



HAL
open science

Aspects psycho-fonctionnels de l'intégration prothétique chez l'édenté complet

Véronique Dupuis, Odile Laviolle, Bernard Claverie

► **To cite this version:**

Véronique Dupuis, Odile Laviolle, Bernard Claverie. Aspects psycho-fonctionnels de l'intégration prothétique chez l'édenté complet. *Journal Dentaire du Québec*, 1987, XXIV, pp.422-424. hal-04527871

HAL Id: hal-04527871

<https://hal.science/hal-04527871v1>

Submitted on 4 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Aspects psycho-fonctionnels de l'intégration prothétique chez l'édenté complet

Véronique Dupuis⁽¹⁾
Odile Laviolle⁽²⁾
Bernard Claverie⁽³⁾

Université de Bordeaux II

RÉSUMÉ

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.

Dans ce cas, la réhabilitation fonctionnelle est indissociable d'une nécessaire approche psychologique. Aussi l'intégration de la prothèse adjointe totale dépend-elle autant des qualités relationnelles du praticien que de ses capacités techniques.

Ces problèmes d'ordre psychologique deviennent alors un facteur majeur de réussite du traitement.

MOTS CLÉS : détresse psychologique — prothèse dentaire
vieillesse.

SUMMARY

The aging process is accompanied by psychological distress, due to a decrease in the physical and intellectual abilities of the elderly. This inferior condition is aggravated by being totally edentulous, as it progressively helps to alienate the subject from all social contact.

When this happens, functional rehabilitation must be accompanied by the appropriate psychological approach. Therefore, the proper adaptation to a full denture relies on both the technical and communication skills of the practitioner.

These psychological problems become a major factor for successful treatment.

KEY WORDS : aging — full denture
psychological distress.

Malgré l'importance de plus en plus grande de la prophylaxie et les progrès réalisés dans la conservation de la denture, le vieillissement de l'individu s'accompagne de la perte plus ou moins rapide des dents, le contraignant plus ou moins tôt au port d'une prothèse adjointe totale.

L'augmentation de l'âge est à l'origine d'une diminution notable des capacités physiques et psychiques. Elle entraîne tout un ensemble de modi-

fications psychologiques concourant à créer un état de détresse de l'édenté que doit prendre en compte le clinicien dans le traitement prothétique de l'édentement.

Le vieillissement psychologique à travers l'esthétique

Quelque soit son âge, l'individu accepte difficilement de vieillir. Les modifications lentes mais inéluctables de son apparence l'amènent à prendre conscience plus ou moins tôt, et dès lors de manière de plus en plus obsédante, de cette érosion tant physique que psychique. Le refus souvent inconscient de ce processus biologique ne fait que participer à l'accentuation de l'émotivité, à la détresse affective, à l'isolement social, et à l'évolution

(1) U.E.R. Odontologie, Université de Bordeaux II, 16, cours de la Marne, 33082 BORDEAUX cédex.

(2) U.E.R. Odontologie, Université de Bordeaux II, 16, cours de la Marne, 33082 BORDEAUX cédex.

(3) Laboratoire de Médecine Expérimentale, Université de Bordeaux II, 146, rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX cédex.

du vieillissement. Le rôle social des médias, la nouvelle culture des esprits et des corps sains, efficaces et esthétiques, ne font qu'accentuer ce refus devenu légitime et conventionnel, voire obligatoire. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer les multiples activités tant sportives qu'intellectuelles auxquelles se livrent les personnes âgées, ainsi que les jeunes et moins jeunes adultes qui tentent ainsi de conjurer cette avancée de l'âge.

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.

L'édentation bien que progressive, se traduit chez chacun d'entre nous par un sentiment de vieillissement précoce : la perte d'éléments corporels de type que ce soit, est toujours subie avec préjudice et souvent désespoir. La denture est d'autant plus concernée qu'elle intéresse une sphère intime, à la fois externe et interne, de la corporalité. La perte revécue réanime les angoisses infantiles, d'autant plus dramatiquement qu'elles sont ici sans espoir. Faute de mieux, la restauration prothétique devient secours moral, affectif et esthétique. Aussi, la motivation principale de l'édenté total est toujours la recherche de son esthétique première.

Cet état d'infériorité de l'édenté complet correspond à une véritable détresse psychologique à laquelle le praticien devra accorder une écoute et une compréhension toutes particulières. L'importance de la sphère orale dans le psychisme de l'individu n'est plus à démontrer et de nombreux psychologues et psychanalistes ont pu insister sur ce point. Certains spécialistes associent l'ensemble de la cavité buccale au domaine de la sexualité. La perte de la denture contribue à la détérioration du sentiment, des désirs et même de la vie sexuelle, voire amoureuse. La personne âgée s'en trouve d'autant marginalisée dans un ensemble de plus en plus aigu de tabous, préjugés et idées fausses, qui participe à son isolement affectif, social et culturel. Cette perte des dents, véritable castration, vient s'ajouter au sentiment d'affaiblissement consécutif au déficit général esthétique-fonctionnel.

L'édentement écarte le patient du monde extérieur. Il peut entraîner une réclusion volontaire et empêcher ainsi l'épanouissement de l'individu. Celui-ci fuit une société fondée sur des valeurs qu'il approuvait et qui, aujourd'hui, l'excluent pour ne plus pouvoir y satisfaire. La restauration d'un esthétique perdu prend alors une importance majeure. Ce besoin de présentation ne doit jamais être négligé, aussi bien pour l'homme que pour la femme.

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 et de la dépréciation physique et psychique. Ces signes de vieillesse sont toujours mal vécus par ceux qui en sont affligés et par les plus jeunes qui prennent conscience de s'acheminer lentement vers cette apparence jadis vénérée, aujourd'hui rejetée. Le déni inconscient de cette involution passe souvent par le rejet de la personne âgée.

Les dents ou leur manque apparaissent lors de la parole, du rire, du repas partagé en commun... Cette absence impose une image vieillissante au partenaire qui, s'il enregistre inconsciemment l'aspect global de la bouche, n'en modifie pas moins son comportement et son estime de l'autre. Il est confronté à un sentiment de malaise et d'angoisse face à son propre vieillissement... son propre morcellement. La crainte de telles réactions, de l'exclusion potentielle ou parfois bien réelle, avouée ou hypocritement cachée, concourent encore plus à l'isolement social, à la détresse de l'âgé, et à un retard dans la consultation du spécialiste.

Cet 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 traitant.

Les déficits fonctionnels attachés à l'édentation

Le déficit masticatoire est bien sûr le premier problème qui vient à l'esprit du clinicien, quand on parle d'édentation. Les aliments mal dilacérés sont davantage avalés que mastiqués. Ceci conduit le patient à écarter de son alimentation les aliments trop durs à croquer (crudités, pain, viande...) et il s'oriente vers des purées, des légumes bouillis, etc. Ce changement de mode alimentaire a comme première conséquence une carence protéique et vitaminique.

La perte de l'appétit, dont une des causes semble être l'isolement social, la perte d'originalité des plats préparés et de leur variété, tant nutritionnelle que qualitative et qui nécessitent des ressources suffisantes et une complexité technique souvent jugée superflue, la perte du plaisir gastronomique, par solitude ou émoussement des capacités gustatives et l'ensemble des phénomènes concomitants de la dépression du vieillard participent à la dégradation du régime alimentaire.

L'effet secondaire digestif de la plupart des médicaments dont les personnes âgées font souvent une consommation importante, participe de même à cette altération progressive des apports énergétiques et vitaminiques.

Le vieillissement s'accompagne également de problèmes digestifs physiologiques, tels que la diminution de la capacité d'absorption de certaines substances (vitamine B₁₂ par exemple). Le plus important réside dans la modification qualitative et quantitative du système muco-salivaire qui tend à la sclérose. La diminution du flux salivaire entraîne une mauvaise consistance du bol alimentaire et une désagrégation imparfaite des protéines sériques et de l'amidon. L'estomac ne pourra suppléer à de tels déficits malgré l'augmentation éventuelle de son activité. L'insuffisance masticatoire devient alors une insuffisance digestive avec les troubles concomitants, nausées, fatigue digestive et paresse intestinale.

Ces symptômes digestifs sont souvent des motifs de consultation. Le médecin traitant aura tendance à pallier ces désordres par une surmédicalisation regrettable. Cette démarche est parfois discutable : le traitement intéresse ici le symptôme et non sa cause. Cela se traduit le plus souvent par une relative inefficacité. Les patients édentés et non correctement appareillés ont les meilleures chances d'être carencés.

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 zéaiements et chuintements, accompagnés parfois de projections salivaires. Ces phénomènes sont aggravés par une certaine incoordination musculaire, des diminutions des aptitudes langagières et des problèmes de mémoire ou de recherche du mot pertinent, que l'on rencontre fréquemment chez les patients âgés.

Ces déficits oraux, masticatoires, gustatifs et phonétiques privent le patient de la possibilité de profiter du moment social privilégié que représente le repas. Les plaisirs de la table prennent toute leur importance avec l'avancée en âge de l'individu. Plaisirs sociaux, familiaux, amicaux en sont d'autant diminués alors que s'accroît la diminution de l'activité due à un ralentissement des fonctions physiques et intellectuelles.

Le déficit masticatoire et le déficit phonétique se conjuguent pour écarter le patient plus ou moins consciemment de la vie sociale.

De surcroît, la prothèse adjointe totale s'adressant plus particulièrement à des patients âgés, on constate souvent la difficulté qu'ils éprouvent à coordonner leurs mouvements. La diminution des aptitudes psychomotrices, parfois aggravée par la passivité de la personnalité ou, au contraire, par une augmentation de l'agressivité ajoutée à un refus de coopération systématique, accroît la difficulté d'appareillage de réhabilitation et d'intégration.

Réhabilitation et intégration

Dans ce contexte, le traitement de l'édenté complet doit s'effectuer tant au niveau technique que psychologique. Il vise à assurer l'acceptation d'un corps étranger au sein de la cavité buccale.

L'intégration d'une prothèse adjointe totale est indissociable du type de réaction du patient. Un praticien à l'écoute d'un patient. Un praticien à l'écoute d'un patient coopératif ne rencontrera que peu de difficultés dans la réalisation et l'intégration de la prothèse, alors qu'un sujet agressif par crainte, par timidité ou à la suite d'une mauvaise réalisation prothétique, devra rencontrer un praticien suffisamment intuitif et compréhensif pour faciliter l'acceptation des impératifs du traitement. Par contre, un refus systématique des contraintes thérapeutiques nécessitera des qualités psychologiques particulières prenant en compte les divers aspects motivationnels et de résistance de l'édenté.

L'observation et l'entretien cliniques sont alors primordiaux pour régler cette agressivité.

Avant tout acte thérapeutique, le chirurgien dentiste doit poser un tel diagnostic caractérologique du patient afin de prévoir le type de comportement auquel il est susceptible de se heurter. L'entretien préalable doit amener le sujet à prendre conscience des inconvénients de son déficit, et faciliter l'acceptation du traitement et l'intégration de la prothèse. Toute réalisation technique dépendra de la bonne compréhension clinique et de la prise de conscience par le patient des divers avantages que peut lui apporter la prothèse.

Ces stratégies sont à moduler en fonction de l'existence ou non d'une prothèse adjointe antérieurement.

En effet, 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. De même le praticien rencontrera autant de difficultés à appareiller un édenté mécontent de sa prothèse et donc sceptique quant au résultat. 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.

Il sera utile de faire évoluer progressivement une prothèse adjointe partielle vers la prothèse adjointe totale, pratiquant les avulsions étalées dans le temps avec les adjonctions correspondantes. Ainsi le patient gardera-t-il des contacts prothétiques qui lui sont familiers.

En revanche, le patient n'ayant jamais porté de prothèse adjointe et pour lequel l'édentement constitue une infirmité, appréhendera la confection et le port de ce corps étranger. Mais il présente l'avantage pour le praticien de ne pas être influencé par des éventuelles expériences prothétiques malheureuses.

Le traitement de l'édentement passe également par une certaine éducation alimentaire. Une nouvelle hygiène nutritionnelle réintroduisant dans l'alimentation les fibres nécessaires à la répartition des déficits vitaminiques et en oligo-éléments, sera conseillée. Il convient de même de recourir aux aliments riches en protéines sous toutes leurs formes.

On devra également inciter le sujet appareillé à reprendre progressivement une alimentation dure afin qu'il retrouve les mécanismes de mastication, d'insalivation et de digestion buccale oubliés. Un régime alimentaire approprié est d'autant plus nécessaire que l'hygiène du tube digestif, la tonicité des tissus et le comportement capillaire en dépendent.

Conclusion

Il semble donc évident que la prise en charge d'un patient édenté total pose des problèmes d'ordre psychologique que l'on doit résoudre conjointement aux problèmes d'ordre physiologique.

Ainsi, l'appareillage n'est plus une simple question de parfaite réalisation technique, de la prise d'empreinte à la pose de la prothèse, mais une véritable réhabilitation fonctionnelle complète, adaptée à chaque cas, et prenant en compte les différents aspects de l'édentation totale.

BIBLIOGRAPHIE

- Birren J.E. & Schaie K.W. (Eds.). *Handbook of the psychology of the aging*. New-York : Van-Nostrand Reinhold Co., 1977.
- Devin R. *Sénescence et prothèse dentaire totale*. Actualités Odonto-Stomatologiques, 1973; 103 : 488-498.
- Finch C.E. & Hayflick L. *Handbook of the biology of the aging*. New-York, Van Nostrand Reinhold Co., 1977.
- Le Joyeux J. *Prothèse complète*. Paris, Maloine, 1979.
- Mercier P. *La fonction masticatoire possibilité de réadaptation dans les déficits majeurs*. L'Union Médicale du Canada, 1980; 109 : 1180-1186.
- Mishara B.L. & Riedel R.G. *Le vieillissement*. Paris, Presses Universitaires de France, 1985.
- Muller C. & Wertheimer J. *Psychogériatrie*. Paris, Masson, 1981.
- National Center for Health Statistics. *Edentulous persons (HEW Pub. N° HRA 74-1516, Series 10, N° 89)*. Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1974.
- Plainfield S. *Le passage difficile de la denture naturelle à la denture artificielle*. Médecine et Hygiène, 1975; 1164 : 1427-1432.

Demandes de tirés à part : Dr. V. Dupuis, U.E.R. Odontologie, Université de Bordeaux II, 16, cours de la Marne, 33082 BORDEAUX cédex, FRANCE.

À VENIR

Caractéristiques cliniques des désordres hémorragiques

Dany Morais, D.M.D.

Les membres de la profession dentaire se voient occasionnellement confrontés avec des problèmes de nature hémorragique. Certains patients présentent des anomalies systémiques pouvant affecter leurs mécanismes de coagulation. Cet article se veut une étude des comportements cliniques des syndromes hémorragiques relatifs à l'hémostase primaire et à la coagulation plasmatique. On y rappelle l'importance d'un questionnaire médical approprié lors de l'évaluation de ces patients. Les principales épreuves de laboratoire servant au dépistage y sont également discutées.