

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

Année : 2010

N° : 38

**L'INFLUENCE DU SYMBOLISME DES DENTS SUR LA
REHABILITATION PROTHETIQUE DE LA CAVITE
BUCCALE**

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

*Présentée et soutenue
publiquement par*

SCHIEHLE Marie

Née le 08 août 1984

Le 28 octobre 2010 devant le jury ci-dessous

Président : Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierre LE BARS

Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Assesseur : Monsieur le Docteur Saïd KIMAKHE

Assesseur : Monsieur le Docteur Laurent LE GUEHENNEC

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1. SYMBOLISME DE LA BOUCHE ET DES DENTS.....	5
1.1. DEFINITION DU SYMBOLE.....	5
1.2. SYMBOLISME DE LA BOUCHE.....	5
1.2.1. <i>Organe érotique.....</i>	6
1.2.1.1. <i>La source de l'érotisme dans l'oralité du nouveau-né.....</i>	6
1.2.1.2. <i>Rôle du maquillage dans le processus de séduction.....</i>	7
1.2.1.3. <i>La bouche, organe sexuel secondaire.....</i>	8
1.2.1.4. <i>Les auto-érotismes oraux.....</i>	10
1.2.2. <i>Organe de communication.....</i>	11
1.2.2.1. <i>La bouche, source des mots et des mimiques.....</i>	11
1.2.2.2. <i>Le sourire.....</i>	12
1.2.2.3. <i>La bouche, outil marketing.....</i>	12
1.2.3. <i>Organe de nutrition.....</i>	13
1.2.3.1. <i>La bouche, source de vie et d'autodestruction.....</i>	13
1.2.3.2. <i>La bouche gourmande.....</i>	14
1.2.3.3. <i>Le repas dans la littérature et comme rituel entre les hommes.....</i>	14
1.3. SYMBOLISME DES DENTS.....	15
1.3.1. <i>Influence sur le psychisme au cours de la vie.....</i>	15
1.3.2. <i>Symbole sexuel.....</i>	20
1.3.3. <i>La dent comme anti-sexe.....</i>	21
1.3.4. <i>La dent arme et outil.....</i>	21
1.3.5. <i>La dent symbole de vie et de mort.....</i>	23
1.3.5.1. <i>La dent, symbole de vie.....</i>	23
1.3.5.2. <i>La dent, symbole de la mort.....</i>	24
1.3.5.3. <i>L'évidence du remplacement des dents absentes.....</i>	24
1.3.6. <i>Symbolisme selon le type de dent.....</i>	25
1.3.6.1. <i>Les incisives.....</i>	26
1.3.6.2. <i>Les canines.....</i>	26
1.3.6.3. <i>Les molaires.....</i>	27
1.3.7. <i>La dent dans les rêves.....</i>	28
1.3.8. <i>La dent symbole de beauté.....</i>	28
1.3.8.1. <i>Les dents dans la littérature.....</i>	28
1.3.8.2. <i>La dent et le besoin esthétique.....</i>	29
1.3.8.3. <i>Les dents dans les médias.....</i>	31
2. CONSEQUENCES SUR LA RELATION PRATICIEN-PATIENT.....	35
2.1. UNE RELATION PARTICULIERE.....	35
2.1.1. <i>Place de la douleur au sein de cette relation.....</i>	35
2.1.2. <i>Une relation inégale.....</i>	36
2.1.3. <i>Trois phases successives dans la relation de soins.....</i>	37
2.1.3.1. <i>Prise de contact.....</i>	37
2.1.3.2. <i>Soin.....</i>	39
2.1.3.3. <i>Rupture.....</i>	41
2.1.4. <i>Trois particularités de cette relation soignant-soigné.....</i>	41
2.1.4.1. <i>Confiance.....</i>	41
2.1.4.2. <i>Expérience unique.....</i>	41
2.1.4.3. <i>Transfert, contre-transfert.....</i>	42
2.1.5. <i>Trois processus de la part du patient.....</i>	43
2.1.5.1. <i>La peur, l'anxiété.....</i>	43
2.1.5.2. <i>La nécessité d'intégrer les soins, les extractions, les prothèses à son schéma corporel.....</i>	45
2.1.5.3. <i>Le travail de deuil.....</i>	46
2.1.6. <i>Une relation en constante évolution.....</i>	47
2.2. LE CHIRURGIEN DENTISTE.....	47
2.2.1. <i>Images contradictoires du chirurgien-dentiste dans l'inconscient collectif.....</i>	47
2.2.1.1. <i>L'arracheur de dents, le bourreau, le sadique, le castrateur, le voleur.....</i>	47
2.2.1.2. <i>L'architecte de la bouche, le rephallisateur, l'homme de l'Art.....</i>	49
2.2.2. <i>Le praticien et sa personnalité.....</i>	50
2.2.3. <i>Portée consciente et portée inconsciente de ses actes.....</i>	50

2.2.4. Importance de la communication avec son patient.....	51
2.2.4.1. Cerner les demandes, poser les limites.....	51
2.2.4.2. Parole et communication non-verbale.....	52
2.2.4.3. Importance de l'empathie.....	53
2.2.4.4. Importance de l'adaptation au type de patient, accompagnement.....	54
2.3. LE PATIENT.....	54
2.3.1. Particularité de chaque patient.....	54
2.3.2. Cas particulier du patient atteint de problèmes psychologiques.....	55
2.3.3. Cas particulier de la personne âgée édentée.....	57
2.3.3.1. Modifications psychologiques et physiologiques liées à l'âge.....	58
2.3.3.2. Conséquences de l'édentation sur les fonctions et le psychisme.....	61
3. CONSEQUENCES LORS DE LA REHABILITATION PROTHETIQUE DE LA CAVITE BUCCALE.	64
.....
3.1. TROIS PHASES LORS DE LA REHABILITATION PROTHETIQUE.....	64
3.1.1. Phase pré-prothétique et estimation de la faisabilité.....	64
3.1.2. Phase pro-prothétique.....	67
3.1.3. Phase post-prothétique et doléances éventuelles.....	68
3.1.3.1. Particularité fonctionnelle liée à la prothèse amovible complète.....	69
3.1.3.2. Doléances liées à la difficulté d'acceptation.....	70
3.2. PROTHÈSE FIXÉE DENTO OU IMPLANTO-PORTÉE.....	71
3.3. PROTHESE ADJOINTE PARTIELLE ; AMOVIBILITE ET SON IMPACT PSYCHOLOGIQUE.....	73
3.4. PROTHESE ADJOINTE COMPLETE.....	74
3.4.1. Importance psychologique de la prothèse transitoire.....	74
3.4.2. Prothèse adjointe complète.....	75
3.4.2.1. Aspect psychologique du patient porteur d'une PAC.....	76
3.4.2.2. Le choix des dents, une étape cruciale.....	78
3.4.2.3. Personnalisation du sourire.....	81
3.4.3. Cas particuliers de la prothèse adjointe complète stabilisée sur implant et de la prothèse adjointe complète supra-radulaire.....	83
3.4.3.1. Prothèse adjointe complète supra radulaire.....	84
3.4.3.2. Prothèse adjointe complète stabilisée sur implants.....	84
3.5. PROTHESE MAXILLO-FACIALE.....	86
3.6. APPORT DE LA CHIRURGIE PLASTIQUE.....	89
CONCLUSION.....	92
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	93
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	101

Introduction.

La bouche, les dents peuvent-elles être des organes anodins ?

Aux premières loges de la communication entre les Hommes, elles caractérisent et animent le visage, mais pas seulement.

Elles sont l'objet de nombreuses attentions : on maquille la bouche, on va jusqu'à la transformer avec un acte chirurgical.

Les dents, quant à elles, peuvent causer de nombreux tracas : douleur, peur de la perte du précieux organe dentaire ; on les blanchit pour qu'elles soient belles, on les brosse pour qu'elles soient saines, la préoccupation peut être telle qu'on en rêve parfois la nuit...

Elles sont partout : dans les médias illuminés par des sourires éclatants, dans les contes pour enfant avec l'ogre et le loup aux dents longues, au cinéma avec « Les Dents de la Mer » ou encore « Le dentiste ». Dans de nombreuses caricatures aussi, où elles caractérisent à merveille l'agressivité ou la douceur d'un sujet.

On comprend alors pourquoi la relation du chirurgien-dentiste avec son patient ne peut pas être si simple : le premier opère dans la cavité buccale si symbolique, organe érotique, source du sourire, du baiser, et le second subit –ou bénéficie- de soins qui peuvent parfois être mal vécus.

Il existe un mythe auréolant le chirurgien dentiste beaucoup plus que tout autre spécialiste médical. Ses gestes et ses actes ont un retentissement psychologique profond.

Ajoutons à ce tableau une douleur réelle ou potentielle engendrée par les soins : on admettra aisément qu'une préparation psychologique s'avère indispensable avec certains patients phobiques, peureux, ou qui s'apprêtent à subir la perte d'une dent, une si petite partie d'eux mais qui occupe une belle place dans l'image corporelle qu'ils se sont peu à peu construite.

Nous aborderons tout d'abord en première partie la question du symbolisme de la cavité buccale et le côté « inconscient » occupé par celle-ci dans notre quotidien.

Le besoin esthétique étant omniprésent dans notre société, nous nous intéresserons par la suite à la relation praticien-patient, rencontre unique entre deux personnalités, et à la nécessité sinon à l'obligation de prendre le temps de bien se comprendre pour satisfaire au mieux celui-ci.

Enfin, la dernière partie présentera l'impact psychologique de certaines techniques de réhabilitation prothétique de la cavité buccale, ainsi que les possibles échecs de celles-ci lorsque le patient échouera dans son travail d'acceptation – acceptation des soins, des extractions, de ses nouvelles prothèses dentaires –.

1. Symbolisme de la bouche et des dents.

1.1. Définition du symbole.

« Notre propre corps a toujours été une source d'objets symboliques dont l'importance se mesure à la fréquence de leurs apparitions dans les rêves ou à leurs utilisations magiques, alchimiques, religieuses, de tous temps et sur tous les continents. » (44)

Avant tout, nous pouvons nous demander ce qu'est un symbole. Laissons Jung et Piaget répondre : ce que nous appelons symbole, dit Jung, « est un terme, un nom ou une 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 ». (44)

Piaget : « Le symbole est bien un signe, comme le mot ou signe verbal, mais c'est un signe individuel, élaboré par l'individu sans le secours des autres et souvent compris de lui seul, puisque l'image se réfère à des souvenirs et des états vécus, souvent intimes et personnels ».

Le symbole se présente comme composé de deux parties : un support, l'objet auquel il est attaché, et la masse des significations, des images universelles et éternelles, des fantasmes, que l'inconscient collectif a peu à peu adjoints à cet objet. C'est par ce caractère partiellement inconscient que le symbole peut engendrer des réactions émotionnelles, intellectuelles et même physiologiques qui échappent à la raison. (41)

Le symbole semble donc se constituer comme une formation située quelque part entre l'image comprise entre le vécu même et donc indicible, et le mot, neutre et impersonnel, donc échangeable.

Un symbolisme très dense est ainsi attaché à certaines parties de notre corps, symbolisme dont l'importance se mesure au fait qu'on le retrouve partout, en tous temps et en tous lieux, sous des formes parfois semblables, souvent identiques, dans les légendes, les mythologies, les rites magiques, alchimiques ou religieux, dans les rêves et les délires. (41)

1.2. Symbolisme de la bouche.

« Une vertu octroyée à l'homme est de parler.

Ainsi apparaît cette bouche, porteuse de bien et de mal, de sourires et de joies, de peines et de douleurs. Cette bouche est aussi la porte d'entrée ou le reflet pour l'organisme de la santé et de son équilibre, ou de ses pathologies.

Elle est l'instrument privilégié des rapports et des échanges humains, dure, aimable, appréciant autrui, et apte à apprécier pour soi odeurs et saveurs.

Dans le théâtre de la vie, dont nous sommes les acteurs, elle ajoute la parole au mime. D'un film muet, elle en fait un parlant où s'exprime tout notre être. » (82)

La bouche, dotée d'un système nerveux très serré, participe à de nombreuses fonctions et possède une représentation très importante dans le schéma corporel cortical. La bouche,

liée aux premières émotions de notre être, organe par lequel ensuite s'exprime la communication entre les hommes, a toujours eu une signification symbolique considérable.

Dans sa dynamique existentielle, la bouche accueille le premier cri, le dernier soupir, c'est par elle que l'on aime, que l'on communique. (59) Tout commence et s'achève en elle. (82)

Située entre le sec et l'humide, à la limite entre le monde intérieur et le monde extérieur, l'introversion et l'extroversion (35), pièce maîtresse de l'énergie de vivre, zone érogène par excellence, elle pose d'emblée une revendication libidinale au psychisme, nous allons le voir, dès notre plus tendre enfance. (50)

1.2.1. Organe érotique.

Le baiser, geste de tendresse, sensuel entre deux amants est l'œuvre de la bouche.

La bouche est l'une de nos principales zones érogènes, grâce à de nombreuses terminaisons nerveuses contenues dans la langue et les différentes muqueuses. (63)

« Il est nécessaire de distinguer la sexualité/procréation, cette part du singe qui est en nous, de l'érotisme qui est bien le propre de l'homme, et qui accueille la bouche comme organe de prédilection. » (13)

1.2.1.1. La source de l'érotisme dans l'oralité du nouveau-né.

Dès les premiers mois de la vie, la satisfaction du besoin alimentaire s'associe à l'expérience du plaisir tant au niveau de la succion que par l'ensemble des gratifications tactiles et auditives liées aux soins maternels ; le bébé est non seulement nourri, mais aussi bercé, embrassé, rassuré, caressé. (82) En effet, le nouveau-né ne peut se développer sans un échange viscéral et alimentaire intense. Pendant l'accomplissement des fonctions physiologiques, l'enfant découvre la sensation d'être plein ou vide, ce qui conduit à une activation de la cavité orale que René Spitz décrit comme un lieu d'interaction primitive. (88)



Figure 1 : Pablo Picasso, Maternité, 1963

L'oralité est donc cette réceptivité globale qui regroupe l'allaitement, le bercement, tous les plaisirs sensoriels que peut offrir la mère. Avec le premier cri, le nouveau-né prend vie par la cavité buccale qui lui fournit ses premières satisfactions et ses premiers plaisirs. (89) Pour les psychanalystes, c'est à partir de ces plaisirs premiers, étayages de notre développement, que l'être humain peut accéder à la vie amoureuse et à la vie sexuelle adulte. (82) En effet, le stade oral s'avère capital pour le développement futur de la libido car nous y voyons naître la pulsion sexuelle qui se satisfait d'abord en étayage sur la fonction vitale pour acquérir ensuite une autonomie et se satisfaire de façon auto-érotique. (41) Un enfant qui n'éveille pas la sensorialité de sa bouche à un moment précis aura beaucoup plus de mal, même avec son intelligence, à la développer plus tard. (13)

Selon Freud (33), une carence ou un excès de liens affectifs pendant la période de la nutrition peuvent provoquer le développement de caractéristiques psychologiques jusqu'à l'âge adulte. C'est par la bouche que passent les premiers liens affectifs, celle-ci sera chargée d'une empreinte émotive qui durera toute la vie. (63)

Nous pouvons citer R. et J. Allendy pour compléter ceci : « Lorsqu'elle (phase d'érotisme oral) a été pleinement satisfaite, l'individu devenu adulte présente une mentalité en rapport avec ces tendances : gourmandise, ambition, curiosité, sympathie pour les idées nouvelles, optimisme, pacifisme, générosité, insouciance, etc. Au contraire, lorsqu'à ce stade, l'enfant a vu ses appétits contrariés par une alimentation défectueuse, irrégulière, il garde toute sa vie une mentalité insatisfaite, une humeur de récrimination, d'exigences, recherchant partout la nourrice ou le biberon perdu, s'attachant aux gens comme un vampire, désirant toujours obtenir une faveur ou une attention supplémentaire, détestant l'isolement et les responsabilités, fuyant tous les efforts actifs, etc. » (2)

1.2.1.2. Rôle du maquillage dans le processus de séduction.

La bouche maquillée, parée, est coquetterie investie de messages ; riche de mille potentialités, elle suggère et invite ; son apparence est soulignée et rehaussée. Elle se couvre de signes à déchiffrer ; toutes les ressources esthétiques sulfureuses, sophistiquées sont sollicitées pour créer admiration et désir. (82)

Si nous passons en revue tous les sex-symbols féminins de la planète, nous nous rendons vite compte qu'outre leur corps de rêve, leur regard provocateur, la bouche joue un rôle primordial ; des lèvres entrouvertes témoignent d'une disponibilité sexuelle évidente, elle est maquillée, empourprée pour attirer toutes les attentions. Le maquillage ne se limite pas à un phénomène d'esthétique. C'est aussi un rite qui a pour but d'évacuer la peur de la mort : le maquillage fixe le temps où « l'être est à son paraître ».

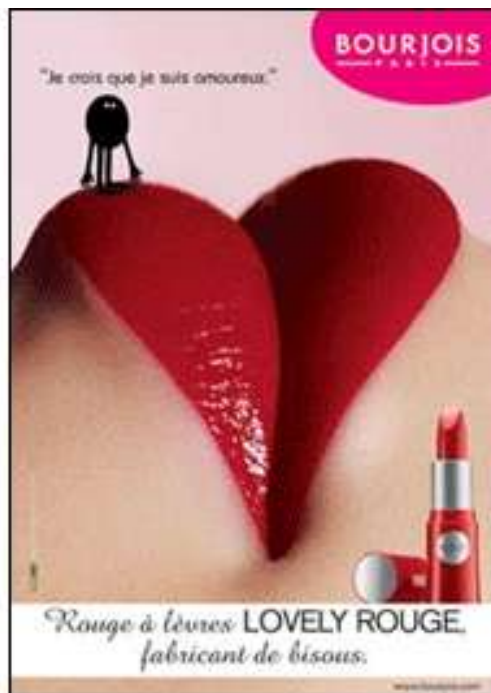


Figure 2 : Publicité Bourgeois pour rouge à lèvres.

« Après les yeux, c'est à la bouche que l'on prête la plus grande attention. Elle joue un rôle considérable dans les démarches amoureuses. Citons comme exemple la magie de talo, fard rouge fait avec de la noix de bétel par les femmes indigènes mélanésiennes dont on se sert pour rougir les lèvres. » S'empourprer les lèvres n'est donc pas une exclusivité des femmes occidentales dans la démarche de séduction, mais le maquillage fait partie des habitudes d'hommes et de femmes à travers le monde entier. La bouche étant avec le regard les premières choses observées sur les visages, il semble naturel de tenter de les embellir, de les mettre en valeur. (47)

Si le maquillage n'est pas l'exclusivité de nos civilisations occidentales, il n'est pas l'apanage de nos contemporains. En effet, les fouilles archéologiques ont permis de découvrir des cylindres d'hématite pointus utilisés comme rouge à lèvres dans les grottes préhistoriques. Les Egyptiennes utilisaient des mélanges de plantes, de teintures colorées et d'huiles, les Grecques de l'ocre, de la mûre et de l'acanthé pour colorer leurs lèvres. Déjà, la dame de la Renaissance se doit de posséder trois choses rouges : les lèvres, les joues, les ongles. Par contre, la peau, les mains et les dents se doivent d'être blanches. Ces dernières sont comparées à des « perles d'ivoire ». (82)

1.2.1.3. La bouche, organe sexuel secondaire.

Pour certains scientifiques, l'attrance pour la bouche serait à la fois plaisir esthétique et sélection sexuelle, car certains traits de la fertilité y sont présents. Ainsi, les hommes seraient inconsciemment attirés par des femmes à la mandibule fine et aux lèvres charnues, traduisant un faible taux d'androgènes et donc une meilleure fertilité. Quant aux femmes, leur attrance pour les hommes au menton et à la mandibule développés aurait été prouvée, signe d'un taux élevé d'androgènes.

Comme les femmes vont se maquiller pour affirmer leur féminité, les hommes vont renforcer leur virilité par des parures telles qu'une moustache ou une barbe. Certains ont recours à des piercings, tatouages pour transformer leur bouche, leurs lèvres, leur langue en instruments de provocation ou d'érotisme. Elle est au centre de rites initiatiques dans certaines

tribus ; on tatoue, on perce, on écarte, on scarifie, on peint les lèvres, qui deviennent un véritable signe d'appartenance à un groupe. Le pourtour de la bouche est ainsi une surface d'inscription privilégiée. (82)

Nous n'éprouvons pas un scepticisme particulier à l'égard des dictons établissant un parallèle entre la morphologie buccale et le caractère d'un sujet. Ainsi naît la physiognomonie, science ayant pour objet l'étude du caractère d'après la physionomie. Ainsi Zopire ayant attentivement observé Socrate, déclara :

« Socrate est l'un des hommes les plus sages de la Grèce ; je viens d'étudier ses lèvres, elles sont épaisses, la muqueuse est rouge pourpre ; de plus, le bord relève comme les lèvres du bouc : Socrate est sujet à des vices honteux. »

Ce à quoi Socrate aurait répondu :

« Zopire a raison. J'ai naturellement des penchants pervers mais j'ai pu dompter mes mauvais instincts. »(47)

Ovide décrit dans son « Art d'aimer » les différentes parties du corps sur lesquels l'accent est mis lors de la quête amoureuse : « une beauté sans apprêt sied aux hommes et c'est par la simple élégance qu'ils doivent plaire. Pour cela, il faut des cheveux et une barbe coupés par une main experte, des ongles taillés et propres, les narines sans poils superflus, une bouche bien entretenue, une haleine agréable, bref, une propreté méticuleuse, voilà qui suffit. » (45)

Dans la représentation, certains artistes considèrent la bouche comme une image possible du sexe, un organe sexuel secondaire ou encore comme un vagin denté. Magritte, dans « le viol », transforme le visage de la femme en un corps où la bouche est métamorphosée en pubis. (82)



Figure 3 : Le Viol, de René Magritte, 1934.

Un homme à qui vous parlez de bouche, va penser obligatoirement fellation, selon Manon BESTAUX (2008). C'est irrésistible pour lui, il n'y peut rien, c'est son patrimoine phylogénétique qui le trahit. La béance doit être comblée. Sans parler du fantasme du vagin denté, castrateur, thème repris dans de nombreux films. Cette bouche béante est le symbole de la femme ; dans certains pays, la dent qui y vit doit être limée avant le mariage. Une légende russe raconte qu'il a fallu casser les dents de la princesse avant de la marier. Dent et sexe d'homme ne font pas bon ménage... (13)

1.2.1.4. Les auto-érotismes oraux.

On peut caractériser l'auto-érotisme comme un comportement sexuel où le sujet obtient la satisfaction en recourant uniquement à son propre corps.

Le premier auto-érotisme est le fait, pour le nouveau-né, de sucer son pouce. Par cette action, le bébé éprouve des sensations de plaisir, il sait déjà trouver un apaisement compensatoire aux inévitables frustrations causées par la séparation d'avec sa mère. (77)

L'auto-érotisme a sa source dans la succion qui se sépare de la pulsion d'autoconservation (la faim) et de l'objet (le sein maternel) pour devenir sexuelle.

Marie Bonaparte, qui a bien étudié ces manifestations, les classe en auto-érotismes oraux purs et en auto-érotismes agressifs.

Les auto-érotismes oraux purs doivent être considérés comme issus du stade oral et comme une substitution de l'acte de succion. Ainsi entre dans cette catégorie le mâcheur de chewing-gum ; Marie Bonaparte (14) le décrit comme « Quelqu'un qui ne fait pas grand-chose d'autre que le nourrisson lorsqu'il a commencé à sucer et mâcher la sucette : ils sucent et mâchent tous deux du caoutchouc avec la langue, la gencive, la dent. Le seul et simple déplacement consiste à voir remplacé, dans les deux cas, par du caoutchouc, le pouce du bébé ou le mamelon de la mère. »

Bien qu'il s'y mêle un élément parasite de toxicomanie, on peut dire que le fait de fumer, d'aspirer et de rejeter la fumée, de téter la cigarette, constitue un des auto-érotismes les plus courants et les plus universels.



Figure 4 : Marilyn Monroe fumant lors d'un tournage, 1954.

Parmi les auto-érotismes qui mettent en jeu l'agressivité, le plus courant est sans aucun doute l'onychophagie, qui se présente comme un auto-érotisme mixte de la griffe et de la dent. La dent est le sujet de l'agression, l'ongle est l'objet. On peut interpréter l'onychophagie comme un plaisir ayant une composante autodestructive : détruire en soi les sujets de l'agression l'un par l'autre ; il y a autopunition et la parenté entre la griffe et la dent, organes d'agressivité, est manifeste.

Parmi les autres manifestations d'auto-érotismes agressifs, il convient de citer les morsures des lèvres, des joues ou de la langue, des doigts, des crayons.

Enfin, le bruxisme est un exemple parfait de l'ambivalence de ces actes auto-agressifs. Dans le bruxisme, la dent est à la fois sujet et objet. On « grince des dents » quand on voudrait, mais qu'on ne peut pas mordre. (36)

Il faut noter que ces pratiques se manifestent presque toujours quand le sujet est irrité, agacé, c'est-à-dire quand ses pulsions sont maximales ; ils deviennent alors l'expression symbolique qui permet de sacrifier aux conditions de non-agressivité nécessaires à la vie sociale. (41)

Il est important de faire remarquer que la signification émotionnelle de la bouche balancera entre deux pôles ambivalents : plaisir et douleur. (89) Outre le plaisir qu'elle peut provoquer, elle peut être le siège de maux extrêmement intenses. Le rôle du chirurgien dentiste n'en sera que plus complexe, puisqu'il interviendra dans une sphère orale hautement chargée de symbolisme et à distance intime du patient. Nous détaillerons cette relation praticien-patient dans la deuxième partie de cette thèse, le praticien intervenant dans une zone à laquelle est attachée une symbolique à la fois collective et individuelle.

1.2.2. Organe de communication.

1.2.2.1. La bouche, source des mots et des mimiques.

La bouche est l'organe messager ; c'est elle qui forme les mots, la parole spécifiques à l'Homme, mais c'est aussi par elle et grâce à d'innombrables muscles péribuccaux que les émotions passent à travers la mimique.

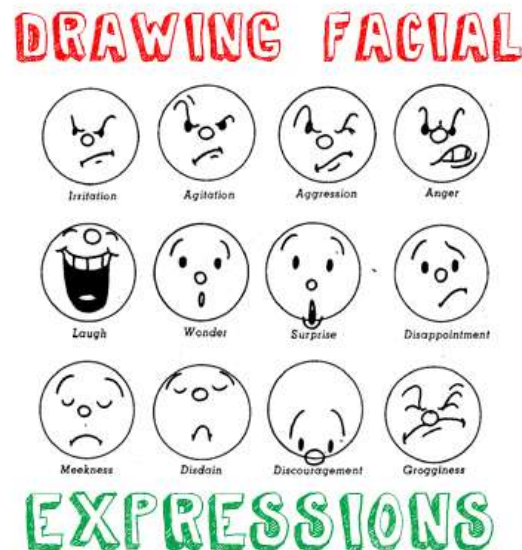


Figure 5 : Leçon de dessin sur les différentes expressions faciales.

« Elle est la sphère primaire du langage, où naissent les premiers babillages, les premiers balbutiements et les premières vocalises affectives.

Elle est dépositaire des qualités vocales, des ondes musicales du langage qui lui permettent d'exprimer toutes les émotions humaines, tant par les sons que par la mimique, et

ce dès la naissance. L'air pénètre dans les poumons du nouveau-né ; premier cri de contestation qui confirme la vie, premier cri de souffrance en quittant le paradis maternel.

Charpente osseuse, dentaire et musculaire, volume interne, revêtement muqueux donnent aux mots une profondeur, une résonance, une puissance, une énergie, un écho, un feutrage. » (82)

L'acquisition de la langue maternelle est un véritable apprentissage et se révèle comme étant un jeu de construction pour l'enfant qui découvre peu à peu la puissance créatrice de la parole. Avec sélectivité pour les personnes qu'il aime, un véritable mimétisme va lui permettre de reproduire des syllabes, des mots. Son inventivité parfois, ses nouvelles expressions, ses couplages inattendus lui permettront de remporter un franc succès. (82)

La bouche devient expression et langage, elle donne forme au sens et à la signification des mots exprimés. Grâce à cet instrument, l'enfant se rend compte qu'il peut faire rire, irriter, être au centre de toutes les attentions ; sa bouche devient l'instrument de communication qu'il ne se lassera pas d'utiliser.

Quoi de plus mystérieux que le processus buccal qui consiste à donner corps et existence aux mots, à rendre visible et audible l'invisible, et pourtant nous parlons chaque jour avec aisance et naturel.

1.2.2.2. Le sourire.

Dès le plus jeune âge, l'espace buccal du bébé est un instrument expressif. Le sourire du bébé est programmé dans son cerveau ; il produit la mimique du bonheur et il en reconnaît spontanément le sens sur le visage de sa mère. (82) Le sourire fait partie des cinq conduites innées, avec la succion, l'étreinte, le cri, et la tendance à aller vers, selon la théorie de l'attachement du psychanalyste John Bowlby. (13)

Selon Touati, « Le sourire est la parole du visage. Il est particulier pour chaque individu. Comme une fenêtre donnant sur l'âme, nous livre des informations sur la personnalité de l'individu que nous avons en face de nous. Le sourire est un moyen de communication subtil par excellence, propre à l'espèce humaine. Il est le reflet de la beauté intérieure et la projection de soi vers l'autre. Une même personne peut, pour s'exprimer, appuyer plus ou moins son sourire ou lui donner des significations différentes. » (81)

Matthews écrit : « Un sourire, plaisant et agréable à regarder, enrichit non seulement celui qui le donne mais aussi ceux qui le reçoivent. » (54)

1.2.2.3. La bouche, outil marketing.

À l'époque où la vie professionnelle, les loisirs toujours plus nombreux dans notre société nous conduisent à des contacts humains de plus en plus fréquents, le besoin esthétique se trouve exacerbé lorsqu'il s'agit d'une partie socialement visible de notre corps : la sphère orofaciale, et plus particulièrement les dents. D'autant que la bouche, avec les yeux, sont les deux sources de mimiques du visage. En effet, des études des mouvements des yeux ont montré que la perception d'un visage implique un balayage dont les points essentiels sont les yeux, le nez et la bouche. (92, 30)

Citons comme exemple le peintre Giotto qui porte un jugement sur la personnalité de son ami le poète Dante, auteur de la Divine Comédie :

« Il y a dans l'ensemble de la conformation buccale de la fierté, de l'ironie, de la colère, les lèvres semblent collées l'une à l'autre comme si elles voulaient enlacer dans une

étrainte convulsive toute une génération abhorrée. Qu'on étudie bien la bouche du Dante et on y trouvera le type du proscrit et du conspirateur. »(47)

Dans notre société, la bouche influe sur la trajectoire sociale ; qui va convaincre, plaire, séduire, être recruté avec des dents noires, abîmées, non remplacées, signe de négligence ? Le sourire devra être harmonieux, stéréotypé, et certaines personnes tombent dans l'excès en termes d'obsession pour leur physique. N'est-il pas choquant de voir ces lèvres volumineuses à l'extrême, ourlées exagérément, signes d'une injection de silicone ou collagène fraîchement effectuée ? Il est facile de tomber dans la démesure dès que l'on touche au physique. (82,20)

1.2.3. Organe de nutrition.

1.2.3.1. La bouche, source de vie et d'autodestruction.

La bouche est source de vie puisque c'est par elle seule que la nourriture et l'oxygène vitaux entrent dans notre organisme.

La bouche n'attend pas la naissance ; elle est un lieu de grande activité pour le fœtus qui avale, déglutit, rejette le liquide amniotique par une bouche qui s'agite, sourit, suce déjà le pouce. Elle est tapissée de papilles gustatives dès le quatrième mois de la vie intra-utérine, qui feront d'elle la bouche gourmande. (82)

Puis arrive la première succion du mamelon maternel ou de la tétine du biberon, transmission intarissable de l'énergie vitale ; succion et nutrition s'accordent instinctivement, sans aucun apprentissage. De 0 à 6 mois, le nourrisson, comblé par le sein maternel, incorpore, absorbe le lait mais aussi la mère, c'est le premier stade de notre développement, le stade oral, libidinal. La première relation avec la mère est avant tout de nature tactile-symbiotique, le contact buccal faisant partie intégrante de cette relation. (5)

Pour Freud (33), l'oralité reste un élément privilégié de la relation primaire avec la mère qui aménagera la rencontre entre la conjoncture extérieure et la structure psychique de l'enfant. C'est le moment au cours duquel les acquisitions et la relation au monde se greffent sur la zone buccale. La bouche dans sa fonction vitale d'alimentation est au centre d'un réseau complexe varié et dynamique de relations et de circulation ; l'activité orale s'accompagne de stimulations sensorielles, visuelles, olfactives et auditives. (82)

Freud (33) écrit : « Si le nourrisson était capable de faire part de ce qu'il éprouve, il déclarerait certainement que sucer le sein de sa mère constitue l'acte le plus important de sa vie. Ce disant, il n'aurait pas tout à fait tort, car il satisfait par ce seul acte deux grands besoins de sa vie. » Outre le fait de se nourrir, l'enfant partage un moment de plaisir unique auprès de sa mère.

Elle peut maintenir en vie par le fait de respirer et de se nourrir, mais peut être la porte d'entrée à des comportements d'autodestruction comme les troubles du comportement alimentaire cités ci-dessus mais aussi l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie. C'est un organe hautement chargé de symbolisme.

1.2.3.2. La bouche gourmande.

Avec les premières dents vient le sevrage, puis la bouche de l'enfant accède à une alimentation variée. Le goût différentiel de l'enfant s'éveille et s'enrichit. La bouche est source de plaisirs et de déplaisirs, de jouissances ; de la richesse alimentaire naît la gourmandise.

Au-delà du besoin vital de se nourrir, outre le fait d'être l'organe indispensable à l'alimentation, la bouche devient friande, source d'une grande richesse sensorielle, exaltation, éducation du goût. La bouche gourmande et gastronome se nourrit des délices terrestres, elle est le prétexte de se retrouver autour d'un bon repas, elle est source de convivialité. (82) En effet, la bouche est, en plus d'une zone hautement chargée de symbolisme, une zone sensorielle où se mêlent stimuli olfactifs, aromatiques, gustatifs, sensoriels. (63)

La bouche est mémoire, elle enregistre les saveurs séduisantes, les sensations parfois sources de réminiscences gourmandes comme la petite madeleine de Proust, « petit coquillage de pâtisserie si grassement sensuel, sous son plissage sévère et dévot ». Ainsi, le goût est qualité et distinction sociale qui refuse la médiocrité, la grossièreté, le spectacle dégradant de la glotonnerie. Il est gardien de la qualité alimentaire et des bonnes manières. Il est comme le langage, un caractère distinctif. (82)

Il existe des pathologies du goût, témoignant parfois de désordres d'ordre psychologiques, affectifs. Quelle que soit l'origine de la perte de goût, organique ou psychosomatique, la plainte doit être entendue, elle peut être la cause ou la conséquence d'un problème de perception de soi-même, d'une affection des relations interpersonnelles. C'est dire si la bouche, lieu d'affections psychosomatiques, mais aussi de troubles alimentaires comme l'anorexie ou la boulimie, occupe dans l'inconscient une place importante.

1.2.3.3. Le repas dans la littérature et comme rituel entre les hommes.

« Le monument buccal est un solide édifice avec ses arcades, sa voûte, son palais, son plancher ; il est un fragile patrimoine génétique avec ses dents, pierres de fondation et leurs racines structurales. La bouche est une subtile mécanique qui ouvre, ferme, claque, grince. Elle est archaïsme et instinct, la bouche carnassière qui déchiquette, broie, coupe, mord, serre et emprisonne sa proie. Elle est primaire, triviale et animale la bouche qui crache, lape, lèche, grogne et bave. Elle est meurtrière, sauvage, répugnante, inconcevable à la conscience, la bouche cannibale ; mangeur et mangé ne font qu'un aux confins de la pulsion orale barbare. Dans son désir ardent d'ingurgiter, la bouche gloutonne, aux dimensions gargantuesques devient un gouffre mystérieux et terrifiant qui absorbe, dévore et se déforme sous l'effet du remplissage vorace. » (82)

Illustrons nos propos par un passage de Gargantua, écrit par Rabelais au XVI^{ème} siècle : « Un jour qu'on avait oublié à donner au petit Gargantua la bouillie dont on avait soin de le farcir avant de lui donner à téter, Mme Lavallée ne manqua pas à son ordinaire de se rendre auprès de son enfant vers les onze heures du matin pour lui offrir son téton. S'étant approchée du berceau, elle s'abaissa pour donner un baiser au petit poupon, mais lui qui enrageait de faim ouvrit sa bouche effroyable et, prenant sa nourrice avec les mains, il la fourra dans sa bouche où la tête ne fut pas plutôt entrée qu'elle se vit toute vive ensevelie dans son ventre ».



Figure 6 : Gargantua, par Gustave Doré.

Parallèlement à ces fantasmes littéraires, quotidiennement, avec répétition, la bouche mange, ingère, transforme et permet à l'organisme d'assimiler les morceaux comestibles. C'est l'organe de la nutrition. (82)

Au-delà de l'entretien de la fabuleuse machine physiologique qu'est notre corps, il existe une véritable symbolique autour du repas, de l'ingestion alimentaire. Depuis la pomme, partagée par Adam et Eve, jusqu'au repas d'affaire, en passant par le dîner en tête à tête, manger a souvent dépassé la notion énergétique nécessaire à notre survie. Partout on trouve associées au repas les notions les plus chaleureuses de relation entre les hommes, amitié, fraternité, tolérance, amour. (41)

1.3. Symbolisme des dents.

Les dents sont à la fois naissance et mort, amour et haine, tendresse et dévoration. Leur intégrité est précieuse comme en témoigne le nombre de remèdes qui leur est consacré. Le symbolisme des dents correspond à des fantasmes très profonds et toujours d'actualité : innocence de l'enfant ou jouissance de dévoration de l'ogre sont toujours présentes en nous. Enfin, la douleur dentaire renvoie à un corps fragile et éphémère.

« Les dents ne sont pas innocentes, elles entraînent l'homme du côté périlleux de la mort et vers l'animalité. »(83)

1.3.1. Influence sur le psychisme au cours de la vie.

La dent est chargée d'une grande valeur symbolique : sans doute est-ce dû en partie au fait que les dents apparaissent, disparaissent, réapparaissent puis finalement disparaissent à nouveau, rythmant ainsi la vie humaine et ses stades successifs. (83)

La dent fait partie du schéma corporel ou image de soi, ou image du corps, qui est la représentation au niveau inconscient que chaque individu se fait de son corps. L'image de soi apparaît chez l'enfant vers 8 à 9 mois, avec ce que Jacques Lacan a dénommé le « stade du miroir ». Puis les expériences psychomotrices de l'enfant, l'éruption des dents temporaires,

leur remplacement par des dents permanentes, les maux de dents, et globalement toutes les expériences où le corps est engagé permettront la formation d'une image du corps. (59)

La première dent est un événement. Dans ce tableau, toute la famille se trouve réunie autour de la mère et de son enfant pour admirer la première dent. Elle signifie la rupture prochaine avec le sein maternel. (83) C'est le sevrage, une deuxième rupture, une nouvelle séparation de l'être tant aimé qu'est la mère (la première ayant été la coupure du cordon ombilical à la naissance). (41)



Figure 7 : La première dent. Louis Boily, 1830.

C'est un événement qui trouble l'enfant ; dans ce monde de douceur, le premier objet dur apparaît et il le possède. (25)

Après les premiers mois de la vie, analysés par Freud comme étant le stade oral pour le nourrisson, le bébé quitte l'objet primordial, le sein bien-aimé, un monde de douceur et de mollesse ; il se doit d'exister par lui-même, il acquiert l'indépendance nutritionnelle. (59)

Abraham divise ce stade oral en deux moments : un stade oral précoce où succion et aspiration prédominent, et un deuxième stade sadique et cannibalique. (43,20)

Puis d'autres dents font leur apparition, viennent viriliser la cavité buccale d'une façon plus complète. (50) Elles font entrer l'enfant dans une phase orale active : premières armes, premières pulsions, premières agressions. (41)

La bouche était dans les premiers mois de la vie un carrefour entre la pulsion de vie par laquelle l'enfant se nourrit, et la pulsion sexuelle par laquelle la bouche devient zone érogène. Avec les premières dents apparaît la pulsion de mort par laquelle l'enfant devient agressif.

L'enfant mord avec plaisir, application, il peut couper, exercer son agressivité (les pulsions agressives se traduisant avant cela par une hypertonie musculaire (77) ; la dent offre la possibilité de saisir, de déchirer, de broyer, d'assimiler. (59) Il provoque son entourage, tire la langue, utilise sa bouche pour tester ses parents, voir où sont les limites. (82)

En ce sens, l'apparition des premières dents concorde avec une véritable séparation d'avec la mère, première source d'amour. Avec la première poussée dentaire, la relation orale

se transforme. La bouche découvre le monde en mordillant tout ce qu'elle trouve, y compris le sein de sa mère qu'il suce encore. Première entrée en jeu de l'ambivalence dans la relation d'objet où libido et agressivité sont dirigées sur le même objet. (41) La bouche fusionne à nouveau avec la mère tant aimée par des petites morsures ou des baisers sur son visage ; cette dernière devra alors cadrer l'acte de morsure, qui peut devenir un acte intentionnel pour l'objet de jalousie, de haine. (82)

Après quelques années, ces dents si blanches, si éclatantes de santé, de beauté, tombent une à une. C'est l'âge de raison ; on perd son innocence. (82) Cette phase est vécue de manière désagréable par l'enfant. Il se sent désarmé, éprouve des difficultés à la mastication et à l'élocution, on se moque de lui, c'est une véritable atteinte à son intégrité physique, et inconsciemment à son intégrité psychique. (50)

Vient alors la deuxième dentition, qui finit de se constituer avec la puberté. L'enfant qui retrouve des dents plus grosses, plus fortes, découvre sa génitalité. Ses dents puissantes le confirment dans son pouvoir : il est puissant pour un homme, fécond pour une femme. (25) Les dents de sagesse, dernières dents à faire leur apparition, signent la fin de l'adolescence et sont un signe de maturité.



Figure 8 : Sourire d'enfant avec denture mixte.

Peu à peu, leur perte progressive marque dans l'inconscient collectif l'approche de la vieillesse, puis de la mort. Illustrons ceci avec Montaigne, dans Les Essais qui évoque avec philosophie sa vieillesse prochaine à l'occasion de la chute d'une dent :

« Dieu fait grâce à ceux à qui il soustrait la vie par le menu : c'est le seul bénéfice de la vieillesse. La dernière mort en sera d'autant moins pleine et nuisible : elle ne tuera plus qu'un demi ou un quart d'homme. Voilà une dent qui me vient de choir, sans douleur, sans effort. C'était le terme naturel de sa durée. Et cette partie de mon être et plusieurs autres sont déjà mortes, d'autres demi-mortes, des plus actives et qui tenaient le premier rang pendant la vigueur de mon âge. C'est ainsi que je fonde et échappe à moi. Quelle bêtise sera-ce à mon entendement de sentir le haut de cette chute, déjà si avancée, comme si elle était entière ? Je ne l'espère pas. » (83)

Voltaire, quant à lui, disait : « on m'enlève une dent, je meurs à crédit. » La perte progressive des organes dentaires témoigne du temps qui s'écoule, puisque celles-ci sont symboles de vitalité, jeunesse. (82)

La détérioration physique due à l'édentation s'accompagne d'une perte esthétique ressentie toujours douloureusement par le patient. Celle-ci le place dans une situation d'infériorité physique vis-à-vis de son entourage tant affectif que social, surtout dans une époque où la sauvegarde d'une apparence toujours jeune reste une des bases de l'acceptation et de l'autonomie sociale. (29)

La perte d'une dent est vécue comme une véritable amputation, ce n'est pas un acte anodin que de pratiquer une extraction. L'unité corporelle est altérée, une préparation psychologique adaptée à notre patient s'avère être indispensable. C'est un véritable travail de deuil qui est entrepris par celui-ci. L'édentation-amputation est vécue plus ou moins douloureusement selon l'idée inconsciente qu'il se fait de son corps, de son « idéal » en termes d'esthétique, de fonction dentaire. (59)

Haugejorden et coll. (1993), Norvège, ont entrepris de comparer pour un échantillon d'adultes, l'événement « perte des dents » avec d'autres événements de la vie. Pour les personnes interrogées, « perdre une ou plusieurs dents » a été évalué aussi difficile que l'événement « difficultés avec les autres membres de la famille ». Cette conclusion, parmi d'autres qui seront revues ultérieurement, met en évidence à quel point les dents occupent une place prépondérante dans notre esprit. (5) La perte d'une dent, comme la perte de tout organe du corps, nécessite le même travail de deuil que la perte d'une personne aimée. (58)

Puis vient le stade d'édentement total. L'angoisse de la perte de la dernière dent, même si elle est symbolique, reste un moment de choc émotionnel intense ayant des répercussions sur le comportement individuel, conjugal, familial et même social du patient. Physiquement, le visage se trouve déformé et vieilli, l'invagination des lèvres, le menton en galoche, le nez tombant soulignent l'absence de dents. Psychologiquement, cet état de faiblesse est souvent très gravement ressenti, surtout dans nos sociétés exigeantes où les dents, comme nous allons le voir, représentent la bonne santé, la jeunesse, la vitalité, le bien-être. Leur perte devient donc synonyme de déchéance, de vieillesse, de dégradation physique. (28,58)



Figure 9 : Profil d'un édenté non appareillé. (HÛE O, BERTERETCHE MV)

L'édentation complète est perçue comme une véritable agression de l'âge, comme un signe authentique de sénescence, d'autant plus lorsqu'elle est brutale.

Pourtant, l'usure et la perte des dents, gênantes, traumatisantes, ne sont pas « létales » pour l'homme (contrairement à des animaux comme l'éléphant par exemple) dans nos sociétés actuelles. La perte des organes dentaires n'est pas un phénomène naturel de vieillissement mais bien une pathologie. Le plus fréquemment et en grand nombre, elle est associée à l'avancée en âge, sans en être une conséquence directe. (52)

L'édentation totale est un état définitif, souvent considéré comme « final » de la sphère orobuccale. (43) La croyance populaire démotivante reliant la perte inévitable des dents au vieillissement de la cavité buccale et de l'être tout entier est injustifiée. (52)

Au niveau inconscient, l'édenté total subit une régression. Il redevient nourrisson avec tout ce que cela implique de dépendance. Certains en tirent des bénéfices secondaires : le nursing et la dépendance sont, certes, des signes de passivité, mais aussi la possibilité de se soustraire à des obligations familiales, sociales ou alimentaires. Psychanalytiquement, il y a retour au stade oral passif, c'est la reprise du phénomène de succion et la recherche du sucré rappelant la douceur primale. (43) La libido est souvent atteinte puisqu'elle est inscrite dans l'ourlet cutané-muqueux qui se trouve modifié par la perte des dents.

Au niveau préconscient, le symbolisme des dents est en jeu : l'édenté total se trouve privé de sa virilité, de sa puissance et de son agressivité, ou de son charme et de sa beauté.

Enfin, au niveau conscient, la perte des dents entraîne une gêne dans la fonction masticatoire d'abord, mais aussi dans les rapports sociaux ; le visage est transformé dans son aspect social et familial. (59, 43)

Les propositions de Wood, utilisées pour étudier de façon pertinente les problèmes de santé, s'appliquent tout à fait à l'événement « édentement total » ; les phénomènes liés à la maladie ne se produisent pas au même plan d'expérience et il en distingue trois :

-le premier est celui des organes et des fonctions : c'est le plan où la maladie s'extériorise, c'est l'atteinte.

-le second est celui de la personne, c'est la déficience, la perte de capacité.

-le troisième est celui des rôles sociaux, c'est le seul plan où le terme de handicap est justifié.

Il faut insister sur l'importance des interactions entre le plan d'expérience de la déficience (atteinte des dents) et le plan d'expérience de la personne où la perte de la capacité (mastication) entraîne une gêne dans les actes élémentaires de la vie courante (l'alimentation à base de mets solides). De ceci découle une modification des rôles et des places que le sujet aurait voulu tenir (participation à un repas de famille). C'est cette dernière situation au sein de son groupe social qui constitue réellement la situation du handicap.

Wood précise d'ailleurs que le handicap n'a pas d'existence systématique, nous rappelant qu'il faut toujours considérer la personne dans sa situation particulière. (43)

Une étude a été menée par Fiske et coll. (32) sur 50 personnes édentées interrogées sur la perte de leurs dents. Les participants, âgés de 69,9 ans et édentés depuis 18,4 ans en moyenne, ont associé la perte de leurs dents à un travail de deuil, une estime de soi diminuée, une perte de confiance en soi, une apparence physique détestée, une impossibilité de discuter de ce sujet tabou, un besoin de garder l'absence de dents naturelles secrète, une altération de la facilité à s'intégrer socialement et altération des relations proches, un vieillissement prématuré et un manque de préparation psychologique.

Le phénomène d'édentation totale a été comparé à d'autres événements principaux de la vie du point de vue émotionnel, tels que le mariage, la retraite ou le changement d'emploi. Le phénomène peut être handicapant et a un profond impact sur la vie de la majorité des patients, même chez ceux qui disposent d'une prothèse parfaite en termes de réalisation et d'intégration. L'extraction des dents peut être vécue comme un véritable changement d'identité pour beaucoup de patients, il ne faut pas négliger une préparation psychologique adaptée à chacun. (32,24)

Nous verrons par la suite que la réhabilitation prothétique est une évidence pour ces patients et les incidences psychologiques des différents types de prothèses, celles-ci n'éliminant jamais totalement l'événement de la perte. (43)

La charge symbolique des dents est ainsi présente à tous les stades de l'existence. Si elle est forte, positive, au début de la vie et pendant la structuration de la personnalité, elle devient négative à l' « apparition » de l'édentation et dépersonnalisante dans sa conclusion. (43)

1.3.2. Symbole sexuel.

La dent comme symbole de sexualité se lie étroitement avec les représentations d'agressivité. En effet, la dent permet la possession, et c'est à ce titre un symbole phallique ; ce n'est pas dire que le symbole soit automatiquement érotique mais simplement qu'il participe à la puissance génératrice. (41)

L'importance de la dent comme symbole sexuel est parfaitement illustrée par les rites initiatiques pratiqués par les tribus d'Afrique pour marquer le passage à la puberté. (59) Freud écrit : « Nous savons que certaines tribus primitives du continent africain pratiquent la circoncision à titre de rite de puberté... tandis que d'autres remplacent la circoncision par l'arrachage d'une dent. »(25)



Figure 10 : Portrait d'un homme Masai, avec des dents manquantes extraites lors de l'adolescence.

La bouche étant considérée par certains auteurs comme un organe sexuel secondaire, ceux-ci ont alors comparé la perte d'organes dentaires à un véritable phénomène de castration. (43) C'est Freud, le premier qui associe dent et sexe, extraction et castration. L'édentation totale est souvent ressentie comme une perte de virilité dont elle présente certains symptômes psychologiques. (47)

La perte de la denture contribue à la détérioration du sentiment, des désirs, et même de la vie sexuelle, voire amoureuse. Cette perte des dents, véritable castration, vient s'ajouter au sentiment d'affaiblissement consécutif au déficit général esthétique-fonctionnel. (29)

Ce sentiment peut apparaître dès la perte de la première dent définitive; c'est une véritable frustration, c'est le déclin, la sexualité qui faiblit, la sensualité qui s'enfuit. (82)

Avant cela, la chute des dents temporaires est déjà ressentie comme une amputation, comme l'écrit Marie Bonaparte (14): « C'est dire que, pour l'inconscient de l'enfant, à la douleur de la castration symbolique de la dent tombée ou arrachée succède le triomphe de la

rephallisation symbolique qu'est la poussée de la dent adulte. ». De même pour la chute des dents définitives et le remplacement par une prothèse, où le dentiste perçu comme castrateur lors de la phase d'extraction est alors vu comme un véritable rephallisateur. (14)

Sans aller jusqu'à l'extraction, et nous développerons ce sujet en deuxième partie où nous traiterons des relations praticien-patient, notons qu'une intervention sur les dents n'est pas anodine. Un homme fier de ses dents et donc de sa virilité ou avide de celle-ci peut éprouver le passage de la fraise comme une tentative déguisée de le priver de manière agressive de sa virilité, de le castrer. Pour une femme, ceci peut être vécu comme une menace pour sa féminité. (5)

Enfin, nous pouvons citer deux exemples de parallèles entre la dent et le sexe existant dans deux langues étrangères :

- dans la langue slave, le mot « zus » signifie à la fois dent et pénis.
- dans la langue anglaise, le mot *davier* se dit « forceps ».

1.3.3. La dent comme anti-sexe.

La relation de la dent au sexe est ambivalente : la dent est à la fois le sexe (vu ci-dessus) et l'anti-sexe. Cette fonction d'anti-sexe s'établit ainsi :

Dans sa première exploration du corps, l'enfant découvre ses organes génitaux comme la source de plaisir la plus intense. Par contre, les dents procurent, en général les premières, l'expérience de la douleur la plus vive. Pour l'enfant, les dents s'opposent au sexe comme la douleur au plaisir. Pourtant, les deux sont rapprochés par leur appartenance au domaine de l'intense. (25)

La dent peut être considérée comme l'anti-sexe, puisqu'elle procure la douleur mais jamais de plaisir. (25)

Ambroise Paré écrit : « La douleur des dents est la plus cruelle qui soit entre toutes les douleurs, sans la mort. »

1.3.4. La dent arme et outil.

Les dents sont des instruments importants qui servent à la mastication et à la phonation, mais pas seulement ; à travers l'étude des individus au cours des différentes époques, la dent s'est enrichie d'une autre valeur symbolique : première arme de l'homme préhistorique, première arme du nourrisson, elle signifie la force, la puissance, la possession, l'agressivité. Il n'en est pour preuve que les pratiques de sorcellerie dont la dent a toujours fait l'objet, sa valeur de fétiche ou de talisman, ou bien encore sa représentation sur les masques des peuplades primitives. (59) Instrument vital pour la survie en milieu hostile chez le primitif, tout comme la griffe, les dents étaient considérées comme sacrées et leur perte était vécue comme la fin d'un pouvoir, la fin de leur virilité pour les hommes. (63, 41)

La dent est pour l'homme le seul élément dur du corps capable de :

- trancher : hache-incisive
- perforer : couteau-canine
- écraser : meule-molaire. (43)

Citons un passage d'un article de R. et J. Allendy (1962) :

« Le règne animal tout entier est soumis à cette loi de fer de ne pouvoir subsister, qu'en dévorant de la matière vivante et il s'arme pour la lutte. Des crochets du ver aux défenses de l'éléphant, en passant par les mandibules de l'insecte ou du crustacé, par le bec de l'oiseau, l'instrument de mastication se développe simultanément en arme d'attaque ou de défense. La joie de l'animal qui a faim a pour aliment la douleur de la proie dévorée : il suffit de peu de choses pour que cette douleur devienne un but en soi. Le psychisme de l'homme traverse naturellement cette atmosphère au moment de la première dentition. L'envie de mordre, qui correspond à l'apparition de nouveaux organes, sert de lien à des tendances d'acquisition, de puissance et de haine qui, nées des mêmes circonstances, vont se développer en étroite synergie. Les psychanalystes appellent une telle phase le stade sadique oral, c'est la forme seconde de l'instinct digestif. » (2)

Les cannibales se servent de ces armes redoutables pour dévorer leur ennemi et ainsi acquérir les vertus de ce dernier. En effet, dans ces populations, certaines coutumes encore présentes sont moins motivées par le besoin de se nourrir que par celui de s'approprier les qualités de la victime. (47) Les idées d'ingestion et donc d'incorporation s'inscrivent dans ce contexte d'agressivité puisqu'elles suivent l'acte d'attaque. (43)

Autres comportements résiduels de cette admiration primaire des dents : il suffit de penser aux trophées qu'arborent fièrement certains chasseurs de très gros animaux (dents de sangliers, requins, rhinocéros et même éléphants).

La dent devient alors l'instrument pour vaincre mais également pour absorber la force de l'ennemi, s'approprier l'agressivité, la force et la vigueur du combattant tué au combat. (47)

Les dents grondent en l'homme comme un élément de violence, d'animalité et de sauvagerie. Il n'est donc pas surprenant de voir ces sentiments se transposer sur les mythes et fantasmes qui ont traversé les âges et sont parvenus jusqu'à nous : le croque-mitaine, le loup (dévorateur du Petit Chaperon Rouge), le loup-garou, l'ogre, le vampire (Dracula), et même la mort. Récemment encore, le cinéma a retrouvé et réactualisé cette symbolique dans « Les dents de la mer ». (83) Dans la grande tragédie Henri IV, Shakespeare écrit : « si on nous interdit ces pierres, nous combattons avec nos dents. » (82)

Citons cette prière des Védas pour les dents :

« Deux Tigres qui poussent vers le bas
Cherchant à dévorer père et mère
O Agni, rends-les favorables !
Soyez pacifiques et de bon augure !
Ce qui, de votre substance, est redoutable
O Dents
Qu'il s'en aille autre part
Ne lésez pas le père et la mère ! »

Ainsi, le texte sacré des Hindous dévoile l'intention profonde des dents. Elles contiennent une substance mortelle, un venin redoutable, elles sont agressivité, elles sont faites pour mordre et tuer. (25)

Pour les psychanalystes, le fait de mordre représente la forme primitive de l'impulsion sadique ; dans l'impulsion cannibalique, besoin alimentaire et libido sont mêlés.

Nous retrouvons la notion d'agressivité entre les hommes qui ne cessent de se battre en vue de satisfaire leurs ambitions ; ne dit-on pas de ces personnes qu'elles ont « les dents

longues » ? D'autres expressions utilisent le mot « dent » pour traduire un état d'agressivité : nous pouvons citer « œil pour œil, dent pour dent » pour illustrer un duel, « avoir une dent contre quelqu'un », ou encore « être armé jusqu'aux dents ».

Dans un tout autre registre, les dents-armes deviennent des objets sexuels dans les jeux de l'amour où baiser et morsure se confondent.

En effet, dans le traité de l'amour de Vatsyayana, le Kama Sutra, le chapitre V traite des « morsures et des moyens de marquer le partenaire à l'aide des dents et des ongles ». Notons au passage le rapprochement toujours présent entre ces deux types d'« outils ». Il explique que tous les endroits qui peuvent être baisés peuvent être aussi mordus, sauf deux : l'œil et l'intérieur de la bouche. Le premier parce que le dommage serait important, le second parce que c'est impossible. Les morsures se divisent en plusieurs catégories décrites avec précision morsure cachée, enflée, point, ligne de points, corail et bijoux. Diverses figures ont des localisations précises : le nuage brisé s'imprime sur les seins et la morsure de sanglier ne se fait que sur l'épaule. Dans ce texte sont mêlés douleur et plaisir, et cette pulsion masochiste est présente dès notre plus jeune âge, elle concorde avec l'apparition de nos premières dents. (25)

1.3.5 .La dent symbole de vie et de mort.

1.3.5.1. La dent, symbole de vie.

Comme une métaphore du cycle de la vie, les dents et leur symbolisme ont inspiré de nombreux artistes plongeant les racines de leur inspiration au plus profond de l'âme. La dent a toujours constitué, au cours des âges, un support remarquable pour symboliser les comportements humains, ses pratiques et ses craintes. Avec les dents, la vie autonome se forge et l'être humain va pouvoir « dévorer la vie à pleines dents ».

Les dents sont donc symboles de vie : un mythe encore très répandu, celui de la « dent pondeuse », plus connu sous le nom de « la petite souris », en témoigne. Chaque dent de lait tombée est « semée » dans le jardin ou placée sous l'oreiller de l'enfant qui trouvera le lendemain matin à sa place une pièce de monnaie ou un petit cadeau. La dent est ainsi assimilée à une graine, source de vie.



Figure 11 : Couverture de l'un des nombreux livres pour enfant sur la petite souris.

Du fait de sa longévité, la dent définitive est symbole du temps, de l'immortalité, de la jeunesse. (82) A la dent s'attache l'idée d'une réserve de vie. Ce fragment de notre corps ne participe pas à la nature corruptible et putréfiable du reste de notre organisme. (36)

La dent serait de même un symbole de durée, c'est ainsi que A. Virel explique la pratique (fort répandue) de percer les dents, de les relier en collier, de les espacer dans la denture aux fins, dit-il, de « transcender le temps ». Cette fonction temporelle est bien mise en évidence par P. Moortgat qui nous rapporte que « ...dans certaines tribus australiennes, la mère va cacher une dent de son enfant dans la forêt, à la bifurcation de deux hautes branches. L'arbre, mis en rapport de sympathie avec le jeune homme, devient son frère et lui communique force, santé et longévité. Quand son protégé mourra, l'arbre écorcé et flambé par les deuilants sèchera et mourra peu après. » (47)

Boris Vian écrit :

La vie, c'est comme une dent,
D'abord on n'y a pas pensé,
On s'est contenté de mâcher,
Et ça se gâte soudain
Ca vous fait mal et on y tient,
Et on la soigne et les soucis,
Et pour qu'on soit vraiment guéri,
Il faut vous l'arracher, la vie. (45)

1.3.5.2. La dent, symbole de la mort.

Leur disparition stigmatise la perte progressive de l'intégrité corporelle et le passage insensible à la vieillesse. (83) La perte des dents est une mutilation définitive renvoyant à la mort. Cette dernière est souvent associée aux dents peut-être parce qu'elles sont avec le squelette, les seules choses qui restent après elle. (41)

Dans L'Alliance, James A. Michener décrit l'abandon de vieilles personnes par leur tribu : « Ces femmes âgées restaient sans difficulté avec la bande tant que leurs dents fonctionnaient ; quand elles ne pouvaient plus mâcher, ou bien si elles traînaient à la queue du groupe, on les installait dans l'ombre d'un buisson, on leur donnait un os avec de la viande autour et un œuf d'autruche. Puis le clan poursuivait sa route et elles mouraient avec dignité. » (57)

Ce passage illustre le lien entre la perte des dents et l'image de la mort, d'autant que le remplacement de celles-ci n'étant pas envisageable, la mastication devenait impossible et la mort était la seule issue pour des peuples se nourrissant de viande exclusivement.

Nous pouvons citer encore la Sushruta Samhita hindoue, selon laquelle : « celui dont les dents tombent, s'il est bien portant, tombera malade, et s'il est malade, mourra. » (25)

1.3.5.3. L'évidence du remplacement des dents absentes.

Il nous semble alors évident pour nous, à notre époque et dans notre société occidentale, de les remplacer, tant pour leurs fonctions que pour leur valeur symbolique. Ce remplacement s'effectuait fut un temps avec des dents que les arracheurs ôtaient à des enfants ou des personnes défavorisées pour les revendre comme prothèses aux riches patients.



Figure 12 : Affichette pour un fabricant de râteliers, milieu du XIXe siècle. (83)

Victor Hugo écrit dans *Les Misérables* un chapitre poignant dénonçant ce trafic. Il s'agit de Fantine, mère de Cosette, sans arrêt persécutée par les Thénardier auxquels elle a confié sa fille. Elle vend tout d'abord ses cheveux pour les payer, ils repoussent mais cela ne lui rapporte pas suffisamment. Elle apprend que Cosette est malade, on lui réclame plus d'argent.

« Comme elle passait sur la place, elle vit beaucoup de monde qui entourait une voiture de forme bizarre sur l'impériale de laquelle péroraient tout debout un homme vêtu de rouge, ce qui existe encore de nos jours ! C'était un bateleur-dentiste en tournée qui offrait au public des râteliers complets. Fantine se mit à rire. L'arracheur de dents vit cette belle fille qui riait et s'écria tout à coup : « Vous avez de belles dents la fille qui riez là, si vous voulez me vendre vos deux palettes, je vous donne de chaque un Napoléon d'or. » Fantine, pour sauver sa fille, finit par accepter l'offre infâme. Ce sera pour elle le début d'une déchéance irrémédiable et dramatique. »

1.3.6. Symbolisme selon le type de dent.

La symbolique différentielle permet d'étudier les différents groupes dentaires selon leur répartition dans l'espace buccal.

En Afrique, les Bambaras distinguent parmi la denture trois groupes aux fonctions symboliques diverses :

- les incisives figurent la renommée, la célébrité ; elles apparaissent au premier plan lorsqu'on sourit ; elles sont aussi un signe de joie et sont censées conférer à la parole une allure de jeunesse et de jovialité.

- les canines sont des signes de travail, d'acharnement et de haine.

- les molaires sont symboles de protection, d'endurance et de persévérance.

Nous pouvons remarquer que ces significations symboliques sont en quelque sorte l'extrapolation des activités physiques assumées par les dents concernées. (47)

1.3.6.1. Les incisives.

Ce sont les premières dents qui font leur apparition. Ce sont elles qui sont à l'origine du sevrage de l'enfant lorsqu'il y a allaitement. Au-delà de leur éruption plus ou moins douloureuse, source de déplaisir, elles sont surtout à l'origine de l'indépendance de l'enfant qui commence à pouvoir se nourrir par lui-même en mâchant.

Comme toutes les dents antérieures, chaque incisive est porteuse d'un « message symbolique » adressé à l'environnement de l'individu. (70)

Ce sont d'abord des dents coupantes. Un argument incisif est celui qui l'emporte, comme la réplique mordante d'un avocat.

De plus ce sont les dents de premier plan. Elles sont le plus en évidence : ce sont elles qui apparaissent en premier lorsque la bouche s'entrouvre. On va donc leur attribuer les rôles de prestige et de parade, elles seront ainsi le symbole de la renommée et de la célébrité. Ce sont les dents les plus soignées par les célébrités, hommes politiques, etc.

Elles donnent un air de jovialité et de jeunesse. Elles sont un signe de joie.

Par les deux aspects décrits ci-dessus, les incisives permettent donc d'évoquer tant le sourire amical que le sourire mordant. (25)

Certains auteurs différencient les incisives centrales des incisives latérales.

Selon eux, l'incisive centrale est la « vitrine » sociale de chacun. Elle caractérise l'image que l'on désire donner de soi-même aux autres, image de la personnalité sociale, affective, comportementale, que l'on veut bien dévoiler. Elle est porteuse de l'animus (masculinité) présent chez tout un chacun, homme ou femme. Plus ses dimensions sont importantes, sa forme massive, anguleuse, plus la personnalité concrète est affirmée.

L'incisive latérale supérieure a quant à elle une position plus effacée, moins ostensiblement voyante, une forme plus élancée, plus élégante, plus douce que celle de la centrale. Elle symbolise la vie intérieure, les aspirations profondes, les rêves non exprimés et la part d'anima (féminité) du sujet. Plus sa forme se rapproche de celle de l'incisive centrale, moins sa spécificité est marquée. ; Ainsi, une incisive latérale trapue, aux angles vifs, se retrouverait chez un individu matérialiste, primaire, alors qu'une forme frêle, aux angles arrondis, traduit la grâce, la douceur, la richesse intérieure. (70)

1.3.6.2. Les canines.

La canine est une dent particulièrement chargée de symbolisme.

Elle est située à un carrefour stratégique ; elle participe à l'esthétique antérieure par sa moitié mésiale, alors que sa moitié distale, invisible en vue frontale, appartient déjà au groupe postérieur. Cette dent symbolise l'instinct animal avec son cortège d'ambitions, d'agressivité, de jouissance et de désirs. Plus ses dimensions sont importantes, sa pointe cuspidienne acérée, plus cette énergie animale sera marquée. A contrario, une pointe canine émoussée par l'abrasion traduit la sérénité de l'âge mûr et une forme arrondie, la douceur et l'élévation de la pensée. (70) De plus, grâce à leur position, elles soutiennent la musculature faciale et interviennent dans de nombreuses fonctions d'expression. (55)

Beaucoup s'accordent pour penser que la canine exprime une certaine agressivité.

Ce sont les dents du chien dans notre bouche. Elles évoquent les crocs des carnivores, et au-delà, des carnassiers. (25) Ce sont les dents de la bestialité et de la cruauté, elles sont le symbole de la haine et de la violence.

En 1888, Farrar écrit : « Les dents ont une expression individuelle. Les canines expriment la détermination, le courage et la férocité. » (86)

Anatole France, dans *La rôtisserie de la Reine Pédauque*, retrouve les mêmes termes : « Les dents de l'homme sont un signe de sa férocité. Quand on se nourrira comme il faut, ces dents feront place à quelque ornement semblable aux perles des salamandres. Alors on ne concevra plus qu'un amant ait pu voir sans horreur des dents de chien dans la bouche de sa maîtresse. » Or comme précisé ci-dessus, les dents de chien, ce sont les canines.

Récemment, Slaviceck exposait que la canine du primate ne constitue pas une arme, comme celle du tigre. C'est une marque de puissance. Pour établir la hiérarchie du groupe, l'animal dominant montre ses canines comme signe de force et de pouvoir pour obtenir la soumission de l'autre.

La canine est donc la dent de l'agressivité. Son absence évoque donc la faiblesse et l'impuissance, au mieux, la timidité et la douceur. (67)



Figure 13 : Les personnages doux et faibles sont dépourvus de canines. Seul le loup en possède. (67)

La forme de cette dent doit donc être adaptée à la personnalité de notre patient lors d'une réhabilitation prothétique ou d'une restauration. J Philippe écrit : « Il y aura huit milliards d'Hommes sur Terre ; ne peut-on estimer qu'il vaut mieux accroître leur sociabilité plutôt que leur agressivité ? Certes nous ne modifions que l'apparence, mais celle-ci est contagieuse et détermine la réaction de l'interlocuteur. Le destin de l'homme est l'accroissement du cerveau et la diminution des canines. Nous devons développer l'un et raboter l'autre. » (67)

1.3.6.3. Les molaires.

Les molaires, par leur nom, évoquent la meule infatigable qui broie pour fournir un aliment au désir. Elles sont un symbole de protection, car elles sont les plus solides des dents et viennent à bout de tout ce qu'on leur oppose.

Elles évoquent l'endurance et la persévérance, mais aussi la réflexion, la sagesse et l'analyse. En broyant les aliments, elles permettent d'en extirper leurs substances fondamentales.

Pour les Bambaras, elles sont surtout des instruments de prise de possession qui va jusqu'à l'assimilation.

1.3.7. La dent dans les rêves.

Il n'est pas rare de rêver de nos propres dents. Celles-ci se détériorent, bougent, tombent et c'est avec soulagement que nous nous apercevons au réveil qu'il n'en est rien. Ce qui prouve que nous attachons une importance toute particulière à cette zone chargée de symbolisme qu'est la bouche.

De tels rêves signifieraient perte de vitalité, d'agressivité, faillite, impossibilité de s'affirmer, castration et mort. (82)

Freud interprète toujours les rêves de perte des dents comme des autopunitives que s'inflige le rêveur pour ses pratiques d'auto-érotisme :

« Rappelez-vous à ce propos que nous avons été amenés à recourir à l'onanisme et à la crainte des châtiments pour les pratiques qu'il comporte, pour interpréter les rêves ayant pour objet le mal aux dents. » (25)

De nombreuses interprétations existent ; selon Muhi-Ed-Din Ben Arabi, (25) « Lorsqu'on rêve qu'une dent sort, si l'on sent la percée s'accompagner de douleur, c'est le signe de la mort d'un proche ; si l'on ne sent pas de douleur, c'est le signe de la mort d'une relation éloignée. »

Les clés des songes modernes précisent que si la dent est du côté gauche, le malheur est pour sa fille, sa femme et sa famille ou s'il n'est pas marié pour la lignée maternelle, et du côté droit pour le fils, le mari et sa famille ou la lignée paternelle.

Le « livre des rêves cambodgiens » (Byakaranasastra) remplace la distinction gauche/droite par haut/bas. (25)

Quoiqu'il en soit, la poussée, cassure ou chute d'une dent n'est présage de maladie ou de mort que parce que la dent indique la force et la vie. (25)

1.3.8. La dent symbole de beauté.

La bouche, partie du visage la plus regardée avec les yeux, est une scène dans laquelle chaque dent va jouer un rôle esthétique dès que le sujet va s'animer, qu'il va parler ou sourire. (55)

1.3.8.1. Les dents dans la littérature.

Dans la poésie, la littérature, quand elles se réfèrent à un personnage que l'auteur souhaite mettre en valeur, les dents deviennent de « petites perles nacrées », de « petites étoiles », elles sont synonymes de jeunesse et beauté. Elles représentent la virilité chez l'homme, la féminité chez la femme. (82)

Dans La Bible, le Cantique des cantiques chante ainsi la bien-aimée :

« Tes dents sont un troupeau de brebis

Qui remonte du bain

Chacune a sa jumelle

Et nulle n'en est privée »

Les associations sont celles de la beauté, de blancheur et de propreté puisqu'elles remontent du bain, de féminité car ce sont des femmes, de douceur par la laine et de symétrie car chacune a sa jumelle. Le texte insiste sur la splendeur et la perfection d'une denture complète, plutôt rare à l'époque, par opposition à l'horreur d'un vide, d'un trou.

La poésie persane, juive et arabe va comparer les dents à des perles nacrées, à des amandes émondées, à des étoiles brillantes dans le ciel noir des nuits d'Orient.

1.3.8.2. La dent et le besoin esthétique.

Dans la culture occidentale, la signification esthétique semble être au premier plan.

Les psychologues ont un principe dit d'homéostasie selon lequel l'énergie est constante dans l'organisme ; tout excès d'énergie tend à se dépenser dans des activités non utilitaires. Ainsi, l'homme des sociétés industrialisées telle que la nôtre voit son niveau de vie sans cesse s'accroître et ses besoins élémentaires sont toujours satisfaits. Ainsi, apparaissent d'autres besoins tel le besoin esthétique.

Les représentations, les idéaux ont donc changé : quand l'inquiétude exclusive de l'homme était d'assurer sa subsistance et sa continuité l'image de la femme était davantage celle de la maternité et celle de l'homme l'image de la force et de la puissance. Quand l'inquiétude, aujourd'hui, est plus d'ordre intellectuel, l'image de la beauté est alors celle de la finesse d'esprit, de l'érotisme et de la volonté.

De la même façon, quand il s'agit d'esthétique dentaire, le primitif trouvera belles des dents énormes et acérées, qui symboliseront pour lui sa survie. L'homme moderne, lui, voudra une denture régulière symbolisant l'équilibre psychique, blanche et éclatante symbolisant jeunesse et enthousiasme.



Figure 14 : Sourires éclatants, source de beauté et témoins de bonne santé. Publicité Colgate.

L'esthétique dentaire a été et continue plus que jamais à être au centre de nombreuses études cliniques.

N. Cons et ses collaborateurs ont établi un « index esthétique ». Son niveau le plus bas indiquerait une mauvaise intégration sociale. (23) C'est dire si la relation entre de belles dents et une intégration dans la société sont liées. Mais complétons ces résultats avec ceux obtenus par d'autres scientifiques.

Une seconde étude présente à un échantillon de participants des photos de personnes originales avec des dents saines et d'autres retouchées par ordinateur, les retouches apportant un délabrement de celles-ci. Les résultats sont les suivants : les individus avec des dents apparaissant comme saines sont perçus comme plus beaux et ayant plus de succès sur les plans relationnel et professionnel que leurs doubles aux dents retouchées. Il convient d'ajouter que ces jugements sont d'autant plus flagrants lorsque des femmes jugent des hommes et inversement, que lors de jugements de personnes du même sexe. (30)

Selon Held, le narcissisme est souvent lié à une couleur blanche des dents. (37) Le besoin d'esthétisme des dents ou de toute partie du corps est lié à l'amour-propre et donc au sentiment de bien-être ; on comprend aisément que la demande esthétique variera d'un individu à l'autre : elle dépend avant tout de l'image corporelle de celui-ci, c'est-à-dire l'idée qu'il se fait de lui-même au travers du regard des autres. (62)

Selon WC Shaw et coll., l'apparence dento-faciale influence l'impression de gentillesse, le niveau social et la popularité. (86)

Selon l'étude de KK Dion et coll., les gens beaux sont perçus comme plus intelligents, plus gentils et plus heureux que les autres. (27,24) De plus, Bull et Rumsey (19) ont cherché, dans une série d'études, comment des personnes victimes de problèmes, malformations faciales et bucco-dentaires étaient perçus. Les personnes interrogées les ont décrits comme apparaissant moins intelligents, paraissant moins aimables, et moins sociables que des gens sans malformation. On comprend alors l'isolement social dans lequel certaines personnes ayant des problèmes dentaires ou faciaux se terrent. Nous étudierons ce point dans la partie consacrée à la prothèse maxillo-faciale, où le problème est d'autant plus important, puisqu'il concerne souvent une partie visible du visage. Ainsi, l'apparence du visage intervient dans d'importantes situations comme l'éducation, les relations amicales et amoureuses, et lors d'entretiens d'embauche. (30)

Plusieurs facteurs intervenant dans l'esthétique ont été répertoriés ; des yeux assez espacés, un petit nez et des dents droites seraient autant de facteurs appartenant à de beaux visages. (30)

Si l'aspect du visage est important pour l'adulte, il l'est tout autant pour l'enfant. Pour s'en convaincre citons quelques travaux de psychologie expérimentale : « ...les enfants de 3 à 6 ans les plus beaux sont perçus par leurs pairs significativement plus favorablement que les moins beaux. Les beaux enfants sont perçus comme plus indépendants, plus amicaux, et gentils que les enfants les moins beaux, jugés plus querelleurs et méchants. Ce stéréotype s'accroît lorsque les degrés de beauté ou de laideur sont extrêmes. » (66)

Encore plus frappant, dans la recherche de Dion, « ...des mères et des éducatrices ont jugé (fictivement) des enfants de 7 ans ayant commis des transgressions plus ou moins graves dans le milieu scolaire. L'enfant laid est perçu comme plus asocial, plus désagréable, plus malhonnête pour un délit égal à celui d'un bel enfant, et sa personnalité déviante est considérée comme chronique (l'acte agressif étant considéré comme un simple épisode si l'enfant est beau). »(66)

C'est grâce à ce type d'étude que nous pouvons comprendre les motivations de certains patients qui placent l'esthétique au premier plan. Le besoin esthétique du visage, bien ancré en chacun de nous, se trouve naturellement exacerbé lorsqu'il s'agit d'une partie socialement visible de notre corps. N'oublions pas que nous sommes les seuls mammifères à n'oser montrer, dans la vie courante, que deux parties nues de notre corps : les mains et la tête...et encore ! (87)

1.3.8.3. Les dents dans les médias.

Le cinéma, la télévision, les magazines ont mis l'accent sur la beauté des visages et puis plus particulièrement sur la beauté de la denture. Ainsi, des critères se sont imposés qui conditionnent tellement notre subconscient qu'on en arrive à les considérer en eux-mêmes, sans chercher à les relire en fonction de chaque visage. L'image médiatique est une image « corrigée » soit par les logiciels appropriés, soit en amont par la modification de la bouche même : tel homme politique ou telle chanteuse n'ont pas hésité à passer entre les mains des professionnels de l'art dentaire. (43)

Les normes qui définissent la beauté des dents sont essentiellement de trois ordres : la forme et la dimension des dents, la teinte, enfin le positionnement, la régularité de la denture. Ces normes varient en fonction du sexe, de l'âge et de la personnalité de l'individu. Comme nous le verrons par la suite, il s'avérera indispensable de tenir compte de ces critères lors d'une réhabilitation prothétique, qu'elle soit amovible ou fixée, ainsi que de l'avis du patient.

La teinte des dents est souvent sujette à discussion avec ce dernier : en effet, la conjonction du blanc et du bon alignement étant ressenti comme la marque de la bonne santé de la denture, beaucoup auront tendance à choisir une teinte trop claire par rapport à leurs dents restantes ou à leur âge. En effet, les exigences de teinte varient entre autres en fonction de l'âge : plus le patient est âgé, plus les dents deviennent jaunes et la mise en place d'une prothèse devra en tenir compte. Des dents claires, même si d'apparence plus esthétique, provoqueront un effet désastreux au milieu de dents jaunes, le principe étant d'éviter toute rupture visuelle entre les dents naturelles restées en place et la prothèse.

Il faut donc essayer de faire oublier au patient les images véhiculées par les médias afin de réaliser un travail qui sera d'un aspect le plus naturel possible.

De plus, l'apparence de la santé est aujourd'hui un critère de beauté. Un corps athlétique, un teint frais et des dents blanches sont autant de témoignages d'entretien de son corps. En effet, des dents jaunes ou tachées, ou présentant des reconstitutions en mauvais état, avec des gencives œdémateuses et rouges sont non seulement inesthétiques mais amènent à s'interroger également sur la bonne santé du sujet, sur la nature de sa personnalité à se laisser aller, à se négliger.

Il en découle que dans notre société occidentale, la beauté est argument de vente, et il est inconcevable pour un publicitaire par exemple de vanter n'importe quel produit avec un personnage aux dents jaunes ou abîmées. La bouche doit être belle, harmonieuse et saine, le sourire sans défaut. La bouche est pour l'autre. Les demandes de blanchiment se font de plus en plus nombreuses, les vertus éclaircissantes de tel dentifrice sont vantées par les publicitaires. Pour demander réparation à la nature et corriger les injustices, les consultations chez l'orthodontiste, le dentiste, voire chez le chirurgien esthétique se multiplient. On souhaite aligner, éclaircir, symétriser, pour obéir aux diktats des médias. (20)

Selon une étude réalisée dans le service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix, plus de 2/3 des patients ont une demande esthétique. De même, 2/3 des Français pensent que très vite, le rôle des chirurgiens-dentistes se centrera davantage sur l'esthétique que sur le

pathologique (sondage ADF/IFOP août 2007 auprès de 1005 français âgés de 15 ans et plus). (22)

Il semble donc indispensable que le praticien définisse, lors de toute reconstitution, en premier lieu, la demande du patient. Il faut comprendre ce qu'il ressent, trouver sa perception visuelle des formes et des émotions esthétiques qui dépendent essentiellement de son éducation, de la société, de la civilisation et du type d'individu (âge, sexe...). Une récente étude (21) a prouvé que les femmes attachent plus d'importance à l'apparence que les hommes.

Dans tous les cas, le praticien doit garder à l'esprit que l'esthétique n'est ni la standardisation, ni la perfection. (22) En effet, n'oublions pas que les dents, étant inertes, ne peuvent donner une expression que par le mouvement qui les entoure.

Le praticien qui néglige ce principe ne personnalise pas la prothèse ou la reconstitution, et ne réussit qu'à donner une impression d'artificiel. (87) Toutefois, bien souvent, il cède aux exigences du patient dans ce domaine afin d'éviter les conflits.

Nous allons illustrer ce dernier point par une étude réalisée par Höfel L. et coll. Celle-ci recherche l'influence des variations de couleurs des dents sur l'appréciation de la beauté du visage. Des photographies standardisées sont présentées, représentant 10 hommes et 10 femmes souriants, découvrant les dents maxillaires, ces dernières ne présentant pas de défaut. Les dents sont retouchées sur ordinateur, les modifications concernent la teinte (éclaircissement et coloration) et la morphologie (déviation, malformation), ceci afin de ne pas faire focaliser le participant uniquement sur la couleur des dents. Les participants doivent évaluer la beauté des visages.

De plus, il leur est demandé de nommer les éléments des visages qu'ils trouvent positifs ou négatifs sur l'appréciation de la beauté.

Les résultats nous montrent qu'en général les dents sont perçues comme un élément du visage lors de l'appréciation de sa beauté, et qu'elles jouent un rôle plutôt important lors de l'appréciation d'un visage souriant, surtout des visages masculins. Seuls les yeux sont mentionnés plus souvent. Considérant les manipulations de chaque dent, il est évident que les dents éclaircies ont été mentionnées plus souvent de façon positive que les dents originales.

Par contre, l'appréciation du charme global du visage n'a pas été influencée par la couleur de la dent. La couleur des dents semble jouer un rôle plus important pour des adultes jeunes, et des dents plus blanches n'ont certainement pas une grande influence sur le jugement des personnes plus âgées.

Pourtant, l'intérêt des patients est grandissant pour des dents blanches. Ils comparent leur propre état dentaire à celui des célébrités, qui suggèrent que les dents blanches sont importantes pour le charme et le succès. (38) Le charme physique et une apparence dento-faciale agréable contribuent à l'amélioration de la propre estime de chaque patient.

Une autre étude, menée par AS Zlowodzki et coll., met en évidence que la perception de l'esthétique du sourire n'est pas la même chez les patients et les dentistes. Ce qui nous semblera esthétique dans un sourire pourra déplaire au patient et inversement. Il est donc important de bien communiquer avec son patient pour comprendre ses objectifs, et le modérer si ses demandes nous paraissent déraisonnables. (94)

Il est indispensable de préciser que les critères de beauté occidentaux peuvent différer énormément de ceux d'autres ethnies.

En effet, existent à travers le monde de multiples coutumes, comme les ornements et les mutilations oro-faciales des tissus durs et des tissus mous. Citons une coutume observée par le médecin-major Le Bourhis, qui nous donne l'exemple d'une avulsion précédée d'un déchaussement gingival :

« Vers l'âge de douze ans, en moyenne, les D'zems (clan de race Bantou) se font extraire les deux incisives médianes inférieures. Les raisons qu'ils invoquent pour justifier cette mutilation sont d'ordre varié : c'est d'abord une marque distinctive de leur pays, un signe de reconnaissance ; ensuite un agrément du visage, une mode, une esthétique particulière, la consécration de la beauté physique ; enfin, une façon de montrer que l'on est d'un clan respecté et brave. De notre point de vue, cette dernière raison est celle qui nous intéresse le plus, car si les D'Zems n'ont pas les dents appointuchées pour ressembler à un totem vénéré, lion, panthère, crocodile, leur mutilation maxillaire leur permet de montrer qu'ils ne ressemblent pas à cet animal peureux et craintif, fuyant le danger qu'est la chèvre femelle qui possède toutes ses incisives inférieures. Ressembler à un cabri, chèvre indigène, est une injure courante... »



Figure 15 : Mutilation dentaire en Haute-Volta. Dessin d'après photo du Musée de l'Homme, Paris.

Il faut se distinguer des animaux domestiques, peureux, non respectés. Dans beaucoup de tribus africaines, on a le goût pour des dents pointues, fines agressives ; on respecte tous les animaux pourvus de telles dents, alors on reproduit ces formes.

Ainsi, selon certains processus initiatiques, la mutilation dentaire serait motivée par le désir de ressemblance avec un animal vénéré (Totem) ou celui de distinction d'un animal peu respecté. Faisant partie intégrante d'un processus initiatique global, elles sont le signe distinctif de certaines tribus, et elles peuvent faire des dents de véritables ornements. (47)

Avoir des dents serrées et alignées est signe de faiblesse et de vulgarité. Ceci illustre le fossé existant entre les différentes sociétés encore de nos jours et le fait que nos diktats de beauté s'appliquent pour nous mais peuvent être incompris par d'autres. (82)

D'où cette considération à propos de ces organes hautement chargés de symbolisme que sont nos dents : étant en premier plan lors de la communication, ces dernières font toujours l'objet d'observation de notre interlocuteur. Qu'elles soient blanchies et remplacées en occident, teintées dans certains pays d'Asie ou encore extraites dans maintes tribus africaines, elles sont toujours au centre de nos préoccupations. Il nous est parfois difficile de comprendre les motivations très différentes de personnes issues d'autres cultures, en effet, citons un passage de « Sur la Route Mandarine » de Roland Dorgelès à propos des Moïs :

« On pourrait les trouver belles, sans cette affreuse bouche, toute rougie de bétel, dont les lèvres découvrent des dents noires et limées. Est-ce pour se faire aimer qu'ils s'arrangent

ainsi, hommes et femmes ? Je crois bien que oui. Nous ne voulons pas avoir des dents de chien, disent les Moïs en regardant nos dents blanches. »



Figure 16 : Dents laquées au aurifications pratiquées dans des tribus montagnardes vietnamiennes, de gauche à droite Daos rouges (photo JF Lasserre), Viêts et Mongs (photo JP Labat).

« Époques, croyances, représentations et significations sociales, techniques et ressources influent sur les modèles de beauté, sur les choix esthétiques. » (82)

Selon les études citées ci-dessus, nous pouvons donc faire remarquer que l'esthétique dentaire est perçue différemment selon le sexe de l'individu et le sexe de la personne qui le juge, selon l'âge, la profession exercée, l'appartenance ethnique, la personnalité de l'individu. C'est dire si la notion d'esthétique dentaire est subjective ; dans son travail de reconstitution et de réhabilitation, le chirurgien-dentiste devra donc fixer des objectifs avec son patient, en respectant la faisabilité de la demande de ce dernier. (30)

2. Conséquences sur la relation praticien-patient.

« La spécialité odontologique est celle qui provoque, dans une immédiateté jamais retrouvée pour aucune autre discipline médicale, le plus d'émotions et d'anecdotes, pas toujours vraisemblables, où se confondent peur, douleur, agressivité et même culpabilité », écrit M. Ruel-Kellermann. Elle poursuit :

« Evoquer le facteur humain ne doit en aucun cas occulter la technique odontologique qui, par ses contraintes, est constamment omniprésente au sein même de la relation entre celui qui livre ce qu'il a de plus précieux et de plus intime : sa bouche, et celui qui s'en empare pour y intervenir. » (78)

Nous n'aborderons pas, volontairement, la relation toute particulière entre le praticien et son patient encore enfant, qui s'apparente très souvent à une relation triangulaire entre le patient, le praticien et les parents et qui mériterait un sujet à elle seule.

2.1. Une relation particulière.

2.1.1. Place de la douleur au sein de cette relation.

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage ». Qu'elle soit aigüe ou chronique, c'est la raison la plus fréquente des consultations médicales et dentaires.



Figure 17 : Huile sur toile. Avant le dentiste. Mor Karvaly (1860-1899).

De toutes les pratiques médicales, l'odontologie est parmi celles qui occasionnent le plus de stress et d'implication relationnelle. Elle soulève la peur, peur de la douleur. Le recours au praticien se fait, encore trop souvent, sous la pression de souffrances, qui auraient pu être évitées, si la peur du dentiste n'avait fait remettre, chaque jour, à plus tard, une visite de contrôle. La peur empêche souvent le patient de consulter, le fait attendre le dernier moment. Il en résulte des dentures négligées, dans un état désastreux.

La douleur est le symptôme par excellence. S'il est un domaine où la science et l'humanisme doivent se rejoindre, c'est celui du traitement de la douleur. En effet, si l'organisation physiologique et anatomique des récepteurs nociceptifs est identique chez tous les hommes, les comportements face à la douleur sont d'une infinie variabilité. Elle dépend de multiples facteurs dus à l'environnement, à la culture, au vécu de chaque patient, et aux éventuels conflits émotionnels auxquels il fait face, elle est très subjective, individuelle. Certains patients peuvent supporter le curetage d'une carie profonde sans broncher, alors que d'autres demanderont une anesthésie pour le moindre passage d'une fraise sur l'émail.

Ainsi, dans la relation de proxémie qui lie le chirurgien-dentiste et son patient, chaque émotion est transmise à l'autre, et chacun des deux protagonistes laisse libre cours à ses angoisses l'un d'avoir, l'autre de faire, mal.

Citons le conseil que donnait Marc-Antoine Petit aux jeunes médecins de 1799 :

« Songez que la douleur est le fardeau le plus pesant dont nous ait chargé la nature, qu'elle empoisonne toutes les joies, toutes les félicités, que personne ne peut la supporter longtemps, que ce sera toujours en raison du plus d'empire que vous aurez sur elle, que vous recueillerez de vos concitoyens l'admiration, le respect et la reconnaissance. Ne l'appréciez jamais par ce qu'elle vous paraît être, mais par ce que le malade semble souffrir, il n'est point de petite douleur pour celui qui souffre... »

La douleur, composante cognitive du processus de nociception, peut conduire, selon les circonstances, l'individu et beaucoup d'autres facteurs, à la souffrance, qui est la composante affective de ce processus.

Il faut donc la prévenir et la traiter au quotidien. Le praticien est confronté à des patients ayant des douleurs chroniques mais aussi très souvent aiguës. Cette dernière n'est ni anodine à court terme, ni sans conséquence sur le long terme : elle laisse une empreinte sur le psychisme d'autant plus préjudiciable qu'elle aura été prolongée, intense et qu'elle aura été négligée par le praticien.

Outre la douleur motif de consultation, il y a la douleur provoquée par nos actes, pendant ou après nos soins. Il est important d'expliquer à nos patients qu'une douleur risque d'apparaître, il l'acceptera d'autant plus et nous ne serons pas décrédibilisés en tant que professionnel de santé.

2.1.2. Une relation inégale.

Tout acte thérapeutique met en rapport au moins deux personnes : le soignant et le soigné, dans une relation intellectuelle, physique, émotionnelle et affective.

Le soignant a tout pouvoir d'exercer des connaissances sur le soigné qui l'a sollicité.

Cette relation est fondamentalement une relation d'inégalité :

- Intellectuellement, la communication est inégale. Le malade s'exprime dans le langage qui lui est propre et craint de ne pas être en mesure de comprendre ce que lui transmet le thérapeute.
- Physiquement, la distance, le toucher, sont gérés par le praticien. Le patient, tout à fait conscient, ne peut pas exercer de contrôle visuel de la situation. Il est contraint à une situation d'abandon, de passivité.
- Émotionnellement, le soignant peut se retrancher derrière sa technique pour désamorcer l'inévitable impact émotionnel de toute demande de soins ; le patient, lui, est en première ligne.
- Affectivement, par ses caractéristiques d'inégalité, la relation thérapeutique renvoie aux relations de base suivantes : parent-enfant, maître-élève, où les facteurs affectifs interviennent puissamment. Les relations d'échange : soulagement et guérison pour l'un, reconnaissance et confirmation de sa compétence pour l'autre, peuvent, à tout instant, se transformer en rapport de force et altérer les résultats thérapeutiques attendus.

Ainsi, le praticien peut évoquer tantôt une image maternelle protectrice, par les actes réparateurs et attentifs qu'il dispense, tantôt une image paternelle autoritaire par les actes agressifs et soustracteurs auxquels il procède. (77)

Nous verrons l'impact de ces notions lors de l'évocation des notions de transfert et de contre-transfert.

2.1.3. Trois phases successives dans la relation de soins.

2.1.3.1. Prise de contact.

L'acte de soin implique la présence de deux personnes : le patient et le praticien, dont la rencontre n'est pas le fruit du hasard mais celui du choix du patient.

Que veut le patient ? Il veut obtenir un soulagement de sa douleur, des conseils de prévention, ou encore faire refaire une prothèse qu'il juge inadaptée. Ceci est une liste loin d'être exhaustive des différents motifs le poussant à consulter. Ce qu'il souhaite, généralement, c'est obtenir satisfaction au moindre mal, le plus vite possible et sans qu'il lui en coûte trop. Il a aussi une opinion sur ce qui lui paraît désirable de faire et essaiera de la faire prévaloir.

Que veut le praticien ? Satisfaire le patient si la requête est bien sûr raisonnable (nous traiterons dans un chapitre en particulier des patients formulant des demandes auxquelles le praticien ne pourra répondre), en appliquant les recommandations en vigueur, et il faut que son travail soit honoré. (17)

Nous allons étudier les moyens des deux protagonistes.

Le patient est LE patient et s'accorde une valeur en tant que tel. Il est souvent convaincu que son cas offre un intérêt certain dans l'absolu et il a tendance encore à en augmenter l'importance pour capter et retenir l'attention de l'opérateur, pour absorber à son profit le maximum de temps et de soins en vue d'une satisfaction aussi rapide et totale que

possible. Il n'oublie pas qu'il peut nuire au praticien en cas d'insatisfaction : dire du mal de lui, lui intenter un procès, etc.

Il peut être sur la défensive car il a conscience d'un certain état d'infériorité du seul fait qu'il soit venu, qu'il ait besoin de l'homme de l'Art.

La situation du praticien est dès l'abord la meilleure puisqu'à l'inverse, on est venu chez lui. C'est donc qu'on lui reconnaît une certaine valeur ou tout au moins des possibilités. À cela s'ajoutent éventuellement le poids de sa réputation, le cadre dans lequel il évolue, le matériel qui l'entoure et dont lui seul sait se servir. (17)

Lors de cette prise de contact, le praticien doit écouter et surtout entendre ce que le patient a à lui raconter, puis le rassurer.

La première consultation mobilise les qualités d'accueil, de communication, d'empathie, d'observation clinique et humaine du praticien. Elle est la rencontre entre deux personnalités, et est décisive pour la relation naissante.



Figure 18 : L'une des nombreuses caricatures concernant la relation avec son dentiste qui n'écoute pas son patient.

Elle peut se dérouler indépendamment ou sur le fauteuil dentaire, cette installation « dans le vif du sujet » peut paradoxalement être rassurante pour certains patients. Le praticien se tient à distance du patient pour mieux l'observer globalement (mimiques, parafunctions éventuelles, etc.) tout en s'offrant lui-même au regard du patient.

L'investigation de la première consultation n'est en aucun cas un interrogatoire rigide, même si le canevas de l'anamnèse conduit inévitablement à poser des questions précises :

- le motif de la venue,
- les répercussions éventuelles de la pathologie sur la vie personnelle, relationnelle, professionnelle, etc.,
- les traitements antérieurs,
- l'inquiétude, les craintes, les attentes, les espoirs, qui sont recueillis au cours de l'entretien semi-directif. Le praticien aura déjà apprécié la capacité de compréhension, l'intérêt du patient pour ses dents, sa culture, sa classe socio-professionnelle, et sera en

mesure d'ébaucher ou de conclure un premier diagnostic et d'exposer plusieurs possibilités thérapeutiques. (77, 34)

Nous pouvons observer plusieurs points : la motivation première, nous l'avons vu, est trop souvent encore la douleur avec son caractère irruptif, envahissant, imprévu.

La demande esthétique vient actuellement en second plan dans nos sociétés à prévalence narcissique. La raison fonctionnelle arrive loin derrière ; paradoxalement, l'inconfort ou le déficit bucco-dentaire est toléré par un grand nombre d'individus, de ceux-là mêmes qui ne supportent que difficilement l'idée d'une intervention réparatrice.

Rares sont les patients qui peuvent parler avec précision de leurs dents, de leurs symptômes, lors de l'anamnèse. Il y a comme une sorte d'amnésie qui s'organise autour de la bouche et des dents. Le patient n'en peut, ou n'en veut rien savoir hormis la douleur qui ne peut être qu'intolérable, puisqu'elle est celle de « la dent qui fait mal ». (77)

Pour résumer, c'est lors du premier rendez-vous et autour des qualités d'écoute et de disponibilité du praticien que va se construire la suite de la relation. Grâce au temps qui lui est consacré, le patient se sent perçu dans son individualité et éprouve déjà une certaine confiance. Il sera alors plus enclin à participer, à coopérer, et non plus seulement à subir.

Nous pouvons ajouter comme troisième « personnage » clé de cette relation la situation prise dans son ensemble et dans laquelle la relation praticien-patient s'effectue, c'est-à-dire le cadre des soins, les intermédiaires techniques, l'ambiance et les tierces personnes assurant les fonctions d'assistance ou d'accueil. (20)

Après cette première prise de contact, l'objectif du praticien va être de réduire l'espace relationnel jusqu'à la zone d'intervention.

Certains patients peuvent se montrer réticents à toute pénétration instrumentale dans leur bouche, ou d'autres, par pudeur, osent à peine l'ouvrir, nous fuient, se tournent de l'autre côté, rendant tout examen difficile.

Sur le plan symbolique, intervenir sur la bouche, puis dans la bouche, nécessite une stratégie d'approche, qui interprète tous les signaux de communication émis, contrôlés ou non, par le patient. (34)

2.1.3.2. *Soin.*

Le patient et le praticien sont liés par un contrat thérapeutique : c'est un engagement réciproque pour un objet établi et décidé d'un commun accord, il pose les limites de ce que le praticien peut effectuer et fixe ce que le patient devra maintenir par lui-même en suivant conseils et prescriptions. (77)

Le praticien a trop souvent tendance à ne voir très vite dans le patient qu'une dent à soigner ou à enlever en oubliant que cette dent appartient à une personne bien réelle qui a sa propre demande, son propre vécu, ses propres réactions. Prendre conscience qu'il soigne des personnes d'abord et non des dents seulement c'est, pour le praticien, faire un grand pas dans la compréhension de la relation qu'il vit avec le patient ; c'est aussi pas conséquent avoir la possibilité de maîtriser toute la dimension psycho-affective des soins dentaires : peurs, réflexes de défense, refus ou abandons de soins, etc.

Nous pourrions nous mettre aussi du point de vue du patient et faire des réflexions du même ordre : ce dernier n'attend souvent du praticien que la prouesse technique, le miracle thérapeutique sans se rendre compte de tout ce qu'il y a de savoir, d'attention, de compréhension humaine dans le travail de dentiste. (20)

Il est extrêmement important, avant le soin, de donner la possibilité au patient de nous communiquer tout problème : douleur, besoin d'une pause, etc. Ainsi, nous lui donnons la possibilité de limiter le désagrément qu'il accepte de supporter, et de ne pas se sentir à la merci de l'opérateur. Ceci limitera les mouvements brusques de défense du patient et donc le risque de blessure.

Lors des soins, l'intervention sur la bouche modifie ou empêche l'expression du langage. L'équilibre relationnel et social est perturbé, soit momentanément pendant la durée du rendez-vous, soit durablement par l'appareillage ou certaines interventions importantes.

Le praticien doit tenir compte de ce rôle fondamental de la bouche.

Beaucoup de praticiens ne réfléchissent pas au fait que l'expression de la douleur se fait d'une façon privilégiée, réflexe, par le langage alors que dans la plupart des cas, toute communication de ce type sera bloquée par la nature même des soins : il en résulte une situation très anxiogène pour le patient. Il se sent incapable d'exprimer naturellement sa douleur d'où une appréhension croissante au fur et à mesure du soin.

Certains praticiens disent à leur patient de lever la main lorsqu'il souffre trop mais ils ne se rendent peut-être pas compte que ce geste n'est pas un moyen naturel d'exprimer sa douleur et que l'usage réflexe de la bouche dans ce cas persistera contre la volonté même du patient.

Peut-être faut-il donner au patient, dans la mesure du possible, des temps de parole, afin de ne pas rester dans un système où le praticien fait, le patient subit.

Cette inégalité dans la communication praticien-patient structure profondément la relation, l'un parle et agit, l'autre ne peut ni parler, ni agir, il est ramené à un état inférieur d'être non-communicant : or cet état, nous le savons, est particulièrement anxiogène et renforce considérablement l'appréhension et les peurs nées de l'expérience ou de la réalité présente de la douleur dentaire. (20)

Lors du soin proprement dit, il est bon que le praticien sache diagnostiquer un stress intense, pouvant se manifester par des muscles qui se contractent, des jambes qui se crispent, des mains qui pétrissent les accoudoirs du fauteuil. Il est alors conseillé de faire une courte pause afin de ne pas l'épuiser nerveusement. (20)

Selon M. Ruel-Kellermann, lors des séquences de soin, plusieurs réactions de défense face à l'« agression » subie par le patient peuvent se développer. Trois types de comportements sont observés :

- Les réactions agressives : de multiples formes, à commencer par les mouvements d'impatience ou d'évitement qui compromettent la sécurité de l'acte, ou bien les retards fréquents, l'oubli des rendez-vous, les difficultés de règlement des honoraires, l'abandon de soins en cours, etc.

- La séduction : est un autre versant de l'agressivité, une autre façon de reprendre le pouvoir sur le praticien. Elles seraient donc à visée manipulatrice.

- L'érotisation : Le contact et la pénétration de cette zone particulièrement érogène peuvent donner lieu à bien des émois érotiques qui soulagent la tension engendrée par l'angoisse. (77)

2.1.3.3. Rupture.

Dans le cas où la rupture n'est pas le constat d'échec de la relation entre le praticien et le patient, ce temps passe souvent inaperçu au cours des consultations en pratique courante. Le praticien a des impératifs professionnels stressants et contraignants et gomme ce moment important. Nous insistons sur le fait que le praticien a davantage intérêt à décider du moment précis de la fin de la séance en accord avec le patient.

Il peut faire alors le bilan des gestes techniques réalisés, et apprécier si sur le plan symbolique, il y a satisfaction des deux parties concernées.

Il convient aussi de reformuler un projet thérapeutique si d'autres séances doivent avoir lieu, et de ne pas rompre brutalement le lien qui unit les deux protagonistes lors des phases cliniques. (34)

2.1.4. Trois particularités de cette relation soignant-soigné.

2.1.4.1. Confiance.

Le praticien le plus habile ne pourra pleinement exprimer son talent que s'il bénéficie de la confiance de son patient. (83)

L'efficacité de communication entre le praticien et le patient repose sur l'instauration de ce climat de confiance. Ainsi, une bonne communication est à bénéfice réciproque : le patient sera plus observant, acceptera mieux les contraintes liées au traitement, et le praticien sera perçu comme plus à l'écoute, ce qui diminuera le nomadisme et contribuera à des économies de santé. Pour le praticien, les situations difficiles seront moins stressantes donc plus faciles à gérer. (83)

À l'issue de l'entretien, après avoir donné une information simple et intelligible, le praticien ne pourra commencer les soins qu'après avoir obtenu le contentement éclairé de son patient. Ceci témoignera de la confiance investie dans le praticien. Commence alors la phase de soins.

M. Ruel-Kellermann écrit : « chaque praticien, même s'il fait de son mieux, ne doit jamais oublier que tout patient éprouve une peur ancestrale, viscérale, et une agressivité sourde, dans l'ambivalence de sentiments prêts à exploser à la moindre insatisfaction chez les plus vulnérables. » (78)

Le sentiment de confiance pourra être difficile à obtenir, notamment si le patient a connu de mauvaises expériences auparavant.

2.1.4.2. Expérience unique.

Un « colloque singulier » (expression proposée en 1935 par Georges Duhamel) a lieu entre un individu souffrant qui vient confier ses problèmes et un professionnel qu'il considère comme compétent. Cette relation est marquée par la confiance, comme nous l'avons constaté ci-dessus.

La relation entre le praticien et son patient est une expérience unique, tant pour l'un que pour l'autre. (58)

Ce qui caractérise la relation de soins c'est l'unicité : ce sont deux personnalités particulières qui se rencontrent dans un contexte spécifique, ce qui crée une relation qui ne ressemble à aucune autre.

2.1.4.3. Transfert, contre-transfert.

Dans la cure psychanalytique, un transfert est le report plus ou moins direct d'un sentiment ou d'un vécu infantile par l'analysé sur le psychanalyste. Il est le lien affectif que le patient instaure envers l'analyste, transférant ainsi sur celui-ci tous les conflits et toutes les charges affectives qu'il avait jusque-là traînés depuis que sa relation d'objet s'était instituée dans sa petite enfance.

Le contre-transfert désigne le sentiment conscient qu'éprouve l'analyste en réaction aux sentiments inconscients ressentis par l'analysé dans le travail d'analyse.

Pour résumer et élargir à des champs de compétence autres que la psychanalyse, le transfert est une projection émotionnelle du patient sur son praticien, alors que le contre-transfert désigne la réaction inconsciente de ce dernier vis-à-vis de son patient en réponse à ce transfert.

Dans un texte publié par Marie Bonaparte en 1933, nous pouvons lire :

« Le transfert positif puissant qui lie nos contemporains à leur dentiste tire ainsi sa force d'une pulsion primitive élémentaire : celle qui, dans l'inconscient, voudrait annuler la castration, laquelle, sur le mode dentaire, soit du fait de la nature dans l'enfance, soit plus tard du fait de l'être humain, peut s'annuler en effet. »

Résumons brièvement la suite de cet article. Le chirurgien-dentiste, « père », « castrateur impitoyable », est devenu du fait des progrès de son art le « rephallisateur ». Mais s'il se produit un manque à rephalliser, le praticien se trouve déchu au rang d'arracheur de dent, on assiste alors à un violent contre-transfert. (14)

Voici un extrait de « De la technique psychanalytique » de Freud, qui nous permettra de mieux comprendre la dynamique de transfert :

« Il est tout à fait normal et compréhensible de voir l'investissement libidinal en l'état d'attente et tout prêt à se porter sur la personne du médecin. Ainsi que nous le prévoyons, cet investissement va s'attacher à des prototypes, conformément à l'un des clichés déjà présents chez le sujet en question. Ainsi, le transfert peut se réaliser suivant les images maternelle, paternelle, fraternelle, etc. Ce qui donne au transfert son aspect particulier, c'est le fait qu'il dépasse la mesure et s'écarte, de par son caractère même et son intensité, de ce qui serait normal, rationnel. Toutefois, ces particularités deviennent compréhensibles si l'on songe qu'en pareil cas le transfert est dû non seulement aux idées et aux espoirs conscients du patient, mais aussi à tout ce qui a été réprimé et est devenu inconscient. » (36)

Selon l'harmonie intérieure de notre patient, le transfert sera plus ou moins fort, en rapport bien évidemment avec la personnalité, le sexe et l'âge du praticien. De toute évidence, il ne peut s'agir là que d'un amour « platonique », d'un amour sublimé qui rend acceptable ce don de soi que nous fait chaque patient en nous offrant sa confiance. Ce rapport se situe le plus souvent sur un mode fils ou fille-père, mais il peut s'agir aussi de liens maternels ou fraternels.

Le fruit de ce transfert, nous le constatons dans cette étonnante fidélité manifestée par certains patients qui n'hésitent pas, même après avoir déménagé fort loin, à parcourir des kilomètres pour venir se faire soigner chez leur praticien habituel.

Ainsi, le transfert peut être massivement positif, sans que le praticien puisse en comprendre les raisons.

À l'inverse, un effet de transfert négatif peut se produire, générateur de méfiance, voire d'agressivité. Si celui-ci atteint le patient, le lien se dénoue facilement par le choix d'un autre praticien.

Mais si ce transfert négatif atteint ce dernier, on parlera alors de contre-transfert, la situation peut rester très longtemps bloquée, sans issue satisfaisante.

Chaque praticien traîne sur son carnet de rendez-vous de ces cas désespérants, dont il ne sait comment venir à bout, car même après chaque demi-échec, il se trouve face à une désespérante fidélité. Dans ce cas, il faut savoir orienter ces patients vers des spécialistes.

Pour conclure, notons que l'âge, le sexe, l'ethnie, l'apparence, le comportement, la façon de s'exprimer, la classe socio-culturelle du patient agissent immédiatement sur l'attitude du praticien. De même, l'image que lui donne le patient par rapport à l'image du patient idéal qu'il s'est constituée tout au long de son exercice professionnel (docile, confiant, coopérant, consciencieux, persévérant, appréciant sa compétence...) peut fortement l'influencer dans son rapport avec le soigné.

Dès la première consultation, l'odontologiste peut reconnaître la qualité de son contre-transfert selon la façon dont il s'adresse au patient abruptement, hâtivement ou attentivement (ceci ne dépendant pas du temps dont il dispose). Il en est de même pour la façon dont il dispense les soins : avec plaisir, ennui, sérénité, tension, voire avec une pointe de sadisme. (77)

Il faut faire attention à ces contre-transferts, qui peuvent être la traduction de nos carences professionnelles ou de nos déséquilibres personnels. (36)

2.1.5. Trois processus de la part du patient.

2.1.5.1. La peur, l'anxiété.

La peur et l'anxiété sont souvent au cœur de la relation avec notre patient.

Durand de Bousiguen écrit : « Il faut compter avec le psychisme du patient, son angoisse, sa douleur, mais aussi avec ce qu'il va nous refléter de notre propre anxiété intérieure ; l'angoisse du patient n'est que le reflet de la nôtre. »

Cette anxiété est la dominante du cabinet dentaire. Celle-ci transforme le comportement habituel de l'individu en attitude. Elle atteint aussi bien le patient que son entourage, ainsi que le praticien. (34)

La peur est une réaction en réponse à un danger réel ou potentiel. Cette réponse peut être apaisée par une réassurance de la part du praticien, et par le patient lui-même lorsqu'il aura été confronté à la situation : il se rendra compte que sa peur est démesurée.

Tableau 1 : Estimation de la peur par rapport à des procédés dentaires spécifiques dans un échantillon d'un centre de soins dentaires. (63)

	Groupe entier (n=50)	Hommes (n=24)	Femmes (n=26)
Examen dentaire à la sonde	1,08	0,71	1,42
Air soufflé	0,76	0,50	1,00
Injection	2,28	2,17	2,39
Fraisage	2,24	1,83	2,62
Obturation	0,88	0,55	1,25
Extraction	2,70	2,71	2,69
Polissage	0,60	0,38	0,81

Il y a plusieurs raisons au sentiment de peur, dont la possible douleur déclanchée par les soins, un mauvais pronostic à entendre, et l'anticipation de traitements dentaires supplémentaires coûteux et longs à mettre en œuvre. (58)

L'anxiété, quant à elle, même si elle apparaît comme similaire à la peur, n'est pas principalement due à un danger potentiel ou réel de l'environnement du patient. Elle provient du psychisme même du patient, comme conséquence du conflit entre l'inconscient, les pulsions inacceptables et les demandes conformes aux idéaux de celui-ci. (58)

La plupart des patients ne présentent pas de troubles émotionnels évidents, mais tous manifestent de diverses façons leurs réactions de défense psychologique. Ceci les pousse à réagir différemment, chacun à leur manière, aux soins dentaires.

Le chirurgien-dentiste doit donc essayer de comprendre comment le patient envisage la situation, comment il la ressent et pourquoi il réagit de cette façon à un tel contexte. Il doit reconnaître le rôle du stress et chercher à comprendre ce qui dans la personnalité du patient cause l'anxiété ou l'aggrave. (42)

Les sentiments de peur ou d'anxiété sont souvent déterminés par l'environnement proche du patient, qui établit ses représentations, véhicule les expériences, les douleurs, les angoisses. Cela est particulièrement vrai pour l'enfant qui vient pour la première fois, muni de multiples recommandations, prévenu contre tous les agissements possibles ou présumés du dentiste. Il existe une mauvaise éducation familiale très répandue donnant une image très désagréable du dentiste ; certains parents disent à leurs enfants : « si tu n'es pas sage, tu iras chez le dentiste », ou bien « le monsieur ou la dame va t'arracher toutes tes dents », ce qui donne des préjugés à l'enfant avant même sa première visite. Cette dernière peut être assimilée dans l'esprit du jeune patient à une véritable punition.

En dehors de cette influence des proches, il y a aussi l'histoire de chaque patient faite d'expériences plus ou moins bien vécues, d'où l'importance sur laquelle nous reviendrons de la mise en confiance psychologique du patient, de son intégration dans une relation patient-dentiste la moins dramatisée possible.

Enfin, le patient n'aura pas les mêmes angoisses, il n'attendra pas les mêmes prouesses du praticien selon son origine sociale et culturelle. (20)

Nous pouvons citer pour terminer quelques stratégies psychologiques selon Wardle à appliquer face à un patient anxieux (93):

- expliquer le traitement,
- informer sur la probabilité de la douleur à un moment donné,
- offrir au patient un moyen de contrôle sur les actions du dentiste,
- guider le patient vers l'utilisation de stratégies cognitives (distraction par exemple),
- attirer son attention sur le fait que les expériences ne correspondent pas aux attentes anxieuses,
- l'encourager pour qu'il affronte et assume le désagrément plutôt que de paniquer.

2.1.5.2. La nécessité d'intégrer les soins, les extractions, les prothèses à son schéma corporel.

Chaque individu a une représentation inconsciente de l'image et de l'apparence de son corps et de ses organes. Se maintenir dans cette représentation lui permet de se sentir en sécurité.

Tout changement dans la configuration de cette image peut être ressenti comme menaçant, et l'intégration de nouveaux éléments, d'autant plus si ce sont des corps étrangers tels que les prothèses peut prendre beaucoup de temps. (58)

L'intégration physique premièrement, peut s'avérer longue, puisqu'une physiologie musculaire et une coordination dynamique nouvelles doivent s'effectuer dans la bouche. Au début, une prothèse est forcément ressentie comme un corps étranger. Puis, le patient doit étendre celle-ci à la conscience qu'il a de lui-même, il faut un véritable investissement narcissique de cette prothèse pour son acceptation totale au sein de la cavité buccale. Plus le patient est âgé, plus il est difficile d'étendre le narcissisme à la prothèse, car le potentiel narcissique diminue avec l'âge. (5)

La dent fait partie du schéma corporel, ou image de soi, ou image du corps, qui désignent la représentation au niveau inconscient que chaque individu se fait de son corps. L'image de soi apparaît chez l'enfant vers 8 à 9 mois avec ce que Lacan a appelé « le stade du miroir ».

Chaque individu rêve de dents idéales selon l'idée inconsciente qu'il se fait de son corps. L'édentation-amputation est alors vécue plus ou moins douloureusement selon les patients, nous l'avons vu en première partie. (59)

Schilder écrit : « Notre beauté ou notre laideur ne définira pas seulement l'image que nous nous faisons de nous-mêmes, mais elle définira l'image que les autres se font de nous et qui sera ensuite introduite en nous-mêmes. Beauté et laideur ne sont certainement pas des phénomènes circonscrits au seul individu ; ce sont des phénomènes sociaux de la plus grande importance. »(84)

Pour compléter, nous pouvons citer J. Mendez dans un article consacré à « L'importance du facteur psychique en prothèse complète » :

« Les chirurgiens dentistes constatent actuellement le paradoxe suivant : alors qu'ils mettent en œuvre dans leur pratique quotidienne des techniques de plus en plus élaborées et adaptées à chaque cas clinique, leurs travaux sont de plus en plus remis en cause par leurs patients. Nous nous installons dans une société de recours. La qualité des travaux

est-elle réellement à remettre en cause ? Quand le reproche formulé est sans commune mesure avec le défaut incriminé, deux situations sont possibles :

-Il existe actuellement en France des patients qui sont susceptibles de porter plainte, quelle que soit la qualité du travail exécuté, dans le but d'obtenir le remboursement intégral de la prothèse. Les enjeux sont strictement financiers.

-Le problème est ailleurs. Le patient peut juger impardonnable que la charge affective représentant son histoire bucco-dentaire soit moins prise en compte par le praticien que l'aspect technique du traitement. Les enjeux sont psycho-affectifs. » (56)

L'acceptation du résultat de soin par le patient dépendra en grande partie de la communication avec le praticien. Il est important que ce dernier soit à l'écoute tout au long du plan de traitement ; nous consacrerons un chapitre sur l'importance de la communication ultérieurement, mais l'intégration se fera d'autant plus facilement que tout sera expliqué par le chirurgien-dentiste.

Le secret de la réussite est ainsi basé non seulement sur une maîtrise des éléments techniques et artistiques, mais aussi sur la relation établie entre les deux protagonistes.

La résolution du problème passe par la réduction de l'écart entre la bouche vécue et l'idéal de la bouche.

2.1.5.3. Le travail de deuil.

Citons un exemple décrit par Françoise Saint-Pierre (82):

« Madame Michelle R. a beaucoup de mal à accepter les récentes extractions de ses dents, à pardonner cette mutilation buccale.

Elle n'a pas eu de préparation psychologique avant l'intervention. Aucun entretien préalable n'a exploré la signification de la perte des dents ; les souhaits sur les soins et les prothèses.

Aucun suivi post-opératoire n'a permis à Mme R. de faire le deuil de ses dents et de son intégrité buccale. Elle se sent amputée, lésée dans sa féminité et son unité corporelle.

Quand je vois Mme R., la perte de ses dents occupe toute la scène. Il y a surinvestissement de l'espace buccal et préoccupations profondes liées à l'incomplétude buccale.

Elle n'accepte pas la réalité des extractions, ne peut y faire face.

Elle exprime la blessure narcissique profonde, conséquence du traumatisme physique et psychique. L'accompagnement psychologique est nécessaire. »

Il semble que le praticien n'a dans ce cas pas tenu compte de la nécessité d'une préparation psychologique pré-extractionnelle. Nous avons vu en première partie l'extrême charge symbolique de la cavité buccale et au sein de celle-ci des dents. L'extraction n'est jamais un acte anodin, c'est un véritable travail de deuil que le patient entreprend lors de la perte de tout organe dentaire, puisque toute perte d'une partie du corps peut être assimilée à la perte d'un être cher. (82, 24, 58)

L'absence de travail de deuil ou un travail inachevé déclenchent de nombreuses douleurs, insatisfactions quant à la future prothèse, problèmes de relation avec le praticien, etc.

2.1.6. Une relation en constante évolution.

Les patients d'autrefois consultaient le plus souvent dans l'attente d'un geste technique qui allait les soulager. Les patients sont devenus plus exigeants : ils n'attendent pas uniquement de leur praticien une expertise technique et un soulagement de leurs douleurs, mais ils désirent aussi être écoutés, entendus et compris en tant qu'individus souffrants. Ayant décrit en première partie de cette thèse la charge symbolique puissante de la sphère oro-buccale, il n'est pas étonnant que cette zone soit source de nombreuses souffrances.

C'est après la première guerre mondiale que la psychologie fait son apparition dans le métier de chirurgien-dentiste. Hogues écrit en 1924 : « Ne serait-il pas logique d'apprendre aux étudiants, tout au moins les notions préliminaires de psychologie, de façon à leur éviter de tomber au milieu de la clientèle comme un chien dans un jeu de quilles ? »

Quelques années plus tard, Prost écrit : « Ces notions assurent une meilleure réussite professionnelle et même, quelquefois, la reconnaissance des malades. » (78)

Après la deuxième guerre mondiale, Bize et Bautruche s'interrogent sur les aptitudes nécessaires et les qualités personnelles souhaitables pour une activité « obligeant à un contact humain avec tout ce que cela requiert, non seulement de sociabilité, mais de patience et de sensibilité, voire de loyauté et de probité. » (78)

Les patients sont de plus en plus informés et peuvent poser des questions auxquelles le praticien doit pouvoir répondre sans altérer leur relation.

Autrefois adoptant une attitude soumise vis-à-vis de la relation de soins, les patients deviennent de véritables acteurs à part entière. Aidés par les médias, Internet, ils sont de plus en plus informés, parfois mal, sur les soins que nous leur apportons d'où une attitude de plus en plus incisive de leur part.

Ils ont parfois tendance à nous considérer comme des prestataires de service, qu'ils n'hésiteront pas à mettre en concurrence.

Ce mouvement peut s'interpréter comme faisant partie de la tendance vers des rapports égalitaires et une désacralisation observée dans de nombreux aspects de la vie sociale.

Les pratiques médicales deviennent de plus en plus techniques et efficaces. Paradoxalement, les patients ressentent fréquemment de nos jours une insatisfaction.

L'une des raisons rendant compte de cette insatisfaction réside peut-être dans une qualité de communication moins satisfaisante que les avancées en termes de progrès techniques. (83)

2.2. Le chirurgien dentiste.

2.2.1. Images contradictoires du chirurgien-dentiste dans l'inconscient collectif.

2.2.1.1. L'arracheur de dents, le bourreau, le sadique, le castrateur, le voleur.

Le chirurgien-dentiste a été l'objet de dessins humoristiques ou de blagues en nombre impressionnant en rapport avec la douleur, le sexe, l'argent... L'historien Jean Tullard assurait que c'était le thème le plus souvent retrouvé en filmographie. (90)

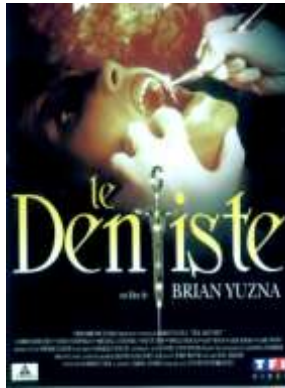


Figure 19 : Affiche du film "Le dentiste", 1996.

Quand l'arracheur de dents, le barbier-chirurgien précédé de musique promettait de ne pas faire mal, on ne demandait qu'à le croire. Les sons du tambour couvraient les cris des malheureux patients. La transition entre arracheur de dents et dentiste a été très progressive. Pendant des générations, ce dernier reste le spécialiste de l'extraction, seule thérapeutique appliquée aux douleurs dentaires, puis celui des prothèses. Il ne s'agit pas encore de soins, encore moins de prévention. (83)



Figure 20 : L'arracheur de dents. Gérard van Honthorst (1590-1656).

Guy de Chauliac (1300-1368), le chirurgien le plus célèbre du XIV^{ème} siècle, a consacré plusieurs pages à la stomatologie dans un ouvrage qui fut intitulé « La grande chirurgie ».

À l'époque, l'ordonnance de 1311 avait enjoint aux chirurgiens de se pourvoir de maîtrises et de titres suffisants pour exercer leur profession. Cette ordonnance avait été donnée, a-t-on dit, « Pour mettre terme aux déprédations de certains tire-laine, pseudo-guérisseurs, tirant à la fois les dents et la bourse des gens simples. »

Guy de Chauliac a écrit que « la pratique de l'art dentaire constitue une spécialité. » C'est dans ses manuscrits que se trouve pour la première fois l'expression « dentiste ». Il s'éleva très énergiquement contre les « barbiers, baigneurs et autres ventouseurs » à propos des extractions dentaires qu'il jugeait d'une gravité suffisante « pour n'être pratiquées que par des médecins ».

Bien des années après l'ouvrage de l'auteur cité ci-dessus, au XVII^{ème} siècle, les représentations des dentistes ne diffèrent guère de celles des arracheurs de dents : toujours

farouchement déterminés à mener à bien leur tâche sur un patient tordu de douleur, ou carrément ligoté sur sa chaise. (24)

Cette image de l'arracheur de dents persiste encore de nos jours dans l'inconscient collectif.

En 1986, une enquête est menée par l'Association Dentaire Française auprès du grand public au sujet de l'image de la profession. Voici les résultats :

« S'il est reconnu travailleur et compétent, le dentiste est jugé moins humain que le médecin généraliste, plus porté sur l'argent, donc prodiguant des soins chers et mal remboursés. De plus, trop prompt, en découvrant l'état d'une bouche pour la première fois, à critiquer ses prédécesseurs.»

Ce constat confirme la précarité de l'image de celui-là même qui, non seulement, semble ignorer l'impact de ses actes, mais manque aussi parfois de déontologie...

Quant à la scission qui existe entre l'image généralement positive de son dentiste et l'image négative et ambiguë des dentistes en général, on peut y reconnaître la manifestation d'un mécanisme de défense bien classique : il est en effet plus confortable psychologiquement de « déplacer » les mauvais sentiments éprouvés à l'égard d'une personne dont on dépend sur ses homologues. (77)

L'image individuelle est favorable, mais l'image globale est fragilisée par des rancœurs, plus ou moins inconscientes. Le public, à l'évidence, attend de la profession une attitude d'écoute qui déborde largement le cadre strict de l'intervention médicale.

En écho, les confrères interrogés sur leurs difficultés et leurs éventuelles maladies pouvant être liées à la profession disent, pour beaucoup, leur mal de vivre une relation avec des patients de plus en plus exigeants, qui veulent profiter de tous les progrès scientifiques, techniques et des comforts qu'ils procurent, sans en accepter les contraintes économiques. (78, 77)

Le sentiment des confrères est celui d'un manque de reconnaissance et de gratitude des patients et ce malgré le beau travail. Ils pensent aussi que l'image du chirurgien-dentiste est mauvaise auprès du grand public. (90) Pour eux, cette profession est un « beau métier mal reconnu ».

2.2.1.2. L'architecte de la bouche, le rephallisateur, l'homme de l'Art.

Cette image d'hier, d'« arracheur de dents », s'est tout de même vue évoluer peu à peu vers l'image du dentiste contemporain architecte de la bouche et des dents qui redonne, reconstruit la fonction, l'esthétique, le sourire, la qualité de vie.

Nous l'avons vu en première partie, le sourire est primordial lors du contact entre les êtres humains, il est la première approche entre deux inconnus, il séduit, permet aux publicitaires de vendre, il est une véritable vitrine de l'individu. Il est alors indispensable d'avoir une denture appropriée lors de ce moment privilégié d'échange ; le dentiste devient alors l'homme qui contribue à redonner beauté et confiance en soi lors des échanges ; il revalorise l'image de soi aussi bien personnelle que relationnelle. (89)

L'image du dentiste « sadique et castrateur » est par conséquent peu à peu abandonnée au profit d'une personne à laquelle on reconnaît une grande compétence technique, qui restaure la fonction, la puissance masticatoire et l'esthétique de la bouche. En ce sens, il devient même, pour certains psychanalystes, une personne « revirilisante », « rephallisatrice ». (63)

Les patients qui viennent chez le chirurgien-dentiste attendent un secours de ses connaissances scientifiques. Ils ont mentalement accepté le concept d'une autorité, celui de l'aura d'un « guérisseur ». Ils espèrent que l'homme qui accepte de les soigner va venir à bout de leur douleur, qu'elle soit d'origine mentale ou physique. (42)

Lorsqu'il s'assoit sur le fauteuil, il nous a déjà investi de pouvoir et de savoir. Il nous offre sa demande, son désir, sa bouche.

2.2.2. Le praticien et sa personnalité.

Nous l'avons vu, la relation praticien-patient met en scène deux personnages aux personnalités différentes (un troisième personnage étant représenté par l'environnement dans lequel ils évoluent), et la confrontation entre celles-ci engendre une relation unique.

Le praticien ne pourra percevoir cet autre lui-même qu'est son patient et les motivations qui l'animent qu'à travers le prisme de sa sensibilité et de ses émotions. (56)

Il va falloir qu'au premier abord le praticien soit rassurant, et ce dès la première visite. Il devra donner l'apparence du sérieux et cela va l'obliger à un langage sans pédanterie, mais clair et mesuré. (17)

D'autre part, les conditions d'exercice sont de plus en plus évoquées en termes de stress et toutes les enquêtes se rejoignent pour les énumérer :

- pression du temps, rythme du travail,
- recherche de la perfection,
- anxiété et exigence grandissantes des patients,
- pression économique, administrative, fiscale,
- isolement professionnel,
- développement des techniques et hiatus entre leur coût et celui des honoraires possibles sinon imposés,
- exposition aux bruits de la turbine et des aspirations,
- conception insuffisamment ergonomique des installations,
- risques de contaminations croisées.

Ces conditions difficiles influent sur la personnalité du praticien et sa condition physique : la fatigue accable les trois cinquièmes des praticiens selon une étude dont les résultats ont été publiés entre 1987 et 1988. Presque la moitié souffrent de tensions neuromusculaires responsables d'algies diverses. (76, 79)

On imagine aisément que plus les difficultés s'accumulent et plus la personnalité du praticien, ses motivations sont modifiées dans le temps.

2.2.3. Portée consciente et portée inconsciente de ses actes.

De manière inconsciente, les actes pratiqués sur les patients comme les extractions peuvent être vécus comme une véritable punition.

Cette idée n'est pas anodine, puisque au début du XVIème siècle, l'avulsion d'une ou plusieurs dents constituait un moyen de châtement assez courant, ainsi qu'en témoigne la loi suivante, appliquée à l'époque :

« Le roi ordonna que celui qui entrerait dans les vignes ou dans les vergers des autres pour y causer quelques dommages serait tenu de les réparer et, qu'à son choix, il payerait une amende de 3 sous 6 deniers, ou qu'on lui arracherait une dent. »

La relation entre le praticien et son patient, nous l'avons vu, est toute particulière.

Ajoutons à ceci que l'action a lieu au niveau du corps, et que les zones corporelles que nous touchons ont un fort impact psychologique sur le patient. Notre action thérapeutique est liée au toucher, avec ou sans prolongement instrumental. Le geste lui-même est vécu comme potentiellement dangereux, et la douleur est au centre de cette relation.

Enfin, ce geste porte sur le patient en position de soigné, qui conserve un certain niveau de vigilance sur son corps, mais ne peut contrôler les mouvements du praticien, ce qui engendre le cortège de frustrations, de conflits potentiels. (34)

Il est important de garder à l'esprit que tout acte thérapeutique bucco-dentaire a pour cadre la bouche, non pas comme organe isolé, mais en tant qu'organe intégré à l'ensemble du corps du patient et en relation avec sa personnalité. (34) Il peut être assimilé dans l'inconscient du patient à une véritable punition.

2.2.4. Importance de la communication avec son patient.

2.2.4.1. Cerner les demandes, poser les limites.

Nous pouvons citer quatre questions qui synthétisent, en règle générale, l'attente du patient :

- Qu'est ce que j'ai ?
- Est-ce grave ?
- Que va-t-on me faire ?
- Combien ça coûte ?

Si le patient n'obtient pas de réponse satisfaisante, cela sera préjudiciable à l'installation d'une atmosphère de confiance.

De même, le praticien devra répondre à quatre questions :

- Quel est le diagnostic ?
- Quel est le pronostic ?
- Quelle sera la nature du traitement ?
- Quel est le montant des honoraires ?

S'il ne répond pas à ces questions, il y a un risque de rupture de la relation. La prise en compte de cette problématique entraîne immédiatement des progrès significatifs dans l'exercice quotidien. Tout praticien a en mémoire des situations où une bonne relation avec un patient a permis de dépasser des difficultés imprévues et à l'opposé, des situations où une relation mal engagée a pu être source de conflit. (83)

Ces observations placent le motif de consultation au centre de la relation. Le patient se présente avec une motivation propre, qu'il formulera clairement ou non. C'est au praticien de cerner la demande, d'autant que de désir profond, viscéral, investi émotionnellement vient souvent à l'encontre de la demande formulée. Dans ce cas, il sera d'autant plus difficile voire impossible de le satisfaire.

Ceci est souvent flagrant lors de la requête d'une meilleure esthétique, ce qui permettrait au patient d'harmoniser l'idée qu'il se fait de lui-même avec sa propre réalité extérieure. Nous assistons à des débordements lorsque cette recherche est pervertie par un malaise interne conduisant à des demandes déraisonnables. (81) Ce type de difficulté intervient lorsque l'état antérieur du patient et la demande narcissique n'ont pas le même objet. (43)

En effet, il arrive que les motifs qui amènent les patients à consulter soient très complexes et difficiles à cerner. « Il faut savoir reconnaître très vite les patients que l'on ne va pas pouvoir traiter sans s'exposer à des doléances chroniques. » (56, 68)

Lorsque le praticien est en présence d'une demande de modification esthétique dont l'objet ne lui saute pas aux yeux, il faut qu'il s'entoure de prudence. Nous savons que ces restaurations à visée esthétique ne sauraient, à elles seules, combler l'angoisse existentielle de certaines personnalités narcissiques. (80)

Ces patients attendent de l'intervention ou du traitement dont ils vont bénéficier qu'ils rétablissent un juste équilibre entre leur morphologie et leur personnalité. Ils retrouvent alors l'estime d'eux mêmes par une revalorisation de leur image corporelle.

À l'inverse, il est indispensable pour le praticien, lors de tout plan de traitement incluant de l'esthétique, de se poser la question suivante : le travail que je suis en train de réaliser, cette approche technique qui a ses critères d'exigence et d'équilibre, est-il en phase avec le désir du patient ?

L'écoute du praticien a pour but de cerner la manière dont le patient se perçoit physiquement et de comprendre quelle est sa demande esthétique. Il doit ensuite visualiser si ceci est compatible avec ses critères d'exigence technique, pour ensuite faire comprendre à ce dernier ce qu'il est en droit d'attendre ou pas du traitement qui sera mis en place. Ceci est essentiel pour aboutir avec le patient à un objectif commun. (81)

Nous pouvons citer Pompignoli :

« Nos patients attendent beaucoup de nos traitements, mais nos moyens thérapeutiques sont limités. Il faudra être francs sur l'évaluation de la situation clinique... Ne pas faire de promesses sans être sûrs de ne pouvoir les tenir. » (56, 68)

2.2.4.2. *Parole et communication non-verbale.*

Comme toute relation humaine, la relation patient-praticien repose sur une communication verbale dont il faut décrypter le signifié à partir d'un signifiant parfois déroutant.

Celle-ci est d'une importance capitale lors de la toute première consultation, pendant tout le temps consacré à l'exposition du diagnostic, pronostic et plan de traitement. Les mots employés pour expliquer doivent éviter le jargon professionnel prompt à susciter des représentations peu rassurantes.

Des mots simples, quotidiens, adaptés au patient sont à favoriser, puisque de nombreux sondages font l'écho d'une demande de tous les patients de « conseils éclairés et d'une communication améliorée » de la part de leur chirurgien-dentiste. (77) Nombreux sont les patients nous reprochant de « parler dans notre barbe » ou « trop doucement », c'est un véritable sentiment de frustration qu'ils expriment.

Avant et après les soins, il est possible de compenser les difficultés de communication créées par l'impossibilité manifeste pour le patient de parler pendant les soins, et pourtant, en réalité, le praticien est souvent pressé, le vocabulaire de la profession est hyper spécialisé, et l'environnement est peu propice à l'échange.

Le fauteuil dentaire ne semble donc pas être un endroit de prédilection pour une communication libre, spontanée et enthousiaste.

« La communication non verbale est l'ensemble des moyens d'échange entre les individus vivants n'usant pas du langage humain en tant que linguistique verbale. On y regroupe toutes les attitudes gestuelles, posturales, faciales et vocales. Le corps tout entier peut participer à cette expression. »

Le non-verbal prime toujours sur le verbal.

Elle repose donc sur des gestes, des mimiques, le regard ou les intonations. C'est ce que l'on appelle la méta-communication Elle est fortement développée au fauteuil puisque nous interprétons les ressentis de nos patients à partir d'attitudes précises comme :

- les mains crispées sur les accoudoirs, levées, jointes, détendues, etc.
- les yeux plissés, fermés, en pleurs, confiants, ouverts, souriants, etc.
- la salivation, la transpiration, etc.
- la tension du corps. (52)

Il faut, d'autre part, que le praticien fasse attention aux mimiques incontrôlées qui peuvent trahir son énervement ou son inquiétude. En effet, il se situe à distance intime du patient, et ce dernier ne pourra louper la moindre expression du visage. (11)

Il est important de remarquer que ces deux modes de communication sont indissociables, peuvent se renforcer l'un l'autre ou se contredire.

Dès la première consultation, moment où le praticien et le patient font connaissance, de multiples facteurs entrent en jeu outre la parole, tels que la présentation physique, l'allure, les mimiques, le regard et la capacité à entrer en relation (à l'aise, réservé, timide). C'est dire si de multiples détails sont pris en compte lors de tout échange entre les deux protagonistes.

2.2.4.3. Importance de l'empathie.

L'empathie est la compréhension émotionnelle du patient auquel le praticien a affaire.

Elle combine les notions d'intérêt et d'objectivité. (42) Elle fait appel à l'écoute et à la sensibilité du praticien, sans jamais le distraire de la rigueur nécessaire aux actes qu'il effectue. À l'inverse de la sympathie qui est une sorte d'engagement affectif réciproque et durable dans le temps, elle ne va jamais au-delà d'une relation qui est, avant tout, thérapeutique. Pour positive qu'elle doit être, cette relation ne doit pas pour autant nécessairement dériver vers des rapports « amicaux » ; une relation thérapeutique est d'abord une relation qui favorise l'exécution des soins de qualité, avec toute la compétence, la bienveillance du praticien et la coopération du patient.

Reconnaissance, confiance, sympathie peuvent s'ensuivre, pour la plus grande satisfaction des deux parties ; mais trop d'affects en jeu risquent de compromettre la directivité de l'un et... la patience de l'autre.

L'empathie donne l'exacte mesure de la distance qui permet d'exécuter des interventions dans les meilleures conditions. (77)

La pratique de l'empathie s'apprend et comprend trois étapes : l'écoute attentive, la compréhension du problème du patient, et l'accompagnement psychologique de ce dernier. (89)

D'une façon générale, nous pouvons dire que plus la technique est difficile ou les séquences complexes ou décisives, plus le patient nécessite un accompagnement empathique.

Les lourdes responsabilités et l'indéniable solitude technique pour des actes souvent irréversibles exigent du praticien une présence constante et une maîtrise relationnelle avec un patient, qui, livré, sinon confiant, attend tout, ou presque tout, de lui. (77)

2.2.4.4. Importance de l'adaptation au type de patient, accompagnement.

L'adaptation des soins, de la communication à chaque patient est indispensable.

En effet, la tâche du dentiste ne se résume pas à un travail technique sur un appareil déficient. La cavité buccale et les dents ne peuvent se séparer de la personnalité tout entière du patient, car c'est la personne dans toute son intégralité qui vit le trouble, se représente les soins, vit la gêne ou la douleur, décide de se faire soigner.

Un même événement, ablation dentaire, soins, anesthésie, prothèse, sera vécu différemment par des patients différents.

Il y a des raisons encore plus fondamentales de ne pas faire abstraction de ce qui n'est pas directement la zone à soigner ; en effet, l'appareil buccal a des fonctions physiologiques et psychologiques éminemment liées à la personnalité tout entière de l'homme. (20)

2.3. Le patient.

2.3.1. Particularité de chaque patient.

Le praticien, nous l'avons vu, possède sa propre personnalité. Toutefois, il devra constamment s'adapter à celle de son patient.

Le comportement du patient est lié à l'ensemble de sa personnalité et à sa capacité à établir un rapport avec son environnement immédiat. (42)

« Dans la psychologie actuelle, on définit la personnalité comme l'organisation dynamique des aspects cognitifs (c'est-à-dire intellectuels), affectifs, conatifs (c'est-à-dire pulsionnels), physiologiques et morphologiques de l'individu ». (60)

Le terme « personnalité » dérive du mot latin « persona » qui signifie masque de l'acteur, masque qui donne une image constante, figée de l'individu.

Cliniquement, pour le praticien, cerner la personnalité d'un patient, c'est découvrir ce qui se cache derrière le masque, et ainsi prévoir quelle sera la réaction d'un individu dans une situation donnée.

Les attitudes revendicatives, largement entretenues par les médias, s'accroissent depuis quelques années, et pas seulement à l'égard de l'odontologie ; simplement elles pèsent plus négativement sur une profession physiquement et émotionnellement éprouvante. (78)

Une personne « normale » adapte ses problèmes à son environnement immédiat avec un minimum de troubles et l'on dit d'elle qu'elle sait faire face à la réalité. D'autres ont une difficulté plus ou moins grande à faire cette adaptation et celles-ci posent des problèmes de comportement, à des degrés divers. L'évaluation de la personnalité du patient nous permet de connaître sa stabilité émotionnelle. (42)

La théorie exposée par House (1937) se base sur le comportement psychologique du patient vis-à-vis des soins dentaires et prothétiques en particulier. Elle classe les patients en 4 catégories :

- Le philosophe, qui est rationnel, calme, compréhensif, coopératif. Il s'implique dans son traitement.
- Le suspicieux, à qui il faut tout justifier, il faut faire face à ses exigences.
- L'agressif, qui est non coopératif, craintif, irritable. Le pronostic de succès, notamment lors de réalisations prothétiques, est limité. Le praticien se doit de poser le diagnostic de ce type de personnalité avant de se lancer dans un plan de traitement compliqué, et peut être amené à décliner la prise en charge.
- L'indifférent, qui est apathique, se sent peu concerné par le traitement. Il ne s'investit pas, ne suit pas les conseils prodigués, ce qui aboutit à beaucoup d'échecs.

Parfois, le patient est accompagné, qu'il soit dépendant ou non. Un triangle relationnel se crée, il est encore plus délicat pour le praticien de traiter avec deux personnes, l'accompagnant ayant en général un rôle actif.

2.3.2. Cas particulier du patient atteint de problèmes psychologiques.

Nous pouvons donner quelques exemples de patients atteints de douleurs chroniques inexplicables, de douleurs béquilles, ou encore de lésions d'origine psychosomatique.

Françoise Saint-Pierre (82) écrit :

« Il est des douleurs qu'on aime.

On se recroqueville, on s'enroule autour d'elles, on disparaît en elles.

Elles nous rapprochent de l'objet perdu, de l'être qu'on aime.

Elles sont douces, profondes ; elles sont émotions et tristesse.

Elles enflent notre cœur ; elles débordent notre âme.

Elles sont prison et réclusion.

Elles sont amies, compagnes d'un instant. »

Dans certains cas, l'homme peut vivre par sa douleur. Elle lui permet d'exister. « Il souffre donc il est. » La douleur est une béquille qui permet de ne pas tomber. Elle permet de ne pas s'effondrer. Elle devient une véritable identité que le patient décrira lors de chaque visite médicale comme une fierté, la fierté d'être un cas exceptionnel, que tous les spécialistes n'auront pu traiter.

Selon Lacan :

« Quand le malade est envoyé chez le médecin ou quand il l'aborde, ne dites pas qu'il en attend purement et simplement la guérison. Il met le médecin à l'épreuve de le sortir de sa condition de malade, ce qui est totalement différent, car ceci peut impliquer qu'il est tout à fait attaché à l'idée de la conserver. » (56)

On peut donc constater que le vécu affectif détermine le rapport au corps et il a une influence directe sur le comportement vis-à-vis du milieu médical, et sur le désir de guérir dans son ensemble. (56)

Si le patient ne souhaite pas réellement guérir, c'est l'échec à répétition, le patient alterne entre deux attitudes :

- la séduction : « vous êtes le seul à avoir compris mon cas »
- le dénigrement.

Il faut écouter les patients et diagnostiquer par avance que cela pourra mal se passer : « J'avais tellement confiance dans ce praticien et il m'a tellement déçu. » (56)

Dans d'autres cas, la douleur physique témoigne d'une véritable souffrance.

Pour illustrer cette notion, Françoise Saint-Pierre (82) donne les exemples d'un homme ayant perdu sa femme et souffrant d'hyposialie, et d'un autre patient récemment divorcé souffrant d'une aphtose buccale récurrente.

Le point commun entre ces deux cas est la somatisation de souffrances psychologiques au niveau de la cavité buccale. Rien n'y fait, les traitements ne fonctionnent pas, de multiples spécialistes sont consultés et les lésions sont bien présentes.

Dans ces cas-là, le symptôme a valeur de message ; la bouche est alibi de l'inconscient, réservoir des peines que le conscient accablé ne peut entendre. Celle-ci, structure symbolique, a accueilli la détresse psychique non dite, non reconnue ; la lésion buccale exprime ce qui n'a pu être nommé.

Les organes de la sphère digestive sont le lieu privilégié des maladies psychosomatiques. Ainsi, l'importance des douleurs ou des gênes ressenties par un patient dans la sphère buccale peut être singulièrement augmentée ou modifiée par des phénomènes psychologiques déterminés. (20)

Nous pouvons déceler chez certains patients une composante psychologique lorsque leur demande porte sur des douleurs à type de brûlure (stomatodynie, glossodynie), des douleurs persistantes dysfonctionnelles de l'articulation temporo-mandibulaire associées à des céphalées, ou encore des douleurs type névralgie.

Bien sûr, il ne faut pas que le praticien classe systématiquement ces douleurs dans la case « étiologie psychologique », il se doit d'examiner cliniquement, d'étudier les différents diagnostics différentiels, et d'orienter si besoin. (58)

En cas de difficulté à bien cerner l'attente d'un patient, il est souvent mal aisé de faire accepter la nécessité d'une aide de nature psychothérapeutique. Toutefois, le praticien va intervenir dans la bouche du patient, lieu par excellence de transit des affects. Souvent, des traitements bucco-dentaires peuvent soit aggraver des processus dépressifs, soit les déclencher. On ne peut prendre le risque de nuire à de tels patients. (56)

Ainsi, le risque est double : pour le praticien qui risque de se faire traîner devant les tribunaux, et pour le patient qui risque de supporter une aggravation de son état psychosomatique déjà fragilisé. Tout litige constitue une réelle atteinte à la personne, et les praticiens en sortent rarement indemnes, « Primum non nocere ». (56)

Dans ces cas-là, comme lors de névroses hypochondriaques, de troubles obsessionnels, le plus dur reste à faire, et c'est d'expliquer la nécessité d'un autre type de thérapie.

Il n'est pas dans les compétences du chirurgien-dentiste de traiter les pathologies mentales de ses patients. Cependant, dans le but de s'assurer le succès du traitement, il sera tenu de décrypter une partie de l'énigme de cette personne, et de l'adresser aux praticiens compétents.

Pour résumer, l'examen psychologique de notre patient s'impose pour les raisons suivantes :

- Pour poser l'indication d'un traitement justifié, bénéfique, acceptable et bénéfique pour le patient
- Pour obtenir la meilleure coopération et la satisfaction du patient et du praticien.
- Pour prévenir d'autres échecs, d'autres récives.
- Pour arrêter des escalades thérapeutiques inutiles et coûteuses à la société.
- Pour savoir quand différer ou décliner une intervention.
- Devant la montée des procès intentés par des patients insatisfaits, on peut toujours se demander si la décision thérapeutique a bien été prise d'un commun accord entre les deux parties, après un diagnostic soigneux, une présentation explicite des aléas thérapeutiques éventuels, des risques encourus.

Il serait donc une erreur de ne réaliser cet examen psychologique que lors d'échecs successifs ; il s'impose dès le premier contact. (80)

Ajoutons que de surcroît, dans le cas où rien ne peut être reproché techniquement au praticien, si le patient s'avère perturbé psychiquement, le praticien peut être accusé de ne pas avoir su évaluer le risque d'incapacité du patient à intégrer psychiquement la réalisation. (80)

2.3.3. Cas particulier de la personne âgée édentée.

La prévalence des patients édentés est en constante diminution, et ce résultat escompté est probablement à mettre en relation avec les changements d'attitude des patients vis-à-vis des soins dentaires : diminution de l'anxiété, de la peur, rôle de la prévention, influence de l'information et de l'efficacité des traitements de la maladie carieuse et parodontale. Ces progrès ne peuvent être remis en cause.

Cependant, l'édentement total n'est pas une pathologie en voie de disparition. En effet, le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, la faible fréquentation des cabinets dentaires pour certains patients ayant pourtant accès aux soins sont autant de facteurs faisant conclure à de nombreux scientifiques que la disparition des édentés totaux est impossible. (39)

Si nous abordons dans ce chapitre le cas particulier des personnes âgées édentées, c'est que ce sont des patients particulièrement vulnérables et qui ont un besoin élevé de consultation en vue d'une réhabilitation prothétique, puisqu'il existe une relation directe entre l'âge et le nombre de dents absentes. (39)

Le vieillissement s'accompagne d'une détresse psychologique due à une diminution des capacités physiques et intellectuelles du sujet âgé.

Cet état d'infériorité est encore aggravé par un processus d'édentation totale qui concourt à écarter progressivement le sujet de toute vie sociale.

2.3.3.1. Modifications psychologiques et physiologiques liées à l'âge.

◆ Modifications physiques d'ordre général.

La « vieillesse » implique une approche physiologique sur laquelle se greffe un cortège d'affections spécifiques mais avec des modes d'expression très divers et propres à chaque individu. En effet, le vieillissement est un phénomène différentiel impossible à normaliser car il crée de larges divergences d'expression entre l'âge civil ou chronologique et l'âge biologique d'une même personne. Le vieillissement ne s'effectue jamais de manière globale, sur tous les organes du corps, au même moment, sur les personnes du même âge. (63)

Les médias, s'appuyant sur les progrès de la recherche médicale fondamentale, offrent l'espérance de pouvoir vivre de plus en plus vieux sans avoir vieilli pathologiquement. Ainsi, la vieillesse actuelle, porteuse de plus en plus d'espoir, d'exigences et de défis fait référence à une population senior de plus en plus demandeuse en matière de santé, d'apparence esthétique. (52)

Le vieillissement décrit l'ensemble des phénomènes observés au cours de l'avance en âge, sur les plans physique, psychologique et somatique en termes de pertes et/ou de gains. (52)

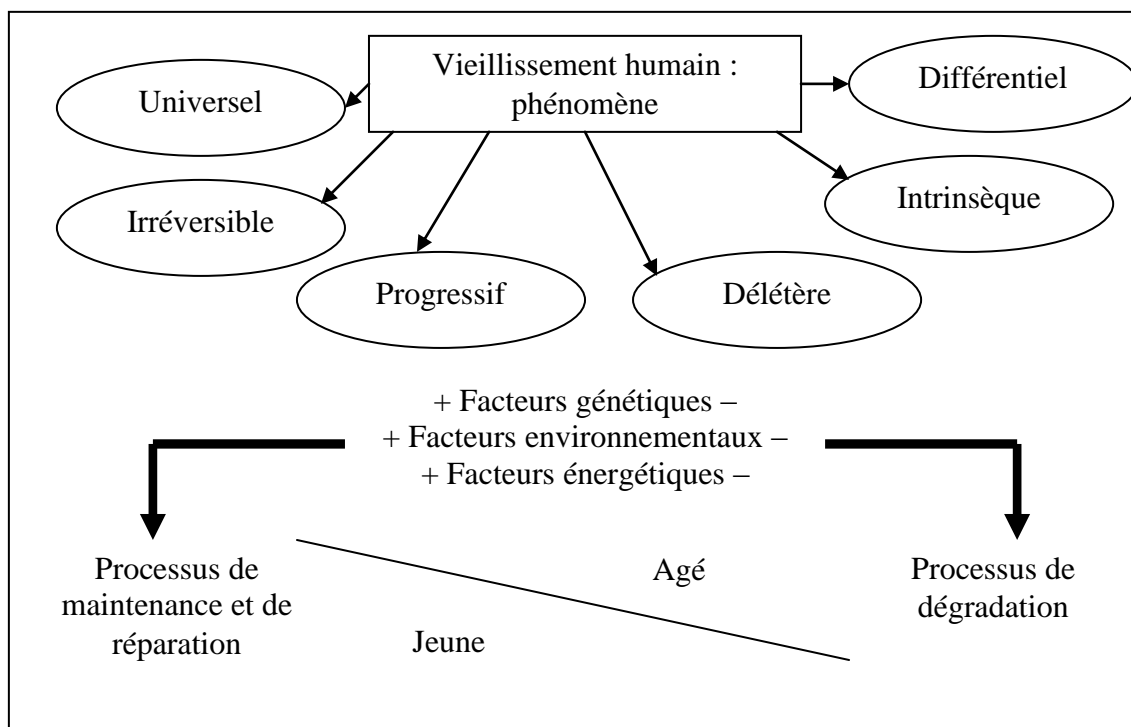


Figure 21 : Concept du vieillissement : prépondérance des phénomènes de dégradation sur ceux de la réparation avec influence des facteurs génétiques, environnementaux et énergétiques. (52)

De nombreux auteurs constatent que celui-ci est presque toujours associé à une détérioration des facultés physiques et intellectuelles.

En 1999, le Pr. J. Proust fait un point sur les théories et concepts du vieillissement pour proposer un modèle théorique regroupant le plus d'adeptes à l'heure actuelle : ce dernier

serait « l'aboutissement d'une lutte permanente inégale, et à l'issue toujours fatale, entre l'efficacité des systèmes de maintenance et de réparation de l'organisme contre l'intensité de certains processus inverses qui tendent à l'altérer. Cet équilibre initial étant influencé par des facteurs énergétiques, environnementaux et génétiques. » (52)

Si entre 60 et 75 ans un relatif bien-être existe, il s'oppose à la fragilité qui atteint les patients à partir de 80 ans. 28% de ces derniers, en particulier des femmes, vivent chez eux, mais pour la plupart manquent d'autonomie. Cette perte d'autonomie résulte surtout des difficultés à se déplacer, 72% d'entre elles ont besoin d'aide pour les tâches domestiques, dont 40% à un degré élevé voire très élevé. (39)

La ménopause chez la femme, l'andropause chez l'homme, s'accompagnent inéluctablement d'un cortège d'altérations biologiques, physiologiques et esthétiques. La presbytie, l'hypoacousie, l'embonpoint, la canitie, la déshydratation de la peau, l'involution de l'activité génitale, la fatigue, l'insomnie, la difficulté à s'adapter à tout effort prolongé, constituent autant d'atteintes portées à l'intégrité et à la sérénité de tout individu. (50)

Les modifications physiques et les pertes fonctionnelles observées au cours de l'avance en âge peuvent être dues :

-au vieillissement « normal », obligatoire, différent selon les organes, leur capacité d'adaptation est diminuée.

-au vieillissement « de surcroît », qui consiste en d'autres pertes aléatoires, non obligatoires, pouvant s'ajouter au précédent. Ce sont les pertes liées aux pathologies, à l'environnement, ou à la non-utilisation (immobilisation, alitement par exemple). (52)

Le premier est « programmé » : arrêt du développement thymique peu après la naissance, vers la trentaine, diminution lente et progressive de l'hormone de croissance, diminution de la production de fibres et interruption de la sécrétion oestro-progestative vers la cinquantaine.

Le second est à l'origine de diminution des capacités et d'aptitudes fonctionnelles, qui sont volontiers confondues avec les conséquences du vieillissement « normal ». (52)

- ◆ Conséquences du vieillissement sur les fonctions oro-faciales et le système digestif. (52)

La mastication : en dépit d'une diminution des forces maximales de morsure et d'une perte de masse musculaire, le vieillissement ne présente qu'un faible impact sur la capacité masticatoire. L'adaptation réside alors en une augmentation du nombre de cycles, de la durée de mastication et de l'activité musculaire globale. (46)

La salivation : le plus important réside dans la modification qualitative et quantitative du système muco-salivaire qui tend à la sclérose. L'estomac ne peut suppléer à de tels déficits ; une insuffisance digestive s'installe, avec des troubles concomitants, nausées, fatigue digestive et paresse intestinale. D'autre part le flux salivaire diminuant, ceci entraîne une baisse néfaste du pH salivaire. (3)

La gustation : la perception gustative peut être perturbée voire abolie à cause d'affections neurologiques, des traitements médicamenteux ou encore du manque de salive. (39)

La déglutition : rendue difficile, par une lubrification insuffisante du bol alimentaire.

La phonation : des difficultés apparaissent, dues à la diminution de quantité de mucines qui favorisent un glissement des muqueuses.

Les mimiques : le grand âge se caractérise au niveau de la face par un visage d'apparence plus figée. L'affaissement des tissus faciaux réalise un gommage des expressions faciales.

De plus, le vieillissement s'accompagne de problèmes digestifs physiologiques, tels que la diminution de la capacité d'absorption de certaines substances (vitamine B12 par exemple).

D'autre part une perte de dextérité, une baisse des capacités gestuelles de brossage avec ou non un manque de motivation à l'hygiène dentaire, peuvent mener le patient à perdre rapidement ses dents restantes à cause de pathologies dentaires ou parodontales. (28)

◆ Modifications psychologiques.

Chez le patient âgé se produit parallèlement aux modifications physiologiques et pathologiques une véritable crise d'adaptation : mise à l'écart de la vie sociale au moment de la retraite, séparations en tout genre, perte d'êtres chers, émancipation des enfants, et peur de la mort. De sa capacité à gérer les deuils, grands ou petits qu'il rencontrera au cours de sa vie, dépendra le plus souvent la qualité de l'évolution psychologique d'un individu. C'est dire l'importance du rôle joué par la structure de personnalité dans l'évolution psychologique au cours de l'avance en âge. (52)

La diminution physique ne leur permet plus de faire certaines activités et certains gestes du quotidien.

Des conduites infantilisées apparaissent proportionnellement à l'affaiblissement sinon à la disparition du « pouvoir ».

Le refus souvent inconscient du processus biologique de vieillissement ne fait que participer à l'accentuation de l'émotivité, à la détresse affective, à l'isolement social.

Ce tableau peut s'accompagner d'un état dépressif. (56) Les phases dépressives qui se traduisent souvent par des symptômes physiques (perte d'appétit, de poids, du sommeil, sensations de brûlures dans la bouche, redoublement de parafonctions, etc) et des symptômes psychiques d'autodépréciation, d'asthénie, d'idées suicidaires, etc, inciteront à la plus grande prudence. (77)

Aux traits de caractère qui se caricaturent au fil des ans s'ajoute, presque toujours, une tendance à l'égoïsme. Mais c'est la tendance à l'hypochondrie, inquiétude exagérée et anxieuse à propos de troubles physiques ou de douleurs sans anomalies somatiques objectivables, qui sera prise en considération, tant pour le diagnostic que pour le pronostic, car elle peut être la cause de bien des déceptions thérapeutiques et relationnelles. (77)

La personne âgée est celle qui réclame le plus de patience et d'empathie de la part du praticien : fatigable, elle peut « décrocher » au moment technique le plus important.

« Être vieux », c'est donc communiquer différemment et plus difficilement, puisque les effets du vieillissement prédisposent à l'isolement par le déclin des capacités sensorielles et cognitives, les altérations fonctionnelles et la dégradation de l'apparence physique. (52)

L'odontologiste en rétablissant, du mieux qu'il peut, fonction et esthétique, restaure narcissiquement le patient et contribue, souvent, à améliorer une vie relationnelle déclinante. (77)

2.3.3.2. Conséquences de l'édentation sur les fonctions et le psychisme

La perte d'éléments corporels de quelque type que ce soit est toujours subie avec préjudice et souvent désespoir. La denture est d'autant plus concernée qu'elle intéresse la sphère intime, à la fois externe et interne, de la corporalité.

Cette perte des dents, véritable castration, vient s'ajouter au sentiment d'affaiblissement consécutif au déficit général esthétique-fonctionnel. (29, 64)

Si le diagnostic d'édentement total est évident, celui de déficit fonctionnel est plus complexe. Souvent, la perte de tous les organes dentaires ne fera qu'aggraver un tableau de patient affaibli par l'âge.

L'édentation totale est un état définitif, nous l'avons vu, et souvent considéré comme « final » de la sphère oro-buccale. La perte des dents et la disparition des récepteurs desmodontaux désorganisent spatialement la bouche, tant sur le plan cinétique que sur le plan sensitif. (43)

De plus, les dents soutiennent les parties molles de la face et lui donnent un certain relief. Le déficit dentaire entraîne une accentuation des rides tant au niveau des joues que des lèvres, marquant le sujet du sceau de l'âge. (29) Au niveau des muscles faciaux, l'involution se traduit par une modification disgracieuse de l'orifice buccal avec abaissement de la ligne du sourire par la chute progressive des lèvres. (52)

Au niveau des muscles masticateurs, l'involution se caractérise, elle aussi, par une atrophie progressive et une hypotonie. Leur contraction statique chez un patient adulte denté est en moyenne de 3 à 4 fois supérieure à celle développée chez une personne âgée porteuse de prothèses amovibles. (52)

Après avulsion dentaire et après la mise en place des prothèses totales, l'ostéopénie physiologique observée lors du processus de vieillissement est accentuée, pouvant entraîner la disparition partielle ou totale de l'os alvéolaire. (52) La résorption de ce dernier est une conséquence inévitable et relativement grave de l'extraction des dents. (18)

Comme décrit dans le Guide clinique de Prothèse Complète, Tome 2, (70), l'édenté total est un malade gravement handicapé :

- physiquement : disparition des fonctions liées à la présence de dents (perte de la butée occlusale, du soutien des lèvres, des joues, étalement de la langue)
- psychologiquement (vie affective)
- socialement (importance du sourire dans la vie relationnelle, du « paraître »)

Il souffre :

- d'une insuffisance masticatoire ; c'est un infirme parmi les convives,
- d'une perturbation de la phonation ; c'est un infirme de la parole,
- d'une diminution de l'étage inférieur de la face ; c'est un infirme physique.

Chez le patient édenté, non seulement la détérioration est visible, mais au moment des repas, elle prend toute son acuité, car il se trouve placé en situation d'infériorité majeure. En effet, la préhension des aliments, dévolue en principe aux incisives, ne se fait pas, la capacité masticatoire est diminuée, et l'aveu d'impossibilité manifeste. (28)

Sa nutrition équilibrée n'est plus assurée, un phénomène de glissement s'installe chez un sujet débilisé qui se laisse aller de plus en plus vers des sucreries et des laitages. L'incorporation alimentaire rendue difficile fait disparaître un certain plaisir oral. Il faut alors des compensations fortes, comme la consommation accrue de douceurs, pour qu'un certain plaisir puisse être de nouveau ressenti. Les sélections diététiques sont typiques de la recherche de ce nouveau plaisir oral. (43)

La perte de l'outil dentaire favorise l'accélération du vieillissement. Il s'orientera de plus en plus vers des mets mixés, des légumes bouillis, et des carences protéiques et vitaminiques apparaissent peu à peu. La dent fait en effet partie d'un appareil spécialisé, l'appareil manducateur, lui-même au service d'une fonction plus globale, la digestion, et ces imbrications en chaîne démontrent le rôle d'une simple dent dans l'équilibre homéostatique. (69)

La perte de l'originalité des repas préparés conduit peu à peu vers une perte d'appétit, et par conséquent vers l'isolement social.

Cette tendance au laisser-aller, cette acceptation trop facile de certaines dégradations qui deviennent vite déchéances, obligent le gérontologue à tout mettre en œuvre pour lutter contre cette abdication de la personnalité qui conduit très vite à l'acceptation de la mort. (31)

Le déficit phonétique est trop souvent négligé face au déficit masticatoire. La perte des dents, l'absence de calage entraînant la diminution de la dimension verticale vont se traduire par des troubles de la phonation tels que zézaiements et chuintements, pouvant s'accompagner de projections salivaires. (29) Une raison de plus, avec celles décrites ci-dessus, pour favoriser le fait que le patient soit dans l'impossibilité de profiter du moment social privilégié que représente le repas.

L'aspect psychologique est majeur dans l'édentation. Souvent oublié, il a autant d'impact que l'aspect fonctionnel et doit être considéré comme tel dans l'ensemble de ses implications psycho-sociales par le praticien.

En réponse à toutes les conséquences négatives de l'édentation, la personne âgée peut se réfugier dans une véritable attitude de régression. Elle désigne généralement un retour à des formes antérieures au développement de la pensée et au style de relation du sujet avec son environnement. Ce retour n'est jamais total à cause de l'existence du vécu : l'infantilisation n'est pas le stade enfant du développement bien que les attitudes créent une image infantile aux yeux de l'entourage. Ceci peut entraîner des comportements soit de rejet, soit de surprotection à l'égard du sujet, entraînant des conséquences négatives sur le traitement. (43)

Lors de la rencontre du praticien avec un patient édenté total, des liens devront s'établir. Il conviendrait d'observer une double règle :

- L'observation et l'écoute attentive, bienveillante des motifs qui l'ont amené à consulter. Ainsi, dans un contexte d'altération des moyens de communication à travers des déficiences mnésiques, auditives, visuelles, langagières, mais également des difficultés de postures et de mimiques, la durée des premières séances est impérativement allongée, dans la limite de tolérance du patient. (52)

- Laisser le patient s'exprimer sur la manière dont il ressent son infirmité ; deviner ses appréhensions en ce qui concerne sa future prothèse et les neutraliser. (56)

Si le patient n'écoute et n'exécute pas nos recommandations, il ne faut pas se fâcher : il les a probablement oubliées. Mieux vaut se contenter de lui répéter ce qu'on lui avait dit et cela autant de fois que nécessaire et même l'écrire au besoin. (16)

Ce type de patient nécessite une attention toute particulière. Nous devons impérativement tenir compte de son état de fatigue, ainsi que des multiples médications et pathologies, qui sont souvent le lot du troisième âge.

F. Brochère écrit : « Une excellente façon de gagner la confiance de ces difficiles patients consiste à essayer d'apporter le plus rapidement possible une amélioration à leur état, fût-elle seulement partielle ou provisoire, mais dont le bénéfice est immédiatement perçu. » (16)

P. Mahler et V. Pouysségur complètent : « Il convient de prendre en compte et si possible satisfaire les désirs esthétiques, cosmétiques et fonctionnels, quel que soit l'âge, comme un droit à la dignité jusqu'au bout de la vie. » (52)

Dans tous les cas, le projet thérapeutique chez le sujet âgé doit être adapté aux conditions cliniques, à la situation socio-économique, à l'état de santé du patient, à ses besoins fonctionnels et, paramètre fondamental, à sa coopération. (46)

3. Conséquences lors de la réhabilitation prothétique de la cavité buccale.

Lors des trois phases de la réhabilitation prothétique (pré, pro et post-prothétiques), il faudra tenir compte de la personnalité de notre patient. Nous l'avons vu, la bouche est l'une des parties du corps humain la plus chargée de symbolique ; toute transformation, que cela concerne les dents, les tissus mous ou durs qui la constituent ou l'entourent, ne sera pas anodine et pourra profondément jouer sur son psychisme.

Ainsi, tout travail de réhabilitation prothétique doit s'accompagner d'un travail d'écoute et d'empathie de la part du praticien.

Nous pouvons penser que si la perte ou l'altération d'un ou plusieurs organes dentaires peuvent être des événements traumatisants, les dents artificielles et les prothèses dentaires aident au processus de revitalisation, sinon de revivification. En fait, ceci n'est vrai que si l'adjonction se fait oublier.

« Le plus important est la distinction du vivant et du mort. La prothèse est quelque chose d'étranger, d'artificiel, d'inhumain. Par là toute acceptation d'une prothèse est un consentement partiel au cadavre. C'est l'objet mort que l'on porte dans la bouche. Toute prothèse est d'abord vécue comme un fossile. » (25)

« Pour demander réparation à la nature et corriger les injustices, on va voir l'orthodontiste, le dentiste et le chirurgien esthétique. On exige l'alignement, la régularité, la symétrie, la conformité, un sourire plus blanc que blanc.

On veut rétablir l'image idéalisée de la bouche en remplaçant ou en dissimulant les imperfections si bien répertoriées. On enlève ce qu'il y a en trop ou l'on ajoute ce qu'il manque ; ou encore on intervient après un accident ou les méfaits du temps, ou par désir de changement.

Tel un chirurgien esthétique, un plasticien buccal, par des techniques minutieuses et un grand choix de matériaux, le chirurgien dentiste reconstruit, éclaircit, répare, restaure la symétrie de l'espace buccal. Il propose une palette colorée, des formes qui se répondent, s'harmonisent ; des éclats atténués qui réfléchissent la lumière par un jeu subtil et de doux contrastes, de dégradés, d'élégance et de sobriété. Il sauvegarde l'authenticité. Il rétablit l'esthétique et la fonction ; il supprime un grand nombre de souffrances en rétablissant la beauté buccale accessible au regard d'autrui, en libérant le rire et le sourire. » (82)

3.1. Trois phases lors de la réhabilitation prothétique.

3.1.1. Phase pré-prothétique et estimation de la faisabilité.

La relation praticien-patient, doit être basée sur la confiance. L'accueil, l'ambiance, le cadre, le personnel, contribuent à installer ce climat.

Le premier contact est très important, il faudra juger de la personnalité de notre patient et réussir à décrypter ses motivations conscientes et inconscientes.

Il faudra opposer les patients tolérants et coopérants aux patients qui considèrent les restaurations prothétiques comme des objets étrangers. Ces derniers seront souvent sources de doléances post-prothétiques. (15)

Dans le cadre d'une demande prothétique, il faudra impérativement poser les limites de faisabilité. Dans le cas d'un patient déjà appareillé, il ne faudra pas tomber dans le piège où l'on pensera faire mieux que notre prédécesseur systématiquement : la modestie pourra nous éviter de refaire une prothèse moins bien, ou mieux mais qui ne sera pas appréciée par le patient.

Il est important de distinguer en pré-prothétique deux types de situation :

- celle où la prothèse ne remplacera pas une ou des dents extraites, mais permettra de consolider un organe dentaire (prothèse fixée sur racine naturelle)
- celle où la prothèse permettra de remplacer des organes dentaires extraits ; on différenciera par la suite les cas où la prothèse est fixe (bridge, prothèse sur implant) des cas où elle est amovible (prothèse adjointe partielle ou totale, puis nous verrons le cas très particulier de la prothèse maxillo-faciale)

Les cas où des organes dentaires sont extraits seront plus délicats. En effet, le fait de perdre une dent peut apporter un cortège de troubles pour le patient, puis de doléances par la suite, parce qu'il ne se sent plus le même qu'avant. Par exemple, une personne vieillissante éprouve souvent la perte d'une dent comme le signe du caractère éphémère et fragile de la vie. Il faut, avant que le patient accepte le remplacement de sa dent, qu'il en ait fait le deuil.

Il faut également différencier le cas où le patient était déjà appareillé avant la réalisation de la prothèse du cas où s'il ne l'était pas.

« Un patient déjà appareillé et satisfait de sa prothèse souhaitera le plus souvent la réalisation d'une nouvelle prothèse strictement identique à la précédente et ce, même si techniquement elle n'était pas exempte de défauts. Il ne faut pas oublier le cas délicat du patient porteur d'une prothèse adjointe partielle peu encombrante, bien tolérée, qui passant brutalement à la prothèse totale, s'imagine trouver dans celle-ci le même confort et la même stabilité, alors que l'aspect fonctionnel d'une prothèse adjointe totale diffère complètement de celui d'une prothèse adjointe partielle. » (29)

En parallèle, l'état fonctionnel de notre patient sera étudié. Selon les facteurs généraux, médicaux et locaux le concernant, notre plan de traitement pourra être modifié. Les conséquences pourront aller de simples précautions à prendre, jusqu'à une modification radicale du traitement.

En effet, citons comme facteurs généraux pouvant influencer sur la réhabilitation prothétique les exemples suivants :

- la psychologie de notre patient, sa capacité à communiquer et sa compréhension
 - une perte de dextérité
 - des moyens financiers modestes
 - une invalidité et un accès au cabinet rendu difficile (personne dépendante)
 - un placement en institution

Nous adapterons bien sûr le type de prothèse au profil de notre patient, par exemple il sera difficile de réaliser une prothèse amovible implanto-portée chez un sujet dont le manque de dextérité ne lui permettrait pas de la mettre en place.

De plus, il ne faudra pas épuiser notre patient avec des séances difficiles à supporter : le risque majeur serait un abandon de sa part, ce qui le laisserait dans une situation intermédiaire parfois pire qu'avant qu'il vienne nous voir.

Les facteurs médicaux sont à prendre en compte. De manière générale, le risque vital et général prime toujours sur le risque bucco-dentaire. Certaines pathologies contre-indiquent la conservation d'organes dentaires à risque, par exemple chez les patients à risque infectieux. D'autre part, des plans de traitement incluant des implants seront écartés lorsque la pathologie de notre patient contre indique ce type de pratique.

Enfin, les facteurs locaux tels que la quantité de sécrétion salivaire, le volume osseux, la distance inter-crêtes, etc., sont à considérer avant toute proposition de plan de traitement.
(3)

Au niveau esthétique, l'harmonie du sourire doit être analysée. Ce temps essentiel se déroule avec le patient, qui guide le praticien, mais l'opérateur restant le maître d'œuvre, il décidera du plan de traitement, mais aussi des formes, volumes et contours des restaurations définitives en fonctions des règles fondamentales d'esthétique.

Des documents pré-prothétiques peuvent être précieux pour le praticien lors de cette étape.



Figure 22 : Exemples de photographies pré-prothétiques (P. Le Bars).

Il faut renforcer l'harmonie quand elle existe par des restaurations isolées, ou bien alors corriger un déséquilibre global.

« Le praticien doit aider le patient dans ses choix, comprendre ses aspirations et le détourner d'options esthétiques qui ne garantiraient pas le respect de sa dignité. » (62)

3.1.2. Phase pro-prothétique.

Les phases de préparation, d'empreinte, de réglage des maquettes d'occlusion peuvent être longues et pénibles pour le patient, il faut donc le motiver à chaque étape en expliquant ce qui sera envisagé pour la prochaine fois.

Au stade de l'essayage esthétique (biscuit en prothèse fixée, montage esthétique en prothèse amovible), les facteurs de personnalité et les motivations relevées à l'étape pré-prothétique prennent une valeur accrue : c'est là que le patient va commencer à juger de nos choix en termes de forme, teinte des dents, et à savoir si cette prothèse peut éventuellement s'adapter à son image corporelle. Le praticien n'hésitera pas à avoir recours à un tiers pour valider le résultat esthétique.

Les problèmes phonétiques, surtout en prothèse amovible, sont à considérer parallèlement aux préoccupations esthétiques puisqu'ils participeront à l'intégration des prothèses.

Espeland et Stenvik (1991) ont réalisé une étude sur 150 jeunes de 18 ans, en leur demandant de reconnaître leur denture parmi 17 clichés. Plus des 2/3 ont reconnu leurs dents instantanément. 56% d'entre eux les ont reconnues grâce à une position anormale des dents, 26% ont indiqué d'autres éléments comme la morphologie, la teinte ou les fêlures éventuelles. Ces constatations indiquent que de jeunes adultes pourraient être capables de voir si une intervention dentaire a donné un bon résultat.

Le résultat de ces travaux indique également, et c'est ce qui va être important dans ce chapitre, que cette conscience de la denture contribue à la conscience de soi. L'amour-propre et le sentiment que l'on a de soi-même peuvent être largement atteints par une intervention ou un remplacement dentaire. De nombreux patients placeront des espoirs démesurés dans leur prothèse, il faut donc les accompagner et avoir l'art de « présenter les choses » pour minimiser l'impact agressif de nos actes. (5, 60)

La difficulté lors de la réalisation prothétique est que souvent, le patient se trouve dans l'expectative, sans exigences palpables. Les reproches apparaissent souvent lors de la mise en bouche de cette prothèse si le praticien n'a pas été assez à l'écoute lors des séances précédentes, s'il n'a pas tenu compte de ses allusions.

Le chirurgien-dentiste doit tenter de deviner le « non-dit » du patient qui correspond à ses pensées inavouées. Enfin, l'utilisation abusive de termes trop techniques incompréhensibles pour un profane, loin de rassurer, peut aboutir à des doléances sans fin que le praticien ne parvient plus à gérer. (11)

Plusieurs études aux conclusions différentes ont été effectuées, concernant l'éventuelle corrélation entre les variables psychologiques et l'acceptation de la prothèse par le patient.

Ainsi, Colett et Heartwell (9) mettent l'accent sur la globalité du traitement de l'édentation totale, considérant la relation praticien-patient comme un des paramètres majeurs. En 1984, Reeve et coll. mettent aussi en évidence l'importance de la personnalité du patient. Par contre, Smith va à l'encontre de ceci, puisqu'il ne réussira pas à démontrer de lien entre satisfaction et personnalité du patient. (89)

Hirsh et coll. ont analysé l'influence de l'autorité du praticien sur l'acceptation de l'esthétique de la prothèse. Ils ont constaté qu'une faible autorité au moment du choix des dents en prothèse amovible totale a une influence positive sur l'indice de satisfaction du patient. (11)

En aucun cas, lors de cette phase, le patient ne doit se sentir abandonné ou totalement dirigé par le praticien dans les choix notamment esthétiques, sinon, il acceptera d'autant plus difficilement sa prothèse le jour de sa pose. (60)

Il doit se sentir accompagné, écouté, guidé mais sans autorité excessive par son chirurgien-dentiste lors de cette phase pro-prothétique.

3.1.3. Phase post-prothétique et doléances éventuelles.

L'adaptation à tout changement esthétique ou fonctionnel a inévitablement des répercussions sur la personnalité du patient :

« L'adaptation d'une prothèse dentaire peut entraîner des difficultés particulières. Il faut normalement quelques semaines ou quelques mois avant qu'elle puisse être intégrée dans l'image que l'on a de soi-même. C'est d'autant plus le cas lorsqu'un patient ne parvient pas à surmonter l'intervention, que ce soit en raison de l'absence d'information par le dentiste ou à cause de problèmes qui lui sont propres. La perte d'une dent et l'adaptation d'une prothèse sont des événements capitaux qui sont en étroite corrélation avec l'amour-propre et l'ébranlement de celui-ci. De ce fait, il incombe au dentiste d'informer à temps ses patients de ces problèmes et de les soutenir moralement pendant la durée de l'adaptation. » (5)

Le rôle du praticien, le jour de la pose d'une prothèse fixée ou de l'insertion d'une prothèse amovible, est d'avertir le patient des difficultés qui vont se produire en lui donnant quelques conseils pratiques, sinon un risque de déception immédiate peut entraîner le refus de la prothèse et un véritable laisser-aller, une mauvaise hygiène, ce qui mènerait à un véritable échec.

Le jour de la pose de la prothèse ou lors de séances ultérieures, le patient ne doit pas ressentir les étapes d'équilibration ou toute autre correction comme un moyen de rattraper une prothèse inadaptée ; il faut lui expliquer les étapes nécessaires à la meilleure adaptation possible, afin qu'il puisse les comprendre et les accepter non comme un échec mais comme une étape normale de son traitement.

En cas de patient dépendant ou de difficultés pour celui-ci d'entretenir une hygiène optimale de ses prothèses ou de sa cavité buccale, il sera bénéfique de sensibiliser l'entourage afin que celui-ci pallie aux insuffisances éventuelles.

Par ailleurs, une surveillance accrue par le praticien est indispensable dans ces cas-là, avec des rendez-vous relativement rapprochés.

La maintenance est le facteur essentiel de la pérennité des réalisations prothétiques. (3)

Lorsque la prothèse est installée, les patients doivent être conscients qu'une rééducation s'impose et qu'ils ne pourront pas se nourrir d'emblée comme avec des dents naturelles. A ceux qui souhaiteraient faire l'impasse sur cette rééducation ou qui ne comprendraient pas pourquoi ils ne retrouvent pas toutes leurs capacités masticatoires dès le premier jour, il ne faut pas hésiter à comparer leur prothèse dentaire à toute autre prothèse corporelle (hanche, genou, etc.). Ils comprendront plus facilement qu'il faut apprendre à s'en servir, que c'est un nouvel outil.

3.1.3.1. Particularité fonctionnelle liée à la prothèse amovible complète.

Il ne s'agit pas de « livrer » une prothèse et d'abandonner le malade, car la seule capacité technique ne suffit pas à permettre l'intégration de la prothèse et à donner confiance au patient.

Le patient devra faire preuve de patience parce qu'une physiologie musculaire et une coordination dynamique nouvelles doivent s'effectuer dans la bouche. (5)

Le jour de l'insertion, une équilibration est effectuée, et celle-ci sera poursuivie lors de séances ultérieures.

Une rééducation masticatoire est proposée, avec une évolution dans les textures d'aliments au fur et à mesure de l'adaptation à la prothèse. Le but est d'éviter au patient un glissement vers des aliments mous et dépourvus de qualités nutritionnelles, plus faciles à ingérer mais trop gras et trop sucrés. Le patient et son entourage ne doivent pas opter pour la facilité et systématiquement mixer ou hacher les aliments, mais progressivement lors de la rééducation, le but sera d'ingérer des aliments coupés, comme avant le port de la prothèse. Le plaisir du repas, moment social privilégié, ne sera pas altéré.

En France, la gravité de la dénutrition semble sous-estimée. (28)

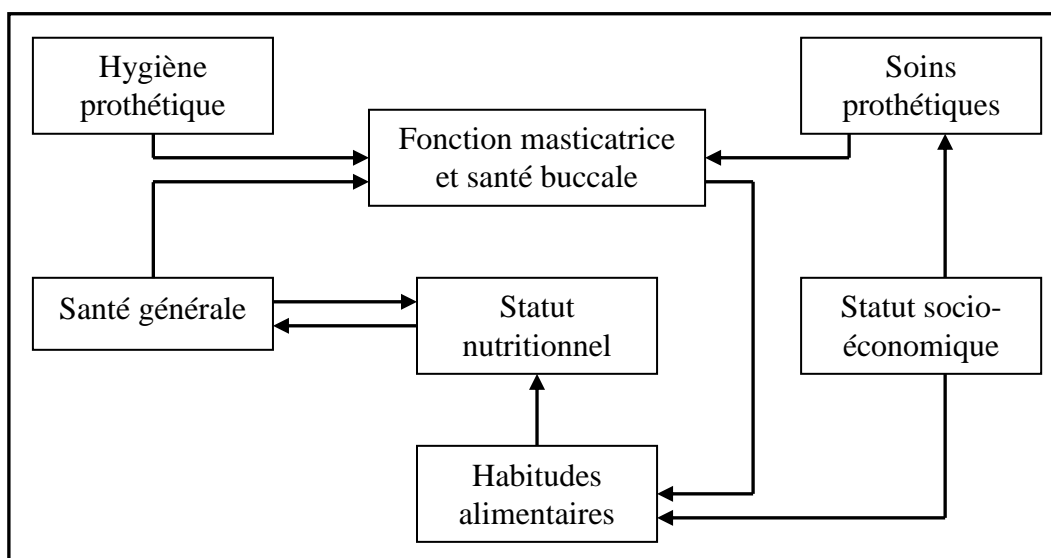


Figure 23 : Le statut nutritionnel dépend de multiples facteurs, locaux, locorégionaux et généraux. (18)

On explique au patient les obstacles qui peuvent s'interposer tout au long de cet apprentissage : hypersalivation, perte du goût, réflexes nauséux éventuels, etc.

Il ne faut pas hésiter à noter les conseils sur une fiche afin que le patient puisse intégrer à son rythme toutes les nouveautés liées au port de la prothèse en termes d'hygiène, d'utilisation. (28)

Haraldson et coll. ont montré qu'il existe une perte très importante de l'efficacité masticatoire, divisée par 3 ou 4 par rapport à un sujet denté. Le patient doit apprendre à vivre avec cette fragilité. (11)

3.1.3.2. Doléances liées à la difficulté d'acceptation.

Le praticien doit faire la différence entre les doléances justifiées et celles qui ne le sont pas.

Si certaines doléances sont d'ordre purement mécanique ou fonctionnel, d'autres sont d'origine purement psychologique. Elles peuvent provenir d'une trop grande dépendance du patient vis-à-vis de son dentiste, et demandent un diagnostic précoce. Elles relèvent d'une autre compétence que celle de l'odontologie. (70,60)

Il est admis que, dans les cas d'intolérance d'une prothèse, ce ne sont généralement pas des reproches concernant l'esthétique qui sont formulés, mais plutôt des remarques concernant des troubles physiques locaux, par exemple de brûlures dans la cavité buccale. (5)

Une enquête en cabinet libéral a été réalisée par C. Pesci-Bardon, V. Pouysségur et coll. (64) sur un échantillon de 106 individus, hommes et femmes âgés en moyenne de 71 ans, et qui consultaient pour raisons prothétiques.

Tout d'abord à l'aide d'un questionnaire puis de l'échelle de dépression gériatrique, le profil psychologique des patients a été étudié afin de les définir « déprimés » ou « non-déprimés ».

Il en est ressorti au niveau des doléances que des plaintes concernant les muqueuses avec des sensations désagréables ou douloureuses (gêne, blessure, mycose, sensation de bouche sèche, de brûlures) sont relevées chez 32,1% de l'échantillon. Elles sont très significativement plus souvent exprimées dans le groupe des « déprimés ». Les problèmes de glossodynie et perlèche ne sont pas relevés dans le groupe des « non-déprimés », les glossodynies étant signalées seulement par des femmes dans l'autre groupe.

Ces femmes, souvent isolées, veuves ou séparées, souffrent d'un conflit familial ou d'une préoccupation qu'elles ne peuvent pas livrer à autrui ou encore d'une difficulté existentielle à forte tonalité affective. En fait, ces patientes n'élaborent pas intellectuellement le concept de douleur morale, la seule douleur exprimable doit passer par un organe, en l'occurrence, la bouche. (64)

En cas de telles doléances, la présence de toute cause organique, médicamenteuse ou iatrogène est bien entendu à rechercher en premier lieu.

Au sujet de l'entretien des prothèses, l'enquête montre que le groupe des patients « déprimés » présente de manière extrêmement significative une hygiène nettement moins bonne en termes de brossage que le groupe des « non-déprimés », ce qui témoignerait d'un véritable laisser-aller chez les premiers, une incapacité à faire face aux gestes simples de la vie quotidienne.

Sol Silverman et coll., dans une étude menée sur 15 hommes et 35 femmes de 60 à 79 ans porteurs de prothèses totales, ont conclu que :

- il existe une relation entre l'image de soi et l'acceptation des prothèses
- les hommes dans cette étude s'adaptent plus facilement à leurs prothèses que les femmes.

L'image dans l'inconscient collectif de la prothèse totale est de plus très négative et victime de nombreux clichés.

Cet aspect ne sera évidemment pas sans retentissement sur l'acceptation des prothèses par l'intermédiaire de l'image de soi qu'elles peuvent véhiculer. (59)

Dans une étude portant sur 70 patients et publiée en 1976 par Smith (60), l'influence de l'hypochondrie, la dépression, l'hystérie et l'anxiété sur la satisfaction des patients lors de réhabilitation par prothèse amovible totale est étudiée.

Il ressort que :

- ces quatre caractères se situent à un niveau élevé chez tous ces patients
- il n'y a pas de relation significative entre les facteurs psychopathologiques et le degré de satisfaction des patients
- il n'existe pas non plus de relation entre les facteurs psychopathologiques et la qualité technique des prothèses
- il n'existe pas de relation significative entre la qualité technique des prothèses et le degré de satisfaction des patients.

Ce qui semblerait enlever toute dimension psychopathologique. Mais selon l'auteur, les aspects psychologiques, anatomiques et techniques dans la réalisation d'une prothèse totale sont si étroitement liés, qu'il n'est peut-être pas possible d'affirmer la prédominance de tel ou tel facteur. (60)

3.2. Prothèse fixée dento ou implanto-portée.

La prothèse conjointe permet le remplacement de dents pas l'intermédiaire de systèmes mécaniques, dont les rapports morpho-structuraux avec leurs supports tissulaires, sont anatomiquement constants.

C'est en effet la fixité qui est l'argument essentiel de son choix.

« Pour le patient, ce « système » incorporé dont la désinsertion n'est pas possible lui donne un sentiment de sécurité. Pour la correction d'un édentement partiel, il s'ajoute l'illusion d'une récupération intégrale, lui procurant l'oubli d'une déchéance qui l'a plus ou moins préoccupé. L'affermissement général apparent qui en résulte le tranquillise. Sans nouveaux reliefs que ceux qu'il a connus avant de les avoir perdus, leur restitution lui redonne un sentiment de plénitude dont la récupération ne lui a pas demandé de grands efforts d'adaptation. » (74)

La restauration par prothèse fixée dento-portée peut être proposée pour améliorer l'esthétique des dents dont la teinte dénote de ses voisines, pour consolider une dent porteuse de restaurations coronaires importantes, pour corriger le plan d'occlusion, pour des dents délabrées avec forte charge occlusale, ou encore pour remplacer une dent absente. (3)



Figure 24 : Réhabilitation prothétique par prothèse fixée (cas P. Le Bars).

« De toutes les disciplines de notre Art, la prothèse fixée est apparemment celle qui relève plus de la mentalité de l'Ingénieur que de celle du Biologiste, parce qu'elle est surtout d'inspiration mécanique. L'objectif esthétique du praticien doit, autant que faire se peut, satisfaire les motifs du patient, en ce sens que l'erreur (à éviter) consiste en des réalisations techniques à l'imagination débordante et tortueuse... tandis que le patient n'en appréciera pas la forme. Or cette mentalité, et cette erreur d'appréciation conduit à considérer la technique comme une fin en soi. »

« On ne change pas impunément le sourire de nos jeunes patientes. Nos prothèses fixées ne sont pas des perruques. »

En effet, certains patients peuvent arriver en nous demandant d'améliorer leur sourire pour ressembler à telle ou telle personne. Nous l'avons vu, les médias nous assomment de sourires plus éclatants et parfaits les uns que les autres, et les patients veulent s'identifier à ces personnes. En ayant recours à des prothèses fixées pour modifier un sourire, il faut que le patient ait conscience que ce ne sont pas exactement ses dents naturelles et qu'il les intègre à son image corporelle. Sinon, il n'acceptera jamais ce sourire qui ne lui appartient pas. (85)

Il faut noter trois principaux inconvénients qui s'opposent à l'argument psychique de la fixité de ce type de prothèse :

- les exérèses tissulaires qu'elle impose
- les solidarisations parfois nécessaires, qui nuisent à l'expression physiologique naturelle des fonctions multiples de la dent
- ses éventuels descellements, pouvant être très mal vécus par le patient, surtout s'ils concernent des dents antérieures et qu'il se trouve en société. (74)

Le cas de prothèse fixée qui semble poser le plus de problèmes au patient sur le plan psychologique est lors d'une préparation de dents vivantes afin de remplacer une ou plusieurs dent(s) manquante(s) par un bridge. En effet, dans l'esprit du patient, il faut « tailler », donc « abîmer » des dents saines, il peut le vivre comme une détérioration.

Au contraire, la pose d'un bridge sur dents dépulpées ne suscite pas les mêmes réactions de la part du patient. En effet, ces dents sont déjà considérées comme « mortes » par le patient, et il ne se sent pas agressé par un acte thérapeutique qui détériorerait un élément en bon état.

Le cas des facettes est particulier, puisqu'elles sont réalisées dans un but esthétique.

En remplaçant la partie visible de l'émail dentaire par un substitut céramique esthétique, on se rapproche de très près du but que doit atteindre une prothèse : donner l'impression du vrai, ce qui a une incidence très positive sur la psychologie du patient.

En effet, c'est une technique très peu invasive (préparation amélaire) et qui permet de transformer le sourire très rapidement.



Figure 24 : Vue clinique d'une denture marquée par la fluorose, puis phase de préparation, et enfin réhabilitation par facettes collées, suivie d'une vue extra-orale. (Tirlet J., Attal JP)

3.3. Prothèse adjointe partielle ; amovibilité et son impact psychologique.

Les prothèses amovibles partielles peuvent être indiquées pour tous les patients ayant des dents absentes parce qu'elles sont esthétiques, non invasives et réversibles. (3)

Il faudra, pour une bonne intégration de sa prothèse, que le patient étende son narcissisme à celle-ci, c'est-à-dire qu'il l'intègre à l'image qu'il se fait de lui-même. Si ce processus n'est pas réalisé, ainsi que le travail de deuil des organes dentaires perdus, alors la prothèse amovible sera ressentie comme un corps étranger. (5)

D'après l'étude de Haugejorden et coll., en Norvège, portant sur un échantillon de 400 personnes et cherchant à comparer des événements dentaires à des événements de la vie, l'événement « avoir une prothèse amovible » a été situé entre « difficultés avec le (la) conjoint(e) » et « le (la) conjoint(e) part en retraite ». (5)

L'amovibilité d'une prothèse rappelle à tout moment au patient le souvenir d'une édentation totale ou partielle qui a pu être mal vécue.

« Il convient de toujours rappeler qu'il n'existe pas de personne heureuse de porter des prothèses amovibles, mais il existe des personnes qui se résignent à ces substituts. » (52)

Au cours d'une étude menée par J. Fiske et coll., où 50 personnes édentées sont interrogées, un homme répond, à propos de l'amovibilité de sa prothèse :

« Je me sens très mal quand je dois les enlever sur le fauteuil du dentiste, parce que j'ai l'air horrible. Je suis vieux, je ne devrais pas ressentir cela parce que j'ai 82 ans, mais c'est bien ce que j'éprouve. » (32)

Le fait d'enlever la prothèse pour la nettoyer renvoie le patient à sa condition d'édenté partiel ou total. Ce moment peut être extrêmement mal vécu, certains patients ne se regardent plus dans le miroir à partir du moment où leur prothèse n'est plus en bouche. (32)

En société, le patient a peur d'être « démasqué », au même titre que les porteurs de perruques cachant une calvitie. Ceci leur apporte un stress supplémentaire lors des repas avec d'autres convives, et empêche certains de rire naturellement. (32)

Ils se trouvent handicapés dans leur vie sociale, puisque leur prothèse, non fixée, peut les trahir.

3.4 .Prothèse adjointe complète.

3.4.1. Importance psychologique de la prothèse transitoire.

La prothèse adjointe partielle de transition est une prothèse qui permet de préparer le patient en douceur à l'édentation totale. Elle est évolutive et sera modifiée au fur et à mesure des extractions nécessaires.

Elle permettra une mise en condition des tissus, mais aussi une mise en condition esthétique du patient pour sa future réhabilitation d'usage.

En effet, le passage à cet état d'édenté total maxillaire n'est pas anodin et peut être extrêmement traumatisant pour certains patients, qui nécessiteront une préparation psychologique. Le but de la prothèse étant avant tout de corriger l'image négative de la vieillesse en s'opposant à un déclin sénile, il ne s'agit pas de le brusquer en lui imposant une édentation brutale.

Ce passage en douceur vers l'édentement total facilitera l'intégration psychologique lorsque des séquences chirurgicales particulières sont prévues : extractions difficiles, chirurgie parodontale nécessaire, etc.

Bien sûr, il faudra présenter au patient le bénéfice escompté par apport au surcoût engendré, et bien vérifier que ce bénéfice soit supérieur aux inconvénients encourus.

Selon Begin et Mollet, l'intégration fonctionnelle, esthétique et psychologique passe alors soit par une prothèse provisoire dont le but est le remplacement des dents absentes en attendant la réalisation de la prothèse d'usage, soit par une prothèse de transition dont la finalité est à la fois de remédier à l'édentement et de procéder à une mise en condition des tissus d'appui ou à une rééducation neuro-musculo-articulaire.

Cette dernière permet d'aboutir également à une certaine efficacité en termes de mastication et de phonation, à une satisfaction au niveau esthétique de la part du patient. En

effet, celle-ci étant évolutive, elle lui laisse le temps de donner son avis sur la teinte, forme des dents, et elle permet de remplacer à l'identique ses dents extraites lorsque le cas est favorable, sinon de remplacer chaque dent extraite dans la position choisie. Les dents naturelles peuvent même, avec l'accord du prothésiste, être utilisées comme dents prothétiques et coulées dans la résine.

La prothèse de transition est donc très avantageuse pour gagner la coopération du patient, celui-ci subissant une édentation progressive et ayant le temps de s'adapter à l'amovibilité et au volume de la résine et à tout ce que cela implique comme traumatisme psychologique éventuel. (48)

D'autres auteurs tels que M. Postaire et M. Daas s'accordent à dire que ce type de prothèse provisoire constitue un supplément de travail pour le praticien, un inconfort pour le patient, et que la prothèse d'usage qui fait suite est alors généralement plus délicate à intégrer. Selon eux, les extractions en plusieurs « étapes » ont l'inconvénient de multiplier les désagréments liés à ces interventions (« mutilations » successives à expliquer au patient). (71)

Il convient aussi de préciser que certains patients supporteront très bien une édentation rapide, leurs dents n'étant pour eux qu'une source de problèmes et d'inconfort.

Par conséquent, pour ce type de patients, la prothèse immédiate sans étape préalable peut être indiquée alors que chez d'autres le passage par une prothèse transitoire se justifie. (48, 28)

3.4.2. Prothèse adjointe complète.

Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la perte des dents constitue une véritable amputation. Afin de retrouver les fonctions de mastication, de phonation, ainsi qu'une esthétique convenable, la personne édentée totale pourra s'orienter vers la mise en place d'une prothèse totale, qui représente en premier lieu, ne l'oublions pas, un corps étranger à l'intérieur de la bouche.

À chaque stade du traitement, tout doit être mis en œuvre pour éduquer le patient à l'intégration de cet artifice de compensation.

Aujourd'hui, le stéréotype de l'image du « dentier » est encore bien présent, en témoignent le nombre de publicités ou de caricatures, de dessins le mettant en scène.



Figure 25 : L'image du "dentier" dans le verre, un classique.

Il est vrai que l'on peut avoir à en porter même à un âge assez jeune, mais il faut garder à l'esprit que pour une personne âgée, cette prothèse s'intègre en plus dans un processus d'affaiblissement général de l'organisme. (63) L'objectif sera alors d'obtenir une amélioration ou tout au moins le maintien des fonctions orales. (46)

Il a été constaté (52) que dans le cas d'un patient âgé, l'acceptation était facilitée par la présence d'une prothèse amovible partielle antérieurement. Elle prépare à l'amovibilité des organes dentaires prothétiques, aux difficultés fonctionnelles, et favorise l'intégration psychologique.

« Quand un patient du 4^e âge doit passer d'une prothèse partielle à une prothèse complète, je pense qu'il peut y avoir une insuffisante volonté d'adaptation, et même de vivre, qui met obstacle au succès. Lorsqu'on fait déménager un vieillard trop tard, on déclenche souvent des psychoses séniles. J'admettrais volontiers qu'il en serait de même, si on lui impose une prothèse totale trop tard. » (53)

3.4.2.1. Aspect psychologique du patient porteur d'une PAC.

Dans le Manuel de Psychologie odontologique, G. Abraham, G. Landoni et W. Pasini illustrent par plusieurs cas cliniques différentes réactions au port de prothèses amovibles.

Nous allons en citer deux :

- La prothèse pour socialiser.

Daniel, 80 ans bien portés, est l'hôte d'une maison de repos moderne et accueillante ; il est très cordial et, parlant avec brio, il m'expose avec clarté son problème : ses vieilles prothèses n'ont plus la stabilité d'avant.

« Vous savez, docteur, quand je suis à table avec les autres convives de la maison, j'ai du mal à manger, mais ce qui me gêne surtout, c'est de devoir m'interrompre de parler parce que ma prothèse bouge. Daniel m'explique que malgré son âge et quelques petites infirmités, il aime beaucoup converser, faire de petits voyages, voir des expositions, être en bonne compagnie. Malheureusement ses prothèses sont maintenant devenues un obstacle en plus. Une restauration de la base avec un conditionneur muqueux est immédiatement exécutée et on obtient ainsi une bonne stabilité dès la première séance. Dès qu'il constate ce bon résultat, Daniel rayonne d'une joie communicative. Souriant, il me demande aussitôt d'appeler son accompagnatrice :

-Eh bien, madame, je vais désormais pouvoir me lancer dans de grandes conversations !

Et, glissant son bras sous le sien, il sort du cabinet, me laissant assez ému.

Successivement, en complétant le travail, j'ai non seulement veillé à sa qualité, mais aussi à ce que le patient ne sorte jamais du cabinet sans sa prothèse : son malaise aurait été trop grand. Daniel astiquait sa prothèse comme il faisait avec son ancienne voiture !

Dans ce cas, une prothèse n'est pas seulement bien acceptée, c'est aussi un instrument pour maintenir des rapports sociaux et conserver cet élan vital qui permet à beaucoup de personnes âgées de vivre leur quatrième âge en participant activement à la vie de tous les jours.



Figure 26 : Amélioration du soutien des lèvres grâce à la prothèse totale bimaxillaire.

- Le patient mécontent.

André, 60 ans, marié, père de 6 enfants, est de très mauvaise humeur à la première consultation.

« -Je n'arrive plus à manger avec ce truc qui bouge dans ma bouche ; votre confrère m'a convaincu de l'utilité d'arracher mes dents parce qu'elles bougeaient, en me faisant croire que je mangerais mieux avec un dentier... et bien, je ne mange que de la rage ! Essayez, vous, de remédier à cette situation, parce que ça ne peut pas continuer comme ça. »

C'était me trouver face à un patient décidément agressif et qui me demandait, à moi confrère du précédent, de remédier à une situation difficile dont je n'étais pas directement responsable. Je risquais de devenir le bouc émissaire de l'insuccès du confrère. Tout en écoutant ces plaintes, je pensais : « Quand il aura fini, je le renverrai au responsable des dégâts. »

Mais après avoir réfléchi, je répondis : « Ecoutez, je ne sais pas dans quelle mesure je peux réparer les choses : en tous cas, si vous désirez que j'intervienne, j'ai besoin de votre collaboration pour bien comprendre ce que vous souhaitez obtenir. »

Un bref entretien a permis de voir que le malaise et la rage étaient liés au fait d'avoir « subi » les extractions, et de s'être retrouvé avec un dentier dans la bouche presque par hasard, sans en avoir saisi le pourquoi. Il n'y avait pas eu d'intégration psychomécanique, fondamentale pour le bon fonctionnement de la prothèse : André aurait dû être préparé à recevoir dans sa bouche ce corps étranger qu'est un dentier : c'est une opération qui doit être suivie avec le plus grand soin, en tenant compte également du profil psychologique.

En travaillant avec lui, je l'ai écouté et j'ai utilisé ses sensations et ses suggestions pour obtenir un produit technique fonctionnel. André a perçu le rétablissement d'une phonation correcte et de sa mastication d'autrefois, non plus comme un événement subi, mais comme une conquête, le résultat d'un effort actif de participation.

Mon confrère, compétent sur le plan technique, avait commis une grave erreur psychologique et André avait vécu l'extraction de ses dents comme une violence, leur substitution par un dentier comme l'intrusion d'un corps étranger vécue passivement.

Pourtant, les traitements dentaires devraient contribuer à promouvoir l'estime de soi et favoriser une vie sociale active. De fait, la restauration de la fonction et le rétablissement de l'harmonie dento-faciale ont une incidence directe sur l'amélioration de la qualité de vie des patients. (7)

Par ailleurs, si le pourcentage d'édentés totaux est en diminution, les études démographiques indiquent qu'avec le vieillissement des populations leur nombre restera le même pour les 30 ans à venir.

Il faut donc apprendre à faire accepter à nos patients, les préparer au port d'une prothèse complète. L'exemple cité ci-dessus nous montre le travail à commencer dès les extractions. Il faut être à l'écoute de nos patients.

Puis vient la réalisation prothétique.

Selon J. Lejoyeux (50) :

« Plus la prothèse est stable, voire rétentive, plus l'intégration psychique a de chances de se réaliser. Ceci lui donne une sensation de sécurité, de vérité, de confort.

Seule la fixité d'une prothèse peut l'apparenter à une arcade naturelle. Dans les cas les plus favorables elle peut même arriver à effacer progressivement le caractère irrémédiable et irréversible de l'édentation totale. »

La présence d'une prothèse amovible est assez mal vécue par les hommes, qui n'arrivent pas à intégrer la notion d'artifice comme les femmes. En effet, ces dernières, habituées à du maquillage par exemple, peuvent ressentir leur prothèse comme un atout. Pour elles, la prothèse est un artifice de plus, au même titre que le maquillage ou les bijoux, et elles espèrent pouvoir améliorer leur sourire avec celle-ci. Elles ne sont que 55% à regretter leurs dents naturelles qui étaient d'après elles cariées, abîmées, en malposition.

Les hommes quant à eux sont 75% à déplorer la disparition de leurs dents naturelles et le même pourcentage à vouloir retrouver exactement le même sourire qu'avant. (12) Il exerce sa puissance de persuasion verbalement, et la présence d'une prothèse amovible met en péril cette puissance. C'est pour cela que certains décident de ne pas informer les membres de leur famille de cette prothèse, ce qui pourrait compromettre, selon eux, leur autorité de patriarche. (12)

3.4.2.2. Le choix des dents, une étape cruciale.

En prothèse complète, le choix des dents antérieures reste une étape délicate à franchir, pour parvenir à la plus juste harmonie entre le visage et les dents prothétiques, tant par leur teinte que par leur forme et leur dimension. C'est pourquoi la démarche se doit d'être rationnelle. (7)

Voici l'exemple d'une approche proposée par R. Benbelaïd et P. Kassab (2007):

1) Enregistrement du rapport maxillo-mandibulaire et choix de la forme.

Avant le choix de la forme, il est indispensable de rétablir, à l'aide des maquettes d'occlusion, la hauteur de l'étage inférieur du visage et de retrouver le soutien des musculatures labiale et jugale. Ceci permettra d'obtenir la plus juste appréciation des volumes, tant de face que de profil. Cet enregistrement nous permettra de définir la hauteur des dents prothétiques, ainsi que leur position dans le plan antéro-postérieur.



Figure 27 : Les bases d'occlusion sont réglées pour assurer un soutien harmonieux des tissus mous. (C. Rignon-Bret)

Pour la forme des dents, la règle de Williams peut être utilisée : elle fait correspondre la forme inversée du visage à la forme de l'incisive centrale. Dans le but de faire ressortir le facteur personnalité, il est conseillé de choisir des formes arrondies pour le caractère féminin et des formes plutôt carrées pour le caractère masculin. Dans ce sens, le FormSelector peut être utilisé : il propose une forme de dents à angles arrondis et une forme à angles marqués. Pour chacune d'elles, 4 dimensions pour le groupe incisivo-canin sont proposées, en fonction de la distance inter-alaire (distance entre les ailes du nez).

2) Matérialisation des repères esthétiques sur le bourrelet maxillaire.

La ligne inter-incisive est tracée dans le prolongement du philtrum, lorsque le patient esquisse un sourire.

La distance entre la ligne haute du sourire et le bord libre du bourrelet permet de déterminer la hauteur de l'incisive centrale.

Concernant les pointes canines, deux situations peuvent être proposées :

- pointes canines=dans le prolongement des ailes du nez (indice de Lee)

- pointes canines=au niveau du prolongement de la médiane entre la pupille et les ailes du nez.



Figure 28 : Une réglette souple permet de mesurer la distance inter-canine sur le bourrelet et de la reporter sur les cartes de forme sur lesquelles le groupe incisivo-canin est représenté à l'échelle 1 (C. Rignon-Bret).

3) Choix du groupe incisivo-canin sur la carte de forme.

La dimension du groupe incisivo-canin, mesurée sur le bourrelet, est reportée sur la carte de forme en tenant compte de la forme retenue pour l'incisive centrale.

La caractérisation du sourire peut se faire à cette étape en modulant l'aspect masculin ou féminin du patient, par le choix d'incisives latérales et/ou de canines dans un autre jeu de dents.

Concernant la teinte des dents prothétiques, la couleur des cheveux, des téguments et des yeux doit être prise en compte, contrairement au cas de l'édentement partiel, où l'harmonie sera recherchée avec les dents restantes. (73)

La couleur des dents mandibulaires quant à elle, est choisie par le praticien, souvent identique à celle des dents maxillaires. Par contre, comme l'écrivent O. Hübner et M-V. Berteretche, les modifications suivantes peuvent être apportées (39) :

- en cas de classe II, la saturation des dents mandibulaires sera réduite pour les rendre plus apparentes et ainsi compenser leur position en retrait ;
- en cas de classe III, la saturation pourra être augmentée pour les dents mandibulaires, qui apparaîtront moins.

Cependant, ces données ne sont que des repères qui aboutissent à des réalisations prothétiques justes, mais qui restent « standardisées ». De plus, les critères utilisés font référence à la dentition d'un adulte jeune. Les prothèses ainsi conçues pour les patients âgés présentent des dents régulières, de couleur uniforme au sein d'un parodonte en pleine santé. Or, la dent comme le reste de l'organisme vieillit, et le patient denté âgé n'a plus ses dents de 20 ans. (10)

Nous aborderons dans le chapitre suivant les notions de personnalisation du sourire.

Le résultat de l'ensemble de la démarche est la satisfaction pour le patient de retrouver l'identité et la personnalité de son sourire.

D'autres paramètres entrent bien sûr en jeu lors du choix des dents comme le sourire antérieur (ne pas tomber dans un stéréotype peut-être parfait pour le praticien, mais où le patient ne se reconnaîtra pas), l'espace disponible, les rapports intercrêtes... Il est aussi recommandé de tenir compte de l'avis de l'entourage, ainsi que d'éventuels documents pré-extractionnels. (73)

Les séances d'essayage esthétiques ne doivent pas être négligées avant la mise en moufle des prothèses, et ils doivent être approuvés par le patient.



Figure 29 : Les nouveaux sourires correspondent aux personnalités et s'intègrent harmonieusement dans le visage des patientes. (C. Rignon-Bret)

Dans une enquête réalisée par C. Bertrand, V. Dupuis et T. Laffite, il est mis en évidence que retrouver son sourire de jeunesse est un désir universel pour l'édenté total.

3.4.2.3. Personnalisation du sourire.

Malgré l'influence croissante des médias, qui montrent des sourires aux dents (trop ?) blanches et alignées, il faut tenter de modérer les patients qui nous demandent ce genre de sourire impersonnel. Il pourra alors être judicieux de personnaliser le sourire en fonction des facteurs sexe, âge, personnalité, issus de la dentogénétique.

La notion d'harmonie entre l'individu et ses dents a été développée sous ce terme de dentogénétique, décrit par Frush et Fischer :

« La dentogénétique est l'art, la pratique et les techniques permettant, en odontologie prothétique, d'obtenir un sourire expressif, c'est-à-dire propre à ajouter charme, caractère, dignité ou beauté. » (73)

« Les règles principales sont que tout ce qui est féminin est arrondi, tout ce qui est masculin, carré, anguleux, que ce soit au niveau de la forme des dents ou de la ligne du sourire. (73)

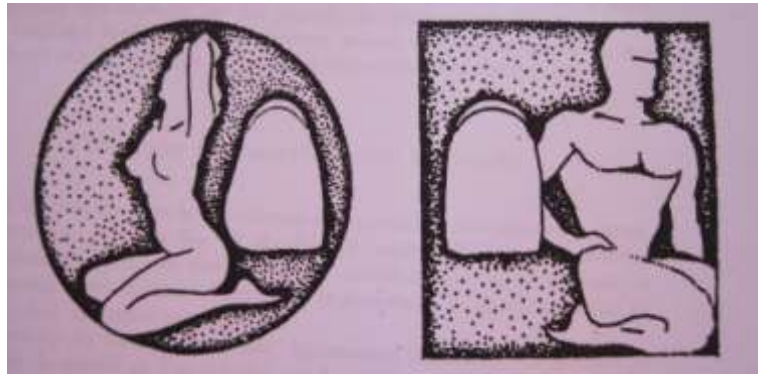


Figure 30 : Les dents arrondies évoquent la douceur des formes féminines et des dents plus anguleuses sont plus masculines.

La position des dents et leur agencement vont permettre de souligner les facteurs sexe, personnalité et âge. Pour un homme vigoureux, une expression plus dure est obtenue par la rotation mésiale de l'incisive latérale alors que le bord mésial d'une latérale chevauchant le bord distal d'une centrale, en diminuant l'importance de celle-ci, donne un aspect plus doux, plus féminin.



Figure 31 : Position de l'incisive latérale comportant une qualité de douceur féminine.



Figure 32 : Une expression plus dure et masculine est obtenue par la rotation mésiale de l'incisive latérale.

Plus la courbe du sourire est accentuée, plus elle fait jeune et féminin, car avec l'âge, les dents s'abrasent suivant une ligne presque horizontale, traduisant ainsi un caractère masculin. Enfin, certaines versions ou malpositions ou, encore, certains meulages permettront de personnaliser, de faire ressortir certains traits de caractère particuliers du sujet. »

De légères modifications de forme, de dimension, de position, voire de couleur des dents peuvent être apportées. (8, 26)

L'ensemble de ces animations ne doit en rien rompre l'harmonie générale, mais elles peuvent transformer l'équilibre un peu statique obtenu en un équilibre dynamique où les variations produites renforcent l'esthétique de la restauration prothétique. (39)

En effet, les dents fournies aux prothésistes sont des dents « jeunes », non caractérisées, sans usure. Ils peuvent donc être amenés, en collaboration avec le praticien, à en modifier la taille et la forme pour s'adapter au mieux au patient concerné. (7, 40) Il est possible de simuler des abrasions et usures dentaires, ainsi que des récessions gingivales, des diastèmes ou encore des migrations dentaires, afin de coïncider au mieux au « passé » dentaire et à l'âge apparent du patient.

La possibilité de choisir des dents de saturations différentes, comme en denture naturelle, contribue à accentuer la symétrie radiante du sourire et à rompre l'uniformité de couleur des dents prothétiques. Au-delà, les techniques de maquillage des dents en résine ou en porcelaine permettent de reproduire des dents encore plus naturelles. La fausse gencive pourra elle aussi être modifiée, surtout au niveau le plus apparent lors du sourire, la papille inter-dentaire. (26)

Ces modifications devront bien sûr être validées par le patient lors de l'essayage du montage des dents sur cire avant d'être transformées en prothèse d'usage. (8)

Le praticien ne doit pas tomber dans l'excès du maquillage systématique, car certains patients n'en sont pas demandeurs. (51)

La notion d'esthétique comportant une bonne part de subjectivité, il est important que la décision finale incombe au patient, sous peine de se retrouver avec un sujet qui ne se reconnaît pas dans le miroir ou se sent en désaccord avec l'image corporelle dont nous avons longuement parlé précédemment. Au final, une intégration prothétique réussie est conditionnée par la restauration de l'harmonie dento-faciale du patient.

De plus, nous assistons à un tel essor et une telle vulgarisation par les médias de tout ce qui concerne les progrès en termes d'esthétique qu'il est normal que les patients, de plus en plus informés, en fassent de plus en plus la demande, même des patients très âgés. (65)

En effet, malgré le fait que la prothèse « invisible », celle que l'on ne voit pas, est celle que le patient accepte le mieux psychologiquement, il n'en demeure pas moins vrai que la pression médiatique sur les seniors de l'an 2000 ne doit pas être négligée. Le patient qui réclame des dents blanches et bien rangées devra être entendu et écouté, sa prothèse devra répondre à ses critères, sous peine d'échec. (10)

Le maquillage des dents en résine est donc à utiliser avec parcimonie. Il est judicieux de l'utiliser en prothèse adjointe partielle pour une meilleure intégration de celle-ci parmi les dents naturelles.

Il permet également de minimiser l'impact négatif de la perte des dents, notamment en cas de prothèse immédiate où une reproduction des dents naturelles perdues, ou en tous cas un projet esthétique qui s'en rapproche, pourra être proposé.

Enfin, en prothèse complète, comme nous l'avons vu, les techniques de maquillage permettront de faire coïncider l'âge du patient, son sexe et sa personnalité avec ses dents prothétiques, leur position et leur teinte. (10)

3.4.3. Cas particuliers de la prothèse adjointe complète stabilisée sur implant et de la prothèse adjointe complète supra-radicaire.

Souvent, l'amovibilité de la PAC mandibulaire présente une rétention médiocre, ce qui lui confère une efficacité masticatoire jugée décevante. « Je voudrais que ma prothèse mandibulaire soit fixe, j'utilise des adhésifs lorsque je vais dîner chez des amis » sont des expressions qui nous sont rapportées. » (12)

Une prothèse amovible complète supra-radicaire ou supra-implantaire est donc définie comme une prothèse complète qui recouvre des racines dentaires et/ou des implants dentaires et les utilise pour améliorer la rétention, la stabilisation et la sustentation.

3.4.3.1. Prothèse adjointe complète supra radicaire.

Lorsqu'il ne persiste plus que quelques dents sur un maxillaire, il est fréquent que celles-ci ne présentent qu'une valeur intrinsèque et/ou extrinsèque limitée. Leur pronostic réservé indique généralement un passage à l'édentement total ou sub-total, le plus souvent sous forme de prothèse supra-radicaire.

La PAC supra-radicaire permet, grâce à la conservation de certains piliers dentaires, le passage progressif vers l'édentation totale. Elle permet en outre de préserver le volume osseux autour de ces piliers, et par conséquent une meilleure rétention. (48)

Le maintien et la conservation des racines sous-prothétiques fait appel à deux techniques : les racines enfouies ou les racines sur l'arcade sur lesquelles sont fixées des coiffes paraboliques, des attachements de semi-précision, des aimants. (39)

La conservation de ces racines peut permettre d'éviter des extractions peu compatibles avec l'état du patient ou au contraire de conserver une dent dont la reconstitution coronaire serait aléatoire, en limitant le bras de levier. Ces racines, surtout lorsqu'elles sont paires et symétriques, permettent d'augmenter favorablement le confort du patient. Elles peuvent éviter l'enfoncement, le déplacement ou la rotation d'une prothèse amovible partielle ou totale ; elles conservent une proprioception, ce qui permet au patient un contrôle plus fin de la mastication. (3)

Elle nécessite toutefois une certaine habileté et une bonne hygiène de la part de celui-ci, ainsi qu'une valeur des dents restantes suffisante et une bonne répartition de celles-ci sur l'arcade. (39)

L'apport psychologique n'est pas négligeable au moment de la pose : en effet, le patient accepte mieux une prothèse à appui muco-dentaire qu'une prothèse conventionnelle. Cela pourrait s'expliquer par le maintien de certaines unités dentaires, prévenant la crainte de perdre toutes ses dents. Toutefois, après un an, la différence de satisfaction entre les patients porteurs d'une prothèse conventionnelle ou d'une prothèse à recouvrement radicaire n'est pas réelle. (39)

3.4.3.2. Prothèse adjointe complète stabilisée sur implants.

La prothèse amovible complète supra-implantaire, reliée à deux implants placés au niveau symphysaire, est la thérapeutique de référence actuelle dans le traitement de l'édentement total mandibulaire.

Face à une prothèse amovible complète maxillaire, une prothèse amovible complète supra-implantaire mandibulaire trouve une indication majeure, de par sa simplicité d'exécution et son faible coût. (73) Les systèmes d'attachement les plus courants sont soit une barre de rétention, soit des attachements intra-coronaires axiaux dont les plus fréquents sont les attachements boules. Ainsi, ce système d'attachement doit permettre la rétention complémentaire d'une prothèse amovible complète bien conçue. La sustentation et la stabilisation sont assurées par les tissus ostéo-fibro-muqueux. (46)

Les fonctions sont améliorées : les mouvements mandibulaires ont une vitesse augmentée par rapport aux porteurs de prothèse adjointe complète conventionnelle, le temps des cycles masticatoires est diminué, les forces occlusales sont accrues, l'efficacité masticatoire est augmentée, et la phonation est améliorée. Ces effets sont rapidement ressentis.

S'en suit une augmentation de la satisfaction des patients porteurs de ce type de prothèse. Ils ressentent une amélioration de leur qualité de vie, ainsi qu'un meilleur confort et une meilleure stabilité prothétique. La mastication d'aliments variés est facilitée. (72)

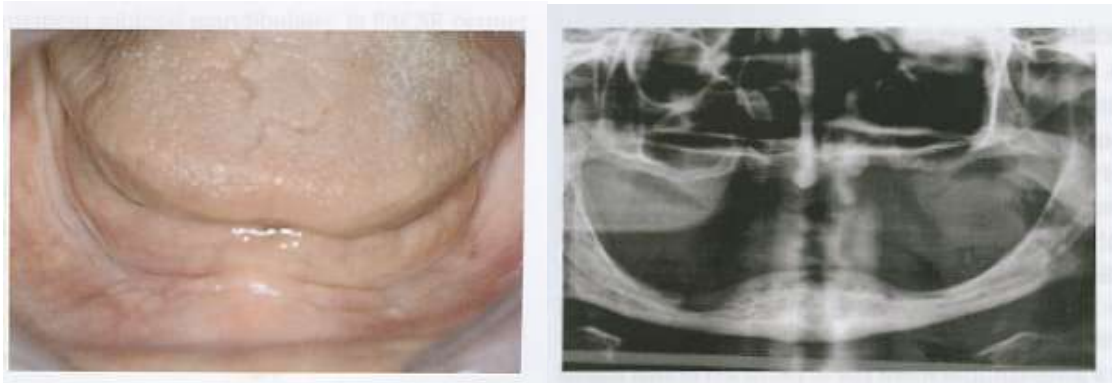


Figure 33 : Photographie intra-buccale et radiographie panoramique d'un patient présentant des crêtes osseuses résorbées. (72)



Figure 34 : Radiographie panoramique et photographie du cas traité par une prothèse complète maxillaire et une PACSI mandibulaire. (72)

Le chirurgien-dentiste peut avoir recours à l'implantologie lorsque la santé générale et la santé bucco-dentaire le permettent. Les indications seront limitées chez les personnes en perte d'autonomie et/ou non coopérantes, en raison de la difficulté de mise en place des mesures d'hygiène. (46)

De plus, les prothèses amovibles complètes stabilisées par implants ont un taux de réussite supérieur à celles stabilisées par racines naturelles, surtout à la mandibule. (3)

Ce type de prothèse totale implanto-portée offre la sensation d'une « troisième denture » et contrecarre le fatalisme dentaire associant vieillesse et prothèse amovible. (65)

L'avantage psychologique de ces deux types de restaurations prothétiques est aisément compréhensible : dans un cas, le fait de conserver des racines naturelles, auxquelles le patient est attaché, l'éloigne du traumatisme de l'édentement total et donc inconsciemment, d'un pas de plus vers sa propre mort. Dans le cas de la pose d'implants, ces derniers peuvent être intégrés par le patient comme ses propres racines. Enfin, dans les deux situations, la friction réalisée lors de la mise en place de la prothèse à l'aide d'attache est perçue comme une sécurité. (72)

Il faut tout de même noter que dans certaines situations cliniques défavorables, toute réhabilitation prothétique est inenvisageable et la seule alternative demeure l'adaptation de la texture des aliments. (46)

3.5. Prothèse maxillo-faciale.

Nous n'aborderons pas dans ce chapitre l'autre moyen de correction des anomalies dento-maxillo-faciales, qui est l'intervention chirurgicale. Nous allons traiter de la prothèse maxillo-faciale, parfois difficile à intégrer pour le patient de par son amovibilité.

Quelle qu'en soit l'origine, la mutilation faciale place au cœur de la démarche de réhabilitation la question de la souffrance psychique du patient. Un accompagnement et une relation d'aide thérapeutique s'avèrent indispensables pour la réussite du traitement prothétique, ainsi que pour le bien-être physique et moral du sujet. (91)

De nombreuses avancées ont été réalisées en prothèse maxillo-faciale, concernant :

- l'utilisation d'implants ostéo-intégrés pour une meilleure rétention
- les matériaux utilisés
- les techniques de modelage des différentes parties de la face.

Dans une étude réalisée en 1999 (61), les patients sont interrogés sur l'intégration tant physique que psychologique ou sociale de leur prothèse.

Il est mis en évidence que cette acceptation est différente selon l'origine de la perte : un patient qui bénéficie d'un traitement prothétique suite à un traumatisme s'adaptera mieux qu'une personne dont on a procédé à l'ablation d'une partie de la face à cause d'un phénomène néoplasique ou toxi-infectieux. Quant au remplacement d'un organe dont l'absence est d'origine congénitale, le ressenti est différent ; le patient n'ayant pas réellement subi une « perte », celui-ci s'adapte souvent plus facilement à sa prothèse que dans les deux autres cas.

Dans les deux premiers, le patient doit s'adapter deux fois : à la perte de son organe, puis à sa prothèse. Si la perte est un réel traumatisme, l'adaptation prothétique sera d'autant plus difficile, voire impossible. Nous pouvons mettre en commun cette observation avec la perte des organes dentaires. (61)

Lors d'une défiguration consécutive à une ablation de tissu tumoral, l'impact psychologique est tel que certains individus mutilés évoquent le désir de choisir la mort plutôt que de revivre cette expérience ou de voir s'étendre davantage l'ampleur de la mutilation.(91) Il est sous l'effet d'une double menace : celle de la maladie, avec une projection inéluctable dans la mort, et celle du préjudice esthétique visible ayant pour conséquence une perturbation avec le monde extérieur, avec plus ou moins de stigmatisation.

Selon Le Goues G.,

« Le degré d'atteinte de l'identité dépend du nombre et de l'importance des aspects du soi qui sont perdus, de la possibilité de les récupérer, de la capacité à découvrir de nouveaux modes d'action, de la capacité à transcender son corps, de la capacité à surmonter des pertes et à construire une nouvelle conception de soi-même autour de ces limitations et de ces désorganisations. » (49)

Les facteurs socioculturels qui interviennent englobent l'histoire et les habitudes de vie du malade, son âge, son sexe, ses principes d'éducation, ses représentations de la maladie et de la santé, son niveau d'études. Ces facteurs orientent le sujet vers des comportements de résistance ou au contraire de mobilisation des ressources. (91)

C'est dans l'espace d'attente entre le moment où le patient subit la perte de substance et le moment où la prothèse d'usage est en place qu'apparaissent les processus mentaux inhérents au travail de deuil et les problèmes liés à la modification du schéma corporel, à l'image de soi, à l'identité, au rôle socioprofessionnel et familial. (91) En effet, le visage est la seule partie du corps qui s'offre toujours à la perception d'autrui. La première communication est d'ordre visuel et nous comprenons la difficulté ressentie parfois comme un obstacle insurmontable par le sujet mutilé facial, l'adjectif « normal » tendant à définir dans l'inconscient collectif le profil physique indispensable à l'intégration dans le « groupe ». (91)

En proposant une réhabilitation prothétique au sujet mutilé, celui-ci a les moyens de gérer comme il souhaite l'information sur sa mutilation.

Ainsi, de nombreuses adaptations sont nécessaires dans la vie de tous les jours :

« Pour le patient, la prothèse est un corps étranger qui permet de dissimuler la mutilation qui le stigmatise, une pièce que l'on va chercher à intégrer au visage par le biais de maquillage. L'amovibilité de la prothèse assure une fenêtre de surveillance indispensable, mais renvoie au patient l'histoire de sa meurtrissure et la perturbation de son image corporelle. L'inertie mécanique et thermique de l'artifice prothétique oblige le patient à penser à son comportement dans la vie sociale et relationnelle : gestion des écoulements, des sécrétions, de l'alimentation, de la phonation et des problèmes d'hygiène. » (35)

Ensuite, il faut la plupart du temps utiliser des colles, qui peuvent ne pas résister à une forte chaleur, à du sport, etc. L'une des phobies des patients est que leur prothèse tombe en public. Dans l'étude citée, ce sont les porteurs de prothèse du nez qui ont le plus de difficultés quotidiennes (allergies, rhumes, peur de perdre leur prothèse).

Dans les cas cités, une relation d'aide est indispensable ; c'est une relation professionnelle permettant la prise en charge des souffrances tant sur le plan physique que psychologique endurées par le patient du fait de sa mutilation.

Elle intervient lors de l'annonce de la maladie, pendant l'hospitalisation, et après la chirurgie. (4)

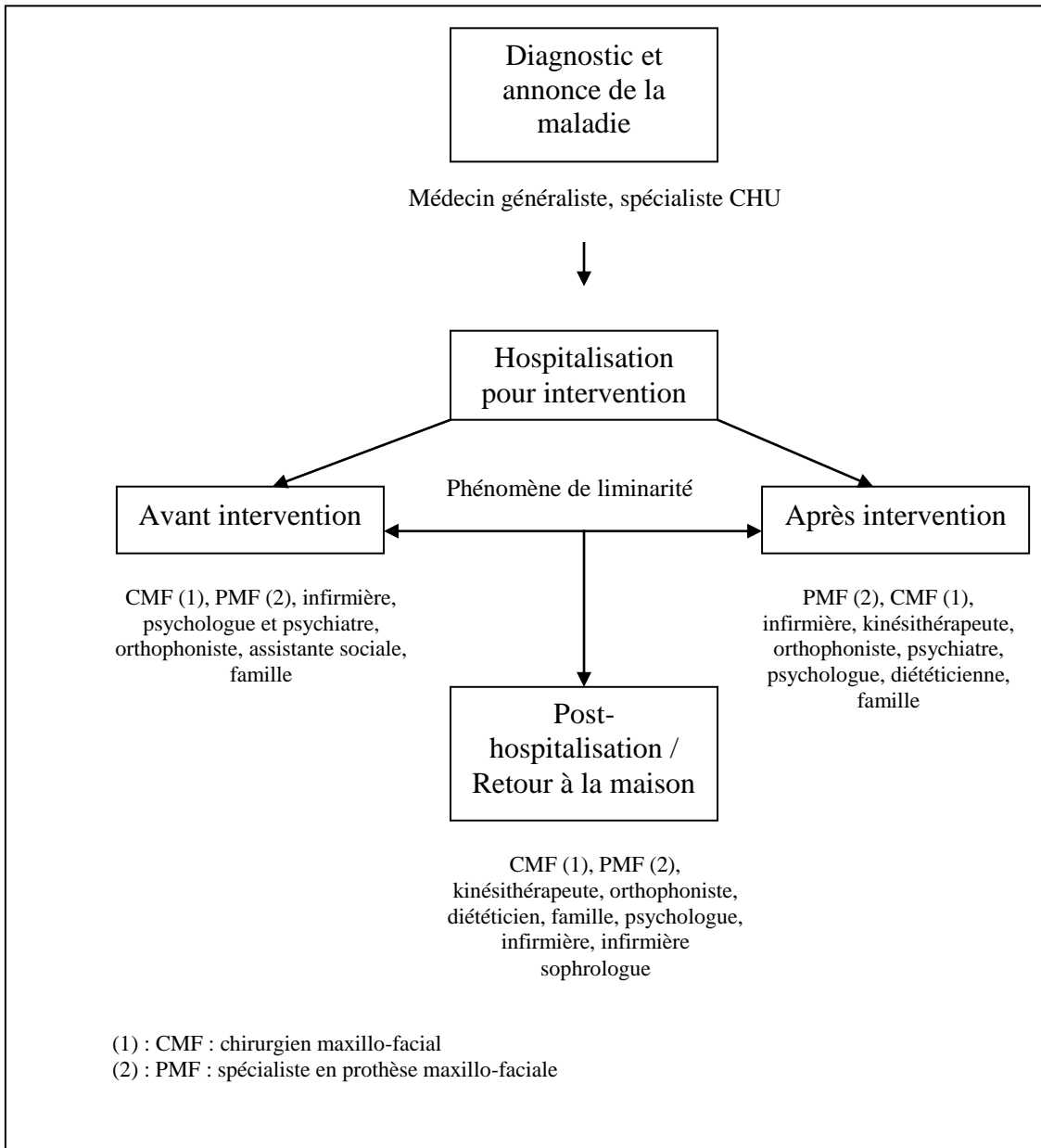


Figure 35 : Prise en charge psychologique et relation d'aide en cancérologie.

3.6 .Apport de la chirurgie plastique.

La chirurgie plastique est une spécialité chirurgicale qui répare ou remodèle une structure tégumentaire ou une forme du corps humain. Touchant presque toutes les régions anatomiques, excepté l'intérieur du crâne, du thorax et de l'abdomen, son champ d'action est vaste. Ses grands champs d'activités sont: chirurgie esthétique, chirurgie de la main, chirurgie crânio-faciale, chirurgie des brûlés, chirurgie reconstructive et chirurgie plastique pédiatrique.

Même si les femmes sont considérées comme plus narcissiques, plus névrosées et plus difficiles à satisfaire que les hommes, l'écart entre ces deux populations en termes de demande esthétique tend à se réduire voire à disparaître, ces derniers restant toutefois moins explicites dans leurs demandes.

Dans le domaine de la chirurgie maxillo-faciale, la satisfaction du patient qui s'est soumis à une telle intervention est conditionnée par deux facteurs : le résultat fonctionnel et le résultat esthétique.

« L'évaluation du résultat esthétique –il nous est facile de le comprendre- est conditionnée par la subjectivité du patient, par celle de sa famille et de son milieu. L'évaluation de la fonctionnalité, elle, bien que nettement plus mesurable en termes concrets, subit elle aussi des interférences de nature émotive, imputables au tableau psychologique qui suit. Il est nécessaire que le chirurgien envisage une approche des différentes phases du problème, et l'étude psychologique et émotive du patient a une importance capitale. » (63)

En 1976, Peterson et Topazian proposent pour l'entretien clinique les points de repère suivants :

- Degré de difformité.

Évidente, modérée, ou minime. Évaluer la capacité du patient à définir son problème et l'importance qu'il lui attribue.

Un patient dont la difformité est minime, mais qui est fortement anxieux, est en général un candidat défavorable à l'intervention. Les auteurs ont remarqué au contraire que le porteur d'une difformité évidente, mais dont le niveau d'anxiété est modéré, est un candidat plus favorable.

- Durée

Un patient affligé d'une malformation depuis de nombreuses années a plus de chances d'accepter positivement l'intervention.

- Nature

Généralement la correction chirurgicale des défauts de croissance entraîne un indice de satisfaction plus grand que la correction des défauts acquis comme par exemple les défauts post-traumatiques. Habituellement dans le premier cas, le patient attend surtout une amélioration, tandis que dans le second l'image corporelle précédente est idéalisée.

- Insertion sociale

Un travail stable et des relations affectives durables sont des présupposés favorables, de même qu'est importante l'absence d'événements stressants récents car ils s'additionneraient au stress de l'intervention. Une attention particulière doit être réservée aux traits paranoïaques du sujet, spécialement si son histoire comporte des précédents psychiatriques.

- Incidence de la difformité sur la personnalité du patient.

Le chirurgien doit évaluer les bénéfices, les avantages que le patient attend de l'intervention : comprendre s'il a le désir d'améliorer son aspect et sa mastication, ou s'il attend surtout la solution magique de ses problèmes affectifs, professionnels, ou, plus généralement, de socialisation.

- Motivation de l'intervention.

On distingue une motivation intérieure considérée comme valable et une motivation extérieure irréaliste. Pour celle-ci, le changement recherché est lié au milieu, tandis que dans la motivation intérieure, il se situe par rapport à soi-même. Les avantages que le patient pourra certainement en tirer dans sa vie relationnelle sont considérés comme secondaires par rapport à son changement intérieur.

- Attentes.

Réalistes ou irréalistes.

Il est important que le chirurgien explique avec un langage clair et précis, à l'aide même peut-être des photographies de cas similaires, ce que l'on peut et ce que l'on ne peut pas obtenir grâce à l'intervention. Ceci permet d'éviter les attentes qui tiennent du miracle et qui vont jusqu'à nier la réalité. Insister sur l'amélioration plutôt que sur la perfection du résultat est une précaution qui ne doit jamais être oubliée.

- Le patient à risque du point de vue psychologique.

La présence de problèmes psychologiques ne constitue pas nécessairement une contre-indication si tous ont été identifiés et traités au préalable. Cela ne veut pas dire qu'il faille justifier les manœuvres psychologiques destinées à faire émerger, malgré la résistance réelle ou apparente du patient, ce qu'on appelle les « motifs inconscients » que le chirurgien craint de voir interférer dans l'acceptation complète de son travail.

Nous l'avons vu dans les parties précédentes, toute anomalie de la face ou des dents, quelle que soit son origine, peut affecter profondément la personnalité des patients. Tout problème d'ordre physique est susceptible de provoquer des désordres d'ordre psychologiques pour la personne concernée, puisque dans l'inconscient collectif, ce qui est beau est bon, et il y a souvent des associations entre méchanceté et défaut physique.

Ce problème physique peut parfois être à peine perceptible à cause des réflexes d'évitement et des tentatives de dissimulation de la part de ces derniers (mettre la main devant la bouche lors du sourire, essayer de n'exposer à l'interlocuteur qu'une partie du visage, etc).

Il suffit que cette difformité soit en désaccord avec l'image que se fait le patient de lui-même pour engendrer de sérieux problèmes lors de ses relations interpersonnelles. Il en ressort que les personnes qui ont une difformité faciale sont des sujets particulièrement à risque : en effet, la conscience d'une infirmité physique peut conduire à un sentiment d'incapacité.

De nombreux patients interrogés sur les bénéfices de la correction chirurgicale de leur difformité répondent que l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes a été nettement accrue, ce qui a facilité leurs rapports sociaux.

Il faut ainsi bien faire la distinction entre deux types de patients : ceux qui ont recours à la chirurgie maxillo-faciale, et ceux qui ont recours aux interventions de chirurgie plastique. Dans le premier groupe, le pourcentage des sujets qui ont une perception réaliste du problème et une motivation intérieure est beaucoup plus élevé que celui des patients du second. Les premiers ont un défaut fonctionnel en plus d'un défaut esthétique, ils sont souvent adressés par un chirurgien-dentiste ou un médecin, alors que les seconds viennent souvent de leur propre chef.

Avec l'évolution des mentalités, l'augmentation de l'accès aux informations grâce aux médias et la recherche de la perfection physique grandissante, il se peut que les demandes de chirurgie maxillo-faciale, au vu des résultats esthétiques qu'elle engendre prennent de plus en plus d'ampleur. Le pourcentage de sujets qui font une demande précise d'amélioration esthétique pourrait augmenter et l'évaluation psychologique préopératoire prendra, par conséquent, une importance croissante.

Ainsi, avant toute intervention ayant un impact esthétique, il est important d'analyser les attentes du patient, de poser des limites sur ce qu'il est possible ou non d'obtenir, et de préparer le sujet à un impact psychologique inévitable post-opératoire : il faudra intégrer la modification corporelle survenue, et il est fortement conseillé d'orienter le patient vers un accompagnement psychologique dès la phase préopératoire.

Après l'intervention, il est nécessaire que le chirurgien continue à maintenir un rapport avec ses patients pendant au moins deux ans, afin de les accompagner lors des différentes phases de cicatrisation et les moments critiques.

Conclusion

Nous avons abordé les significations inconscientes de la dent et essayé d'en retrouver les racines dans le passé de l'Homme, dans son enfance mais aussi dans son quotidien où des images de dentitions parfaites, signes de bonne santé et de beauté, sont omniprésentes.

La bouche est l'organe de la sensualité par excellence, alors que l'on vient l'explorer sans précautions et c'est la débâcle psychologique !

Le chirurgien dentiste se doit d'avoir une réflexion sur l'Homme en tant que sujet à part entière, dans toute sa complexité, et de ne pas tomber dans une technicité systématique. Pour être acceptée, toute intervention doit être préparée avec un vrai dialogue et beaucoup d'empathie.

Ce n'est pas anodin si tant de caricatures représentent les chirurgiens-dentistes comme des êtres dénués de toute capacité d'écoute ; certains se retirent de cette dimension relationnelle pour favoriser le côté si habile qui caractérise la profession.

Pourtant, le meilleur chirurgien-dentiste du monde sur le plan technique, s'il est dépourvu de certaines aptitudes humaines, connaîtra lui aussi des problèmes d'acceptation de la part de ses patients.

Nous avons retracé, au travers de cette thèse, les raisons de la nécessité de doter la relation de soins d'une dimension psychologique, au risque de se heurter à de désespérants échecs.

Il faut composer avec la denture initiale du patient, ses aspirations plus ou moins avouées, les moyens dont on dispose, mais pas seulement. C'est un échange humain particulier et unique qui a lieu, avec à chaque rendez-vous un contexte différent, et ce pour les deux protagonistes.

Ils se doivent de se faire confiance afin de progresser vers le même but : retrouver le bien-être recherché par le patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

- 1. ACKERMANN R et POMPIANS L.**
Stomatologie et psychiatrie.
Actual Odontostomatol (Paris) 1962;57:89-97.
- 2. ALLENDY R et ALLENDY J.**
La dent, fonction de la personnalité de l'individu.
Med Hyg (Genève) 1962;519:761.
- 3. AMOURIQ Y, BODIC F, LE GUEHENNEC L et LE BARS P.**
Adaptation des soins prothétiques chez les patients âgés.
Real Clin 2007;18(2):167-180.
- 4. BACH K, FONTES-CARRERE M et POMAR P.**
Prise en charge psychologique et relation d'aide en cancérologie (dans le cadre de la restauration maxillo-faciale).
Actual Odontostomatol (Paris) 2003;224:379-392.
- 5. BATTEGAY R.**
Psychologie en médecine dentaire. Signification psychologique des dents et des interventions sur celles-ci.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 1994;104(8):972-980.
- 6. BEGIN M et MOLLO P.**
Prothèses temporaires en prothèse adjointe.
Real Clin 1994;5(1):75-90.
- 7. BENBELAÏD R et KASSAB P.**
Prothèse complète et choix des dents. « Le sourire retrouvé ».
Chir Dent Fr 2007;1317:39-43.
- 8. BENBELAÏD R et POSTAIRE M.**
Indices faciaux et choix de la dimension des dents antérieures en prothèse adjointe complète.
Cah Prothèse 1995;89:45-54.
- 9. BERTERETCHE MV.**
L'équilibration en prothèse complète. Aspects psychiques, physiologiques et biomécaniques.
Actual Odontostomatol (Paris) 1996;196:559-577.
- 10. BERTERETCHE MV, CIERS JY et HÛE O.**
Vieillesse des dents naturelles et maquillage en prothèse amovible.
1^{ère} partie : les dents résines.
Synergie Prothétique 2000;2(4):271-283.

11. BERTRAND C et DUPUIS V.

Communication : comment optimiser la relation praticien-patient en prothèse complète.
Cah Prothese 1998;102:33-40.

12. BERTRAND C, DUPUIS V et LAFFITE T.

Retrouver le sourire en prothèse adjointe totale. La prothèse sans y penser.
Cah Prothèse 1996;93:59-69.

13. BESTAUX M.

La bouche organe érotique par excellence.
Inf Dent 2008;**90**(32):1761-1766.

14. BONAPARTE M.

L'homme et son dentiste.
Semaine Dent 1933;3:933-938.

15. BOOS RH.

Preparation and conditioning of patients for prosthetic treatment.
J Prosthet Dent 1959;**9**(1):4-10.

16. BROCHERE F.

Approche et aperçus psychologiques des personnes âgées.
Actual Odontostomatol (Paris) 1973;103:484-487.

17. BROCHERE F.

Bases psychologiques de l'autorité du praticien sur son client.
Actual Odontostomatol (Paris) 1948;3:285-309.

18. BUDTZ-JORGENSEN E et MOJON P.

Epidémiologie de l'édentement total.
Real Clin 1997;**8**(4):359-367.

19. BULL R et RUMSEY N.

The social psychology of facial appearance. 1rst ed.
New York : Springer-Verlag, 1988:1-29.

20. CADOU X et VINCENT JL.

Relation du praticien et du patient point de vue psychologique.
Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie, 22010 A⁰⁵, 1997, **12**.

21. CARLSSON GE, WAGNER IV, ODMAN P et coll.

An international comparative multicenter study of assessment of dental appearance using computer aide image manipulation.
Int J Prosthodont 1998;**11**(3):246-254.

22. CHIEZE JB.

Se perfectionner en esthétique.
Chir Dent Fr 2008;1359:26-32.

- 23. CONS N, JENNY J et KOHUT F.**
Utility of the dental aesthetic index in industrialized and developing countries.
J Public Health Dent 1989;**49**(3):163-166.
- 24. DAVIS DM, FISKE J, SCOTT B et RADFORD DR.**
The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study.
Br Dent J 2000;**188**(9):503-506.
- 25. DESCAMPS MA.**
La symbolique dentaire.
Rev Odontostomatol (Paris) 1976;**5**(6):427-438.
- 26. DEVIN R..**
La dentogénique, une conception actuelle de l'esthétique dentaire. Analyse, interprétation et commentaire.
Actual Odontostomatol (Paris) 1961;**53**:7-61.
- 27. DION KK, PAK AW et DION KL.**
Stereotyping physical attractiveness : a sociocultural perspective.
J Cross Cult Psychol 1990;**21**:158-179.
- 28. DUPUIS V.**
Personnes âgées et dénutrition.
Chir Dent Fr 2007;**1317**:45-49.
- 29. DUPUIS V, LAVIOLE O et CLAVERIE B.**
Aspects psycho-fonctionnels de l'intégration prothétique chez l'édenté complet.
J Dent Que 1987;**24**:421-424.
- 30. ERI I, YORAM BT et KOSTOVETZKI I.**
At first glance : social meanings of dental appearance.
J Public Health Dent 2001;**61**(3):150-154.
- 31. FERRAN P et BOUSQUET A.**
Pourquoi le médecin généraliste doit-il conseiller une restauration prothétique à une personne âgée ?
Chir Dent Fr 1985;**299**:55-56.
- 32. 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.
- 33. FREUD S.**
Introduction à la psychanalyse.
Paris : Payot, 1965.
- 34. GALINIE A.**
L'importance psychologique du geste thérapeutique.
Rev Odontostomatol (Paris) n°spécial « psychologie » 1981;**10**(3):233-238.

- 35. GIBERT Y, SOULET H et BLANDIN M.**
Incidences psychologiques de l'édentement total.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23325 B⁰⁸, 1987, **4**.
- 36. GOLDBERG M.**
La bouche et la dent images et symboles.
Rev Fr Odontostomatol 1969;**16**(7):943-950.
- 37. HELD R.**
Le dentiste et son patient.
Rev Fr Odontostomatol 1958;5:1935-1942.
- 38. HÖFEL L, LANGE M et JACOBSEN T.**
La beauté et les dents : perception de la couleur des dents et son influence sur l'appréciation de la beauté du visage.
Parodont Dent Rest 2007;**27**(4):348-357.
- 39. HÜE O et BERTERETCHE MV.**
Prothèse complète. Réalités cliniques. Solutions thérapeutiques
Paris : Quintessence International, 2004.
- 40. HÜE O, NARDARI C et BERTERETCHE MV.**
Vieillesse des dents naturelles et maquillage en prothèse adjointe.
2^{ème} partie : les dents en porcelaine.
Synergie Prothétique 2000;**2**(5):327-338.
- 41. HUGLY C.**
Le symbolisme de la bouche et des dents : de l'amour à la mort.
Tonus Dent 1983;30:29-33.
- 42. JAMSHIDI M.**
La psychologie et les problèmes de réhabilitation buccale.
Chir Dent Fr 1973;188:41-43.
- 43. JAUDOIN P, COUTAREL-FOND C et MILLET C.**
Aspects psychologiques de l'édentation totale.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23325 B⁰⁸, 2007, **7**.
- 44. JOUVEAU C.**
Symbolisme psychologique de la bouche.
Rev Fr Odontostomatol 1972;109:25 .
- 45. LAMENDIN H.**
Anecdodotes.
Paris : Aventis, 2002.
- 46. LASSAUZAY C, NICOLAS E et VEYRUNE JL.**
Fonction masticatoire et sénescence.
Real Clin 2007;**18**(2):159-166.

- 47. LAURENT AG.**
La bouche magique.
Annecy : Dépollier, 1977.
- 48. LE BARS P, BONNET B et GIUMELLI B.**
La prothèse amovible partielle de transition.
Inf Dent 1998;**80**(10):663-667.
- 49. LE GOUES G.**
Image du corps, image de soi.
Evol Psychiatr (Paris) 1990;55:503-512.
- 50. LEJOYEUX J.**
Psychologie de l'édenté total.
Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie, 23325 B⁰⁸, 1978, **6**.
- 51. LOUIS JP, ARCHIEN C et VOIRY JG.**
L'intégration psychologique de la prothèse complète.
Real Clin 1997;**8**(4):369-380.
- 52. MALHER P et POUYSSEGUR V.**
Odontologie gériatrique. Guide clinique.
Paris : CdP, 2001.
- 53. MARMASSE A.**
Dentisterie du troisième âge.
Rev Odontostomatol (Paris) 1973;**27**(103):474-477.
- 54. MATTHEWS TG.**
The anatomy of a smile.
J Prosthet Dent 1978;**39**(2):128-134.
- 55. MAYER G, DESMONS S, TOULET F et coll.**
Les dents antérieures prothétiques pas seulement esthétiques.
Stratégie Prothétique 2005;**5**(2):115-128.
- 56. MENDEZ J.**
Importance du facteur psychique en prothèse complète.
Inf Dent 2000;**82**(15):1091-1096.
- 57. MICHENER JA.**
L'alliance, Tome 1.
Paris : Seuil, 1995.
- 58. MILLER AA.**
Psychological considerations in dentistry.
J Am Dent Assoc 1970;**81**(4):941-947.

- 59. MUSSIER J et BOREL JC.**
Aspects psychologiques en odontologie.
Quest Odontostomatol 1987;**12**(45):23-29.
- 60. MUSSIER J et BOREL JC.**
Aspects psychologiques en odontologie (suite).
Quest Odontostomatol 1987;**12**(47):243-251.
- 61. NEWTON JT, FISKE J, FOOTE O et coll.**
A preliminary study of the impact of loss of part of the face and its prosthetic restoration.
J Prosthet Dent 1999;**82**(5):585-590.
- 62. PARIS JC, FAUCHER AJ et MAKARIAN MH.**
Esthétique du sourire : intégration ou réhabilitation ?
Real Clin 2003;**14**(4):367-378.
- 63. PASINI M et HAYNAL A.**
Manuel de psychologie odontologique.
Paris : Masson, 1992.
- 64. PESCI-BARDON C, BIANCHI V, POUYSSEGUR V et SERRE D.**
Profil psychologique des patients âgés en prothèse amovible. Enquête en cabinet libéral.
Cah Prothèse 2006;135:51-62.
- 65. PESCI-BARDON C, ORLANDUCCI MH, POUYSSEGUR V et SERRE D.**
La réhabilitation orale chez les séniors : une évidence.
Cah Prothèse 2001;113:63-66.
- 66. PHILIPPE J.**
Esthétique du visage.
Encycl Méd Chir (Paris), Stomatologie-odontologie II, 23460 C20, 1995a, **6**.
- 67. PHILIPPE J.**
La beauté de la canine.
Rev Orthop Dento Faciale 1995b;29:481-486.
- 68. POMPIGNOLI M.**
La rencontre avec le patient. Interrogations médicales.
Guide clinique de prothèse complète.
Paris : CdP ,1993.
- 69. POMPIGNOLI M, DOUKHAN JY et RAUX D.**
Prothèse complète, guide clinique et laboratoire. Tome 1.
Paris : CdP , 2004.
- 70. POMPIGNOLI M, DOUKHAN JY et RAUX D.**
Prothèse complète, clinique et laboratoire. Tome 2.
Paris : CdP, 2005.

71. POSTAIRE M et DAAS M.

Docteur, que faire ? « Il ne me reste plus que quelques dents ! ».
Clinic 2001;**22**(6):375-377.

72. RIGNON-BRET C et MARIANI P.

Attachements et prothèses complètes supra-radicaux et supra-implantaires.
Paris : CdP, 2008.

73. RIGNON-BRET C et RIGNON-BRET JM.

Prothèse amovible complète, Prothèse immédiate, Prothèses supra radicaux et implantaires.
Paris : CdP, 2002.

74. RIGOLET RR.

Prothèse conjointe et psychologie.
Actual Odontostomatol (Paris) 1972;98:223-247.

75. ROUCOULES.

Le certificat de prothèse complète ; XI :Les impératifs psychologiques.
Inf Dent 1968;**50**(30):3005-3007.

76. RUEL-KELLERMAN M.

L'économie psychosomatique du praticien. Premiers résultats d'une enquête sur les conditions d'exercice du chirurgien-dentiste.
Chir Dent Fr 1987;57:103-108.

77. RUEL-KELLERMAN M.

La relation praticien-patient en odontologie.
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23840 C¹⁰, 1989, 3.

78. RUEL-KELLERMAN M.

Cent ans de considérations sur le facteur humain en odontologie.
Chir Dent Fr 1993;652:27-32.

79. RUEL-KELLERMAN M, GUICHARD R et VAN AMERONGEN P.

Existe-t-il réellement des maladies professionnelles spécifiques au chirurgien-dentiste ?
Analyse et résultats de la deuxième enquête.
Chir Dent Fr 1988;410:27-32.

80. RUEL-KELLERMAN M, JOUVEAU C et GUICHARD R.

Le facteur psychologique dans l'approche globale du patient.
Chir Dent Fr 1994;697:91-93.

81. SABA et SAADOUN.

Psychologie du sourire.
Inf Dent 2000;**82**(30):2257-2263.

82. SAINT-PIERRE F.

La bouche entre plaisir et souffrance.
Paris : Eska, 1999.

- 83. SANS AUTEUR.**
La Douleur dentaire.
Boulogne-Billancourt : Creafirst, 2002.
- 84. SCHILDER P.**
Immagine di se'e Schem corpores.
Milan : Franco Angeli Editore, 1973.
- 85. SEBBAH F et CHOUKROUN G.**
Les erreurs de psychologie en prothèse fixée.
Rev Odontostomatol (Paris) 1980;**9**(2):21-24.
- 86. SHAW WC, REES G, DAVE M et coll.**
The influence of dentofacial appearance on the social attractiveness of young adults.
Am J Orthod 1985;**87**(1):21-26.
- 87. SOYER G.**
Esthétique et dents humaines.
Rev Fr Odontostomatol 1970;**7**:884-900.
- 88. SPITZ R.**
La cavité primitive.
Rev Fr Psychanal 1959;**33**:205-234.
- 89. THERY-HUGLY MC.**
Bouche et symbolisme.
Inf Dent 2008a;**90**(32):1743-1747.
- 90. THERY-HUGLY MC.**
Editorial. Le bonheur d'être dentiste.
Inf Dent 2008b;**90**(38):2170-2171.
- 91. VIGARIOS E, FONTES-CARRERE M, POMAR P et BACH K.**
Psychologie et relation d'aide en réhabilitation maxillo-faciale.
Encycl Méd Chir (Paris), Dentisterie, 22066B⁵³, 2004, **6**.
- 92. WALKER-SMITH GJ, GALE AG et FINDLAY JM.**
Eye movement strategie involved in face perception.
Perception 1977;**6**(3):313-326.
- 93. WARDLE J.**
Fear of dentistry.
Br J Med Psychol 1982;**55**(Pt2):119-126.
- 94. ZLOWODZKI AS, TIRLET G et ATTAL JP.**
Perception comparée de l'esthétique du sourire. Influence de l'axe longitudinal des incisives maxillaires.
Inf Dent 2008;**90**(42):2531-2538.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES

Figure 1 : Pablo Picasso, Maternité, 1963.

Figure 2 : Publicité Bourgeois pour rouge à lèvres.

Figure 3 : Le Viol, de René Magritte, 1934.

Figure 4 : Marilyn Monroe fumant lors d'un tournage, 1954.

Figure 5 : Leçon de dessin sur les différentes expressions faciales. Step by step, drawing blog.

Figure 6 : Gargantua, par Gustave Doré.

Figure 7 : La première dent. Louis Boily, 1830.

Figure 8 : Sourire d'enfant avec denture mixte, photo issue d'un article d'Aurélie Lambron intitulé « Enfant : la perte des dents de lait et l'apparition des dents définitives », 09/07/2009.

Figure 9 : Profil d'un édenté non appareillé. (39)

Figure 10 : Portrait d'un homme Masaï, avec des dents manquantes extraites lors de l'adolescence, photographie prise sur le site www.okvoyage.com.

Figure 11 : Couverture de l'un des nombreux livres pour enfant sur la petite souris, par Olga Lecaye, aux éditions Ecole des Loisirs.

Figure 12 : Affichette pour un fabricant de râteliers, milieu du XIXe siècle (83).

Figure 13 : Les personnages doux et faibles sont dépourvus de canines. Seul le loup en possède. (67)

Figure 14 : Sourires éclatants, source de beauté et témoins de bonne santé. Publicité Colgate.

Figure 15 : Mutilation dentaire en Haute-Volta. Dessin d'après photo du Musée de l'Homme, Paris.

Figure 16 : Dents laquées au aurifications pratiquées dans des tribus montagnardes vietnamiennes, de gauche à droite Daos rouges (photo JF Lasserre), Viêts et Mong (photo JP Labat).

Figure 17 : Huile sur toile. Avant le dentiste. Mor Karvaly (1860-1899).

Figure 18 : L'une des nombreuses caricatures concernant la relation avec son dentiste qui n'écoute pas son patient, sur www.unavissurtout.com.

Figure 19 : Affiche du film "Le Dentiste", 1996.

Figure 20 : L'arracheur de dents. Gérard van Honthorst (1590-1656).

Figure 21 : Concept du vieillissement : prépondérance des phénomènes de dégradation sur ceux de la réparation avec influence des facteurs génétiques, environnementaux et énergétiques. (52)

Figure 22 : Exemples de photographies pré-prothétiques (P. Le Bars).

Figure 23 : Le statut nutritionnel dépend de multiples facteurs, locaux, locorégionaux et généraux. (18)

Figure 24 : Réhabilitation prothétique par prothèse fixée (cas P. Le Bars).

Figure 25 : Vue clinique d'une denture marquée par la fluorose, puis phase de préparation, et enfin réhabilitation par facettes collées, suivie d'une vue extra-orale. (Tirlet J., Attal JP)

Figure 26 : L'image du "dentier" dans le verre, un classique.

Figure 27 : Amélioration du soutien des lèvres grâce à la prothèse totale bimaxillaire.

Figure 28 : Les bases d'occlusion sont réglées pour assurer un soutien harmonieux des tissus mous. (C. Rignon-Bret)

Figure 29 : Une réglette souple permet de mesurer la distance inter-canine sur le bourrelet et de la reporter sur les cartes de forme sur lesquelles le groupe incisivo-canin est représenté à l'échelle 1. (C. Rignon-Bret)

Figure 30 : Les nouveaux sourires correspondent aux personnalités et s'intègrent harmonieusement dans le visage des patientes. (C. Rignon-Bret)

Figure 31 : Les dents arrondies évoquent la douceur des formes féminines et des dents plus anguleuses sont plus masculines.

Figure 32 : Position de l'incisive latérale comportant une qualité de douceur féminine.

Figure 33 : Une expression plus dure et masculine est obtenue par la rotation mésiale de l'incisive latérale.

Figure 34 : Photographie intra-buccale et radiographie panoramique d'un patient présentant des crêtes osseuses résorbées. (72)

Figure 35 : Radiographie panoramique et photographie du cas traité par une prothèse complète maxillaire et une PACSI mandibulaire. (72)

Figure 36 : Prise en charge psychologique et relation d'aide en cancérologie.

<i>TABLEAU</i>

Tableau 1 : Estimation de la peur par rapport à des procédés dentaires spécifiques dans un échantillon d'un centre de soins dentaires. Dans Manuel de psychologie odontologique. Paris : Masson, 1992.

SCHIEHLE (Marie). – L'influence du symbolisme des dents sur la réhabilitation prothétique de la cavité buccale – 101 f. ; ill. ; tabl. ; 94 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2010)

RESUME :

La cavité buccale occupe une place importante dans l'image corporelle que chaque Homme s'est constituée. Cette zone hautement chargée de symbolisme est l'organe de la communication, de la nutrition, mais aussi un organe érotique.

Les dents quant à elles, symboles de virilité pour les uns, de féminité pour les autres, véritables armes et outils, occupent beaucoup de place dans l'inconscient collectif. Les interventions sur celles-ci, qu'elles soient additives ou soustractives, se doivent d'être réalisées par un praticien conscient du retentissement profond qu'elles peuvent engendrer. Il devra tout mettre en œuvre pour accompagner son patient lors du deuil éventuel de ses organes dentaires, puis de la réhabilitation prothétique qui suivra.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : ODONTOLOGIE

MOTS CLES MESH :

Symbolisme (psychologie) – Relation dentiste-patient – Prothèse dentaire – Bouche – Dent

Symbolism (psychology) – Dentist-patient relations – Dental prosthesis – Mouth - Tooth