

Soins palliatifs: aspects relatifs à la médecine dentaire

Possibilités et limites des soins dentaires en médecine palliative et exigences particulières posées au médecin dentiste

Mots clés: Médecine dentaire palliative, médecine palliative, qualité de vie liée à la santé buccodentaire, OHRQoL, image de la médecine dentaire, gérodonnologie

MARTIN SCHIMMEL¹
PATRICIA SCHOENI²
FRAUKE MÜLLER¹

¹ Département de Gérodonnologie et de Prothèse adjointe, Institut de médecine dentaire de l'Université de Genève

² Clinique universitaire de réhabilitation et gériatrie des HUG, Genève

Correspondance

D^r Martin Schimmel
Section Médecine Dentaire
Division de Gérodonnologie et Prothèse adjointe
19, rue Barthélemy-Menn
CH-1205 Genève
Tél. +41 223 79 40 98/60
Fax +41 223 79 40 52
martin.schimmel@medecine.unige.ch

Traduction française de Jacques Rossier

Résumé Le rôle de la médecine palliative est de soigner les patients si gravement atteints qu'il n'y a plus d'espoir de guérison. Les mesures thérapeutiques lourdes à visée curative doivent être évitées au cours de cette phase, pendant laquelle l'amélioration de la qualité de vie des patients est au centre de l'attention. Les mesures thérapeutiques devraient viser à répondre à leurs besoins physiques, psychiques et spirituels et à soulager les douleurs éventuelles. Le cas échéant, les désirs des proches doivent également être pris en considération. La médecine palliative nécessite une prise en charge pluridisciplinaire, et les soins dentaires ne devraient pas en être exclus.

A cet égard, la prophylaxie des infections, le traitement de la xérostomie, des inflammations de la muqueuse buccale, des candidoses, la suppression des zones de pression sous-prothétiques et des bords tranchants représentent quelques exemples de mesures thérapeutiques pouvant exercer une influence considérable sur la qualité de vie. Des améliorations esthétiques limitées peuvent également être indiquées.

Les collègues engagés dans le domaine des soins palliatifs devraient être patients et agir avec tact; ils devraient être au bénéfice de plusieurs années d'expérience professionnelle.

Introduction

Les patients si gravement atteints qu'une guérison ne peut plus être envisagée devraient bénéficier de mesures thérapeutiques centrées sur leurs plaintes et destinées à atténuer les douleurs éventuelles. Dans les situations de ce genre, il est important d'épargner à ces patients les essais thérapeutiques à visée curative superflus et pénibles à supporter (LEFEBVRE-CHAPIRO & SEBAG-LANOË 1999).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2007), la médecine palliative «... a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients – et de leurs familles – confrontés à une maladie

menaçant leur pronostic vital. Cet objectif peut être atteint par des mesures préventives et thérapeutiques précoces, par le diagnostic correct de la maladie en cause, par la reconnaissance précoce et le traitement des douleurs et autres problèmes de nature physique, psychosociale et spirituelle.»

La médecine palliative s'est développée à partir de la prise en charge médicale des patients atteints de maladies cancéreuses. Elle reste centrée sur l'accompagnement des patients cancéreux, car aujourd'hui encore, les tumeurs malignes représentent en Suisse la deuxième cause de mort par ordre de fréquence, et même la cause de mort la plus fréquente dans le groupe d'âge des 45 à 64 ans (femmes 55%, hommes 41%)

(Office fédéral de la statistique, 2007). Le domaine de la médecine palliative ne se limite cependant pas à ce groupe de patients. Ainsi, les patients en phase terminale atteints de maladies telles que le SIDA, les démences, la maladie de Parkinson, l'insuffisance cardiaque ou rénale ou d'autres maladies graves sont pris en charge selon ces mêmes principes de la médecine palliative (VAN NEES 1996). Concrètement, cela signifie que la médecine palliative implique une approche à la fois globale et pluridisciplinaire de ces patients. Les douleurs et les infections opportunistes doivent être contrôlées, et les besoins ou les atteintes d'ordre physique, fonctionnel, psychosocial et spirituel doivent être pris en compte (WALSH 1994). Les soins palliatifs peuvent être dispensés aux patients hospitalisés ou en ambulatoire dans le cadre de certains programmes hospitaliers spécialisés. L'équipe soignante comprend traditionnellement des infirmières et infirmiers, des aumôniers, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et des médecins.

Les médecins dentistes et les hygiénistes dentaires sont souvent absents de ces équipes multidisciplinaires vouées aux soins palliatifs généraux. Pour les patients atteints de tumeurs de la sphère ORL et cervicofaciale, les soins médico-dentaires sont particulièrement importants; ces patients sont donc traités généralement dans des services hospitaliers spécialisés (ORL, chirurgie cervicofaciale) (MAHAFFEY 1997). Lors de néoplasie orale, il est évident que la cavité buccale sera fortement sollicitée en raison de la tumeur, d'une part, mais aussi du fait des traitements nécessaires, souvent agressifs. En conséquence, les douleurs et les pertes fonctionnelles sont des phénomènes d'accompagnement fréquents. Les lésions provoquées par ces tumeurs ou par les mesures thérapeutiques requises peuvent provoquer la formation de cicatrices, de contractures permanentes des muscles masticatoires, mais elles peuvent aussi s'accompagner de xérostomie, d'infections opportunistes, de caries radioinduites ou d'une hygiène buccodentaire déficiente. De plus, la fonction masticatoire est souvent réduite dans des proportions très importantes. Conséquences potentielles: manque d'appétit, malnutrition et cachexie, constituant une atteinte directe très importante de la qualité de vie de ces patients (JOBBS ET COLL. 1992a; JOBBS ET COLL. 1992b).

A la différence des principes thérapeutiques curatifs traditionnels, la médecine palliative est centrée en théorie, au-delà du traitement de la maladie principale, sur le maintien des fonctions systémiques de l'organisme, par exemple au niveau de la cavité buccale. En pratique, on observe malheureusement que l'hygiène buccale des patients atteints de tumeurs ORL ou cervicofaciales est souvent médiocre. De plus, il a été montré que le status dentaire de ces patients est significativement inférieur à un groupe contrôle (MAIER ET COLL. 1993). Des études multicentriques ont montré que 33% des patients atteints de SIDA (LARUE 1994) et 31 à 42% des patients investigués dans des services de soins palliatifs présentent des symptômes buccodentaires (ALDRED ET COLL. 1991; JOBBS ET COLL. 1992a). Le plus souvent, ces problèmes buccodentaires étaient liés à la xérostomie ou à des prothèses mal positionnées (tab. I).

Possibilités et limites de la médecine dentaire dans le domaine des soins palliatifs

Les médecins-dentistes sont rarement confrontés à des mourants, mais ils font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire engagée en médecine palliative. Leur rôle s'inscrit dans le cadre de «... la prise en charge de patients atteints de maladies graves à un stade avancé, dont la cavité buccale a été altérée par la maladie elle-même ou par le traitement de cette

Tab. I Prévalence des symptômes oraux chez les patients au stade terminal de leur maladie. (NE = non enregistré; * Pour les patients munis de prothèses.) D'après WISEMAN 2000.

Symptôme	Etude 1 (LARUE 1994)	Etude 2 (JOBBS ET COLL. 1992a)	Etude 3 (ALDRED ET COLL. 1991)
Xérostomie	77%	58%	97%
Douleur orales	33%	42%	31%
Candidose	85%	70%	NE
Dysphagie	35%	37%	51%
Difficultés d'élocution	NE	NE	66%
Problèmes relatifs aux prothèses amovibles*	45%	71%	40%

maladie. L'objectif du traitement vise alors essentiellement à améliorer, dans l'immédiat, la qualité de vie de ces patients.» (WISEMAN 2000). En outre, les patients en phase terminale peuvent aussi avoir besoin de soins dentaires, indépendamment de la maladie dont ils sont atteints.

La planification du traitement médico-dentaire doit tenir compte, d'une part, du status médical général ainsi que du stade de progression de la maladie principale, et, d'autre part, des traitements médico-dentaires objectivement nécessaires. Conformément aux principes de la médecine palliative, les traitements médico-dentaires devraient viser tout d'abord à contrôler les douleurs et les infections afin d'assurer l'intégrité de la fonction orale. Il s'agit d'éviter de planifier des traitements compliqués et difficiles; cependant, la planification dépend fortement des restrictions physiques et cognitives du patient individuel ainsi que des désirs du patient et, le cas échéant, de la famille. Lorsque la mort est déjà très proche, les indications se limitent en règle générale au traitement des douleurs, à la prophylaxie des infections et, si nécessaire, à des améliorations esthétiques.

Hygiène buccale

La stratégie médico-dentaire fondamentale est basée sur le maintien de l'hygiène orale. Les effets généraux positifs d'une bonne hygiène buccale, de la prévention des infections, des douleurs et de la perte de dents sont bien connus, et ces éléments fondamentaux ne doivent évidemment pas être négligés, même chez les patients les plus sévèrement atteints.

Par ailleurs, il apparaît depuis quelques années avec un degré d'évidence croissant que les infections de la cavité orale exercent aussi une influence sur la santé générale du patient; sur le plan scientifique, on ignore encore dans quelle mesure il s'agit d'un rapport de causalité ou de l'effet de facteurs de risque communs. Il semble que certains germes de la plaque dentaire jouent un rôle lors de la survenue et de la progression de maladies vasculaires et d'ictus cérébraux (JANKET ET COLL. 2003). On peut ainsi attribuer à l'hygiène orale un rôle en prévention tertiaire, par exemple chez les patients ayant subi un ictus cérébral. Par ailleurs, il est bien connu que les infections et les maladies du parodonte présentent une évolution plus sévère chez les patients diabétiques, comparativement aux non diabétiques (KHADER ET AL. 2006). Il s'agit de contrôler la glycémie de manière plus étroite en présence de maladies du parodonte (TAYLOR ET COLL. 1996). A cet égard, le contrôle de la plaque dentaire est particulièrement important chez les patients diabétiques. Le risque de bronchopneumonie par aspi-

Tab. II Vue d'ensemble des mesures d'hygiène buccale chez les patients en soins palliatifs de classe III (GABA 2003, NITSCHKE 2000).

Indications générales

- Motiver les patients à maintenir leur autonomie, mais surveiller cependant l'hygiène buccale
- Adapter l'aide proposée aux restrictions fonctionnelles individuelles

Hygiène buccale

- Patients alités: les placer en position assise (diminuer le risque d'aspiration)
- Maintenir un bassin rétiniforme sous le menton
- Patients grabataires: s'asseoir sur le lit derrière le patient, maintenir ou stabiliser la tête avec la main gauche. Brosser les dents avec la main droite (ou utiliser sa technique personnelle)

Exigences minimales pour l'entretien des prothèses

- Les retirer une fois par jour et les nettoyer complètement
- Les rincer à l'eau courante après chaque repas

Tab. III Vue d'ensemble des mesures d'hygiène buccale possibles chez les patients en soins palliatifs de classe IV (GABA 2003, NITSCHKE 2000).

Indications générales

- Positionnement des patients complètement passifs: p. ex. position latérale de la tête, bassin rétiniforme, douche buccale avec une solution de rinçage, laisser le liquide s'écouler dans le bassin

Hygiène buccale

- Rinçage de la bouche plusieurs fois par jour (p. ex. Meridol®) – Nettoyage de la cavité buccale au moyen de compresses de gaze trempées dans du thé ou une solution de rinçage
- Hygiène buccale très médiocre: rincer avec une solution de chlorhexidine, au max. pendant 2–3 semaines
- Humecter les muqueuses avec des bâtonnets d'ananas
- Mettre de la crème sur les lèvres (Bepanthène®) plusieurs fois par jour. Lors de sécheresse buccale ⇒ utiliser de la salive artificielle

Exigences minimales pour l'entretien des prothèses dentaires

- Retirer la prothèse une fois par jour et la nettoyer
- Nettoyage professionnel tous les deux mois

ration liée à la flore microbienne de la plaque est particulièrement important chez les patients grabataires dont l'état général est affaibli (IMSAND ET COLL. 2002). Les programmes conséquents d'hygiène orale semblent liés à une diminution de l'incidence des pneumonies chez ces patients (YONEYAMA ET COLL. 1999).

L'équipe médico-dentaire peut obtenir des effets positifs avec des moyens relativement simples, qui permettent d'influencer favorablement la santé générale et la qualité de vie des patients. En font partie: le nettoyage régulier des dents, la prescription d'une solution antibactérienne de rinçage buccal, et surtout la formation adéquate du personnel soignant (KINLEY & BRENNAN 2004) (tab. II et III).

Xérostomie

Il a déjà été signalé plus haut que la sécheresse buccale est un problème largement répandu chez les patients en soins palliatifs. La xérostomie résulte souvent de la polymédication ou de la radiothérapie au niveau cervico-facial. Elle peut être diagnostiquée sur la base d'une anamnèse soignée et approfondie, car la xérostomie ne peut pas toujours être vérifiée objectivement. Elle représente souvent un symptôme subjectif. Le médecin devrait en tous les cas se préoccuper des symptômes de ce type (DORMENVAL ET COLL. 1999; SREEBNI & VALDINI 1988).

Contrairement à une pratique largement répandue, il ne faut pas recommander au patient d'appliquer sur les zones desséchées une pommade à base d'huile minérale, comme la vaseline, car ces pommades ne contiennent pas d'eau et exercent un effet hygroscopique aggravant la déshydratation.

Les préparations de salive artificielle sont destinées à combattre le dessèchement de la muqueuse buccale sans endommager les dents. Lorsque la sécheresse buccale est peu importante, on peut recommander l'utilisation d'une eau minérale fluorée. Lors de xérostomie importante, il faut utiliser des solutions dont les propriétés rhéologiques sont comparables à celles de la salive. Ces «salives artificielles» contiennent des molécules (par exemple des mucines) qui imitent les caractéristiques de surface et la viscosité de la salive (CHRISTERSSON ET COLL. 2000; KIELBASSA & MEYER-LUECKEL 2001). Il est également possible de soulager les patients grabataires en humectant la bouche avec des compresses de thé ou de jus d'ananas. Il faut absolument éviter les solutions alcooliques pour le rinçage buccal, car elles peuvent dessécher les muqueuses et provoquer des sensations de brûlure (WISEMAN 2006).

Mucosite et stomatite

Les stomatites sont fréquentes après radio- et/ou chimiothérapie. Après une chimiothérapie, jusqu'à 75% des patients présentent une mucosite (DODD ET COLL. 1996). Les chimiothérapies utilisées pour combattre les néoplasies attaquent les tissus dont le taux de prolifération est rapide (nombre élevé de mitoses), par exemple l'épithélium malpighien non kératinisant de la cavité buccale. La diminution de taux de reproduction cellulaire entraîne une atrophie des muqueuses. D'où une augmentation de l'incidence des ulcérations, dont l'évolution peut être aggravée par une surinfection bactérienne (LADOR ET COLL. 2006). Les inflammations de la muqueuse buccale (stomatites) se manifestent essentiellement par des sensations de brûlure (GRAHAM ET COLL. 1993). Les cinq signes classiques d'inflammation de la muqueuse buccale (rougeur, chaleur, œdème, douleur, atteinte fonctionnelle) ainsi que des ulcérations se manifestent généralement entre 7 et 14 jours après le début de la chimiothérapie (MADEYA 1996).

Le traitement se limite en principe à soulager les douleurs. Les sprays contenant de la xylocaïne peuvent diminuer les symptômes, mais ils devraient être utilisés avec retenue, car en plus de leur toxicité connue, ils inhibent le réflexe de déglutition et augmentent ainsi le risque de broncho-aspiration (fausse route). Occasionnellement, il est recommandé d'administrer une solution de morphine à 0,2% (CERCHIETTI ET COLL. 2002). En tant que mesures d'accompagnement, il faut toujours veiller à éliminer les facteurs traumatiques locaux (fractures d'obturations à l'amalgame ou de dents, prothèses à bords aigus, crochets prothétiques saillants, etc.).

Candidose

On retrouve différentes espèces de Candida chez 40% environ de la population générale, mais ce pourcentage s'élève jusqu'à 80% chez les patients cancéreux en phase terminale (JOBIBINS ET COLL. 1992b). L'infection est opportuniste, consécutive à la diminution des défenses immunitaires chez ces patients. Ces infections se développent rapidement; les réinfections sont fréquentes et souvent difficiles à maîtriser (SWEENEY & BAGG 1995) (fig. 1).

Le traitement consiste à rincer la bouche des patients trois fois par jour avec une solution de bicarbonate (une cuiller à thé de bicarbonate de sodium dans un verre d'eau); on prescrira également un gel contenant 2% de miconazole (Daktarin® Gel



Fig. 1a, b Infection à *Candida* des muqueuses du maxillaire (a). La prothèse totale du maxillaire supérieur n'avait pas été retirée, ni nettoyée par le personnel soignant (b).



Fig. 2 Exemple clinique du status buccal lamentable d'une patiente examinée à la consultation de médecine dentaire.

oral) (DUPONT 2006). Lorsque le traitement reste inefficace, il faut faire un frottis de la région atteinte, suivi d'une culture. Le choix de l'antimycosique peut alors être réalisé spécifiquement en fonction du germe en cause. Lorsque le patient est porteur de prothèses dentaires, celles-ci doivent être désinfectées quotidiennement. Un procédé simple consiste à faire tremper les prothèses amovibles dans une solution d'eau de Javel® à 50% tous les soirs pendant 15 minutes. Après désinfection, les prothèses doivent cependant être rincées très soigneusement. Puis les patients doivent s'abstenir de porter les prothèses pendant la nuit; celle-ci doivent être gardées au sec pendant ce laps de temps.

Aspect physique du patient

En médecine palliative, un autre aspect des soins médico-dentaires peut être la restauration de l'aspect extérieur de la cavité orale, par exemple lorsque des dents sont cassées ou absentes (fig. 2). Il arrive également que la prothèse mobile ne soit plus adaptée, car elle n'a plus été portée pendant longtemps, voir même qu'elle ait été perdue. Ces problèmes concernent environ 10% des patients (SCHIMMEL ET COLL.). Dans quelques semaines, la famille, les amis et connaissances du malade viendront lui rendre visite pour prendre congé de lui. C'est une période au cours de laquelle la dignité et le respect de soi-même

sont très importants pour le patient. La réalisation d'une prothèse simple à visée purement esthétique, même s'il ne s'agit que d'une prothèse supérieure, peut améliorer grandement l'estime de soi et permettra au patient de rencontrer ses amis et ses proches avec dignité. Parfois, le désir d'une nouvelle prothèse est exprimé par la famille du patient, car elle souhaite faire plaisir à la personne aimée et aimerait par ailleurs en garder un souvenir empreint de dignité.

Exemples de cas

Les patients dont les cas sont présentés ci-dessous ont été pris en charge et accompagnés par Patricia Schoeni au «Centre de Soins Continus» (CESCO) des Hôpitaux universitaires genevois (HUG). Ils illustrent les possibilités et limites des traitements médico-dentaires chez les patients en soins palliatifs.

Cas 1

Cette patiente âgée de 93 ans présentait une récurrence d'un carcinome de la vésicule biliaire. Elle souffrait notamment d'une cheilite angulaire douloureuse et d'une candidose oropharyngée. La candidose a été traitée simultanément par voie systémique par fluconazole (Diflucan®) et localement par nystatine (Mycostatin®). Comme cette patiente se plaignait en outre du port inconfortable de sa prothèse dentaire en raison d'une xérostomie, elle a bénéficié de l'utilisation de salive artificielle (Glandosane®). Elle souhaitait en outre un rebasage de sa prothèse amovible. La patiente est décédée sept jours après le début du traitement antifongique.

Cas 2

Ce patient de 91 ans souffrait principalement d'une bronchite chronique obstructive. Il a demandé un rendez-vous à la consultation de médecine dentaire, bien qu'il ait été conscient de se trouver dans la phase terminale de sa maladie. Il a été examiné et un devis a été établi pour le rebasage de ses prothèses dentaires, tout en étant conscient que ce traitement ne pourrait probablement plus être réalisé. Il est décédé quatre jours plus tard.

Cas 3

Ce patient de 74 ans présentait une cirrhose hépatique d'origine éthylique avec ascite, ainsi qu'un carcinome du côlon métastatique.

La consultation s'est déroulée au lit du patient. Le patient n'a pas pu être transféré au cabinet de médecine dentaire en raison de son état général diminué. Sa demande principale était motivée par la mobilité gênante d'une incisive supérieure. Il a été proposé d'extraire la dent et de la rajouter sur la prothèse partielle existante. En conséquence, une empreinte en alginate du maxillaire supérieure a été réalisée. Le patient est décédé le jour même où l'extraction devait être réalisée. La veuve a souhaité que la prothèse soit mise en place à nouveau pour l'enterrement. La nouvelle dent prothétique qui avait été ajoutée a dû être retirée pour accéder à son désir.

Aspects juridiques de la prise en charge des patients dont la capacité de discernement est limitée

En Suisse, la constatation formelle d'une incapacité de discernement résulte d'une décision juridique. Les patients qui présentent des troubles de la mémoire, qui ont des difficultés à accomplir des actions de manière logique ou qui ne peuvent pas exprimer leurs décisions ne se trouvent donc pas forcément en état d'incapacité de discernement. C'est souvent le cas pour les patients atteints de démence. Dans les cas de ce genre, le médecin traitant est tenu de faire participer les patients à la prise de décision. La loi n'exige pas formellement d'obtenir l'accord des proches, mais il est recommandé de les informer du traitement envisagé et de demander leur opinion à cet égard, car le médecin dentiste traitant se trouve sur le plan juridique dans une «zone grise». De même que n'importe quel patient en pleine possession de ses capacités de discernement, les patients atteints de démence légère à modérée ont naturellement le droit de refuser un traitement.

Lorsqu'un patient n'est pas en possession de ses capacités de discernement (incapacité d'évaluer ou de juger correctement une situation et/ou d'exprimer sa volonté), le médecin doit tout d'abord essayer de restaurer les capacités de discernement du patient, afin qu'il puisse se prononcer lui-même quant à son traitement. Si cela n'est pas possible ou si l'état d'incapacité de discernement devait se prolonger vraisemblablement pendant une longue durée, le médecin doit informer les autorités compétentes de cette situation, afin qu'un curateur protégeant les intérêts du patient puisse être désigné (Code civil suisse 392, chapitre 1).

Lorsqu'un patient est incapable de discernement et qu'un traitement médical est nécessaire, le médecin doit agir dans l'intérêt du patient ou conformément à sa volonté présumable (Code des obligations, article 419). Même pour une activité purement consultative, il est nécessaire dans les situations de ce genre de demander le conseil des proches.

Le médecin dispose d'une grande marge de manœuvre et d'appréciation lors du traitement des situations d'urgence. C'est ici le principe de bienfaisance qui s'applique. Le médecin doit agir dans l'intérêt thérapeutique du patient, sauf s'il connaît bien le patient et sait que le patient refuserait le traitement (Code des obligations, article 41). Lorsque le traitement proposé n'est pas approuvé par les proches, le médecin doit agir en fonction de la volonté présumable du patient. Le médecin décide alors seul ou il peut demander conseil à un collègue quant au traitement nécessaire.

En pratique médico-dentaire quotidienne, les situations d'urgence aiguës mettant en jeu le pronostic vital sont cependant rares, et il est donc possible dans la plupart des cas de demander l'accord des proches (exceptions: hémorragie aiguë, sepsis d'origine dentaire, risque aigu d'aspiration de dents ou d'éléments prothétiques).

Lors de suspicion d'incapacité de discernement, il s'agit tout d'abord de vérifier si le patient a désigné un représentant ou s'il dispose d'un service de tutelle ou de curatelle. Dans ce cas, les traitements éventuels doivent être discutés au préalable afin d'obtenir l'accord nécessaire (RIESEN 2001).

Les exigences posées au médecin-dentiste dans l'équipe de soins palliatifs

Les médecins-dentistes qui font partie d'une équipe de soins palliatifs auprès de patients en fin de vie ont un profil de travail entièrement différent de celui d'un médecin-dentiste généraliste installé en pratique privée, par exemple (KZBV 2004, SCHIMMEL ET COLL. 2008). Ils sont confrontés aux patients les plus gravement atteints; de plus, l'âge moyen élevé de ces patients représente une autre particularité. Les données y relatives varient entre 66 et 83 ans (ALDRED ET COLL. 1991; JOBBINS ET COLL. 1992a; SCHIMMEL ET COLL. 2008; SWEENEY ET COLL. 1998). D'autres particularités ont été recensées pendant une année dans une étude sur les conditions de travail et de traitement dans le département de médecine palliative du CESCO. Une grande partie des interventions étaient destinées à lutter contre la douleur (plus de 30% des consultations). Souvent, il n'a pas été possible de réaliser un traitement en raison de l'état général par trop diminué de ces patients (17% des consultations). Environ 10% des rendez-vous agendés n'ont pas donné lieu à une consultation en raison de problèmes médicaux aigus, de difficultés ayant empêché le transfert du patient ou du décès du patient. Pour le reste, seules des mesures thérapeutiques limitées ont pu être réalisées (extractions, suppressions de zones de pression, réajustement, entretiens explicatifs, nettoyage des dents et instructions relatives à l'hygiène bucco-dentaire, etc.). Malgré les besoins parfois importants en traitements dentaires, il ne faut pas surestimer les contraintes que les patients peuvent supporter, ni leurs capacités d'adaptation. Lorsque les patients ont des capacités limitées de participation à la réussite du traitement, il s'agit de planifier et de réaliser ces traitements avec d'autant plus de soin et de précision (MÜLLER & SCHIMMEL 2007). De même, la mobilité restreinte de ces patients limite l'éventail des possibilités thérapeutiques. Un tiers seulement des patients pouvaient prendre place sans aide extérieure sur le fauteuil de traitement. Beaucoup devaient être traités dans leur chaise roulante, voire même dans leur lit (environ 30%) (SCHIMMEL ET COLL. 2008).

Les médecins-dentistes engagés dans les soins palliatifs devraient faire preuve d'une empathie appropriée, mais sans manifester ouvertement de la pitié. Ils doivent être particulièrement doués pour établir une bonne communication avec le patient et les proches. Cela commence par le langage corporel, par exemple l'expression du visage, l'attitude corporelle (le maintien) ou la position des mains. Il ne faut pas se concentrer exclusivement sur l'examen de la cavité buccale, mais chercher à engager une conversation avec le patient, et, le cas échéant, aussi avec les proches. Il est souvent utile de se rapprocher physiquement du patient. L'examen proprement dit ne devrait débuter que lorsqu'une base de communication adéquate a été obtenue (WISEMAN 2000; WISEMAN 2006).

Résumé

Les aspects médico-dentaires jouent encore trop souvent un rôle secondaire dans les soins palliatifs, bien que ces soins spécifiques puissent épargner beaucoup de souffrances et de désagréments à ces patients au stade terminal de leur maladie.

Dans ce contexte particulier, les soins médico-dentaires sont centrés essentiellement sur le traitement de la douleur, le traitement et la prévention des infections ainsi que le maintien des fonctions. De plus, les mesures d'hygiène buccodentaire ainsi que les améliorations d'ordre esthétique s'inscrivent fondamentalement dans le cadre du maintien de la dignité humaine. Les médecins-dentistes engagés dans les soins palliatifs devraient faire preuve de patience et d'empathie. Ils devraient être sensibles aux aspects particuliers relatifs à l'accompagnement des patients en fin de vie, que ce soit sur le plan physique, psychosocial ou spirituel.

Remerciements

Nous aimerions exprimer nos remerciements particuliers au D^r Martine Béatrix Riesen pour son soutien compétent et amical lors de la rédaction du texte relatif aux aspects juridiques de la prise en charge et du traitement des patients dont la faculté de discernement est réduite.