

Demande esthétique en dentisterie: quelle limite entre une demande normale et une demande pathologique?

Maude Ryman

▶ To cite this version:

Maude Ryman. Demande esthétique en dentisterie: quelle limite entre une demande normale et une demande pathologique?. Chirurgie. 2017. dumas-01647473

HAL Id: dumas-01647473 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01647473

Submitted on 24 Nov 2017

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.

Université de Bordeaux Collège des Sciences de la Santé UFR des Sciences Odontologiques

Année 2017 N° 70

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Maude RYMAN

Née le 09 Janvier 1991 à Bordeaux (33)

le 28/09/2017

Demande esthétique en dentisterie : quelle limite entre une demande normale et une demande pathologique ?

Directeur de thèse

Dr Odile LAVIOLE

Membres du Jury

Président Mme Véronique DUPUIS Professeur des Universités

Directeur Mme Odile LAVIOLE Maître de conférences des Universités

Rapporteur Mme Charlotte RAGUENEAU Assistant Hospitalo-Universitaire

Assesseur Mr Cyril SEDARAT Maître de Conférences des Universités

Demande esthétique en dentisterie : quelle limite entre une demande normale et une demande pathologique ?

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/09/2017

PrésidentM. TUNON DE LARA ManuelDirecteur de Collège des Sciences de la SantéM. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Directrice Adjointe – Chargée de la Formation	Mme BERTRAND Caroline	58-02
2.100 a.100 Majoniko Chargoo do la Formadon	Mme ORIEZ-PONS Dominique 58-01 initiale	
Directeur Adjoint - Chargé de la Recherche	M. FRICAIN Jean-Christophe	57-02
Directeur Adjoint - Chargé des Relations		
Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-03
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

LAUVERJAT

LAVIOLE

Yves

Mme Odile

M.

MAIT	RES DE CONFERENC	ES DES UNIVERSITE	<u>ss</u>	
Mme			Elise ARRIVÉ Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie 56-03 légale	
Mme	Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.			Christophe BOU Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie 56-03 légale	
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M.	Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02

Parodontologie

Prothèse dentaire

57-01

58-02

Mme Javotte NANCY Odontologie pédiatrique M. Adrien NAVEAU Prothèse dentaire Mme Dominique ORIEZ Odontologie conservatrice – Endodontie M. Jean-François PELI Odontologie conservatrice – Endodontie M. Patrick ROUAS Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie pédiatrique M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	57-02 56-01
M. Adrien NAVEAU Prothèse dentaire Mme Dominique ORIEZ Odontologie conservatrice – Endodontie M. Jean-François PELI Odontologie conservatrice – Endodontie M. Patrick ROUAS Odontologie pédiatrique M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	30 - 01
Mme Dominique ORIEZ Odontologie conservatrice – Endodontie M. Jean-François PELI Odontologie conservatrice – Endodontie M. Patrick ROUAS Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie pédiatrique M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	58-02
M. Jean-François M. Patrick ROUAS Odontologie conservatrice – Endodontie M. Patrick ROUAS Odontologie pédiatrique M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie pédiatrique Odontologie conservatrice – Endodontie	
M. Patrick ROUAS Odontologie pédiatrique M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie pédiatrique Prévention épidémiologie – Economie 56-03 légale Medie Bouse Prévention épidémiologie – Economie 56-03 légale N. Vallid Bouse SAMOT Sciences biologiques Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille Boulé-Montpezat Odontologie pédiatrique	58-01
M. Patrick ROUAS Odontologie pédiatrique M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Patrick ROUAS Odontologie pédiatrique M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	,
M. Johan SAMOT Sciences biologiques Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	56-01
Mme Maud SAMPEUR Orthopédie dento-faciale M. Cyril SEDARAT Parodontologie Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	57-03
Mme Noélie THEBAUD Sciences biologiques M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	56-02
M. Eric VACHEY Odontologie conservatrice – Endodontie ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	57-01
ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	57-03
ASSISTANTS Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	58-01
Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	•
Mme Audrey AUSSEL Sciences anatomiques et physiologiques M. Wallid BOUJEMAA AZZI Odontologie conservatrice – Endodontie Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	
Melle Camille BOULÉ-MONTPEZAT Odontologie pédiatrique	58-03
	58-01
Melle Anaïs CAVARÉ Orthopédie dento-faciale	56-01
mono / mono	56-02
M. Hubert CHAUVEAU Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Mathieu CONTREPOIS Prothèse dentaire	58-02
M. Jean-Baptiste CULOT Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme Clarisse DE OLIVEIRA Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Cédric FALLA Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie 56-03 légale	
	57-02
Mme Elsa GAROT Odontologie pédiatrique	56-01
	57-03
	58-01
	58-02
	58-01
G .	57-02
,	56-02
Mme Meryem MESFIOUI Parodontologie 57-01 Mme Darrène NGUYEN Sciences biologiques 57-03	
,	58-02
······································	56-02
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	57-01
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	58-02
Mme Noëlla RAJONSON Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie 56-03 légale	
	58-01
	58-02
M. François ROUZÉ L'ALZIT Prothèse dentaire	58-02
Mme Audrey SAY LIANG FAT Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie 56-03 légale	

REMERCIEMENTS:

A notre Présidente de thèse :

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse dentaire 58-02

Vous me faites le grand honneur de présider le jury de cette thèse. Je tiens à vous remercier pour votre accueil chaleureux au service d'Odontologie de l'Hôpital Xavier Arnozan. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et mes sentiments les plus respectueux.

A notre Directeur de thèse :

Madame le Docteur Odile LAVIOLE

Maître de Conférences des Universités

Sous-section Prothèse dentaire 58-02

Merci de l'honneur et du plaisir que vous me faites en acceptant de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre enseignement clinique que vous m'avez délivré tout au long de mon apprentissage a l'hôpital Xavier Arnozan ainsi que pour votre disponibilité à mes nombreuses sollicitations. Travailler à vos côtés a été un grand plaisir. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A notre rapporteur de thèse :

Madame le Docteur Charlotte RAGUENEAU

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Prothèse dentaire 58-02

Je vous remercie d'avoir accepté de corriger ce travail et d'être mon rapporteur. Merci pour votre disponibilité et votre accompagnement au cours de l'élaboration de cette thèse. Veuillez trouvez ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A notre Assesseur:

Monsieur le Docteur Cyril SEDARAT

Maître de Conférences des Universités

Sous-section Parodontologie 57-01

Je vous remercie pour vos enseignements tout au long de mon parcours ainsi que pour votre implication dans la transmission du savoir. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	10
2. I	LA DEMANDE ESTHETIQUE	11
2.1	. QUELQUES DEFINITIONS :	11
2	2.1.1. L'Esthétique : le beau et la recherche du beau	11
2	2.1.2. Le sourire :	12
2	2.1.3. La dentisterie esthétique :	12
2.2	EXPLICATION DU BOOM DE LA DEMANDE ESTHETIQUE	14
2	2.2.1. La pression des médias	14
2	2.2.2. La culture de l'embellissement et du rajeunissement / le poids de la beauté	14
2	2.2.3. Esthétique de l'apparence, la quête d'une identité :	15
2	2.2.4. Avancée technologique des procédures :	15
2	2.2.5. Meilleure accessibilité pour les patients :	16
2.3	LES PRINCIPAUX MOTIFS D'INSATISFACTION DU VISAGE	16
2	2.3.1. En France :	16
2	2.3.2. A l'étranger :	17
2	2.3.3. Facteurs de variabilité :	18
2.4	LE SOURIRE IDEAL SELON LES NORMES	19
2	2.4.1. Historique :	19
2	2.4.2. Les facteurs influençant le sourire :	20
2	2.4.3. Les cadres / guides de références :	22
2.5	. LES TYPES DE DEMANDE ESTHETIQUE PAR LES PATIENTS	23
2	2.5.1. En France :	23
-	252 Δl'étranger:	24

2.5.3. Les facteurs de variabilité :	24
2.6. ARRIVER A CERNER LA DEMANDE	24
3. LA PART PSYCHOLOGIQUE DE L'ESTHETIQUE ET LES POSSIBLES DEVIANCES	27
3.1. LA DIFFERENCE DE VISION PATIENT - PRATICIEN	27
3.2. LE CHANGEMENT PSYCHOLOGIQUE QUE CELA IMPLIQUE CHEZ LE SUJET	29
3.2.1. Conséquences psychologiques de l'esthétique avant traitement :	29
3.2.1.1. Au niveau général :	29
3.2.1.2. Au niveau dentaire :	30
3.2.2. Changement psychologique après traitement	32
3.2.2.1. Au niveau général :	32
3.2.2.2. Au niveau dentaire	33
3.3. LES DEMANDES INJUSTIFIEES / PATIENTS AVEC TROUBLES PSYCHOLOGIQUES	34
3.3.1. Explication du Body Dismorphic Disorder	35
3.3.2. Importance de l'entretien pré opératoire	38
3.3.3. Changement après opération	39
3.3.4. Body Dismorphic Disorder dans la pratique dentaire	40
4. LE QUESTIONNAIRE	44
4.1. BUT DU QUESTIONNAIRE :	44
4.2. LES PROBLEMES RENCONTRES :	47
4.2. L'ETUDE :	48
4.2.1. Matériel et méthodes	48
4.2.1.1. Elaboration du questionnaire	48
4.2.1.2. Sélection et variables	48
4.2.1.3. Critères d'inclusion	49
4.2.1.4. Critères de non inclusion	49
4.2.2 Résultats	49

	4.2.2	2.1. Caractéristiques de la population	. 49
	4.2.2	2.2.La demande esthétique	. 50
	4.2.3.	Discussion	. 52
	4.2.4.	Conclusion	. 56
BIBI	LIOGRA	PHIE	. 58

1. INTRODUCTION

La beauté est une combinaison de caractères qui donne du plaisir aux sens de l'esprit. Elle contribue au rayonnement de la personnalité. On a du mal à définir le beau, mais chacun a une idée assez certaine du laid. C'est un terme subjectif selon les facteurs ethniques et culturels, et les préférences individuelles.

Diderot soulève déjà cette question en 1751 lorsqu'il cherche à définir le beau dans son encyclopédie raisonnée des sciences, des arts et des métiers : « Comment se fait-il que presque tous les hommes soient d'accord qu'il y a un beau ; qu'il y en ait tant entr'eux qui le sentent vivement où il est, et que si peu sachent ce que c'est ? »

De nos jours, la beauté tend à être considérée comme une norme sociale valorisée. La chirurgie et la médecine esthétique se démocratisent et touchent de plus en plus de personnes. Les sociétés occidentales véhiculent de plus une image de corps parfaits, de canons de la beauté, la plupart du temps impossibles à atteindre.

La région orale est considérée comme capitale dans la beauté faciale. Le chirurgien dentiste occupe donc une place de première importance dans l'esthétique faciale.

Les patients, de plus en plus préoccupés par leur apparence, cachent souvent une part psychologique et émotionnelle derrière leur demande esthétique. Un écart aux normes peut entrainer un sentiment de dépréciation de soi, qui pousse certains sujets à entreprendre des traitements esthétiques. Il est normal que chacun puisse trouver des imperfections corporelles face à ces idéaux, mais chez certaines personnes on note une forme pathologique d'insatisfaction corporelle.

Même si la plupart des patients ont une demande esthétique justifiée, le chirurgien dentiste doit rester prudent car la limite entre une demande « normale » et une demande « exagérée, potentiellement pathologique » est très difficile à établir.

Nous avons donc essayé de déterminer, par le biais d'un questionnaire, les principales modifications esthétiques souhaitées parmi les différents éléments du visage (chez les patients ayant une demande esthétique). Nous avons souhaité évaluer la concordance ou non, entre l'insatisfaction esthétique ressentie par le patient et le besoin réel de soins perçu le praticien. Le but du questionnaire est de permettre au dentiste de mieux cibler la demande du patient et de cerner les patients potentiellement à risque.

2. LA DEMANDE ESTHETIQUE

2.1. OUELOUES DEFINITIONS:

2.1.1. L'Esthétique: le beau et la recherche du beau

Baumgarten est à l'origine du mot esthétique au 18^e siècle, dérivé du grec qui veut dire «perception sensorielle »

C'est un art qui engage les formes et l'harmonie et qui permet de remédier aux apparences physiques disgracieuses. Il est sujet à des préférences et à l'interprétation individuelle. L'esthétique est un révélateur de bien-être physique et psychique. Selon Galien, il y a un rapport implicite entre la santé et le beau, si cela n'interfère pas avec l'équilibre fonctionnel et biologique.

Quand nous sommes vêtus, rares sont les parties du corps que l'autre peut voir. Selon une étude de Goldstein, les yeux et la bouche sont les facteurs les plus déterminants de l'esthétique faciale et donc les plus observés (1).

Quand on parle de beau, d'esthétique et d'attractivité, la face et surtout la région orale sont considérées comme essentielles. En effet elles permettent de se présenter, de s'identifier : une anomalie aura forcément des conséquences psychologiques importantes.

Selon l'ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery), les femmes ont réalisé 18 millions d'opérations de chirurgie esthétique en 2015 et les hommes 3 millions. Cela représente une augmentation de près d'un million entre 2014 et 2015.

En France, 101365 procédures de la face et de la tête ont été recensées, elle est 8e au classement. Les procédures mini invasives, dont les traitements dentaires font partie, sont de plus en plus importants (2)

Une étude de l'ASAPS (American Society for Aesthetic Plastic Surgery) en 2003 montre que 55% des sujets valident la chirurgie esthétique et 30% disent qu'ils y auront recours dans le futur. (3)

2.1.2. Le sourire :

L'ébauche du premier sourire est retrouvée sur une peinture de Giotto, mais surtout sur une fresque d'Adam et Eve de Masaccio qui montre une émotion gestuelle et faciale.

C'est un trait comportemental culturel et social dont la perception a été modifiée tout au long de l'évolution humaine. On a pu voir certains actes de glorification (aurification, coloration des dents, tatouage des lèvres) ou bien de mutilations (technique soustractive, avulsion volontaire)

Selon le CNRTL (centre national de ressources textuelles et lexicales), le sourire est une «expression discrètement rieuse du visage, qui se traduit pas un léger mouvement des lèvres et des yeux, laissant apparaître des sentiments divers »

C'est la partie expressive la plus visible du corps. La richesse lexicale prouve la variation de sentiments qui peuvent s'exprimer sur le visage.

2.1.3. La dentisterie esthétique :

La dentisterie traditionnelle était auparavant axée sur l'aspect fonctionnel, biomédical mais grâce à la prévention et donc la diminution de caries /de soins conservateurs, la demande s'est orientée vers l'esthétique. Les besoins de base de santé bucco-dentaire sont assurés, le dentiste doit faire face à de nouvelles attentes du patient.

Si on se base sur la définition de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Le dentiste doit donc prendre en compte la demande esthétique de son patient car un déséquilibre peut engendrer une absence de bien-être et donc de santé. Les relations psychosociales et l'estime de soi s'en trouvent principalement modifiées.

On manque d'informations car on a des difficultés à mesurer ce que « esthétique dentaire » veut exactement dire.

C'est une dentisterie du désir et non du besoin, superficielle à but plus ou moins commercial. Son objectif est de créer des dents avec des proportions satisfaisantes les unes par rapport aux autres mais aussi de créer une relation harmonieuse entre les dents, la gencive et le visage. Elle permet de maintenir ou restaurer l'aspect de la jeunesse, mais aussi de faire disparaitre un trait gênant et d'embellir, changer la dynamique d'un sourire.

Une étude (4) a été réalisée pour cerner la demande esthétique et la quantifier car on sait que la demande est croissante mais on dispose de peu de chiffres. Menée dans un hôpital de la région parisienne, elle montre que 2/3 des patients ont une demande esthétique lorsqu'ils consultent un dentiste. Cette demande touche tous les âges et toutes les catégories socio professionnelles, mais particulièrement les femmes (73% contre 55% des hommes).

Selon Savard, Tirlet et Attal (5) il existe deux facettes de l'esthétique :

- Une théorique, générale : surtout axée sur la recherche, la science du beau avec ses méthodes et principes.
- Une plus particulière et pratique : elle concerne l'ensemble des praticiens, par la mise en œuvre de facettes, éclaircissements, dentisterie cosmétique..

Pour Qualtrough et Burke (6), l'esthétique dentaire est la science qui copie et harmonise notre travail avec la nature et rend notre art invisible.

Il existe 4 catégories de demandes esthétiques : (7)

- -la demande de confort
- -la demande non évoquée d'emblée mais qui émerge au cours d'un traitement fonctionnel
- -la demande associée à une demande fonctionnelle de première intention
- -la demande esthétique prioritaire (handicap, impotence)

L'engouement pour cette discipline se fait autant au niveau de la recherche que des pratiques chez les chirurgiens-dentistes. Une étude récente (5) analyse le nombre de publications sur Medline sur une période de 6 mois : l'esthétique arrive en 3e place juste derrière orthodontie et implantologie.

Les auteurs ont aussi analysé l'évolution des publications de 1996 à 2005 et ont vu une multiplication du chiffre par 5 sur cette période. Le boom esthétique semble surtout avoir eu lieu entre 1980 et 1990, et s'est maintenant stabilisé à 5% des publications.

La dentisterie esthétique doit obéir de nos jours au concept de « gradient thérapeutique » de Tirlet et Attal.(8) Ces derniers ont conçu une classification des actes esthétiques du moins mutilant au plus mutilant, afin d'aider le praticien lors de l'élaboration du plan de traitement. Le but étant d'être le plus préservateur en tissu dentaire.

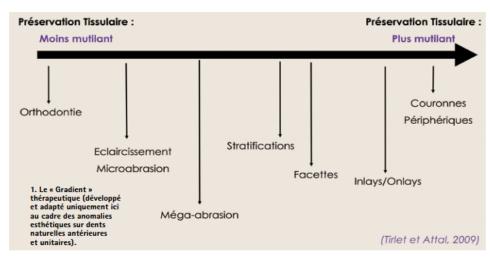


Figure 1 : Principe de préservation tissulaire de Tirlet et Attal

2.2 EXPLICATION DU BOOM DE LA DEMANDE ESTHETIQUE

2.2.1. La pression des médias

Les médias montrent sans cesse des visages parfaits, avec des bouches aux critères esthétiques standards. Cela suscite le désir d'avoir un sourire le plus proche de celui ancré dans l'inconscient collectif. On assiste à un réel phénomène de mode, et les médias ultra présents créent un réel martèlement des consciences, qui peut être néfastes pour les plus fragiles et les plus influençables. En effet, un écart même léger soit-il par rapport à ces normes entraine une mise à l'écart, conscient ou inconsciente, de la part de la personne concernée ou de personnes extérieures.

Le patient cherche à avoir une apparence similaire aux looks et goûts du moment ; une ressemblance avec les canons de beauté médiatisés procure une identité gratifiante, une amélioration des rapports sociaux alors que son écart entraine un jugement négatif, la peur d'être exclu et donc une dépréciation de soi qui peut souvent être à l'origine de l'intervention. Exaltation, sublimation de l'apparence : les patients utilisent l'apparence de leurs dents pour représenter leur succès dans la vie.

Les médias jouent un rôle essentiel dans la diffusion d'un idéal, ils suscitent par ce biais le désir d'être conforme. Ils ne rendent pas seulement les gens insatisfaits mais créent aussi un nouveau marché avec des gens désireux d'améliorer leur apparence physique.

On note par exemple une grande popularité de certains reality show où l'on voit des transformations impressionnantes grâce à la chirurgie esthétique : aux états unis en 2003 l'émission « extreme makeovers » sur ABC était le 2^e programme le plus regardé chez les moins de 50 ans. (9)

Dans les livres pour enfants, les méchants sont très souvent représentés avec les dents abimées. Les magazines et pubs montrent des jeunes aux dents parfaites, associés à la sociabilité et la popularité. Celles pour les chewing gum ou l'hygiène bucco-dentaire ne cessent de répéter qu'une mauvaise haleine ainsi que des dents non entretenues sont un frein aux relations amoureuses.

2.2.2. La culture de l'embellissement et du rajeunissement / le poids de la beauté

Il existe de nos jours un impératif : rester jeune et beau. Le sujet doit chercher à donner à son corps l'âge qu'il a dans sa tête et gommer les outrages du temps. En effet les rides, premiers signes de vieillesse autrefois pris comme signe de sagesse sont maintenant perçus comme signe de déclin. Cela entrainant une mise à l'écart de la société qui a fait de la jeunesse son critère.

Le visage et le sourire sont un passeport social, synonyme de succès et de séduction. On note une explosion de la préoccupation pour l'apparence physique, comme si elle était un gage de bonheur et réussite. La beauté est présentée comme un moyen de santé et de longévité. Elle tend à être une norme sociale valorisée, qui peut même avoir la force d'obligation.

Pour Baudrillaud, ce sont les signes de la jeunesse qui sont stigmatisés : on assiste à une distanciation exacerbée par le culte de la jeunesse. (10) La réhabilitation du sourire fait partie de la stratégie anti âge.

Le patient sera en perpétuelle recherche de jeunesse et beauté. Il ne faudra cependant pas en oublier son identité. Le traitement dentaire doit en premier lieu rechercher un équilibre tout en améliorant l'esthétique.

2.2.3. Esthétique de l'apparence, la quête d'une identité :

Par moment le patient peut souffrir de l'écart entre ce qu'il est et ce qu'il aspire à être, il cherche par le traitement esthétique à réconcilier son être et son paraître, harmoniser le corps et l'esprit.

Le sujet peut aussi chercher à s'identifier à un idéal, il est en quête de singularité et d'identité par rapport à un groupe social.

Les femmes ont plus de pression que les hommes pour atteindre l'idéal physique et sont donc plus enclin à avoir un traitement esthétique. Selon une étude, la probabilité d'avoir recours à une opération esthétique est fortement liée au sexe, à l'âge, a l'auto évaluation que le patient fait de son attractivité, a certains traits de caractères. (11)

2.2.4. Avancée technologique des procédures :

On réglait auparavant les problèmes esthétiques avec des traitements très invasifs et souvent onéreux comme les coiffes périphériques. La perte de vitalité de la dent et de grosses pertes des tissus durs étaient la règle. Les soins conservateurs et restaurateurs étaient une priorité, l'esthétique passant bien après.

Une étude réalisée en 1969 (1) illustre bien cela :

80% des candidates (étude réalisée sur un échantillon de 60 candidates a miss Atlanta âgées de 17 à 25 ans) pensent que leur esthétique peut être améliorée. Pourtant, 90% de ces femmes n'ont jamais eu d'informations de leur dentiste pour une amélioration esthétique et parmi celles qui ont demandé des informations, dans la majorité des cas aucun traitement ne leur a été proposé.

Cela montre bien qu'à l'époque les soins esthétiques étaient sous-estimés par le dentiste (mais les techniques étaient également plus limitées). La demande de la patientèle pouvait déjà être présente mais les dentistes n'étaient pas assez alertés par cette demande. Il faut cependant noter que

l'échantillon concerne des miss, souvent plus soucieuses de leur apparence qu'un sujet de la population générale.

Ces procédures sont de nos jours moins invasives (principe de conservation tissulaire de Magne et Belser 2003) moins longues et moins douloureuses (meilleure gestion de l'anesthésie qu'autrefois) : l'anxiété des patients diminue pour les procédures cosmétiques.

Les progrès techniques tels que le collage, les implants, la céramique ainsi que les progrès conceptuels (prévention, préservation tissulaire) ont permis l'essor de la dentisterie esthétique. Ils permettent en effet de multiplier les options de traitement pour améliorer ou restaurer l'apparence des dents.

2.2.5. Meilleure accessibilité pour les patients :

La proposition de traitements esthétiques se popularise chez les praticiens qui ont conscience de l'essor de la demande. Les blanchiments, implants, aligners transparent (invisalign) ne sont plus réservés aux dentistes tournés vers l'esthétique mais sont proposés chez de plus en plus de praticiens. Ils sont donc accessibles à un plus grand nombre.

Cependant, même si de plus en plus de patients semblent prêts à faire des concessions financières pour s'offrir un beau sourire, la santé est considérée comme un bien supérieur en économie : moins le sujet a de ressources moins il dépense en santé. C'est pourquoi ces traitements restent inaccessibles pour un grand nombre de personnes. Une étude de 2012 révèle que le sourire reste négligé dans 46% des cas par manque d'argent (12)

2.3. LES PRINCIPAUX MOTIFS D'INSATISFACTION DU VISAGE

2.3.1. En France:

Selon les données les plus récentes retrouvées dans l'étude Opinionway pour l'ADF 2012, 83% des français interrogés sont satisfaits de leur sourire. (12)

Cependant, on note qu'il est déjà arrivé à 51% des français d'éviter de sourire dans une situation donnée, le plus souvent dans le cadre socio-professionnel et dans 2/3 des cas car ils n'aiment pas leur sourire.

Ce sondage a permis de cibler les principales insatisfactions trouvées dans l'échantillon (1007 individus de 18 ans et plus, représentatif de la population nationale):

- Des dents insuffisamment blanches (42%)
- Des dents mal alignées (29%)
- L'absence d'une ou plusieurs dents (16%),
- Des dents qui se chevauchent (15%),
- Des dents tachées (14%),
- Des plombages trop visibles (13%),
- La peur d'une mauvaise haleine (12%)
- Des gencives rétractées (11%).

Les problèmes strictement dentaires sont donc recensés comme la principale source d'insatisfaction. On peut voir que les critères nommés correspondent aux traitements en plein essor comme le blanchiment, l'orthodontie chez l'adulte, les facettes..

Une autre équipe française (4) a elle aussi tenté d'évaluer la demande esthétique. Les résultats sont en adéquation avec ceux retrouvés précédemment :

- Les préoccupations principales sont au niveau des dents et la capacité à procurer un sourire harmonieux : les dents manquantes (esthétique et fonctionnel) et la blancheur des dents (esthétique) sont déterminants.
- La position des dents est notifiée chez ¼ des patients qui souhaitent modifier leurs dents, cela explique la hausse des traitements orthodontiques que l'on retrouve chez les adultes.

2.3.2. A l'étranger :

Parmi les autres études réalisées dans les populations étrangères, on note une certaine uniformité :

- Que ce soit en Allemagne (13), en Jordanie (14) en Turquie (15) ou aux états unis(16), on note pour chacun d'eux 1/3 de patients insatisfaits, que ce soient des études très récentes ou plus anciennes (1987).
- La principale source de mécontentement retrouvée est la couleur des dents, citée dans 50% des cas en général. En second lieu est citée le chevauchement /non alignement des dents ou bien la forme des dents antérieures. On retient aussi que la protrusion des dents antérieures est un critère régulièrement retrouvé.

Une étude réalisée aux états unis a montré que dans 42% des cas de l'échantillon, il y avait un besoin de prophylaxie car les patients étaient gênés par des taches. Dans 32% des cas il y avait besoin de soins pour restaurer une carie ou une ancienne restauration et dans 24% des cas une amélioration de la forme des dents par un traitement mini invasif était souhaitée. (1)

Dans une étude (Adult Dental Health Survey) menée en 1998 par le département de santé du royaume uni et le bureau des statistiques nationaux, on voit que l'insatisfaction la plus importante est trouvée chez les jeunes, et la moins importante chez les personnes séniors. (17) En effet même si on note un changement chez les personnes âgées avec un essor important, la plupart d'entre eux perdent un intérêt pour la santé et l'esthétique avec l'âge et se contentent de couronnes mal faites ou de discolorations.

2.3.3. Facteurs de variabilité:

On note aussi qu'il existe des différences en fonction du sexe :

Les femmes ont plus de doléances concernant le surplomb certainement parce que cela modifie l'aspect global de la face avec une protrusion des lèvres, ainsi que la couleur des dents. Les hommes quant à eux sont plus soucieux de l'encombrement dentaire, de l'alignement. (18) (15)

Certains défauts squelettiques et dentaires ont été évaluées afin d'analyser leur lien avec l'esthétique faciale. Résultats :

Le fait de présenter une béance, une protrusion mandibulaire ou une déviation des milieux sont jugés par les sujets de l'étude comme moins dérangeants esthétiquement que le fait de présenter des lèvres fendues, un chevauchement excessif, une protrusion bi maxillaire, une protrusion maxillaire ou des espaces dentaires en excès

Un autre article montre que les variables qui influencent l'attractivité du sourire sont le corridor buccal, la déviation des milieux inter incisifs, la forme et le contour de la gencive dans la région maxillaire antérieure. (19)

IL faut cependant faire attention et ne pas oublier que ces standards varient selon les goûts de chaque sujet. En effet cette étude a aussi évalué la satisfaction personnelle de chaque patient vis-à-vis de ses dents. Lors de la comparaison, 60% avaient le même jugement qu'un tiers, mais 20% sur estimaient leurs dents et 16% les sous estimaient.

2.4. LE SOURIRE IDEAL SELON LES NORMES

2.4.1. Historique:

La beauté est indissociable des mathématiques (proportions, symétrie..)

Avec « les éléments d'Euclide » naissent les proportions géométriques que l'on associe à un nombre d'or et qui seront reprises à la renaissance par Pacioli comme les « divines proportions ». Leonard de Vinci se charge des dessins du livre, avec des corps aux proportions idéales et symétriques. Ces artistes tentent par un modèle de proportions, de révéler la beauté propre à l'homme.

Une étude réalisée a pu montrer que les valeurs dentaires considérées comme les plus attractives par les patients sont celles qui correspondent au nombre d'or..(20) Cependant il est aussi fréquent de noter une amélioration esthétique alors que l'on s'éloigne de ces proportions divines.

Selon Dürer, si les dimensions de la face sont proportionnées, cela sera toujours esthétique ou beau. Et pour obtenir ces normes il faut se baser sur les canons de beauté représentés à l'époque par les sculpteurs ou peintres, qui ont l'œil artistique.

Au niveau de la dentisterie on retrouve ce même intérêt pour les proportions et les normes :

- Williams tente d'harmoniser la forme de la dent avec la forme du visage, selon lui l'apparence est plaisante quand la forme du visage correspond à celle de l'incisive centrale maxillaire.
- Frush et Fischer ont tenté d'harmoniser les dents avec le sexe, la personnalité et l'âge du patient.
- Angle a tenté d'établir une règle pour obtenir une occlusion parfaite qui permettrait à la beauté faciale de suivre. Malheureusement ses normes ont été invalidées par la suite lors de la découverte des données céphalométriques.

Il existe des sites qui vantent le nombre d'or et qui en jouent pour justifier l'utilisation d'acide hyaluronique pour les lèvres par exemple : Tim Pearce est un chirurgien britannique qui a développé le « Da vinci lips », garantissant des proportions parfaites entre les lèvres et le visage naturel.

2.4.2. Les facteurs influençant le sourire :

On peut noter différents facteurs qui influencent le sourire :

- La ligne du sourire :

C'est la ligne imaginaire du bord inférieur de la lèvre supérieure. Elle peut être classée en quatre groupes selon la classification de Liébart et collaborateurs en 2004. (21)

Classe 1 : ligne du sourire TRES haute	Plus de 2mm de gencive marginale sont visibles ou plus de 2mm apicalement à la jonction amélo-cémentaire (JEC) sont visible sur un parodonte réduit, mais sain. Cela peut être apparenté au SOURIRE GINGIVAL.
Classe 2: ligne du sourire haute	De 0 à 2mm de gencive marginale ou apicalement à la JEC sont visibles.
Classe 3 : ligne du sourire moyenne	Ne présente que les espaces interdentaires remplis ou pas par les papilles.
Classe 4 : ligne du sourire basse	Le parodonte n'est pas visible.

Figure 2 : Tableau de la classification de la ligne du sourire par Liébart et collaborateurs 2004

L'exposition gingivale :

Au niveau des gencives, les patients préfèrent quand 1 a à 2mm de gencive sont montrés lors du sourire. Par contre si il y a plus de 3 mm cela est considéré comme inattractif (19)

La morphologie des dents antérieures maxillaires :

Il existe trois types de formes : (22)

- rectangulaire ou carré
- ovoïde
- triangulaire

Une variation de forme n'est pas toujours considérée comme un facteur indésirable(6)

Cependant une dent ovoïde est préférée à une carrée (qui est perçue comme plus masculine), elle-même préférée à une triangulaire.(23)

- Le rapport entre la ligne bi pupillaire et la ligne incisive :

Le plan bi pupillaire définit l'horizontalité du visage. La ligne incisive doit donc lui être parallèle, et perpendiculaire au plan sagittal médian (24)

- Le rapport largeur sur hauteur de l'incisive centrale

La taille relève de l'esthétique faciale et doit être en cohérence avec la taille du visage. Pour les proportions, un rapport de largeur sur hauteur de 3/4 est considéré comme plus esthétique pour une incisive centrale, et un rapport de 4/5 pour une pour l'incisive latérale. Ce qui est important c'est que la largeur des deux incisives centrales soient égales et que la largeur soit inférieure à la longueur.(6)

Lasserre a analysé le rapport largeur / hauteur multiplié par cent des incisives centrales (échantillon de 100 personnes). La valeur moyenne est de 87%, ce qui représente des dents assez grandes et dominantes. (22)La couleur :

- La couleur :

Elle est définie par trois paramètres la luminosité, la saturation et la teinte.

Au niveau de la teinte, c'est la référence A2 qui est la plus souvent citée lors d'une étude faite en Inde en 2013 (24). Dans les sociétés occidentales, le blanc éclatant est de plus en plus recherché par les patients.

- Le corridor buccal:

C'est l'espace qui apparait lors du sourire entre les faces vestibulaires des dents maxillaire et la face interne des joues. Un faible corridor buccal rend souvent un sourire plus attractif. (25) Une étude a montré que l'absence de corridor buccal est préféré par les femmes alors que les hommes préfèrent en avoir un léger.(23)

Le nombre de dents visibles

La visibilité des dents est un critère important, surtout pour les femmes.(23) De nos jours, le sourire est large et les dents sont très visibles.

- La position des dents :

L'alignement dentaire est considéré comme un facteur important mais les patients ont peu de notions sur les normes orthodontiques. Cela est confirmé selon une étude (article 80) ou seulement 4% des patients considèrent qu'ils ont besoin d'un traitement orthodontique alors que selon l'orthodontiste 60% des sujets de l'étude en avaient besoin.

Le bord libre :

C'est la position dans le plan frontal et sagittal par rapport à la lèvre inférieure qui est importante. Les bords libres doivent légèrement l'affleurer sans la toucher. S'ils sont recouverts par la lèvre inférieure, cela sera peu esthétique.(26)

- La symétrie :

Elle peut être horizontale ou radiante. Lorsqu'elle est horizontale, on a une image identique mais inversée par rapport au plan de symétrie. Lorsqu'elle est radiante, on a un point de départ central d'où démarre la symétrie.(24). La symétrie horizontale est souvent préférée.(23)

Ces facteurs permettent au praticien d'avoir une idée des préférences des patients lorsqu'il débute une grosse réhabilitation prothétique et qu'il lui reste peu de repères en bouche.

Certains auteurs ont tenté d'établir un sourire type en fonction du sexe: (27)

- pour une femme, le sourire le plus attrayant est caractérisé par des dents naturelles, avec une forme douce, une ligne du sourire haute, une symétrie radiale et un large sourire affiché. Le moins attractif est les dents foncées et asymétriques.
- pour un homme, le sourire est plus plaisant lorsque les dents ont une forme douce, un sourire moyen affiché, une ligne du sourire moyenne et un arrangement symétrique. Là aussi les dents foncées sont considérées comme le plus inesthétique.

Pour résumer la teinte des dents est donc considérée comme le facteur le plus important, puis le nombre de dents naturelles non restaurées et enfin le nombre de dents montrées lors du sourire.

2.4.3. Les cadres / guides de références :

Le praticien a recours à des cadres de références afin de donner des proportions au sourire, une symétrie et un équilibre. Elles lui permettent d'être plus prévisibles et d'atteindre le résultat attendu. Mais attention, un sourire symétrique est souvent vu comme non naturel!

Gouet, dans son livre « Régénération esthétique du sourire » (9), propose certains points clés, considérés comme essentiels afin de réussir à rétablir un sourire esthétique. Pour les auteurs, il faut :

- créer une exposition des dents de 1 à 5mm selon les lèvres, l'âge et le sexe,
- rétablir la courbe incisive convexe répondant à la courbe concave de la lèvre inférieure,
- idéaliser la ligne du collet quand la ligne du sourire est haute,
- restaurer le corridor buccal,
- rétablir la verticalité de la ligne inter incisive,
- ne pas tenir compte du décalage de la ligne inter incisive et de la ligne médiane,
- rétablir le parallélisme entre le plan occlusal et la ligne bi pupillaire.

L'esthétique est dépendant des relations entre les lèvres, les dents et la gencive. Le praticien cherche à obtenir une harmonie des volumes, une finesse des contours, un contraste entre le rouge de la gencive et le blanc des dents, ainsi qu'un alignement de ces dernières.

Une autre équipe a aussi réalisée un guide standard mais selon les préférences des patients, afin d'orienter les praticiens des éléments de restauration esthétique antérieur. Pour un sourire typique, les patients préféraient : (20)

- que toute la longueur cervico incisale des dents maxillaires antérieures soit visible
- que la gencive ne soit pas découverte, à part la gencive inter-proximale
- que la courbe incisive touche plus ou moins totalement la lèvre inférieure
- que les 6 dents antérieures, plus ou moins les 1e et 2e prémolaires soient visibles
- que le milieu inter-incisif coïncide avec l'aspect harmonieux du visage. Il est l'un des points les plus importants du visage, s'il n'est pas centré, cela est tout de suite vu par le patient. On voit que sur ce point l'avis patient et praticien diffère.

2.5. LES TYPES DE DEMANDE ESTHETIQUE DES PATIENTS

2.5.1. En France:

L'étude d'opinionway pour l'ADF 2012 précédemment citée montre aussi que ¾ des français prennent des précautions pour conserver leur sourire et parmi ces gestes plusieurs ont une visée esthétique :

- se faire réaligner les dents (6%),
- se faire enlever les taches sur les dents (5%),
- utiliser des produits de blanchiments à domicile (3%),
- faire des facettes céramiques (2%) (12)

Comme vu dans la partie précédente, les principales préoccupations des patients touchent la blancheur des dents et les dents manquantes. En effet, 47% des demandes sont au niveau du remplacement d'une dent manquante, 45% au niveau de la teinte puis la position des dents représente ¼ des cas. (4)

90% des patients souhaitent une modification des dents antérieures, donc un traitement à visée purement esthétique. Pour 69% le traitement concerne le sourire dans sa globalité.

2.5.2. A l'étranger:

En Turquie on voit que les traitements d'amélioration esthétiques les plus reçus sont les restaurations esthétiques (29%), puis les traitements canalaires (17%) puis les blanchiments (9%) et l'orthodontie (8%) (15)

Par contre le traitement le plus désiré est le blanchiment (49%) puis les restaurations esthétiques (25%), le traitement orthodontique (24%)

Les mêmes résultats ont été retrouvés lors d'une étude réalisée en Jordanie (14)

2.5.3. Les facteurs de variabilité :

La demande varie en fonction des patients :

- Les femmes sont plus désireuses de traitement orthodontique, de couronnes et facettes que les hommes. Celles-ci sont plus insatisfaites par l'esthétique globale surement car elles sont plus affectées par les remarques que les hommes.

Pour illustrer ceci, une étude a cherché les facteurs prédictifs à la chirurgie cosmétique, on note que le fait d'être une femme, d'avoir une basse appréciation corporelle, un haut BMI (Body Mass Index = poids en Kg / taille en m2 supérieur a 25) et un âge élevé sont des facteurs qui poussent à la procédure esthétique. (28)

- Les personnes âgées sont plus favorables à un blanchiment, de l'orthodontie, des prothèses car le nombre de soins nécessaires augmente avec l'âge.

Mais en général ce sont les adolescents et jeunes qui sont plus insatisfaits de leur esthétique, à cause de la pression médiatique et qui sont donc demandeurs de traitement esthétique. Ils cherchent à améliorer leur physique alors que les personnes âgées se laissent plus aller et sont moins soucieuses de leurs apparences.

2.6. ARRIVER A CERNER LA DEMANDE

Il faut arriver à cerner la justification de la demande. Dans le but d'éviter tout risque lié à un problème d'identité, le praticien doit évaluer s'il n'y a pas un désir caché derrière les exigences du patient. En effet ce dernier cherche souvent à se rendre plus agréable aux autres et à changer la mauvaise image qu'il a de lui.

Il est essentiel de repérer les personnes qui attendent trop d'un traitement. Certains ont des attentes magiques comme un changement de vie sociale, une résolution de leurs difficultés de vie et lui accordent donc trop d'importance.

Il faut faire la différence entre les attentes par rapport à soi (amélioration physique) et les attentes par rapport aux facteurs externes (amélioration du réseau social, trouver du travail..) Si le patient voit le traitement comme une source de résolution du problème, cela sera forcément un échec.

On est souvent face à deux types de patients :

- le patient qui sait ce qu'il veut, en général il souhaite rétablir son sourire et vient avec une photo comme modèle. Le problème est l'adéquation souhait/faisabilité...
- l'autre type de patient qui ne sait pas ce qu'il veut. On devra s'aider de simulations informatiques et mock up avant d'arriver à cerner sa demande.

Lors de la première consultation, il est important d'arriver a voir ce que je patient rejette de son apparence, ce qu'il aime ou préfère de lui. Il faut aborder point par point les caractères positifs et négatifs de son sourire.

Il faut aussi cerner leurs craintes, qu'elles soient financières ou bien à propos de la douleur ou des délais du traitement.

On doit susciter la libre expression et permettre au patient d'exprimer ses attentes, instaurer une relation de confiance. Souvent le dentiste peut avoir l'image du père ou de la mère avec la force et la prestance, qui peuvent empêcher des patients d'exprimer les motifs de leurs complexes.

Le praticien doit insister sur les possibilités et les limites du traitement, afin d'éviter toute ambiguïté qui pourrait entrainer la déception du patient. Les explications doivent être communiquées et l'avis du patient est indispensable pour qu'il puisse concrétiser son désir.

Le praticien peut maintenant s'appuyer sur des outils l'aidant à simuler le traitement et à montrer le futur résultat au patient, notamment par la simulation esthétique informatique, les wax up ou mock up, les masques en composite direct. Avant de débuter tout traitement, le dentiste doit avoir la confirmation par le patient de la future réhabilitation, et que cela correspond bien à ses attentes.

Son consentement éclairé est essentiel avant tout début de traitement. En effet, l'échec en cas de soins est toléré car il est soumis aux aléas et aux données de la science, mais l'esthétique est considéré comme facultatif et donc ayant une obligation de non dégradation et de réussite.

Le patient doit être informé des risques, des éventuelles complications et des conditions d'interventions comme tout autre acte dentaire.

Dans la littérature juridique et la jurisprudence, on ne retrouve d'éléments spécifiques à l'information et au consentement éclairé du patient pour un acte purement esthétique en médecine bucco-dentaire.

L'anamnèse et l'examen clinique sont donc essentiels en dentisterie esthétique. La réussite dépend du temps d'écoute attentive, de la qualité de la relation et de la compréhension du désir du patient. Il est important que ce dernier adhère à notre plan de traitement qui tient lieu d'impératifs techniques, on doit expliquer les limites thérapeutiques de la restauration.. Toute source de malentendus doit être clarifiée.

Si la demande est justifiée, l'effet sera bénéfique. Par contre si ce n'est pas le cas cela peut être lourd de conséquences. C'est pourquoi il est essentiel de détecter les attentes irrationnelles et pathologiques plus ou moins réalisables.

3. LA PART PSYCHOLOGIQUE DE L'ESTHETIQUE ET LES POSSIBLES DEVIANCES

3.1. LA DIFFERENCE DE VISION PATIENT - PRATICIEN

La réussite du traitement dépend de la capacité à décrypter les attentes révélées ou dissimulées du patient. Souvent il n'y a pas forcément d'accord entre le « beau parfait » recherché par le patient et le « beau naturel » que veut le praticien.

En effet pour paraitre naturelles, les dents restaurées devraient garder quelques irrégularités, c'est ce que le dentiste cherche à mettre en place pour avoir un résultat esthétiquement acceptable. Mais pour les patients, une forme et un design réguliers et répétitifs sont plus plaisants. Ils préfèrent que les dents paraissent artificielles, non naturelles, mais qu'elles se rapprochent le plus possible de leur concept d'apparence esthétique idéal.

Le dentiste apprend des concepts au sujet de la perception, il tente d'atteindre les désirs du patient au niveau de l'apparence dentaire. Malheureusement il peut développer des concepts différents de ceux du patient. Cela peut entrainer des soucis de communication et même des problèmes non anticipés.

Plusieurs études ont évalué la discordance entre la perception que le patient a de ses dents et les besoins cliniquement évalués par le praticien.

Celles-ci se basent sur des questionnaires subjectifs pour évaluer la perception des patients, et utilisent des indices esthétiques et orthodontiques pré établis pour avoir l'apparence dento-faciale objective du patient, ainsi que différents évaluateurs pour éviter les biais.

Au niveau de la blancheur on a pu voir un exemple où 2/3 des patients n'étaient pas satisfaits alors que selon les examinateurs plus de 2/3 avaient une teinte tout à fait satisfaisante. (29) Les patients préfèrent les dents plus blanches que les dentistes (30) (31)

Cette différence est aussi importante car le patient vient souvent pour avoir un sourire monochromatique, non naturel, qui ressemble à ce que l'on voit à la télévision, alors que le praticien reste axé sur la fonction et le traitement qu'en cas de besoin.

De nombreuses études ont été réalisées au niveau orthodontique car on peut se baser sur des normes, des mesures pour être objectif :

On a retrouvé une concordance dans les 2/3 des cas lorsque l'on est face à une grosse malocclusion, mais redescend à la moitié des cas quand il y a faible malocclusion. L'accord patient praticien est surtout retrouvé dans les cas de diastèmes, moins dans les cas d'encombrement dentaire. (32)

Ceci est confirmé par une autre étude d'Espeland (33), où les espaces dentaires sont reconnus à 79%, c'est le trait dentaire le plus remarqué on obtient les même chiffres au niveau de la concordance entre faible et grosse malocclusion.

Une perception correcte d'une déviation mineure sera faite chez ¼ des sujets seulement.

Dans une autre étude seulement 4% des patients considéraient avoir besoin d'un traitement orthodontique alors que selon les dentistes (donc du point de vue objectif), 60% en avaient besoin. (4)

Ceci peut être expliqué par le fait que certaines irrégularités sont considérées comme acceptables par les non professionnels car ils ont moins de connaissance quant à l'alignement dentaire idéal et aucune concernant les impératifs occlusaux.

Les professionnels et non professionnels classent à peu près les cas dans le même ordre d'urgence, il n'y a pas de grande différence.(34) Mais les praticiens ont accumulé des connaissances et expériences qui font qu'ils ont un seuil de détection pour les déviations plus bas qu'une tierce personne. (35)

Il en est de même pour les traitements orthognathiques. En se basant sur des critères faciaux, dentaires et fonctionnels, les chirurgiens maxillofaciaux, plus expérimentés voient un besoin de traitement plus fréquent que les orthodontistes et eux-mêmes que les patients. (36)

Certains auteurs ont cherché à analyser la différence de vision entre le patient le praticien et les parents dans les cas de traitements orthodontiques chez l'enfant : les orthodontistes tolèrent moins bien la déviation des milieux que les parents, qui la tolèrent eux même moins bien que leurs enfants. (88), on note cependant une concordance praticien parent dans 60% lors de malocclusions antérieures donc celles qui touchent le plus à l'esthétique.

Brisman a demandé à un nombre de patients de praticiens et d'étudiants en chirurgie dentaire de classer par ordre de préférence différents sourires. Au niveau de la forme, les trois groupes font les mêmes choix, mais pas au niveau des proportions des dents antérieures maxillaires et du type de symétrie. (23)

Globalement les résultats des patients, des praticiens et des étudiants sont à peu près similaires : les caractères de sourire cités comme les plus esthétiques sont les mêmes, on note des variations simplement au niveau des 2^e et 3^e positions.

On remarque que les étudiants en chirurgie dentaire ont un classement qui est situé entre celui du patient et celui du praticien. Ceci est cohérent car il a la fois des connaissances en dentisterie que le patient n'a pas mais il n'a pas encore l'expérience et le recul d'un vrai praticien. Les étudiants et praticiens ont des attentes plus strictes et plus pointues.

On peut souligner qu'une étude a mis en évidence que le praticien était influencé par le genre du patient : en effet les dentistes étaient plus critiques sur la couleur des dents des garçons que des filles (13)

Comprendre l'opinion du patient est une part très importante du traitement.

Une étude a recueilli la satisfaction des patients après traitement restaurateur antérieur et l'a comparé avec la vision de réussite ou non par 3 dentistes (37). On note une concordance de satisfaction entre 48 et 72% des cas entre le patient et le dentiste. L'accord est principalement retrouvé au niveau de la teinte de la restauration alors que les divergences sont surtout notées sur l'aspect naturel de la dent.

Malgré une concordance en général assez forte, 1/3 des sujets exagèrent leur apparence.(32)

Le degré de satisfaction est plus élevé quand le chirurgien-dentiste considère l'avis du patient. (38)

On trouve dans la littérature une étude (13) qui trouve 93% de concordance entre le chirurgien-dentiste et le patient quant à l'avis sur une dent. Ce résultat semble très élevé, peut être que cela est dû au fait que l'article est ancien (1991), avant que l'engouement pour le blanchiment ait lieu (la couleur étant la principale source de discordance)

Pour conclure, une part égale doit être donnée au désir du patient et aux connaissances/ expériences du dentiste en esthétique, afin de délivrer un résultat efficace et appréciable. Globalement les praticiens sont plus critiques au niveau de la forme des dents et de l'alignement que les patients ais au contraire ils sont moins critiques au niveau de la couleur.

3.2. LE CHANGEMENT PSYCHOLOGIQUE QUE CELA IMPLIQUE CHEZ LE SUJET

3.2.1. Conséquences psychologiques de l'esthétique avant traitement :

3.2.1.1. Au niveau général :

L'attractivité physique peut être résumée a « ce qui est beau est bon ». Quand on voit quelque chose de beau, c'est plaisant, donc il se produit quelque chose d'agréable en nous donc on aura une meilleure réaction.

Les personnes attractives développent des traits de caractères agréables en réponse aux attentions qui leur sont données. Le regard des autres influence la manière dont on agit et en

résultent des changements à long terme. En conséquence, le sujet internalisera souvent la sociabilité comme un trait de caractère le constituant. (39)

On construit l'image de soi en fonction de ce que les autres nous renvoient : plus une personne est jugée comme belle, plus elle sera gratifiée et donc aura une meilleure image d'elle.

Les personnes attractives sont globalement perçues comme ayant des caractéristiques personnelles désirables, un succès social (14), avec une vie plus riche et plus adaptés socialement (40)

Les bénéfices sociaux découlent de leur appartenance aux stéréotypes physiques. Elles sont perçues comme plus intelligentes, mieux qualifiées pour certains travaux, ayant un meilleur salaire, un travail plus prestigieux, un mariage plus heureux. (41)

Des recherches ont mis en évidence que l'attractivité physique joue un rôle sur le bien être psychosocial. Selon des tests psychométriques, les personnes les plus attractives sont les plus populaires, les moins seules, les moins anxieuses socialement (95). Elles ont globalement de meilleures relations sociales. (42)

Quand les personnes attractives voient leur apparence dans le miroir, cela correspond à leur standard, cela leur renvoie une bonne image et les met donc de bonne humeur. Alors que des personnes moins attractives sont déçues et donc ont plus tendance à avoir de mauvais sentiments. Il y a un lien entre la conscience que l'on a de soi et l'interaction sociale.

Cependant on note que les individus les plus aimés pendant leur enfance sont ceux qui ont la plus grande confiance en eux, car leurs défauts sont acceptés et font leur charme.

Pour finir il est à noter que l'importance accordée à l'apparence dépend de la visibilité de la personne. Elle sera plus importante pour les personnes travaillant dans des bureaux publics, la politique et moins importante pour les professeurs.

La vision que chacun a de son corps est dictée par des facteurs socio-culturels et psychogénétiques. Si le patient a une mauvaise image de lui-même, dévalorisante, il aura tendance à avoir recours à une réhabilitation esthétique pour mettre en accord sa morphologie et sa personnalité. Il cherche à augmenter l'estime qu'il a de soit par une revalorisation corporelle.

L'insatisfaction corporelle pousse à la chirurgie esthétique. (43)

3.2.1.2. Au niveau dentaire :

On a déjà prouvé qu'il existe un lien entre la beauté physique globale, et l'attractivité : les gens pensent que les plus beaux sont plus heureux, plus intelligents... (44)

Seulement il existe beaucoup d'études sur le bien-être et l'attractivité en général, mais peu au niveau dentaire. On n'a pas encore pu mettre en évidence que de belles dents jouent un rôle sur l'attractivité physique individuelle. Les personnes avec des défauts dentaires semblent être associées à un handicap social. (99) Il faudrait faire des études afin de voir quels types de défauts sont visés.

Par exemple les soucis de malocclusion sont un défaut de développement mais ce n'est pas douloureux ou gênant. Simplement que cela ne sied pas aux normes sociales. C'est pourquoi beaucoup d'études ont été réalisé en orthodontie pour les traitements chez les enfants, afin de voir l'effet psychosocial de l'esthétique dentaire :

- les enfants avec une occlusion normale apparaissent plus aptes à avoir des amis, ont moins tendance à la bagarre et moins d'agressivité. Par contre aucun lien n'est fait avec l'intelligence. (45)
- les personnes avec les incisives centrales droites sont perçues comme plus sympa, plus populaires et appartenant à la classe sociale supérieure. La position des dents a un lien sur les traits de caractères liés au contact social. (46)
- les personnes avec dents chevauchants et diastèmes paraissent moins belles et a succès que les autres, mais aucun lien sur les capacités sociales n'a été démontré. (39)
- globalement les sujets avec un meilleur sourire sont perçus comme plus sportifs, plus populaires et avec un tempérament de leader. Par contre on n'a pas mis de lien avec la réussite scolaire. (47)

Cela est confirmé par une étude récente de 2014 où les enfants avec de plus belles dents sont perçus comme ayant de meilleures performances sportives, plus meneurs et en meilleure santé.(48)

Chez les enfants, l'apparence dentaire est lieu à des moqueries et donc engendre un effet sur le bien-être. Chez ceux qui ont reçus des moqueries au niveau du visage, cela concerne dans 61% des cas les dents. (49)

On note ailleurs que 44% des parents d'enfants ayant eu un traitement orthodontique ont rapporté que leur enfant avait souffert de moqueries. (50) La présence d'overjet entraine 5.5 plus de chances d'en subir et la présence d'un mauvais alignement 2.4 fois plus de chances. Ces moqueries ont tendance à développer des troubles de l'image du corps chez le sujet dans le futur.

Chez les adultes, les personnes avec un beau sourire sont perçues comme plus amicales, plus populaires, de meilleure classe sociale et plus intelligentes. (45) Les belles personnes sont considérées comme plus qualifiées et fiables et reçoivent souvent un meilleur traitement.

Par exemple les sujets avec des incisives centrales avec une occlusion favorable semblent plus ouverts, communicatifs, que ceux avec un encombrement dentaire, un diastème ou une pro alvéolie.(51)

Les personnes avec des dents peu esthétiques ont un désavantage social, émotionnel et occupationnel.(52) L'apparence dentaire joue un rôle sur l'attractivité faciale. Une difformité faciale est vue tout comme une malposition ou une malocclusion, comme un handicap pour l'accomplissement de certains buts. Les personnes peu attractives sont moins appréciées, surtout quand cela est dû à l'apparence de leurs dents. (53)

En temps normal il a été noté que les personnes les plus attractives ont une meilleure hygiène, au niveau du sport, du sommeil, de l'alimentation.. (54) On sait que pour avoir une hygiène dentaire correcte, il faut une observation rigoureuse et minutieuse dans le miroir. Une personne

ayant une mauvaise image d'elle-même ne supportera pas de se voir dans le miroir le temps du brossage, trois fois par jour, et sera donc plus susceptible d'avoir une hygiène négligée.

Une étude a voulu analyser la corrélation entre le bien être général et le jugement qu'ils ont de leur apparence dentaire (55) : les personnes dépressives ont une auto évaluation plus négative de leur état dentaire (cependant il existe un biais dans l'étude : pas assez de patients dépressifs dans l'échantillon comparé au pourcentage retrouvé en général dans la population)

Pour conclure, le sourire est un élément capital de la communication avec l'autre :

- Pour 62% des français le sourire permet de créer des liens plus facilement avec les autres,
- Pour 60% quelqu'un qui sourit est plus séduisant que quelqu'un qui ne sourit pas
- Pour 44% sourire c'est montrer que l'on est bien dans sa peau et que l'on a confiance en soit
- Et pour 41% quelqu'un qui sourit a plus de chances de trouver du travail que quelqu'un qui ne sourit pas. (12)

3.2.2. Changement psychologique après traitement

3.2.1.3. Au niveau général :

La morphopsychologie est une technique ancienne utilisée pour prévoir le comportement d'autrui. Il est censé y avoir une relation entre l'aspect du visage et les traits de caractères, car celuici conserve d'histoire du personnage.

Cependant il est dur de prévoir la réaction du patient suite à un traitement :

Si le patient est sûr de lui, celui-ci peut avoir un impact sur la séduction, le relationnel, son influence, le pouvoir et la jeunesse.

Par contre certaines transformations du corps peuvent être mal vécues et entrainer des troubles qui se manifestent par de l'angoisse, de l'anxiété, des troubles psychologiques graves. Il est donc important de cerner la justification du désir d'intervention, ainsi que son ancienneté pour en évaluer le bien fondé.

Par exemple de nombreux patients consultent lors de la crise de la quarantaine car ils font un déni de leur processus de vieillesse, et n'acceptent pas la perte de la jeunesse. On note aussi que les parents font faire des traitements orthodontiques à leurs enfants car ils pensent qu'une amélioration de leur apparence stimulera l'acceptation sociale et leur estime de soi.

Il apparait que beaucoup de personnes consultent pour un traitement esthétique pour des raisons psychosociales avec comme première motivation le fait d'avoir un sourire acceptable dans un contexte psycho culturel.

Il est possible de se retrouver face à un patient insatisfait, revendicateur alors que les résultats sont techniquement excellents.

- Soit parce que la relation n'a pas été satisfaisante et n'a pas permis une satisfaction psychologique entière suite à l'intervention
- Soit parce que la demande du patient n'a pas bien été appréciée :

Si la demande était justifiée, on va aider le patient en améliorant son apparence, cela prendra juste un peu plus de temps afin d'arriver à bien cerner ses envies.

Si la demande est injustifiée ou pathologique, on peut fait apparaître un malaise intérieur. Par exemple quelqu'un qui manque d'assurance et qui colle à la mode pour se créer une identité. Le patient n'arrive souvent pas à intégrer psychologiquement sa nouvelle image.

3.2.1.4. Au niveau dentaire

On trouve dans la littérature des exemples de patients insatisfaits à la suite de traitement :

Par exemple un homme de 45 ans qui pense qu'un traitement orthodontique pourra lui rendre sa jeunesse et sa virilité lors de la crise de la quarantaine. Malgré des résultats satisfaisants, le patient n'a jamais cessé de revenir car insatisfait du résultat. (56)

Un autre cas d'étudiant en dentaire avec une béance antérieure, qui souhaite une restauration céramique et une chirurgie orthognatique sauf que le chirurgien maxillo faciale lui dit qu'il n'y a rien à faire que l'opération n'est pas nécessaire. Le patient pense qu'il ne pourra pas réussir ses études s'il n'y a pas un beau sourire parfait et pense qu'il aura plus d'amis et de réussite s'il devient chirurgien-dentiste. (56)

Au niveau dentaire plusieurs études ont été réalisés afin d'évaluer le rôle de certains traitements sur le psychologique :

- Des patients ayant reçu un traitement céramique ont été vus en pré, per et post op a 6 mois. On a pu voir que les traitements jouaient un rôle sur l'estime de soi (57).
- Au niveau des implants, on peut voir que 44% des patients en recevant espèrent augmenter leur confiance en soi et 30% souhaitent améliorer leur apparence. (58)

Après pose d'implant, les attitudes sont significativement meilleures. Cela leur permet de sourire, de parler d'être moins embarrassés, de faire plus d'activité sociales, ils se sentent meilleurs au travail et ils se sentent plus à l'aise pour communiquer avec les autres (58)

- Une étude prospective 15 ans après, a été réalisée auprès de patients qui avaient une malocclusion. On n'a pas pu mettre en évidence de différence de statut social ou autres, mais les personnes n'ayant pas reçu de traitement durant l'enfance ont rapporté avoir subi beaucoup de moqueries et ont une faible appréciation de leurs dents.(59)

- La même étude a été faite sur des patients avec malocclusion mais 20 ans après : ceux qui ont eu un traitement orthodontique sont plus satisfaits de leurs dents, ont une meilleure estime de soi et une meilleure qualité de vie.(60)

La satisfaction d'un patient dépend de sa résilience, des stratégies qu'il adopte.

Certains traits de caractères semblent liés a la satisfaction du traitement : les personnes plus fermés, traditionnelles et classiques, émotionnellement stables ont plus de chances d'être satisfaites suite au traitement (61)

Au niveau des procédures esthétiques générales, les procédures de changement (rhinoplastie) ont plus de conséquences psychologiques que les procédures restauratrices (lifting) (62)

3.3. LES DEMANDES INJUSTIFIEES / PATIENTS AVEC TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

L'apparence physique est un élément important de l'image de soi que l'on a. Elle est de plus la première source d'information que les autres ont, et qui donc guide les interactions sociales.

Certains patients sont très concernés par leur apparence physique : chez quelques patients l'anxiété peut se manifester comme une phobie, une préoccupation exagérée d'un défaut.

L'image de soi est influencée par des facteurs socio culturels, perceptuels et de développement. Il arrive que certains sujets soient incapables d'évaluer correctement la taille, la forme d'une partie de leur corps. Ils ont très souvent été sujets à des moqueries étant enfant sur une partie de leur corps qui les préoccupe maintenant de manière excessive. Ils sont de plus face à des images médiatiques de corps idéalisés et leur écart par rapport à ce corps les complexes.

Ils ont de mauvaises croyances à propos de leur attractivité, une idée de la beauté surestimée et une pensée perfectionniste qui les emmène a une auto évaluation négative et un faible estime de soi. Leur haut degré de perfection explique pourquoi ils font une focalisation excessive et ils souffrent de leur « apparence imparfaite ». On trouve de nombreux troubles psychologiques associés tels que la dépression, la phobie sociale et les désordres alimentaires. (63)

En effet le trouble de l'image de soi est présent dans de nombreux troubles psychiatriques tels que l'hypochondrie, les troubles de conduites alimentaire, la phobie sociale, la schizophrénie.

Les désordres mentaux sont très répandus. Une étude de 2005 réalisée aux Etats Unis sur 9282 sujets conclue que 50% des américains ont déjà souffert ou rencontreront un problème psychologique au cours de leur vie.(64) 1/6 des sujets a déjà eu une comorbidité des 3 syndromes les plus répandus c'est-à-dire la dépression, l'anxiété et les phobies. La demande esthétique est donc souvent liée à la psychologie et aux émotions car le sujet cherche à être désirable et en conformité avec l'idée du beau qu'il s'est créé.

C'est le cas des personnes qui manquent de personnalité et qui cherchent à coller à la mode, ou bien des personnes avec un trouble de l'identité qui montreront une discordance flagrante entre le trouble et la disgrâce rapportée (exagération « je ne peux plus vivre ainsi »). Face à ce type de patient nous seront toujours en échec car le patient ne s'aime pas et ce qui compte c'est l'imaginaire du patient. Il peut devenir revendicateur ou bien évoluer vers une décompensation psychologique : en effet ses espoirs de vie nouvelle et d'amélioration sont déchus et cela entraine souvent une dépression, une désillusion.

Le fait de vouloir améliorer son apparence ou être insatisfait de son corps n'est pas obligatoirement un souci, cela devient un problème quand l'individu développe une préoccupation qui altère son bien-être et sa qualité de vie.

Le patient a une mauvaise intégration de sa nouvelle image, dont la cause peut être une demande initiale qui n'a pas été bien appréciée. Il peut avoir une demande justifiée avec disgrâce réelle, ou bien une demande injustifiée voir pathologique qui fait apparaître un mal intérieur, psychologique.

On doit arriver à différencier une insatisfaction normale/ fonctionnelle d'une insatisfaction anormale comme le Body Dismorphic Disorder. Les préoccupations esthétiques peuvent concerner tout le monde mais souvent cela ne concerne que des défauts mineurs. Il faut arriver à voir quand cela devient pathologique.(61)

Selon Bergeret dans son livre Psychologie Pathologique, on ne doit plus opposer normal et pathologique car souvent on bascule de l'un a l'autre selon des évènements de la vie.(65)

Les psychiatres appellent la demande esthétique pathologique : « la peur d'une dysmorphose» (66)

C'est l'exemple type de Mickael Jackson qui était persuadé de ressembler à Eléphant Man, qui a donc multiplié les opérations de chirurgie esthétique mais n'en a jamais été satisfait. Il a toujours rejeté son apparence et a été en quête d'une nouvelle opération en permanence.

3.3.1. Explication du Body Dismorphic Disorder

Le BDD est un trouble psychiatrique assez méconnu qui est souvent présenté à des acteurs de santé non psychiatres. Les sujets ont peu de symptômes mais sont incapables de vivre, de travailler, de socialiser, ils deviennent un réel challenge pour les professionnels de santé. (67)

Les critères du BDD sont une perturbation de l'estime de soi, un évitement des situations sociales, une grosse tendance au suicide, une tendance à consulter un spécialiste esthétique pour améliorer leur défaut.

Ce trouble appartient au DSM IV (4^e édition du manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux)

F45.2(300.7) Trouble: peur d'une dysmorphie corporelle.

- A. Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée.
- B. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par ex., une anorexie mentale où il existe une insatisfaction concernant les formes et les dimensions du corps).

Figure 3 : Les critère DSM IV du BDD

Les patients ont une préoccupation excessive qui crée une détresse et un handicap social. Les défauts deviennent un problème à partir du moment où leur préoccupation altère le quotidien du sujet, sa vie sociale, amoureuse ou même son travail : c'est donc l'intensité des préoccupations qui est surtout importante.

Les aspects cliniques sont un défaut minime voir inexistant, perçu comme laid, dévastateur et source d'anxiété, de détresse par le patient. Cette préoccupation est rongeuse de temps, dévastatrice cela est difficile à contrôler par le patient. Les patients consultent des spécialistes esthétiques car ils sont persuadés de leurs défauts, ne croient pas les discours extérieurs et ont peu de ressources psychologiques, ils sont souvent délirants. Ils sont convaincus que l'amélioration de leur apparence augmentera leur estime de soi et leur qualité de vie.

Le patient a un comportement répétitif, compulsif pour le rassurer : il vérifie en permanence son aspect dans les miroirs, se camoufle, compare son apparence avec celle des autres. Ils demandent perpétuellement à être rassurés sur leur apparence en consultant des spécialistes (chirurgie, dermatologues)

Le patient s'écarte peu à peu de la société à cause de la peur du jugement des autres.

La plupart du temps ce trouble est associé à d'autres ; dépression majeure, phobie sociale, dépendance ou abus de substances, troubles obsessionnels compulsifs. Souvent ils n'ont pas conscience de leur souci, ou en sous estiment l'intensité et ont honte d'en parler.

Les sujets sont en général concernés par 3 ou 4 éléments. De plus la zone de la focalisation varie selon le moment de la maladie et le patient répond souvent au traitement d'une zone en se focalisant sur une autre.

La face et ses éléments (dents, nez bouche) sont les principales parties pour lesquelles les patients souffrant de BDD consultent. Le désordre psychologique retrouvé n'est pas une phobie, mais plus une obsession, une désillusion. Le patient est plus en état de dépression et donc plus facilement insatisfait.(68)

Il n'y avait pas de d'instrument de diagnostic standardisé à utiliser jusqu'à l'arrivée du DSM IV en 1994. De plus il y a une grande difficulté d'en parler pour les patients (honte plus anxiété sociale) ce qui fait que c'est un trouble difficile à déceler.

Il existe des questionnaires pour aider au diagnostic tels que celui de Veale (69) et celui de Dey (70)

Phillips a développé la BDD Yale Brow Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) pour déterminer la sévérité du BDD, mais le diagnostic doit être confirmé par un psychiatre en accord avec le DSM IV (71)

Au niveau du traitement, il vaut mieux se focaliser sur le handicap et la détresse que cela engendre au quotidien plutôt que d'essayer de raisonner le patient sur l'excessivité de ses préoccupations. La chirurgie correctrice n'est pas une solution, elle change le point de focalisation en général. La thérapie comportementale et le traitement par inhibiteurs de recapture de la sérotonine sont les traitements préconisés de nos jours.

De nombreuses études ont tenté de calculer la prévalence du BDD mais beaucoup ont des limites de méthode (taille de l'échantillon, population étudiante..). Les critères de BDD analysés sont en général la préoccupation de son apparence, le fait d'être convaincu de son manque de beauté malgré l'avis de tiers, des marques de détresse et handicap.

Les BDD en consultation esthétique représentent 6 à 15% de la patientèle, alors que dans la population générale on considère qu'ils sont entre 0.7 à 2.3%. (72)

2510 allemands ont été évalués selon les critères du DSM IV, on note une prévalence de 1.8%. Parmi eux 15% ont consulté en chirurgie esthétique et 31% ont des idées de suicide, alors qu'on en note seulement 3% pour les deux dans la population générale. (73) Une autre étude réalisé en 2006 chez 4502 allemands a trouvé elle aussi 1.7% de prévalence. (74)

Aux états unis, on trouve une prévalence de 2.4% (75). Cela fluctue légèrement d'un pays à l'autre mais on reste dans les même chiffres, qu'en est-il en France ?

En 1996 une étude a trouvé que 46% des BDD avaient consulté pour un traitement esthétique ou dermatologique et que parmi eux 26% ont déjà eu des procédures multiples. (76)

Quelques années plus tard en 2005 nouvelle étude réalisée, 71 à 76% des BDD ont pensé à un traitement et 64 à 66% en ont eu. (77) Les résultats trouvés par Phillips dans son étude sont les même : 72% des BDD analysés de son études, ont pensé à un traitement chirurgical et dermatologique et 58% l'ont reçu.(78)

On peut voir une nette progression due au boom de l'esthétique expliqué dans les parties précédentes. Au niveau de la dentisterie on retrouvera ça surtout au niveau des traitements mini invasifs.

Une étude récente de 2006 a cherché à établir un lien entre les critères de BDD et la motivation à faire un traitement esthétique : parmi les patients qui consultent pour traitement esthétique, 15% ont BDD (79)

Les patients atteints de BDD ont pour 52% le visage pour zone de focalisation. 7% sur les dents et 11% sur les lèvres. (66)

En moyenne les patients consultent 2.4 professionnels en 9.3 visites. (77)

Une étude en 2005 a montré que 29% des chirurgiens plastiques avaient eu des litiges juridiques avec des patients souffrants surement de BDD et que dans 2% des cas il y avait eu des blessés. (80)

On peut citer le cas de Lynn G devant la cour d'appel de New York car la patiente avait fait plusieurs opérations de chirurgie esthétique. La femme s'est plainte en disant qu'elle souffrait de BDD et que le chirurgien avait abusé de son état car elle était incapable de donner son consentement éclairé. Le chirurgien a remporté l'affaire car le BDD a été décelé plus tard.(81)

3.3.2. Importance de l'entretien pré opératoire

Un entretien psychologique préopératoire devrait être réalisé avant chaque traitement, pas seulement pour des raisons médico légales mais aussi pour avoir une idée de la psychologie du patient. Il faut lui poser des questions sur sa motivation, sur ses attentes personnelles et pourquoi ils sont toujours inquiets ou insatisfaits de leur apparence.

L'évaluation psychologique doit faire partie du diagnostic global. On doit être prudent face à un patient qui présente une grosse différence entre les troubles qu'il évoque et la disgrâce réelle.

Pour cela le praticien doit avoir suffisamment de temps pour parler, il doit minimiser le nombre de personnes présentes (être sûr qu'il n'y a pas de chaperon présent). Il doit s'assurer de l'ordre privé de l'échange et du non interruption de la discussion. Le patient doit être mis en confiance et assuré de la confidentialité de l'échange.

Il existe trois groupes: (82)

- Les sujets avec un défaut normal et des attentes raisonnables, dans ce cas-là, l'opération est possible
- Les personnes avec un défaut léger et un comportement irrationnel
- Les sujets sans défaut et avec un comportement irrationnel

Une étude a été récemment réalisée en 2007 sur des patients avant chirurgie esthétique, 32 % présentent des troubles psychiatriques, des névroses telles que le BDD ou état dépressif. C'est pourquoi il est important de faire des analyses psychiques pré opératoires pour cerner les attentes du patient. (83)

Une autre étude intéressante a été réalisée chez des patients en chirurgie esthétique : 7% ont été décelé comme BDD et parmi eux 85% ont été décelés en pré opératoire. Le reste a été sous diagnostiqué et a eu un mauvais retour après chirurgie (insatisfaction directe après opération, se regardent sans cesse dans le miroir et sont préoccupés sans cesse par « l'échec »). Il y a donc vraiment besoin d'approfondir les recherches en consultation pré opératoire. (84)

Hélène Lafargue propose quelques questions ciblées à poser en consultation pré opératoire afin de dépister les patients qui pourraient poser des problèmes :(61)

- Etes-vous satisfaits de votre apparence?
- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez changer dans votre apparence?
- Y a-t-il des choses que vous de faites pas a cause de votre apparence ?
- Avez-vous déjà consulté quelqu'un à ce sujet ?
- Qu'attendez-vous de votre traitement ?

Ces dernières peuvent permettent d'alerter le praticien.

3.3.3. Changement après opération

La plupart des études réalisées ont trouvé peu de bénéfices à la chirurgie pour les personnes atteintes de BDD :

- Les personnes atteintes de BDD n'ont pas changé ou leurs symptômes ont empiré (129)
- Les sujets ne sont pas satisfaits de l'opération et on ne note pas d'amélioration au niveau des préoccupations (85)
- Il existe trois études rétrospectives qui concluent que les traitements mini invasifs et la chirurgie donnent rarement une amélioration des sujets atteints :

Pour 72 à 91% des sujets il n'y a pas de changement et pour 5 à 16% les symptômes ont empiré. (77) (78)

Une étude résume à 97,7% le taux de sujets chez qui il n'y a pas eu de changement voir aggravation après traitement (86)

Il existe trois études prospectives :

Une réalisée sur des sujets en consultation esthétique pour un défaut mineur. Les sujets sont recontactés 5 ans après, la plupart sont satisfaits de leur opération. Par contre au niveau des personnes atteintes de BDD, elles le sont restées et parmi les personnes non atteintes certaines le sont devenues. Il y a changement du point de focalisation dans 70% des cas (87).

Une autre qui conclue que plus le degré de sévérité de BDD est élevé, plus les résultats de l'opération sont négatifs (88), et une dernière qui note que les BDD ont plus tendance a trouver des points négatifs, des complications suite à l'opération (89)

La plupart des études montrent que soigner le BDD par chirurgie n'est pas une bonne chose mais certaines récentes investigations montrent que si le BDD est à un stade léger ou modéré et si ce sont des patients qui reçoivent un type de chirurgie spécifique localisé (comme une rhinoplastie), il peut y avoir des bénéfices à l'opération (90) (91) (92)

Cependant dans ces études on ne sait pas si les patients étaient traités par un moyen médicamenteux en même temps, ce qui pourrait aussi expliquer l'amélioration des symptômes.

La chirurgie sera un succès si les atteintes du patient sont correctes et si le patient semble capable de se satisfaire d'un résultat imparfait. Mais si le défaut est minime ou inexistant et que les préoccupations engendrées sont énormes, le pronostic est faible. Le traitement esthétique sera surement sans effet car l'origine du trouble est psychique, ils focalisent sur le résultat du traitement et souvent déplacent ce point de focalisation une fois l'opération réalisée..

Dans l'étude prospective réalisée par Tignol précédemment citée (87), on note 4/5 des patients satisfaits ce qui est étonnant et en désaccord avec les études de Phillips qui trouvaient 1/3 de satisfaction seulement et celles de Veale qui obtenaient 3.5 patients sur 10 satisfaits.

Peut-être que cela est dû au caractère fluctuant du BDD et au fait que les entretiens post opératoires sont souvent rapides et les chirurgiens n'ont peut-être pas laissé le temps aux sujets de l'étude prospectives d'avouer leur déception (les sujets ont souvent du mal à parler de leur symptômes)

Cette augmentation de la satisfaction permet de comprendre pourquoi certains chirurgiens continuent à opérer. Cependant on voit que cela est inefficace car il maintient le trouble, le handicap l'opération étant irréversible cela réaffirme que la chirurgie constitue une contre-indication.

Les investigations au sujet des effets de la chirurgie sont très limitées à cause de la difficulté de méthodologie et des problèmes d'éthique (on fait dans le cas d'étude prospective une chirurgie chez un patient BDD alors que l'on sait que cela n'a généralement pas de bons effets pour lui).

C'est pourquoi on a surtout des chiffres sur des études rétrospectives et sur des cas cliniques. Le biais des études rétrospectives est qu'elles sont souvent faites dans des centres psychiatriques, où la prévalence des BDD est plus importante et où ceux sont atteints à des stades plus sévères.

De nouvelles investigations sont à faire avec des patients BDD appartenant à la population générale, avec une interview pré op suivie d'une interview post op avec utilisation d'un outil diagnostic standard.

3.3.4. Body Dismorphic Disorder dans la pratique dentaire

Le dentiste doit être attentif aux désordres psychologiques du patient, aux facteurs de vulnérabilité, signaux d'alerte et aux comportements déviants. Certains désordres psychologiques sont clairement identifiables (retard mental, postures étranges) mais cela n'est pas toujours évident. Souvent le patient ne le précise pas car il est gêné d'en parler. Le dentiste n'aborde pas souvent le

sujet, a part se renseigner sur une éventuelle anxiété du dentiste. Ce dernier ne considère souvent que ce n'est pas son travail de faire le statut psychologique du patient et de décider s'il y a une dysfonction.

Bien que le BDD ne soit pas un désordre mental commun, il peut être vu comme une des causes d'insatisfaction du patient au niveau de l'apparence dentaire, de l'asymétrie faciale, des disproportions entre la forme ou la taille des lèvres, des dents...

En écoutant le patient attentivement et en observant le comportement ambivalent, le chirurgien-dentiste peut s'apercevoir que le patient souffre de plus de problèmes qui ceux en rapport avec les dents.

On peut tous se retrouver face à un patient dont le BDD n'aura pas été diagnostiqué et qui sera toujours insatisfait et verra des imperfections. Le patient sera focalisé sur notre travail, souvent agressif et oppressant, menaçant voir procédurier.

Les patients BDD sont un véritable défi pour le dentiste, autant pour son diagnostic que pour sa prise en charge. Il faut poser des questions pour essayer de déceler des critères de BDD, comme demander si le patient a déjà fait un traitement esthétique sur le secteur antérieur, lui demander s'il est satisfait de son dernier traitement. Il faut aussi utiliser les critères du DSM IV comme la préoccupation excessive par un défaut léger ou imaginaire, et si celui-ci cause détresse ou handicap social.

Les personnes ayant des problèmes psychologiques ont souvent un désintérêt pour l'hygiène bucco-dentaire, ou bien une érosion dentaire due à un problème de désordre alimentaire.

Selon Naini et Gill, une des régions les plus concernées par les patients BDD sont la région dentofaciale. 20% des BDD interrogés ont une demande/ préoccupation au niveau des dents. (93)

Ceci est confirmé par Phillips trouve même une préoccupation excessive pour les dents dans 29,9% des cas des BDD, ce qui les classe comme le 5^e élément de préoccupation. (94)

Vulink et Al ont trouvé 10% de patients atteints de BDD parmi ceux qui consultent pour chirurgie orthognatique (95) et une étude récente a conclu que 7.5% des patients qui consultent pour traitement orthodontique sont atteintes ou suspicion de BDD (96)

De Jongh a cherché à mettre en lien les critères de BDD et le fait de consulter pour un traitement esthétique dentaire: (97)

On retrouve parmi cette population 10% de sujets qui regroupent deux des critères de BDD et 4% qui les regroupent tous. Le nombre obtenu est inférieur à ceux trouvés dans la population de dermatologie et chirurgie esthétique. Peut-être que cela est dû au fait que les patients avec BDD voient leur défauts comme énormes et donc curables par chirurgie seulement et non par traitement non invasif. On retrouve un nombre plus important de signes de BDD chez les femmes qui viennent pour un traitement esthétique dentaire.

Le souci de cette étude est qu'elle a été menée dans une clinique esthétique donc il n'est pas possible d'extrapoler les résultats dans la population générale.

Dans une autre étude (79), il a pu mettre en évidence que le fait d'être préoccupé par un défaut de son apparence est un critère qui incite à la consultation esthétique : ils sont 9 fois plus vouloir un blanchiment, 6 fois plus à désirer un traitement et 5 fois plus à être déçus de leur dernier traitement.

Les résultats de l'étude montrent qu'un quart des sujets a déjà fait un ou plusieurs traitements esthétiques. Les procédures cosmétiques prises en compte dans l'étude sont le blanchiment, l'orthodontie, la mise en place de couronne ou facette, la chirurgie maxillaire, mandibulaire ou la combinaison des deux. On ne note pas de différence de genre. Il y a plus d'antécédents de traitements chez les jeunes (moins de 30 ans) et le traitement le plus fréquent est orthodontique, suivi par la mise en place de couronnes.

8% pensent à faire un traitement dans l'année à venir, principalement pour blanchiment, puis pour orthodontie. On peut remarquer que ce sont les traitements qui touchent le plus grand nombre de dents.

Les patients atteints de BDD évalués sont le plus souvent concernés par des défauts minimes tels que la rotation de certaines dents, les espaces inter dentaires, le non alignement du milieu inter incisif, la divergence entre certaines dents... (98)

Le problème est qu'il n'existe pas pour le moment de questionnaire existant spécifique à la dentisterie : on peut utiliser le questionnaire de Veale, le COPS - BDD (Cosmetic Procedures Screening - Body Dismorphic Disorder) aussi proposé aux autres professionnels de santé.(99)

65.5% des patients de dentisterie esthétique considèrent la zone comme pire après traitement, et seuls 21% sont satisfaits après traitement. Si on répond à la demande du patient cela entraine souvent un échec car l'insatisfaction ancre le patient dans sa pathologie. (93)

Donc pour conclure, les patients qui viennent et ont un BDD, ont un comportement particulier : ils ont une détresse pour un défaut mineur, par exemple au niveau de la couleur, de l'alignement, de la taille ou de la forme.. Ils ont des difficultés de fonctionnement à cause de leur obsession : ils cherchent à masquer leurs défauts et ont un caractère excessif.

Les patients sont plus concernés par leur apparence et donc voient plus facilement des petits défauts (restaurations irrégulières, positionnement irrégulier de certaines dents). On note des différences au niveau des antécédents et des procédures dentaires esthétiques. Ils sont plus enclins à réaliser des traitements afin de satisfaire leur désir.

Le problème est que la plupart des dentistes ne se sentent pas prêts à réaliser un traitement chez ces personnes malgré leur expérience. De plus le chirurgien-dentiste est souvent désireux de réaliser un traitement et le patient désire tout ce que le praticien a à offrir.

Il faut donc éduquer les jeunes dentistes et les étudiants à gérer ces patients et apprendre à les diagnostiquer. Ces patients ne seront satisfaits que par la perfection ultime qui n'existe que dans l'esprit de ces patients. Ils considèreront donc toujours le résultat d'un traitement esthétique comme un échec, ils peuvent donc devenir un vrai cauchemar pour le praticien.

On peut citer le cas clinique d'une patiente ayant développé un trouble somatoforme (symptôme n'ayant pas d'origine physique) suite à un traitement dentaire :

Une jeune patiente, divorcée 3 enfants, stressée car n'arrive pas à jongler entre travail et enfant. La patiente doit se faire extraire les DDS complètement cariées. Le jour du rendez-vous, le stomatologue lui extrait les dents. La patiente pensant recevoir de plus grandes informations se sent violée et physiquement déformée : ses mâchoires ne sont, selon elle, plus alignées. Suite à l'extraction elle n'arrive plus à dormir, a des maux de tête, se focalise sur ses mâchoires soi-disant déformées. Elle demande au dentiste de lui remplacer ses dents pour réaligner ses mâchoires, mais le dentiste refuse en lui disant que cela ne changera rien physiquement s'il rajoute des implants. La patiente rentre en dépression, elle consulte un psychologue mais reste persuadée que seuls les implants pourront résoudre son défaut imaginaire. La patiente finie par se suicider. Cela montre à quel point l'état psychologique du patient peut jouer sur l'issu du plan de traitement.

4. LE QUESTIONNAIRE

4.1. BUT DU QUESTIONNAIRE:

Nous avons donc vu qu'il existe peu de données et chiffres au sujet de la demande esthétique générale en France. De plus cette demande peut être difficile à cerner, à comprendre et, par ailleurs, certains patients ont une attente déraisonnable et irraisonnée dont il faut se méfier.

Le but de cette thèse est donc d'essayer de déceler la limite entre une demande esthétique normale et une demande injustifiée ou exagérée, potentiellement pathologique chez les patients consultant pour ce motif.

Dans un premier temps il nous a semblé nécessaire de déterminer la satisfaction globale du point de vue esthétique, puis la satisfaction parmi les différents éléments du visage. Seules deux études (74 et 60) ont analysé ces insatisfactions chez les patients en France.

Après avoir analysé ce paramètre, il fallait trouver un moyen pour cerner les patients à risques. Ceux-ci sont souvent incapables d'évaluer correctement la taille, la forme d'une partie de leur corps.

Nous avons donc créé deux fiches questionnaire similaires, l'une à remplir par le patient, l'autre à remplir par le praticien. Ces deux fiches comprennent les mêmes critères faciaux, avec la même échelle d'évaluation. Une fois remplis les questionnaires sont comparés et analysés. Nous avons cependant vu dans les parties précédentes qu'il existe une forte différence de vision entre le patient et le praticien. Une différence de point de vue n'est donc pas nécessairement signe de patient à risque, mais une trop grande divergence sur plusieurs critères peut être un signal d'alerte.

Si l'on s'en tient à la définition retrouvée du BDD, les patients atteints ont une préoccupation démesurée pour un défaut imaginaire ou léger. Ils sont incapables de juger correctement un trait de leur physique, donc on retrouvera une forte divergence dans l'évaluation des critères faciaux. De plus, il est connu que ces derniers ont souvent consulté de nombreux spécialistes, ou ont déjà pratiqué plusieurs opérations. C'est pourquoi ces deux questions sont posées en fin de questionnaire, afin de cibler les patients éventuellement atteints de BDD.

Le but de ce questionnaire n'est absolument pas de dépister les patients atteints de BDD, mais simplement d'aider le praticien à cerner la demande du patient avant de se lancer dans un plan de traitement très important, long et coûteux. Si une trop grande divergence est remarquée au niveau de l'évaluation des critères ceci est un signal d'alerte. Si le patient a déjà consulté pour d'autres thérapeutiques et d'autres zones de son corps, il peut être judicieux de le rediriger vers un spécialiste c'est-à-dire un psychologue.

ETUDE DEMANDE ESTHETIQUE EN ODONTOLOGIE (patient) Mr / Mme (rayer la mention inutile) (Initiales prénom - nom) Plusieurs réponses sont possibles à chaque question. VEUILLEZ FOURNIR LES INFORMATIONS SUR VOUS-MEME : - Sexe: - Age : - Profession: 1. Trouvez-vous que vos dents sont un sujet : ☐ De première importance ☐ Très important ☐ Important mais sans être une préoccupation majeure 2. Etes-vous satisfait de l'esthétique de ? Non, pas du Peu satisfait Plutôt satisfait Oui, très satisfait tout Votre sourire Vos dents Vos gencives 3. Au niveau des zones qui ne vous satisfont pas, que souhaiteriez-vous améliorer? Visage : ☐ Les lèvres ☐ Les rides d'expression ☐ Autre - Sourire : ☐ La visibilité des dents (trop ou pas assez)

Figure 4 : première partie du questionnaire

☐ Autre

☐ La visibilité des gencives (trop ou pas assez)

+

-	Dents:				
		La teinte			
		La forme			
		La position			
		Remplacer une a plusieurs dents manquantes			
		Remplacer une a plusieurs restaurations anciennes			
		Autre			
-	- Gencives:				
		La couleur			
		Le volume			
		Le contour			
		La hauteur			
	Ш	Autre			
4.	Souhaiteriez-vous réaliser un traitement esthétique ?				
	Si oui :	:			
		Traitement orthodontique			
		Blanchiment			
		Facettes / Couronnes			
5.	Etes-v	ous gêné dans votre vie quotidienne par l'aspect de vos dents ? Hésitez-vous à			
	sourire ?				
		Oui			
		Non			
6.	Avez-v	ous déjà consulté un autre dentiste au sujet du ou des traits qui vous			
	déplai				
		Oui			
		Non			
7.	Avez-v	ous une autre partie de votre corps, à laquelle vous attachez de l'importance			
		vous jugez particulièrement déplaisante ? Si oui, avez-vous déjà consulté un			
	spécia	liste esthétique (chirurgien, dermatologue) ou réalisé une intervention			
	esthét	tique à ce sujet ?			

Figure 5 : Deuxième partie du questionnaire

4.2 LES PROBLEMES RENCONTRES:

La récolte des questionnaires a été assez difficile pour plusieurs raisons.

Pour commencer, ce questionnaire est adressé aux patients venant en consultation pour une demande esthétique. Même si un grand nombre de patients souhaitent améliorer leur esthétique dentaire, peu d'entre eux en font la raison de leur venue au cabinet. Il a donc fallu déposer les questionnaires dans des cabinets plutôt orientés vers ce côté de la dentisterie. Cela limite donc fortement le nombre de praticiens pouvant potentiellement remplir ces questionnaires.

Dans un premier temps nous avons voulu distribuer deux questionnaires : l'un à remplir par le praticien, l'autre à remplir par le patient. Ces deux derniers étaient quasiment identiques et permettaient d'avoir à la fois le point de vue subjectif du patient et le point de vue objectif du praticien que l'on comparait ensuite.

Suite à une brève période d'essai, nous avons pu nous apercevoir que très peu de questionnaires avaient été remplis. En effet le remplissage du questionnaire par le patient une fois installé au fauteuil ainsi que par praticien après que ce dernier ait expliqué l'étude faisait perdre 10 à 15mn : ceci était jugé trop chronophage pour les praticiens, limités dans le temps de leurs consultations. En remplir plusieurs par jour pour obtenir un nombre suffisant de réponses devenait inenvisageable.

De plus, chaque praticien ayant son point de vue, un dentiste ne verra pas forcement de défauts là ou un autre si. Il y avait donc un biais au niveau de l'évaluation « « objective » faite par le praticien car cela fait appel à son sens esthétique et non à des critères physiques quantifiables/mesurables.

Il a donc été décidé de réaliser un questionnaire pour le patient seulement. Cela m'a permis d'en obtenir un plus grand nombre car le patient peut remplir le questionnaire en salle d'attente sans déranger ou faire perdre de temps au praticien. Les secrétaires médicales ont bien été informées de n'en distribuer qu'aux patients venant pour consultation esthétique.

Le point négatif est l'absence de questionnaire praticien, qui ne permet plus de confronter les réponses « objectives » à celles « subjectives » du patient. On ne peut donc plus mettre en évidence les patients potentiellement à risque, avec une évaluation fortement erronée de certains critères physiques.

Cela a tout de même permis d'évaluer plus précisément les insatisfactions retrouvées chez les français au niveau du visage, du sourire, des dents et des gencives. Ce questionnaire est donc au final plutôt un questionnaire d'évaluation de la satisfaction esthétique dentaire. Les deux dernières questions permettent tout de même de mettre le praticien en alerte s'il se retrouve face à un patient insatisfaits sur de nombreux critères et ayant déjà eu recours à d'autres opérations ou ayant déjà consulté plusieurs autres dentistes.

L'ETUDE:

4.2.1. Matériel et méthodes

4.2.1.1. Elaboration du questionnaire

Nous nous sommes grandement inspirés du questionnaire réalisé par une équipe française dans le service de consultation externe d'odontologie de l'hôpital Charles Foix d'Ivry sur Seine. Les résultats obtenus au sujet de la demande esthétique sont publiés dans un article précédemment cité. (8)

En première partie du questionnaire nous avons voulu caractériser le patient en demandant son sexe, son âge et sa profession.

La première question cherche à cibler les personnes ayant de fortes préoccupations, un grand intérêt pour ses dents, ce qui peut suspecter un comportement à risque.

La suite des questions cherche à analyser de manière plus précise quels sont les traits physiques qui sont potentiellement source d'insatisfaction chez le patient. Tout d'abord le niveau de satisfaction est demandé pour différentes zones sous forme de tableau, puis on demande au patient ce qu'il aimerait améliorer au niveau de celles-ci.

La quatrième question cherche à savoir si ces insatisfactions entrainent chez le patient un désir de traitement.

Les 3 dernières questions sont plutôt orientées vers la recherche de critères de BDD, c'est-à-dire le fait d'être préoccupé dans sa vie quotidienne par le défaut, le fait d'avoir consulté d'autres praticiens, le fait d'avoir d'autres zones de focalisation physique.

4.2.1.2. Sélection et variables

L'étude a été réalisée dans 7 cabinets du centre-ville de Bordeaux. Tous étaient plus ou moins tournés vers l'esthétique dentaire.

J'ai de plus, distribué de nombreux questionnaires dans un cabinet à Paris dans lequel j'ai travaillé 6 mois. Celui-ci n'est pas spécialisé en esthétique mais j'ai pu sélectionner les patients moimême. J'ai donc pu être certaine qu'ils présentaient les critères d'inclusion à l'étude.

La distribution a été réalisée d'octobre 2016 à avril 2017, ce qui a permis de récolter 93 questionnaires. Les patients étaient sélectionnés selon 3 critères d'inclusion et un critère d'exclusion.

4.2.1.3. Critères d'inclusion

- Les patients doivent consulter pour une demande esthétique ;
- Ils doivent être majeurs ;
- Ils doivent être francophones;
- Ils ne doivent pas présenter de séquelles d'accidents, pathologies, interventions au niveau oro-facial (présence de cicatrices par exemple).

4.2.1.4. Critères de non inclusion

Les patients qui se présentent au cabinet en urgence car on considère que le caractère de l'urgence ne leur permet pas d'avoir assez de temps pour remplir le questionnaire

4.2.2. Résultats

Nous avons au final recueilli 93 questionnaires.

4.2.2.1. Caractéristiques de la population

- Sex ratio : nous avons calculé le sex ratio de l'échantillon. Pour 93 questionnaires distribués, 59 ont été remplis par des femmes (63.4%). Cela confirme donc ce que l'on retrouve dans la littérature, c'est-à-dire que la demande esthétique est plutôt féminine.
- Tranche d'âge : les patients questionnés ont un âge compris entre 18 et 86 ans. La moyenne d'âge est de 40,3 ans ce qui est un peu plus jeune que ce que l'on trouve dans l'étude du questionnaire d'Evry qui date de 2008. Cela peut être dû à l'intérêt grandissant des jeunes pour l'esthétique grâce aux publicités (comme expliqué dans la première partie).

4.2.2.2. La demande esthétique

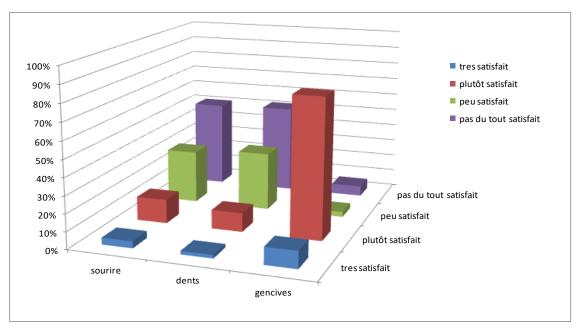


Figure 6 : Histogramme représentatif du pourcentage de satisfaction des éléments du visage

- Degré de satisfaction

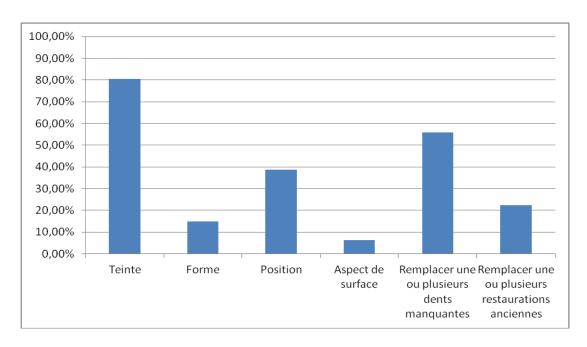
On peut voir que les patients sont globalement insatisfaits : 50.5% ne sont pas du tout satisfaits de leur sourire, 51.6% de leurs dents et près d'un tiers seulement se disent peu satisfaits. Au niveau des gencives par contre le degré de satisfaction est bien meilleur, avec 80.6% de patients plutôt satisfaits.

Environ la moitié des patients considèrent les dents comme un sujet de très grande importance (47%) et très peu les considèrent comme importantes sans être une préoccupation majeure. (16%)

- Modifications souhaitées à travers la demande esthétique des patients :

Au niveau du sourire, c'est la visibilité des dents qui est citée en premier (65,7%). Cela confirme ce qui a été dit précédemment c'est-à-dire que les dents sont l'élément principal pour les patients.

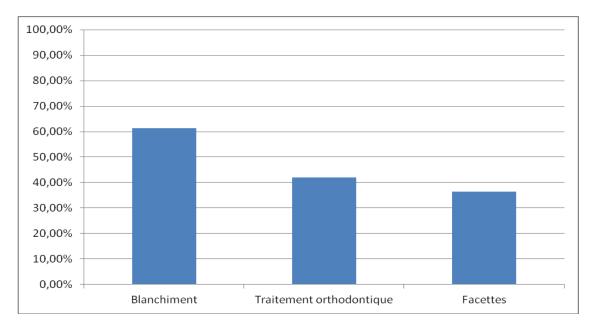
Au niveau des dents, la principale modification souhaitée est au niveau de la teinte (80,6%), puis le remplacement d'une ou plusieurs dents manquantes (55,9%) et enfin la position (38,7%)



<u>Figure 7 :</u> Histogramme représentatif du pourcentage des réponses pour les dents (nota : un même patient peut choisir plusieurs critères).

Pour les gencives, les seules modifications citées concernent le contour (12,9%). On remarque que 87% des patients n'ont rien répondu à cet item.

Pour pallier à ces insatisfactions certains traitements sont proposés : le blanchiment répondant à la principale modification souhaitée (la teinte), il est normal de le voir cité en premier (61,3%). Le traitement orthodontique et les facettes sont ensuite souhaités par plus d'un tiers des patients chacun.



<u>Figure 8 :</u> Histogramme du pourcentage des réponses pour les traitements souhaités (nota : un même patient peut choisir plusieurs critères)

Critères de BDD :

Un tiers des patients se sont déclarés gênés par leurs dents dans la vie quotidienne. Par contre peu ont consulté un autre dentiste au sujet de leur insatisfaction (18,2% seulement).

Concernant la dernière question, 11 patients sur 93 ont répondu avoir une autre zone de leur corps qu'ils jugeaient déplaisante. Ces 11 questionnaires ont été analysés avec plus grande minutie : parmi eux 6 nous ont plus ou moins alertés. Ces derniers présentaient en effet un haut degré d'insatisfaction (réponse peu ou pas du tout satisfait pour les 3 éléments de la question 2) ainsi que de nombreuses modifications souhaitées (au moins 6 critères cochés pour la question 3)

Parmi ces 11 patients, 10 se sont dit gênés dans leur vie quotidienne et 4 avaient déjà consulté un autre dentiste pour ce problème.

4.2.3. Discussion

Il faut rappeler que les patients questionnés viennent en consultation avec une demande esthétique donc le taux d'insatisfaction est forcément plus élevé dans cet échantillon que dans la population générale : cette insatisfaction est justement le but de leur visite. De même que pour l'importance accordée par les patients à leurs dents : plus de la moitié leur accordent une très grand importance mais il ne faut pas oublier que les patients avec une demande esthétique considèrent plus souvent leur dents et y font plus attention que la population générale. Donc ces résultats sont légèrement faussés.

Par contre on peut voir que les sources d'insatisfactions concernent principalement les dents : les modifications citées à la question 3 concernent surtout les dents et pour le sourire c'est « la visibilité des dents » qui est cité en premier. Les questions au sujet des gencives ont rapporté peu de réponses : les patients en font souvent abstraction, comme un manque d'intérêt et semblent en être globalement satisfait. Cela peut être dû au fait que le marketing de la dentisterie est surtout axé au niveau de la blancheur et de l'alignement des dents et non au niveau de la santé parodontale. Les patients ont en général moins d'informations au sujet de l'apparence d'une gencive saine (couleur, aspect) et n'en sont gênés que lors de fortes récessions inesthétiques.

Les principales modifications souhaitées sont celles que l'on retrouve dans la littérature, la teinte, l'alignement et le remplacement des dents manquantes. Ces modifications correspondent aux traitements qui ont connu un essor fulgurant ces dernières années : le blanchiment répondant à la demande de la teinte, l'orthodontie à celle de l'alignement et les implants à celle du remplacement de dents manquantes.

Le blanchiment apparait comme le traitement le plus souhaité : il répond à la demande la plus importante mais il est aussi le plus rapide, le moins invasif ou douloureux ainsi que le moins cher. Cela joue certainement un rôle sur sa forte demande : on fera plus facilement un blanchiment qu'un traitement orthodontique plus long ou des implants..

Un tiers des patients se disent être gênés dans leur vie quotidienne par leurs dents. Le chiffre est plus faible que celui trouvé dans l'étude d'opinionway (11) qui montre que 51% des française ont

déjà évité de sourire dans une situation donnée car ici on pose la question sur une gêne récurrente et non occasionnelle. Cela illustre aussi le fait que les patients ont une demande vraiment esthétique, comme un plaisir qu'ils s'offrent pour avoir un sourire plus agréable et non quelque chose de réellement nécessaire. Cela résume bien les définitions de la dentisterie esthétique que nous avons fait dans la première partie.

Concernant les patients potentiellement à risques, c'est la réunion de plusieurs critères qui peuvent nous alarmer: de nombreuses insatisfactions faciales, de nombreuses modifications souhaitées et une gêne dans la vie quotidienne (voir les critères de BDD cité plus haut). Apres analyse, 6 questionnaires nous ont semblé potentiellement à risque. Comme dit précédemment ce questionnaire ne cherche pas à dépister les patients atteints de BDD mais simplement à alerter le dentiste. Cela représente 6,4% ce qui se rapproche du chiffre de BDD (7,5%) trouvé dans l'étude réalisé chez les patients ayant un traitement orthodontique (96)

Voici un exemple de questionnaire potentiellement à risque : on retrouve un haut degré d'insatisfaction (réponse peu ou pas du tout satisfait pour les 3 éléments de la question 2) ainsi que de nombreuses modifications souhaitées (au moins 6 critères cochés pour la question 3) et une gêne dans la vie quotidienne. La patiente a de plus déjà rencontré un autre dentiste à ce sujet et semble avoir une autre zone de focalisation (cheveux)

Plusieurs réponses sont possibles à chaque question.						
EUILLEZ FOURNI	R LES INFORMATIO	ONS SUR VOUS-ME	ME :			
- Sexe: f	7	f				
- Age: S	Tr MA	oloci	,			
- Profession	I INM	MMM	\wedge			
1. Trouvez-vo	ous que vos dents	sont un suiet :				
	première import					
Trè	s important					
¯Ω Imp	portant mais sans	être une préoccup	ation majeure			
2. Etes-vous	satisfait de l'esthé	itimue de 2				
	Non, pas du tout	Peu satisfait	Plutôt satisfait	Oui, très satisfait		
otre sourire	α			SECURAL		
		 				
Vos dents	1	I	1 1			
	X					
	×	X		7 1		
	×	X				
Vos gencives	des zones qui ne v	A	jue souhaiteriez-vou	saméliorer?		
Vos gencives 3. Au niveau	des zones qui ne v	A	que souhaiteriez-vou	saméliorer?		
Jos gencives 3. Au niveau - Visage :		A	ue souhaiteriez-vou	s améliorer ?		
3. Au niveau	des zones qui ne v	ous satisfont pas, c	ue souhaiteriez-vou	s améliorer ?		
Vos gencives 3. Au niveau Visage:	lèvres rides d'expression	ous satisfont pas, c	ue souhaiteriez-vou	s améliorer ?		
3. Au niveau : Visage : Les Auto	lèvres rides d'expression	ous satisfont pas, c	ue souhaiteriez-vou	s améliorer ?		
/os gencives 3. Au niveau - Visage: Les Les Auto	lèvres rides d'expression re	ous satisfont pas, o		saméliorer?		
3. Au niveau Visage: Les Les Auto	lèvres rides d'expression re isibilité des dents	ous satisfont pas, c		s améliorer ?		

Figure 9 : Première partie d'un questionnaire potentiellement à risque

54

	Dents:
	A La teinte
	NZ La forme
	€ La position
	Remplacer une a plusieurs dents manquantes
	Remplacer une a plusieurs restaurations anciennes
	Autre
	Gencives:
	La couleur
	Le volume
	Le contour
	La hauteur
	□ Autre
4.	Souhaiteriez-vous réaliser un traitement esthétique ?
	Si oui :
	Traitement orthodontique
	Ø Blanchiment
	□ Facettes/Couronnes
5.	Etes-vous gêné dans votre vie quotidienne par l'aspect de vos dents ? Hésitez-vous à
	sourire ?
	Ø≤ Oui
	□ Non
6.	Avez-vous déjà consulté un autre dentiste au sujet du ou des traits qui vous déplaisent ?
	Ox oui
	□ Non
7.	Avez-vous une autre partie de votre corps, à laquelle vous attachez de l'importance et que vous jugez particulièrement déplaisante ? Si cui, avez-vous déjà consulté un spécialiste esthétique (chirurgien, dermatologue) ou réalisé une intervention esthétique à ce sujet ?
	challer almadua

<u>Figure 10:</u> Deuxième partie d'un questionnaire potentiellement à risque

Les questionnaires ayant été remplis de manière anonyme (seules les initiales étaient demandées), et venant de différents cabinets, il n'a pas été possible de retrouver les 6 patients à risque et de contacter les dentistes afin de les mettre en garde. Cependant les questionnaires ayant été analysés plusieurs mois après leur distribution on peut penser que les traitements ont déjà débuté et qu'une alerte auprès du dentiste serait moins utile. Le questionnaire a pour but d'être distribué et analysé en début de traitement par le dentiste donc ce problème ne se poserait pas dans la pratique quotidienne si ce questionnaire était utilisé.

4.2.4. Conclusion

Ce questionnaire a donc permis de mieux analyser l'insatisfaction dentaire et la demande esthétique chez les français. L'absence de questionnaire praticien à comparer avec le questionnaire patient a malheureusement empêché la confrontation entre « le subjectif » patient et « l'objectif » praticien. Cela nous a donc limité pour cerner la limite entre une demande normale et une demande pathologique.

En effet, grâce à cette confrontation, il serait possible d'obtenir des pourcentages de concordance permettant de faire une étude statistique réelle. Un seul questionnaire ne permet donc pas d'évaluer le côté normal ou pathologique de la demande, ni de correctement cibler les patients à risque mais simplement d'alerter le praticien si beaucoup de critères négatifs sont présents dans les réponses du patient. Cela correspond en quelque sorte à un bilan de satisfaction et un résumé de la demande du patient avant de débuter un traitement.

Il est donc essentiel pour le praticien de poser quelques questions en début d'entretien. Il peut s'alerter s'il note une préoccupation, une souffrance ou une attente déraisonnée ainsi que de nombreux antécédents de consultations ou interventions. Souvent, compte tenu de la détresse et de l'insistance des patients, beaucoup de praticiens « craquent » et réalisent le traitement désiré. Mais le chirurgien dentiste reste le maitre d'œuvre, il décide lui même du traitement et ne doit en aucun cas être influencé par le patient.

Si le traitement a lieu, le praticien doit être le conservateur possible au début afin de tester la réaction du patient « à risque ». Il peut commencer les soins en se référant au gradient thérapeutique de Tirlet et Attal.

Si le moindre doute persiste, il vaut mieux adresser le patient à un psychologue spécialisé et ne débuter aucun traitement, car cela risque d'ancrer le patient dans sa maladie et de simplement déplacer les points de focalisation. Le but de chaque professionnel de santé étant de ne pas nuire au patient. L'abstention thérapeutique reste souvent le meilleur choix.

Les soins dentaires a visée esthétique étant très rémunérateurs, il y a un risque que des praticiens ne respectent pas les règles d'éthique médicale mais il ne faut cependant pas généraliser ce comportement car beaucoup de praticiens respectent la détresse de leurs patients.

Par contre de nombreux praticiens sont incapables de détecter un patient avec une demande injustifiée. En effet le trouble du Body Dismorphic Disorder est méconnu des professionnels de santé, il y a une absence de formation initiale à propos de cette pathologie en odontologie. Il serait donc intéressant de présenter cette pathologie lors des études et d'apprendre aux étudiants à déceler les premiers signes d'alerte.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Goldstein RE. Study of need for esthetics in dentistry. J Prosthet Dent. 1 juin 1969;21(6):589-98.
- 2015 ISAPS Results.pdf [Internet].
 Disponible sur: https://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2015%20ISAPS%20Results.pdf
- 3. 2003ASAPSstats.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.surgery.org/sites/default/files/2003stats.pdf

content/uploads/sites/19/2014/05/IDvol90n31p1677-1682.pdf

- Evaluation de la demande esthétique Simon Tirlet Attal information dentaire n31 septembre 2008 [Internet].
 Disponible sur: http://www.idweblogs.com/dentisterie-esthetique/wp-
- 5. La dentisterie esthétique : Pourquoi maintenant ? [Internet].
 Disponible sur: http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/esthetique/la-dentisterie-esthetique-pourquoi-maintenant/
- 6. Qualtrough AJE, Burke FJT. A look at dental esthetics. Quintessence Int. janv 1994;25(1):7-14.
- 7. Paris J-C, Faucher A-J. Le guide esthétique: comment réussir le sourire de vos patients. Quintessence international; 2003. 309 p.
- 8. Tirlet G, Attal JP. Le gradient thérapeutique un concept médical pour les restaurations esthétiques. Information dentaire 2009 ; 91 (41/42) : 2561-2568.
- 9. Sarwer DB, Crerand CE. Body image and cosmetic medical treatments. Body Image. janv 2004;1(1):99-111.
- 10. Gouet & coll. Régéneration esthétique du sourire livre : furet.com [Internet]. [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: http://www.furet.com/regeneration-esthetique-du-sourire-3767037.html
- 11. Swami V, Chamorro-Premuzic T, Bridges S, Furnham A. Acceptance of cosmetic surgery: personality and individual difference predictors. Body Image. janv 2009;6(1):7-13.
- 12. Sourire et santé bucco-dentaire OpinionWay pour l'ADF Octobre 2012 [Internet]. Disponible sur: http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_adf_prpa_presse_papiers_sourire_et_sante_bucco-dentaire_2012.pdf
- 13. Burgersdijk R, Truin G-J, Kalsbeek H, van't Hot M, Mulder J. Objective and subjective need for cosmetic dentistry in the Dutch adult population. Community Dent Oral Epidemiol. 1 avr 1991;19(2):61-3.

- 14. Maghaireh GA, Alzraikat H, Taha NA. Satisfaction with Dental Appearance and Attitude toward improving Dental Esthetics among Patients attending a Dental Teaching Center. J Contemp Dent Pract. janv 2016;17(1):16-21.
- 15. Akarslan ZZ, Sadik B, Erten H, Karabulut E. Dental esthetic satisfaction, received and desired dental treatments for improvement of esthetics. Indian J Dent Res. 1 avr 2009;20(2):195.
- 16. Berschied et al. The happy American body: A survey report [Internet]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?publication_year=1973,+June&pages=119-131&author=E.+Berscheid&author=E.+Walster&author=G.+Bohrnstedt&title=The+happy+American+body:+A+survey+report
- 17. Adult Dental Health 1998 [Internet]. Disponible sur: http://collection.europarchive.org/tna/20080107220102/http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/AdltDentlHlth98_v3.pdf
- 18. Graber LW, Lucker GW. Dental esthetic self-evaluation and satisfaction. Am J Orthod. 1 févr 1980;77(2):163-73.
- 19. McLeod C, Fields HW, Hechter F, Wiltshire W, Rody W, Christensen J. Esthetics and smile characteristics evaluated by laypersons. Angle Orthod. mars 2011;81(2):198-205.
- 20. Wolfart S, Quaas AC, Freitag S, Kropp P, Gerber W-D, Kern M. Subjective and objective perception of upper incisors. J Oral Rehabil. juill 2006;33(7):489-95.
- Liébart MF, Fouque-Deruelle C, Santini A. Smile line and periodontium visibility. Perio. 2004; 1
 (1):17-25. [Internet].
 Disponible sur: http://perio.quintessenz.de/17liebart.pdf
- 22. Lasserre JF. Forme et harmonie de l'incisive centrale. Inf Dent. 2008;(41) : 2469-2474. [Internet]. Disponible sur: http://mimesis-esthetique.com/wp-content/uploads/2015/02/2008_11_26-FP-Lasserre.pdf
- 23. Brisman AS. Esthetics: a comparison of dentists' and patients' concepts. J Am Dent Assoc 1939. mars 1980;100(3):345-52.
- 24. Hue O. Le sourire en prothèse ou l'éloge du sourire. Actualités Odonto-Stomatologiques 2008;242:129-141 [Internet]. Disponible sur: http://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2008/02/aos2008242p129.pdf
- 25. Sarver DM. The importance of incisor positioning in the esthetic smile: the smile arc. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod. août 2001;120(2):98-111.
- 26. Ackerman MB, Ackerman JL. Smile analysis and design in the digital era. J Clin Orthod JCO. avr 2002;36(4):221-36.
- 27. Dunn WJ, Murchison DF, Broome JC. Esthetics: patients' perceptions of dental attractiveness. J Prosthodont Off J Am Coll Prosthodont. sept 1996;5(3):166-71.
- 28. Swami V. Body appreciation, media influence, and weight status predict consideration of cosmetic surgery among female undergraduates. Body Image. sept 2009;6(4):315-7.

- 29. Tortopidis D, Hatzikyriakos A, Kokoti M, Menexes G, Tsiggos N. Evaluation of the Relationship between Subjects' Perception and Professional Assessment of Esthetic Treatment Needs. J Esthet Restor Dent. juin 2007;19(3):154-62.
- 30. Carlsson GE, Wagner IV, Odman P, Ekstrand K, MacEntee M, Marinello C, et al. An international comparative multicenter study of assessment of dental appearance using computer-aided image manipulation. Int J Prosthodont. juin 1998;11(3):246-54.
- 31. Wagner IV, Carlsson GE, Ekstrand K, Odman P, Schneider N. A comparative study of assessment of dental appearance by dentists, dental technicians, and laymen using computer-aided image manipulation. J Esthet Dent. 1996;8(5):199-205.
- 32. Espeland LV, Ivarsson K, Stenvik A, Alstad TA. Perception of malocclusion in 11-year-old children: a comparison between personal and parental awareness. Eur J Orthod. oct 1992;14(5):350-8.
- 33. Espeland LV, odont C, Stenvik A, odont L. Perception of personal dental appearance in young adults: Relationship between occlusion, awareness, and satisfaction. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1 sept 1991;100(3):234-41.
- 34. Ashley M, Lamb DJ, Ellis B. Defects of dental appearance assessed by patient and dental student groups. J Oral Rehabil. 1 déc 2001;28(12):1116-21.
- 35. Shulman JD, Maupome G, Clark DC, Levy SM. Perceptions of desirable tooth color among parents, dentists and children. J Am Dent Assoc 1939. mai 2004;135(5):595-604; quiz 654-655.
- 36. Juggins KJ, Nixon F, Cunningham SJ. Patient- and clinician-perceived need for orthognathic surgery. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod. déc 2005;128(6):697-702.
- 37. Alshiddi IF, BinSaleh SM, Alhawas Y. Patient's Perception on the Esthetic Outcome of Anterior Fixed Prosthetic Treatment. J Contemp Dent Pract. nov 2015;16(11):845-9.
- 38. Goldstein RE, Lancaster JS. Survey of patient attitudes toward current esthetic procedures. J Prosthet Dent. déc 1984;52(6):775-80.
- 39. Kerosuo H, Hausen H, Laine T, Shaw WC. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of young adults in Finland. Eur J Orthod. déc 1995;17(6):505-12.
- Good-looking People Are Not What We Think [Internet]. ResearchGate.
 Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/232517183_Good-looking_People_Are_Not_What_We_Think
- 41. Langlois JH, Kalakanis L, Rubenstein AJ, Larson A, Hallam M, Smoot M. Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. Psychol Bull. mai 2000;126(3):390-423.
- 42. Klages U, Zentner A. Dentofacial Aesthetics and Quality of Life. Semin Orthod. juin 2007;13(2):104-15.
- 43. Sarwer DB, Crerand CE. Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments. Body Image. mars 2008;5(1):50-8.

- 44. Beall AE. Can a New Smile Make You Look More Intelligent and Successful? Dent Clin North Am. avr 2007;51(2):289-97.
- 45. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. Am J Orthod. avr 1981;79(4):399-415.
- 46. Shaw WC, Humphreys S. Influence of children's dentofacial appearance on teacher expectations. Community Dent Oral Epidemiol. déc 1982;10(6):313-9.
- 47. Hunt O, Hepper P, Johnston C, Stevenson M, Burden D. Professional perceptions of the benefits of orthodontic treatment. Eur J Orthod. juin 2001;23(3):315-23.
- 48. Pithon MM, Andrade D, Fernandes I, Mendes J, Nunes K, Michele L, et al. Influence of malocclusion on social perceptions of adolescents at public and private schools. Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. févr 2014;15(1):37-43.
- 49. Shaw WC, Meek SC, Jones DS. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. Br J Orthod. avr 1980;7(2):75-80.
- 50. Kilpeläinen PV, Phillips C, Tulloch JF. Anterior tooth position and motivation for early treatment. Angle Orthod. 1993;63(3):171-4.
- 51. Lombardo L, Berveglieri C, Guarneri MP, Siciliani G. Anterior dental alignment and smile: perception and sensations in a sample of 8- to 10-year-old children and their parents. Orthod Art Pract Dentofac Enhanc. 2011;12(4):366-77.
- 52. Jenny J, Cons NC, Kohout FJ, Jacobsen JR. Relationship between dental aesthetics and attributions of self-confidence, Journal of Dental Research , 1990, vol. 69 pg. 204
- 53. Linn EL. Social meanings of dental appearance. J Health Hum Behav. winter 1966;7(4):289-95.
- 54. Carver CS, Scheier MF. Attention and Self-Regulation: A Control-Theory Approach to Human Behavior / C.S. Carver; et. al. ResearchGate [Internet]. 1 janv 1981

 Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/31632466_Attention_and_Self-Regulation_A_Control-Theory_Approach_to_Human_Behavior_CS_Carver_et_al
- 55. Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D, Veale D, Monzani B. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. Body Image. déc 2016;19:1-8.
- 56. Levinson NA. Psychologic facets of esthetic dental health care: A developmental perspective. J Prosthet Dent. 1 oct 1990;64(4):486-91.
- 57. Davis LG, Ashworth PD, Spriggs LS. Psychological effects of aesthetic dental treatment. J Dent. sept 1998;26(7):547-54.
- 58. Grogono AL, Lancaster DM, Finger IM. Dental implants: A survey of patients' attitudes. J Prosthet Dent. 1 nov 1989;62(5):573-6.
- 59. Helm S, Kreiborg S, Solow B. Psychosocial implications of malocclusion: a 15-year follow-up study in 30-year-old Danes. Am J Orthod. févr 1985;87(2):110-8.

- 60. Shaw WC, Richmond S, Kenealy PM, Kingdon A, Worthington H. A 20-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: psychological outcome. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod. août 2007;132(2):146-57.
- 61. Lafargue H. Le Body Dysmorphic Disorder : une contre-indication aux traitements esthétiques ? Actual Odonto-Stomatol. déc 2010;(252):311-23.
- 62. Dj C, Rj H, Ka P. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing?, Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? Med J Aust Med J Aust. 17 juin 2002;176, 176(12, 12):601, 601-4.
- 63. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Facial attractiveness ratings and perfectionism in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. avr2008;22(3):540-7.
- 64. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. juin 2005;62(6):593-602.
- 65. Bergeret J, Bécache A, Widlöcher D. Psychologie pathologique. Elsevier Masson; 2012.
- 66. Apprendre a diagnostiquer la peur d'une dysmorphose Decharriere Tirlet Attal information dentaire n40 novembre 2005 [Internet].
 Disponible sur: http://www.idweblogs.com/dentisterie-esthetique/wp-content/uploads/sites/19/2014/05/idvol87n40p2523-2527.pdf
- 67. Ka P, Jr DR. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians., Body Dysmorphic Disorder: A Guide for Primary Care Physicians. Prim Care Prim Care. mars 2002;29, 29(1, 1):99, 99-111, vii.
- 68. Feinmann C, Harrison S. Liaison psychiatry and psychology in dentistry. J Psychosom Res. nov 1997;43(5):467-76.
- 69. Dey JK, Ishii M, Phillis M, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii LE. Body Dysmorphic Disorder in a Facial Plastic and Reconstructive Surgery Clinic: Measuring Prevalence, Assessing Comorbidities, and Validating a Feasible Screening Instrument. JAMA Facial Plast Surg. 1 mars 2015;17(2):137-43.
- 70. Veale D, Ellison N, Werner TG, Dodhia R, Serfaty MA, Clarke A. Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 1 avr 2012;65(4):530-2.
- 71. Phillips KA, Hart AS, Menard W. Psychometric Evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS). J Clin Psychiatry. févr 2001;62(2):87-91.
- 72. Castle DJ, Rossell S, Kyrios M. Body dysmorphic disorder. Psychiatr Clin North Am. juin 2006;29(2):521-38.
- 73. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychiatry Res. 30 juin 2010;178(1):171-5.

- 74. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. Psychol Med. juin 2006;36(6):877-85.
- 75. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. CNS Spectr. avr 2008;13(4):316-22.
- 76. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. Br J Psychiatry. 1 août 1996;169(2):196-201.
- 77. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. Psychosomatics. déc 2005;46(6):549-55.
- 78. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics. déc 2001;42(6):504-10.
- 79. De Jongh A, Oosterink FMD, van Rood YR, Aartman IHA. Preoccupation with one's appearance: a motivating factor for cosmetic dental treatment? Br Dent J. 28 juin 2008;204(12):691-5.
- 80. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. World Psychiatry. févr 2004;3(1):12-7.
- 81. Wilson JB, Arpey CJ. Body Dysmorphic Disorder: Suggestions for Detection and Treatment in a Surgical Dermatology Practice. Dermatol Surg. 1 nov 2004;30(11):1391-9.
- 82. Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. Plast Reconstr Surg. mai 2007;119(6):1924-30.
- 83. Hayashi K, Miyachi H, Nakakita N, Akimoto M, Aoyagi K, Miyaoka H, et al. Importance of a psychiatric approach in cosmetic surgery. Aesthet Surg J. juill 2007;27(4):396-401.
- 84. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. Eur Psychiatry. nov 2003;18(7):365-8.
- 85. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. The Psychiatrist. 1 juin 2000;24(6):218-20.
- 86. Surgical and Minimally Invasive Cosmetic Procedures Among Pe...: Annals of Plastic Surgery [Internet]. LWW.

 Disponible sur:

 http://iournals.luny.com/annalsplasticsurgery/Fulltoyt/2010/07000/Surgical_and_Minimally.
 - http://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Fulltext/2010/07000/Surgical_and_Minimally_Invasive_Cosmetic.5.aspx
- 87. Biraben-Gotzamanis L, Aouizerate B, Martin-Guehl C, Grabot D, Tignol J. Body dysmorphic disorder et chirurgie esthétique : réévaluation de 24 sujets ayant un défaut minime de l'apparence 5 ans après leur demande de chirurgie esthétique. Presse Médicale. juill 2009;38(7–8):1062-7.
- 88. Preoperative Symptoms of Body Dysmorphic Disorder Determine...: Plastic and Reconstructive Surgery [Internet]. LWW.

Disponible sur:

http://journals.lww.com/plasreconsurg/Fulltext/2013/04000/Preoperative_Symptoms_of_Bod y_Dysmorphic_Disorder.38.aspx

- 89. Woolley AJ, Perry JD. Body Dysmorphic Disorder: Prevalence and Outcomes in an Oculofacial Plastic Surgery Practice. Am J Ophthalmol. 1 juin 2015;159(6):1058-1064.e1.
- 90. Felix GAA, Brito MJA de, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, et al. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 1 mai 2014;67(5):646-54.
- 91. Veale D, Haro LD, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. Br J Plast Surg. 1 sept 2003;56(6):546-51.
- 92. Veale D, Naismith I, Eshkevari E, Ellison N, Costa A, Robinson D, et al. Psychosexual outcome after labiaplasty: a prospective case-comparison study. Int Urogynecology J. 1 juin 2014;25(6):831-9.
- 93. Naini FB, Gill DS. Body dysmorphic disorder: a growing problem? Prim Dent Care J Fac Gen Dent Pract UK. avr 2008;15(2):62-4.
- 94. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Psychosomatics. août 2005;46(4):317-25.
- 95. Vulink NCC, Sigurdsson V, Kon M, Bruijnzeel-Koomen C a. FM, Westenberg HGM, Denys D. [Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics]. Ned Tijdschr Geneeskd. 14 janv 2006;150(2):97-100.
- 96. Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1 nov 2006;130(5):569-74.
- 97. De Jongh A, Aartman IHA, Parvaneh H, Ilik M. Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample. Community Dent Oral Epidemiol. août 2009;37(4):350-6.
- 98. Chaturvedi, kamathb, prasadc, vishwanath. BDD and the orthodontist [Internet]. virtual journal of orthodontics.

 Disponible sur: http://www.vjo.it/wp-content/uploads/2011/03/BDD.pdf
- 99. Veale D. Cosmetic procedures screening (COPS). J Plast Reconstr Aesthet Surg. déc 2012;65(12):1749-50.



Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,
Date, Signature :
Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,
Date, Signature :
Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,
Date, Signature :

Maude RYMAN, le 28/09/2017

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2017 - n° 70

Discipline: Prothèse dentaire

Demande esthétique en dentisterie : quelle limite entre une demande normale et une demande pathologique ?

Résumé: De nos jours, la demande esthétique en odontologie explose. Les patients, de plus en plus préoccupés par leur apparence, cachent souvent une part psychologique et émotionnelle importante derrière cette demande, qui n'est pas toujours justifiée. Il est important pour les praticiens de repérer ces patients à risque, car cela entraine des traitements inutiles, longs et couteux pour le patient, qui peuvent se terminer en litiges juridiques pour le praticien. En effet, ces patients resteront toujours insatisfaits du résultat, ou déplaceront leur point de focalisation sur une autre zone. Au cours de leur formation, les praticiens sont peu informés sur les moyens pour détecter ce type de patient. Il apparait donc intéressant de tester un questionnaire pour le praticien, qui lui permettrait de cibler rapidement par quelques questions, les patients potentiellement a risque, et ce avant toute prise en charge.

Mots-clés: esthétique – dysmorphophobie – psychologie – insatisfaction - prévention

Cosmetic dentistry: what is the limit between normal and pathologic requests?

<u>Abstract</u>: Nowadays, cosmetic dentistry is explosing. Patients, more and more concerned about their appearance, are often hiding an important psychological and emotional dimension behind their request, which is not always reasoned. It is important for practitioners to identify these high risk patients, because they cause useless, long and expensive treatments, which can result in legal disputes for practitioners. Indeed, these patients will always be unsatisfied with the result, or they will move their point of focus to another body section. During their university education, dentists are relatively poor informed about the means to detect these type of patients. It is interesting to carry out a test, based on few questions, which can help practitioners to quickly detect these patients, before starting the treatment.

Key words: cosmetic -Body Dismorphic Disorder - psychology - dissatisfaction - prevention

Université de Bordeaux - Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

16-20 Cours de la Marne

33082 BORDEAUX CEDEX