

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

Année 2012

N° : 028

**INTEGRATION PSYCHOLOGIQUE DE LA PROTHESE
AMOVIBLE COMPLETE**

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

Présentée et soutenue publiquement par

Hélène CHIFFOLEAU

Née le 10/05/1985

Le 27/03/2012 devant le jury ci-dessous

Président : M. le Professeur Bernard GIUMELLI

Assesseur : M. le Docteur Pierre LE BARS

Assesseur : M. le Docteur Wilfrid MARTINEAU

Directeur de thèse : M. le Docteur François BODIC

TABLE DES MATIERES.

INTRODUCTION.....	3
1 INTEGRATION PSYCHOLOGIQUE DE LA PROTHESE AMOVIBLE COMPLETE : DE QUOI S'AGIT-T-IL ?	5
1.1 INTEGRATION FONCTIONNELLE, ESTHETIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	5
1.1.1 <i>Intégration fonctionnelle</i> :.....	5
1.1.2 <i>Intégration esthétique</i> :	6
1.1.3 <i>Intégration psychologique</i> :.....	6
1.2 LES ACTEURS DE L'INTEGRATION PSYCHOLOGIQUE.....	7
1.2.1 <i>Le patient</i> :	7
1.2.2 <i>La prothèse amovible complète</i> :.....	15
1.2.3 <i>Le chirurgien-dentiste traitant</i> :.....	17
1.3 PRINCIPES DE L'INTEGRATION PSYCHOLOGIQUE DE LA PROTHESE.....	18
1.3.1 <i>Le schéma corporel</i> :.....	18
1.3.2 <i>L'image du corps</i> :	18
1.3.3 <i>Le cas de la prothèse amovible complète</i> :.....	19
2 BILAN DE LA LITTERATURE.....	20
2.1 FACTEURS PRONOSTIQUES DE REUSSITE OU D'ECHEC DU TRAITEMENT PAR PROTHESE AMOVIBLE COMPLETE : LA SATISFACTION DU PATIENT.....	20
2.1.1 <i>Etudes à fort niveau de preuve</i> :.....	20
2.1.2 <i>Etudes à faible niveau de preuve</i> :	24
2.2 ATTENTES DES PATIENTS.....	26
2.3 INFLUENCE DU PORT D'UNE PROTHESE SUR LA VIE DES PATIENTS.....	27
2.4 SOLUTIONS PROPOSEES DANS LE CADRE DE L'INTEGRATION PSYCHOLOGIQUE DE LA PROTHESE AMOVIBLE COMPLETE.....	28
2.4.1 <i>Etablissement de la relation de soin entre praticien et patient</i>	29
2.4.2 <i>En cas d'échec thérapeutique avéré</i>	35
3 OPTIMISER LA PREMIERE CONSULTATION, PREVENIR L'ECHEC THERAPEUTIQUE.....	41
3.1 PLUTOT QUE DE RESOUDRE UN ECHEC DE L'INTEGRATION PSYCHOLOGIQUE, LE PREVENIR !.....	41
3.2 POURQUOI RECHERCHER DES REPONSES DANS D'AUTRES DISCIPLINES MEDICALES ?	42
3.3 INTERET DES TECHNIQUES D'ENTRETIEN DE CONSTRUCTION DE SOLUTION.....	43
3.3.1 <i>Qu'est-ce que c'est ?</i>	43
3.3.2 <i>Compétences de base pour mener l'entretien</i>	45
3.3.3 <i>Trois types de relation praticien patient sont considérés. (17)</i>	46
3.3.4 <i>Coopération et motivation du patient</i>	47
3.3.5 <i>Travail basé sur des objectifs construits</i>	48
3.4 APPLICATION DE CES TECHNIQUES D'ENTRETIEN A LA PREMIERE CONSULTATION AU CABINET DENTAIRE.....	49
3.4.1 <i>Mise en place de l'entretien de construction de solution au cabinet dentaire</i>	49
3.4.2 <i>Un travail d'anticipation</i>	50
3.4.3 <i>Etre ouvert au dialogue, dépasser les tabous</i>	54
3.4.4 <i>Réalisation d'une grille d'entretien pour guider la première consultation</i>	55
3.4.5 <i>Critiques</i>	60
4 CONCLUSION :	61

INTRODUCTION

L'impact psychologique de tout traitement est considéré dès lors qu'il y a eu traumatisme, choc émotionnel, atteinte de l'intégrité. Dans le cas de l'édentement complet, ces trois aspects peuvent intervenir. Même dans les cas dits usuels de survenue de l'édentement, la bouche et les dents n'en restent pas moins des organes du corps forts en dimension symbolique.

Je me suis posée la question de l'intégration psychologique des prothèses amovibles complètes alors que je devais appareiller une patiente édentée du centre de soins dentaires de Nantes. Elle avait 29 ans et me demandait comment elle allait pouvoir vivre avec ce « truc ». Alors que notre seul souci d'étudiant était de réaliser une prothèse complète bimaxillaire, je me suis rendue compte de l'ampleur de la difficulté à accepter d'une part l'édentement et d'autre part ce corps étranger comme seule situation immédiate. C'est alors que je me suis penchée sur le sujet. Pour évaluer la qualité du suivi psychologique des patients au cours du traitement prothétique, un questionnaire peut leur être soumis. Tout travail d'enquête commence par le recueil des données nécessaires à sa réalisation. C'est ainsi que j'ai cherché à définir les modalités d'un possible suivi au niveau de l'intégration psychologique des prothèses amovibles complètes.

« L'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre séparément la guérison du corps et celle de l'esprit ». PLATON

Le patient édenté est une personne blessée dans son corps et dans son âme. Elle nécessite une prise en charge de sa globalité exempte de toute vision réductrice. La profession de chirurgien-dentiste aspire à la réalisation technique et à la rationalité, du moins c'est ce qu'il ressort des études et ouvrages concernant la prothèse. L'indication de la prothèse est séparée des attentes profondes du patient ; seules les attentes fonctionnelles et esthétiques (réconfortantes parce que socialement acceptées) sont systématiquement recherchées. La psyché du patient est alors malmenée, omise. C'est cette âme blessée qui va finir par rejeter sans raison apparente les prothèses sensées lui rendre sa bouche. Ses plaintes porteront sur le fonctionnement de la bouche ou son aspect esthétique puisque seuls ces symptômes d'échec sont reconnus.

Mais finalement qu'est-ce que l'intégration psychologique de la prothèse amovible complète ? L'image du corps du patient édenté doit permettre la cohabitation de sa bouche diminuée avec un corps étranger inerte. Chaque personne est différente, chacune possède sa propre capacité

d'adaptation à l'adversité. Peut-on réellement prédire la réussite complète d'un traitement ? La relation de soin telle qu'on la connaît actuellement peut-elle fournir les outils nécessaires à l'épanouissement du patient dans son traitement ? Cette thèse a pour but de trouver des réponses à ces questions ou du moins des pistes de réflexion dans ce sens pour que le suivi de nos patients évolue et parce que c'est pour eux qu'on est devenu soignants.

« Ce corps qui est le mien. Ce corps qui n'est pas le mien. Ce corps qui est pourtant le mien. Ce corps étranger. Ma seule patrie. Mon habitation. Ce corps à reconquérir ». HYVRARD Jeanne, *La meurtritude*, 1977.

1 Intégration psychologique de la prothèse amovible complète : de quoi s'agit-il ?

La réalisation d'une prothèse amovible complète n'est pas une thérapeutique simple. Les difficultés rencontrées peuvent être variées et multiples. Elles sont liées à l'état d'édentement complet du patient.

Le patient qui consulte présente une impotence fonctionnelle, un déficit esthétique et une atteinte du psychisme liés à la perte de ses dents.

Cette prothèse a donc pour but ultime d'aboutir à une intégration fonctionnelle, esthétique et psychologique.

1.1 Intégration fonctionnelle, esthétique et psychologique.

1.1.1 Intégration fonctionnelle :

La prothèse réalisée doit in fine corriger l'impotence fonctionnelle et la dépasser en termes de facilité d'usage et de confort pour le patient.

L'impotence fonctionnelle regroupe la perte de la puissance masticatoire, les difficultés de phonation et des troubles associés articulaires et digestifs.

La performance masticatoire des patients édentés est moindre par rapport aux patients dentés. Manger des aliments consistants demeure plus difficile pour des patients appareillés que pour des patients ayant leurs dents naturelles (63). La puissance masticatoire est alors six fois moins importante qu'avec des dents naturelles (49). Malgré tout, seulement 8% des patients appareillés trouvent leur efficacité masticatoire faible (1). Ce résultat n'est pas si surprenant si on considère un état précédent d'édentement non compensé.

La difficulté à mastiquer a une influence sur les habitudes alimentaires des patients édentés (20). La part des fruits et légumes crus est diminuée. Les apports en protéines, fibres, calcium, fer et vitamine sont réduits par rapports aux patients dentés.

L'intégration fonctionnelle repose sur trois grands principes mécaniques à respecter lors de la réalisation de la prothèse. Sustentation, stabilisation et rétention permettent la tenue de la prothèse en bouche lors des mouvements de la mastication. La qualité et la forme des tissus de soutien de la prothèse ont ici toute leur importance.

1.1.2 Intégration esthétique :

Les préjudices esthétiques à corriger sont ceux consécutifs à l'édentement. Il s'en suit un effondrement de l'étage inférieur de la face, des traits et sillons prononcés, un manque de soutien des tissus mous de la face, une proéminence de la lèvre inférieure et du menton (55). Autant de caractéristiques qui donnent un aspect vieilli au visage (10).

L'esthétique de la prothèse complète est intégrée lorsque le patient se reconnaît dans son image spéculaire.

Les critères esthétiques à respecter dépendent du type morphologique du patient, de son âge, de son sexe. Le praticien doit essayer, dans la mesure du possible, de prendre en compte les souhaits du patient concernant sa nouvelle apparence. Le degré de coopération du patient influe sur sa participation lors des essayages des montages dents sur cire.

Ces étapes permettent la validation esthétique de la prothèse. Il peut être intéressant de proposer au patient de venir accompagné d'un proche lors d'une de ces étapes. Un accompagnateur de sexe opposé permettra une évaluation esthétique plus pointue. Il a été établi que l'effet d'attraction de l'apparence dentaire est plus marqué lorsque l'évaluateur est de sexe opposé (21).

1.1.3 Intégration psychologique :

C'est l'adoption de l'objet prothétique en tant qu'organe à part entière du nouveau schéma corporel du patient. C'est un aspect de la thérapeutique prothétique difficile à évaluer et pourtant nécessaire pour la réussite complète du traitement.

Cette intégration psychologique doit se construire au sein d'une relation potentiellement conflictuelle entre le patient, l'objet (la prothèse amovible complète) et le praticien.

Chacun des protagonistes possède des points forts et des points faibles inhérents à sa situation.

1.2 Les acteurs de l'intégration psychologique.

1.2.1 Le patient :

La personne qui vient consulter le chirurgien-dentiste vient toute entière avec ses attentes, ses motivations, ses représentations et ses peurs.

Ces éléments conditionnent le rapport du patient à son traitement et sa place dans la relation de soin.

1.2.1.1 Le patient lui-même.

1.2.1.1.1 Attentes.

Il consulte avec des attentes envers le traitement à venir. Elles sont explicites lorsqu'elles sont exprimées au cours de l'entretien initial avec le praticien. Elles sont également implicites. Celles-ci ne sont pas formulées et n'apparaissent pas nécessairement à la conscience du patient.

1.2.1.1.2 Motivations.

Le patient vient poussé par des motivations qui lui sont propres lorsqu'il vient de son gré. Ce qui est différent s'il vient sur demande d'un tiers.

« Motivation : processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement, de la poursuite et la cessation d'un comportement. » (LAROUSSE 2008)

Elles conditionnent la personne dans un comportement performant vis à vis de ce qui est entrepris. Elles permettent que le changement désiré opère.

Par définition, un patient motivé sera actif dans sa relation au soin avec le praticien.

Ces motivations doivent être encouragées et soutenues pour parachever la thérapeutique prothétique ; et ce, quelle que soit l'infirmité que la prothèse compense. Elles peuvent évoluer au cours du suivi thérapeutique.

Les motivations rencontrées chez l'édenté total sont somatiques, physiologiques, psychiques, familiales, sociales (38).

On retrouve globalement une motivation primaire qui répond au besoin de compenser le déficit masticatoire pour s'alimenter. Les motivations secondaires sont plus complexes. Elles regroupent des aspects affectifs, esthétiques, phonétiques, sociaux.

1.2.1.2 Le patient et ses représentations.

La représentation, c'est ce par quoi l'objet est présent à l'esprit. En d'autres termes, les représentations sont des perceptions du monde dans lequel vit le sujet dont le contenu se rapporte à un objet, une situation.

Les représentations du patient vont déterminer sa place dans le monde qui l'entoure et la place qu'il accorde à son corps et à sa bouche (notamment dans le cadre de la thérapeutique prothétique).

Dans le cadre de cette thèse, seront considérées les images du corps, de la dent et de sa perte. L'image du chirurgien-dentiste importe aussi dans la relation de soin.

1.2.1.2.1 Le corps dans sa dimension sociale et culturelle.

Il est important de mesurer la dimension sociale et culturelle du corps pour comprendre son rapport à l'autre dans le cadre du suivi thérapeutique. Au regard du patient qui consulte, le

praticien n'est pas seulement soignant. Il est autrui avec ses codes sociaux et culturels, capable de jugement.

Au quotidien, ce corps est un « présent absent ». Présent dans la mesure où il est l'outil obligatoire de l'existence sociale. Absent puisque son existence est le plus souvent soustraite à l'attention du sujet (37).

L'édentement va le faire émerger à la conscience comme n'importe quelle phase de tension (fatigue, souffrance, maladie, plaisir, sexualité).

Dans notre société, le corps doit rester inaperçu. Il est l'objet de rituels d'évitement ; sa matérialité ne doit pas être révélée au risque de malaise voire désapprobation. Réciproquement, toute phase de tension expérimentée par la personne lui révèle son existence physique.

C'est dans ce contexte que le patient doit dévoiler à autrui, le chirurgien-dentiste, l'infirmité que représente son édentement (10). C'est à nous, praticiens, de ne pas être seulement autrui, mais d'être un allié du patient dans son traitement et les difficultés qu'il peut rencontrer.

1.2.1.2.2 Quelle place le patient accorde-t-il à sa cavité buccale ?

Elle peut être un moyen de survie (alimentation), un aspect de sa personnalité, le reflet de ses émotions, une arme de séduction, une réserve inconsciente de sa libido, entre autres.

La cavité buccale est un élément du corps fortement chargé en symboles.

Pour JUNG (35), un symbole est un « terme, nom ou image qui, même s'ils nous sont familiers dans la vie quotidienne, possèdent néanmoins des implications qui s'ajoutent à leur signification conventionnelle et évidente ».

En termes de symboles, la cavité buccale est représentée par deux images principales : la bouche et la dent.

1.2.1.2.2.1 La bouche :

Elle est associée à la naissance de l'être et à sa mort. On la dit porte d'entrée de la vie, elle est le siège du premier réflexe : la déglutition. C'est elle aussi qui laisse échapper le dernier soupir (52).

La bouche fait partie des organes sexuels secondaires. Les lèvres en particulier, seules muqueuses portées à la vue, ont une fonction active dans la sexualité moderne (6). Cette zone érogène permet le baiser. La bouche est un moyen de séduction et de communication du sentiment amoureux.

La bouche est également un organe de la parole, essence du lien social. Ne pas pouvoir parler induit un isolement certain (46).

1.2.1.2.2 La dent :

La dent est un symbole à double courant. Elle représente à la fois la vitalité et la morbidité.

La dent est un élément précieux, noble, beau, propre, blanc, éternel (elle demeure après la disparition du défunt) (52).

Elle représente la morsure, la force virile, l'agressivité, la jeunesse, la santé.

Son symbolisme sexuel est marqué par la possession, ce qui fait d'elle un symbole phallique (40).

Les évolutions de la dent ponctuent la construction de l'individu.

Les premières dents sont la première possession de l'enfant. Elles prennent place dans le schéma corporel en développement et permettent la morsure.

La chute des premières dents de lait est assimilée à la première perte d'intégrité de l'individu, on parle de castration symbolique.

L'apparition de la seconde dentition corrige ces impressions de castration. Cette période est concomitante avec l'Œdipe. Ce qui se traduira plus tard chez l'homme par la puissance sexuelle et chez la femme par l'apparition de la menstruation et donc de la fécondité.

1.2.1.2.3 La perte de la dent :

Cette symbolique de l'édentation touche particulièrement l'édenté total qui vit cette perte d'intégrité.

La dent est perdue ou extraite et sa représentation n'en est que différente.

L'extraction représente l'enfantement, la castration, le viol, la punition (40).

Sa perte est plus volontiers associée au vieillissement, à la diminution des forces vitales, à la perte insensible d'intégrité corporelle (52).

Dans le langage des rêves, la chute ou l'extraction d'une dent est symbole de castration.

L'individu nouvellement édenté doit traverser un deuil et une série de remaniements identificatoires (23). L'atteinte narcissique de la bouche est une castration symbolique à vivre.

Parmi les effets émotionnels de la perte des dents, les sentiments les plus fréquents sont : le deuil, une diminution de la confiance en soi, l'altération de l'image de soi, une insatisfaction de l'apparence, une incapacité à aborder le sujet, une atteinte de la dignité, un vieillissement prématuré et des difficultés en société à nouer des relations étroites (26).

1.2.1.2.3 Le handicap :

La définition du handicap selon l'OMS permet d'en représenter la diversité des aspects. Elle comprend 3 dimensions qui révèlent autant de composantes du handicap. Ces concepts sont les suivants : déficience, incapacité et désavantage.

- Déficience : " Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. " Elle concerne la notion d'intégrité. Elle permet de décrire les altérations perceptibles au niveau des organes ou de leur fonction, qu'elles soient physiques ou psychiques. Elle ne concerne qu'une partie de l'individu.

- Incapacité : " Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain. " Elle concerne la baisse du potentiel à accomplir une activité. Manger, parler, sourire en font partie. Elle dépeint les perturbations au niveau de la personne en son entier.

- Désavantage : " Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. " Nous le prenons ici dans le sens de l'interaction entre l'individu et

ceux qui l'entourent. C'est ainsi la place de l'individu dans la société et la façon dont elle peut être limitée qui sont décrites. Il ne s'agit pas de savoir si une personne doit ou non être considérée comme handicapée mais de relever quels éléments de son insertion sont limités et dans quelles mesures.

Ces 3 dimensions sont les éléments constitutifs du handicap. Des déficiences importantes n'entraînent pas systématiquement des incapacités importantes et des désavantages importants. Il en est de même pour des déficiences mineures qui n'entraînent pas systématiquement des incapacités et désavantages mineurs. La perte de toutes les dents peut représenter une déficience, une incapacité et un désavantage. L'image du handicap social, physique et psychique peut être alors éprouvée par l'édenté total (46).

1.2.1.2.4 Le chirurgien dentiste :

Le chirurgien-dentiste est souvent source de peurs chez le patient. Il reste malgré tout le professionnel de santé incontournable dans le traitement de l'édentement total.

La peur du dentiste est une peur fréquente et socialement acceptée.

Comme toute peur, elle trouve des justifications plus ou moins rationnelles, certaines sont en relation avec des croyances liées à la magie (3).

On retrouve la crainte de la douleur imaginée ou fondée dans une expérience antérieure.

Il y a aussi l'image historique de « l'arracheur de dents » et ses coutumes barbares. Cette image nourrit la célèbre rengaine punitive : « si tu n'es pas sage, tu iras voir le dentiste ».

L'identification du milieu de soin dentaire quasi hospitalier peut également susciter la peur.

Il existe une part affective de ces peurs. L'idée d'abandon d'une partie de sa personne à un tiers en position de domination peut en être la cause ainsi que la représentation d'une atteinte corporelle future.

Le chirurgien-dentiste est un personnage fréquent dans l'imaginaire populaire. Il suscite des peurs mais peut également faire l'objet d'un transfert praticien/patient, base de tout attachement.

Le dentiste possède aujourd'hui une double image. Celle de castrateur lorsqu'il s'agit d'extraction ou de délabrement dentaire en général. Celle de rephallisateur lorsqu'il permet le remplacement des dents absentes ou abîmées (3).

1.2.1.3 Le patient dans son environnement.

Ce sont tous les éléments et personnes qui l'entourent. Ici, il s'agit d'appréhender tout ce qui gravite autour du patient : son milieu socio-économique, son niveau d'éducation mais surtout son rapport aux autres.

« L'homme et le monde sont des êtres relatifs et le principe de leur être est la relation. » J.-P. SARTRE (53).

Dans la relation qui lie la personne blessée dans son image à son entourage, deux mouvements sont à considérer : la bienveillance et l'attention que l'entourage peut porter ou non à la personne, la façon dont la personne perçoit ses proches et autrui en général.

L'édentement complet suscite des sentiments variés qui donnent des attitudes volontiers ambivalentes : dégoût, peur, gêne, malaise, pitié, curiosité... Ces sentiments sont anticipés par l'édenté total comme étant des difficultés possibles de confrontation à autrui. Sera-t-il rejeté ou accepté ? (3).

Il peut y avoir alors rupture de l'intégrité du moi social (51).

Ce n'est finalement pas les attitudes et regards de l'entourage qui importent le plus, aussi bienveillants et empathiques soient-ils. C'est surtout la manière dont la personne les perçoit (15). Ces perceptions jouent un rôle fondamental dans l'image de soi et dans la possibilité d'intégration du handicap que représente l'édentement. Ce sont autant d'images de son environnement qui rappellent à la personne son statut corporel et personnel. Lorsqu'elles sont négatives, elles la figent dans une image spécifique qui l'enferme dans la différence.

1.2.1.4 Le patient et son édentation.

La perte des dents est un processus de délabrement pathologique. Sa survenue est plus ou moins traumatique, plus ou moins rapide (38).

L'édentation a différentes étiologies associées à des contextes différents.

- en présence d'un faible suivi thérapeutique, des caries évoluées et/ou une maladie parodontale sévère conduisent à un délabrement progressif de la denture. Ce processus s'étend dans le temps et concerne volontiers des personnes peu soucieuses de leur santé bucco-dentaire.
- L'édentement peut également survenir lorsqu'une pathologie autre nécessite l'avulsion d'organes dentaires non conservables en fonction de leur place ou de leur qualité intrinsèque. Ce sont des pathologies cardiaques (endocardites d'Osler, chirurgie cardiaque), orthopédiques (lorsqu'une prothèse est envisagée), et cancéreuses (cancer des voies aéro digestives supérieures en cas de radiothérapie) principalement. Dans cette situation, les extractions ont lieu chez le chirurgien-dentiste ou le stomatologue. Elles peuvent être vécues comme une mutilation, surtout dans le contexte d'une pathologie générale plus grave.
- La perte des dents peut avoir une origine traumatique : accident de la voie publique entre autres, coups et blessure, tentative de suicide (par balle). Les accidents touchent des personnes en général plus jeunes. La perte d'intégrité physique est rapide, brutale. Dans le cas particulier de la tentative de suicide par balle, il est à noter que l'image du corps et de la bouche en particulier devait déjà être perturbée avant l'incident.

En fonction des circonstances de la perte des dents, le patient peut se retrouver dans un état d'édentement non compensé. Dans la mesure du possible, une prothèse provisoire sera réalisée pour ne pas laisser le patient dans un état de délabrement dentaire visible.

Quel handicap l'édentement représente-t-il ?

L'édentement est une amputation. Il atteint le schéma corporel de la personne.

La différence avec les autres handicaps est l'irréversibilité de la situation. Les patients édentés resteront amputés de leur bouche malgré tout, ce qui ne veut pas dire qu'ils l'acceptent sereinement (31).

Il y a rupture de statut, entre normal et stigmatisé. Toutes ces personnes dont l'édentement survient à l'âge adulte ont tout appris du normal et du stigmatisé bien avant de se voir eux-mêmes déficients. C'est là que réside le risque de se considérer handicapé (30).

Conséquences des différentes vitesses de survenue de l'édentement.

Le handicap varie selon son insertion dans le temps (60).

- Congénital : le handicap est coexistant au sujet. Il se construit avec lui ou malgré lui.

- Progressif : le handicap s'intègre à la personnalité. Le schéma corporel déficient s'accepte peu à peu, l'image du corps se remodèle en fonction.
- Brutal : l'incident qui amène la perte de toutes les dents marque une césure entre un avant et un après. Il y a rupture au niveau de l'identité sur mode de souffrance et d'irréversibilité.

Plus la survenue de l'édentement est rapide, plus la rupture est marquée. La prothèse sera nécessaire mais plus difficile à intégrer. A l'inverse, un patient qui a eu le temps d'accepter son édentement ne sera pas forcément demandeur d'une prothèse.

1.2.2 La prothèse amovible complète :

L'objet prothétique peut en effet être considéré comme un acteur passif de ce triangle relationnel. Il est la réalisation technique du chirurgien-dentiste, l'objet même de la thérapeutique prothétique qui permettra la compensation du déficit du patient.

Dans la situation difficile de l'amputation, la prothèse peut devenir l'allégorie des craintes et doutes liés au handicap produit par la perte d'un élément du corps. Elle devient le réceptacle des sentiments évitant du patient, rancune et impuissance vis-à-vis de la situation (32). L'édentement est une forme d'amputation.

1.2.2.1 Définition de l'objet et conséquences immédiates.

Il s'agit ici d'une définition volontairement non technique (LAROUSSE 2008) afin d'appréhender en quels termes le patient peut se représenter sa prothèse.

Prothèse : « pièce ou appareil destinés à remplacer partiellement ou totalement un organe ou un membre, ou à rétablir une fonction ». Le déficit est connu et reconnu puisqu'il nécessite une prothèse. La perte totale des dents peut être mise au niveau de l'amputation d'un membre (14). La prothèse doit permettre de nouveau la fonction.

Amovible : « qui peut être enlevé, séparé d'un ensemble ». L'ensemble, c'est le patient édenté. Malgré le déficit qu'elle traite, la prothèse amovible complète n'en reste pas moins un corps étranger (41). Cet aspect est continuellement rappelé au patient : instabilité,

encombrement, entretien, cessation du port la nuit. Elle devrait être régulièrement retirée, notamment devant l'être aimé.

Complète : « à quoi ne manque aucun élément constitutif » ou totale : « à quoi il ne manque rien ». Les dents prothétiques sont au complet, il ne reste donc aucun organe dentaire. Il y a alors perte de la proprioception desmodontale. Le recouvrement muqueux de l'appareil est important, ce qui a une incidence sur le goût (moins discriminatif) et le réflexe nauséeux (exacerbé).

Le sentiment de castration du patient peut se retrouver exacerbé par cet aspect volumineux et irréversible. La prothèse est la « preuve tangible d'une infirmité qui ne cessera jamais de le traumatiser » LEJOYEUX (38).

1.2.2.2 Symbolique de la prothèse.

Elle est ambiguë. La prothèse est la fois la preuve de l'atteinte physique et son intégration représente une forme de cicatrisation de l'être blessé dans son narcissisme (41).

Le matériau utilisé, la résine, est considéré comme peu noble. Elle s'use et se détériore beaucoup plus vite que la céramique ou le métal à qui on attribue un caractère noble et immuable. On lui attribue le symbole d'une mort violente et rapide.

La prothèse est un corps inerte, mort. Dans le corps du patient, du vivant et du mort (la chair et l'appareil) se retrouvent « mêlés l'un à l'autre, imposés l'un à l'autre ». « Il y a contiguïté et continuité entre vie et mort » (32). Ceci explique la gêne ou la fascination perverse que chacun peut éprouver face à l'homme appareillé et l'homme appareillé face à son miroir.

L'acceptation de la prothèse est une revanche et une compensation à l'intimité frustrée ou au complexe de mutilation (31). C'est le retour à un schéma corporel intègre et une image de soi saine.

1.2.3 Le chirurgien-dentiste traitant :

1.2.3.1 Le dentiste lui-même.

Quelles motivations l'ont conduit à l'art dentaire ? Est-ce l'altruisme, le soin apporté à l'autre ou la technicité du métier ou la sécurité de l'emploi, l'attrait de l'argent ?

Selon LEJOYEUX (38), l'image du praticien est la résultante de 3 aspirations fondamentales.

- Aspiration à une volonté constante d'éliminer progressivement toute trace d'égoïsme ou de suffisance, de faiblesse ou de paresse intellectuelle.
- Aspiration à une connaissance de soi au niveau le plus élevé de dépouillement permanent et d'altruisme lucide.
- Aspiration à un accroissement de ses connaissances scientifiques par son assiduité à participer à tous les séminaires de gériatrie et de prothèse.

En somme, le chirurgien-dentiste devrait à tout moment être capable de remettre en question sa capacité d'écoute et ses connaissances.

1.2.3.2 Ses représentations.

Tout comme le patient, le praticien a ses perceptions du monde qui l'entoure et des relations qu'il entretient avec autrui.

Son exercice professionnel va être influencé par ses perceptions de la cavité buccale, du corps, de la vieillesse, de la maladie, du handicap.

- Pour le corps et la cavité buccale, ce sont les mêmes symboles qui ocurrent pour le patient et le praticien.
- Vieillesse et maladie peuvent rappeler l'insoutenable fragilité de la condition humaine.
- Le handicap peut réveiller l'angoisse du corps démantelé.

Le rapport que le praticien entretient avec ses patients est déterminant dans l'élaboration d'une relation de soin saine et efficace (28).

1.3 Principes de l'intégration psychologique de la prothèse.

1.3.1 Le schéma corporel :

La personne édentée est une personne dont le schéma corporel a été rendu infirme par la perte des dents.

Le schéma corporel, tel que le définit F. DOLTO (19), spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce. Il est sensé être le même pour tous les êtres humains. C'est une réalité de fait, il s'agit de « notre vivre charnel au contact du monde physique ». Les expériences liées à notre schéma corporel dépendent de l'intégrité de l'organisme, de ses lésions transitoires ou non.

Dès la naissance de l'enfant, la bouche occupe une place son schéma corporel en construction. Toute sa relation au monde s'y rapporte, le sourire des parents est identifié comme tel, reconnu.

Chez l'homme, il est reconnu comme caractéristique que les dents sont exposées, alignées, blanches et leur forme traduit leur appartenance au genre masculin ou féminin.

Le schéma corporel n'est cependant pas l'image du corps.

1.3.2 L'image du corps :

L'image du corps est la résultante des expériences émotionnelles interhumaines. C'est l'image du corps, portée par le schéma corporel qui permet la communication avec l'autre.

L'image du corps de chacun dépend de l'imaginaire et plus particulièrement de la dimension symbolique du vécu.

Elle peut se rendre indépendante du schéma corporel. Elle est motivée par le narcissisme propre à chacun. Elle est toujours inconsciente. Elle est la résultante dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes (lieux d'expression de la tension des pulsions).

L'indépendance possible du schéma corporel et de l'image du corps a deux conséquences opposées :

- Le schéma corporel peut devenir dysfonctionnel suite à une image du corps inappropriée.
- Un schéma corporel infirme et une image du corps saine peuvent cohabiter.

1.3.3 Le cas de la prothèse amovible complète :

Dans le cadre d'un traitement par prothèse amovible complète, le praticien se trouvera face à un patient dont le schéma corporel sera infirme de fait. La prothèse aura pour but évident de corriger la déficience physique et esthétique. On parle d'intégration physique et esthétique.

L'intégration psychologique de la prothèse amovible complète est intimement liée au rétablissement d'une image corporelle saine.

La difficulté ici est la forte charge symbolique et le caractère érogène de la cavité buccale (6). Certains patients arriveront seuls à redonner une existence propre à leur bouche dans leur corps. Pour d'autres, le praticien devra essayer de la faire exister dans l'imaginaire du patient pour qu'elle réintègre l'image du corps (appareillé ou non).

Les aspects fonctionnels et esthétiques en prothèse complète sont plus largement décrits dans la littérature que l'impact psychique d'un tel traitement sur l'individu. Pourtant, l'intégration psychologique des prothèses et la satisfaction du patient sont réciproquement liées. Elle apparaît primordiale mais demeure peu traitée ou pas de manière pragmatique.

Dans le cadre d'une prise en charge prothétique au cabinet dentaire, il serait intéressant de trouver des éléments permettant de favoriser l'intégration psychologique au terme du suivi thérapeutique.

Existe-t-il des facteurs pronostiques permettant d'évaluer les chances de réussite du traitement ? Les patients et les praticiens étant tous des individus uniques et différents, existe-t-il des clefs pour réussir une relation de soin constructive ? Est-il possible de développer une écoute dénuée de subjectivité pour mieux appréhender les attentes et demandes implicites des patients ?

2 Bilan de la littérature.

La littérature concernant l'intégration psychologique en prothèse dentaire est pauvre. Il existe quelques ouvrages proposant des solutions en cas d'échec avéré. Les études se rapprochant le plus du sujet ont cherché à identifier les critères de réussite de ces restaurations prothétiques en testant le plus souvent la satisfaction du patient à l'issue du traitement. Elles demeurent peu nombreuses et rarement valables. Il paraît cependant intéressant de voir quels éléments significatifs en ressortent ainsi que les pistes explorées et envisagées pour l'avenir.

Le but de ce bilan est de récapituler les facteurs diagnostiques sur lesquels le praticien peut s'appuyer dans sa pratique quotidienne ainsi que de déceler les idées reçues. Avec le temps, l'art dentaire est devenu de plus en plus technique. Les prouesses techniques sont devenues autant de facteurs de réussite pour le praticien. Sont-elles vécues comme des améliorations par les patients ?

2.1 Facteurs pronostiques de réussite ou d'échec du traitement par prothèse amovible complète : la satisfaction du patient.

La satisfaction générale du patient à propos de sa prothèse est la résultante des intégrations fonctionnelle, esthétique et psychologique. Ainsi, un patient peut admettre manger et sourire aisément mais ne pas être entièrement satisfait.

2.1.1 Etudes à fort niveau de preuve :

Pour qu'une étude statistique soit valide, elle doit remplir plusieurs critères pour obtenir un niveau de preuve suffisant. Dès que ces critères ne sont pas respectés, les résultats de l'étude doivent être considérés avec prudence et réserve.

Les plus hauts niveaux de preuve correspondent aux méta analyses (analyse de plusieurs études comparables au moyen d'outils statistiques adaptés) et aux essais contrôlés randomisés en double aveugle (deux groupes répartis au hasard reçoivent l'un, un traitement à étudier, l'autre un placebo ou un traitement de référence). Ce sont des preuves scientifiques établies.

Critères de qualité affectés dans l'étude du port de prothèses amovibles complètes :

- L'étude est contrôlée, il existe un groupe témoin. Ce qui peut poser problème dans l'étude de l'appareillage des patients. L'utilisation d'un groupe témoin sans appareillage et sélectionné aléatoirement et non sur la base d'un refus de soin n'est pas éthique.
- L'étude se fait en aveugle voire double aveugle. Ce qui est impossible dans le cadre de la prothèse complète. Que ce soit le patient ou le praticien, il leur est facile de témoigner de l'existence ou non d'une prothèse ou d'implants. On parle alors d'étude ouverte.

Certains biais possibles sont à relever :

Ce sont des sources d'erreur de l'étude statistique associées à la méthode d'expérimentation.

- Biais d'attrition : les groupes initiaux et finaux sont différents. En prothèse complète, le problème se pose lorsque des personnes âgées (les plus touchées par l'édentement) décèdent pendant l'étude.
- Biais de sélection : groupe témoin et groupe d'essai sont composés selon des critères faussant la valeur statistique de l'étude. Dans les études de comparaison avec des appareils implantato-portés, il y a souvent sélection sur des critères anatomiques.
- Biais d'évaluation : survient lorsque les deux groupes étudiés ne sont pas évalués de la même manière. C'est le problème en prothèse lorsque l'évaluateur connaît le traitement de chacun des participants. C'est d'autant plus problématique que certains critères étudiés sont eux-mêmes subjectifs et donc observateur dépendant.

2.1.1.1 Indicateurs positifs.

- Crête mandibulaire bien formée (44). La validité de ce facteur est cependant discutée par rapport à la satisfaction du patient. Il s'agit plutôt d'un facteur favorable pour l'intégration fonctionnelle.
- Justesse des relations maxillaires (25, 8).
- Prothèse supportée par deux implants mandibulaires (22). L'utilisation d'implants mandibulaires est appuyée par plusieurs essais contrôlés randomisés en étude ouverte.

- L'implication du patient dans le choix de l'esthétique de sa prothèse est un déterminant de satisfaction plus important que l'esthétique elle-même (qui semblerait être non significative). Ici, c'est la participation active du patient dans la relation de soin qui est mise en évidence (34).

Les indicateurs positifs statistiquement significatifs sont peu nombreux. Ils ne permettent pas de déterminer une population particulièrement favorable pour le traitement par prothèse amovible complète. Ce sont essentiellement des critères techniques. On peut regretter le manque d'études sur des caractéristiques individuelles et psychologiques. Ce qui explique un succès a pourtant autant d'intérêt que ce qui explique un échec. Cela permettrait de comprendre les points forts des patients, des praticiens ou de leur relation.

Seule l'utilisation de deux implants mandibulaires et d'attacheurs représente l'assurance d'un succès du traitement des édentements complets par prothèse complète. Il s'agit essentiellement d'une réussite en termes de confort, de gain de fonction et même d'esthétique pour certains auteurs. L'impact sur l'intégration psychologique de la prothèse n'a pas encore été statistiquement déterminé mais semble intuitivement favorable.

Malheureusement, cette thérapeutique ne peut pas encore être systématisée. Il existe des limites imputées au patient (anatomie, santé générale, finances) et au praticien (formation à l'implantologie insuffisante pour poser des implants ou adresser l'indication à un confrère compétent).

Pour ce qui est de la relation s'établissant entre praticien et patient, elle est souvent mise en avant. Sa qualité est considérée comme étant un facteur essentiel de la réussite du traitement. Cependant, la double subjectivité qui lui est relative (patient et praticien) freine toute étude statistique valide permettant d'en définir les tenants et les aboutissants.

Le traitement de choix par all-in-4 ou all-in-6 n'est pas encore accessible à tous. La prothèse amovible complète conventionnelle demeure un traitement répandu pour traiter les édentés complets. Elle mérite qu'on s'y attarde pour améliorer la prise en charge des patients édentés.

2.1.1.2 Indicateurs négatifs.

- Le neuroticisme (2, 24) : c'est la tendance qu'ont des patients à expérimenter des émotions négatives, de l'anxiété. Il s'oppose à la stabilité émotionnelle.
- L'attitude du patient envers la prothèse a une influence (59). Les patients qui ont des perceptions négatives du traitement sont moins satisfaits. Ceci est en rapport avec certains travaux réalisés sur la population des amputés. Une vue négative des prothèses est en général associée à leur rejet (48). Les patients amputés ont une image d'eux altérée et un sentiment de honte et de regret associé à leur condition. Cet élément n'est pas issu de la littérature dentaire, mais semble apporter un élément de réponse important en ce qui concerne l'intégration psychologique d'une prothèse. La mise en parallèle des édentés totaux et des amputés est fréquente, d'autant plus que l'observation des patients amputés fournit beaucoup plus d'études bien menées. Il faudrait déterminer la validité de leur exploitation dans le cadre du traitement des édentés totaux.
- La détérioration des prothèses dans le temps a un impact négatif sur la satisfaction des patients. Cependant, la capacité masticatoire et le confort de la prothèse mandibulaire augmentent avec le temps (56).
- Il y a une minorité de patients qui ne s'adapteront à aucun type d'appareil complet conventionnel. Il existe un pourcentage de ces personnes relativement constant dans plusieurs études impliquant des facteurs variés (5, 45, 2, 13, 44). Il serait intéressant d'explorer les raisons de ce refus et surtout de trouver une solution pour réussir le traitement de leur édentement.

2.1.1.3 Facteurs n'ayant pas de valeur pronostique.

- L'âge des patients n'est pas un indicateur pronostique (7, 59). Cependant les études bien menées à ce sujet n'ont pris en compte qu'une population de patients déjà édentés et non pas sur ceux qui expérimentent la transition vers un état édenté. Selon d'autres études (avec un niveau de preuve discutable), il semblerait que les personnes âgées aient plus de difficultés d'adaptation.

- La méthode de réalisation de la prothèse complète n'est pas un facteur pronostic (12). Aucune méthode n'est meilleure qu'une autre. Cette hypothèse est éclairée par deux essais contrôlés randomisés. Les techniques complexes n'offrent pas d'avantages par rapport aux techniques plus simples.
- Au début du port de la prothèse (jusqu'à 6 mois), les femmes paraissent globalement moins satisfaites. Ceci concerne la capacité masticatoire, le confort, l'esthétique et la stabilité (50, 5, 8). Cette différence n'existe pas entre hommes et femmes lorsqu'il y a deux implants symphysaires pour supporter la prothèse amovible complète. A 12 mois, il ne s'agit plus que d'une tendance à propos de la capacité masticatoire. Il a été remarqué que les femmes sont numériquement plus nombreuses que les hommes à consulter pour une restauration prothétique. Elles rapportent plus volontiers les symptômes de douleur et semblent prêter plus d'attention à leur santé bucco dentaire que les hommes.

2.1.2 Etudes à faible niveau de preuve :

Les études statistiquement non valides ne sont pas des preuves scientifiques établies, leur niveau de preuve est trop bas. Il reste cependant intéressant de les considérer compte tenu du manque d'études bien menées à ce sujet. Il faut considérer ces études avec précaution. Elles peuvent malgré tout représenter une tendance ou donner des pistes pour des recherches ultérieures (14).

2.1.2.1 Indicateurs positifs.

- Il y a une faible quantité de preuve qui dit que produire de nouvelles prothèses de bonne qualité conduit à une satisfaction augmentée du patient (25).
- Il semble que les réactions positives des amis proches et aimés aient une importance pour les patients (48) et aboutissent à une plus grande satisfaction de la prothèse. Cette étude a été menée sur des prothèses d'autres parties du corps.
- Les patients qui perçoivent un bon niveau de compétence clinique chez leur dentiste ont un niveau de satisfaction légèrement augmenté (59).

- Le succès prothétique apparaît être gouverné par les efforts concertés du patient et de l'équipe dentaire travaillant en harmonie vers un objectif commun (54). C'est encore la relation de soin qui est mise en évidence. Ici, la notion de praticien est élargie à l'équipe dentaire incluant l'assistante, l'accueil du patient et le prothésiste.

2.1.2.2 Indicateurs négatifs.

- Une étude a montré que les patients qui se perçoivent comme appartenant à une classe sociale élevée sont plus volontiers insatisfaits de leurs appareils (13). L'intérêt ici n'est pas le statut objectif du patient ou l'observation de l'examineur. C'est la propre évaluation du patient.
- La dépendance du patient pour la réalisation des tâches quotidiennes semble être un facteur défavorisant pour la réussite prothétique (14). Ces sont souvent des patients diminués physiquement et en perte d'autonomie. La validité de cette étude souffre d'un échantillon de population trop faible à la fin du protocole pour cause de décès.
- Des indicateurs potentiels de non adaptation ont été observés. Il s'agit de la non révélation de la prothèse, de l'isolement social, du retrait social et de l'insatisfaction des relations sexuelles (26, 43, 61, 33). Ce sont autant de pistes pour de nouvelles recherches dans le domaine de la prothèse dentaire.

2.1.2.3 Facteurs n'ayant pas de valeur pronostique.

- Il n'existe pas d'association entre satisfaction du patient et caractéristiques démographiques et sociales (sexe, statut marital, statut social et économique, travail, logement, relations avec des amis/des voisins, histoire médicale) (9, 59). La plupart de ces études souffrent d'inconvénients méthodologiques (méthodes non standardisées). Tout au plus, ces facteurs ont une faible influence sur la satisfaction du patient.
- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre le genre et le niveau d'éducation des patients sur leur satisfaction (58).
- Le port précédent d'une prothèse partielle immédiate ne semble pas avoir d'influence significative sur la réussite du traitement (14). La validité de ces résultats peut être

remise en question car il existe des difficultés méthodologiques pour une mesure complète de ces situations. Cela reste une tendance.

- Le nombre d'appareils précédents n'a pas d'influence sur la capacité masticatoire, le confort, le goût, la phonétique et la satisfaction générale (58).
- Le rebasage et l'ajustage des prothèses inadéquates améliorent l'adaptation. Les porteurs de prothèses ne perçoivent pas de manière significative les conséquences de ces mesures comme des améliorations de leur prothèse (45).

2.2 Attentes des patients.

Les attentes du patient sont difficiles à quantifier et hautement subjectives (54). Parmi les plus faciles à définir on retrouve la fonction masticatoire, l'absence de douleur et de flottement de la prothèse. L'idée de retrouver du « mordant » apparaît également. Ce terme reste assez vague et semble regrouper la possibilité de mastiquer, mais aussi l'envie de pouvoir mordre et croquer à pleines dents de nouveau.

Les patients sont demandeurs d'explications complètes au sujet du travail entrepris et des modalités du changement d'apparence (26).

L'identification des attentes du patient dépend du jugement de l'opérateur. C'est intimement lié à la relation entre le patient et le dentiste et l'établissement de bons rapports entre eux (14, 28).

La satisfaction des patients dépend de leur aptitude à s'adapter fonctionnellement et émotionnellement (5, 45). Les attentes avant traitement conditionnent le cadre de référence de leur satisfaction. Cependant, les données pré prothétiques sont limitées pour prévoir le succès du traitement.

Le dentiste devrait connaître les attentes du patient (54). Il est important de déterminer si elles sont réalistes pour une situation donnée et donc susceptibles d'être satisfaites par l'usage de prothèses conventionnelles. Il y a des vues normatives à propos de ce que les dentistes croient être les attentes des patients. Cependant, peu de choses sont connues au sujet de l'importance qu'y prêtent réellement les patients. Il apparaît que les patients sont demandeurs de plus d'informations sur les procédures impliquées dans la réalisation des prothèses, le choix des

dents, le soin de la bouche et l'entretien des prothèses. Derrière l'attente d'information se cache la demande de temps disponible avec le praticien autour du projet de soin.

L'association entre l'évaluation de la qualité de l'appareil par le dentiste et la satisfaction du patient est faible (45).

Il ne semble pas qu'il y ait de corrélations entre âge et attentes du patient.

Une mauvaise prévision de la satisfaction du patient affaiblit la relation patient/dentiste. Les dentistes devraient être plus à propos des attentes de leurs patients avant traitement. Cette considération ainsi que l'apport d'informations sur les limites et possibilités des prothèses complètes contribueraient à améliorer la relation entre praticien et patient (29).

L'intégration psychologique de la prothèse parmi les attentes des sondés est à noter. Il peut s'agir d'une absence de l'item parmi les propositions des études. Ce n'est peut être pas une attente a priori, ce qui voudrait dire qu'elle apparaît en cours de traitement. C'est peut être une attente implicite. Ce n'est peut-être pas une attente.

2.3 Influence du port d'une prothèse sur la vie des patients.

Les corrélations entre les mesures cliniques et les évaluations de succès du traitement par le patient sont souvent faibles ou non significatives (33).

Les évaluations centrées sur le patient (et non sur les caractéristiques cliniques) ont amélioré la compréhension de l'impact du traitement. L'état bucco dentaire a une influence sur la qualité de vie du patient (57).

Des recherches ont été menées pour identifier le niveau de cet impact sur la vie sociale et sexuelle des sujets édentés (33). Ont été observés l'évitement de conversations, d'invitations, de sport et les difficultés éventuelles lors du baiser ou des relations intimes. Il s'avère que l'instabilité de la prothèse affecte les activités sociales et intimes. Ce sont des incidents avérés face aux autres mais surtout des appréhensions. Ces problèmes sont prééminents pour le baiser et les activités sexuelles. On peut remarquer qu'il existe une nette amélioration avec deux implants mandibulaires, celle-ci n'est cependant pas totale (32%).

Les difficultés dans l'intimité sont d'autant plus importantes que l'âge du patient est avancé. Les problèmes de la sexualité des plus âgés se cumulent au port d'une prothèse.

Le même effet négatif sur la sexualité a été reporté depuis des sujets souffrant de cancers de la sphère oro-faciale ou de douleurs chroniques.

L'impact du port de prothèses dentaires sur la vie sociale et sexuelle nécessite de plus amples recherches, notamment par rapport à son évolution dans le temps.

Les similitudes entre patients amputés et patients édentés ont déjà été mises en lumière. L'impact de l'amputation d'un membre sur la vie des personnes a été plus largement exploré et son existence est mieux reconnue (61).

Amputation et sexualité.

« Les personnes physiquement déficientes sont considérées comme éloignées du stéréotype de la séduction basé sur l'attraction physique et l'absence de défauts physiques. Le plus souvent, ces messages culturels sont si forts que les individus déficients signalent eux-mêmes une grave perte de leur image du corps. Cependant, le besoin de contact intime avec l'autre est le même, quelque soit le handicap. Seule la douleur peut interrompre l'intérêt pour une vie intime. » (Traduction libre).

Le plus souvent, les patients expriment une reconnaissance et apprécient lorsque les professionnels de santé considèrent leur sexualité. Cet intérêt dans le cadre de la réhabilitation est rarement perçu comme invasif ou inapproprié. Le souci est que le personnel médical n'est pas à l'aise pour discuter intimité sexuelle avec des patients déficients. Certains pensent que ces patients ont perdu tout intérêt. Poursuivre une activité sexuelle conserve pourtant un intérêt normatif entre autres. Elle participe à l'épanouissement personnel et à la qualité de vie (6).

« Chez les amputés, une meilleure satisfaction sexuelle est corrélée à une meilleure qualité de vie. »

Il y a un besoin de recherches approfondies dans ce domaine. Les dimensions spécifiques de la sexualité qui facilitent la réhabilitation et contribuent à la qualité de vie sont à identifier.

2.4 Solutions proposées dans le cadre de l'intégration psychologique de la prothèse amovible complète.

Dans la formation initiale des chirurgiens-dentistes à propos de la prothèse complète, la nécessité d'intégration psychologique est reconnue. Cependant, l'enseignement d'outils

pragmatiques ne semble pas être systématisé. Par outil pragmatique, on peut comprendre tout moyen clair et objectif pour y parvenir. Ce n'est pas seulement de la théorie mais des moyens directement applicables au fauteuil dentaire qu'il faut.

2.4.1 Etablissement de la relation de soin entre praticien et patient.

La relation de soin est un moteur de la thérapeutique (3), elle peut également être qualifiée d'alliance thérapeutique. Elle intègre la prise en charge du patient depuis son accueil téléphonique jusqu'à son suivi après la pose de la prothèse.

Pour LEJOYEUX (38), il s'agit du premier volet de la mise en condition psychique

Les points clefs pour la réussite de cette alliance sont : la réussite de la première rencontre, la communication (verbale ou non), l'identification du patient.

2.4.1.1 Aborder le premier rendez-vous :

Tout doit être favorable à son bon déroulement (3).

- Le cadre :

Le cadre (hall de réception, salle d'attente) doit instaurer un climat de détente, de préparation à la rencontre avec le chirurgien-dentiste.

- Diminution progressive de la distance praticien patient :

Le maintien d'une distance sociale (1.20 à 2.10 m) est impératif dans un premier temps. Le premier contact physique est représenté par la poignée de main d'accueil.

Au cours de l'entretien, la distance se réduit, on parle d'une distance personnelle (45 à 125 cm). Elle se maintient spontanément entre deux personnes qui dialoguent. Le patient doit se sentir libre de confier à son praticien ses motivations, ses attentes, ses craintes éventuelles. C'est le moment propice pour le chirurgien-dentiste d'apprécier l'attitude du patient, son tempérament et les vecteurs de sa personnalité (10).

A l'issue de l'entretien, l'examen clinique réduit encore la distance jusqu'à une distance intime (0 à 45 cm). C'est une situation potentiellement stressante pour le patient, d'où l'intérêt de l'y préparer progressivement.

- Modes de communication :

Ils sont verbal et non verbal (visuel, kinesthésique, olfactif) tous deux essentiels et interdépendants (3, 10).

Tout le corps participe à la communication. Les mouvements des yeux, des mains du corps, les expressions du visage (le sourire entre autres) sont autant de signaux captés inconsciemment par l'interlocuteur. Le message verbal est alors souligné, il s'inscrit dans une attitude avenante de la part du praticien. Il doit renvoyer une sensation de solidité et de force sereine qui va placer la personne dans un état sécure.

Les silences sont importants au cours d'une discussion. Ils sont une marque de respect vis-à-vis de la parole de l'autre et une invitation à la confiance.

L'écoute active du praticien laisse le patient parler de lui librement, d'où l'importance des silences. Elle permet l'établissement d'un climat de confiance. L'empathie du praticien est une qualité nécessaire pour bien mener l'écoute. C'est la perception des sentiments de l'interlocuteur et l'appréhension de ses comportements. Au cours de l'entretien, cette compréhension de l'autre doit être portée à la connaissance du patient au moyen de la reformulation des éléments clef. Reformuler est essentiel pour signaler au patient que l'on suit son raisonnement, qu'il est considéré. C'est un encouragement discret à développer certains moments du dialogue. Cependant, il faut veiller à ne pas donner de résonance émotionnelle aux mots négatifs. Les termes négatifs, plus généralement, sont à proscrire.

- Dialoguer avec le patient :

Avant toute chose, un questionnaire papier est fourni au patient, il y renseigne des informations de base sur sa situation, ses antécédents médicaux et son motif de consultation, ses attentes et ses éventuelles craintes. Ce document est transmis au praticien avant de recevoir le patient (3). L'intérêt de ce questionnaire est de servir d'introduction et de guide pour la première consultation. Patient et praticien le reprennent conjointement en s'attardant sur les éléments les plus importants.

Au début de l'entretien, le patient parle librement sans interruption de la part du chirurgien-dentiste, même si le discours lui paraît incohérent. Il va résumer son histoire dentaire qui sera plus ou moins reliée à d'autres événements de sa vie. Il peut aborder des aspects personnels

voire intimes sur sa vie privée ou professionnelle. Le praticien reste attentif aux informations importantes qui sont progressivement délivrées.

Le patient livre son intimité de son propre chef. Ce n'est pas le praticien qui y fait intrusion lors de l'examen buccal (lorsqu'il est réalisé d'emblée). On parle de phase de connexion. Cette connexion permet au patient de se sentir libre d'aborder tout sujet, notamment de l'impact des soins dans la dimension de la sexualité. Il est évident que deux prothèses complètes sont un frein pour le baiser. Il est moins évident pour praticiens et patients d'aborder le sujet, pourtant, certains patients en sont demandeurs. Cette communication sera à rechercher par delà la première consultation, à chaque rendez-vous.

C'est le moment idéal pour reprendre la main dans l'échange et reformuler les points essentiels. Le moment de disponibilité totale du praticien n'a pas besoin d'être long pour calmer l'éventuelle appréhension du patient.

- L'annonce d'une mauvaise nouvelle :

L'annonce d'une mauvaise nouvelle comme la nécessité d'extraire toutes les dents doit être accompagnée d'une série de solutions ou même d'une simple ébauche de solution (3). Il faut rester sur une porte ouverte. Expliquer les tenants et aboutissants d'une telle décision simplement, sans couper court aux questions de l'intéressé.

- Repérer les insatisfaits chroniques (patients dits obsessionnels) :

Des difficultés personnelles ou relationnelles lourdes n'ont jamais trouvé de réponse dans un traitement esthétique ou un nouveau sourire. Certains patients décrivent leur sourire mal aimé comme une source de problèmes multiples (relationnels, professionnels, affectifs). Faire attention aux attentes réelles de ces patients qui peuvent n'avoir aucun rapport avec la demande esthétique. Le risque dans ce cas est de se précipiter dans le sens du patient.

Le confronter dans sa certitude n'est pas non plus une solution, parmi ces patients dits obsessionnels, beaucoup diront qu'ils ont vu plusieurs dentistes avant de venir consulter.

2.4.1.2 Identification du patient : méthodes d'approche de la personnalité (morphopsychologie et caractérologie).

L'identification de portraits psychologiques types apparaît comme un mode de prévention de l'échec thérapeutique (38). Il y a alors nécessité d'avoir recours à des investigations sûres mais rapides compatibles avec l'exercice de l'art dentaire en cabinet d'omnipratique.

Dans les années 1970, la morphopsychologie et la caractérologie ont fait leur apparition parmi les outils d'entretien en consultation chez le chirurgien-dentiste.

2.4.1.2.1 La morphopsychologie :

L'analyse par morphopsychologie semble particulièrement importante pour LEJOYEUX J. et R. (39). Il utilise notamment l'approche biomorphopsychologique qui associe des typologies physiques à des caractéristiques comportementales et des tempéraments.

Il existe plusieurs typologies, parmi elles : les tempéraments Hippocratiques (sanguin, mélancolique ou bilieux, colérique ou nerveux, lymphatique ou flegmatique), la typologie de VANNIER (carbonique, phosphorique, fluorique), la typologie de VIOLA (bréviligne, longiligne), la typologie de KRETSCHNER (le pycnique potentiellement maniaco-dépressif, le leptosome potentiellement schizophrène, l'athlétique potentiellement épileptique).

2.4.1.2.2 La caractérologie :

Les recherches de LUBESPERE (42) ont pour but d'établir une méthode d'approche du caractère compatible avec la pratique, d'identifier les réactions psychologiques induites par chaque caractère face à l'édentation totale et son traitement. L'objectif est d'aboutir à une conduite à tenir à la lumière des facteurs caractérologiques pour obtenir un comportement favorable à la réussite du traitement.

La caractérologie de sens commun donne, par observation de l'autre, ses traits dominants. Elle n'illustre cependant qu'une partie de la personnalité. Face à un problème majeur (la situation anxigène du soin dentaire par exemple), des réactions caractérielles primitives fondamentales imprévisibles resurgissent.

A l'aide de la caractérologie, il y a découverte du noyau caractériel (LE SENNE) qui réunit une somme de dispositions inhérentes à chacun. Malgré ses limites (définition assez superficielle de la personnalité). Elle permet d'aborder la complexité de la psychologie humaine.

D'après LE SENNE, l'émotivité, l'activité et le retentissement constituent le fondement du caractère. La classification de ces traits aboutit à 8 types de caractère : colérique, passionné, nerveux, sentimental, sanguin, flegmatique, amorphe, apathique. Cette classification ne prétend pas être exhaustive, elle dégage uniquement les traits essentiels de la personne.

- Colérique :
 - o Orienté vers: l'action, la vie, la cordialité.
 - o Face à l'éducation totale : le désir de commandement, l'amour de la vie.
- Passionné :
 - o Orienté vers : l'œuvre à accomplir, l'ambition réalisatrice.
 - o Face à l'éducation : l'autoritarisme, l'agressivité, le réalisme.
- Nerveux :
 - o Orienté vers : le divertissement, le vagabondage affectif.
 - o Face à l'éducation : le plaisir de la table si source d'excitation, une faible coopération, l'importance de l'esthétique, la tendance à l'exagération.
- Sentimental :
 - o Orienté vers : l'intimité, le sentiment de vulnérabilité.
 - o Face à l'éducation : le souci de l'opinion des autres, la défense.
- Sanguin :
 - o Orienté vers : le succès social, le sens pratique.
 - o Face à l'éducation : vivre plus que se regarder vivre, faible souci esthétique.
- Flegmatique :
 - o Orienté vers : le sens des règles et de la loi.
 - o Face à l'éducation : l'objectivité, l'humeur égale, le sérieux, l'équilibre, faible sensibilité aux situations de tensions.
- Amorphe :
 - o Orienté vers : le plaisir, serviteur de son corps, étranger aux émotions d'autrui.
 - o Face à l'éducation : se plie aux événements, facile, peu d'esprit pratique.
- Apathique :
 - o Orienté vers : la tranquillité, l'impassibilité.
 - o Face à l'éducation : peu compatissant, facile mais ombrageux.

S'y surajoutent des facteurs d'orientation complémentaires et tendanciels, des champs de conscience, des polarités, des pulsions.

Il existe une corrélation entre cette classification et des schémas physiques types censés rendre le diagnostic caractérologique plus aisé.

2.4.1.2.2.1 Etablissement du diagnostic caractérologique :

- Au cours de l'entretien :

L'entretien se déroule comme vu précédemment avec des phases de monologue du patient puis d'échange mené par le praticien ; le but étant de gagner progressivement la confiance du patient. C'est le moment de collecter des données sur le problème du patient et d'appréhender les difficultés éventuelles (42). Sa collaboration à l'échange doit être motivée. Le ton doit rester positif pour ne pas éveiller d'angoisses latentes. Le patient communiquera par des réponses verbales ou des silences qui sont autant d'informations sur sa tendance à se dérober ou non.

Ce débat dirigé suppose que le patient est confiant et motivé pour que le praticien puisse s'affranchir de son comportement ou de ses réponses de type évitant. Tous les critères permettant le diagnostic caractérologique sont recherchés (émotivité, activité, retentissement, polarité, sensorialité, tendresse).

Au débat s'ajoute des tests de caractère avec mise en situation (avec le concours de l'assistante). Ils permettent d'observer le comportement spontané du patient.

L'attitude mentale du patient est sondée.

Face à son édentation : le patient a-t-il souhaité la disparition de ses dents ? A-t-il essayé de repousser l'échéance de l'intervention ? Éprouve-t-il un sentiment de handicap ?

Face à la thérapeutique : quelles sont ses attentes ? La dépense financière est-elle justifiée ?

Face au praticien : est-il prêt à collaborer au traitement ?

- Fiche de diagnostic psychique :

L'étude caractérologique du patient implique son ignorance dans la recherche de ce diagnostic et des connaissances suffisantes de la part du praticien (42).

Des notes + ou - sont attribuées aux différents critères. Le total permet de déterminer le terrain psychique du patient.

Le résultat de cette évaluation est soumis à interprétation du chirurgien-dentiste. Ceci sous-entend que le résultat est praticien dépendant, fonction de la qualité de son sens psychique. Pour éviter trop de fluctuations, il est important de rester le plus fidèle possible aux faits.

La caractérologie implique que le chirurgien-dentiste soit familier avec les investigations psychiques (46).

2.4.1.2.3 Comportement associé à un état psychique :

D'après BOUVARD M. (11), l'évaluation de la personnalité s'axe sur deux dimensions fondamentales : le neuroticisme et l'extraversion/introversion. Leur degré et leur combinaison différencient un individu sain d'un individu dit pathologique. Cette évaluation permet d'anticiper les difficultés éventuelles associées à tel ou tel état psychique.

Le neuroticisme considère la stabilité affective et émotionnelle de la personne. Un degré élevé de neuroticisme équivaut à une hyperactivité émotionnelle généralisée. Il se traduira chez le patient par des troubles anxieux, une atteinte de l'estime de soi, de l'instabilité. Ses attentes peuvent fluctuer. Sa satisfaction envers les prothèses est plus faible que pour une personne émotionnellement équilibrée.

Un patient extraverti sera plutôt expansif et désinhibé. Sa participation au traitement prothétique n'en est que plus active et potentiellement dispersée. Le praticien doit veiller à le focaliser sur l'entretien. Un patient introverti sera plus effacé et introspectif. Il ira davantage à l'essentiel. La difficulté pour le praticien est de le motiver à participer à la consultation.

Ces procédures d'évaluation de la personnalité sont difficiles à mettre en œuvre à priori. En pratique quotidienne, l'évaluation se fera au long des séances.

2.4.2 En cas d'échec thérapeutique avéré.

La thérapeutique de l'édenté total s'inscrit dans tous les aspects de l'unité de l'être : le biologique, le physiologique et le psychologique. Si l'un d'eux est négligé, il y a retentissement sur les deux autres.

2.4.2.1 Diagnostic de l'échec thérapeutique.

Les refus de la prothèse d'ordre psychologique sont similaires aux échecs thérapeutiques associés à une réalisation défectueuse. Ils font l'objet de doléances (29). La différence peut se faire dès lors que la cohérence des prothèses est vérifiée.

Toute doléance objective (difficulté à la phonation par exemple) justifiée (cohérente avec les possibilités d'une PAC) disparaît définitivement suite à une amélioration technique adaptée. La rétention, la sustentation et la stabilisation sont testées, l'esthétique et la fonction sont réévaluées.

L'échec de l'intégration psychologique a également tendance à se répercuter sur des aspects fonctionnels ou esthétiques plus concrets. La question se pose dès que le nombre de séances se multiplie, appelant ainsi à de multiples rectifications. Identifier ces difficultés permet de réduire le nombre de séances suivant la pose et surtout d'éviter la baisse de confiance du patient envers son praticien traitant et envers sa prothèse.

Les doléances esthétiques d'origine psychologique correspondront à une insatisfaction continue de l'aspect des dents ou de soutien du visage validé initialement par le patient lui-même (accompagné d'une tierce personne) lors de l'étape d'essayage dents sur cire. Ce choix aura pu être confirmé lors des rendez-vous de pose et de contrôle.

Les doléances fonctionnelles d'origine psychologique traduisent un rejet de la prothèse. Elles correspondront à la production d'un déséquilibre de l'ensemble prothétique par le patient. Ce mécanisme inconscient a pour but de mettre en lumière l'inutilité de la prothèse à ses yeux. On y retrouve : des malocclusions, des baisses de rétention, des douleurs sans blessures, des morsures des joues ou de la langue dans des zones peu habituelles. Ces troubles sont le produit de l'appréciation subjective du patient. A l'examen clinique, il n'existe aucune lésion contemporaine. Des troubles nauséux qui n'existaient pas au moment des empreintes associés à l'idée d'un corps étranger peuvent également apparaître.

La subjectivité de ces doléances n'exclue pas leur légitimité. Elles sont justifiées puisqu'il existe un problème sous jacent. Le chirurgien-dentiste doit les prendre en compte.

D'autres causes possibles à ce type de plainte sont à écarter avant de conclure à un échec de l'intégration psychologique :

- Chez les personnes âgées et les femmes ménopausées, les muqueuses fragilisées peuvent être source de douleur sans blessure.
- L'hyposialie voire l'asialie constitutionnelle ou médicamenteuse.
- L'atteinte de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Des parafections professionnelles (instruments à vent) ou imputées à l'absence prolongée des dents auparavant.

2.4.2.2 Moyens disponibles en omnipratique pour parer à ces échecs.

Qu'ils soient adaptés à la pratique de la chirurgie dentaire ou qu'ils conduisent à adresser à un spécialiste, ces outils doivent s'inscrire dans le déroulement du protocole de prise en charge du patient édenté. En cas d'échec avéré, il est important de ne pas en faire une fatalité.

Le conflit psychique se manifeste essentiellement par troubles moteurs provoqués inconsciemment pour incriminer une défaillance technique des prothèses. C'est à partir de ce constat que les thérapies de conditionnement psychomoteur ont été considérées.

2.4.2.2.1 Les anxiolytiques :

- peuvent être prescrits ponctuellement pour diminuer un état d'anxiété passager. Ils ne règlent en rien le conflit psychique provoqué par la présence de la prothèse.

2.4.2.2.2 Relaxation :

- Touche le symptôme mais pas la cause réelle.
- Objectif : atténuer les microtraumatismes, obtenir une décontraction neuromusculaire et donc une détente physique et psychique.
- Indications : réflexes nauséux résistants, hypersalivation réflexe et autres troubles mécaniques d'origine psychique.

- Adresser à un spécialiste ou enseigner les méthodes de SCHULTZ (training autogène ou « méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative »). Ce sont des méthodes d'auto-hypnose (4).
- Moyen : suggérer un relâchement musculaire local pour obtenir un relâchement neuromusculaire plus général.

2.4.2.2.3 Psychanalyse élémentaire :

- Long et ardu (4).
- Oblige le praticien à s'y soumettre aussi. A laisser aux spécialistes.
- Apaisement favorable à la disparition de toutes lésions d'origine psychosomatique.
- Libération progressive du passif de revendication, de craintes, de solitude, de frustrations esthétiques, conjugales ou sociales.
- But : régler les situations de conflit du patient qui peuvent être réactivées lors du traitement de l'édentement complet. Cependant, l'indication d'une thérapie ne peut se faire à partir d'une difficulté proprement dentaire. Le malaise psychique induit par l'édentement (vieillesse, irréversibilité de l'atteinte corporelle) peut faire émerger une demande d'aide implicite ou explicite de la part du patient. A ce moment là, une thérapie peut être envisagée.
- L'annonce du besoin d'une psychanalyse serait mal vécue par le patient et provoquerait sa résistance. D'une manière générale, la majeure partie des patients accepte mal le recours à un psychothérapeute et ses interrogations. Il existe un refus systématique d'être mêlé, confondu ou assimilé de près ou de loin à un déséquilibré, d'où l'importance de respecter sa demande.

2.4.2.2.4 Sophrologie et hypnose :

- Etat sophronique apparenté à l'induction hypnotique. Il y a recherche d'un état pseudo hypnotique (4)
- Indications :
 - o Souvenirs en lien avec l'édentement (personnel ou des proches) douloureux.
 - o Complexes liés à l'édentement, sentiment de castration.

- Réflexe nauséux résistant.
- Nécessité de se réconcilier avec les soins dentaires.
- Douleurs diffuses d'origine psychosomatique, travail sur les acouphènes, travail sur la douleur aiguë, travail sur le bruxisme statique ou dynamique.
- Buts : éliminer les refus psychiques conscients ou non du corps étranger (prothèses), éliminer les tensions anxiogènes. Pour atteindre ces buts, le praticien ne s'écarte pas du motif prothétique de la sophronisation.
- L'usage des techniques d'hypnose nécessite la formation spécifique du praticien.
- Déroulement : les confidences initiales sont obtenues au cours du premier entretien. Puis il y a dissociation du sujet par induction et suggestion. Le commandement post hypnotique permet la réassociation et enfin le réveil.

2.4.2.2.5 Etudes des sciences humaines : Thérapie non directive, entretien d'aide.

L'entretien d'aide cherche à résoudre une difficulté d'ordre psychologique définie chez un patient normal ou subnormal. Le traitement de la névrose sort de notre champ de compétence (17).

Conseils préliminaires :

- Tout au long du traitement, le praticien doit chercher à annihiler les récriminations futures du patient avant qu'elles ne fassent l'objet de doléances.
- A la livraison des prothèses, le praticien vérifie la réussite technique du traitement et en fait prendre conscience au patient.
- Les limites du traitement de l'édentement total par PAC conventionnelle sont explicitées au patient, ainsi que les impératifs biomécaniques (forme, étendue, volume). Le praticien doit rester cohérent entre ce qu'il propose à ses patients et le bénéfice réel qu'il peut espérer leur apporter. Cette étape d'information est essentielle pour permettre au patient d'adapter ses attentes aux possibilités relatives du traitement prothétique. Des attentes comblées conduisent à une satisfaction augmentée.
- Les conseils d'usage à la livraison de l'appareil nécessitent un temps incompressible qui ne doit pas être négligé. Ils portent sur la mastication, la phonation, l'hygiène.

Mise en œuvre de l'entretien d'aide :

- Dès le refus avéré des prothèses ou l'apparition de symptômes de refus.
- Le praticien est disponible, sans préjugés. Il favorise l'expression spontanée du patient. Son attitude de non-jugement le rend ouvert à tout et fermé à toute notion de critique, de culpabilisation ou de conseils. Il accepte le patient dans sa vision subjective du problème, tout en restant, lui, objectif.
- Le patient a l'initiative dans le temps et la forme.

Ecueils à éviter :

- Le praticien coupe l'entretien par une réponse teintée d'évaluation, d'interprétation, de support, d'investigation ou de solution. L'ouverture créée se ferme. Les solutions apportées par le praticien lui sont propres et n'aideront pas le patient dans sa démarche.
- Rester objectif est essentiel. Le praticien n'accepte aucune implication affective personnelle. Il n'apporte aucun crédit ni aux remarques flatteuses, ni aux remarques désobligeantes à son égard. Il fait abstraction de sa propre personnalité.
- Il faut prendre du recul sur sa profession et ses idées reçues pour percevoir le contenu psychologique vrai du discours du patient. Se connaître soi-même pour ne pas se projeter sur l'autre.

Orienter positivement l'attention :

- Saisir la situation vécue, rester dans l'action.
- Comprendre ce qui est psychologiquement significatif.
- Observer l'évolution éventuelle de la situation relationnelle.

Variables de l'entretien :

- Le temps : l'entretien d'aide s'étend sur une ou plusieurs séances.
- Environnement : le plus favorable possible à l'entretien.
- Espace : interlocuteurs à même hauteur, pas de domination ni de proximité exigüe.
- Age et sexe : la jeunesse du praticien peut représenter un handicap face au patient âgé, notamment du sexe opposé.
- Groupe social : se mettre à la portée du patient.
- Réactions affectives immédiates entre patient et praticien : sympathie, neutralité ou antipathie.

Dynamique de l'entretien :

- Interactions : elles apparaissent dès que deux personnes communiquent. Elles impliquent qu'un sujet pense et agit en fonction de la présence d'un autre ou de ce qu'il exprime.
- Induction : le praticien exerce une influence consciente ou non sur la réponse du patient. Il doit éviter d'imposer implicitement un cadre référentiel au patient.
- Reformuler : c'est renvoyer au patient ce qui vient d'être dit en des termes concis et précis. Ce n'est pas le résumé de ses propos.
 - o La reformulation reflet est une paraphrase. C'est un écho de ce qui vient d'être dit.
 - o Le rapport inverse permet de mettre en évidence une difficulté présente à l'état latent. C'est une révélation pour le patient qu'il faut amortir avec empathie. Il permet une restructuration de champ.
 - o La clarification reformule la pensée du patient. Le praticien ne doit cependant pas interpréter.

2.4.2.2.6 Prothèse transitoire.

Elle permet de révéler et résoudre les problèmes psychiques posés dès l'insertion et pendant la période d'adaptation. Praticien et patient peuvent se retrancher derrière le caractère transitoire de ces prothèses sans régler de problèmes. Ce temps de transition peut représenter un avantage mais aussi un inconvénient.

3 Optimiser la première consultation, prévenir l'échec thérapeutique.

3.1 Plutôt que de résoudre un échec de l'intégration psychologique, le prévenir !

La plupart des patients édentés totaux qui se présentent au cabinet dentaire sont demandeurs de prothèses. Dans la majorité des cas, les prothèses réalisées semblent leur convenir. Cette satisfaction est souvent plus marquée que dans les cas de prothèses partielles. Il faut noter à ce sujet que le déficit corrigé est plus important en prothèse complète ; ce qui la rend incontournable (sauf possibilités implantaires). Cet apparent succès est cependant à pondérer avec les retours sur ces prothèses dans le temps (10). En dehors des blessures réelles et des corrections d'usage de l'occlusion des prothèses, les porteurs de prothèses rapportent souvent des doléances d'origine moins déterminée. On entend des : « je n'ai jamais pu m'y faire, je ne les porte que pour voir mes petits enfants », des « je ne les enlève pas la nuit, je ne peux pas me réveiller sans », des « j'ai de plus en plus de réflexes nauséux ». Ces remarques fréquentes surviennent quelques mois après livraison prétextant une blessure (pas toujours visible) ou des glossodynies. Lors de ces consultations, le chirurgien-dentiste a souvent l'intuition que ces gênes n'ont pas d'origine organique et sont plutôt d'ordre psychologique. Ce type de diagnostic n'est pas facile à accepter pour le praticien qui peut avoir l'impression d'être passé à côté de quelque chose d'important. Pour le patient c'est plus mitigé, certains vont s'offusquer d'une telle remarque et reprocher au praticien de rejeter l'échec de la prothèse sur sa responsabilité. D'autres seront soulagés de constater que leur difficulté à accepter leurs prothèses est reconnue.

Prévenir le rejet psychologique de la prothèse revient à savoir susciter chez le patient en difficulté un appel au secours sans mettre à mal son amour propre, lui permettre de se déterminer seul vers la solution la meilleure.

3.2 Pourquoi rechercher des réponses dans d'autres disciplines médicales ?

En ce qui concerne l'intégration psychologique des prothèses amovibles complètes, les données disponibles dans la littérature odontologique sont peu nombreuses et souvent anciennes.

Les études précitées s'accordent sur l'importance de la relation praticien patient. La plupart recherchent des facteurs pronostics de réussite de la thérapeutique prothétique. L'identification de ces facteurs (positifs ou négatifs) n'aide pas le chirurgien-dentiste et son patient dans le projet de soin. Ou alors, il ne faudrait appareiller que les patients présentant le

plus de facteurs favorables pour limiter les risques d'échecs. C'est éthiquement impossible. Tous les patients doivent pouvoir bénéficier de la même prise en charge thérapeutique.

Recentrer le problème dès le premier entretien permet de considérer tous les patients sur un même pied d'égalité et de diminuer la survenue de l'échec de l'intégration psychologique de la P.A.C. en incluant cet aspect dans le protocole de prise en charge de l'édenté.

S'intéresser aux autres disciplines de la médecine et des sciences humaines permet d'ouvrir le champ de compétences du chirurgien-dentiste à des outils qui ont déjà fait leurs preuves auprès des personnes en difficulté (problèmes d'addiction, interventions sociales, comportements à risque).

Depuis les années 1970, la notion d'entretien d'aide et de thérapie non directive a fait du chemin. On parle désormais de thérapie centrée sur la solution et d'entretien motivationnel. Ces outils n'apparaissent pas encore dans la littérature odontologique mais ont déjà leurs lettres de noblesse dans les sciences humaines et sociales.

Ces techniques d'entretien ont leur place dès la première entrevue, il ne s'agit pas d'attendre l'échec avéré. Il s'agit d'accompagner le patient vers le traitement qui lui convient, avec des objectifs qui lui sont propres. Cette vue d'esprit s'oppose à l'idée que le chirurgien-dentiste sait ce dont le patient a besoin ou ce qu'il attend de sa prothèse.

Le chirurgien-dentiste fait de son patient un allié pour réaliser un objectif thérapeutique commun. Les attentes du patient doivent évidemment s'inscrire dans les limites possibles de la thérapeutique, d'où l'importance du praticien comme guide (10).

3.3 Intérêt des techniques d'entretien de construction de solution.

3.3.1 Qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit de protocoles d'entretien qui redéfinissent la place du praticien et du patient au sein de la relation de soin. Elles s'opposent à la notion plus traditionnelle de résolution de problème (17).

La résolution de problème veut qu'au problème présenté par le patient, le praticien trouve la solution qui lui paraît la plus appropriée. Cela implique un déséquilibre de la relation de soin vers la compétence du praticien et la passivité du patient.

La construction de solution est un changement de paradigme. Elle attribue plus de pouvoir aux patients et réduit la subjectivité du praticien (il travaille alors dans le cadre de référence de chaque patient). La compétence donnée aux patients est de savoir ce qui est bon et nécessaire pour eux. Celle du praticien reste la technique. Il peut recadrer le patient dans le domaine d'un objectif réaliste. Pas besoin d'analyser les problèmes du patient pour trouver la solution, elle réside dans le changement désiré dès le début de la prise en charge.

Ces techniques d'entretien sont simples dans leur principe mais pas si faciles à réaliser. La difficulté est de rester focalisé sur la solution en toutes circonstances. Le succès survient lorsque le patient parvient à visualiser le changement qu'il souhaite.

Ce sont volontiers des questions ouvertes, par exemple :

- « Quel est le 1^{er} avantage que vous pensez retirer de la pose de cette prothèse ? »
(esthétique, alimentation, confort de vie...)
- « Quel est l'inconvénient qui vous paraîtrait rédhibitoire au point qu'il pourrait vous faire abandonner votre prothèse ? que ferez-vous si surgit tel inconvénient ? »
- « Qu'observerez-vous de nouveau dans le regard de l'autre ? »
- « Combien de temps vous donnez-vous pour vous y adapter ? »

Les réponses sont concrétisées à l'aide d'échelles analogiques simples. Cette évaluation, permet au patient d'entrevoir les marges de changement. Par exemple :

- « Sur une échelle de confiance vis-à-vis de votre adaptation à cette prothèse, de 0 à 10, à combien êtes-vous aujourd'hui ? »

Si la réponse est de 4 : « De quoi avez-vous besoin pour que cette confiance passe de 4 à 5 ? ».

L'évaluation des réponses est un outil simple et facile à utiliser notamment avec des personnes âgées dont facultés cognitives peuvent être diminuées. Les notes données sont reportées dans le dossier du patient et permettent un suivi des progrès. Demander au patient d'écrire ses doléances sur papier répond au même besoin d'évaluation d'une séance à l'autre. Cependant, le patient seul aura tendance à se focaliser sur les aspects négatifs du changement. (29).

3.3.2 Compétences de base pour mener l'entretien.

Le praticien se place en situation de non savoir. En d'autres termes, il doit s'affranchir de toute subjectivité. Il ne peut jamais connaître à priori la signification des expériences du patient. La plupart des qualités requises pour la communication restent inchangées. Cependant, il doit veiller à entendre ce que dit le patient sans filtrer à travers son propre cadre de référence, sinon, il y a évaluation et interférence avec l'écoute active.

Le comportement non verbal du praticien est une marque d'attention. Il doit être riche et approprié au comportement et au discours du patient : ton de voix harmonisé, contacts visuels, hochements de tête, expressions faciales, sourires, gestes de la main.

Le praticien répète les mots clés du patient. Le champ lexical est le sien, ce langage est significatif pour lui. Les reprendre permet de lever toute ambiguïté de sens. Cependant, il ne faut pas recadrer ses mots dans le jargon professionnel. La reformulation et le respect des silences font également partie du dialogue.

L'observation des comportements non verbaux du patient donne sa façon de communiquer ses pensées, ils sont associés au contexte. Le praticien doit considérer la forme et le fond du discours du patient. Le contenu renvoie aux messages verbaux et la forme aux affects et sentiments liés à l'information donnée.

Les compliments aux patients sont utilisés pour mettre en lumière ses points forts et alimenter sa motivation.

Valider les perceptions du sentiment en y réagissant est la compétence la plus cruciale afin d'aider. Une perception est un certain aspect de la conscience de soi-même ou de la conscience de sa vie. Ces perceptions sont portées par des pensées, des sentiments, des comportements et des expériences. Les valider permet au patient de se sentir écouté et compris.

A propos de l'empathie (47):

- Il s'agit d'une capacité « d'implication émotionnelle contrôlée ». C'est la compréhension du sens des émotions d'autrui et une réaction retour appropriée. Le

praticien ne s'identifie pas au patient, il cherche plutôt à appréhender son cadre de référence.

- La relation praticien patient ne se limite pas à l'empathie, elle n'en est qu'un ingrédient. L'alliance thérapeutique repose sur une empathie juste, une considération positive, une chaleur non possessive et de l'authenticité.

Le praticien doit fournir un effort pour aider le patient à se recentrer sur lui-même. Pratiquement tous les patients en difficulté souhaitent que leur environnement s'adapte à eux, ils deviennent alors passifs dans leur traitement. Le praticien les guide en restant un pas en arrière pour qu'ils redeviennent acteur de leur traitement.

3.3.3 Trois types de relation praticien patient sont considérés. (17)

3.3.3.1 La relation de type acheteur :

Le patient consulte sur sa propre initiative. Il a déjà commencé à réfléchir sur ses attentes envers le traitement envisagé. Il sait qu'il sera mis à contribution. Praticien et patient reconnaissent les difficultés présentes et s'accordent communément sur les objectifs thérapeutiques à atteindre. Cela ne veut pas dire que ce type de relation aboutisse nécessairement à un succès.

3.3.3.2 La relation de type plaignant :

Il a un comportement évitant face à la difficulté qui se présente. L'adaptation par évitement nécessite des efforts (comportements et pensées) pour gérer les stress environnementaux en évitant les pensées et sentiments évoqués par ces stress. « Les stratégies d'évitement, peu adaptatives, sont corrélées à une plus faible participation du patient à son traitement. » (Traduction libre). L'effort pour éviter de telles expériences personnelles risque en fait d'augmenter l'importance de l'objet même de l'évitement (36).

Le patient a tendance à placer la source de ses problèmes dans son environnement. Il souhaite souvent que le praticien le modifie. Les objectifs thérapeutiques ne sont pas clairement fixés communément par le praticien et le patient. Ce type de relation peut devenir de type acheteur.

3.3.3.3 La relation de type visiteur :

Les patients concernés viennent souvent sur la demande d'un proche ou par mimétisme d'un comportement normatif. Ils ne perçoivent pas de problèmes les concernant. La réponse naturelle à la contrainte est la méfiance, la résistance, le désir de déjouer les tentatives de contrôle sur eux. Ces patients sont souvent considérés comme non coopérants.

C'est une situation difficile pour le praticien. Praticien et patient ne sont pas capables d'identifier conjointement un problème ni d'émettre des objectifs de travail. Le praticien doit découvrir quel intérêt le patient pourrait vouloir retirer de la relation de soin. Le but est surtout de ne pas rompre le dialogue.

Si le patient veut ce qui n'est pas bon pour lui, le praticien conserve sa position de non savoir et l'invite à réfléchir du point de vue des proches qui lui ont demandé de consulter.

Dans une minorité de cas, le patient semble ne rien vouloir du tout de la relation de soin. Le praticien peut l'amener à réfléchir si quelque chose peut malgré tout améliorer son quotidien.

3.3.4 Coopération et motivation du patient.

Ce sont les praticiens qui classent les patients en coopérants ou résistants. Le patient est qualifié de résistant lorsqu'il s'oppose aux décisions du praticien. Dans cette situation, le professionnel n'est rarement voire jamais tenu pour responsable de la mauvaise gestion de la relation thérapeutique (47).

La croyance en la résistance des patients est profondément ancrée dans les professions de santé. Cette résistance devrait être affrontée pour la réussite thérapeutique. C'est une situation intéressée de la part du soignant. S'il parvient à changer le patient, tout le mérite lui revient. Si ce n'est pas le cas, c'est le patient qui est résistant. C'est plutôt la résistance du praticien à changer d'orientation thérapeutique qui mène à l'échec. Même lorsque les possibilités thérapeutiques sont limitées, l'abstention de soin est aussi une solution à envisager.

On n'accroît pas la motivation du patient en triomphant de sa résistance, mais en faisant taire nos propres cadres de référence : écouter, inviter les patients à participer. L'invitation à la

participation commence à la première rencontre et finit quand le patient indique au praticien que le travail est achevé.

Coopération et motivations sont labiles et dépendent de ce que les patients considèrent utile ou aidant pour eux à l'instant t. La motivation du patient s'accroît avec la sensation que l'orientation du traitement lui convient.

3.3.5 Travail basé sur des objectifs construits.

Les objectifs considérés doivent être importants pour le patient, pas nécessairement pour le praticien. La considération et le respect alors ressentis par le patient contribuent au développement de l'estime de soi et à l'augmentation de la motivation (47).

Il est important, ici, de ne pas proposer une unique possibilité au patient. Lui présenter la possibilité de l'abstention thérapeutique permet de centrer les objectifs sur les intérêts propres du patient. Paradoxalement, cette proposition pousse plus volontiers le patient à entreprendre un traitement prothétique. Une solution illogique peut ainsi conduire vers le changement (62). Pour avoir l'effet escompté, elle doit être accompagnée d'une solution logique, un objectif positif.

Cas clinique de M.X, 79 ans reçu en consultation suite à la fracture de ses 2 dernières dents. D'autres dents manquaient déjà sur l'appareil mandibulaire depuis près de trois ans.

M.X. : « de toute façon, il faut enlever ça. Mais je ne veux pas toucher à mes dentiers ».

Hélène : « entendu, je vous propose tout de même un devis pour la réfection de votre prothèse ».

M.X. : « pourquoi faire ? »

Hélène : « je ne sais pas. Vos dents peuvent vous manquer. »

M.X. : « (rires), bah on verra bien ».

Un mois plus tard, M.X. était dans la salle d'attente, persuadé qu'il fallait refaire son appareil.

Pour décrire ce que l'on veut, on commence habituellement par décrire ce qu'on ne veut pas. Un constat négatif peut donner l'impression au patient d'être piégé, qu'aucune issue n'est possible. Construire un objectif positif encourage (17).

Ces objectifs doivent être définis en des termes réalistes, susceptibles d'être atteints. Le praticien doit veiller à ne pas faire de promesses qu'il ne pourra tenir.

« Considérer qu'il y a du travail pour aboutir au résultat souhaité décomplexer les patients et les rend plus indulgents face à des progrès lents ou très enthousiastes s'ils sont rapides. »

3.4 Application de ces techniques d'entretien à la première consultation au cabinet dentaire.

3.4.1 Mise en place de l'entretien de construction de solution au cabinet dentaire.

Dès la première consultation, le patient doit être au cœur de la thérapeutique. Le soin existe pour améliorer le quotidien et la qualité de vie du patient édenté, pas pour apporter satisfaction au praticien. Le praticien, lui, peut se satisfaire d'avoir apporté une aide appropriée et pérenne au patient (17).

L'indication d'extraire l'intégralité des dents et/ou de réaliser des prothèses complètes est facile à poser pour le chirurgien-dentiste. Ces nécessités sont généralement beaucoup moins évidentes à appréhender pour le patient.

Travailler la qualité du premier entretien a pour but de rendre le patient immédiatement moteur dans sa thérapeutique, de saisir ses véritables attentes et interrogations. D'autre part, il a été établi que l'alliance thérapeutique se construit dès la première rencontre entre patient et soignant. Il est important qu'elle soit aussitôt favorable à la réussite du traitement sous tous ses aspects.

Les anonymes ou les personnes qui ont l'expérience de l'édentement sont de bons interlocuteurs pour les patients en difficulté. Le recours à des groupes de paroles d'édentés appareillés leur apporte un bénéfice certain dans la façon d'aborder leur thérapeutique (27).

Le praticien ne peut pas se prétendre ni édenté ni appareillé ; par contre il peut prêter une oreille suffisamment neutre pour se vouloir anonyme.

Beaucoup de personnes édentées (totalement ou non) et concernées par la prothèse amovible (complète ou partielle) discutent sous couvert d'anonymat sur des forums de discussion Internet (doctissimo.fr (18) parmi d'autres). L'existence de ces lieux de communication montre le besoin de certains patients d'échanger sur leur santé buccale et sur les relations qu'ils entretiennent avec leur chirurgien-dentiste. Ces données Internet sont à considérer avec beaucoup de précautions. Elles ne reflètent pas l'ensemble des patients édentés et n'ont aucune valeur scientifique. Les extraits de ces discussions ne seront cités qu'à titre d'exemple pour illustrer le déroulement de la première consultation.

En ce qui concerne l'objectif de l'intégration psychologique de la prothèse amovible complète, le praticien va encourager le patient à se projeter dans un futur proche afin qu'il visualise les changements qui vont se produire avec l'appareillage.

3.4.2 Un travail d'anticipation.

Anticiper les problèmes en prothèse c'est s'intéresser à deux aspects : l'anticipation du port de la prothèse (imagination négative et bénéfices espérés par le patient) et gérer le problème de la plainte, de l'insatisfaction (47).

3.4.2.1 Imagination négative et bénéfices espérés.

Ces aspects relèvent de l'évaluation propre du patient. Ils donnent ses craintes et ses attentes. Pour tout changement envisagé dans la vie d'une personne, il existe une situation d'ambivalence. Le choix doit se faire entre statu quo de la situation actuelle et le changement. Il existe un processus plus ou moins conscient de mise en balance entre désavantages du statu quo et bénéfices espérés d'un côté et imagination négative des prothèses et avantages du statu quo. Certains patients seront ravis d'être appareillés, d'autres non (47).

Pour les appréhender en consultation, le praticien projette le patient dans un futur proche pour lui faire imaginer son quotidien de personne appareillée : port et usage des prothèses, image spéculaire.

Imagination négative :

L'imagination négative (16) fait appel aux représentations du patient. En se projetant, il va se confronter à l'image des prothèses et aux inquiétudes qu'elles provoquent. Son vécu, son expérience, son histoire dentaire et l'influence de ses proches interviennent, ainsi que les témoignages des autres.

Toutes ses perceptions au sujet de la prothèse complète doivent être exprimées au cours de l'entretien. Pour le praticien, il s'agit d'une exploration plutôt qu'une exhortation.

Exemple de question : « Qu'observerez-vous dans le regard de l'autre qui pourrait vous gêner ? »

Exemples de discussions sur Internet :

- « Bon finalement j'ai honoré mon RDV de la St valentin ! », dent j'heureuse, 14/02/2007.
- « je trouve qu'à 40 ans c'est dur de se retrouver avec un dentier, j'ai beaucoup de mal à le vivre. En fait quand je dois nettoyer le dentier et que je me vois dans le miroir je n'ai plus l'impression que c'est moi, j'ai du mal à me faire à cette image, je pense qu'il faut un peu de temps ». sirene54 le 24/01/2007.
- « Il n'est pas simple de s'habituer au début, pour boire, (j'ai souvent bu à côté), je me suis aussi brûlée avec le café chaud, je ne sentais pas la chaleur sur les dents, et puis je n'arrivais pas non plus à avaler les médicaments... IL FAUT DE L'ENTRAINEMENT! ». dent j'heureuse, le 08/02/2007.
- « Bref je suis dans le même cas, au début j'avais honte, peur des sourires, moqueries etc... Mais au final cela ne se voit pas temps que cela. Et puis de toutes manières il n'y a pas d'autre solution "miracle" au soi dit "problème" ». anonyme le 15/02/2007.

Bénéfices espérés :

Les bénéfices que le patient peut espérer de ses prothèses sont fonctionnels (mastication, phonation), esthétiques et psychologiques. Les bénéfices fonctionnels et esthétiques attendus par le patient et le praticien sont reconnus. Les bénéfices psychologiques espérés sont moins connus, ils sont propres à chaque patient. Chaque patient place un certain espoir dans la réussite de son traitement prothétique (47).

Les bénéfices espérés ne font pas toujours partie du domaine du réalisable ; le praticien recadre ce que l'on peut raisonnablement attendre des prothèses. En général, le patient sait que ce qu'il espère ne peut pas se réaliser, il n'en est pas toujours conscient. Parfois, le patient n'envisage pas tous les bénéfices qu'il peut attendre ; le praticien l'informe. C'est un étayage plus qu'une persuasion ou une argumentation.

Exemple de question : « Quelle(s) est/sont la/les première(s) chose(s) que vous ferez lorsque vous aurez reçu vos nouvelles prothèses ? »

Exemples de discussions sur Internet :

- « Il faut réapprendre à manger. Donc j'entraîne ma langue à bosser un peu, et elle participe à la mastication ». dent j'heureuse, le 25/01/2007.
- « j'attends vos photos et si vous êtes sage on pourra bien rigoler si je vous montre avant la prothèse , vous pourrez voir super mémé ». shaero, le 05/02/2007.
- « Par contre j'espère bien ne plus avoir des nausées et envie de vomir ». pitouyou, le 16/02/2007.
- « C'est pour cela que j'aimerais trouver une solution pour pouvoir essayer d'OUBLIER que j'ai une bouche avec des dents en plastique dedans ». Domi28, le 26/02/2007.

Statu quo :

Conserver le statu quo a des avantages et des inconvénients pour le patient (47). Les inconvénients paraissent évidents pour le praticien, les avantages le sont moins.

Les inconvénients sont ceux de l'édentement non compensé (déficit fonctionnel et esthétique). Les avantages vont dans les sens du refus de changement. Le suivi vers un traitement prothétique nécessite un investissement de la part du patient (personnel et financier). A ce propos, il est préférable que les devis soient remis au préalable pour ne pas polluer l'entretien avec de nouvelles informations.

Le praticien n'a pas besoin de connaître la position du patient par rapport à sa situation actuelle. Il doit seulement garder en tête qu'elle n'est pas ni manichéenne ni figée.

Exemple de question : « Actuellement vous ne semblez pas vouloir être appareillé. Dans un futur proche, qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'avis ».

Exemples de discussions sur Internet :

- « je sais que cela fait plus esthétique mais après 1 mois je me demande encore et si c'était à refaire ? je trouve que pour manger , on ne goûte pas comme avant , et sur une journée quelques minutes par jour , ce dentier m'insupporte , je crois que si c'était à refaire j'attendrais le plus longtemps possible , j'avais plus de molaires et on

commençait à devoir enlever les canines, alors bien sûr... et puis j'avais pleins de kyste sur les racines des dents de devant et une "parodontose" ». shaero, le 07-02-2007

- « Pour ma part j'ai été opéré sous AG il y a 3 semaines jour pour jour pour une extraction complète. Sois moins 32 dents alors que je n'ai que 22 ans. Je pense que le mot "choc" est assez qualifiant pour le résultat et le réveil mais bon je devais le faire ». Anonyme le 15/02/2007.
- « Je ne sais pas si je dois être plus heureux que toi qui est restée sans dents durant trois mois, pour l'instant elles ne me servent à rien du tout et en plus me posent que des soucis et pas un seul avantage à part un joli sourire ». pitouyou, le 16/02/2007.
- « Je sais depuis plusieurs années (8 ans) que je dois me faire retirer toutes les dents, mes dents se déchaussent (suite à un scorbut dans ma jeunesse) (je suis un homme). Maintenant je suis au pied du mur ». Doux93, le 18/02/2007.
- « Pitouyou, ça m'arrive aussi de mettre la prothèse dans la boîte, je sais que c'est pas bien, mais je ne suis pas maso au point de supporter cet instrument de torture alors que je suis tranquille et seule chez moi ». Domi28, le 21/02/2007.

Tous ces éléments vont peser dans un sens ou dans l'autre sur le processus de balance. Aider le patient à faire ce bilan permet de l'éclairer sur ses motivations profondes, ses attentes et ses craintes. De ce que le patient exprimera de ce bilan, le praticien pourra envisager le type de la relation de soin (acheteur, plaignant, visiteur) et déterminer des objectifs à construire avec le patient.

Au-delà de ce processus de balance, la projection dans le futur incite le patient à se recréer une nouvelle bouche, de voir ce qu'il peut attendre d'elle et de comprendre ce qu'il devra faire et surpasser pour se l'approprier. C'est le réconcilier avec son image du corps malgré l'atteinte de son schéma corporel.

Bien entendu, l'intégration psychologique de la prothèse n'est pas encore efficace puisque la prothèse n'est pas encore réalisée. Cependant, le processus d'acceptation d'un corps étranger est à l'œuvre.

3.4.2.2 La plainte et l'insatisfaction.

A ce stade de la prise en charge thérapeutique, la plainte ou l'insatisfaction face aux prothèses amovibles complètes ne sont ni des douleurs, ni des gênes puisque aucune empreinte n'a encore été réalisée.

Le praticien ne doit pas non plus les prendre comme des marques de résistance ou de reproches à son égard. Ce sont des modes de communication. Apprendre à les écouter permet de comprendre leur sens profond.

Elles relèvent de craintes ou de peurs reliées aux expériences et projections du patient.

Elles peuvent également manifester un malaise vis-à-vis de l'image de soi altérée du patient édenté.

3.4.3 Etre ouvert au dialogue, dépasser les tabous.

Toutes les questions que les patients n'osent pas poser :

La forte charge symbolique de la cavité buccale et son caractère érotique impliquent l'existence de tabous (6).

Le patient abordera avec aisance bon nombre d'aspects de sa bouche mais gardera pour lui un certain nombre de questions. Ce sont les tabous.

« Les tabous sont coextensifs aux sociétés humaines avec une virulence variable selon les cultures ». « Dans la civilisation occidentale, la culture judéo-chrétienne mit en place des interdits moraux destinés à atténuer la faute par le sacrifice ». « Cette pression perpétuelle a conduit les peuples à une défiance de leur constitution physique et plus particulièrement de tout ce qui a trait à leur sexualité ». « C'est avec l'amélioration des conditions de vie que s'est posée la question de la qualité de vie. A partir de là, l'existence des tabous est révélée mais leur existence persiste » (64).

Si le praticien ne présente pas de réticences à aborder le sujet et ne recherche pas d'aveux de la part du patient, alors le tabou peut être levé par le patient.

Exemples de discussions sur Internet:

- « Comment fais tu pour avoir autant le moral, moi j'ai honte de ce qui m'arrive, je n'ose en parler à personne, mais c'est vrai que d'en parler avec toi et de voir ton coté positif m'aide beaucoup ». sirene54, le 25/01/2007.

- « et ben t as de la chance sirene que tu n as pas une prothèse complète car coté bisou c est plus pareil ^^ , si tu n as pas mis de colle , il faut faire gaffe : il n y as pas que toi qui decolle lol on peut bien rire n est ce pas », shaero, le 14/02/2007.
- « Shaero, honte à moi, je n'ai pas encore testé le bisou, là c'est dans la tête que ça se passe, il va falloir que je m'y aventure tout de même!!!!!! Est ce aussi bon que la première fois??? » Dent j'heureuse, le 16/02/2007.

Les questions délicates ne doivent être abordées que si le patient en exprime le souhait ou l'intérêt.

Techniques relationnelles indirectes pour aborder les questions délicates :

Aborder des sujets dits délicats est possible au cabinet dentaire, ce n'est pas une obligation. Le chirurgien-dentiste laisse une porte ouverte à cette possibilité. Le patient la poussera s'il en ressent le besoin (6).

Une perche peut être tendue en prétendant que d'autres personnes édentées avaient rapporté des inquiétudes par rapport à leur vie amoureuse (par exemple). Le patient peut se sentir offusqué de cette intrusion, le praticien s'excuse et félicite le patient de ne pas avoir ce souci. Il importe peu que le patient dise la vérité, il sait à présent que d'autres ont le même problème et qu'il pourra en parler si besoin. Si le patient confirme ces inquiétudes communes aux autres, le chirurgien-dentiste lui laisse l'opportunité d'en parler.

Exemple de question : « Certains patients dans la même situation que vous m'ont rapporté que leurs prothèses s'immisciaient d'une façon ou d'une autre dans leur intimité. Rencontrez-vous aussi ces difficultés ? »

3.4.4 Réalisation d'une grille d'entretien pour guider la première consultation.

3.4.4.1 Questionnaire écrit préalable :

L'usage d'un questionnaire écrit remis en salle d'attente (par exemple) ou réactualisé avec le chirurgien-dentiste si le patient est déjà venu a différents intérêts (3).

- Il permet au praticien et à l'équipe soignante d'avoir d'emblée toutes les formalités administratives (nom, prénom, adresse...). Connaître l'identité du patient est nécessaire au commencement de l'entretien.
- Il rassemble toutes les informations formelles sur d'éventuels antécédents médicaux ou traitements en cours.
- Il permet de retracer l'histoire dentaire du patient dans les grandes lignes.
- La majorité des questions est à choix fermé ou à réponse simple. Cependant, il faut laisser une ou deux questions ouvertes au patient. Leur intitulé est formulé de façon positive. Le patient sera libre d'y écrire ce qu'il attend de cette consultation ou tout simplement ce qu'il souhaite ajouter au présent questionnaire. Ces questions ouvertes ont pour but d'entamer le premier entretien. Même s'ils n'écrivent rien, ils y auront réfléchi. Les réponses ou l'absence de réponses pourra faire l'objet d'une reformulation pendant l'entretien.

Ces questionnaires sont de bons supports à exploiter pour commencer la consultation. Leur formalisme maintient une certaine distance entre patient et praticien le temps qu'ils fassent connaissance.

On peut imaginer ce type de questionnaire :

QUESTIONNAIRE MEDICAL PATIENT :
--

Ce questionnaire vous est remis pour nous aider à mieux vous connaître. Il sera revu avec votre chirurgien-dentiste.

FORMALITES :

- Nom, Prénom : ...
- Date de naissance : ...
- Adresse : ...
- Numéro de téléphone : ...
- Numéro de sécurité social : ...

ANTECEDANTS MEDICAUX ET TRAITEMENTS EN COURS :

- poids, taille : ...
- avez-vous été/êtes-vous atteint d'une de ces affections :
 - o diabète

- neurologique
 - asthme
 - cardiaque
 - vasculaire
 - pulmonaire
 - pathologies infectieuses
 - urogénitale
 - affection chronique
 - intestinale
 - dépression
 - autre : (préciser) ...
- pour les femmes : êtes-vous enceinte ? oui/non, allaitez-vous ? oui/non
 - fumez-vous ? oui/non, si oui : depuis quand ? quelle fréquence ? ...
 - êtes-vous allergique ? oui/non, si oui : quelle origine ? ...
 - prenez-vous des médicaments ? oui/non, si oui : lesquels ? quels motifs ? ...

ETAT DENTAIRE :

- motif(s) de consultation :
 - contrôle
 - douleur
 - carie
 - fracture
 - prothèse
 - saignements
 - halitose
 - autres : (préciser) ...
- date de la dernière consultation : ...
- avez-vous déjà eu des complications à l'issue d'un soin dentaire ? oui/non, si oui : lesquelles ? ...

A quoi saurez-vous que cette consultation a été utile pour vous ? ...

Que souhaitez-vous ajouter ? ...

3.4.4.2 Grille d'entretien.

Cette grille d'entretien est une ligne directrice pour mener l'entretien. Il n'est pas possible de formuler des questions types à ce niveau. Comme vu précédemment, le discours est celui du patient, le cadre de référence est le sien. Cela n'empêche pas d'établir des thèmes à aborder.

- Au moment des présentations, le praticien invite le patient à s'asseoir à son bureau. Le chirurgien-dentiste demande au patient comment il veut être appelé. Certains souhaiteront être appelé par leur prénom, d'autres être tutoyés. S'ils ne savent pas, les nommer par leur nom propre. En fonction de leur réponse, le chirurgien-dentiste peut leur dire de l'appeler par son prénom. Il ne s'agit pas de devenir familier ni de maintenir une distance à cause du titre de docteur, mais de créer le climat de dialogue qui leur est le plus favorable (17).
- Maintenant que les présentations sont faites, praticien et patient regardent le questionnaire ensemble. Le chirurgien-dentiste le parcourt rapidement en s'attardant sur les items remarquables pour s'assurer des faits relatés. Le patient peut souhaiter y émettre des commentaires (3).
- Les questions ouvertes permettent de faire une transition vers l'entretien individualisé même. « Je vois que vous souhaitez être appareillé ? en quoi puis-je vous être utile » ou « que souhaitez-vous ? ». le chirurgien-dentiste ne doit jamais présupposer que la réponse est évidente (17).
- Plusieurs cas de figures :
 - o Le patient souhaite des prothèses neuves et en a déjà portées. On retrouve là une relation de type acheteur. Le travail d'anticipation se fera essentiellement sur les bénéfices espérés d'un nouvel appareillage. La plainte ou l'insatisfaction seront écoutées attentivement. L'écouter permet notamment de voir si le deuil de ces dents a été fait ou si ses anciennes prothèses étaient totalement intégrées.
 - o Le patient est nouvellement ou prochainement édenté ou édenté sans compensation. Sa prise en charge prothétique est nouvelle ou envisagée et souhaitée de sa part. Le chirurgien dentiste devra le guider pour qu'il puisse se situer dans la balance entre changement et statu quo. Il ne s'agit pas de savoir s'il veut réellement des prothèses complètes, mais de l'aider à prendre

conscience de ses attentes profondes. Ces relations sont de type acheteur ou visiteur.

- Le patient est édenté sans compensation ou prochainement édenté. Il vient sur la demande d'un proche qui l'accompagne parfois. C'est souvent une relation de type visiteur. Le but de la consultation, hormis la vérification que le patient ne prend pas de risques pour sa santé, est de ne pas couper le dialogue entre chirurgien-dentiste et patient. Dans le cas où des dents résiduelles seraient à extraire, la priorité va à sa santé. Conserver le statu quo n'apparaît pas recommandé. Pour ce qui est de la phase prothétique, le praticien lui demande ce qu'il souhaite. S'il ne souhaite rien, il lui demande ce qui pourrait malgré tout améliorer son statu quo.
- A l'issue de cet entretien initial, le chirurgien-dentiste propose au patient de passer au fauteuil pour réaliser l'examen clinique.
 - Il accepte. Avec son accord, les empreintes primaires peuvent être réalisées. Si les devis n'ont pas été remis auparavant, préciser au patient que cet acte n'engage à rien.
 - Il refuse. Le chirurgien-dentiste lui demande ce qu'il redoute de cet examen, aucune empreinte ne sera alors envisagée le jour même. L'effet de surprise de la survenue du contact peut le bloquer. Un rendez-vous ultérieur est convenu pour procéder à l'examen.

Le contenu de cette consultation peut paraître chronophage. Il est conçu pour convenir au plus grand nombre. La majeure partie des patients ne présente pas de difficultés face aux prothèses amovibles complètes. Ils ont déjà réalisé le travail d'anticipation seuls. Ils auront seulement besoin de se sentir compris et écoutés. Pour d'autres, tout ce travail en amont de la réalisation prothétique permettra d'anticiper des problèmes ou même de servir de support relationnel en cas d'échec de l'intégration de la prothèse, notamment au niveau psychologique.

3.4.4.3 Quelles indications poser ?

La première consultation permet d'envisager le déroulement de la réalisation prothétique.

- Aucune difficulté particulière n'est décelée. Les séances de réalisation des prothèses amovibles complètes sont programmées d'emblée.
- Le chirurgien-dentiste peut proposer des prothèses provisoires aux patients qui n'ont jamais été appareillés. Les prothèses provisoires trouvent leur indication (en ne prenant que l'intégration psychologique en compte) dans les situations où les patients ont une faible connaissance des prothèses complètes, des difficultés à s'imaginer avec ou de grandes craintes par rapport à leur caractère définitif. La réalisation de prothèses provisoires est assortie d'objectifs pour le patient, pour qu'il apprenne à s'approprier l'objet. Le caractère provisoire et perfectible de ce type de prothèses est un atout dans ces situations. Cependant, leur réalisation est un coût pour le patient.
- L'abstention thérapeutique est une indication valable pour certains patients. Pour aboutir à ce type de diagnostic, le chirurgien-dentiste met ses certitudes médicales de côté pour ne considérer que le bien-être du patient. Bien entendu, le patient aura reçu une information éclairée et prendra sa décision en connaissance de cause. Le besoin de prothèses pour le patient est produit par les conséquences de l'édentement, pas nécessairement par l'édentement lui-même. Un patient estimant s'alimenter correctement et ne rencontrant pas de difficultés à communiquer peut ne pas souhaiter de prothèses. Les réaliser contre son avis c'est s'assurer qu'elles resteront dans un tiroir.

3.4.5 Critiques.

Outre le temps nécessaire à sa réalisation, ce type d'entretien en tant que première consultation présente des difficultés envisageables pour le praticien.

- Le changement de paradigme de la relation de soin est nouveau et nécessite une réflexion du praticien sur ses aspirations en tant que chirurgien-dentiste et plus globalement en tant que professionnel de santé.
- La capacité à rester centré sur le patient en respectant son cadre de référence tout en gardant la distance nécessaire à tout soignant n'est pas aisée pour tous. Elle peut nécessiter une formation de base du chirurgien-dentiste aux techniques d'entretien d'aide.

La validité d'un tel protocole nécessite une étude statistique pour être systématisée. Son efficacité ne pourra être vérifiée qu'après étude de la comparaison de réussite des traitements par prise en charge conventionnelle ou avec notion d'entretien d'aide.

La réussite des traitements peut être évaluée par satisfaction des patients à la livraison des prothèses puis à distance, ou par le nombre de séances nécessaires au patient pour se sentir confortable avec ses prothèses.

En ce qui concerne les praticiens des deux échantillons de patients, la moitié aura reçu un enseignement à ces techniques, l'autre y sera étrangère.

4 CONCLUSION :

L'intégration psychologique de la prothèse amovible complète est un processus de remodelage de l'image du corps. Au schéma corporel déficient du patient édenté, la thérapeutique prothétique apporte une aide pour recouvrir toutes les fonctions de la bouche. Le rétablissement d'une image de la cavité buccale normative permet au patient de réaliser le deuil de ses dents et d'accepter les prothèses complètes insérées en bouche comme étant partie de lui. Chaque patient possède des ressources plus ou moins conscientes pour y parvenir. Il semblerait que la qualité de la relation de soin avec le chirurgien-dentiste soit un moteur de la réussite de ce type de traitement. La plupart des caractéristiques sociales et personnelles du patient ne paraissent pas être prédictives de la réussite ou de l'échec du traitement. Et même si elles l'étaient, leur considération serait peu éthique dans la volonté du praticien d'apporter un suivi thérapeutique de même qualité pour chacun. L'alliance thérapeutique va alors œuvrer pour mettre en lumière les ressources que le patient peut mobiliser. Ces ressources sont ses capacités à s'adapter à son nouveau schéma corporel et à accepter le changement. Elles passent par la recherche de ses attentes profondes et de la situation future qu'il souhaite atteindre. Les techniques d'entretien de solution, alors utilisées comme aide aux patients en difficulté sociale (essentiellement), apparaissent être un bon outil pour mobiliser ces ressources. Dans le cadre du protocole de prise en charge par prothèse complète, leur recours nécessite d'être validé par une étude bien menée pour prétendre leur systématisation. S'il s'avère que ces techniques ont leur place au cabinet dentaire, leur usage

par le praticien en cas d'échec de l'intégration psychologique des prothèses sera une autre possibilité à côté des recours à la sophrologie, l'hypnose et la relaxation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AGERBERG G et CARLSSON GE.

Chewing ability in relation to dental and general health; analyses of data obtained from a questionnaire.

Acta Odontol Scand 1981;**39**:147-153.

2. AL QURAN F, CLIFFORD T, COOPER C et LAMEY PJ.

Influence of psychological factors on the acceptance of complete dentures.

Gerodontology 2001;**18**(1):35-40.

3. AMZALAG A.

Codes de la relation dentiste patient.

Paris : Masson, 2007.

4. AURIOL B.

Introduction aux méthodes de relaxation.

Toulouse : Privat, 1987.

5. BELLINI D, DOS SANTOS MBF, DA CUNHA VPP et MARCHINI L.

Patients' expectations and satisfaction of complete denture therapy and correlation with locus of control.

J Oral Rehabil 2009;**36**(9):682-686.

6. BESTAUX M.

La bouche organe érotique par excellence.

Inf Dent 2008;**90**(32):1761-1766.

7. BERG E.

The influence of some anamnestic, demographic and clinical variables on patient acceptance of new complete dentures.

Acta Odontol Scand 1984;**42**(2):119-127.

8. BERG E.

A 2-year follow-up study of patient satisfaction with new complete dentures.

J Dent 1988;**16**(4):160-165.

9. BERG E.

Acceptance of full dentures.

Int Dent J 1993;**43**(3):299-306.

10. BERTRAND C et DUPUIS V.

Communication : comment optimiser la relation praticien-patient en prothèse complète.

Cah Proth 1998;**102**:33-40.

11. BOUVARD M.

Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. 3^{ème} éd.

Paris : Elsevier-Masson, 2009.

12. CARLSSON GE.

Facts and fallacies: an evidence base for complete dentures.

Dent Update 2006;**33**(3):134-142.

13. CELEBIC A, KNEZOVIC-ZLATARIC D, PAPIC M et coll.

Factors related to patient satisfaction with complete denture therapy.

J Gerontol Series A-Biol Sci Med Sci 2003;**58**(10):948-953.

14. CRICHLLOW SB et ELLIS JS.

Prognostic indicators for conventional complete denture therapy: a review of the literature.

J Dent 2010;**38**(1):2-9.

15. CYRULNIK B.

Les vilains petits canards.

Paris : Odile Jacob, 2001.

16. DAVEY G et WELLS A.

Worry and its psychological disorders. Theory, assessment and treatment.

Wiley series in clinical psychology 2006;avril:1-428.

17. DE JONG P et BERG IK.

De l'entretien à la solution, l'accent sur le pouvoir des clients. Collection Le Germe.

Bruxelles : Satas, 2002.

18. DOCTISSIMO.FR

Discussion sur le site Internet <http://www.doctissimo.fr/>

Forum: « 33 ans, extraction de toutes mes dents », interrogé le 28 janvier 2010.

19. DOLTO F.

L'image inconsciente du corps.

Paris : Seuil, 1984.

20. DUPUIS V.

Personnes âgées et dénutrition.

Chir Dent Fr 2007;**1317**:45-49.

21. ERI I, BAR-TAL Y et KOSTOVETZKI I.

At first glance: social meanings of dental appearance.

J Public Health Dent 2001;**61**(3):150-154.

22. FEINE JS, CARLSSON GE, AWAD MA et coll.

The MacGill consensus statement on overdentures.

Int J Prosthodont 2002;**15**(4):413-414.

23. FEIREISEN V.

Rééducation fonctionnelle : l'apport du psychologue.

J Psychol 1987-1988;**53**:1-45.

24. FENLON MR, SHERIFF M et NEWTON JT.

The influence of personality on patients' satisfaction with existing and new complete dentures.

J Dent 2007;**35**(9):744-748.

25. FENLON MR et SHERIFF M.

An investigation of factors influencing patients' satisfaction with new complete dentures using structural equation modelling.

J Dent 2008;**36**(6):427-434.

26. FISKE J, DAVIS DM, FRANCES C et GELBIER S.

The emotional effects of tooth loss in edentulous people.

Br Dent J 1998;**184**(2):90-93.

27. FISKE J, DAVIS DM et HORROCKS P.

A self-help group for complete denture wearers.

Br Dent J 1995;**178**(1):18-22.

28. FREEMAN R.

The psychology of dental patient care: reflections on professional and lay perspectives of the dentist-patient interaction.

Br Dent J 1999;**186**(11):546-550.

29. FROMENTIN O et HUE O.

De l'expression des doléances en prothèse amovible complète, comprendre pour mieux traiter.

Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**217**:23-37.

30. GOFFMAN E.

Stigmatisme : les usages sociaux des handicaps. Collection le Sens Commun.

Paris : Éditions de Minuit, 1975.

31. GRILLOT MJ.

Rééducation et réinsertion socioprofessionnelle des amputés unilatéraux appareillés.
Thèse: Médecine, Université de Nantes, 1977.

32. GUILLOU M.

Le corps et l'appareil.
Traverses 1979;14/15:132-142.

33. HEYDECKE G, THOMASON JM, LUND JP et FEINE JS.

The impact of conventional and implant supported prostheses on social and sexual activities in edentulous adults: results from a randomized trial 2 months after treatment.
J Dent 2005;33(8):649-657.

34. HIRSCH B, LEVIN B et TIBER N.

Effects of patient involvement and aesthetic preference on denture acceptance.
J Prosthet Dent 1972;28(2):127-132.

35. JUNG CJ.

L'homme et ses symboles.
Paris: Robert Laffont, 1990.

36. KORTTE KB, VEIEL L, BATTEN SV et WEGENER ST.

Measuring avoidance in medical rehabilitation.
Rehabil Psychol 2009;54(1):91-98.

37. LE BRETON D.

Corps et sociétés : essai de sociologie et d'anthropologie du corps. Sociologies au quotidien.
Paris : Librairie des Méridiens, 1985.

38. LEJOYEUX J.

Prothèse complète. Tome 1. 3^{ème} ed.
Paris : Maloine, 1976.

39. LEJOYEUX J et LEJOYEUX R.

Mise en condition en prothèse amovible.

Paris : Masson, 1993.

40. LEWIS HA.

The unconscious castrative significance of tooth extraction.

Am J Orthodont 1958;**9**(44):716-718.

41. LOUIS JP, ARCHIEN C et VOIRY JG.

L'intégration psychologique de la prothèse complète.

Real Clin 1997;**8**(4):369-380.

42. LUBESPERE A.

Contribution à l'amélioration de la thérapeutique des édentés totaux à travers l'étude du facteur psychique de la dynamique relationnelle.

Thèse: Doctorat en Sci Odontol, Université de Bordeaux, faculté mixte de médecine et de pharmacie, 1970.

43. MacENTEE MI, HOLE R et STOLAR E.

The significance of the mouth in old age.

Soc Sci Med 1997;**45**(9):1449-1458.

44. MAGNUSSON T.

Clinical judgement and patients' evaluation of complete dentures five years after treatment. A follow-up study.

Swed Dent J 1986;**10**(1/2):29-35.

45. MARACHLIOLGLOU CR, DOS SANTOS JF, CUNHA VP et MARCHINI L.

Expectations and final evaluation of complete dentures by patients, dentist and dental technician.

J Oral Rehabil 2010;**37**(7):518-524.

46. MENDEZ J.

Importance du facteur psychique en prothèse complète.

Inf Dent 2000;**82**(15):1091-1096.

47. MILLER WR et ROLLNICK S.

L'entretien motivationnel – aider la personne à engager le changement.

Paris : InterEditions, Dunod, 2006.

48. MURRAY CD.

The social meanings of prosthesis use.

J Health Psychol 2005;**10**:425-441.

49. OSTERBERG T, CARLSSON GE, TSUGA K et coll.

Associations between self-assessed masticatory ability and some general health factors in a Swedish population.

Gerodontology 1996;**13**(2):110-117.

50. PAN S, AWAD M, THOMASON JM et coll.

Sex differences in denture satisfaction.

J Dent 2008;**36**(5):301-308.

51. RODRIGUEZ TOME H.

Le Moi et l'Autre dans la conscience de l'adolescent.

Neufchatel : Delachaux et Niestlé , 1972.

52. SAINT-PIERRE F.

La bouche : entre plaisir et souffrance.

Paris : Eska, 1999.

53. SARTRE JP.

L'être et le néant : essai d'ontologie phénoménologique. La bibliothèque des idées.

Paris : Gallimard, 1977.

54. SMITH PW et McCORD JF.

What do patients expect from complete dentures?

J Dent 2004;**32**(1):3-7.

55. TALLGREN A, LANG BR et MILLER RL.

Longitudinal study of soft tissue profile changes in patients receiving immediate complete dentures.

Int J Prosthodont 1991;**4**(1):9-16.

56. THOMASON JM, LUND JP, CHEHADE A et FEINE JS.

Patient satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures 6 months after delivery.

Int J Prosthodont 2003;**16**(5):467-473.

57. TREASURE E, KELLY M, NUTTALL N et coll.

Factors associated with oral health.

Br Dent J 2001;**190**(2):60-68.

58. TURKER SB, SENER ID et OZKAN YK.

Satisfaction of the complete denture wearers related to various factors

Arch Gerontol Geriatr 2009;**49**(2):126-129.

59. VAN WAAS MA.

Determinants of dissatisfaction with dentures: a multiple regression analysis.

J Prosthet Dent 1990;**64**(5):569-572.

60. VEIL C.

Handicap et société.

Paris : Flammarion, 1968.

61. WALTERS AS et WILLIAMSON GM.

Sexual satisfaction predicts quality of life: study of adult amputees.

Sexual Disabil 1998;**16**(2):103-115.

62. WATZLAWICK P, WEAKLAND J et FISCH R.

Changements. Paradoxes et psychothérapie. Collection Points.

Paris : Seuil, 2000.

63. WAYLER AH et CHAUNCEY HH.

Impact of complete dentures and impaired natural dentition on masticatory performance and food choice in healthy aging men.

J Prosthet Dent 1983;**49**(3):427-433.

64. ZWANG G.

Sexologie. 5^{ème} ed. Collection les Abrégés

Paris : Masson, 1998.

CHIFFOLEAU (Hélène). – Intégration psychologique en prothèse amovible complète.-
70f. ; 64 réf ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2012)

RESUME

La prothèse amovible complète permet le traitement de l'édentement complet lorsque la solution implantaire ne peut être envisagée. Son succès repose sur son intégration fonctionnelle, esthétique et psychologique par le patient. Les deux premiers aspects sont largement couverts par la littérature. Le troisième souffre d'un manque d'études sur la qualité du suivi psychologique de ces patients ainsi que sur le rôle du chirurgien-dentiste dans le travail d'acceptation de leurs prothèses. De nouvelles pistes de recherche sont envisagées pour mener à bien ces évaluations dès le premier entretien au cabinet dentaire.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : prothèse amovible

MOTS CLES MESH

Prothèse dentaire complète – Complete denture
Image du corps – Body image
Psychologie clinique – Clinical psychology
Adaptation psychologique – Psychological adaptation

JURY

Président : Professeur Giumelli B.
Directeur : Docteur Bodic F.
Assesseur : Docteur Le Bars P.
Assesseur : Docteur Martineau W.
