



HAL
open science

Impacts des conditions orales sur le bien-être et la qualité de vie des patients édentés complets porteurs d'une prothèse amovible totale bimaxillaire

Laetitia Rios

► **To cite this version:**

Laetitia Rios. Impacts des conditions orales sur le bien-être et la qualité de vie des patients édentés complets porteurs d'une prothèse amovible totale bimaxillaire. Autre [q-bio.OT]. 2014. dumas-01108430

HAL Id: dumas-01108430

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01108430>

Submitted on 22 Jan 2015

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.

THÈSE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Année : 2014
Thèse N° : 29007

présentée par

Laetitia RIOS

Né(e) le 13 Juillet 1989 à VANNES

Impacts des conditions orales
sur le bien-être et la qualité de
vie des patients édentés
complets porteurs d'une prothèse
amovible totale bimaxillaire.

Thèse soutenue le 17 Octobre 2014
devant le jury composé de :

Reza ARBAB-CHIRANI

Professeur des universités, Doyen de la faculté d'odontologie de Brest
Université de Bretagne occidentale-U.F.R. d'odontologie de Brest
Président

Vincent JARDEL

Maître de conférence des universités
Université de Bretagne occidentale-U.F.R. d'odontologie de Brest
Directeur

Brice CHAUVEL

Maître de conférence des universités
Université de Bretagne occidentale-U.F.R. d'odontologie de Brest
Assesseur

Elisabeth LEIZE-ZAL

Maître de conférence des universités
Université de Bretagne occidentale-U.F.R. d'odontologie de Brest
Assesseur

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

PRESIDENT

Monsieur Pascal OLIVARD

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES Monsieur Stéphane CHARPENTIER

CORPS PROFESSORAL DE L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE BREST

Année Universitaire 2014-2015

DOYEN

Monsieur Reza ARBAB CHIRANI

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

57-03 Sciences Biologiques
58-01 Odontologie Conservatrice
58-02 Prothèse

Monsieur Jacques-Olivier PERS
Monsieur Reza ARBAB CHIRANI
poste vacant

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

56-01 Pédodontie
56-01 Pédodontie
56-03 Prévention Epidémiologie
56-03 Prévention Epidémiologie
57-01 Chirurgie Buccale
57-02 Chirurgie Buccale
GASTRIN
57-03 Sciences Biologiques
58-01 Odontologie Conservatrice
58-01 Odontologie Conservatrice
58-02 Prothèse
58-02 Prothèse
58-03 Sciences anatomiques et physiologiques,
occlusodontiques, biomatériaux,
biophysique et radiologie
58-03 Sciences anatomiques et physiologiques,
occlusodontiques, biomatériaux,
biophysique et radiologie

Monsieur Hervé FORAY
Madame Frédérique d'ARBONNEAU
Monsieur Alain ZERILLI
Monsieur Bertrand PIVER
Monsieur Guy LE TOUX
Madame Sylvie BOISRAME-

Madame Laëtitia LE POTTIER
Madame Valérie CHEVALIER-HERISSET
Madame Karen VALLAEYS (associée)
Monsieur Vincent JARDEL
Madame Elisabeth LEIZE-ZAL
Madame Céline BODERE

Monsieur Brice CHAUVEL

ASSISTANTS

56-02 Orthopédie Dento Faciale
57-01 Parodontologie
57-01 Parodontologie
57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique
57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique
58-01 Odontologie Conservatrice

Madame Kristelle MELONE
Madame Juliette COAT
Madame Claire HENRY-ALBARET
Madame Aurélie HACQUARD
Monsieur Cédric LANSONNEUR
Madame Hélène LEGOUX

58-01 Odontologie Conservatrice
58-02 Prothèses
58-02 Prothèses

Madame Charlotte GOUEDARD
Madame Gabrielle LEON
Monsieur Gabriel SCOLAN

ASSISTANTS ASSOCIES

57-03 Sciences Biologiques

Monsieur Pierre Pochard

A Monsieur Le Professeur Reza ARBAB-CHIRANI

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En reconnaissance de votre enseignement exigeant, et de vos conseils avisés tout au long de nos études.

Soyez assuré de notre profond respect.

A Monsieur Le Docteur Vincent JARDEL

Qui nous a conseillé ce sujet, et nous a guidé dans ce travail avec beaucoup d'efficacité et nous a fait l'honneur de siéger dans le jury de notre thèse.

En reconnaissance de la qualité et de la rigueur de votre enseignement ;
et en remerciement pour votre aide à l'élaboration de ce travail.

Soyez assuré de notre profond respect.

A Monsieur Le Docteur Brice CHAUVEL

Qui nous a fait l'honneur de siéger dans le jury de notre thèse.

En reconnaissance de votre aide tout au long de nos études.

Merci pour votre gentillesse, votre patience et votre disponibilité.

Soyez assuré de notre gratitude.

A Madame Le Docteur Elisabeth LEIZE-ZAL

Qui nous a fait l'honneur de siéger dans le jury de notre thèse.

En reconnaissance de la qualité de votre enseignement, de vos conseils avisés et de votre gentillesse tout au long de nos études.

Soyez assurée de notre profond respect.

Je dédie cette thèse,

A mes parents, pour votre soutien, votre amour et pour m'avoir permis de réaliser mes études;

A ma sœur ;

A Aurélien ;

A la mémoire de mon grand père René et de ma grand mère Amélie ;

A mon grand père Yves et ma grand mère Agnès ;

A mes beaux-parents, pour leur soutien et leur affection ;

A toute ma famille ;

A tous mes amis ;

A mesdames et messieurs les enseignants de la Faculté d'Odontologie de Brest, pour la qualité de l'enseignement qu'ils nous ont dispensé ;

Aux étudiants hospitaliers du service d'Odontologie, pour avoir pris un peu de leur temps et permis la réalisation de ce travail.

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon propre compte des propos, des citations, des illustrations déjà publiés.

BREST, le 2014

RIOS Laetitia

**IMPACTS DES CONDITIONS ORALES SUR LE
BIEN ETRE ET LA QUALITE DE VIE DES
PATIENTS EDENTES COMPLETS PORTEURS
D'UNE PROTHESE AMOVIBLE TOTALE
BIMAXILLAIRE**

PLAN

Page

Introduction	13
CHAPITRE 1. L'EDENTEMENT TOTAL	14
1. Définition	14
2. Etiologies et facteurs de risque	14
2.1. Causes des extractions	14
2.1.1. Causes locales	14
2.1.2. Causes générales	14
2.1.3. Causes thérapeutiques	15
2.2. Facteurs de risque	15
2.2.1. Habitudes alimentaires	15
2.2.2. Hygiène bucco-dentaire	16
2.2.3. Age	16
2.2.4. Tabac et alcool	16
2.2.5. Statut socio-économique	16
3. Epidémiologie de l'édentement	17
4. Anatomie de l'édenté total	20
5. Physiologie de l'édenté total	22
5.1. Mastication	22
5.2. Salivation	22
5.3. Déglutition	24
5.4. Gustation	24
5.5. Phonation	25
6. Conséquences pathologiques de l'édentement	25
6.1. Conséquences locales	25
6.2. Conséquences générales	27
6.2.1. Manifestations somatiques	27
6.2.2. Manifestations psychologiques	29

CHAPITRE 2. LA PROTHESE AMOVIBLE COMPLETE	31
1. Définition	31
2. Objectifs de la réhabilitation par la prothèse amovible complète	31
3. Le patient édenté total récemment appareillé	35
3.1. Phase d'adaptation	35
3.2. Conseils d'usage	36
3.2.1. Alimentation	36
3.2.2. Phonation	38
3.2.3. Hygiène	38
3.3. Doléances	40
CHAPITRE 3. MESURE DE LA QUALITE DE VIE	42
1. Définitions	42
1.1. Qualité de vie	42
1.2. Qualité de vie liée à la santé	43
1.3. Qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire	44
2. Historique	45
3. Facteurs influençant la qualité de vie	45
3.1. Facteurs socio-économiques	45
3.2. Etat de santé général	47
3.3. Etat de santé bucco-dentaire	47
3.4. Particularités individuelles	49
4. Instruments de mesure de la qualité de vie	50
4.1. Concepts	50
4.2. Les différents instruments de mesure de la qualité de vie	51
4.2.1. OHIP (Oral Health Impact Profile)	52
4.2.2. Versions courtes des instruments	52
4.2.2.1. OHIP-14	52
4.2.2.2. OHIP-EDENT	53
4.2.2.3. OHIP-20	53

5. Intérêts et importance de la mesure de la qualité de vie	54
5.1. Raisons d'ordre médical	54
5.2. Raisons politico-économiques	55
CHAPITRE 4. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTS EDENTES TOTAUX PORTEURS D'UNE PROTHESE AMOVIBLE TOTALE	57
1. Objectifs de l'étude	57
2. Matériels et méthodes	58
2.1. Sélection de l'échantillon	58
2.2. Caractéristiques des prothèses	58
2.3. Questionnaire utilisé	58
2.4. Méthode statistique	59
2.5. Variables considérées	60
3. Résultats	61
3.1. Caractéristiques générales	61
3.2. Evaluation de la qualité de vie des patients	61
4. Discussion	68
4.1. Analyse des résultats	68
4.2. Comparaison bibliographique	69
4.3. Limites de l'étude	72
4.3.1. Choix du questionnaire	72
4.3.2. Méthodologie	73
CHAPITRE 5. Conclusion	75
BIBLIOGRAPHIE	77

I. INTRODUCTION

Y a-t-il encore une place pour la prothèse amovible totale ?

L'irruption de nouvelles techniques de traitement de l'édentement total, et notamment le vif succès des traitements implantaires depuis les années 1980 nous invite à réfléchir quant à la place de la prothèse totale amovible dans notre arsenal thérapeutique.

De nos jours, du fait du vieillissement de la population et malgré les dispositifs de prévention, le nombre de personnes édentées est en constante augmentation dans le monde. En outre, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit 30% d'édentés totaux dans le monde d'ici 2030.

De plus, certains obstacles tels que le coût des techniques implantaires, les situations cliniques, l'état général des patients... ne permettront pas à tous de bénéficier de ces traitements. C'est à ce titre que la réhabilitation fonctionnelle et esthétique pour nombre d'édentés complets reste et restera la prothèse amovible totale.

Il devient alors impératif de promouvoir la qualité de ces traitements réalisés en pratique courante par les chirurgiens-dentistes, afin de garantir aux patients tout le confort et le bien-être possible. Car l'édentement total constitue un véritable handicap physique, mais également psychologique et social. En effet, les conséquences de l'édentement vont se répercuter à différents niveaux de la sphère oro-faciale et engendrer un déficit esthétique en raison du manque de soutien des tissus et de la musculature faciale, un déficit fonctionnel important pouvant avoir un retentissement notoire sur l'état nutritionnel du sujet, entraînant par la suite des conséquences psychiques et psychologiques, de la baisse d'estime de soi à la dépression, et des conséquences sociales, comme le repli sur soi et l'isolement.

La réhabilitation fonctionnelle et esthétique de l'édenté total s'avère donc être un acte thérapeutique délicat et complexe en raison des nombreux paramètres que nous venons d'énumérer, mais également des attentes et exigences du patient. En outre, si les prothèses sont réalisées en corrélation avec les dernières données acquises de la science, elles n'en restent pas moins des prothèses, et ne pourront jamais remplacer complètement les dents disparues. La mise en place d'une prothèse totale amovible, vécue comme un objet étranger, déclenche un phénomène physiologique d'adaptation et psychologique d'acceptation chez le patient. La véritable intégration de la prothèse dépend à la fois de la réussite fonctionnelle et esthétique et de la prise en compte des facteurs psychiques du patient.

Il s'agit ici d'étudier **le vécu et le ressenti des patients édentés complets** porteurs d'une prothèse amovible totale, et de mettre en lumière les répercussions positives ou négatives de cette réhabilitation sur la qualité de la vie quotidienne. L'évaluation de l'impact des conditions orales sur le bien-être des patients a pour but de remédier à certaines doléances et d'améliorer cette qualité de vie.

I. L'EDENTEMENT TOTAL

1. Définition

L'édentement total, encore parfois appelé à tort édentation complète, est défini dans la littérature comme la perte ou l'absence de toutes les dents naturelles (The Academy of Prosthodontics, 2005).

2. Etiologies et facteurs de risque de l'édentement

2.1. Raisons des extractions dentaires

2.1.1. Causes locales

- la carie dentaire: D'après FÜRE (2003), les caries sont la principale raison des extractions dentaires. Son étude menée sur un échantillon de la population suédoise en 1997 a relevé que 60% des dents étaient extraites pour cause de carie.

- les parodontopathies: Selon FÜRE (2003), la maladie parodontale représente la deuxième raison des extractions dentaires mais cette tendance semble s'inverser chez les sujets entre 40 et 60 ans chez qui la maladie parodontale devient plus fréquente, ainsi que le nombre d'extractions qui y sont liées (REICH et coll., 1993).

- les causes endodontiques: Les difficultés du traitement endodontique sont nombreuses, et des erreurs de la part du praticien peuvent compromettre le succès thérapeutique et conduire à l'extraction.

- les traumatismes dentaires: Ils sont accidentels, dus à des chocs directs ou indirects portés sur le système alvéolo-dentaire. Le traitement de certaines luxations et fractures coronaires et/ou radiculaires se limite souvent à l'extraction.

- la péricoronarite: Cette inflammation du tissu gingival survenant lors de l'évolution d'une dent sur l'arcade est principalement observée lors de la poussée des dents de sagesse mandibulaires. Le traitement consiste alors en l'avulsion de la dent en désinclusion.

2.1.2. Causes générales

- Le diabète: Les parodontopathies sont considérées comme la 6ème complication du diabète. De nombreuses études cliniques ont montré la relation bi-directionnelle entre maladie parodontale et diabète (ROCHEREAU et AZOGUI-LEVY, 2013), et parallèlement l'effet bénéfique de la prévention des affections dentaires sur l'équilibre glycémique.

-Les cancers des voies aéro-digestives supérieures: Le traitement de ces cancers par radiothérapie utilise des rayonnements ionisants afin de détruire les cellules cancéreuses. Face à tout patient devant être irradié, le chirurgien dentiste doit évaluer les dents se trouvant dans le champ d'irradiation. A l'heure actuelle, les critères en matière d'extractions dentaires ne font l'objet d'aucun consensus mais selon GIRARD et coll. (1998), l'élimination des foyers infectieux se trouvant dans le champ d'irradiation est impérative.

-l'endocardite infectieuse: L'endocardite infectieuse est la conséquence d'une greffe bactérienne sur l'endocarde. Elle nécessite un passage de germes dans le sang ainsi que des lésions endothéliales, ou bien la présence d'une prothèse cardiaque. Le rôle du chirurgien dentiste est de dépister les foyers infectieux patents et potentiels de la bouche et de les éradiquer, généralement en pratiquant l'avulsion des dents condamnées.

2.1.3. Causes thérapeutiques

-Causes orthodontiques: Les extractions dentaires constituent un volet important de la thérapeutique orthodontique: l'indication la plus fréquente d'avulsion dentaire est la dysharmonie dento-maxillaire (DDM); mais les dents peuvent également être extraites afin d'obtenir un recul des lèvres, pour corriger un décalage antéropostérieur...

-Causes prothétiques: Selon ÖWALL et coll., (1998), " le délabrement de la denture naturelle peut être accéléré par ce que l'on appelle les extractions prothétiques". Une dent doit être extraite si son maintien sur l'arcade doit compliquer le traitement ou si elle ne participe pas à la fonction.

2.2. Facteurs de risque de la perte des dents

2.2.1. Habitudes alimentaires

On estime actuellement en Europe que 33 millions de personnes risquent de subir les conséquences d'une mauvaise nutrition (LJUNGQVIST et DE MAN, 2009) principalement du fait de l'omniprésence du sucre dans notre alimentation. L'impact du sucre sur le développement des caries dentaires est très variable selon qu'il s'agit d'une prise d'aliments sucrés lors d'un repas ou d'une prise répétée de produits sucrés tout au long de la journée: en effet c'est la fréquence de consommation de produits sucrés qui va influencer sur le risque carieux.

2.2.2. Hygiène bucco-dentaire

Une enquête de l'UFSBD (1997) a mis en évidence que les français achetaient en moyenne 2.4 brosses à dents durant l'année. Si on note un progrès depuis les années 90, où ce chiffre n'était que de 1.5, on est bien loin des 6 brosses à dents annuelles recommandées par les professionnels de santé ! De plus, l'enquête rapporte que la population française se brosse les dents 1.4 fois par jour en moyenne. Plus alarmant, 50% des français ne se brosseraient pas les dents le soir, et 57% des enfants de moins de 5 ans n'auraient jamais brossé leurs dents.

2.2.3. Age

L'augmentation significative de la prévalence des caries chez les personnes âgées s'explique d'après POUYSSEGUR et MALHER (2010) par les modifications des habitudes alimentaires comprenant plus d'aliments facilement mangeables et énergétiques lorsque les dents ont disparu, ainsi qu'à la présence de prothèses inadaptées.

D'autre part, l'augmentation des pathologies dentaires du sujet âgé découle de la qualité médiocre de l'hygiène dentaire chez cette population, car l'altération des performances physiques et certaines pathologies (Parkinson) conduit à une limitation fonctionnelle pouvant compromettre le brossage des dents.

2.2.4. Tabac et alcool

-le tabagisme: Selon ROCHEREAU et AZOGUI-LEVY (2005), la probabilité de déclarer des dents manquantes non remplacées ou un mauvais état bucco-dentaire augmente avec la consommation de tabac. Des études longitudinales ont par ailleurs démontré que les fumeurs avaient 2 à 3 fois plus de chances de développer une maladie parodontale par rapport aux non-fumeurs.

-l'alcool: Selon PESCI-BARDON & PRECHEUR (2011), le premier impact de l'alcool sur les dents est traumatique (chutes et rixes...) et la consommation d'alcool, même modérée, augmenterait le risque de parodontite de 20%. Au delà de 3 verres d'alcool quotidiens, ce risque grimperait à 27%.

2.2.5. Statut socio-économique

De nombreuses études ont démontré que le domaine de la santé bucco-dentaire était marqué par les inégalités sociales et territoriales (ARS 2012).

Une enquête de l'INSEE de 2002-2003 sur plus de 40 000 personnes a révélé que les plus pauvres souffraient deux fois plus de caries que le reste de la population, avec chez les adultes un taux de caries de 11% contre 6% pour les populations plus aisées.

3. Epidémiologie de l'édentement

"The next decade will see the end of removable prosthesis and fixed bridge-works". C'est du moins ce qu'affirmait GILLET en 1915 ! A l'heure actuelle, si l'on constate effectivement une constante diminution de la proportion de patients édentés, la prédiction de GILLET est loin d'être avérée.

La prévalence de personnes édentées a diminué dans les pays industrialisés au cours des vingt dernières années, et cela pour toutes les tranches d'âge (POLZER et coll., 2010).

Cependant il existe en Europe de grandes disparités sur le nombre de patients édentés d'un pays à l'autre. En outre, selon l'OMS, le taux d'édentement chez les plus de 65 ans variait en 1986 de 60-70% dans certains pays comme le Danemark, la Finlande, La Grande Bretagne ou les Pays Bas à 20-30% en Autriche, Suède, Suisse et Hongrie (BUDTZ-JORGENSEN et MOJON, 1997). Une autre étude menée par BOURGEOIS, DOURY et HESCOT en 1995 sur les pays constituant le G8 (la France, la Grande Bretagne, l'Allemagne, les Etats-Unis, le Canada, le Japon, la Russie et l'Italie) fait ressortir cette disparité au sein de ces pays les plus puissants économiquement du monde, avec environ 16% d'édentés chez les plus de 65 ans en France contre plus de 50 % au Canada!

Dans les années 2000, le taux d'édentement bimaxillaire était estimé à 16.3% de la population française.

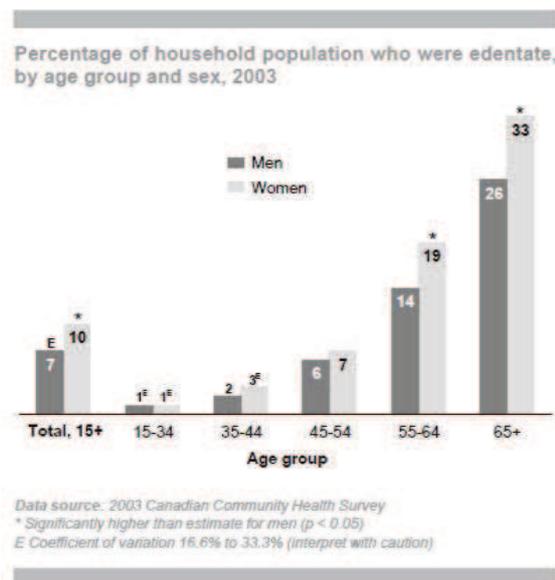


Fig. I-1. Pourcentage de personnes édentées en fonction de l'âge et du sexe, d'après MILLAR et LOCKER, 2005.

La proportion de patients édentés dans les pays en voie de développement est au contraire en augmentation et cela faute d'accès aux soins et de traitements conservateurs.

Ainsi selon POLZER et coll. en 2010 la proportion de personnes édentées entre 65 et 74 ans était de :

11% en Chine
 27 % en Hongrie
 37 % au Sri Lanka
 44 % en Slovaquie

En dépit de ces taux disparates entre les pays, il faut mettre en évidence trois constantes: D'abord, l'édentement est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Par exemple en France, le taux d'édentement bimaxillaire était dans les années 2000 de 18.6 % chez les femmes contre 12.9 % chez les hommes (BUDTZ-JORGENSEN et MOJON, 1997). Au Canada, la CCHS dénombre en 2003 10% de femmes édentées contre 7% pour les hommes. L'étude met en exergue ce phénomène pour chaque tranche d'âge de la population. On note également que cette différence s'accroît après 55 ans.

Ensuite, le taux d'édentement total est plus important chez les sujets à faible niveau économique et vivant en milieu rural (HESCOT et coll., 1997).

Niveau socio-économique	Elevé	5.2%
	Moyen	23.4%
	Faible	37%
Résidence	Urbain	27%
	Rural	37.8%

Tab. I-1. Distribution des sujets âgés de 65 à 74 ans possédant 1 ou 2 prothèses adjointes totales selon le niveau socio-économique et la résidence. D'après HESCOTT et coll., 1997.

Enfin, le nombre de personnes édentées -et tout particulièrement les édentés totaux- augmente avec l'âge. En effet, la perte des dents résultant dans la plupart des cas d'atteintes carieuses, de parodontopathies ou de divers traumatismes, vieillesse et édentement sont deux notions étroitement liées. Par exemple, en Suisse, on recensait en 1995 50% d'édentés après 65 ans, contre un taux nul pour les moins de 20 ans (BUDTZ-JORGENSEN et MOJON, 1997).

La fréquence de l'édentement devrait diminuer dans les années à venir, grâce à la prophylaxie dentaire, à l'efficacité des traitements mais également par un changement dans l'attitude des patients à l'égard de nos soins.

Cependant, les données actuelles révèlent un comportement peu assidu des personnes âgées aux contrôles dentaires réguliers. Beaucoup d'entre elles ne consulteraient leur praticien qu'en cas d'urgence, ce qui pourrait expliquer la nécessité des extractions dentaires comme seule thérapeutique possible. Toutefois, les générations plus jeunes sont sensibilisées à la prévention dentaire, et on assiste à une diminution globale de l'anxiété et de la peur des soins dentaires.

Depuis maintenant quelques décennies, la prévention et la parodontologie auraient dû éliminer tout risque d'édentation. Or on assiste à un grand intérêt de la part de certains praticiens pour l'implantologie, ce qui confirme la limite des thérapeutiques entreprises...

L'édentement total reste donc une réalité clinique, qui n'est pas prête de disparaître en France, pour plusieurs raisons.

D'abord, selon l'Insee, le vieillissement global de la population est un fait. Ainsi, en 2000, les plus de 60 ans représenteraient 1/5 de la population française. On estime cette proportion à 1/3 pour 2035 (HÜE et BERTERETCHE, 2003).

Année	% 60 ans et plus	% 65 ans et plus
1950	16.2	11.4
1990	19	13.9
2000	20.6	16
2010	23.1	17
2020	27.3	21
2030	31.1	24.9
2040	33.5	28
2050	35.1	29.2

Tab. I-2. Evolution de la population (des 60 ans et plus) de la France métropolitaine de 1950 à 2050. D'après HÜE et BERTERETCHE (2003).

Ensuite, l'espérance de vie en France est en constante augmentation ceci grâce à la qualité de vie dont nous bénéficions au quotidien, de l'alimentation et des soins disponibles. En 2000, l'espérance de vie des femmes était de 82.7 ans et pour les hommes de 75.2 ans (BRUTEL, 2001). En 2035, on les estime respectivement à 89 et 81.9 ans.

La population va donc vivre de plus en plus longtemps. Et comme nous l'avons vu précédemment vieillesse et édentement sont liés. L'ensemble de ces éléments nous amène à cette constatation essentielle: l'édentement total ne disparaîtra pas !

Une étude américaine menée par DOUGLASS, SHIH et OSTRY (2002) annonce que l'édentement total va diminuer de 10 % par décade après 2000, mais la population vieillissant, les besoins en prothèse amovible complète vont augmenter, passant de 33.6 millions en 1991 à 37.9 millions en 2020 aux Etats-Unis.

Actuellement en France, chez les 65-74 ans, 16.3 % portent une prothèse complète unimaxillaire et 14.3% une prothèse complète bimaxillaire.

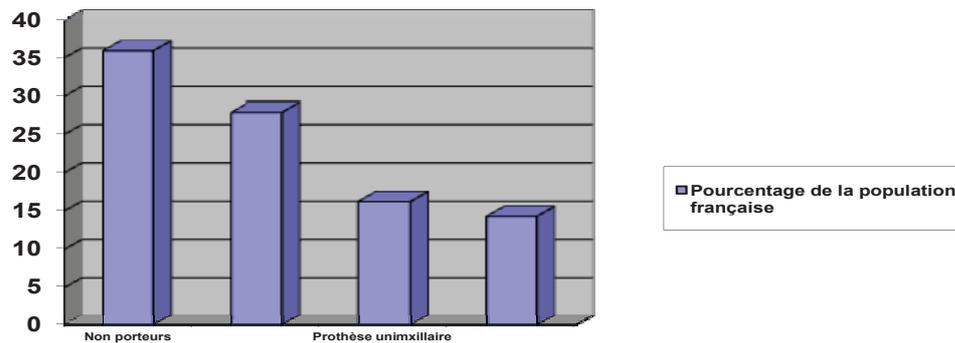


Fig. I-2. Etat prothétique chez les patients âgés de 65 à 74 ans, d'après HÛE et BERTERETCHE (2003).

Les quatre colonnes représentent successivement les Non porteur, les porteurs de prothèse amovible, les porteurs de prothèse totale unimaxillaire et les porteurs de prothèse totale bimaxillaire.

4. Anatomie de l'édenté total

L'édenté total est un handicapé physique, psychologique et social (POMPIGNOLI et coll., 2004). La disparition des dents s'accompagne de celle du parodonte, en particulier de l'os alvéolaire, ce qui entraîne des modifications anatomiques caractéristiques et malheureusement irréversibles, ayant des répercussions sur l'esthétique et le psychisme du patient.

L'examen clinique exobuccal du patient édenté complet se caractérise par un visage creux et marqué par les rides. L'absence des dents ne permet plus le soutien des joues qui se creusent ni des lèvres qui

semblent "aspirées" par la cavité buccale: elles perdent leur volume et le vermillon disparaît. On retrouve fréquemment la présence de perlèches au niveau des commissures labiales très creuses. Ces irritations témoignent des frottements importants entre lèvre supérieure et inférieure.

De plus, le tonus de la musculature faciale est affaibli chez les patients édentés de longue date (HÛE et BERTERETCHE, 2003), ce qui entraîne un affaissement global du visage, une accentuation du sillon labio-mentonnier, une augmentation l'angle naso-labial et la disparition la gouttière du philtrum. Selon BUTZ-JORGENSEN et MOJON (1997), l'atrophie de la musculature manducatrice est une conséquence grave de l'extraction des dents.

Nous sommes donc en présence d'un patient au physique largement dégradé du fait de l'absence de dents avec ses conséquences. Les modifications du visage - nez qui tombe, menton saillant, plis naso-géniens et naso-mentonnier marqués - ont tendance à vieillir prématurément le patient. Ce préjudice esthétique est très souvent vécu de façon douloureuse par la personne édentée, qui se place dans une situation d'infériorité vis à vis de l'entourage (DUPUIS, 2005) dans une société où l'importance de l'image n'est plus à démontrer.



Fig. I.3. Profil de l'édenté total, d'après DUPUIS (2005).

5. Physiologie de l'édenté total

5.1. La mastication

Pour LASSAUZAY & coll., (2006) "le rôle de la mastication est de transformer les aliments en un bol apte à être dégluti", et doit pour cela être "plastique, glissant et cohésif". Les dents, par leur action mécanique de broiement, sont les outils indispensables à cette fragmentation. BERNIER (2008) rapporte que les 2/3 des patients édentés complets se plaignent d'un problème pour mastiquer, et que 73% sont incapables de mastiquer certains aliments.

Le patient édenté, lui, va se servir de ses crêtes édentées pour broyer les aliments ainsi que de sa langue qui écrase le bol alimentaire contre la voûte palatine. La contribution de la langue à la mastication entraîne son développement musculaire conséquent: son volume augmente parfois à tel point qu'elle s'interpose entre les arcades au repos. La mastication entre les crêtes édentées se fait par action latérale en diduction de la mandibule, car la résorption osseuse (centripète au maxillaire et centrifuge à la mandibule) a entraîné un décalage des bases dans le plan frontal. L'ensemble de ces phénomènes aboutit à un broyage grossier des aliments.

Selon DUPUIS (2005), les crêtes alvéolaires écrasent difficilement le bol alimentaire, et malgré un temps de mastication augmenté, la taille des particules ingérées est importante, ce qui augmente la durée du séjour des aliments dans l'estomac et exige de la part de celui-ci un effort supplémentaire à l'assimilation des substances nutritives.

En effet, la mastication constitue le premier temps de la digestion (LEONARD et coll., 2008). L'action d'enzymes salivaires sur les particules alimentaires issues du broyage par les dents permet de libérer les substances nutritives contenues dans les aliments et de faciliter leur assimilation au niveau digestif. Ces enzymes restent inefficaces si les aliments sont avalés "tout ronds". Une partie importante ne peut être absorbée et est alors rejetée par l'organisme.

5.2. La salivation

Selon DUPUIS (2005), la sécrétion salivaire est en relation avec la façon de manger. Ce sont les frottements de la langue et des muqueuses contre les dents qui stimulent la production salivaire au cours de la mastication en temps normal. Selon LEONARD et coll., (2008) "l'absence de reconstruction dentaire ayant pour conséquence un déficit masticatoire conduit à une baisse du flux de salive".

De plus, selon DUPUIS (2005) les difficultés masticatoires de l'édenté total non appareillé l'amènent à privilégier les aliments aux textures molles ne nécessitant pas d'efforts masticatoires intenses. Les glandes salivaires peu stimulées produisent alors peu de salive et tendent à s'atrophier progressivement.

Il existe un grand nombre de facteurs pouvant aggraver l'hyposialie chez l'édenté, comme certaines thérapeutiques (anxiolytiques, diurétiques, radiothérapie cervico-faciale) ou encore certaines pathologies comme le syndrome de Gougerot-Sjögren, et le diabète.

L'incidence de l'âge sur cette sécrétion est controversée selon les auteurs. Pour HUË et BERTERETCHE (2003), "il n'existe pas de modification évidente du flux salivaire chez les personnes âgées en bonne santé, mais d'autres paramètres tels que l'équilibre alimentaire et la santé générale jouent sur le débit". Pour POUYSSEGUR et MALHER (2010), une des conséquences du vieillissement sur la sphère orale est la diminution du débit salivaire. DUPUIS (2005) parle de sénescence des glandes salivaires chez les patients âgés. Pour LEONARD et coll. (2008) les glandes salivaires involuent à partir de 50 ans et leur potentiel d'action n'est plus que de 40% à 70 ans.

Les conséquences de l'hyposialie chez l'édenté total sont multiples, et affectent la qualité de vie des patients en rendant leur bouche inconfortable (BRAUD et BOUCHERY, 2008).

Subjectifs	Objectifs
Difficultés à parler	Muqueuses rouges, sèches, vernissées
Alimentation difficile	Port des prothèses douloureux
Besoin de boire, de sucer des bonbons	Langue dépapillée, vernissée, collante
Sensation de sécheresse labiale et buccale	Absence de lac salivaire
Douleurs de la muqueuse	Manque de cohésion du bol alimentaire
Langue collée au palais	Instruments collant aux muqueuses
Goût métallique	
Halitose	

Tab. I-3. "Récapitulatif des signes cliniques objectifs et subjectifs de l'hyposialie", d'après HUË & BERTERETCHE (2003).

5.3. La déglutition

Selon HUË et BERTERETCHE (2003), "la perte des organes dentaires engendre une évolution de la déglutition". En présence des dents, le temps buccal de la déglutition est assuré par la langue qui

s'applique en gouttière contre la voûte palatine et chasse le bol alimentaire vers l'oropharynx par plaquage de la langue sur le palais d'arrière en avant. Selon LEONARD et coll. en 2008, la présence de dents permet de "caler" la mandibule lors de la déglutition et de réduire le risque de fausses routes.

La perte des dents s'accompagne de la disparition des propriocepteurs desmodontaux qui participent en temps normal au contrôle des mouvements mandibulaires. En découlent une altération des mouvements effectués et des forces exercées par la mandibule, et donc du contrôle du déplacement du bol alimentaire entre les arcades, d'où un risque de fausse route accentué (HÜE et BERTERETCHE, 2003).

Notons également que chez le sujet âgé, l'habileté motrice de la langue a tendance à diminuer (HÜE et BERTERETCHE, 2003), ce qui ne va pas faciliter le passage des aliments vers l'œsophage.

5.4. La gustation

La gustation est un sens complexe car faisant intervenir un grand nombre d'organes sensoriels qui permettent d'apprécier la sapidité, l'arôme et les caractéristiques physiques d'une substance alimentaire (POUYSSÉGUR et MALHER, 2010).

Pour HÜE & BERTERETCHE en 2003, la perte du goût peut être d'origine générale, ou loco-régionale. L'âge joue un rôle manifeste sur les structures permettant la gustation en raison de la diminution des capacités olfactives (HÜE et BERTERETCHE, 2003; DUPUIS, 2005).

BERTERETCHE (2008) nous rappelle que les substances gustatives doivent être dissoutes dans la salive pour atteindre et stimuler les récepteurs gustatifs. Toute réduction du flux salivaire va influencer négativement sur la perception du goût. L'hyposialie participe donc à l'altération du goût chez ces patients (LEONARD et coll., 2008).

Cette perturbation de la gustation peut malheureusement avoir des répercussions sur l'état général des patients. En effet, selon HOLLEY (2008) c'est grâce au goût des aliments -lorsqu'il est plaisant- que nous sommes incités à les consommer. Les troubles du goût ont donc une influence très négative sur le mode d'alimentation, notamment chez les personnes âgées qui vont avoir tendance à se diriger vers des produits riches en sucre ou en sel, ou à l'inverse à se dénourrir (POUYSSÉGUR et MAHLER, 2010).

5.5. La phonation

La phonation est un phénomène complexe. Les sons sont émis par le larynx par vibration des cordes vocales, puis modelés par le voile du palais qui intervient dans le mécanisme vélo-pharyngé du

système de résonance. Les voyelles sont ainsi produites. L'articulation des phonèmes va ensuite faire intervenir la langue, les lèvres, les dents et le positionnement de la mandibule.

Chez le patient denté, la langue intervient indirectement dans l'élaboration des phonèmes en s'appuyant avec une légère pression au niveau de la face linguale des dents ou de la partie cervicale des procès alvéolaires. En fonction des consonnes prononcées, les interactions entre éléments statiques (dents) et dynamiques (langue) changent.

La perte des dents entraîne la disparition de la quasi totalité des appuis statiques- à l'exception de la voûte palatine (HÜE et BERTERETCHE, 2003). Des troubles de la phonation tels que zézaïement, chuintements et projections salivaires apparaissent lors de la perte de dimension verticale, selon DUPUIS (2005). La diminution de la quantité des mucines salivaires rend la salive moins visqueuse et entraîne une friction des muqueuses buccales entre elles lorsque le sujet parle, gênant l'élocution (POUYSSÉGUR et MALHER, 2010).

Selon DUPUIS (2005), le déficit phonétique découlant de l'édentation est trop souvent négligé comparé aux difficultés de mastication et déglutition. Or la phonation est une fonction à but de communication, permettant entre autres de créer des liens et de s'exprimer. L'altération de la phonation a pour conséquence de mettre la personne édentée à l'écart, de ternir ses relations sociales, et favorise le repli soi, allant dans certains cas jusqu'à la dépression.

6. Conséquences pathologiques de l'édentement

6.1. Conséquences locales

-la sphère orale : Comme nous l'avons vu précédemment, l'édentement total affecte en majorité les personnes âgées. Or, au cours du vieillissement, on constate des modifications physiologiques de la muqueuse buccale, notamment une déshydratation progressive associée à un amincissement de l'épithélium de revêtement. La diminution de l'épaisseur de la muqueuse buccale entraîne sa fragilité et une moindre résistance aux agressions (VEYRUNE et coll., 2008). Or, celles-ci sont potentiellement nombreuses chez le patient édenté complet, d'autant plus à un âge avancé.

Le déficit masticatoire entraîne fréquemment l'apparition de carences nutritionnelles et notamment d'hypovitaminoses. La cavité buccale, de par son renouvellement cellulaire très rapide, est la première entité anatomique où vont se manifester ces troubles généraux, principalement au niveau de la langue et des muqueuses.

Pour LEONARD et coll. en 2008, les hypovitaminoses conduisent à une fragilisation de la muqueuse buccale, et augmentent le risque de survenue de candidose. Les candida sont des germes commensaux de la bouche. Leur développement pathologique est favorisé en cas d'altération de l'état général ou de lésions tissulaires. Selon POUYSSEGUR et MALHER (2010), les candidoses se manifestent par une sécheresse de la bouche et des sensations douloureuses de brûlures.

On retrouve communément chez le patient édenté complet la présence de perlèches. Ces lésions si situent au niveau de la commissure des lèvres dont la plicature est marquée par la perte de dimension verticale. La salive y macère et la lésion se surinfecte souvent par *Candida Albicans*.

L'hyposialie joue un rôle notoire dans l'apparition de lésions de la muqueuse buccale. Ainsi, selon ÖWALL et coll. en 1998, les patients ayant un taux de sécrétions salivaire réduit se plaignent de façon caractéristique de brûlures et de démangeaisons au niveau des muqueuses. La sécheresse buccale peut être responsable d'une diminution de la sensation gustative, de l'apparition de chéilites angulaires, de lèvres desséchées voire d'une candidose buccale d'après BERTERETCHE (2008). HÛE et BERTERETCHE (2003) résument les conséquences cliniques de l'hyposialie touchant directement les tissus buccaux dans le tableau ci dessous:

Sensations	Sécheresse buccale Brûlure linguale Modifications du goût Prothèses amovibles mal tolérées
Muqueuses	Blessures Irritations Altérations Candidose Stomatite

Tab. I-4. Conséquences cliniques des hyposialies salivaires au niveau de la cavité buccale, d'après HÛE & BERTERETCHE (2003).

-Articulation temporo-mandibulaire: Elle est constituée par le processus condylien de la mandibule, le disque articulaire (ou ménisque) et l'éminence temporale. L'anatomie de l'ATM se modifie tout au long de la vie de l'individu, en fonction des contraintes qu'elle reçoit.

On pourrait donc penser que l'absence totale de dents provoque des altérations de l'articulation.

Les désordres temporo-mandibulaires constituent un ensemble de troubles caractérisés par des douleurs et des signes de dysfonction, selon ÖWALL et coll. (1998). Cependant, une infime minorité

(5%) des patients édentés non compensés présenterait un dysfonctionnement de l'ATM, et aucun ne souffrirait de désordre sévère (HÜE et BERTERETCHE, 2003). ÖWALL et coll. (1998) confirment que "les signes et symptômes de dysfonction des ATM n' existent pas chez les patients dentés non appareillés".

6.2. Conséquences générales

Selon POLZER et coll. en 2010, l'état de santé général dépend en partie de l'état de santé bucco-dentaire, mais cette notion est insuffisamment présente dans les dispositifs de santé publique. Bien que l'édentation totale ne menace pas le pronostic vital d'un individu, ses répercussions sur la santé et la vie sociale du patient sont conséquentes.

6.2.1. Manifestations somatiques

Selon DUPUIS (2005), "un sujet atteint d'une déficience de l'état bucco-dentaire présente deux fois plus de risques de développer une pathologie gastro-intestinale".

Parmi les **pathologies gastriques** on retrouve:

-les ulcères gastriques: Erosions de la muqueuse gastrique atteignant le tissu conjonctif, qui se manifestent par des douleurs épigastriques survenant lors des repas.

-les gastrites: Ces altérations inflammatoires de la paroi de l'estomac surviennent souvent en cas de déficit masticatoire, après les repas (DUPUIS, 2005).

Outre les pathologies de l'appareil digestif, un des problèmes majeurs engendrés par l'édentement total sur l'organisme est la **malnutrition**. Ainsi selon DUPUIS (2005) et LEONARD et coll. (2008), 30% des individus édentés auraient des problèmes de malnutrition, que ce soit par malabsorption ou carence d'apport.

Le risque de malabsorption des aliments est du en premier lieu aux fonctions de mastication, d'insalivation et de déglutition du bol alimentaire, extrêmement déficientes chez la personne édentée comme nous l'avons vu précédemment.

Cependant les carences d'apport jouent un rôle considérable sur la santé générale (LEONARD et coll., 2008). Du fait de l'atrophie musculaire et de la diminution des sécrétions salivaires associées à l'absence de dents, les patients se trouvent contraints d'orienter leurs choix alimentaires en fonction de leurs capacités masticatoires: il se produit alors un véritable tri de la nourriture chez ces personnes âgées, au profit de produits facilement consommables (LEONARD et coll., 2008). Ainsi les légumes verts ou la viande sont écartés car difficiles à mastiquer (DUPUIS, 2005) et laissant la place à une alimentation grasse et sucrée.

La dénutrition des personnes âgées atteindrait 50% des sujets vivant seuls à leur domicile contre 30% de ceux vivant en maison de retraite ou en hôpital gériatrique, selon DUPUIS (2005). POUYSSEGUR et MALHER (2010) estiment que 40 à 70% des personnes âgées hospitalisées souffrent d'un problème de nutrition grave. Les auteurs résument les causes de la malnutrition chez les personnes âgées dans le schéma suivant:

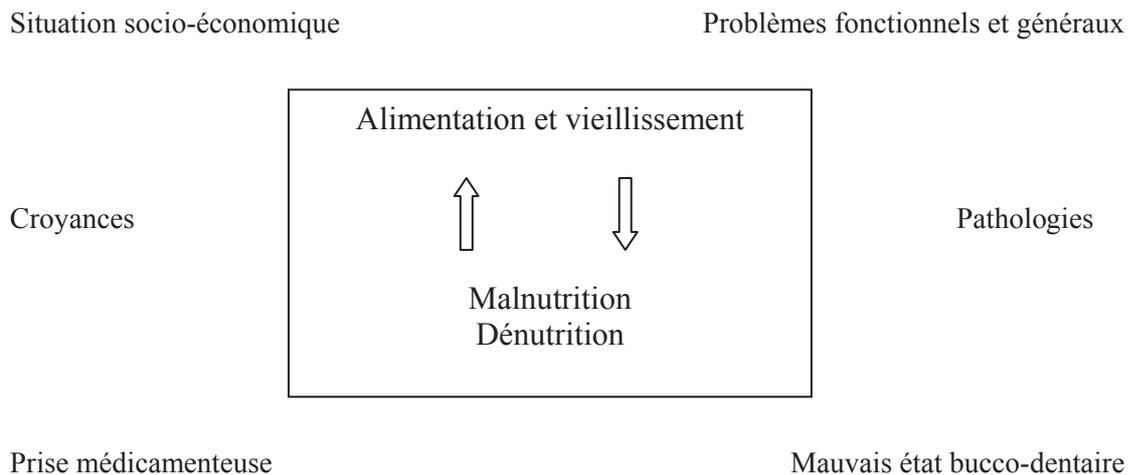


Fig. I-4. Vieillesse et déséquilibre alimentaire, d'après POUYSSEGUR & MALHER (2010)

Une autre conséquence grave de la malnutrition est l'obésité. Les problèmes de surpoids et d'obésité découlent d'une malnutrition excédentaire, due à une alimentation de mauvaise qualité, désordonnée et mal équilibrée (DUPUIS, 2005). EMAMI et coll. (2013) rapportent selon des études que l'édentement est associé à un gain de poids supérieur à 5 % par année. L'édentement non compensé semble lié au surpoids dans la population senior. Cependant, ces résultats sont à nuancer en cas d'édentement total, qui est une situation clinique bien particulière. Certains patients vont en effet avoir tendance à se dénourrir, et à perdre du poids très rapidement.

Signalons enfin que la qualité de vie des patients édentés totaux est également affectée la nuit: selon EMAMI et coll. (2013), l'absence de dents serait responsable de désordres lors du sommeil, tels que difficultés respiratoires ou apnée obstructive du sommeil.

6.2.2. Manifestations psychologiques

Tout être humain privé de ses dents se voit dans l'impossibilité de satisfaire ses pulsions fondamentales, à savoir nutrition, phonation, relations affectives et sociales avec ses semblables, et représentation de son schéma corporel (LEJOYEUX, 1978). Or, ces frustrations quotidiennes vont avoir des répercussions sur le psychisme du patient, et avoir des conséquences graves dans certains cas comme la dépression, l'isolement et le repli sur soi...

Selon DUPUIS (2005), la bouche est par sa situation et ses fonctions un des centres de l'organisation corporelle, car elle permet les premiers contacts avec le monde dès la naissance.

Nous connaissons tous l'image de l'homunculus, ce petit homme illustrant la représentation cérébrale du corps humain. Son allure disproportionnée et difforme, avec son petit tronc et sa bouche démesurée, nous révèle l'importance que la cavité buccale possède dans la répartition des informations sensibles. Pour LEJOYEUX (1978), "l'image de la cavité buccale parée de ses organes dentaires occupe une place préférentielle dans l'image du corps".

Tous ces éléments nous permettent de comprendre les bouleversements psychiques engendrés par la perte des dents..

L'importance de l'aspect dento-facial pour le bien être psychologique a été largement développé dans la littérature. De nombreux auteurs ont ainsi démontré la corrélation entre esthétique dentaire et qualité de vie.

En effet, être complètement édenté correspond à un stade de non retour (LEONARD et coll., 2008). Il s'agit en effet d'un véritable traumatisme, tant sur le plan physique que psychologique. Car dans son inconscient, le patient est toujours jeune. Le fait de croiser son reflet dans un miroir peut constituer un choc, un retour brutal à la réalité: le patient ne se reconnaît plus. Selon DUPUIS (2005), la réponse physique du miroir conditionne notre état psychique. En effet, c'est dans le corps que s'inscrivent les marques du temps. Ces lentes modifications qui participent à la dégradation de l'organisme entraînent une perte de l'estime de soi.

DUPUIS (2005) affirme que la perte des dents a toujours une relation avec la mort. Voltaire philosophait ainsi "Je perds une dent, je meurs en détail...". On constate également que le sourire se raréfie chez l'homme vieillissant, marquant ainsi une dépression insidieuse. La perte des dents peut par ailleurs aggraver un état dépressif préexistant.

Selon une étude menée au Brésil en 2012, la perte des dents affecte les capacités d'un individu à créer et entretenir des relations sociales, ce qui dégrade ensuite la qualité de vie rythmée par la dépression, la tristesse, la solitude et l'isolement. Le rétablissement de l'esthétique par la confection de prothèses est la condition *sine qua non* d'une réinsertion sociale (RODRIGUES et coll., 2012).

Enfin, selon DUPUIS (2005), la communication est le besoin psychologique le plus fondamental de l'homme, car elle préserve de la solitude. Avec l'âge, le champ social a tendance à se rétrécir et les

occasions de communiquer sont lors moins nombreuses. Les handicap physique risque d'accentuer ce sentiment d'exclusion.

II. LA PROTHESE AMOVIBLE TOTALE

1. Définition

Pour HOUSSET (1887-1970), la prothèse est "l'art de restaurer ou de remplacer par des moyens physiques, dans un milieu vivant, des organes soumis à des actions internes et externes".

La prothèse dentaire dans son sens général est définie comme "le domaine de la dentisterie consistant en la restauration et en la préservation de la fonction orale, du confort, de l'apparence et de la santé du patient par la restauration des dents naturelles et/ou le remplacement des dents absentes, ainsi que des tissus périphériques et maxillo-faciaux par des éléments artificiels" selon le Glossaire des Termes de Prothèse (1994).

Cette définition englobe donc la prothèse fixée permettant de restaurer des dents délabrées par des couronnes ou des bridges, la prothèse amovible, la prothèse maxillo-faciale et la prothèse implantaire.

La prothèse amovible complète constitue une entité individuelle dans le cadre de la prothèse car elle permet non seulement le remplacement de la totalité des dents mais au delà le rétablissement des fonctions de mastication, déglutition et phonation ainsi que l'esthétique. Il s'agit donc d'une discipline à part en dentisterie compte tenu de l'importance de ces différents aspects dans la vie quotidienne.

2. Objectifs de la réhabilitation par la prothèse amovible complète

Le traitement de l'édenté total se constitue d'une succession d'actes médicaux ayant pour but d'améliorer la santé du patient. Selon POMPIGNOLI et coll. (2004), l'objectif du praticien est d'assurer le meilleur remplacement des organes disparus en élaborant des prothèses efficaces respectant à la fois des impératifs biologiques (*primum non nocere*) et socioculturel (comme le coût du traitement).

D'autre, la prothèse complète amovible doit rétablir les fonctions de relation (esthétique et phonation) d'une part, et les fonctions digestives (mastication et déglutition) d'autre part. Pour HÛE et BERTERETCHE (2003), la prothèse doit répondre aux qualités mécaniques indispensables au rétablissement de ces fonctions, tout en assurant le respect de l'intégrité tissulaire et de façon à garantir la pérennité de la restauration. Selon LEJOYEUX (1978), les qualités mécaniques d'une prothèse sont appréciées grâce à la triade de Housset faisant intervenir trois notions fondamentales: la Sustentation, la Stabilisation et la Rétention.

L'obtention de ces qualités mécaniques confère au patient un confort physique et psychologique selon HÛE et BERTERETCHE (2003) et contribue à la disparition des handicaps physique, psychologique et social.

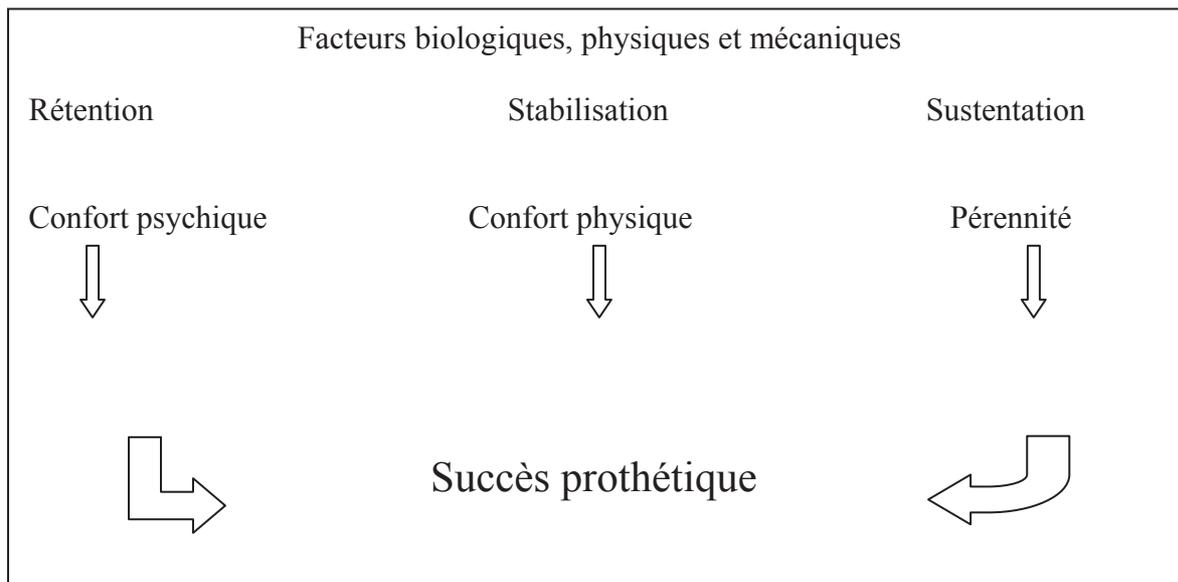


Fig. II-1.: Interactions entre les qualités mécaniques de la prothèse et les incidences psychiques et physiques, d'après HÛE et BERTERETCHE (2003).

La confection d'une prothèse de qualité passe par la recherche de l'équilibre prothétique non seulement au repos mais également au cours de toutes les fonctions (mastication, déglutition, phonation) ainsi que des mimiques associées au rire, au désespoir, à la colère... (LEJOYEUX, 1978). Cette notion d'équilibre met en jeu les trois piliers de la triade de Housset:

-la Sustentation: Il s'agit de la résistance des tissus ostéo-muqueux à l'enfoncement de la prothèse. Elle dépend d'une part de l'étendue de la surface d'appui : grâce à la présence de la voûte palatine, cette surface est d'environ 24 cm² au maxillaire contre 14 cm² à la mandibule (HÛE et BERTERETCHE, 2003) où le risque d'enfoncement de la prothèse est majoré. Cette notion est très relative compte tenue de la variabilité individuelle, mais cela permet de mettre en évidence une différence frappante entre maxillaire et mandibule. Cependant, la qualité de la surface d'appui joue un rôle non négligeable: en effet, la sustentation dépend de la composition histologique de la muqueuse, de son orientation par rapport aux forces fonctionnelles ainsi que de ses propriétés visco-élastiques. Ainsi, on évitera de s'appuyer sur les crêtes flottantes (POMPIGNOLI et coll., 2004). En revanche, la sustentation offerte par le tissu osseux est sûre.

En résumé, la sustentation sera effective si la surface d'appui est maximale mais sans entraver pour autant le libre jeu des muscles lors de la fonction. A long terme, la sustentation va dépendre de la résistance des tissus à la résorption, qu'elle soit physiologique ou accélérée par un défaut de conception prothétique (HÛE et BERTERETCHE, 2003).

-la Stabilisation: C'est la résistance offerte par les reliefs et la forme des arcades aux forces de renversement et aux déplacements horizontaux (dans les sens antéro-postérieur et vestibulo-lingual) de la prothèse. Elle est sous la dépendance de 3 facteurs:

- **anatomique**: la stabilisation dépend du relief des crêtes résiduelles, qui a pu être marqué par l'ancienneté des extractions dentaires, l'histoire des dents (par exemple la présence d'un abcès entraîne une destruction osseuse importante) et dépend aussi des techniques d'avulsions du praticien: la réalisation d'alvéolectomies mutile les crêtes et compromet la stabilisation prothétique.

La situation la plus favorable est généralement retrouvée au maxillaire, où les crêtes sont souvent larges et les versants parallèles, surtout si la forme de l'arcade est carrée (HÛE et BERTERETCHE, 2003).

- **musculaire**: certains muscles dont les fibres sont parallèles au plan occlusal participent à la stabilisation prothétique comme le buccinateur ou l'orbiculaire des lèvres. A l'inverse, d'autres muscles sont déstabilisateurs comme le modiolus ou la langue. La pression que celle-ci exerce sur la prothèse doit être contrebalancée par l'appui des lèvres afin qu'il se crée un équilibre (HÛE et BERTERETCHE, 2003). Selon POMPIGNOLI & coll. (2004), le volume des bases prothétiques doit être en accord avec la mobilité des organes périphériques pour assurer la stabilisation de la prothèse.

- **occlusal**: le montage et la morphologie des dents prothétiques influent sur la stabilité de la prothèse. Ainsi un angle cuspidien trop important risque de désinsérer la prothèse lors des mouvements de latéralité; une erreur dans la répartition des charges occlusales risque également de la faire basculer dans les plans saggital ou frontal (HÛE et BERTERETCHE, 2003).

-la Rétention: Il s'agit de l'ensemble des forces s'opposant à l'éloignement de la prothèse de ses surfaces d'appui. Elle est sous la dépendance du joint périphérique au maxillaire et du joint sub-lingual à la mandibule. La rétention prothétique est tributaire de facteurs physiques et anatomo-physiologiques selon LEJOYEUX (1978):

- **Facteurs physiques**: Il existe 4 phénomènes d'interface qui découlent des réactions entre salive et intrados prothétique:

- **Adhésion**: C'est la force physique qui attire les molécules de deux corps différents. Elle est proportionnelle à l'étendue des surfaces en contact ainsi qu'à la précision de leur ajustage.

- **Cohésion**: C'est l'ensemble des forces électromagnétiques qui agissent entre les molécules d'un même matériau. Elle dépend des propriétés cohésives ainsi que la densité de la salive.

- **Capillarité**: C'est la force qui s'établit entre deux surfaces parallèles entre lesquelles une couche de liquide est interposée.

Viscosité salivaire: Propriété qui tend, dans une masse fluide en mouvement, à s'opposer aux inégalités de vitesse des molécules.

Pour LEJOYEUX (1978), HÜE et BERTERETCHE (2003), la pression atmosphérique intervient dans la rétention des prothèses possédant un joint périphérique effectif, lorsqu'un vide relatif se crée entre intrados prothétique et tissus de soutien.

• **Facteurs anatomo-physiologiques:** Au maxillaire, le joint périphérique intéresse toute la zone de réflexion muqueuse du vestibule - c'est le joint vestibulaire- et le voile du palais -le joint postérieur ou Post Dam. A la mandibule, il existe 3 zones qui assurent la rétention prothétique:

Le joint sub-lingual, qui permet à la langue de se plaquer contre le bord de la prothèse et d'assurer ainsi une herméticité relative.

Le joint labio-incisif, établi entre la face interne des lèvres inférieures, la zone de réflexion muqueuse incisivo-canine, la face vestibulaire des dents mandibulaires antérieures et la base prothétique.

Le joint linguo-massétéрин, au niveau de la poche de Fish, participe à la rétention et à la stabilisation de la prothèse par contact entre la langue et la face interne de la joue.

Cependant, s'il semble évident que la rétention soit tributaire de l'étendue de la surface d'appui ou de volumes osseux importants, il faut également tenir compte de la valeur qualitative des tissus de revêtement comme de l'adhérence muqueuse.

Par exemple, l'efficacité du joint périphérique dépend de la profondeur et de la dépressibilité des zones de réflexion muqueuse dans le vestibule.

La rétention et la stabilisation de la prothèse totale peuvent être perturbées par l'anatomie et la physiologie des organes périphériques selon LE JOYEUX (1978).

D'abord, les muscles oro-faciaux exercent une pression sur les prothèses par leur propre poids ce qui contribue à les déplacer. De plus, la prothèse risque d'être mobilisée lors de la fonction. Pour lutter contre ce phénomène, ses bords et ses surfaces doivent nécessairement être en harmonie avec tous les muscles qui interviennent au cours de la mastication, la déglutition, la phonation, et même la respiration (POMPIGNOLI, 2004). Enfin, VEYRUNE et coll. (2008) soulignent que chez la personne âgée, la baisse de l'agilité neuromusculaire s'ajoute aux facteurs classiques d'instabilité prothétique et risque de nuire à son intégration physique et psychique.

Nous venons de voir que le rétablissement des fonctions de mastication, de déglutition et de phonation dépendait des qualités mécaniques de la prothèse, et constituait un objectif majeur du traitement.

Il faut à présent mentionner l'objectif esthétique dans la réhabilitation de l'édenté complet. Selon VEYRUNE et coll. en 2008, l'esthétique est un facteur extrêmement important dans l'intégration

psychologique de la prothèse amovible totale. Nous connaissons tous le rôle social du sourire. De nos jours, l'aspect physique est souvent synonyme de réussite.

La prothèse totale permet, en plus de remplacer les dents absentes, de replacer les organes périphériques et les tissus dans une position proche de celle d'origine, et de redonner au patient une allure plus jeune, avec des rides moins marquées et un profil plus soutenu. Par ailleurs, le rétablissement du contour harmonieux de la lèvre autorise la restauration d'une phonation correcte grâce à une reconstitution *ad integrum* du support des parois de la cavité buccale (POMPIGNOLI et coll., 2004).

Les objectifs mécaniques, fonctionnels, esthétiques et psychologiques sont véritablement liés, faisant du traitement prothétique un cheminement délicat, où toute erreur technique de départ pourra se répercuter à plus grande échelle par la suite.

3. Le patient édenté total récemment appareillé

3.1. Phase d'adaptation

L'insertion d'une prothèse amovible complète chez un patient, porteur d'une ancienne prothèse ou non, constitue toujours un choc (DUPUIS 2005). Selon BUDTZ-JORGENSEN et CLAVEL (1995), la période d'adaptation à une nouvelle prothèse est de 2 à 3 semaines, mais il faudra 18 mois d'adaptation au total pour que la nouvelle prothèse soit aussi efficace que la précédente. Les auteurs recommandent de porter la prothèse jour et nuit durant les premières semaines.

Le temps d'adaptation prothétique va dépendre du sujet d'une part (de ses capacités de coopération, de son âge et de son envie de s'adapter) et de la prothèse d'autre part. En effet, ce temps va être allongé si la prothèse est mal ajustée ou que l'esthétique ne satisfait pas le patient.

Pour DUPUIS (2005), le rôle du praticien est d'aider le patient à calmer ses angoisses face aux premières difficultés rencontrées après la pose. En outre la langue, les joues et la bouche doivent s'habituer au corps étranger qu'est la prothèse. La musculature va trouver sa position et son fonctionnement de manière progressive. Il faudra veiller à imposer des rendez-vous de contrôle réguliers afin d'anticiper toute gêne ou blessure provoquée par les nouvelles prothèses dans les semaines suivant la pose (POMPIGNOLI et coll., 2011).

3.2. Conseils d'usage

Les différentes fonctions physiologiques vont être perturbées dans un premier temps par le port des prothèses. Il faut expliquer au patient ce qui va se passer, et l'assurer de la continuité de notre aide dans le but de limiter ses doléances à court ou long terme.

3.2.1. Alimentation

-la mastication: Chez le nouveau porteur de prothèse comme chez l'ancien, l'adaptation à la mastication s'avère difficile au cours des premières semaines. Selon HÜE et BERTERETCHE (2003), cet apprentissage durant entre 6 et 8 semaines est nécessaire pour que la musculature orofaciale s'habitue à l'encombrement prothétique et acquiert de nouveaux réflexes pour assurer le maintien de la prothèse et l'acquisition d'un cycle de mastication harmonieux. En outre chez le porteur de prothèse totale, le cycle masticatoire est semblable à celui du patient denté sauf dans le plan frontal où il s'élargit, conséquence de l'anatomie des dents artificielles possédant un angle cuspidien ouvert.

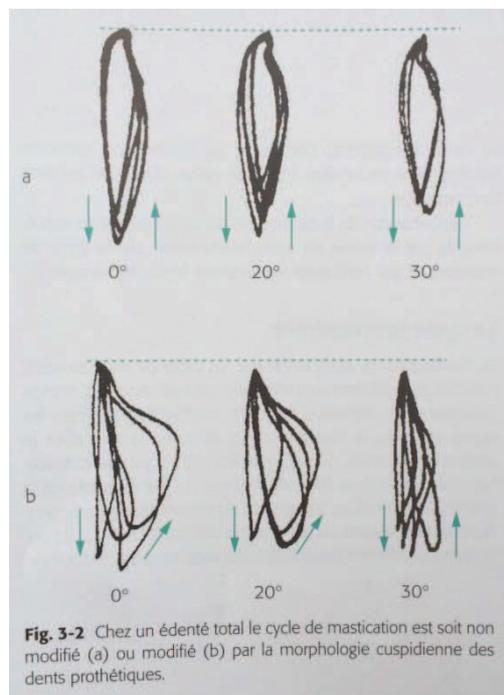


Fig. II-3. Forme du cycle masticatoire chez le patient édenté total porteur d'une prothèse amovible complète bimaxillaire, d'après HÜE et BERTERETCHE, 2003.

Le praticien doit avertir son patient des limites de fonctionnement de sa prothèse.

En outre il n'est plus question d'une alimentation "classique" d'emblée. La nature physique des aliments va dépendre de la capacité masticatoire développée et donc évoluer favorablement avec le temps.

Par exemple, l'action de croquer les aliments avec les incisives est malheureusement impossible avec une prothèse complète, l'efficacité du joint postérieur n'ayant pas pour fonction de limiter le mouvement de bascule antéropostérieur provoqué par l'incision. Ainsi le rôle des incisives se limite à la préhension des aliments. Quand aux canines, leur rôle est esthétique principalement, elles ne contribuent pas au déchirement des fibres comme en denture naturelle.

Ainsi le broyage des aliments est assuré exclusivement par les molaires et prémolaires. Du fait du caractère flou et désordonné du cycle masticatoire dans les premiers temps, l'efficacité masticatoire se trouve considérablement réduite : selon DUPUIS (2005), elle serait de trois à six fois moins performante que chez le patient denté. De plus, les forces occlusales sont diminuées de 50% chez les porteurs de prothèses totales du fait du fonctionnement moindre des muscles élévateurs de la mandibule (HÜE et BERTERETCHE, 2003).

Face à ce problème, il est conseillé de privilégier des aliments de texture molle dans les premiers temps (compote, jambon blanc coupé finement, pain de mie), puis d'évoluer vers une texture souple (viande hachée, légumes cuits, biscottes) puis "normale" après plusieurs semaines, en fonction de l'habileté du patient (BUDTZ-JORGENSEN et CLAVEL, 1995).

Le patient doit également apprendre à manger lentement, avec de petites bouchées et mastiquer précautionneusement (POMPIGNOLI et coll., 2001). En effet, le nombre de cycles de mastication chez le patient appareillé doit être beaucoup plus élevé pour obtenir des particules alimentaires de la même taille que celles obtenues par le patient denté (HÜE et BERTERETCHE, 2003). Les aliments coupés doivent être placés sur les dents prothétiques cuspidées et la mastication bilatérale pour éviter le décrochement de la prothèse du côté non travaillant (DUPUIS, 2005). Enfin n'oublions pas que l'alimentation doit être équilibrée et variée autant que possible.

-La salivation: Il se produit un phénomène d'hypersalivation réflexe durant les 2 à 3 semaines suivant la pose de la prothèse. Généralement gênante pour le patient, elle lui permet néanmoins de supporter sa prothèse plus facilement. La sécrétion salivaire se régule rapidement par la suite (DUPUIS, 2005).

-La déglutition: Nous avons vu dans le chapitre précédent que la déglutition chez l'édenté non appareillé était particulière. Le patient va donc réapprendre à déglutir de façon physiologique: en plaçant la langue contre le palais (en résine) et en serrant les arcades. On veillera à réaliser un palais prothétique aussi fin que possible afin de ne pas perturber cette fonction (DUPUIS, 2005).

-Modifications du goût: La perte de perception du sucré et du salé est transitoire et ne dure qu'une à deux semaines après insertion prothétique. Selon DUPUIS (2005), elle serait provoquée par le contact

entre les papilles gustatives de la langue et le palais en résine acrylique. Il nous faudra prévenir le patient afin de limiter son étonnement ou sa déception.

3.2.2. La phonation

Selon POMPIGNOLI et coll., (2011), l'absence de troubles de la phonation dans les premiers temps est exceptionnelle ! Le praticien doit en prévenir le patient. Cependant, si les variations de volume et d'épaisseur des bases perturbent le positionnement de la langue au départ, celle-ci retrouve rapidement ses appuis (dans la mesure où le montage est correct) et les difficultés phonétiques disparaissent en peu de temps (HÜE et BERTERETCHE, 2003).

3.2.3. Hygiène

Après apprentissage de l'insertion et de la désinsertion prothétique, le praticien doit mettre l'accent sur l'hygiène des muqueuses et l'entretien des prothèses. Nos recommandations sont de nature verbale, associées à un document écrit remis au patient, et s'accompagnent d'une démonstration technique.

-Hygiène buccale: Les prothèses doivent être retirées après chaque repas pour pouvoir assurer l'hygiène des muqueuses, à l'aide d'une brosse à dents souple éventuellement plongée au préalable dans une solution de bain de bouche à base de bicarbonate de sodium ou de Chlorexidine. Cela permet ainsi de limiter le risque de survenue de stomatite sous-prothétique. Cette inflammation des muqueuses est d'origine plurifactorielle mais souvent associée à un défaut d'hygiène.

-Hygiène prothétique: Les prothèses doivent être brossées après chaque repas à l'aide d'une brosse à dents adaptée, et de savon de Marseille ou d'un dentifrice non abrasif. Ce nettoyage se fait préférentiellement au dessus d'un lavabo rempli d'eau ou d'une serviette afin de limiter le risque de fracture de l'objet prothétique en cas de chute (BUDTZ-JORGENSEN et CLAVEL, 1995). Il est également recommandé de faire tremper les prothèses 1 heure par jour dans une solution de Chlorexidine, l'agent antimicrobien le plus efficace, après les avoir brossées. Cependant, les auteurs déconseillent l'usage abusif de produits de désinfection disponibles dans le commerce car pouvant conduire à la décoloration de la résine (POMPIGNOLI et coll, 2011).

HÜE et BERTERETCHE (2003) résumant ces conseils dans le tableau suivant:

Conseils d'hygiène et d'entretien des prothèses

Après chaque repas, nettoyer totalement la prothèse (les dents, la résine "rose", par dessus et par dessous); utiliser une brosse à ongles ou une brosse pour prothèse avec de l'eau, du savon de Marseille, ou encore un produit nettoyant destiné aux prothèses amovibles

Ne pas utiliser une brosse à dents et du dentifrice

Brosser les muqueuses après chaque repas (brosse à dents souple)

Tab.II-1. : Fiche des conseils d'hygiène et d'entretien des prothèses d'après HÜE et BERTERETCHE, 2003.

-Port nocturne: L'Académie Américaine de Prothèse Amovible décrète en 1967 que les patients doivent retirer leurs prothèses amovibles la nuit, car le port nocturne entraîne une augmentation de l'inflammation et des hyperplasies muqueuses. Cela explique que 74% des stomatites sous prothétiques soient retrouvées chez les porteurs nocturnes (HÜE et BERTERETCHE, 2003).

Selon DUPUIS (2005), le port continu des prothèses entraîne l'obstruction permanente des orifices excréteurs des glandes salivaires et augmente le risque de dékératinisation.

Toutefois la plupart des auteurs ne recommandent pas le port des prothèses la nuit, mais ce choix est généralement laissé à l'appréciation des patients, pour des raisons esthétiques et psychologiques évidentes (POMPIGNOLI et coll., 2011).

3.3. Doléances

Comme nous l'avons évoqué précédemment, si la prothèse d'excellence existe, elle n'en demeure pas moins une prothèse et ne pourra à ce titre jamais prétendre de remplacer intégralement les dents absentes (POMPIGNOLI et coll., 2011).

Dans les minutes et les heures qui vont suivre l'insertion prothétique, le patient va exprimer ses doléances. Celles-ci peuvent être de nature objective (s'accompagnant de signes cliniques tangibles) ou subjective (sensations sans signes cliniques réels), immédiates, à court terme ou à long terme (HÛE et BERTERETCHE, 2003).

Le praticien doit également distinguer les doléances justifiées de celles injustifiées, c'est à dire liées à l'existence même des prothèses et contre lesquelles on ne peut rien, et qui nécessitent une prise en charge au delà de nos compétences.

On peut regrouper l'ensemble de ces doléances dans un tableau:

DOLEANCES		
Immédiates	Objectives	Absence de rétention ou de stabilité Hypersalivation Nausées
	Subjectives	Esthétique Encombrement, volume Troubles de la phonation
A court terme	Objectives	Manque de rétention ou de stabilité Blessures Bruits lors de la mastication Stagnation alimentaire Réactions allergiques
	Subjectives	Troubles de la phonation Perturbations de goût Difficultés masticatoires Douleurs Brûlures

La majorité des doléances exprimées par les patients porteurs de prothèses amovibles complètes sont justifiées. Le praticien doit alors redoubler d'humilité et mettre tous les moyens en œuvre pour résoudre les problèmes rencontrés. Par exemple rassurer le malade sur les phénomènes d'hypersalivation ou des troubles phonétiques, lui faire faire des exercices respiratoires et de relaxation

en cas de nausées prononcées, rétablir l'équilibration occlusale, supprimer les zones de surpression entre prothèse et surface d'appui, réaliser un rebasage des bases prothétiques... (POMPIGNOLI, 1997). Cependant, le praticien doit savoir soupçonner la mauvaise foi de certains patients, et refuser certaines critiques basées sur des espérances irrationnelles.

III. MESURE DE LA QUALITE DE VIE

1. Définitions

1.1. Qualité de vie

L'OMS propose en 1993 la définition suivante: "La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement" (MERCIER et SCHRAUB, 2005).

La qualité de vie d'un individu est un concept complexe, pluridimensionnel, et très subjectif (RODARY et coll., 1998). Cette notion englobante est aussi délicate à définir qu'à mesurer car faisant intervenir des facteurs tels que le contexte environnemental, le niveau de revenu, les habitudes et le style de vie (LAUNOIS, 1992). Ainsi pour cet auteur, une bonne qualité de vie serait caractérisée par un sentiment de bien être, une émotivité équilibrée, une intégration sociale satisfaisante et un bon état physique. Cependant ces critères ne semblent pas exhaustifs.

Pour CALMAN (1984), la qualité de vie se définit par le décalage existant entre les attentes et espoirs d'un individus et ses réalisations. Ainsi, plus ce décalage est réduit, meilleure est la qualité de vie, et l'écart entre les attentes de l'individu et la réalité devient sa force motrice au quotidien, d'autant plus que ses perspectives vont se modifier progressivement au cours de la vie.

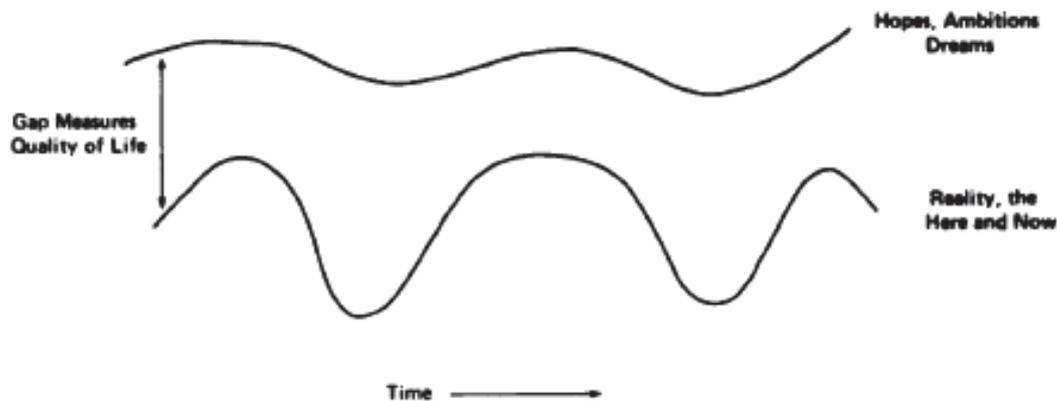


Fig. III-1. Une représentation de l'écart entre la réalité et les espoirs, rêves et ambitions, d'après CALMAN, 1984.

Selon RODARY et coll. en 1998, la qualité de vie est donc un phénomène délicat à mesurer de par la dichotomie entre les méthodes intrusives et son essence subjective. De plus, la mesure du concept est effectuée au travers de bases matérielles observables comportant des critères ou des descripteurs. Ceux-ci vont servir d'intermédiaires entre les caractéristiques abstraites que l'on cherche à cerner et les grandeurs mesurables sur lesquelles ils prennent appui (LAUNOIS, 1992). Or, pour RODARY et coll. (1998), la qualité de vie est un concept équivoque, dont chacun possède une définition personnelle difficilement communicable. Elle ne peut être décrite et mesurée de manière optimale que par le sujet

lui-même, car elle dépend du mode de vie, des expériences passées, des espoirs pour le futur, des rêves et des ambitions de la personne (CALMAN, 1984). Il est admis pour tous que c'est le sujet qui est le plus à même de parler de ce qu'il vit, et d'exprimer avec toute sa subjectivité le décalage entre ce qu'il souhaite et ce qu'il perçoit.

Ainsi, de nombreuses dimensions vont participer de façon complexe à cette perception, notamment la maladie et les traitements qui vont perturber les attentes de l'individu.

1.2. Qualité de vie liée à la santé

L'élévation de l'espérance de vie, l'amélioration constante des techniques de soin et le changement d'attitude des populations face à la santé ont entraîné l'émergence de la notion de Qualité de vie liée à la santé (CORTEN, 1998). Selon RODARY et coll. en 1998, le mot "qualité" a pris une place prioritaire dans le langage médical depuis quelques années: on parle de "qualité de prise en charge" du malade. La charte des patients hospitalisés (1974) demande en effet "la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychique des patients dans le respect de la personne et de son intimité". Tout ceci témoigne du souci éthique des professionnels de santé d'assurer des conditions de vie visant à protéger la qualité de vie d'un individu.

La première tentative de conceptualisation de cette qualité de vie liée à la santé a eu comme point de départ la définition de la santé établie par l'OMS en 1947: "La santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état total de bien être physique, mental et social". Cependant, cet état de santé théorique se révélant impossible à atteindre du moins pendant une longue durée, cette définition ne peut servir de référence. En effet, la qualité de vie liée à la santé prend en compte les capacités fonctionnelles du sujet sur le plan physique (mobilité, activités quotidiennes...) et sur le plan social, ainsi que la dimension mentale à travers les capacités intellectuelles (vieillesse, retard mental...) et l'impact des maladies mentales (CORTEN, 1998). Selon MERCIER et SCHRAUB (2005), la qualité de vie liée à la santé prend également en compte d'autres aspects tels que la sexualité ou l'image de soi. Depuis quelques années, on prend en compte les aspects subjectifs de la santé avec l'introduction de notions nouvelles comme la souffrance, liée à la douleur ou à la détresse psychologique (CORTEN, 1998).

Ces domaines correspondant à des éléments objectifs et subjectifs ont une importance variable d'un sujet à l'autre au cours du temps. La qualité de vie liée à la santé ne peut être appréciée pleinement que par le patient lui-même et non le personnel médical (MERCIER et SCHRAUB, 2005). Ainsi pour LEPEGLE et HUNT (1997), "La notion de qualité de vie en tant que critère d'évaluation des interventions médicales gagnerait à être remplacée par une notion plus proche de la réalité des évaluations, telle que celle de la "santé perceptuelle" ou de "santé subjective".

1.3. Qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire

La cavité orale de par sa localisation semble parfois séparée du reste de l'organisme. Or, si la bouche occupe une place prépondérante dans la réalisation des fonctions vitales, la santé orale peut avoir de grandes répercussions sur le corps humain, le quotidien des patients et leur qualité de vie (ALLEN, 2003).

Les pathologies buccales sont les maladies chroniques les plus fréquentes et constituent un véritable problème de santé publique de fait de leur prévalence mais également des répercussions sur le quotidien des sujets.

Le concept de qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire a été introduit en 1992 par GIFT et REDFORD afin d'appréhender l'impact des maladies buccales chez les patients, à la fois sur le plan fonctionnel, psychique et social. En effet, selon SHEIHAM (2005), la mauvaise santé buccale affecte les patients physiquement et psychologiquement: l'absence de dents entraîne des difficultés de mastication et de phonation donc de communication (ULINSKI et coll., 2013), perturbe l'aspect esthétique du visage, modifie les habitudes alimentaires (pouvant entraîner carences et dénutrition). Les douleurs dentaires amènent les sujets à expérimenter l'inconfort, les difficultés de sommeil, qui se répercutent parfois sur l'activité professionnelle ou encore sur l'estime de soi (SISCHO et BRODER, 2011).

La santé orale est donc étroitement liée à la santé générale et influe fortement sur la qualité de vie des individus, elle a donc une importance majeure dans l'esprit de nos patients lors de leur demande en soins (WALTER et coll., 2007).

Le concept de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire, bien qu'étant une notion encore peu précise, suscite de plus en plus l'intérêt de la profession. Pour COHEN et JAGO (1978), la plus grande contribution de la dentisterie est d'améliorer la qualité de vie des patients.

2. Historique

Les premières tentatives de mesure de la qualité de vie remontent en 1976, quand deux médecins, PRIESTMAN et BAUM (1976) décident d'étudier la qualité de vie chez des patientes souffrant de cancer du sein. Selon CORTEN (1998), ce n'est que vers la fin des années 1980 que l'on va voir apparaître les aspects subjectifs de la santé dans les enquêtes médicales, en introduisant la notion fondamentale : la souffrance.

Au début des années 1990 apparaît la volonté de mesurer la qualité de vie. Il n'existe alors pas d'outils disponibles : jusque là, les recherches n'ont porté que sur la mesure subjective de l'état de santé (LE PLEGE, 2008). Des instruments de mesure vont alors être développés, pouvant prendre la forme d'un questionnaire fermé ou d'une échelle (ROSMAN, 1999). Dès lors les études utilisant des questionnaires remplis par les patients eux-mêmes connaissent un développement spectaculaire (LE PLEGE, 2008).

3. Facteurs influençant la qualité de vie

La structure conceptuelle de la qualité de vie fait l'objet d'une dichotomie entre les experts, selon LE PLEGE (2008). En effet, une majorité pense que la qualité de vie doit porter sur plusieurs dimensions, mais n'arrive pas à s'entendre sur la nature de ces dimensions. D'autres moins nombreux insistent sur le caractère unidimensionnel de la qualité de vie, et proclament que les patients perçoivent leur bien-être ou leur qualité de vie dans la globalité avant d'en percevoir les différentes composantes.

Cependant, des études ont montré qu'au delà de l'aspect subjectif du ressenti des individus il existe des paramètres divers dont l'évaluation objective permettrait d'appréhender d'une autre manière la notion de qualité de vie.

3.1. Facteurs socio-économiques

De nombreuses dimensions de nature socio-économique entrent en compte dans la mesure de la qualité de vie, et ne se limitent pas aux aspects purement matériels ou monétaires, selon ALBOUY et coll. en 2010.

-L'âge: Au cours de la vie, le sentiment de bien-être commence à décliner entre 25 et 40 ans environ, pour amorcer une nouvelle remontée conduisant à son apogée au cours de la soixantaine (ALBOUY et coll., 2010).

-Le niveau socio-économique: Certains groupes sociaux défavorisés ont davantage de risques de rencontrer des difficultés dans toutes les dimensions de la qualité de vie: contraintes financières, niveau d'éducation plus bas, conditions de vie matérielle dégradées, état de santé moins bon, conditions de travail difficile... (ALBOUY et coll., 2010). De plus le niveau d'éducation va jouer sur la qualité de vie de par son effet sur la carrière professionnelle et les revenus financiers. Enfin, l'incertitude des individus quand à leur situation économique future exerce un effet négatif sur la qualité de vie (peur de se retrouver au chômage notamment).

-Configuration familiale: les familles monoparentales bénéficieraient d'une qualité de vie médiocre selon ALBOUY et coll. (2010) pour des raisons financières et de conditions de vie matérielles.

-Les contacts sociaux: ils interviennent directement dans la qualité de vie, et sont souvent source de satisfaction. Pour CORTEN (1998), une même situation peut prendre une dimension différente en fonction du support social et de la possibilité de partager ses émotions.

-Les activités quotidiennes: Elles vont avoir une influence non négligeable sur le bien être des personnes. Des conditions de travail difficiles dégradent la qualité de vie. En revanche, l'appréciation d'une activité dépend à la fois des goûts de l'individu et de sa position dans son cycle de vie. Cette donnée n'est donc pas exploitable à grande échelle dans la mesure de la qualité de vie selon ALBOUY et coll. en 2010.

Selon AMIEL et coll. (2013), il existe d'autres variables indicatrices de la qualité de vie telles que les conditions de vie matérielles, la dégradation de l'environnement, l'insécurité physique et économiques...

Cependant, ces variables ne sont pas isolées dans le quotidien des individus, et peuvent s'imbriquer entre elles de façon plus ou moins complexe. Par exemple, les personnes jeunes ont souvent des conditions de vie matérielle et financière plus défavorables que le reste de la population, mais présentent par ailleurs un niveau d'éducation satisfaisant et un grand nombre de contacts sociaux. La situation des personnes âgées (après 60 ans) est schématiquement opposée. Dans les deux cas, la qualité de vie ressentie est la résultante de l'ensemble de ces composantes.

Ainsi, certaines variables peu significatives au premier abord (comme le stress quotidien, ou le peu de relations sociales) jouent parfois autant voire davantage que d'autres en apparence capitales (ressources financières...) (AMIEL et coll., 2013).

LE CORROLER-SORIANO et coll. en 2008 ajoutent une précision à ces informations: les variables socio-économiques peuvent affecter les deux dimensions de la qualité de vie: la qualité de vie physique et /ou la qualité de vie mentale.

Ainsi, les deux dimensions de la qualité de vie s'améliorent avec le niveau d'étude et le niveau de revenu du foyer, et diminuent en cas d'arrêt maladie dans le cadre professionnel. La qualité de vie physique se dégrade avec l'âge mais la qualité de vie mentale a tendance à croître. Enfin, les femmes auraient une moins bonne qualité de vie mentale que les hommes.

3.2. Etat de santé général

Pour LEPLEGE (2008), le "statut de santé" (ou la santé perçue par l'individu) est certainement l'une des composantes les plus importantes de la qualité de vie.

La qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects de la qualité de vie qui sont tributaires de l'état de santé de la personne (ATKINSON et ZIBIN, 2013). Les répercussions de l'état de santé sur la qualité de vie peuvent être à la fois d'ordre quantitatif, qualitatif et subjectif.

Ainsi il existe un lien évident entre la gravité d'une maladie et ses répercussions sur la qualité de vie: par exemple les maladies cancéreuses les plus graves sont celles qui vont altérer le plus la qualité de vie des patients. En revanche, si les caractéristiques médicales d'une pathologie vont influencer la qualité de vie physique de l'individu, ce sont ses séquelles qui vont affecter la qualité de vie mentale selon LE CORROLER et coll. en 2008.

La qualité de vie liée à la santé regroupe à la fois des troubles fonctionnels (mauvaise santé physique) et des troubles d'ordre psychiques (mal-être émotionnel) (AMIEL et coll., 2013). Il existe cependant une forte composante psychologique relative à l'état de santé. En outre, la qualité de vie liée à la santé est le résultat de la balance entre les affects positifs et négatifs ressentis par la personne.

Pour CORTEN (1998), la santé n'est qu'un domaine de la vie. Chaque individu cherche à maintenir un *Quantum Constant* de sa qualité de vie. Quand quelque chose va mal, l'individu va réorganiser spontanément l'impact des autres domaines sur sa qualité de vie.

3.3. Etat de santé bucco-dentaire

Un état bucco-dentaire défectueux altère considérablement la qualité de vie (SEGUIER et coll., 2009). Selon SHEIHAM (2005) l'altération de la santé orale a des répercussions sur la santé générale: le cas particulier de l'édentement total se révèle être un véritable handicap et est généralement vécu comme une atteinte de l'intégrité corporelle, comme vu au premier chapitre. De manière générale, les pathologies bucco-dentaires altèrent l'alimentation donc la prise des repas, la phonation et la diction et devient un obstacle majeur à la communication et à la vie sociale.

Pour SHEIHAM (2005), une qualité de vie médiocre concorde souvent avec un nombre réduit de dents en bouche. Mais d'autres paramètres peuvent également en être responsables: la sécheresse buccale, qu'elle soit objective ou subjective altère la qualité de vie en causant des troubles de la phonation, des douleurs muqueuses, un inconfort lors de la mastication ou une diminution des capacités gustatives (GERDIN et coll., 2005). Selon SISCHO et BRODER (2011), l'évaluation subjective de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire reflète le confort des individus lorsqu'ils s'alimentent ou établissent des relations sociales, mais serait également représentative de leur estime de soi.



Fig. III-2. Facteurs modulateurs de la qualité de vie liée à la santé bucco dentaire, d'après SISCHO et BRODER (2011).

Une étude menée au Canada en 2007 rapporte que malgré le besoin de la population en soins dentaires, la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire ne se trouve réellement affectée que dans quelques cas précis:

En premier lieu, la perte des dents antérieures est significative dans l'altération de la qualité de vie liée à la santé bucco dentaire; en revanche, l'absence de dents postérieures, remplacées ou non est insignifiante. Le sexe des individus est également un facteur significatif sur la dégradation de cette qualité de vie: pour une même pathologie buccale, le risque de détérioration de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire est moins élevé chez les hommes que chez les femmes (WALTER et coll., 2007).

Ce dernier point est confirmé par ULINSKI et coll. en 2013 qui ajoutent deux autres facteurs d'ordre sociodémographiques significatifs sur l'altération de cette qualité de vie:

-L'âge: si les conditions orales ont tendance à se dégrader avec l'âge, l'impact de ces conditions sur la qualité de vie diminue avec le temps.

-La classe socio-économique: les populations les plus défavorisées ont moins facilement accès aux structures de soins en dépit d'un état bucco dentaire généralement plus dégradé, d'où une qualité de vie liée à la santé bucco dentaire très altérée.

3.4. Particularités individuelles

Comme nous l'avons évoqué précédemment, CALMAN (1984) définit la qualité de vie comme l'écart entre les espoirs, rêves et ambitions d'un individu et sa réalité. Plus cet écart est important, moins la qualité de vie est bonne. Pour la majorité des personnes, le besoin de rapprocher ses rêves de la réalité constitue une force motrice au quotidien.

Cependant, dans certains cas, lorsque l'écart entre rêves et réalité est trop important, et que la qualité de vie s'en trouve altérée, le moyen le plus sûr pour l'améliorer est dans un premier temps d'identifier les perspectives de la personne, puis redéfinir des ambitions plus réalistes et de développer des buts atteignables.

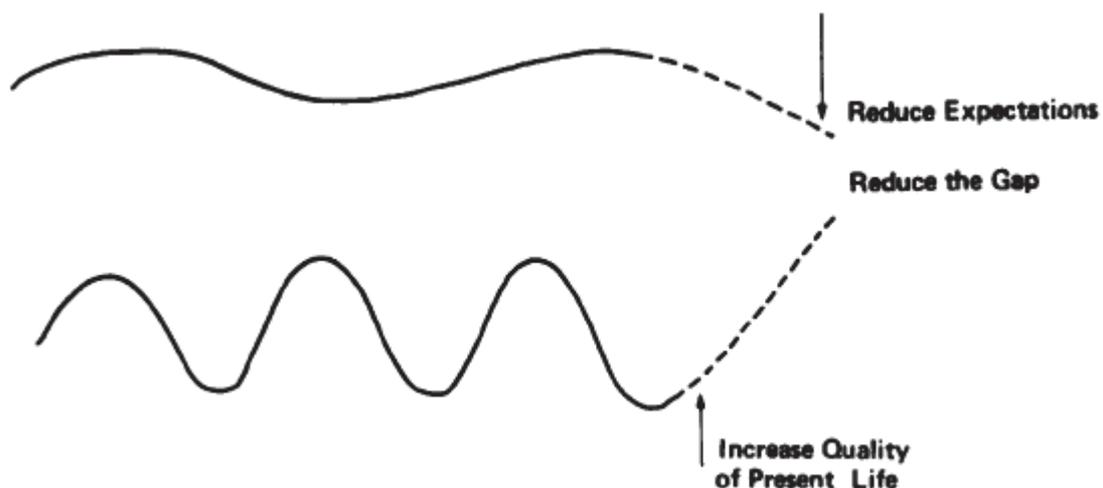


Fig. III-3. L'amélioration de la qualité de la vie résulte à la fois de la rationalisation des rêves et de l'amélioration du quotidien, d'après CALMAN, 1984.

Un autre moyen consiste à améliorer les conditions de vie dans la mesure du possible. Pour CORTEN (1998), la stimulation de la sensorialité à travers le goût, les sons ou le regard est recherchée activement chez beaucoup d'individus pour augmenter leur qualité de vie.

Selon CALMAN (1984), certains individus sont tout à fait capables d'obtenir une bonne qualité de vie en dépit de difficultés majeures, comme une maladie grave ou de mauvaises conditions sociales. Par

exemple, nous avons vu que l'apparition de maladies modifiait considérablement la qualité de vie. Pourtant les conséquences sur la qualité de vie peuvent être très variables selon la personne affectée: certains individus pourront en retirer un bénéfice secondaire et améliorer leur qualité de vie; pour d'autres elle se détériorera.

Pour l'auteur, il n'est pas possible de porter un jugement de valeur quand à la qualité de vie d'autrui; seule la perception de l'intéressé importe sur sa qualité de vie.

4. Instruments de mesure de la qualité de vie

4.1. Concepts

L'évaluation de la qualité de vie doit répondre aux objectifs de ceux qui y procèdent. Pour le professionnel de santé, il s'agit de dépasser une approche purement biologique. Pour le patient, ce qui importe est de pouvoir exprimer la diversité de ses attentes en fonction de l'importance qu'il accorde à tel ou tel aspect de sa vie.

Les mesures de qualité de vie s'inscrivent dans la perspective de "*l'evidence based medicine*" et sont obtenues par l'entremise d'outils standardisés développés selon des méthodes psychométriques et généralement faciles à utiliser (LEPLEGE, 1999).

Ces outils psychométriques, constitués d'**échelles** ou de **questionnaires** (par auto ou hétéro évaluation) s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables pour l'ensemble du groupe.

Au niveau individuel, il faut disposer d'un outil psychométrique qui doit prendre le sujet comme sa propre référence, explorer et analyser tous les domaines qui composent la qualité de vie liée à la santé, pondérer chacun des domaines les uns par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour chaque individu. Un tel outil est extraordinairement complexe.

En réalité ces questionnaires permettent une mesure subjective de la santé plus qu'ils ne mesurent la qualité de vie des sujets (MERCIER et SCHRAUB, 2005).

La première étape de toute étude sur la qualité de vie consiste à définir l'**univers** qui fera l'objet de l'analyse (LAUNOIS, 1992). Concernant la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire nous nous limiterons à l'étude du retentissement de la maladie et de son traitement sur la qualité de vie des patients. Ensuite il faut catégoriser l'univers choisi en définissant les **dimensions** qui seront quantifiées. Afin de pouvoir mesurer le contenu de ces dimensions il faut avoir recours à un certain

nombre de **critères** ou **d'indicateurs** qui permettent de les matérialiser. On utilise généralement des valeurs numériques comme indices. Les chiffres servent de mise en rang et indiquent la position relative de l'indicateur sur un continuum représentant l'attribut que l'on cherche à cerner (ce qui suppose que celui-ci présente des caractéristiques communes à différents niveaux) (REBOUL-MARTY et LAUNOIS, 1995). On a donc une mesure d'ordre, mais l'échelle n'étant pas étalonnée, les écarts entre deux niveaux de l'échelle et le rapport de ces niveaux ne peuvent être établis (LAUNOIS, 1992).

Pour REBOUL-MARTY et LAUNOIS (1995), les instruments de mesure de la qualité de vie doivent présenter les qualités suivantes:

-Pertinence: le contenu du questionnaire doit être exhaustif quant à l'univers étudié et il doit renfermer un échantillon d'énoncés représentatifs de l'ensemble des énoncés concevables.

-Fiabilité: Les études successives d'un même phénomène doivent présenter des résultats similaires.

-Recevabilité: elle dépend de la qualité de formulation du questionnaire et la clarté des énoncés.

-Validité: Capacité à mesurer ce qu'on prétend appréhender sans erreur aléatoire ou de biais systématiques.

-Sensibilité: Capacité de l'instrument à déceler des changements cliniquement importants même de faible amplitude.

4.2. Les différents instruments de mesure de la qualité de vie

Pour MERCIER et SCHRAUB (2005), il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel. En effet on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles d'évaluation dans la littérature. Les questionnaires sont de performants outils. On en distingue 2 catégories principales:

-Les questionnaires génériques: Ils peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent notamment de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes.

-Les questionnaires spécifiques: Ils sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, cancérologie, odontologie...) ou à un symptôme particulier.

Ces questionnaires sont donc très utilisés dans le domaine de la dentisterie, où il en existe plusieurs, que nous allons détailler.

4.2.1. OHIP-49 (Oral Health Impact Profile)

L' Oral Health Impact Profile a été élaboré en Australie par SLADE et SPENCER en 1994 dans le but d'améliorer l'évaluation des conséquences des pathologies buccales sur la qualité de vie. Selon PATRICK et BERGNER (1990) il existe sept dimensions dans la notion de qualité de vie. L'OHIP étudie la qualité de vie liée à la santé orale dans trois de ces domaines: social, physique et psychologique. Pour ZANI et coll. en 2009 il s'agit d'un des instruments psychométriques les plus sophistiqués pour évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.

Le questionnaire comporte dans sa version complète une série de 49 questions regroupées en 7 domaines : les limitations fonctionnelles, la douleur physique, l'inconfort psychologique, les incapacités physiques, les incapacités psychologiques, les incapacités sociales et le handicap (SLADE, 1997).

Pour chaque question, le patient choisit une réponse parmi les 6 propositions codifiées par un chiffre: 0 pour "jamais", 1 pour "rarement", 2 pour "occasionnellement", 3 pour "souvent", 4 pour "très souvent", 5 pour "toujours".

Afin de mathématiser les résultats et d'obtenir des scores utilisables pour l'étude, on attribue une valeur allant de 1 à 6 pour chaque réponse (1 pour jamais et 6 pour toujours). Ainsi le score final obtenu reflète la qualité de vie liée à la santé bucco dentaire : plus le score est élevé, moins cette qualité est bonne (SLADE, 1997).

Cependant pour ALLEN et LOCKER (2002), l' OHIP-49 est un outil peu pratique du point de vue de son utilisation clinique en raison de sa longueur. C'est pourquoi dans les années suivant sa publication des versions abrégées ont fait leur apparition.

4.2.2. Versions courtes des instruments

4.2.2.1. OHIP-14

En 1997 SLADE propose une version plus courte de l'OHIP-49, comportant 14 questions dérivées du questionnaire complet (SLADE, 1997). Selon MONTERO-MARTIN et coll. en 2009, ce questionnaire présente une bonne fiabilité en dépit de sa petite taille, est d'une grande sensibilité et applicable à différents pays grâce à sa traduction dans plus de 10 langues (Chinois, Français, Allemand, Japonais...).

Cependant, la réduction du questionnaire d'origine a entraîné la suppression de certains énoncés relatifs au port de prothèses amovibles et sur les difficultés de mastications en découlant (ALLEN et LOCKER, 2002). Or ce problème est très fréquent chez les patients réhabilités par prothèse amovible.

La validité et la recevabilité de cette version sont donc fortement compromises chez la population édentée.

En outre, les études menées chez ces patients se sont retrouvées biaisées par l'apparition d'effets "plancher", c'est à dire une forte prévalence de scores "0" (correspondant à "jamais" donc à un impact nul) pour un grand nombre d'énoncés (ALLEN et LOCKER, 2002).

Ce questionnaire n'est donc pas adapté aux études concernant les patients édentés porteurs de prothèses amovibles.

4.2.2.2. OHIP-EDENT

Cette version abrégée de l'OHIP a été mise au point par ALLEN et LOCKER en 2002. Le questionnaire comporte 19 questions classées en 7 domaines identiques à ceux de la version de base. Selon ZANI et coll. (2009), cet outil permet de détecter les conséquences de la santé orale sur la qualité de vie des patients édentés totaux porteurs de prothèses amovibles complètes, avant et après le traitement prothétique. Il a été démontré que ce questionnaire permettait de mesurer avec autant de précision que l'OHIP-49 l'impact des traitements prothétiques sur la qualité de vie des patients édentés complets, sans provoquer d'effets "plancher" (ALLEN et LOCKER, 2002).

4.2.2.3. OHIP-20

Ce dernier outil comporte 20 questions et se distingue de la version précédente que par l'ajout d'un énoncé dans le questionnaire : *Votre alimentation vous a-t-elle semblé insatisfaisante à cause de problèmes dus à votre dentition, à l'état de votre bouche ou à vos prothèses ?* par l'équipe de MCGILL.

Par rapport à la version OHIP-49, cet outil présente l'avantage d'être assez concis, ce qui encourage la patientèle et notamment les personnes âgées à s'y intéresser. L'utilisation clinique est donc facilitée par rapport à la version de base. De plus, si la validité de son contenu est forcément moindre que pour l'OHIP-49, la sensibilité est équivalente.

Ce questionnaire est donc parfaitement approprié aux études s'intéressant à la qualité de vie des patients édentés complets porteurs de prothèses.

5. Intérêts et importance de la mesure de la qualité de vie

Selon GAUTIER et coll. (2005), l'intérêt actuel porté par les professionnels de santé et les pouvoirs publics à l'évaluation de la qualité de vie des malades peut s'expliquer par l'importance des récents progrès thérapeutiques, la volonté d'associer les patients aux décisions les concernant et la rationalisation des dépenses de santé.

5.1. Raisons d'ordre médical

Il n'est pas inintéressant de rappeler que les progrès de la médecine au XIX^{ème} siècle ont permis de lutter efficacement contre certaines maladies (notamment infectieuses) jusque-là incurables et donc fatales. Par conséquent la population a vu son espérance de vie augmenter grandement (la morbidité européenne a diminué de moitié durant les deux dernières décennies du XIX^{ème} siècle) (FAGOT-LARGEAULT, 1991). Dès lors, l'efficacité des stratégies médicales a été mesurée selon le principe "plus, c'est mieux" c'est à dire en postulant que la meilleure thérapeutique est celle qui fait gagner le plus d'années de vie.

A présent, la recherche médicale s'attaque aux maladies de la vieillesse en espérant toujours grignoter quelques années de vie en plus. Cependant, si la prolongation de l'espérance de vie est un progrès indéniable du siècle précédent, encore faut-il que cette survie soit tolérable (FAGOT-LARGEAULT, 1991). Le problème de qualité de vie devient alors crucial, et le souci éthique devient d'assurer des conditions de vie visant à protéger le bien-être de l'individu (RODARY et coll., 1998). De plus, la pratique médicale comporte des dilemmes, et les choix permettant de les résoudre, aussi douloureux soient-ils, font intervenir la notion de qualité de vie.

L'importance de la mesure de la qualité de vie a été mise en évidence après un constat par les professionnels et autorités de santé: la santé ne peut pas se résumer à une dimension biomédicale pure (DEBATY et coll., 2008). Il est nécessaire d'intégrer le point de vue des patients afin de documenter le bénéfice de certaines interventions thérapeutiques.

Par exemple dans le traitement des maladies chroniques, il ne suffit plus de prouver qu'un schéma thérapeutique nouveau est efficace ou dépourvu de toxicité; on attend aujourd'hui des traitements de garantir une meilleure qualité de vie aux malades, à efficacité et toxicité comparables au traitement standard (FAGOT-LARGEAULT, 1991).

Cependant l'évaluation de la qualité de vie ne peut pas non plus constituer une mesure de routine. En effet, les résultats attendus doivent apporter une aide réelle à la prise en charge, qu'elle soit thérapeutique, psychologique ou sociale (RODARY et coll, 1998).

Enfin, à distance d'un traitement, l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé permet de réévaluer les besoins du malade qui cherche à reprendre sa place dans la société.

En définitive, il semble que l'efficacité d'une stratégie médicale peut se mesurer à la quantité de vie qu'elle fait gagner, pondérée par sa qualité.

Selon GAUTIER et coll. en 2005, la mesure de la qualité de vie permet certes de surveiller l'état de santé des patients, mais aussi d'élaborer des stratégies de prévention, de développer des évaluations politico-économiques et de contribuer à la recherche clinique. D'après REBOUL-MARTY et coll. en 1995, l'analyse et les méthodes statistiques appliquées à la recherche clinique ont pris une place de plus en plus importante en médecine. Les études et essais cliniques sont actuellement conçus avec une méthodologie très rigoureuse, seule garantie de la validité des résultats et de leur valeur par rapport à la population générale.

5.2. Raisons politico-économiques

Actuellement en France, la qualité du dialogue entre les pouvoirs publics et la recherche médicale se trouve altérée par l'incompatibilité des arguments avancés par les deux parties (LAUNOIS, 1992): Les pouvoirs publics dénoncent une dichotomie entre le rythme d'augmentation des dépenses médicales et les progrès obtenus en matière d'espérance de vie. De l'autre côté, les objectifs de la médecine contemporaine consistent désormais à atténuer les conséquences de la maladie et à améliorer la qualité de vie, comme nous l'avons évoqué plus haut.

A ce souci éthique des acteurs de santé, s'en ajoute un autre, qui occupe une place importante depuis quelques années dans les pays développés et notamment en France: le coût croissant de la santé (RODARY et coll., 1998), qui conduit l'Etat à adopter une politique de santé basée sur les ressources disponibles. Pour FARGOT-LARGEAULT (1991), une sage gestion des budgets de santé nécessite une réflexion sur le rapport coût/efficacité (ou coût/bénéfice) des investissements consentis. Cela impose alors certains choix thérapeutiques. Afin de garantir le respect de l'éthique dans de telles décisions, il importe de repérer les situations où l'évaluation de la qualité de vie doit être ajoutée à celle du coût des traitements..

Depuis 2004 la notion de qualité de vie figure dans la loi de santé publique, plus précisément dans le "Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques" (GAUTIER et coll., 2005).

Cependant on constate actuellement en France un grand nombre de réticences à ces procédures évaluatives de la qualité de vie. Pour BRIANCON (2012), elles seraient le résultat d'un problème de compréhension de la méthodologie employée ou de tenants selon lesquels la qualité de vie est une dimension qui se mesure mal, et non fiable. De plus il semble que les patients mis à contribution craignent que les indicateurs ne reflètent pas réellement leur vécu...

En conclusion, la mesure de la qualité de vie apparaît comme l'outil indispensable pour accompagner la réflexion médicale et conduire à ajuster la perception de phénomènes , dans le but ultime d'aider les malades.

IV. EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTS EDENTES TOTAUX PORTEURS D'UNE PROTHESE AMOVIBLE TOTALE BIMAXILLAIRE

Afin d'étudier le bien-être quotidien et la qualité de vie des patients édentés complets réhabilités par une prothèse amovible totale bimaxillaire, nous avons mené une étude clinique sur dix patients traités dans le service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest.

1. Objectifs de l'étude

Afin d'offrir aux patients des traitements efficaces, mieux ciblés et de qualité, il est primordial, dans la mesure possible, de baser les décisions thérapeutiques sur des évidences scientifiques .

Ainsi depuis quelques années, le bien-être et la qualité de vie du patient sont des paramètres pris en considération par les professionnels de santé.

L'objectif de traitement pour les patients souffrant d'un handicap chronique tel que l'édentement total est l'amélioration de leur qualité de vie.

Or, il s'avère que la mesure de cette qualité de vie est un concept théorique vaste et son évaluation est une tâche longue et complexe à réaliser pour les cliniciens.

Nous nous sommes donc fixé l'objectif de réaliser une étude statistique rétrospective sur le ressenti et la qualité de vie des patients complètement édentés et réhabilités par une prothèse amovible bimaxillaire confectionnée par les étudiants en Odontologie du service des soins dentaires du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest.

Le but de l'étude présentée ici est d'évaluer le bien-être des patients édentés totaux bimaxillaires porteurs d'une prothèse amovible complète dans leur vie quotidienne.

L'objectif secondaire est d'analyser et d'identifier les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction venant de la réhabilitation prothétique ayant des répercussions sur la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.

2. Matériels et méthodes

2.1. Sélection de l'échantillon

Cette étude rétrospective a été réalisée sur 10 sujets masculins et féminins âgés de 50 à 94 ans, dont 5 femmes et 5 hommes. Ces sujets édentés totaux ont été pris en charge par les étudiants du service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest.

Critères d'inclusion: Homme ou femme.

Tous âges confondus.

Edentement total bimaxillaire.

Port d'une prothèse totale conventionnelle depuis au moins un mois.

Premières prothèses totales bimaxillaires depuis l'extraction des dernières dents **ou** prothèses renouvelées.

Critères d'exclusion : Incapacité à fournir un consentement libre et éclairé.

Incapacité à se rendre aux rendez-vous de traitement et de suivi.

Incapacité à comprendre et à remplir les questionnaires.

Présence d'implants et port de prothèse implanto-portée.

Prothèse immédiate.

2.2. Caractéristiques des prothèses

Les prothèses ont été réalisées au service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest par différents étudiants sous la tutelle des enseignants du département de prothèse.

Elles sont constituées de résine polyméthacrylique et les dents prothétiques sont également en résine.

Il est conseillé aux patients à la fin du protocole de soin de retirer les prothèses la nuit et après chaque repas afin de procéder à leur nettoyage.

2.3. Questionnaire utilisé

De nombreux questionnaires ont été développés afin d'évaluer, au mieux, l'impact psycho-social que peut entraîner une réhabilitation orale .

Ces questionnaires abordent généralement des sujets tels que la possibilité d'effectuer les tâches journalières, l'esthétique, la capacité à manger, à parler en public, l'inconfort et les douleurs engendrées par les réhabilitations orales, l'image de soi...

Le nombre de questions et leur degré de précision sont fort variables.

Le questionnaire **Oral Health Impact Profile 20 (OHIP-20)** dérivant de l'OHIP-EDENT a été utilisé afin d'analyser l'impact que pouvaient avoir les restaurations prothétiques sur la qualité de vie des patients (Annexe).

Il comprend 20 questions, auxquelles le patient répond en cochant la réponse de son choix parmi celles proposées sur une échelle de type Likert (1 = jamais, 2 = rarement, 3 = occasionnellement, 4 =

souvent, 5 = très souvent, 6 = toujours). Le score final obtenu en additionnant les valeurs de chaque réponse varie donc de 20 à 120. Un score faible reflète une bonne qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.

2.4. Méthode statistique

Le domaine de la statistique qui se limite à décrire et analyser une population donnée est la **statistique descriptive**. Elle vise à étudier un certain nombre d' "objets" de même nature, dans notre cas les patients édentés, qui constituent l'échantillon de notre étude. Si l'échantillon est considéré comme représentatif de la population globale, on peut alors tirer des conclusions pour cette population à partir de l'échantillon.

Cependant, notre étude n'étant menée que sur un effectif réduit de patients, elle ne nous permettra pas d'extrapoler les résultats à grande échelle.

Les variables statistiques sont des caractéristiques des sujets constituant l'échantillon étudié. On distingue :

Les variables catégorisées : réalisent la mesure des états (oui/non, homme/femme, couleur des yeux...).

Les variables quantitatives: -discrètes : mesurent un nombre fini de valeurs (nombre de personnes, de dents,...).

-continues: mesurent un nombre infini de valeurs (temps, vitesse, taille, pression artérielle...).

Dans notre étude, le travail va se faire à l'aide de variables quantitatives continues, grâce à l'association d'un score à un type de réponse (1 = jamais, 2 = rarement...).

Le score OHIP-20 et les 7 sous-scores (correspondant aux 7 domaines du questionnaire) sont étudiés à l'aide d'un modèle de régression linéaire multiple. Il s'agit d' une analyse statistique qui décrit les variations d'une variable endogène associée aux variations de plusieurs variables exogènes (Âge, sexe, durée du port de prothèses...).

Le score OHIP-20 global est obtenu en additionnant les résultats de toutes les propositions du questionnaire. Ce score sera utilisé comme **variable dépendante**.

Les résultats sont exprimés sous forme de moyennes pour les variables continues.

Les comparaisons entre deux variables continues sont faites à l'aide d'un test de corrélation.

Les moyennes d'une variable continue entre deux ou plusieurs classes d'une variable catégorisée sont comparées à l'aide d'un test d'analyse de la variance (ANOVA) ou d'un test T de Student.

Les résultats sont considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5 % ($p < 0,05$).

Les calculs ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel version 2007.

2.5. Variables considérées

Variable dépendante:

- La qualité de vie reliée à la santé bucco-dentaire représentée par le **score global OHIP-20**.

Variables indépendantes:

- Eléments de satisfaction relatifs aux prothèses : Confort.
 - Esthétique.
 - Facilité de nettoyage.
 - Elocution.
 - Stabilité en bouche.
 - Efficacité masticatoire.
 - Satisfaction globale.
- Eléments d'ordre sociodémographique : **Âge**.
 - Sexe**.
 - Ancienneté de l'édentement.
 - Durée de port des prothèses**.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques générales

Au total 32 questionnaires ont été distribués dans le service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest. Sur ce nombre, seuls 10 questionnaires indispensables à notre étude ont été récupérés. La totalité étant correctement remplis, il n'a par conséquent pas été nécessaire de réaliser de sélection de l'échantillon par tirage au sort.

Les patients sont âgés en moyenne de 69,8 ans \pm 13,9 (extrêmes: 51-94 ans).

Sur les 10 sujets, 5 sont des hommes et 5 sont des femmes.

Il s'agit des premières prothèses amovibles totales pour 4 des 10 patients, en l'occurrence tous les hommes.

La durée moyenne de port des prothèses est de $8.95 \pm 12,7$ ans.

3.2. Evaluation de la qualité de vie des patients

• Etude du score total OHIP-20 et des sous-scores

Le score OHIP-20 global a été obtenu en additionnant le résultat de tous les items du questionnaire. Ce score est utilisé en variable dépendante, comme nous l'avons précisé plus haut.

Sur une échelle de 20 à 120, le score total OHIP-20 est en moyenne $49,2 \pm 18,6$.

Parmi les sous-scores obtenus pour les différents domaines, le plus élevé est celui de la limitation fonctionnelle ($2,87 \pm 1,37$), suivi de près par la douleur physique. Le plus petit sous-score est celui de l'incapacité sociale ($1,64 \pm 1.05$).

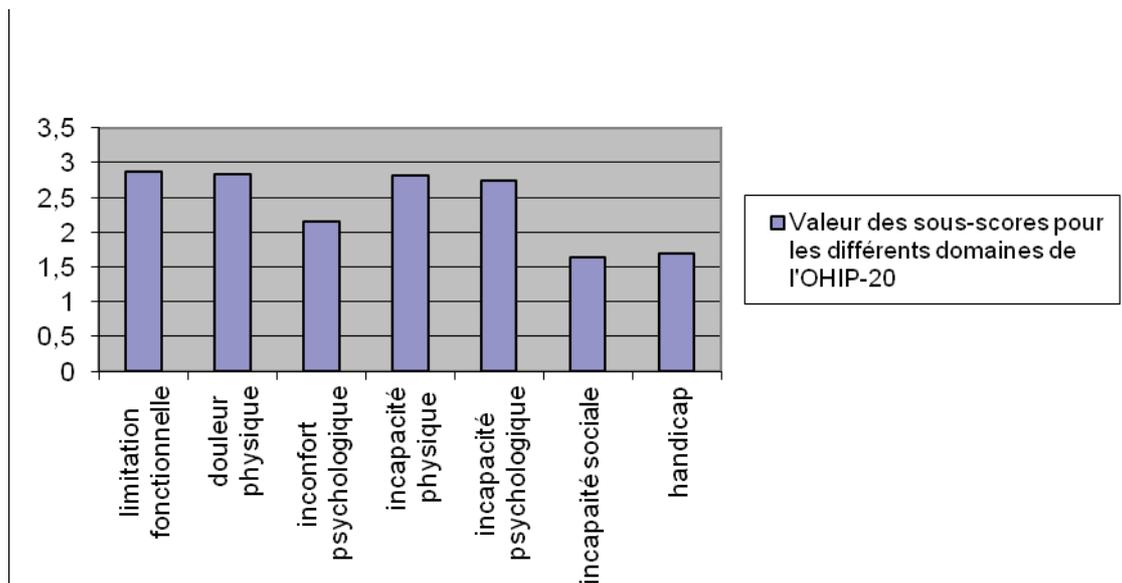


Fig IV-1. Valeurs des sous-scores pour les différents domaines de l'OHIP-20.

• Etude du score OHIP-20 en fonction des variables

Les facteurs étudiés ici, à savoir le sexe, l'âge et la durée de port des prothèses depuis leur pose se sont révélés non significatifs sur le bien-être et la qualité de vie des patients.

1) Facteur sexe

Les scores OHIP-20 pour les 5 hommes et 5 femmes sont présentés dans le tableau Tab. IV-2.

	Hommes	Femmes
Score OHIP-20	70	32
	71	79
	30	34
	46	57
	41	32

Tab. IV-2. Distribution des scores OHIP-20 en fonction du sexe.

L'analyse de la variance utilisée à l'aide du logiciel Excel est détaillée dans les deux tableaux IV-3 et IV-4.

<i>Groupes</i>	<i>Nombre d'échantillons</i>	<i>Somme</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Variance</i>
Hommes	5	258	51,6	331,3

Femmes	5	234	46,8	435,7
--------	---	-----	------	-------

Tab. IV-3. Rapport détaillé de l'analyse

Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
Entre Groupes	57,6	1	57,6	0,1501955	0,70845586	5,317655063
A l'intérieur des groupes	3068	8	383,5	7	3	
Total	3125,6	9				

Tab IV-4. Analyse de la variance pour le facteur sexe.

Comme $F (0.15019557) < F \text{ critique } (5.317675063)$, on en déduit que les résultats sont homogènes dans les deux populations "hommes" et "femmes" et qu'il n'y a **pas de différence significative due au facteur sexe** pour les scores OHIP-20.

2) Facteur âge

Cette variable continue a été catégorisée par tranches de 5 ans, de 50 à 95 ans pour pouvoir réaliser l'analyse de la variance.

Les résultats des scores OHIP-20 sont présentés dans le tableau IV-5.

L'analyse de la variance est détaillée tableaux IV-6 et IV-7.

Tranches d'âge	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95
	70		32	32		57			34
			71						79
			46						
			41						
			30						

Tab. IV-5. Distribution des scores OHIP-20 en fonction de l'âge.

<i>Groupes</i>	<i>Nombre d'échantillons</i>	<i>Somme</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Variance</i>
]50-55]	1	70	70	
]55-60]	0	0	0	
]60-65]	5	220	44	270,5
]65-70]	1	32	32	
]70-75]	0	0	0	
]75-80]	1	57	57	
]80-85]	0	0	0	
]85-90]	0	0	0	
]90-95]	2	113	56,5	1012,5

Tab. IV-6. Rapport détaillé de l'analyse.

<i>Source des variations</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Degré de liberté</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Probabilité</i>	<i>Valeur critique pour F</i>
				2,37145329	0,1782640	4,81831953
Entre Groupes	7947,214286	8	993,4017857	6	6	6
A l'intérieur des groupes	2094,5	5	418,9			
Total	10041,71429	13				

Tab. IV-7. Analyse de la variance pour le facteur âge.

Comme $F (2.371453296) < F \text{ critique } (4.818319536)$, on en déduit que les résultats sont homogènes pour les différentes catégories d'âge et qu'il n'y a **pas de différence significative due au facteur âge** pour les scores OHIP-20.

3) Facteur durée de port des prothèses

Cette variable continue a également été catégorisée pour pouvoir réaliser l'analyse de la variance.

Les résultats des scores OHIP-20 sont présentés dans le tableau IV-8.

L'analyse de la variance est détaillée tableaux IV-9 et IV-10.

Durée de port prothétique (années)	0-1	2-5	6-10	10-20	20-40
	32	41	79	57	34
	71			32	
	46				
	30				
	70				

Tab. IV-8. Distribution des scores OHIP-20 en fonction de la durée de port prothétique.

<i>Groupes</i>	<i>Nombre d'échantillons</i>	<i>Somme</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Variance</i>
]0-1]	5	249	49,8	395,2
]1-5]	1	41	41	
]5-10]	1	79	79	
]10-20]	2	89	44,5	312,5
]20-40]	1	34	34	

Tab. IV.9. Rapport détaillé de l'analyse.

<i>Source des variations</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Degré de liberté</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Probabilité</i>	<i>Valeur critique pour F</i>
				0,8135926	0,5670455	
Entre Groupes	1232,3	4	308,075	7	6	5,192167773
A l'intérieur des groupes	1893,3	5	378,66			
Total	3125,6	9				

Tab. IV-10. Analyse de la variance pour le facteur durée de port des prothèses.

Comme $F (0.8135926) < F \text{ critique } (5.192167773)$, on en déduit que les résultats sont homogènes pour les différentes catégories de durée de port et qu'il n'y a **pas de différence significative due au facteur durée de port des prothèses** pour les scores OHIP-20.

4. Discussion

4.1. Analyse des résultats

Le faible nombre de questionnaires retournés dans le service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest s'explique par deux raisons principales:

D'abord les questionnaires ont été remis aux étudiants en cours de traitement prothétique, dont certains n'ont pas été aboutis, pour diverses raisons (arrêt des soins, maladie ou décès du patient,...).

De plus, certains patients réhabilités se sont dispensés de leur(s) visite(s) de contrôle et n'ont ainsi pu participer à l'étude.

Le score moyen OHIP-20 de 49.2 (échelle de 20 à 120) montre que la qualité de vie des patients porteurs d'une prothèse totale amovible bimaxillaire est plutôt satisfaisante.

Comme énoncé précédemment, c'est au niveau des **possibilités fonctionnelles** des prothèses que les patients voient leur qualité de vie s'altérer : les difficultés liées à la **mastication** en sont probablement la cause principale; Ainsi que nous l'avons mentionné auparavant, le patient nouvellement réhabilité par des prothèses complètes va devoir réapprendre à mastiquer en composant avec la stabilité, l'équilibre et l'encombrement prothétique. Cependant la force masticatrice développée restera moindre que chez le patient denté, sans compter qu'il faudra renoncer à certains types d'aliments. Le changement de régime alimentaire est responsable en grande partie de la dégradation de la qualité de vie.

De plus, les problèmes d'élocution principalement dus aux mouvements des prothèses, déstabilisées par l'action de la langue ou des lèvres persistant à long terme participent de l'altération de la qualité de vie.

Ainsi la prothèse amovible reste un traitement palliatif au handicap de l'édentement total.

Les résultats de notre étude montrent que les désagréments et difficultés dues à la condition d'édenté total réhabilité par une solution prothétique amovible n'ont que très peu de répercussions sur la plan **social**: ce traitement si palliatif soit-il présente néanmoins des avantages indéniables (notamment esthétiques) favorisant l'estime de soi et les relations avec l'entourage.

L'étude ici menée n'a en revanche pas permis de mettre en évidence de facteurs d'ordre sociodémographiques ayant une incidence significative sur le score OHIP-20 des patients de l'échantillon. Ainsi, ni l'âge ni le sexe ni la durée de port des prothèses complètes ne semblent avoir une incidence sur la qualité de vie et la satisfaction globale des patients.

Nous devons reconnaître que l'effectif extrêmement réduit de notre échantillon a certainement entraîné des biais dans nos résultats. Ainsi, bien que les facteurs analysés ne soient pas significatifs, il semble envisageable de penser qu'avec un échantillon plus large, ils pourraient l'être.

4.2. Comparaison bibliographique

Si l'on se tourne vers les données de la littérature, peu d'études se rapprochent de celle que nous avons effectuée. En effet, nos recherches bibliographiques nous ont mené surtout à une multitude d'articles étudiant les bénéfices des réhabilitations prothétiques sur implants par rapport à ceux des prothèses complètes conventionnelles sur la qualité de vie et la satisfaction globale des patients.

Il est vrai que depuis une vingtaine d'années, l'essor des implants dans l'arsenal thérapeutique du chirurgien dentiste est indéniable. Ainsi, de nombreux articles constatent les avantages des réhabilitations complètes implanto-portées (FEINE, 1994, BERRETIN-FELIX, 2008). Il faut pourtant reconnaître que les traitements implantaire ne sont pas indiqués pour tous les patients : l'état général, la consommation de tabac, la quantité et la qualité d'os disponible... constituent des facteurs limitant la pose d'implants. De plus, l'attitude négative de certains patients âgés face à la solution implantaire s'explique par le coût du traitement mais également la peur de la douleur post-opératoire ainsi que des rejets ou autres échecs de l'intervention. Ainsi les traitements par prothèses amovibles restent encore les traitements de choix pour une majorité de patients, notamment les personnes âgées.

Les articles s'intéressant à la qualité de vie ainsi qu'à la satisfaction des patients porteurs de prothèses amovibles complètes conventionnelles présentent des résultats similaires à notre étude.

Ainsi, selon CELEBIK et coll. (2003), **les patients sont satisfaits la plupart du temps** de leur traitement. Seuls 7.2% ne le seraient pas du tout. D'après une étude de BERG en 1984, 15% des patients ne seraient pas satisfaits après réfection de leurs prothèses.

Les éléments d'insatisfaction retrouvés dans la littérature concordent avec ceux de notre étude: La **limitation fonctionnelle** des prothèses ressentie lors de la mastication et de l'élocution et la **douleur** (surtout à la mandibule) sont rapportées par BERG (1984) et par SMITH et MC CORD dans une étude de 2004.

Malgré tout le soin apporté par le praticien dans la réalisation des prothèses, certaines gênes ou dysfonctionnements sont bien souvent inévitables et vont être rapportés par le patient. Afin de remédier à ces désagréments, la solution la plus simple et la plus efficace consiste à effectuer des **contrôles réguliers** des prothèses visant à déceler une surcharge occlusale, un bord irritant, à les nettoyer aux ultra-sons et les réadapter en fonction de l'usure et des modifications anatomiques inéluctables.

Ces rendez-vous vont également permettre, au delà de l'aspect purement "technique", d'assurer un **accompagnement psychologique** du patient. Il est en effet primordial que le patient édenté ne reste pas démuni face à la douleur ou à son handicap, le dialogue avec le praticien doit conduire à trouver des solutions à chaque difficulté. Le rôle du chirurgien-dentiste est également d'accompagner le vieillissement des patients âgés grâce à ces séances de suivi.

Une grande partie des porteurs de prothèses amovibles complètes n'étant pas complètement satisfaite des qualités mécaniques de ces prothèses - notamment la rétention - ont recours à certains artifices tels que les **pâtes adhésives**, constituées d'ingrédients actifs comme les sels de zinc. Il faut savoir qu'en dépit du confort apporté par ces dispositifs, de nombreuses études ont démontré que l'utilisation en trop grande quantité et pendant plusieurs années des crèmes adhésives pouvait entraîner un surdosage en zinc s'accumulant alors dans le sang et entraînant à long cours des troubles somatiques essentiellement d'ordre neurologique : Sensations d'engourdissement, de picotements, de faiblesse dans les bras et les jambes jusqu'aux troubles de l'équilibre. Des troubles de la coagulation ont également été rapportés.

Selon DIEL (1996) l'âge et le sexe des patients n'ont aucune influence sur la qualité de vie liée aux conditions orales des patients. D'autres paramètres du domaine socio-économique (statut marital, niveau d'éducation...) se sont également révélés insignifiants sur la satisfaction globale des patients.

En revanche, une étude réalisée au Japon en 1998 par WAKABAYASHI et coll. précise que la satisfaction relative au confort prothétique est moindre chez les femmes que chez les hommes. Par

ailleurs, les patients âgés seraient davantage satisfaits de l'esthétique obtenue avec leurs prothèses par rapport aux patients plus jeunes. Ainsi, les **données sociodémographiques** semblent donc influencer la perception de la qualité de vie de façon insidieuse et plus complexe que ce que nous avons expérimenté.

Un point non exploré de notre étude concerne le lien entre la qualité de vie des patients porteurs de prothèses complètes et les **conditions anatomo-cliniques orales**. En effet, les dossiers médicaux du service des soins dentaires contenaient trop peu d'informations à ce sujet. En revanche nous avons retrouvé dans la littérature plusieurs études concernant ce point. Ainsi pour de nombreux auteurs (BERG, 1984 ; SASSI et SAFOUR, 2006), la corrélation entre la satisfaction des patients et les conditions anatomo-cliniques (relief et forme des crêtes édentées, épaisseur et résilience tissulaire, taille et forme de la langue, composition salivaire) est insignifiante; En particulier, l'atrophie sévère des crêtes mandibulaires ne doit pas forcément être une indication de chirurgie pré-prothétique ou de pose d'implants.

L'étude menée ici a supposé la **qualité des prothèses** homogène, malgré le fait qu'elles aient été réalisées par des étudiants et des enseignants différents.

On pourrait penser que la qualité de vie des patients réhabilités serait liée à la qualité des prothèses confectionnées. Or de nouveau les données bibliographiques rejettent cette hypothèse: pour WAKAYABASHI et coll. (1998), il n'y a pas de corrélation entre la qualité de l'équilibre mécanique prothétique et la satisfaction globale des patients. De plus, la réfection des prothèses ne permettrait pas de résoudre tous les problèmes se répercutant sur la qualité de vie selon SASSI et SAFOUR (2006). En effet dans certains cas les patients se sont acclimatés à leurs anciennes prothèses usées et supportent mal le changement de leurs habitudes avec des prothèses neuves.

Néanmoins, une étude de KOVAK et coll. de 2012 réalisée sur 46 hommes et 54 femmes précise que les éléments prothétiques relatifs à la satisfaction des patients diffèrent légèrement selon qu'il s'agisse de la prothèse maxillaire ou mandibulaire. En outre la satisfaction globale concernant les prothèses complètes maxillaires est corrélée avec l'efficacité masticatoire et la rétention prothétique; A la mandibule ce sont la stabilisation et la qualité de la phonation qui sont recherchées.

Les facteurs étudiés jusqu'à présent se sont révélés insignifiants sur la qualité de vie des patients édentés réhabilités. Il existe cependant des éléments ayant un impact réel sur la satisfaction et la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire.

• Le psychisme

Selon GUCKES et coll. (1978), le psychisme du patient jouerait un rôle très important sur la capacité d'adaptation aux prothèses et la qualité de vie en découlant. Ainsi, les patients présentant des troubles

émotionnels auraient davantage de difficultés à accepter leurs prothèses, et tendance à les rejeter. Cette idée est confirmée par BOUHY et LAMY (2013). D'après VAN WAAS en 1990, c'est l'attitude des patients vis-à-vis des prothèses qui conditionne le plus l'acceptation, la satisfaction et donc la qualité de vie. Et pour la plupart des patients, leur réaction individuelle n'est pas prévisible pour le praticien.

En revanche le chirurgien dentiste peut avoir une influence sur la perception des prothèses par le patient, en lui prodiguant avant la pose tous les conseils relatifs aux capacités fonctionnelles des prothèses et leurs limites, ainsi qu'en encourageant le patient à conserver ses prothèses propres et à venir les faire contrôler régulièrement.

Par ailleurs, le psychisme du patient va également être conditionné par son entourage dont l'opinion va avoir un effet décisif sur l'acceptation des prothèses (BERG et coll., 1985).

• **Le temps de port des prothèses**

Dans notre étude, ce facteur analysé est apparu comme non significatif. Or selon WAKAYABASHI et coll. (1998), la durée de port est significative sur la qualité de vie, car elle va jouer sur la douleur ressentie et le confort. Pour SASSI et SAFOUR (2006), la satisfaction des patients augmente proportionnellement avec le temps, et cela malgré les modifications anatomiques inéluctables.

Nous venons de voir que ce sont à la fois le facteur psychique et le facteur temporel qui influencent de manière significative la qualité de vie liée aux conditions orales des patients édentés porteurs d'une prothèse bimaxillaire conventionnelle.

Ces deux notions peuvent être regroupées et assimilées à l'**expérience prothétique**.

En outre, selon CELEBIC et coll. (2003), l'expérience du port des prothèses est un facteur considérable dans la satisfaction du patient et sa qualité de vie quotidienne. Pour VAN WAAS (1990), le nombre de prothèses portées par un patient au cours de sa vie va influencer de manière significative sur sa satisfaction globale.

4.3. Limites de l'étude

4.3.1. Choix du questionnaire

Le questionnaire OHIP-20 a été choisi comme instrument de mesure en raison de sa reconnaissance internationale et de son usage dans plusieurs études récentes.

Il n'est pas certain que les résultats observés seraient comparables si un autre questionnaire qu'OHIP-20 avait été utilisé.

Cependant, parmi les outils disponibles pour mesurer la qualité de vie reliée à la santé bucco dentaire, le OHIP-20 est reconnu comme étant spécifique aux fonctions orales chez l'édenté total. Une importante corrélation a été démontrée entre les facteurs analysés dans ce questionnaire et le bien-être du patient .

Un inconvénient du questionnaire OHIP-20 est son manque de clarté pour certaines questions.

Par exemple la nuance entre l'inconfort et l'incapacité est parfois difficile à saisir. L'interprétation du patient risque alors de modifier les scores obtenus.

Par ailleurs, le questionnaire OHIP-20 occulte complètement la **dimension esthétique** dans ses questions. Or, le rétablissement de l'esthétique oro-faciale constitue, avec la réhabilitation fonctionnelle, un des objectifs principaux du traitement par prothèse amovible complète bimaxillaire.

Selon la Société Française de Dentisterie Esthétique (SFDE), les revendications de la population senior en matière d'esthétique concerneraient l'alignement et la teinte des dents. Or la prothèse complète permet de répondre facilement à ces attentes, notamment lors du choix de la teinte qui est validée avec le patient. L'esthétique acquise au delà de l'aspect purement dentaire permet au patient de retrouver un visage plus jeune, avec la disparition ou l'atténuation de rides et sillons cutanés.

Le port des prothèses, par le rétablissement de l'esthétique est donc susceptible d'améliorer la qualité de vie des édentés totaux. L'amélioration du sourire modifie la perception de l'autre et contribue à améliorer l'estime de soi (RIGNON-BRET et coll., 2007). Une apparence agréable comme celle procurée par une prothèse à l'aspect naturel leur confère la dignité et la sensation de ne pas être reconnus par leurs proches comme édentés.

En revanche être "défiguré" par une prothèse inesthétique peut affecter la vie normale, en particulier pour des individus dont la perte des dents a eu un impact psychologique important et qui ont des complexes d'infériorité, des difficultés à accepter le vieillissement.

Il existe donc un biais par omission dans le questionnaire OHIP-20 où le domaine de l'esthétique devrait avoir une place équivalente aux sept autres domaines.

4.3.2. Méthodologie

En réalisant une étude rétrospective, nous avons suivi un protocole de traitement bien moins strict que celui des études prospectives, engendrant ainsi de nombreux biais.

La sélection d'un **échantillon** de petite taille a entraîné des biais certains dans nos résultats. Par exemple, la répartition des âges des patients était peu homogène.

De plus, les informations relatives aux patients et nous ayant servi comme facteurs d'analyse ont été recueillies dans les dossiers médicaux. Mais certaines données manquantes ont considérablement limité notre champ d'investigation. D'autre part, le facteur "conditions anatomo-cliniques" n'a pas été analysé, les dossiers des patients ne contenant pas de photos ou pas assez de documents radiologiques. D'autres investigations de mesures cliniques auraient été complexes à mettre en place, sans compter le risque de variation inter-étudiants.

De même, en l'absence de données précises, le facteur "ancienneté de l'édentement" n'a pas été étudié. Or, si ce paramètre joue sur l'anatomie clinique du patient, il est également en lien direct avec la durée de port et donc l'expérience prothétique. Il serait donc intéressant de tester cette variable lors d'investigations futures.

Il semble logique que le facteur "renouvellement de prothèses" puisse avoir une influence sur la satisfaction et la qualité de vie des patients, car il est lié à la notion d'expérience prothétique. Nous avons analysé ce facteur (les calculs sont disponibles en Annexe). Mais bien que notre étude n'ait pas mis en évidence de résultats significatifs, il nous semble envisageable de penser qu'avec un échantillon plus large ce pourrait être le cas.

En revanche nous avons occulté la prise en considération d'états pathologiques particuliers (Diabète, Syndrome de Gougerot-Sjören, état dépressif...) et d'éventuels traitements associés dans nos critères d'inclusion, pouvant avoir des répercussions au niveau buccal ou psychologique, et modifier ainsi les réponses aux questionnaires et les résultats de l'étude. A nouveau c'est la taille de l'échantillon qui a limité ces recherches, car il semble illusoire de catégoriser les patients sur un si petit échantillon.

Les **conditions de recherche** ont probablement eu une influence notoire sur les résultats obtenus. En effet, il est possible que les patients ressentent une amélioration par le fait de se soumettre à une étude clinique (effet Hawthorne), par l'obtention d'un nouveau type de traitement ou tout simplement par la réfection des prothèses. Il aurait donc été préférable de constituer un groupe contrôle à l'étude. Cependant le faible nombre de patients disponibles pour contribuer à cette étude dans le service d'Odontologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest ne nous a pas permis de prendre cette précaution.

Enfin dans notre étude, nous avons considéré la Prothèse Amovible Complète comme une entité individuelle. Or il s'avère que les doléances des patients diffèrent selon qu'il s'agisse de la prothèse maxillaire ou mandibulaire. Par exemple, la littérature regorge d'études portant sur des comparaisons entre prothèses mandibulaires conventionnelles et prothèses implanto-portées (FEINE et coll., 1994 et BERRETIN-FELIX et coll., 2008), et concluant sur l'intérêt des implants pour assurer leur stabilité.

Ainsi serait-il intéressant pour l'avenir de réaliser de nouvelles études sur la qualité de vie des patients édentés totaux en distinguant les prothèses maxillaires des prothèses mandibulaires. Cela permettrait de cibler au mieux les éventuels problèmes qui y sont liés et d'y répondre de manière adaptée.

V. CONCLUSION

La France compte actuellement environ 16% de personnes complètement édentées. Si la fréquence de l'édentement doit diminuer dans les années à venir du fait des progrès de la prophylaxie dentaire, l'édentement total ne disparaîtra pas, du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie.

Le diagnostic face à un patient édenté complet est évident et rapide, mais les solutions thérapeutiques s'offrant au praticien sont multiples. Le choix de ce dernier dépendra non seulement des conditions anatomo-cliniques et physiologiques, mais également des souhaits et demandes du patient.

Notre étude sur la qualité de vie des porteurs de prothèses amovibles complètes bimaxillaires a mis en évidence une satisfaction globale pour une grande majorité de patients. Les éléments d'insatisfaction ressortant de l'étude portaient sur la limitation fonctionnelle des prothèses et les douleurs engendrées par leur port.

Depuis quelques années, l'implantologie s'est révélée être un excellent outil dans le traitement de l'édentement total en **améliorant les qualités mécaniques** du dispositif prothétique, le **confort ressenti** par le patient et par conséquent sa qualité de vie.

De plus, la mise en place d'implants présente l'avantage supplémentaire de lutter contre la résorption osseuse des arcades réhabilitées, phénomène inéluctable après la perte des dents.

Pour ces principales raisons, le consensus Mc Gill impose depuis 2002 aux praticiens d'éclairer les patients sur ces (relativement) nouvelles possibilités thérapeutiques.

Cependant, la mise en place d'implants ne peut se faire que si l'ensemble des conditions cliniques favorables sont réunies. Ainsi, de nombreux facteurs vont limiter leurs indications.

Par exemple, au niveau local, un os en quantité insuffisante contre-indique la pose d'implants de façon absolue.

Au niveau général, les patients souffrant de pathologies cardiaques lourdes, hormonales, osseuses... ou recevant un traitement particulier (bisphosphonates, radiothérapie cervico-faciale, traitement immunosuppresseur...) ne pourront malheureusement pas bénéficier de ces traitements. Une consommation importante de tabac interdit également toute pose d'implants.

Enfin, les possibilités financières du patient et sa prise en charge complémentaire font également parfois obstacle à la mise en place d'un traitement implantaire.

Nous voyons clairement, compte tenu de tous ces critères d'exclusion, que la solution prothétique implanto-portée ne se destine qu'à une petite partie de la population édentée.

La solution universelle de réhabilitation de l'édentement total reste et restera donc la Prothèse Amovible Totale conventionnelle. A ce titre, le corps médical doit se pencher sur les attentes et revendications des patients dans le but constant de l'amélioration de leur qualité de vie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. ALBOUY V., GODEFROY P., LOLLIVIER S.**
Une mesure de la qualité de vie.
Vue d'ensemble. Conditions de vie. France portrait social, INSEE 2010.
- 2. ALLEN F.**
Assessment of oral health related quality of life.
Health and quality of life outcomes, 2003 ; 1 : 40.
- 3. ALLEN F., LOCKER D.**
A modified short version of the OHIP for assessing health.
Int. J. Prosthodont., 2002 ; 15 (5) : 446-450.
- 4. AMIEL M-H., GODEFROY P., LOLLIVIER S.**
Qualité de vie et bien être vont souvent de pair.
INSEE Première, 2013 ; 1428.
- 5. AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE E FRANCE**
Schéma d'organisation des soins. Le volet bucco-dentaire.
Projet régional de santé ARS, 2012.
- 6. ATKINSON M., ZIBIN S.**
Evaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques :
Analyse critique des mesures et méthodes.
Public Health Agency of Canada, 2013.
- 7. BATES J.F., ADAMS D., STAFFORD G.D.**
Odontologie gériatrique.
Paris : Masson, 1999.
- 8. BERG E.**
The influence of some anamnestic, demographic and clinical variables on patient

acceptance to new complete dentures.
Acta Odontologica Scandinava, 1984 ; 42 (2) : 119-127.

9. BERG. E, JOHNSEN. T, INGEBRETSEN. R
Social variables and patient acceptance of complete dentures.
Acta Odontologica Scandinava, 1985 ; 43 (4) : 199-203.

10. BERNIER J.
Édentation complète et standard de santé.
Inf. Dent., 2008 ; 90 (32) 1775-1780.

11. BERRETIN-FELIX G. et coll.
A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant supported fixed prostheses.
Clin Oral Implants Res, 2008 ; 19 (7) : 704-705.

12. BERTERETCHE M-V.
La salive, une alliée qui vous veut du bien.
Inf. Dent., 2008 ; 90 (32) : 1793-1796.

13. BOUHY A., LAMY M.
Evaluation de la qualité de vie des patients édentés complets porteurs d'une réhabilitation sur implants.
Inf. Dent., 2013 ; 20 : 2-7.

14. BOURGEOIS D., DOURY J., HESCOT P.
Periodontal conditions in 65-74 years old adults in France.
Int. Dent. Journal, 1999 ; 49 : 182-188.

15. BRAUD A., BOUCHER Y.
Syndrome de brûlure buccale.
Inf. Dent., 2008 ; 90 (32) : 1799-1801.

16. BRUTEL C.
Projections de la population à l'horizon 2050.
INSEE Première, 2001 ; 762.

17. BUDTZ-JÖRGENSEN E., CLAVEL R.
La prothèse totale. Théorie, pratique et aspects médicaux.
Paris : Elsevier Masson, 1995.

18. BUDTZ-JÖRGENSEN E., MOJON P.
Épidémiologie de l'édentement total.
Real. Cliniques, 1997 ; 8 (4) : 359-367.

19. CALMAN K.C.
Quality of life in cancer patient. An hypothesis.
Journal of medical ethics, 1984 ; 10 : 124-127.

20. CARLOS J-P., COHEN P., KRASSE B., MARTHALER T., RYBAKOV A. et al.
Étiologie de prévention de la carie dentaire.
Rapport d'un groupe de scientifiques de l'OMS. Série de rapports techniques.
Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1972 ; 494 : 5-14.

- 21. CELEBIC A., KNEZOVIC-ZLATARIC D., PAPIC M., CAREK V., BAUCIC I., STIPETIC J.**
Factors related to patient satisfaction with complete denture therapy.
J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2003 ; 58 (10) : 948-953.
- 22. COHEN-CARNEIRO F., REBELO MA., SOUZA-SANTOS R., AMBROSANO GM., SALINO AV., PONTES DG.**
Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil.
Cad Saude Publica, 2010 ; 26 (6).
- 23. COHEN L., JAGO J.**
Toward the formulation of sociodental indicators.
International Journal of Health Services, 1976 ; 6 : 681-698.
- 24. CORTEN P.**
Le concept de qualité de vie à travers la littérature anglo-saxonne.
L'information psychiatrique, 1998 ; 9 : 922-932.
- 25. DEBATY I.**
Evaluation de la qualité de vie en éducation thérapeutique du patient diabétique : Intérêts et limites des échelles de mesure standardisées.
Médecine des maladies métaboliques, 2008 ; 2 (3) : 291-293.
- 26. DIEL R., FOERSTER U., SPOSETTI V., DOLAN T.**
Factors associated with successful denture therapy.
Journal of prosthodontics, 1996 ; 5 (2) : 84-90.
- 27. DOUGLASS C., SHIH A., OSTRY L.**
Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020 ?
J. Prosthet. Dent., 2002 ; 87 : 5-8.
- 28. DUPUIS V.**
Diététique, édentation et prothèse amovible.
Paris : CdP, 2005.
- 29. EMAMI E., FREITAS DE SOUZA M., KABAWAT R., FEINE J.**
The impact of edentulism on oral and general health.
Int. Journ. Dent., 2013.
- 30. FAGOT-LARGEAULT A.**
Enquête sur la notion de qualité de la vie.
Réflexions sur la notion de qualité de vie.
Archives de philosophie du droit, volume "Droit et Sciences", 1991 ; 36 : 135-153.
- 31. FEINE J.S., et al.**
Within-subjects comparisons of implant-supported mandibular protheses : choice of prosthesis.
J Dent Res, 1994 ; 73 (5) : 1105-1111.
- 32. FÜRE S.**
Ten year incidence of tooth loss and dental caries in elderly swedish individuals.

Caries Research, 2003 ; 37 : 462-469.

- 33. GAUTIER A., KUBIAK C., COLLIN J-F.**
Qualité de vie : Une évaluation positive.
Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé.
INPES, 2005.
- 34. GERDIN E., EINARSON S., JONSSON M., ARONSSON K., JOHANSSON I.**
Impact of dry mouth conditions on oral health related quality of life in older people.
Gerodontology, 2005 ; 22 : 219-226.
- 35. GIFT H., REDFORD M.**
Oral health and the quality of life.
Clinics in geriatric medicine, 1992 ; 8 (3) : 673-683.
- 36. GILLET H.W.**
Conservatism in partial prosthetic restorations.
J. Nat. Dent. Ass., 1915; 2 : 215-217.
- 37. GIRARD P., PENNE G., MISSIKA P.**
Médecine et chirurgie dentaire. Problèmes médicaux en pratique quotidienne.
Paris : Cdp, 1998.
- 38. GUCKES. AD., SMITH. DE., SWOOP. CC.**
Counseling and related factors influencing satisfaction with dentures.
Journal of prosthetic dentistry, 1978 ; 39 (3) : 259-267.
- 39. HOLLEY A.**
Le goût.
Inf. Dent., 2008 ; 90 (32) : 1749-1752.
- 40. HESCOT P., BOURGEOIS D., DOURY J.**
Oral health in 35-44 year old adults in France.
International Dental Journal, 1997 ; 47 : 94-99.
- 41. HÜE O., BERTERETCHE M-V.**
Prothèse complète. Réalités cliniques, solutions thérapeutiques.
Paris : Quintessence International, 2003.
- 42. KOVAK C., TROSKOT Z., UHAC I., CABOV T., LAJNERT V., PAVICIC D., FILIPOVIC-ZORE I., TARIBA P.**
Multivariate analysis of different factors affecting the patient general satisfaction with complete dentures.
Coll Antropol, 2012 ; 36 (3) : 791-794.
- 43. LAUNOIS R.**
La qualité de vie : panorama et mise en perspective.
Décision thérapeutique et qualité de vie.
Paris : John Libbey Eurotext, 1992 : 3-24.
- 44. LASSAUZAY C., VEYRUNE J-L., NICOLAS E.**
Mastication et édentement total.
Strat. Proth., 2006 ; 6 (3) : 233-239.
- 45. LE CORROLLER-SORIANO A-G., BOUHNİK A-D., AUQUIER P., MOATTI J-P.**
La qualité de vie liée à la santé dépend-elle de la localisation du cancer ?

La vie deux ans après le diagnostic du cancer. Une enquête de 2004 sur les conditions de vie des malades.

Collection études et statistiques, 2008 ; 195-203.

46. LEJOYEUX M.

Prothèse complète tome 1.

Paris : Maloine, 1978.

47. LEJOYEUX M.

Prothèse complète tome 3.

Paris : Maloine, 1978.

48. LEONARD A., SEGUELA V., DUPUIS V.

Prothèse complète et nutrition.

Inf. Dent., 2008 ; 90 (32) : 1785-1790.

49. LEONARD A., SEURET O., SEGUELA V., DUPUIS V.

Prothèse amovible complète. Prise en charge des déficiences du patient âgé.

Cah. Proth., 2008 ; 144 : 57-67.

50. LEPLEGE A.

La mesure de la qualité de vie.

PUF, Que sais-je ?, 1999 ; 3506.

51. LEPLEGE A.

Réflexions sur la mesure de la qualité de vie en cancérologie.

La vie deux ans après le diagnostic du cancer. Une enquête de 2004 sur les conditions de vie des malades.

Collection Etudes et statistiques, 2008 ; 195-203.

52. LEPLEGE A. , HUNT S.

The problem of quality of life in medicine.

JAHA, 1997 ; 278 : 47-50.

53. LJUNGQVIST O., DE MAN F.

Undernutrition. A major health problem in Europe.

Nutr. Hosp. 2009, 24 ; 368-370.

54. MAC ENTEE M.

Quality of life as an indicator of oral health in older people.

JADA, 2007 ; 138 : 47-52.

55. MEDINA-SOLIS C., PEREZ-NUNEZ R., MAUPOME G., CASANOVA-ROSADO J.

Edentulism among mexican adults aged 35 years and older and associated factors.

American Journal of Public Health, 2006 ; 96 (9).

56. MERCIER M., SCHRAUB S.

Quality of life: what are the assesement instruments ?

Deauville, 27èmes journées de la SFSPM, 2005 : 418-423.

**57. MONTERO-MARTIN J., BRAVO-PEREZ M., ALBALADEJO-MARTINEZ A.,
HERNANDEZ-MARTIN L., ROSEL-GALLARDO E.**

Validation of the oral health impact profile (OHIP-14) for adults in Spain.

J. Chir. Exp. Dent., 2009 ; 1 (1) : 1-7.

58. MILLAR W., LOCKER D.

Edentulism and denture use.
Health Report 2005.

59. OMS

Santé bucco-dentaire, Aide mémoire n°318, 2012.

60. ÖWALL B., KÄYSER A., CARLSSON G.

Prothèse dentaire, principes et stratégies thérapeutiques.
Paris : Editions Masson, 1998.

61. PATRIK D., BERGNER M.

Measurement of health status in the 1990s.
Ann. Rev. Pub. Health, 1990 ; 11 : 165-183.

62. PESCI-BARDON C., PRECHEUR I.

Conduites addictives: tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé bucco-dentaire.
Paris : Elsevier. Encycl. Med. Chir., Médecine Buccale, 28-915-M-10, 2010.

63. POLZER I., SCHIMMEL M., MULLER F., BIFFAR R.

Edentulism as part of the general health problems in elderly adults.
Int. Dent. Journal, 2010 ; 60 (3) : 143-155.

64. POMPIGNOLI M., DOUKHAN J-Y., RAUX D.

Prothèse Complète. Clinique et Laboratoire tome 1.
Paris : Cdp, 2004.

65. POUYSSEGUR V., MALHER P.

Odontologie gériatrique. Optimiser la prise en charge au cabinet dentaire.
Paris : Editions Cdp, 2010.

66. REBOUL-MARTY J., LAUNOIS R.

Les indicateurs de la qualité de vie : Processus de mesure et validation.
Cardioscopies, 1995 ; 33 : 635-637.

67. REICH E., HILLER K.

Reasons for tooth extractions in the western states of Germany.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1993 ; 21 : 379-383.

68. RICHARD W., AMEEN J., COLL A., HIGGS G.

Reasons for tooth extractions in four general dental practises in South Wales.
British Dental Journal, 2005 ; 198 : 275-278.

69. RIGNON-BRET. C., FATTOUH. J., TCHUENDJO KOM. N., TEZENAS. S., JONAS. P.

Demande esthétique des seniors.
Inf. Dent., 2007 ; 33 : 1965-1968.

70. ROCHEREAU T., AZOGUI-LEVY S.

La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ?
Exploitation de l'enquête ESPS 2008.

Questions d'économie de la santé, 2013 ; 185.

71. RODARY C., LEPLEGE A., HILL C.

Evaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie.
Bulletin du Cancer, 1998 ; 85 (2) : 140-148.

72. RODRIGUES S., OLIVEIRA A., VARGAS A., OREIRA A., FERREIRA E.

Implications of edentulism on quality of life among elderly.
Int. J. Environ. Res. Public Health, 2012 ; 9 : 100-109.

73. ROSMAN S.

Quelques réflexions méthodologiques sur la mesure de la qualité de vie.
Sciences sociales et santé, 1999 ; 17 (4) : 65-72.

74. SASSI J., SAFOUR J.

The influence of clinical variables on patient's satisfaction with complete dentures.
Sebha Medical Journal, 2006 ; 5 (2).

75. SEGUIER A., BODINEAU S., GIACOBBI A., TAVERNIER J-C., FOLLIGUET M.

Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé: Répercussions sur la nutrition et la qualité de vie.
Commission de santé publique, Rapport 2009.

76. SHEIHAM A.

Oral health, general health and quality of life.
Bulletin of the World Health Organisation, 2005 ; 83 (9).

77. SISCHO L., BRODER H.

Oral health relate quality of life : What, why, how and future implications.
J. Dental. Research, 2011 ; 90 (11) : 1264-1270.

78. SLADE G.

The oral health impact profile. Measuring oral health and quality of life.
Chapel Hill : University of North California, Dental Ecology, 1997.

79. SLADE G., SPENCER J.

Development and evaluation of the oral health impact profile.
Community Dental Health, 1994 ; 11 (1) : 3-11.

80. SMITH P., McCORD J.

What do patients expect from complete dentures ?
J Dent, 2004 ; 32 : 3-7.

81. SPÄLJ S., PLANCAK D., JURIC H., PAVELIC B., BOSNJAK A.

Reasons for extraction of permanent teeth in urban and rural populations of Croatia.
Collegium Antropologium, 2004 ; 28 : 833-839.

82. THE GLOSSARY OF PROSTHODONTICS TERMS.

J. Prosthet. Dent. 2005 ; 94 (1)

83. UFSBD

La situation bucco-dentaire en France.
Dans le cadre d'un programme international de recherche développé par l'OMS, 1997.

**84. ULINSKI K., DO NASCIMENTO M., LIMA A., BENETTI A., POLI-FREDERICO R.,
FERNANDES K., FRACASSO M., MACIEL S.**

Factors related to oral health related quality of life of independent Brazilian elderly.
International Journal of Dentistry, 2013.

85. VAN WAAS. M.

Determinants of dissatisfaction with dentures : A multiple regression analysis.
Journal of Prosthetic Dentistry, 1990 ; 64 (5) : 569-572.

86. VEYRÛNE J-L., NICOLAS E., GODLEWSKI A., LASSAUZAY C.

Spécificité de la réhabilitation prothétique chez la personne âgée autonome.
Cah. Proth., 2008 ; 144 : 49-56.

87. WAKABAYASHI. N., YATABE. M., AI. M., SATP. M., NAKAMURA. K.,.

The influence of some demographic and clinical variables on psychomatic traits of patients requesting replacement removable partial dentures.
J Oral Rehabil, 1998 ; 25 (7) : 502-512.

**88. WALTER M., WORONUK J., TAN H-K., LENZ U., KOCH R., BOENINO K.,
PINCHBECK Y.**

Oral health related quality of life and its association with sociodemographics and clinical findings in three northern outreach clinics.
JCDA, 2007 ; 73 (2) : 153-158.

89. ZANI S., RIVALDO E., FRASCA L., CAYE L.

Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses.
Journal of Oral Science, 2009 ; 51 (4) : 535-543.

ANNEXES

Analyse de la variance en fonction du facteur "Renouvellement des prothèses".

	Premières prothèses	Prothèses renouvelées
Score OHIP	30	79
	71	32
	46	34
	70	69
		57
		41

RAPPORT
DÉTAILLÉ

	<i>Nombre</i>				
<i>Groupes</i>	<i>d'échantillons</i>	<i>Somme</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Variance</i>	
Colonne 1	4	217	54,25	394,916667	
Colonne 2	6	312	52	377,6	

ANALYSE DE VARIANCE

<i>Source</i>	<i>Somme des</i>	<i>Degré</i>	<i>Moyenne</i>			<i>Valeur</i>
<i>des</i>	<i>carrés</i>	<i>de</i>	<i>des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Probabilité</i>	<i>critique pour</i>
<i>variations</i>		<i>liberté</i>				<i>F</i>
Entre Groupes A	12,15	1	12,15	0,0316329	0,86325677	5,31765506
l'intérieur des groupes	3072,75	8	384,0937 5			3
Total	3084,9	9				

RIOS LAETITIA

Impact des conditions orales sur le bien-être et la qualité de vie :
Le cas des patients édentés totaux porteurs d'une prothèse amovible totale bimaxillaire

Thèse ; Chir. Dent. ; Brest ; 2014 (N° 29007)

RESUME :

L'édentement total constitue un état de handicap physique, mais ses conséquences se répercutent également sur les plans psychique et social.

La réhabilitation de l'édenté total par une prothèse totale amovible s'avère être un acte thérapeutique délicat et complexe, la véritable intégration de la prothèse dépendant à la fois de la réussite fonctionnelle et esthétique et de la prise en compte des facteurs psychiques du patient.

Dans cette étude, nous tentons d'évaluer la qualité de vie des patients porteurs d'une prothèse amovible totale bimaxillaire, et de déterminer les conséquences positives ou négatives de celle-ci dans la vie quotidienne, dans le but de remédier à certaines doléances et d'améliorer cette qualité de vie.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT:

PROTHESE ADJOINTE

MOTS-CLES :

Edentement total

Qualité de vie

Prothèse amovible bimaxillaire

JURY:

Président:

M. Le Professeur Reza ARBAB-CHIRANI

Assesseurs:

M. Le Docteur Vincent JARDEL

M. Le Docteur Brice CHAUVEL

Mme Le Docteur Elisabeth LEIZE-ZAL

ADRESSE DE L'AUTEUR :

RIOS LAETITIA
1 RUE JEAN JAURES
29200 BREST

