



«Paroles» est une publication de
OSB Formation
Siret : 392 346 318 00018
Conception / Maquette
Calories Montpellier

Paroles

Juin 2007 - numéro **15**

INTRODUCTION À L'ODONTOLOGIE PSYCHOSOMATIQUE

L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE

Après avoir été considéré comme qualifiant un type de maladie (École de Chicago) ou de patient (Dunbar), le terme "psychosomatique" peut être proposé pour caractériser une approche clinique qui relie les dimensions constitutives de l'être humain au lieu de les dissocier. Cette approche repose sur la reconnaissance du lien psyché-soma comme donnée fondamentale du développement et de l'évolution de la personne.

Elle peut être définie :

- Du point de vue de la méthode, comme un abord clinique global du patient qui intègre les différentes dimensions, les différents appareils et fonctions en jeu dans la survenue des troubles et leur traitement.

- Du point de vue de la conception de l'homme, de la maladie et du soin, comme la prise en compte de l'être humain en tant que "complexe", en entendant ce terme dans son étymologie latine "complexus" : plié avec, plié ensemble.

Ce "complexe" est formé par les dimensions constitutives de l'être humain : biologique, psychologique, sociale, ontologique (spirituelle). On peut parler de "tissage" pour exprimer leur union, leur nouage irréductible, à la manière d'une étoffe ou d'un tapis aux mille couleurs dans lequel on ne distingue plus la chaîne et la trame et auquel on ajouterait la dimension ontologique verticale.

Les lois qui le régissent expriment la spécificité du tissage humain :

- Loi d'unité : l'être humain est un tout. Il forme une unité complète, biologique, psychosociale et ontologique ;

- Loi de développement qui permet de comprendre que la vie toute entière constitue un mouvement de croissance, extérieure et intérieure, fait de rupture et de continuité, de périodes sensibles et de plasticité, avec une problématique propre à chaque âge, à chaque passage.

- Loi de relation qui pose que la vie n'est possible que dans l'échange et l'interdépendance.

Mais on comprend aussi que tel un tapis ou un tissu, le tissage humain peut se défai-
re par et dans les épreuves, par et dans tout ce qui menace la vie. Ainsi la maladie qui morcèle, dissocie, divise.

La clinique montre comment le nouage initial peut être altéré par l'expérience de la douleur, de la souffrance. Elle montre l'extrême diversité des symptômes, au pôle somatique dominant ou psychique privilégié. Elle montre le risque d'impasse thérapeutique ou de déplacement symptomatique lorsque les liens ne sont pas faits. Elle montre combien le soin aussi, parfois, peut ajouter de la division, du morcèlement, notamment lorsqu'il est réduit à la recherche de la cause, ignorant celle du sens.

Poser la question du sens, c'est passer d'une lecture mécanique à une lecture symbolique, du symptôme visible donné à voir au non visible à comprendre à partir des questions "Pourquoi ?" et "Pour quoi ?"

La dimension symbolique est essentielle car elle est productrice de liens générateurs de sens. Elle nous signifie que le corps de l'homme n'est pas seulement un ensemble d'organes, que la chair de l'homme n'est pas la viande.

Elle nous fait sortir de la confusion entre "corps que j'ai" et "corps que je suis", entre extérieur et intérieur. Samuel Hahnemann, le fondateur de l'homéopathie, disait : « La maladie commence quand nous justifions par l'extérieur le malaise intérieur ».

.../...

PAGES 1, 2 & 3

Introduction à l'odontologie psychosomatique

par René Sirven

PAGE 3

Cas clinique Suite de l'exposé du cas de Romain

par Dr Annick Tensorer

PAGE 4

Cas clinique Suite de l'exposé des cas de Serge & Bernadette

par Dr Jean-François Ardouin

Paroles de... Portraits

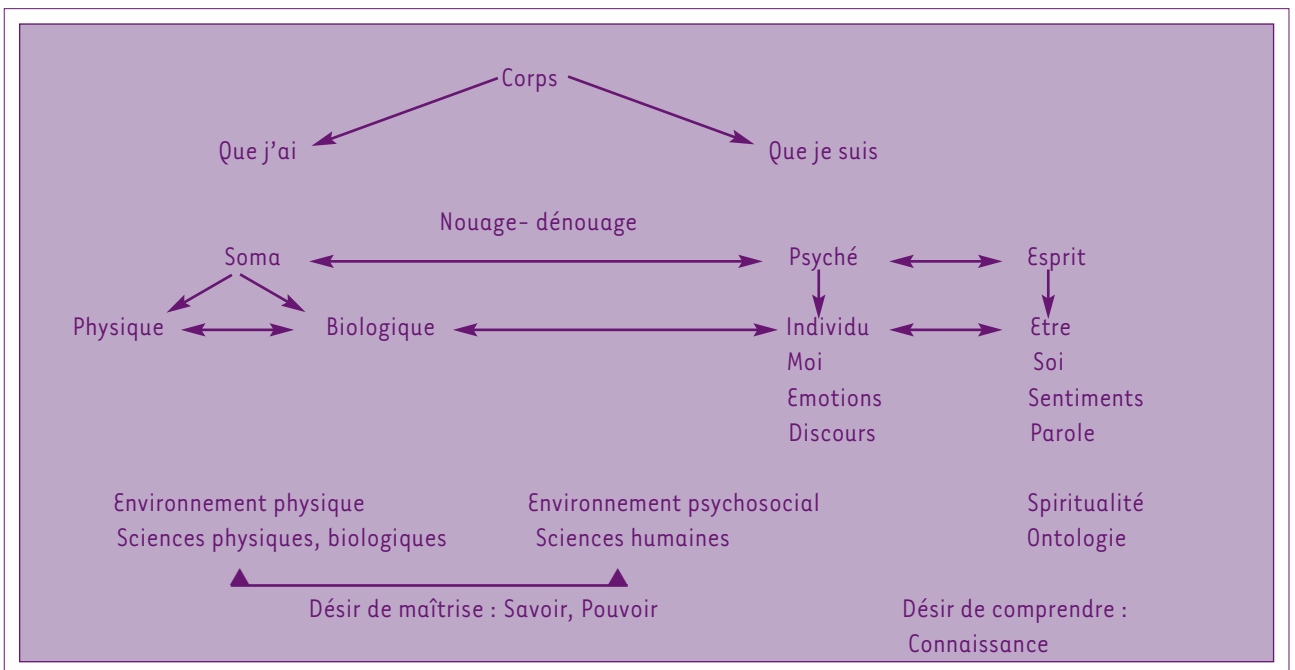
Le calendrier des formations

OSB FORMATION

3, rue Richer de Belleval - 34000 Montpellier

Tél./Fax : +33 (0)4 67 52 37 54

E-mail : osb-formation@orange.fr



LA BOUCHE, LIEU SYMBOLIQUE DU CORPS

Si le corps est le lieu symbolique de l'humain, la bouche est, dès le commencement de la vie, lieu symbolique du corps.

Dès la naissance, la sphère oro-faciale est le lieu privilégié du tissage humain en étant le lieu des sensations premières, du tonus primitif tout puissant, de la motricité archaïque, lieu de ressenti agréable, désagréable ou douloureux, lieu de relation par la mimique, par l'oralité de la parole, par celle de l'alimentation. Elle est le lieu où les fonctions sensorielles, toniques et motrices s'associent étroitement aux premières formes de la résonance émotionnelle et affective, de la relation à l'autre et à soi.

Les premières expériences bucco-faciales sont expériences totales, pour le corps et pour la psyché. Les expériences ultérieures conserveront ce caractère total. Sensations, mobilisations toniques, synergie fonctionnelle entre les différents muscles gouvernant la mandibule, la langue et la face, la nuque et le cou, équilibre orthostatique de la tête et du corps, seront toujours étroitement associés et liés au vécu, au ressenti, à l'état psychologique de la personne, enfant ou adulte.

Mais la bouche est bien plus que ce lieu primitif et toujours actuel d'organisation fonctionnelle et d'expériences. Elle s'inscrit dans la construction même de l'homme appelé à marcher, parler et penser pour soi et avec les autres, à partir des trois appuis constitués par les pieds, le bassin et la mandibule, reliés par l'axe vertébral.

C'est pourquoi la cavité buccale peut être considérée comme lieu de constitution du sujet au cours des étapes et des passages de la vie :

- L'étape initiale de la succion et de la dévoration du tout sans reste grâce à la langue, puissante et mobile, active et expressive, qui se déploie dans la cavité, au contact des éléments contenus, des objets incorporés. Grâce à elle, la bouche avale avec toute la voracité de la déglutition dite "primaire" qui vise l'absorption totale, sans reste et sans effort.

- L'étape suivante de la dentition et de la percée du sujet dans laquelle la bouche n'est plus seulement la cavité primitive qui porte le vide et le plein, le contenant et le contenu, l'incorporation et le rejet.

Les premières incisives apportent la possibilité d'agir sur le monde, les premières molaires donnent un nouvel appui après celui des pieds associé à la marche, du bassin acquis avec la station assise.

La première denture constitue une fermeture plus sûre que les lèvres, faciles à forcer. Changements considérables!

La libération de la langue lui permet de jouer autrement avec les sons devenus phonèmes distincts et générateurs de distinction. La déglutition devenue volontaire ponctue le temps comme la parole qui met en suspens l'oralité dévorante et circulaire en introduisant un nouveau rythme, venu d'ailleurs. Les dix-sept petits muscles qui l'animent sont les mêmes pour la déglutition et pour la phonation.

L'activation des muscles élévateurs de la mandibule met en place une nouvelle dynamique tonico-motrice de la déglutition. Avec la mastication un temps important apparaît, celui de l'occlusion.

Au « laisse toi nourrir » de la mère répond chez l'enfant ce qui est le véritable "organisateur du sevrage" : l'acte de parole et la mastication.

- L'étape du grand passage des "dents de lait" aux "dents de soi" qui apparaît comme un nouveau commencement avec la dent de six ans qui marque le point de départ de l'occlusion en denture définitive.

Ce nouveau commencement repose sur une double nécessité : une nouvelle sortie du corps de la mère, nouveau sevrage et un nouvel appui en soi. La dentition n'est pas seulement témoin mais outil de la transformation du corps de l'enfant, séparé, individué, fonctionnant pour soi : parler pour soi, manger pour soi, apprendre pour soi (nourritures cognitives).

L'appui ne peut plus être uniquement hors de soi, chez l'autre tutélaire et protecteur. L'appui des mâchoires et l'activité des maxillaires prennent le relais en constituant un outil de construction de soi dans la relation au monde.

Ainsi se mettent en place les trois appuis synchrones de l'homme : celui des pieds, du bassin, de la mandibule qui permettent de se tenir, de se dresser, de marcher, de parler face à l'autre, de penser et d'être pour soi.

La mobilisation est forte autour de ces appuis : agitation et tension. Équilibre orthostatique et synergies musculaires fonctionnelles sont remis en cause par cette mobilisation, d'expression tonique, accentuée par le stress, les émotions, la peur comme la joie. La pression interne exercée par les muscles masseterins répond à celle reçue de l'extérieur. Ne soyons pas étonnés d'entendre les orthophonistes parler de troubles de la parole, dentistes et orthodontistes nous parler de désordre occlusif et d'anomalies parafonctionnelles observées dans ce lieu où se sont exprimés angoisse et conflits archaïques.

- **La puberté-adolescence**, remaniement du corps et du sujet dans lequel la manière d'être-au-monde, d'être posé en soi, et la manière de faire-au-monde, de saisir avec mordant, de se faire en défaisant, s'expriment par l'équilibre occlusif dans ses trois dimensions, antéro-postérieure, verticale et latérale, qui reprennent la problématique initiale de la marche, de la parole et de la pensée pour l'inscrire dans le questionnement identitaire d'un être en devenir : « Qui suis-je? ».

- **Les étapes de la vie dite « adulte »** marquées par la traversé des épreuves, par les passages, dont ceux liés au vieillissement. La clinique nous donne à voir les liens entre bouche et existence. Elle nous invite à les comprendre en termes d'avoir et d'être, à considérer que développement et croissance se poursuivent, mais autrement, manifestant la force de la dynamique de vie à l'œuvre dans la sphère bucco-dentaire tout particulièrement. Certes, les causes de l'augmentation des parodontopathies chez les sujets âgés sont nombreuses, mais il faut noter que les modifications tissulaires de la sénescence n'entraînent pas toujours des atteintes parodontales et il ne convient pas de les considérer comme une fatalité due à l'âge.

LE SOIN

C'est pourquoi les soins bucco-dentaires sont à entendre en tant que soins de vie et doivent être envisagés dans deux dimensions :

- Synchronique, centrée d'une part sur la spécificité bucco-dentaire de chaque étape de la vie, langue, mandibule, ATM et parodonte, d'autre part sur l'équilibre entre la forme, la fonction et le vécu existentiel, à préserver dans le traitement proposé au patient (par exemple dans le cas de soin prothétique);
- Diachronique, à partir de l'anamnèse, de l'histoire et du récit des étapes et des passages de la vie.

Problématique archaïque du début de la vie et actuelle du temps et/ou du passage en cours se croisent et déterminent à la fois les symptômes et les attitudes face aux soins :

- L'archaïque de la peur et la douleur, de la menace vitale de l'intrusion, de l'inhibition de l'action, de la sidération face à

ce qui peut advenir ; de la dépendance de l'autre, de son savoir, de son pouvoir, de son vouloir ;

- L'actuel des résistances inconscientes qui ne cèdent qu'à la douleur, de l'appréhension toujours présente, des signes donnés à voir : refus d'ouverture buccale, réflexes nauséux, bouffées d'angoisse, refus de nouveaux soins, etc.

D'où l'importance de la relation de soin, du colloque singulier, de ce qui est dit par l'un et écouté par l'autre.

D'où la nécessité d'inscrire le projet thérapeutique dans un projet de vie, par une transformation - voire par une mutation au sens fort de mort et renaissance - de soi qui conduit le patient à devenir qui il est.

RENÉ SIRVEN

Maître de Conférences des Universités

Institut de Psychosomatique de Montpellier

Société française d'odontologie psychosomatique

Courriel : renesi@numericable.fr

Éléments de bibliographie de l'auteur

- > *De la clinique à l'éthique, réflexion sur la pratique du soin*, L'Harmattan, Paris, 1999.
- > *Deuxième septaine de la vie : corps et psyché*, in E Ferragut et coll.
- > *La dimension de la souffrance en psychosomatique*, Masson, Paris, 2000.
- > *L'enfant de six à douze ans ou l'âge docile*, L'Harmattan, Paris, 2002
- > *Douleurs et souffrance de l'enfant, le corps et la trace* in E Ferragut et coll.
- > *Emotion et mémoire, le corps et la souffrance*, Masson, Paris, 2004.
- > *Traces et traumatismes de la sphère oro-faciale L'archaïque et l'actuel en collaboration avec C. Grenier* in E Ferragut et coll.
- > *Emotions et mémoire, le corps et la parole*, Masson, 2005.
- > *Vestiges et maltraitance de la sphère oro-faciale. Repérage clinique et propositions thérapeutiques, en collaboration avec M Ruel-Kellermann et Ch Grenier*, in *Agressions et maltraitements*, Masson, 2006.
- > *Souffrance et soin. La place de l'éthique, in souffrance, maladie et soins*, Masson, 2007.

Cas clinique

Suite du cas de Romain exposé dans les N° 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 13 de Paroles par Dr Annick Tensorer

Octobre 2006 : Une plaque à bouton poussoir devait être posée afin de pousser la dent 22 (Photo1).

Le jour du rendez-vous, des transformations interdisent la pose l'appareil envisagé. En effet, la dent 22 qui se trouvait en alignement avec la dent 21 et lingualée par rapport à la dent 23 se trouve maintenant vestibulée par rapport à la dent 21 (Photo 2).

Ce jour-là, Romain raconte triomphalement qu'il vient d'honorer les deux premières heures de « colles » au collège (Romain est en troisième). Cette punition lui a valu un franc succès auprès de ses camarades qui le considéraient comme le premier de la classe dont on se moquait.

Pour des raisons d'emploi du temps de Romain, il a été décidé de continuer à porter l'expansion 4 la nuit et de suivre l'évolution de la fermeture des béancés.

En juin 2007 (Photo3),

Le contact des incisives supérieures et inférieures est obtenu. A droite, les contacts occlusaux sont de plus en plus précis. A gauche, la fermeture est plus lente ; au repos, la langue semble venir s'interposer entre les deux arca-



Prochaines formations

Formation initiale

Des stages, essentiellement cliniques, sont organisés toute l'année.

FORMATIONS EN COURS

SESSION 2007

LYON
stages pratiques à
MONTPELLIER

- 4 stage pratique
08/09/10 - 06 - 2007
- 5 20/21/22 - 09 - 2007
- 6 22/23/24 - 11 - 2007
 - Stage de fin de cycle d'1 semaine :
4 au 11 Mai 2008
dans le cadre du Club Med à Opio (Sud France)

PROCHAINE FORMATION

SESSION 2008

LYON
stages pratiques à
MONTPELLIER

- 1 24/25/26 - 01 - 2008
- 2 stage pratique
14/15/16 - 03 - 2008
- 3 22/23/24 - 05 - 2008
- 4 stage pratique
20/21/22 - 06 - 2008
- 5 18/19/20 - 09 - 2008
- 6 20/21/22 - 11 - 2008
 - Stage de fin de cycle d'1 semaine : Mai 2009
dans le cadre du Club Med à Opio (Sud France)

Pour tout renseignement sur ces formations :



OSB FORMATION

3, rue Richer de Belleval
34000 Montpellier
Tél./Fax 33 (0)4 67 52 37 54
osb-formation@orange.fr

Paroles de...

... "l'appréhension dans le cœur de l'homme fait se courber son cœur, mais "une bonne parole" le réjouit "

Proverbes 12:25

Cas clinique

Suite des cas de SERGE et BERNADETTE

traités par Dr J.F. Ardouin, Chirurgien-dentiste à Châtelleraut et exposés en «léger différé» (Voir Paroles N° 9, 10, 11, 12, 13, 14)



LES POSITIONS D'ÉVOLUTION : SUITE

Les deux étapes successives de surélévation (oct. 04 et Mai/Juin 05) nous ont amenés, dans le cas de Serge comme dans celui de Bernadette, à une dimension verticale proche de la dimension verticale d'équilibre. Cette dernière sera légèrement supérieure puisqu'il est entendu que seule la concomitance des trois dimensions dans leur totale ampleur signe l'équilibre buccal, reflet de l'équilibre global.

La dimension verticale finale s'obtiendra lorsque la croissance osseuse transversale naturelle (dimension transversale) sera elle-même à sa maturation.

Les deux étapes de libération ont permis une augmentation de plusieurs millimètres de la DV en quelques mois (12 mois) ; la croissance transversale demandera les 5 à 6 années de traitement supplémentaire pour aboutir à sa pleine expression.

Les Plaques à Pistes de Planas (PPP) sont l'un des outils de l'OSB pour stimuler cette croissance transversale.

Ces plaques conçues à l'origine par le Pr. Planas sont réglées de façon à être au-dessus des composites de surélévation. Le réglage des PPP en est facilité puisque les latéralités s'effectuent ainsi sans interférence avec les dents.

Les PPP pour Serge (photos n° 1 et 2)

Remarque : la séparation des PPP du bas est réalisée entre la 42 et 43 pour tenter « d'équilibrer » les diastèmes entre les incisives latérales et les canines (Cela se révélera inefficace).

Les PPP pour Bernadette (photos n° 3, 4 et 5)

La PPP du haut permet de rétablir le plan occlusal selon le plan de référence de l'OSB (Francfort) qui ne l'avait pas été lors des derniers collages.

Portraits

