M.**  
A review of oral fungal infections and appropriate therapy.  
J Am Dent Assoc 1995;**126**:63-72.
67. **NEBOT D, BUCH D, DUVERNEUIL G, WOLMARK Y et coll.**  
Evaluation de l'état bucco-dentaire des personnes âgées en institution- l'expérience de l'hôpital Bretonneau.  
Réal Clin 2007;**18**(2):201-212.
68. **NEBOT D et DUPAS C.**  
Les soins dentaires conservateurs de nos aînés.  
Réal clin 2007;**18**(2):129-144.
69. **NEBOT D et GOLDBERG M.**  
Aspects de la dentisterie conservatrice chez les sujets âgés.  
Revue Odontostomatol 1987;**16**(1):19-25.
70. **NEDERFORS T.**  
Xerostomia and hyposalivation.  
Adv Dent Res 2000;14:48-56.
71. **PARIS JC et FAUCHET AL.**  
Le guide esthétique. Comment réussir le sourire de vos patients ?  
Paris: Quintessence International, 2003.
72. **PASINI W et HAYNAL A.**  
Manuel de psychologie odontologique.  
Paris: Masson, 1992.
73. **PONTES HA, NETO NC, FERREIRA KB et coll.**  
Oral manifestations of vitamin B12 deficiency: a case report.  
J Can Dent Assoc. 2009;**75**(7):533-537.
74. **POUYSEGUER V.**  
Odontologie gériatrique.  
Rueil Malmaison: CdP, 2001.
75. **POUYSEGUER V.**  
Prothèse et gérodontologie.  
Encycl Med Chir (Paris),Odontologie, 23-434-A-10, 1998.

**76. ROZENCWEIG D.**

Des clés pour réussir au cabinet dentaire.

Paris: Quiescence International, 1997.

**77. SAHEL S et coll.**

Iatrogenèse médicamenteuse chez la personne âgée.

Réal clin 2007;**18**(2):121-127.

**78. SAINT PIERRE F.**

La bouche, entre plaisir et souffrance.

Paris: ESKA, 2000.

**79. SANS AUTEUR.**

Les brosses.

Clinic 2003;**24**:7-19.

**80. SANS AUTEUR.**

Les hydropulseurs.

Clinic 2003;**24**:25-26.

**81. SANS AUTEUR.**

Mieux prescrire en odontologie. Dossiers de l'ADF.

Paris: Association Dentaire Française, 2006.

**82. SANS AUTEUR.**

Personnes âgées dépendantes. Des bouches à l'abandon.

Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003;15:18.

**83. SANS AUTEUR.**

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse- Révision de la conférence de consensus de mars 1992- Recommandations 2002.

[http://www.infectiologie.com/site/medias/\\_documents/consensus/endocardite-court-02.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/endocardite-court-02.pdf)

**84. SANS AUTEUR.**

Qu'est-ce que la grille AGGIR et à quel degré de dépendance les différents groupes de cette grille correspondent-ils ?

<http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>

**85. SANS AUTEUR.**

Syndrome de glissement de la personne âgée.

<http://medecine.tv/video,syndrome-glissement-personne-agee,nx080912211431160.html>

**86. SAVARD G, RAYNAUD-SIMON A, BARTHAS A et NABET C.**

Dépister facilement la malnutrition au cabinet: enjeu et outils pour l'omnipraticien.

Réal Clin 2007;**18**(2):181-189.

87. **SHIP JA, DUFFY V, JONES JA et LANGMORE S.**  
Geriatric oral health and its impact on eating.  
J Am Geriatr Soc 1996;**44**(4):456-464.
88. **TADDEI C et coll.**  
Prothèse amovible: Physiologie de l'édenté total.  
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-325-A-20, 1996.
89. **TRIVALLE C.**  
Gérodontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique.  
Paris: Masson, 2002.
90. **URCAM NORD PAS-DE-CALAIS.**  
Etat bucco-dentaire et organisation des soins.  
Lille: URCAM, 2006.
91. **URCAM PAYS DE LA LOIRE.**  
Le suivi bucco-dentaire des personnes âgées en établissement : un enjeu de santé publique.  
Nantes: URCAM, 2003.
92. **VERECK E.**  
Les dents, temple de l'âme.  
Paris: Luigi Castelli, 2004.
93. **VERNER C et SOUEIDAN A.**  
La thérapeutique parodontale chez le sujet âgé.  
Réal Clin 2007;**18**(2):145-158.
94. **VEYRUNE JL, LASSAUZAY C, NICOLAS E et HENNEQUIN M.**  
Considérer le risque de dénutrition chez les personnes âgées.  
Réal Clin 2004;**15**(4):361-373.
95. **WIEHL P.**  
Médecine dentaire et âge. La prise en charge de patients gériatriques.  
Schweiz Monatsschr Zahnmed 1990;**100**(3): 311-323.
96. **XIE Q, AINAMO A et TILVIS R.**  
Association of residual ridge resorption with systemic factors in home living elderly subjects.  
Acta Odontol Scand 1997;**55**:299-305.
97. **ZYSSET AC.**  
La santé buccale chez les patients âgés.  
Schweiz Monatsschr Zahnmed 2002 ; **112**(11):1187-1189.

## **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

- Figure 1 : Continuum cognitif - Précis de Gériatrie, Arcand-Hébert, p 246
- Figure 2 : Candidose pseudo -membraneuse sur le palais : Atlas de poche des maladies buccales, p19
- Figure 3: Stomatite prothétique, Atlas de poche des maladies buccales, p 51
- Figure 4: Perlèche, TRIVALLE, Gérontologie préventive
- Figure 5 : Aphte banal, Atlas de poche des maladies buccales, p 159
- Figure 6 : Lichen plan de la muqueuse buccale : formes papuleuses et réticulées, Atlas de poche des maladies buccales, p 6
- Figure 7: Leucoplasie homogène, Atlas de poche des maladies buccales, p 3
- Figure 8 : Pemphigus vulgaire: Amas de bulles hémorragiques sur la muqueuse buccale, Atlas de poche des maladies buccales, p 115
- Figure 9 : Pemphigus vulgaire : érosions sur le dos de la langue, Atlas de poche des maladies buccales, p 115
- Figure 10 : Erythème polymorphe: multiples érosions sur les lèvres et la langue, Atlas de poche des maladies buccales, p 109
- Figure 11 : Leucémie aigüe myélocytaire, Atlas de poche des maladies buccales, p 109
- Figure 12 : Leucémie lymphocytaire chronique, Atlas de poche des maladies buccales, p 109
- Figure 13 : Maladie d'Addison : pigmentation de la muqueuse buccale, Atlas de poche des maladies buccales, p97
- Figure 14: Scorbut, tuméfaction et rougeur de la gencive, Atlas de poche des maladies buccales, p 239
- Figure 15: Evolution des textures en fonction des phases d'équilibration prothétique, et exemples de menus-types en fonction de chaque texture, d'après A.LEONARD, V.SEGUELA, V.DUPOUIS, ID n°32-2008, p1788
- Figure 16 : Quelques exemples d'adaptation, Précis de gériatrie, ARCAND-HEBERT
- Figure 17 : méthode de brossage chez l'adulte- d'après UFBS
- Figure 18 : petit matériel nécessaire à la mise en place de la technique d'hygiène, par le service d'odontologie de l'hôpital Bretonneau- METTON M. et col.- CDF n°1398- 18/06/2009
- Figure 19 : situation initiale, patiente de 83 ans présentant une maladie d'Alzheimer
- Figure 20 : nettoyage réalisé par un praticien avec une brosse à dent à poils souples
- Figure 21: Rinçage de la bouche à l'aide d'un hydropulseur : la patiente recrache l'eau dans un haricot
- Figure 22: bâtonnets (à adhésif) utilisés pour nettoyer les dents au collet
- Figure 23: passage des microbrush dans certaines zones difficiles
- Figure 24 : résultat en bouche
- Figure 25= lésions cervicales d'usure au niveau de 44-45, chez une patiente de 75 ans, présentant une hygiène bucco-dentaire médiocre. On note une récession gingivale au niveau de 46-47, d'après N.NEBOT, C.DUPAS, Les soins dentaires conservateurs de nos aînés, Réalités cliniques vol 18 n°2, 2007 pp. 134
- Figure 26= Caries radiculaires infra-gingivales en présence d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire, chez une patiente de 69 ans, d'après N.NEBOT, C.DUPAS, Les soins dentaires conservateurs de nos aînés, Réalités cliniques vol 18 n°2, 2007 pp. 141

- Figures 27 et 28 : Patient de 72 ans présentant des caries radiculaires sur 11 et 21, l'hygiène est assez satisfaisante. Les caries étant assez profondes, une base intermédiaire au CVI est réalisée, puis une obturation au composite de moyenne viscosité, d'après D.NEBOT et C.DUPAS
- Figure 29 : Variations morphologique de la cavité pulpaire avec l'âge, d'après D.NEBOT et M.GOLDBERG, Aspects de la dentisterie conservatrice chez les sujets âgés, Revue d'odontostomatologie- Tome XVI- n°1- 1987 , p20
  
- Tableau 1 : Modifications dentaires au cours du vieillissement, Précis de Gériatrie, Arcand-Hébert, p 949
- Tableau 2 : Eléments de comparaison entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne
- Tableau 3: pathologies les plus fréquemment rencontrés chez les patients hospitalisés en gériatrie, d'après Stéphanie BOUVET-GERBETTAZ en 2006
- Tableau 4: Répartition des patients selon leur autonomie, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 5: Répartition globale des dents au maxillaire et à la mandibule, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 6: Pourcentage de résidents présentant des caries, quelque soient leurs localisations, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 7: répartition des caries en fonction de leurs localisations, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 8: Pourcentage de résidents dentés présentant des racines résiduelles, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 9: Répartition des sujets selon la qualité de leur hygiène, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 10: Pathologies muqueuses observées, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 11: Etat des bases prothétiques, d'après Andres MARTINEZ en 2006
- Tableau 12: pourcentage de résidents selon la satisfaction fonctionnelle et esthétique de leur prothèse, d'après Andres MARTINEZ en 2006



- Tableau 13: statistiques sur le ressenti des patients vis-à-vis de leurs dents, gencives et appareils, d'après ML GOUPIL, en 2008
- Tableau 14 : Quelques formules à prendre en compte dans la communication verbale. D'après D. ROZENCWEIG.- Des clés pour réussir au cabinet dentaire- Quiescence international, 1997, p 270
- Tableau 15 : les conseils pour une bonne alimentation et une bonne santé orale, d'après G.SAVARD et col. ; Dépister facilement la malnutrition au cabinet: enjeu et outils pour l'omnipraticien - Réalités cliniques vol 18 n°2, 2007 pp. 186
- Tableau 16 : Liste des médicaments sialoprives, d'après Hébert et Arcand - ESCURE S. Etat dentaire des patients hospitalisés dans le centre de long séjour « La-Collégiale » Hotel-Dieu. AOS., 2005., n°229., pp89
- Tableau 17 : Liste non exhaustive des agents traitant contre l'hypersensibilité dentinaire -ADF 2009 – les agents locaux en odonto-stomatologie- p 22
- Tableau 18 : Les traitements par classes de candidoses, d'après BONNEFOY C, DEBOISE A, CUSSON C ; Les candidoses oropharyngées : conduite à tenir, Actual Odontostomal n°200, décembre 1997
- Tableau 19 : Présentation et posologie des antifongiques polyéniques utilisés dans les traitements locaux, d'après BONNEFOY C, DEBOISE A, CUSSON C ; Les candidoses oropharyngées : conduite à tenir, Actual Odontostomal n°200, décembre 1997
- Tableau 20 : Les antifongiques bistriazolés utilisés par voie générale, d'après BONNEFOY C, DEBOISE A, CUSSON C ; Les candidoses oropharyngées : conduite à tenir, Actual Odontostomal n°200, décembre 1997

**GIRAUD Laurence** – Prise en charge odontologique des patients en Gériatrie: Entre désirs et besoins, demandes et contraintes.

136 f. ; tabl. ; 97 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2010)

## RESUME

La cavité buccale présente des rôles essentiels dans la vie de tout individu.

Dans les services de gériatrie, les patients peuvent présenter différentes pathologies. La nécessité en soins bucco-dentaire est décrite comme importante, mais la demande est paradoxalement peu exprimée.

La prise en charge géroodontologique de chacun des patients est réfléchi en terme de nécessité, de demande, mais également de capacité à consentir et à supporter les soins.

Des protocoles simples et efficaces de prévention sont mis en place, notamment concernant l'alimentation et l'hygiène bucco-dento-prothétique.

Les différentes thérapeutiques conservatrices, restauratrices ou extractrices peuvent être indiquées, en accord avec le patient, son entourage et l'équipe soignante. La notion d'un bénéfice toujours supérieur aux contraintes liées au soin est ainsi essentielle.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie

## MOTS CLES MESH

Dentisterie Gériatrique, Besoins et demandes services santé, Psychologie, Thérapeutique

GERIATRIC DENTISTRY, HEALTH SERVICES NEEDS AND DEMAND, PSYCHOLOGY, THERAPEUTICS

ADRESSE DE L'AUTEUR 1 rue Jeanne d'Arc- Résidence Astrid- 72000– Le Mans