

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2015

Thèse n° 2015-TOU3-3025

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Julie GRONDIN

Le 10 Avril 2015

ESTHETIQUE ET RELATION DE SOIN EN
ODONTOLOGIE

Directeur de thèse : Dr Jean-Noel VERGNES

JURY

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Président : | Pr Cathy NABET |
| 1 ^{er} assesseur : | Dr Rémi ESCLASSAN |
| 2 ^e Assesseur : | Dr Jean-Noel VERGNES |
| 3 ^e assesseur : | Dr Paul MONSARRAT |





Faculté de Chirurgie Dentaire

I. DIRECTION

ADMINISTRATEUR PROVISOIRE

Mr Hugues CHAP

ASSESEURS DU DOYEN

- ENSEIGNANTS :

Mr CHAMPION Jean
Mr HAMEL Olivier Mr
POMAR Philippe

- PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme GRIMOUD Anne-Marie

- ÉTUDIANT :

Mr HAURET-CLOS Mathieu

CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard Mr
AUTHER Alain

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme MORICE Marie-Christine

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr LAGARRIGUE Jean □
Mr LODTER Jean-Philippe
Mr PALOUDIER Gérard
Mr SOULET Henri

➔ ÉMÉRITAT

Mme GRÉGOIRE Geneviève
Mr PALOUDIER Gérard

II. PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

Mr VAYSSE

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mr VAYSSE

Mme DARIES, Mr MARTY

Mr DOMINÉ

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme OBACH-DEJEAN, Mme YAN-VERGNES

Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maître de Conférences :

Assistant :

Chargés d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle BARON

Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE

Chef de la sous-section : Mr BARTHET
Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN
Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL
Chargés d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION

Chef de la sous-section : Mr CAMPAN
Professeur d'Université : Mr DURAN
Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY
Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI
Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE)

Chef de la sous-section : Mr KÉMOUN
Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT
Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr KEMOUN, Mr POULET
Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mme PESUDO, Mme SOUBIELLE
Chargés d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Chef de la sous-section : Mr GUIGNES
Maîtres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
Assistants : Mr ARCAUTE, Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DEDIEU, Mme DUEYMES, Mr MICHETTI
Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)

Chef de la sous-section : Mr CHAMPION
Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR
Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS
Assistants : Mr CHABRERON, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO, Mme SELVA
Chargés d'Enseignement : Mr BOGHANIM, Mr DESTRUHAUT, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mr POGÉANT, Mr RAYNALDY, Mr GINESTE

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Chef de la sous-section : Mme JONJOT
Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE
Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR
Assistants : Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT
Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891).

Mise à jour au 1^{er} janvier 2015

*Je remercie et je dédicace cette thèse à toutes les personnes
qui ont contribué et qui participent encore aujourd'hui, de
près ou de loin, à mon épanouissement personnel et
professionnel.*

A ma famille et mes amis, je vous remercie de tout mon cœur. Il n'y aura jamais assez de pages dans cette thèse pour vous exprimer ma reconnaissance.

A toutes celles et ceux qui croient en moi à ma place.

A toutes ces personnes qui ont croisé mon chemin grâce et pendant toute la rédaction de cette thèse. Que ces rencontres aient été positives ou négatives, j'ai eu la chance de vivre des expériences très enrichissantes.

Au Dr VERGNES Jean-Noel : au-delà des remerciements formels, je tenais à dire à quel point je suis contente d'avoir pu réaliser ce travail avec vous. Dès la première fois que nous en avons parlé, vous aviez l'air intéressé et à l'écoute.

Je pense que sans votre aide je n'aurais pas pu rédiger une thèse qui me corresponde autant. Avec toute mon estime, Merci.

Merci au Dr CHABRERON Olivier, de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce cas clinique, d'avoir cru en moi. Je vous suis très reconnaissante pour le partage de votre expérience et les valeurs que vous nous avez inculquées en clinique. Votre enthousiasme et vos qualités humaines m'ont beaucoup touchés.

Je remercie également Jojo-Lita, pour avoir partagé avec moi la passion de son métier, son implication, et de m'avoir autorisé à promouvoir son travail, ses valeurs, dans ma thèse.

A notre présidente du Jury,

Madame le Professeur Cathy NABET

- Professeur des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etudes Approfondies de Santé Publique – Epidémiologie
- Docteur de l'Université Paris XI,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Lauréate de la Faculté de Médecine,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

C'est avec beaucoup d'honneur que nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté la présidence de ce jury.

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance pour votre enseignement et votre accompagnement tout au long de ses années, votre engagement, votre implication dans notre cursus.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Rémi ESCLASSAN

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie),
- D.E.A. d'Anthropobiologie
- Ancien Interne des Hôpitaux,
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et Pharmacie (L1),
- Enseignant-chercheur au Laboratoire d'Anthropologie Moléculaire et Imagerie de Synthèse (AMIS – UMR
5288 – CNRS,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions chaleureusement pour votre enseignement, votre disponibilité, vos encouragements et le partage de votre expérience clinique au cours de ces années. Nous avons été sincèrement touchés par les qualités humaines et professionnelles que vous nous avez inculquées.

Soyez assuré de notre profonde estime et éternelle reconnaissance.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean Noel VERGNES

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'accepter de diriger notre travail.

Vous avez su nous guider, nous encourager avec bienveillance, patience et compétence tout au long de cette rédaction mais aussi pendant notre cursus. Votre ouverture d'esprit, votre écoute et votre gentillesse nous ont beaucoup touchées, et vous avez su nous transmettre cette passion pour votre profession.

Veillez trouver ici l'assurance de notre gratitude et notre respect.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Paul MONSARRAT

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire.
- Master 1 Recherche : Biosanté
- Master 1 Recherche : Méthodes d'Analyse et de Gestion en Santé Publique,
- Master 2 Recherche : mention : Biologie, santé ; spécialité : Physiopathologie,
- Lauréat de la faculté de Médecine Rangueil de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de la faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions de votre présence à notre jury de thèse.

Nous vous sommes reconnaissants pour votre accompagnement durant nos études, votre disponibilité, votre gentillesse mais aussi votre bonne humeur, qui ont contribué à forger notre approche clinique et humaine dans l'exercice de notre profession.

Soyez assuré de notre considération et de notre profond respect.

PLAN

| | |
|---|---------------|
| INTRODUCTION..... | -13- |
| I. THEORIE GENERALE | - 16 - |
| 1 Relation de soin | - 16 - |
| 1.1. Evolution de la relation de soin | - 16 - |
| 1.2. Les différentes relations de soin selon Emanuel & Emanuel | - 18 - |
| 1.2.1. Modèle paternaliste | - 18 - |
| 1.2.2. Modèle informatif | - 19 - |
| 1.2.3. Modèle délibératif | - 21 - |
| 1.2.4. Modèle interprétatif | - 23 - |
| 1.2.5. Discussion et comparaison des quatre modèles. | - 24 - |
| 2. Esthétique | - 26 - |
| 2.1 Médicalisation des soins et évolution de la notion de santé | - 26 - |
| 2.2 Modifications corporelles | - 28 - |
| 2.2.1 Modifications corporelles, entre société et religion. | - 37 - |
| 2.2.2 Modifications corporelles : aspect psychologique | - 38 - |
| 2.3 Cas particulier des piercings intra/ péri-buccaux et des bijoux dentaires | - 39 - |
| 2.4 Esthétique du visage et du sourire | - 44 - |
| 2.4.1 Critères de beauté du visage | - 44 - |
| 2.4.1.1 Les normes artistiques | - 45 - |
| 2.4.1.2 Les normes mathématiques : le nombre d'or | - 45 - |
| 2.4.1.3 Les normes orthodontiques : la céphalométrie | - 46 - |
| 2.4.1.4 La beauté du sourire et de la denture | - 47 - |
| 2.4.2 Critères esthétiques | - 48 - |
| 2.4.2.1 Le parodonte dans le cadre facial | - 48 - |
| 2.4.2.2 Le parodonte dans le cadre labial | - 48 - |
| 2.4.2.3 Relation inter et intra-arcades | - 48 - |
| 2.4.2.4 Classification des sourires (selon Tjan et coll, 1984 [30]) | - 49 - |
| II. ESTHETIQUE BUCCO-DENTAIRE ET RELATION DE SOIN | - 51 - |
| 1. Actes esthétiques et champ d'activité en odontologie | - 52 - |
| 1.1. Injection d'acide hyaluronique | - 52 - |
| 1.2. Eclaircissement | - 55 - |
| 1.3. Facettes et nouveaux concepts esthétiques | - 57 - |
| 1.4. Piercings intra et péri-buccaux | - 60 - |
| 1.4.1. Piercings péri-buccaux | - 61 - |
| 1.4.1.1. Les Lèvres | - 61 - |
| 1.4.1.2. Les joues | - 62 - |
| 1.4.2. Piercings intrabuccaux | - 63 - |
| 1.4.2.1. La langue | - 63 - |
| 1.4.2.2. Freins labiaux et brides fibreuses latérales | - 64 - |
| 1.4.2.3. Frein lingual | - 65 - |
| 1.4.2.4. Lnette | - 65 - |

| | |
|--|---------------|
| 1.4.3. Les différents types de piercings | - 65 - |
| 1.4.4. Les matériaux | - 66 - |
| 1.5. Bijoux dentaires | - 67 - |
| 1.6. Le « Smile lipt » | - 70 - |
| 2 Discussion | - 72 - |
| 2.1 Actes par actes | - 72 - |
| 2.1.1 Injection d'acide hyaluronique | - 72 - |
| 2.1.2 Eclaircissement | - 74 - |
| 2.1.3 Facettes et nouveaux concepts en dentisterie esthétique | - 76 - |
| 2.1.4 Piercings et bijoux dentaires | - 77 - |
| 2.2 Esthétique et approche du patient | - 80 - |
| 2.3 Discussion | - 83 - |
| III. ILLUSTRATION CLINIQUE..... | - 87 - |
| 1. Présentation du cas initial | - 87 - |
| 2. Prises de décision en fonction des types de relation patient-praticien | - 87 - |
| 3. Attelles fibrées et prothèse à base souple: données actuelles | - 89 - |
| 3.1 Attelles fibrées | - 89 - |
| 3.2. Prothèse à base souple : le Valplast © | - 93 - |
| 4. Résultats | - 94 - |
| 4.1 Etapes pré-prothétiques | - 94 - |
| 4.2 Protocole de réalisation | - 96 - |
| CONCLUSION..... | -101- |
| BIBLIOGRAPHIE..... | -103- |

INTRODUCTION

*« Un sourire ne coûte rien et produit beaucoup,
Il enrichit ceux qui le reçoivent sans appauvrir celui qui le donne, [...]*
Car nul n'a autant besoin d'un sourire
Que celui qui ne peut en donner aux autres. »

Raoul Follereau.

La communication avec le patient est un élément capital de l'exercice des professions de santé. L'aptitude de ces professionnels de santé à dialoguer avec leur patient contribue à maintenir cette part d'humanité inhérente à la délivrance des soins et la prise en charge des patients. Il s'agit d'une nécessité d'ordre éthique dans la formation des professionnels de santé. La prise de décision partagée respecte le patient en tant qu'acteur de sa propre santé et lui permet d'avoir un rôle clé dans son traitement, la notion d'autonomie du patient étant mise en avant.

L'odontologie est une science, la chirurgie dentaire est un art, et notre pratique est au carrefour entre les soins et l'apparence, entre réhabilitation fonctionnelle (mastication, phonation) et esthétique. Ces deux facettes ne sont pas contradictoires, mais au contraire, entremêlées pour une prise en charge optimale, complète et personnalisable pour chaque patient.

En tant que praticien, nous avons tous plus ou moins vécu la situation suivante avec un patient :
« Docteur, ne pourrait-on pas tout enlever et faire des couronnes en céramiques partout pour que ce soit bien blanc ? ». Il s'agit d'un exemple reflétant les réalités cliniques de la pratique quotidienne des chirurgiens-dentistes. En effet, les dentistes sont souvent face à des demandes

de patients désireux d'avoir un sourire « normal », c'est-à-dire, selon certains, des dents alignées et blanches, ressemblant à une image couramment véhiculée par les médias. L'essor de la chirurgie esthétique concerne toutes les zones anatomiques superficielles du corps humain, et notamment la sphère buccodentaire. [1]

L'évolution des techniques de dentisterie va de pair avec l'évolution de l'image qu'ont les patients de leur chirurgien-dentiste. Cette évolution culturelle de « l'atout sourire » accompagne la culture de l'image en vogue dans les sociétés industrialisées modernes. Les chirurgiens-dentistes répondent chacun de leur manière à ces demandes esthétiques de plus en plus exigeantes. Certains se spécialisent dans l'élaboration de traitements « esthétiques », d'autres privilégient des paramètres différents, comme la fonction ou la prévention de maladies. La sensibilité personnelle du professionnel est déterminante et oriente sa façon d'appréhender la question de l'esthétique. Les programmes académiques incluent les traitements à visée esthétique, en se référant à des thérapeutiques normatives du sourire, instaurant des protocoles et lignes-guides. Cependant notre rôle de praticien est aussi de continuellement réfléchir à cette normalisation du sourire, qui pourrait tendre à sa standardisation [2].

Ainsi entre esthétique et soin, quelle est la place du chirurgien-dentiste aujourd'hui ? Quelles réflexions éthiques devront nous nous poser en tant que praticien ? Comment répondre à la demande des patients ?

Nous allons tenter de comprendre tout d'abord l'impact de la relation de soin dans la prise en charge du patient au travers des différentes formes de relation patient-praticien décrites par Emanuel & Emanuel dans un célèbre article publié dans le JAMA en 1992 [3]. Puis, à travers la définition de l'esthétisme et de ses différents aspects culturels et sociologiques, nous allons nous intéresser aux actes esthétiques de notre profession, ainsi qu'aux questionnements éthiques qui en découlent. Enfin, en utilisant l'exemple d'un cas clinique, nous allons essayer

de mettre en avant l'impact du type de relation patient-praticien dans l'établissement d'un plan de traitement et sa réalisation

I. Théorie générale

1 Relation de soin

1.1. Evolution de la relation de soin

La relation entre patient et praticien est au cœur de l'éthique médicale, et fait l'objet de nombreux débats. Au fil des décennies, cette relation a beaucoup évolué, en médecine comme en odontologie.

La relation patient-praticien dans le contexte clinique a été, historiquement, classifiée comme « paternalisme bienveillant ». Jusqu'aux années 60, la plupart des codes de l'éthique médicale sont basés sur les principes d'Hippocrate, réduisant les obligations des praticiens en termes de promotion du « bien-être » des patients, sans considérer ceux-ci comme ayant des droits. Les dernières décennies ont vu une évolution majeure au niveau sociétal, entraînant la responsabilisation progressive des individus face à l'autorité du gouvernement et des institutions. Une réflexion autour du droit des patients est lancée, répondant à une demande sociétale.

Cette évolution entraîne le déplacement de l'autorité, concernant la prise de décision, du praticien au patient. Avec l'émergence d'internet, la multitude de sites internet axés sur la santé et toutes les autres sources d'information médicale, de plus en plus de patients se sentent davantage autonomes vis-à-vis de leur santé, utilisant les praticiens comme de simples « consultants ». Cependant cet accès à l'information peut-être aussi utile que dangereux, et aujourd'hui, un équilibre de responsabilité se crée progressivement entre le patient et le praticien à travers la notion de prise de décision partagée. Avec cette notion, les praticiens

gardent l'autorité et les connaissances concernant les questions d'ordre biomédical, et les patients acquièrent peu à peu une responsabilité dans la décision et peuvent faire part de leurs préférences et de leurs valeurs propres. Les praticiens deviennent des experts dans le domaine médical et sur l'état de santé du patient concerné, mais le parcours de soin approprié n'est pas choisi sur ces seules bases. Le choix se fait en fonction des considérations des valeurs personnelles du patient et de ses préférences. Cette équilibration des pouvoirs décisionnels implique de nombreuses questions d'ordre éthique, comme par exemple le droit pour un adulte consentant de refuser une transfusion sanguine vitale par rapport à ses croyances religieuses ou encore le droit d'un patient à refuser la ventilation artificielle pour un arrêt respiratoire réversible et soignable.

Aujourd'hui, nous savons que des patients consentants ont des droits en théorie illimités sur le refus de soins médicaux non désirés, même si le taux de réussite du traitement est optimal et même en cas de question d'ordre vital. Le concept de prise de décision partagée guide la plupart des décisions prises dans un contexte clinique quotidien, lorsque les praticiens présentent aux patients ce qu'ils estiment être des options médicales rationnelles et adéquates. Le praticien aide les patients à intégrer leurs valeurs personnelles et leurs préférences afin de faire le choix le plus adapté entre les faits médicaux et leurs propres valeurs.

En plus du débat engagé à propos des droits des patients à refuser des soins qu'ils ne veulent pas, un désaccord est apparu au sujet du droit des patients à demander des soins aux praticiens, estimés comme médicalement inappropriés. Les chirurgiens-dentistes sont de plus en plus confrontés à ce genre de situation, notamment de par la place importante prise par l'esthétique et l'image du sourire dans la société.

1.2. Les différentes relations de soin selon Emanuel & Emanuel [3]

1.2.1. Modèle paternaliste

Dans le modèle paternaliste, aussi appelé modèle parental, la relation patient-praticien permet au patient de recevoir les interventions et traitements les mieux adaptés pour sa santé et son bien-être. Dans ce but, les praticiens utilisent leurs compétences pour déterminer l'état de santé du patient, le stade d'évolution de la maladie et définissent les tests médicaux et traitements les plus appropriés pour assurer la prise en charge du patient et le soigner, tout en gérant au mieux la douleur. Le praticien énonce au patient des informations restreintes afin de l'encourager à consentir à la solution qu'il estime la plus adaptée. A l'extrême, le praticien peut choisir de façon autoritaire l'intervention sans laisser le choix au patient, entraînant parfois des tensions de l'ordre du refus de soin ou du soin sous condition.

Le modèle paternaliste s'appuie sur le recours à des critères objectifs afin de déterminer la meilleure option. De ce fait, le praticien peut discerner ce qui est dans l'intérêt du patient malgré une participation limitée de sa part. Ce modèle assume le fait que le patient sera reconnaissant des décisions prises par le praticien même s'il n'aurait pas été d'accord au départ. Le modèle paternaliste tend vers la notion de bien-être du patient et est axé sur sa santé, sans laisser de place réelle à la liberté de choix et à la notion d'autonomie.

Dans le modèle paternaliste, le praticien agit comme le « gardien » du patient, en mettant tout en œuvre pour faire ce qu'il y a de mieux pour lui. Le praticien a des obligations, notamment placer l'intérêt du patient avant le sien, sans hésiter à adresser à d'autres praticiens spécialistes quand le cas dépasse le cadre de ses compétences.

Il est largement reconnu que le modèle paternaliste est justifié en cas d'urgence, quand le temps nécessaire à l'obtention du consentement éclairé peut nuire de façon irréversible au patient. En dehors de ces circonstances limitées, il n'est plus concevable que le praticien et le patient aient systématiquement les mêmes valeurs et le même point de vue sur ce qui constitue un bénéfice ou non.

1.2.2. Modèle informatif

Le modèle informatif, aussi appelé modèle scientifique ou consumériste place le praticien dans un rôle de technicien. Dans ce modèle, l'objet de la relation patient-praticien est, pour le praticien, de fournir au patient toutes les informations pertinentes, appropriées, pour lui permettre de choisir l'intervention médicale qu'il préfère. Dans ce but, le praticien informe le patient de son état de santé, du diagnostic établi, des choix thérapeutiques possibles et la balance bénéfice/ risque probable associée à ces interventions. A l'extrême, le patient peut avoir toutes les informations médicales concernant sa maladie, les interventions possibles et choisir seul celle qu'il considère comme la plus adaptée.

Le modèle informatif assume une distinction claire et objective entre les actes et les valeurs. Les valeurs du patient sont bien définies et prises en compte, mais le patient peut manquer d'informations claires sur les alternatives thérapeutiques possibles. Il n'y a aucune place pour les valeurs du praticien et pour son interprétation des valeurs du patient. Dans le modèle informatif, le praticien est un fournisseur d'expertise technique, des moyens disponibles. En tant qu'expert technique, le praticien a pour obligation de fournir des informations claires, concernant ses compétences dans son domaine d'expertise et adresser le patient, si nécessaire,

à d'autres spécialistes quand le cas dépasse le cadre de ses compétences. La notion d'autonomie du patient correspond au contrôle du patient sur le choix des décisions médicales.

Le modèle informatif paraît incomplet, les qualités essentielles recherchées dans une relation de soin patient-praticien ne sont pas remplies. Le praticien informe uniquement de la mise en œuvre des solutions choisies par le patient. Cependant, le praticien informatif manque d'attention concernant l'approche du patient, face à la compréhension des valeurs que le patient a et comment sa maladie agit sur ses valeurs. Dans ce modèle, les patients considèreraient le praticien comme techniquement professionnel mais détaché. Le praticien idéal correspondrait à un praticien hyperspécialisé ayant une connaissance pointue, et fournissant les informations d'ordre biomédical. Puis le praticien idéal mettrait en œuvre de façon compétente l'intervention préférée par le patient. Le modèle informatif perpétue et accentue la tendance à la spécialisation et à la dépersonnalisation au sein de la profession médicale.

La notion d'autonomie du patient dans le modèle informatif n'est pas respectée dans son ensemble. Le modèle informatif présuppose que les personnes possèdent des valeurs connues et invariables, ce qui n'est pas réaliste. Les gens sont souvent incertains concernant ce qu'ils veulent vraiment. De plus, au contraire des animaux, les personnes ont ce que les philosophes appellent des désirs de second ordre, ce qui correspond à la capacité de conceptualiser leurs souhaits et à se remettre en question sur ses propres désirs et préférences. En fait, la liberté de volonté et d'autonomie est inhérente au fait d'avoir des désirs de second ordre, d'être capable de changer de préférences et modifier son identité par une constante remise en question. La réflexion personnelle et la capacité à remettre en question nos désirs requièrent un processus de « délibération morale » dans lequel nous évaluons l'importance et la valeur réelle de ce que nous voulons.

En effet, les réflexions concernant la santé et la mise en œuvre de thérapeutiques alternatives peuvent avoir des effets profonds sur ce que nous désirons et la façon dont nous réalisons ces désirs. La réflexion personnelle et la « délibération morale » n'a que peu de place dans le modèle informatif.

1.2.3. Modèle délibératif

Dans le modèle délibératif, l'objet de la relation patient-praticien est d'aider le patient à déterminer et choisir les valeurs médicales qui lui correspondent le mieux et qui peuvent être concrétisées dans une situation clinique donnée. Dans ce but, le praticien informe le patient sur son état de santé, le diagnostic, et sa situation clinique puis l'aide à définir le type de valeur associé aux différentes options possibles. L'objectif du praticien est d'expliquer au patient en quoi certaines valeurs médicales sont importantes et doivent être mises en avant. A l'extrême, le praticien et le patient s'engage dans un débat à propos de quelles valeurs médicales le patient pourrait et devrait poursuivre en fin de compte. Le praticien ne discute que des valeurs médicales, c'est-à-dire des valeurs qui affectent ou sont affectées par la maladie du patient et son traitement. Le but du praticien est de persuader ; en fin de compte, la contrainte doit être évitée, et le patient doit définir ses valeurs et choisir celles qu'il veut soutenir. Dans l'engagement d'une « délibération morale », le praticien et le patient jugent de l'importance et de la priorité des valeurs médicales.

Dans le modèle délibératif, le praticien agit comme un professeur, ou un ami, encourageant le patient au dialogue, à la discussion sur ce qui serait le mieux. Le praticien oriente le patient sur ce qu'il est possible de faire mais apprend aussi à comprendre le patient sur ses attentes, et l'oriente sur ce qu'il semble le mieux lui correspondre, quelle décision, concernant le traitement

médical, serait appropriée. La notion d'autonomie du patient est basée sur la réflexion personnelle. Le patient est encouragé non seulement à suivre des préférences ou des valeurs mais à considérer, à travers le dialogue, des valeurs médicales ainsi que leur importance et leur implication dans le traitement.

Les oppositions qui peuvent être émises à l'encontre du modèle délibératif posent la question : est-il correct pour des praticiens de juger les valeurs des patients et de promouvoir certaines valeurs propres au milieu médical ? En effet, les praticiens ne possèdent pas de connaissance particulière sur les valeurs individuelles de chaque patient et si elles sont plus importantes que d'autres valeurs. Notre société est basée sur le fait qu'une personne possède un jugement propre et est libre de ses valeurs morales personnelles. Il devient alors probable que les valeurs propres d'un praticien (et donc son point de vue sur la priorité de certaines valeurs) vont différer de celles des patients mais aussi des autres praticiens.

Ainsi, la nature de la délibération entre le praticien et son patient, et les interventions recommandées par le praticien, vont dépendre des valeurs du praticien. Dans ce modèle, la médecine ne devrait pas prendre en compte les valeurs personnelles, c'est-à-dire que les valeurs propres du praticien ne doivent pas influencer les décisions médicales.

Il peut être avancé que le modèle délibératif interprète mal le but même de la relation de soin patient-praticien. Les patients vont voir leur praticien afin de recevoir des soins, et non pour engager des délibérations morales ou pour remettre en question leurs propres valeurs. Ainsi, le modèle délibératif pourrait facilement glisser vers le modèle paternaliste.

1.2.4. Modèle interprétatif

Dans le modèle interprétatif, le but de la relation patient-praticien est de déterminer les valeurs du patient, ce qu'il aimerait, et l'aider à choisir les alternatives thérapeutiques possibles qui restent dans le cadre de ses valeurs. Comme le praticien informatif, le praticien interprétatif fournit au patient toutes les informations sur les alternatives thérapeutiques possibles, ainsi que la balance bénéfice/risque.

Cependant, le praticien interprétatif aide le patient à déterminer ses valeurs, à les interpréter, et définir quelles thérapeutiques correspondraient le mieux.

Selon le modèle interprétatif, le patient ne connaît pas forcément ses attentes. Le patient ne les connaît qu'en partie, sans forcément les comprendre et les définir. Par conséquent, le travail du praticien est de déterminer, définir et rendre cohérent ses valeurs et attentes. Pour ce faire, le praticien travaille avec le patient pour déterminer ses buts et ses aspirations, ses engagements et son caractère. A l'extrême, le praticien doit concevoir la vie du patient comme un tout narratif, et par là même, définir les valeurs du patient et leur priorité. Alors seulement le praticien détermine le parcours de soin le plus approprié à ses valeurs. Le praticien ne dicte pas au patient ce qu'il doit faire, le patient décide de ce qui lui correspond le mieux. Le rôle de praticien est donc d'aider le patient à comprendre et définir ses valeurs afin de les utiliser, les retranscrire, dans un contexte médical. Dans le modèle interprétatif, le praticien est un conseillé, fournissant des informations appropriées, aidant à déterminer les valeurs morales personnelles du patient en suggérant les interventions médicales. Ainsi les obligations du praticien incluent celles du modèle informatif mais aussi requièrent l'engagement du patient dans un processus d'accord mutuel. La notion d'autonomie du patient est basée sur la compréhension de soi ; le

patient en vient à comprendre de façon plus claire ce qu'il veut, ce qu'il attend et comment des options médicales très variées peuvent correspondre à son identité propre.

La spécialisation technique joue contre les praticiens qui cultivent les compétences nécessaires au modèle interprétatif avec des talents d'interprétations limités et du temps limité. Les praticiens vont avoir tendance à imposer, sans le savoir, leurs propres valeurs sous couvert de mettre en avant les valeurs des patients. Et les patients, bouleversés par leur condition de santé et incertains de leur propre point de vue, pourraient accepter facilement cette décision imposée. De telles circonstances poussent le modèle interprétatif vers le modèle paternaliste.

1.2.5. Discussion et comparaison des quatre modèles.

Tous les modèles prennent en compte l'autonomie du patient mais elle est très différente d'un modèle à l'autre. Les quatre modèles ne sont pas exhaustifs. On peut en rajouter un cinquième: le modèle instrumental. Dans ce modèle, les valeurs du patient ne sont pas considérées ; le praticien aspire à un but indépendant du patient, comme par exemple ce qui est le mieux pour la société, à l'échelle collectif, ou encore permettre l'avancée de la connaissance scientifique. Ce modèle ne correspond pas à un idéal mais à une aberration.

Durant les précédentes décennies, un appel à l'autonomie du patient a été fait, notamment concernant le choix du patient et son contrôle/ implication dans les décisions médicales. Cette évolution vers le modèle informatif admet un concept de « business » pour la médecine, les praticiens sont alors décrits comme des pourvoyeurs de soins et acteur de santé ; et les patients comme des consommateurs.

Le droit de refuser un traitement médical est basique et fondamental. Le contrôle de la décision appartient à un patient ayant reçu une information claire et détaillée, ce n'est pas une décision faite par le praticien. Il s'agit d'une décision morale et philosophique, en tant qu'adulte compétent, c'est-à-dire propre au patient.

Depuis 1972, l'accent a été mis sur le consentement éclairé : le praticien a le devoir de fournir toutes les informations au patient concernant son état de santé et les alternatives thérapeutiques possibles et détaillées. Ainsi c'est le rôle du patient et non du praticien, de déterminer la direction dans laquelle ses propres intérêts semblent se tourner. Pour permettre au patient de planifier ses soins de façon logique et intelligible, une compréhension optimale des alternatives thérapeutiques possibles et de leurs dangers devient essentielle.

Malgré sa prédominance, beaucoup ont trouvé le modèle informatif « stérile ». L'idéal de relation de soin ne se situe pas dans l'autorité seule des praticiens, ni dans une prise de décision médicale reposant uniquement sur le patient, mais doit correspondre à un processus de prise de décision partagée construite autour d'une participation mutuelle et sur une notion de respect. Le rôle du praticien est d'aider le patient à comprendre sa situation médicale et la suite de soins possible, le patient transmet alors ses attentes et ses souhaits. Il s'agit d'un processus de collaboration dans lequel les deux parties, praticien et patients, ont un rôle actif et apportent une contribution essentielle. Les praticiens apportent leur expérience, connaissance, et expertise médicale, incluant une compréhension des alternatives thérapeutiques mises à disposition, le diagnostic et la gestion de la condition du patient. Le patient apporte quant à lui la connaissance de ses propres objectifs et attentes, à travers lesquels une évaluation de la balance bénéfice risque de chaque traitement peut être faite. Avec cette approche, la contribution des deux parties est requise pour choisir le meilleur traitement adapté au cas par cas.

2. Esthétique

Le terme esthétique a été créé par un philosophe allemand aux alentours de 1750, à partir du mot grec « Aisthesis » : faculté de percevoir, de sentir. Adopté en France au XIXe siècle, « esthétique » désigne la science du beau et est « relatif au sentiment du beau » (Littré). Par extension il est devenu l'équivalent de « beauté », défini par « beau, harmonieux » (Robert). Esthétique ce qui fait naître une émotion d'un type particulier, un sentiment d'harmonie, de ravissement et de plénitude. [4]

Dans notre société, le statut et l'image du corps a beaucoup évolué. Il est devenu un accessoire, un objet manipulable selon les propres envies de chacun. D'après Russel Banks, dans son roman « Sous le règne de Bone » de 1995 : « un tatouage vous fait ce genre de chose : il vous fait penser à votre corps comme à un costume particulier que vous pouvez mettre ou enlever chaque fois que vous en avez envie ». Cette nouvelle vision du corps a ouvert les portes d'une industrie sans fin, propagée par une médiatisation importante. La chirurgie esthétique, les modifications corporelles, les régimes alimentaires, les cosmétiques et le bodybuilding visent à montrer la pleine possession de son corps, le contrôle, la maîtrise que chaque individu a sur ce corps qu'il peut façonner selon son désir, sa culture et son imagination.

2.1 Médicalisation des soins et évolution de la notion de santé

La médicalisation est le processus par lequel certaines conditions, situations ou données (organiques, psychologiques, sociales ou comportementales) de la vie quotidienne, deviennent des questions médicales, auxquelles médecins et autres professionnels de santé se doivent d'apporter un certain nombre de réponse. Elle correspond indiscutablement à une dynamique

d'extension des compétences et de l'expertise de la médecine. La médicalisation traduit la propension intériorisée à percevoir des maux de société comme relevant du registre des symptômes ou des troubles de la santé. Une relation étroite est créée entre médecine, maladie et société.

De nombreuses thématiques peuvent être répertoriées sous forme d'inventaire précis des préoccupations actuelles des disciplines de l'anthropologie de la médecine, de la sociologie médicale ou de l'éthique biomédicale contemporaine. Ces différentes thématiques sont toutes liées et tournent autour d'une notion de norme sociale comme par exemple : l'obésité, les piercings, la stérilité, l'éducation, le style de vie, la délinquance, les comportements déviants, la pauvreté, la condition humaine, les comportements sexuels etc. Selon Illich [5], la médecine moderne s'accapare le malheur et la souffrance de la société contemporaine et contribue à l'apparition de nouvelles maladies : au niveau clinique avec l'inefficacité et les dangers de la médecine (maladies nosocomiales, erreurs d'interventions ou de diagnostic, faute professionnelle etc.) ; au niveau social, dans un souci de pallier la perte de la capacité d'un individu à s'adapter à son environnement social devenu intolérable ; au niveau culturel, en faisant tendre la modernité vers un idéal de suppression de la douleur, de recul indéfini de la mort, une utopie devenue de plus en plus concrète grâce au développement supposé sans limite du système médical. Il y a renoncement entre le normal et le pathologique, le normal entrant dans le champ de la santé avec la souffrance.

Une catégorie appelée les « non-disease » a été élaborée au fil de deux enquêtes publiées dans le British Medical Journal en 1979 et 2002 [6] [7], dans lesquelles un inventaire des motifs de consultation ne relevant pas strictement de la maladie a été fait. Ces deux listes divergent fortement de par le contexte social très différent. En effet en 1979, moins de 20% des praticiens interrogés pensaient que l'empoisonnement au plomb, l'empoisonnement au monoxyde de carbone, la sénilité, ou la malnutrition étaient des maladies à proprement parler. En 2002, les

statistiques de ce que les médecins considèrent comme « non – diseases » sont : 1. Le vieillissement, 2. Le travail, 3. L'ennui, 4. Les poches sous les yeux, 5. L'ignorance, 6. La calvitie, 7. Les taches de rousseur, 8. La taille des oreilles, 9. Les cheveux blancs ou grisonnants, 10. La laideur, 11. L'accouchement, 12. L'allergie, 13. Le décalage horaire, 14. Le chagrin, 15. La cellulite, 16. La gueule de bois, 17. L'anxiété concernant la taille du pénis, 18. La grossesse, 19. Etre un fou du volant, 20. La solitude. Ces résultats témoignent des inquiétudes de la vie ordinaire s'exprimant chez les patients. Il existe une inadéquation entre la prise en charge des souffrances ordinaires et les missions de la médecine.

2.2 Modifications corporelles

Les modifications corporelles sont des pratiques qui ont traversé les époques, les civilisations et qui ont évolué au fil des siècles. Modifier son corps peut avoir plusieurs significations. De plus, ce comportement peut être associé à un phénomène de groupe, à un phénomène de société ou à un choix personnel.

Le terme de modification corporelle, encore appelé « body art », regroupe tout un ensemble de pratique pouvant aller de la modification éphémère comme le tatouage avec du henné à la modification permanente comme la scarification. Le tatouage et le piercing sont les premières modifications apparues dans l'histoire, mais sont aussi incluses le branding, le burning, le cutting, le peeling, le stretching et les implants sous cutanés.

- Le tatouage est, d'après le Petit Larousse illustré de 2001, « un dessin pratiqué sur le corps au moyen de piqûres qui introduisent sous la peau des colorants indélébiles » (figure 1.). Il vient du mot tahitien « tahtaus » qui signifie marquer, dessiner. « Ta », la racine du mot, renvoie

aux verbes frapper, inciser, et « atoua » signifie « esprit » en Maori. En 1858, la traduction française officielle de « tatau » devient tatouage.



Figure 1. Rick Genest, Mannequin d'origine canadienne chez Thierry Mugler.

- Le piercing, d'après Le Guide des Bonnes Pratiques du Piercing [8], est « une pratique de modification corporelle, à visée esthétique, qui nécessite de transpercer la peau ou les muqueuses [...] à l'aide d'aiguilles ou de cathéters, afin d'y mettre en place de façon durable un objet. Le terme exact utilisé en anglais est « body piercing », ce qui signifie perçage du corps.

- La scarification consiste à effectuer une incision superficielle de la peau (figure 2.), du latin « scarificare » qui signifie inciser. La scarification à but médical date de l'antiquité, mais

devient une pratique répandue du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle lors des saignées superficielles. La scarification sociale a remplacé les tatouages dans les populations d’Afrique de l’Ouest, chez les Aborigènes en Australie et dans les tribus de Nouvelle-Guinée car le tatouage ressort mal sur les couleurs de peau sombres. La scarification est définie par David Le Breton comme « une cicatrice ouvragée pour dessiner un signe creux ou en relief sur la peau avec un éventuel ajout d’encre » [9]. Elle regroupe les techniques de branding, burning, cutting et peeling.

- Le peeling consiste à ôter des surfaces de peau pour réaliser des prouesses artistiques, des dessins plus travaillés (figure 2). On parle de performance. Le but étant de ralentir le phénomène normal de cicatrisation pour garder une trace bien visible sur le corps.



Figure 2. Scarification type peeling.

- A l’origine, le branding est une technique destinée au marquage du bétail comme les vaches ou les chevaux. Autrefois, les esclaves et les criminels condamnés étaient également marqués au fer rouge. Aujourd’hui il s’agit d’un acte volontaire s’inscrivant dans une démarche de

modification corporelle, à visée esthétique ou comme forme de sadomasochisme dans des rapports extrêmes de domination. Il peut être régi par une forte pression sociale. En effet, cette technique est retrouvée dans des rites de passage au sein de gangs de rue, en prison ou dans des fraternités.

- Le burning est l'impression sur la peau d'une brûlure délibérée, qui peut être rehaussée d'encre ou pigment. Elle se diffère du branding par la technique utilisée, ici ce n'est pas un marquage au fer rouge, la démarche est moins primaire, plus artistique.

- Le cutting correspond à une coupure au sang infligée volontairement à l'aide d'un objet tranchant. Une inscription de forme géométrique ou un dessin est réalisée sur la peau.

- L'implant sous cutané est un corps étranger en silicone le plus souvent, titane, téflon ou acier inoxydable chirurgical de type 316 LVM ou 316 L, introduit dans le corps lors d'une intervention chirurgicale à visée esthétique, de forme et de localisation variable, dans une démarche de modification corporelle (figure 3.) .



Figure 3. Portrait de ORLAN (Mireille Porte), célèbre artiste plasticienne française ayant fait du body art, avec notamment des implants sous cutanés frontaux bilatéraux.

- Il existe aussi des implants transdermiques, avec une base en titane traversant la peau, se finissant en un pas de vis au niveau cutané sur lequel on peut visser divers embouts et bijoux.

Il en existe différentes tailles, le plus courant étant le micro-dermal.

- Concernant la cavité buccale, la langue bifide ou « tongue split » est retrouvée. Le principe est de séparer la langue verticalement en deux sur le sillon médian, au niveau du septum lingual, et d'empêcher que les deux parties se ressoudent afin qu'elles soient indépendantes (figure 4.)

. Le but recherché est d'individualiser les deux segments afin que la langue prenne une apparence bifide, caractéristique de celle des serpents. C'est une opération relativement simple (bien que peu courante) qui dure 10 à 30 minutes selon la technique employée, le plus souvent sans anesthésie. Il existe différentes procédures permettant la bifurcation de la langue :

- La chirurgie orale (recensée aux Etats-Unis): faite par un chirurgien au moyen d'un laser, sous anesthésie locale, ce qui permet de séparer la langue en deux, tout en cautérisant. L'opération dure une quinzaine de minute. La cicatrisation se fait en une à deux semaines et est complète à un mois.
- Le stretching : une autre façon d'aboutir au « split » est de passer par un piercing lingual, en utilisant des diamètres progressivement plus important et en coupant ce qu'il reste en deux avec un scalpel. Un ou plusieurs piercings linguaux centrés peuvent être réalisés. Il s'agit d'une méthode progressive mais très longue, elle engendre plusieurs semaines d'inconfort et de gêne intense due aux bijoux aux diamètres de plus en plus conséquents. La déglutition, l'élocution, la mastication sont évidemment affectées durant cette période, et l'hypersalivation est très marquée. En général, les personnes pratiquant cette méthode le font en solitaire. Cette « technique » demande une extrême tolérance à la douleur sur une grande période, mais permet néanmoins la séparation progressive de la langue en deux sur une grande surface.

- La bifurcation au bistouri : la langue est séparée en deux parties par un « professionnel » de la modification corporelle. Pour des raisons évidentes, le saignement est difficile à contrôler. Il est possible de suturer ou de cautériser la plaie au bistouri électrique ou avec un autre instrument de cautérisation. En général, la mise en place d'un piercing de diamètre conséquent en amont est préférée, sur un temps de cicatrisation d'un mois pour assurer une bonne base à la séparation.
- L'utilisation de clamp : cette méthode est plutôt rare mais utilisée, un long clamp est placé sur la langue durant 45 minutes pour compresser la langue et affiner au maximum et réduire le saignement lors de la séparation au bistouri.

La cicatrisation se fait par cautérisation ou suture. La cautérisation est faite de façon « tribale » avec des instruments chauffés à haute température, afin de contrôler le saignement. Le risque d'endommager les tissus adjacents est important et c'est une méthode terriblement douloureuse. La cicatrisation est plutôt aléatoire et souvent asymétrique. La suture permet une cicatrisation plus naturelle des deux parties de la langue, le tissu cicatriciel est moins apparent, elle est donc préférée par la plupart des gens. Des fils non résorbables sont le plus souvent utilisés, retirés 4 à 6 jours en post-opératoire. Des problèmes d'élocution, de mobilité et des lésions nerveuses ont été recensées sur des cas de « tongue split » [10] [11].

Le « tongue split » est réversible, par élimination du tissu cicatriciel, la langue reprend sa forme en plusieurs semaines voire plusieurs mois avec toutefois une cicatrice assez importante. Les seules interventions ayant eu lieu à l'heure actuelle sont dues aux nouvelles normes militaires aux Etats-Unis qui interdisent le « tongue splitting » et forcent les militaires qui s'engagent à faire l'opération contraire. Cette intervention est beaucoup plus douloureuse et le temps de cicatrisation est nettement plus long. Les risques sont plus importants que lors de la séparation, notamment des lésions au niveau moteur qui peuvent entraîner un dysfonctionnement à

l'élocution et autres fonctions de la langue. Les lésions nerveuses sont aussi plus fréquentes que lors de la séparation, il a été recensé des altérations du goût et de la sensibilité.



Figure 4. Eric Sprague, « l'homme lézard »

On peut ici clairement discuter de l'exercice illégal de la médecine pour ce genre d'opération dans le but de modification corporelle. Le vide juridique qui entoure le milieu de la « bod mod » (abréviation de « body modification », modification corporelle) soulève de

nombreuses questions auxquelles le système juridique français n'apporte malheureusement que peu d'éléments de réponse.

La plupart des modifications corporelles actuelles sont des actes d'origine tribale retrouvés à toutes les époques et sur tous les continents. Elles subissent depuis longtemps et encore aujourd'hui une connotation négative mais entraînent un véritable engouement des jeunes et notamment des adolescents. Ces techniques peuvent symboliser une appartenance aussi bien qu'une singularité, et traduisent une forme de quête identitaire.

Certaines disciplines, dérivées de la technique du tatouage et d'apparition relativement récente se font une place dans l'esthétique : le maquillage semi-permanent (figure 5.) et la micropigmentation ou dermopigmentation (figure 6.). La dermopigmentation consiste à déposer dans le derme, c'est-à-dire à deux millimètres sous la surface de la peau, des petites particules colorées. Les pigments utilisés sont des pigments minéraux, aux molécules simples d'un point de vue chimique et tout à fait stables au niveau de la lumière. Ils sont introduits dans le derme, de façon antiseptique, à l'aide d'aiguilles trempées dans le pigment. Cette technique permet de redessiner les sourcils, la ligne des cils (eye-liner), et les contours de la bouche, elle peut servir aussi, dans une démarche de modification corporelle et d'amélioration de l'esthétique à rajouter un grain de beauté factice ou encore des taches de rousseur. L'aérole mammaire, après reconstruction mammaire post chirurgie du cancer du sein, peut être tatouée. La micropigmentation capillaire ou tricopigmentation (figure 7.) permet de camoufler une calvitie ou alopécie. Concernant la pigmentation semi-permanente, elle peut durer entre 3 et 4ans. Cette durée va dépendre de nombreux facteurs qui sont : la qualité du pigment, la couleur choisie, la régénération tissulaire, et l'exposition solaire.

De son nom d'artiste « Jojo-Lita », une artiste tatoueuse toulousaine a fait le choix de se spécialiser en micropigmentation pour élargir ses compétences dans ce milieu, après avoir travaillé 7ans dans des boutiques de tatouage et piercing, cette technique nécessitant beaucoup de minutie et de savoir-faire. Elle a fait des formations en France dans certains salons de tatouage mais surtout en Espagne à Lleida, à la boutique de tatouage « Sun Tattoo » qui lui a appris la technique mais lui a aussi permis de s'exercer pendant 6mois.

Elle travaille en collaboration avec le service de Chirurgie esthétique de Rangueil pour les tatouages d'aéroles mammaires suite à une ablation dans le cadre de chirurgie du cancer du sein, lors de la phase de reconstruction mammaire et après cicatrisation de la pose de prothèse.

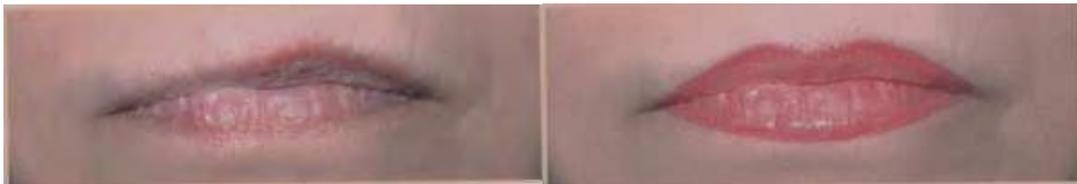


Figure 5. Maquillage semi-permanent réalisé sur une patiente post chirurgie de fente labiale, pour masquer et corriger l'asymétrie.



Figure 6. Technique de micropigmentation réalisée sur un patient afin de masquer une calvitie importante.



Figure 7. Technique de tricopigmentation réalisée sur un patient pour donner l'illusion d'une masse capillaire plus dense.

Il est aussi possible d'atténuer des cicatrices par touches successives (figure 8). C'est un travail de correction et de dissimulation des cicatrices blanches, en plusieurs séances.



Figure 8. Atténuation d'une cicatrice jugale par micropigmentation

2.2.1 Modifications corporelles, entre société et religion.

Pendant longtemps, les modifications corporelles ont été considérées comme des pratiques antisociales, des actes d'automutilation. Une banalisation progressive des modifications corporelles apparait au sein des communautés urbaines et une propagation massive se fait par l'intermédiaire de la médiatisation (dans la mode et le show-business). Elles subissent une véritable explosion aux USA durant les années 1980, notamment dans les milieux

gay et sadomasochistes. Le piercing apparait en France qu'à partir de 1994 avec le premier salon de piercing ouvert sous une franchise américaine.

Les modifications corporelles touchent les deux sexes et toutes les classes sociales. Au-delà d'un phénomène de mode, elles représentent une nouvelle forme d'esthétique.

Sur le plan religieux, la Bible interdit toute intervention sur le corps, l'acceptation de son corps étant une preuve de soumission à dieu. Le Coran n'approuve pas non plus l'altération d'un corps créé par Dieu mais autorise les modifications corporelles dites éphémères tel que le tatouage au henné (pour ses propriétés prophylactiques et thérapeutiques).

De façon générale, les modifications corporelles étaient réservées aux personnes exclues de la société : par exemple durant la période de l'esclavage, notamment aux Etats-Unis, les esclaves étaient marqués au fer rouge du sceau de leur maître. En France, « le code noir » français de 1685 instaurait le marquage au fer, d'une fleur de Lys, comme le châtiment envers les esclaves noirs fugitifs ou coupables de vol ; les mendiants étaient marqués sur le front de la lettre M au XIVème siècle ; les lettres GAL étaient réservées aux navigateurs des galères royales et la lettre V pour les voleurs. L'exclusion est définitive, les personnes marquées perdaient toutes chances de réintégration à la société.

2.2.2 Modifications corporelles : aspect psychologique

Les modifications corporelles permettent de marquer son corps, de se différencier ou s'affirmer en tant qu'individu. La notion de contrôle et de possession de son propre corps est très importante. Les modifications corporelles témoignent d'une recherche d'appartenance, d'esthétisme, d'indépendance et parfois d'affirmation sexuelle. L'acte a bien souvent plus de valeur que la modification elle-même, qui peut avoir ou non une signification profonde. Toutes

les raisons possibles peuvent être énumérées, il en va des valeurs personnelles de la personne, influencée ou non, en quête d'une identité ou dans une démarche d'affirmation de celle-ci. Entre douleur, agression, normalité et pathologie, les modifications du corps viennent interroger le regard de l'autre.

Les modifications corporelles, au même titre que le vieillissement ou les cicatrices, racontent l'histoire du corps. Elles retracent les différentes étapes de la vie, le cheminement suivi pour parvenir à la construction de soi.

La notion de transformation peut intervenir soit pour retrouver les sensations ressenties au moment de l'acte (qui peut devenir une dépendance), soit pour l'esthétisme et la perpétuation de la « métamorphose » du corps.

De nombreux effets sont observés sur l'individu [12]:

- Une narcissisation de l'emplacement de la modification corporelle
- Un changement dans les habitudes de vie, un nouvel apprentissage de vie pour intégrer la modification corporelle à son corps et à sa façon d'être. Par exemple, l'individu devra re-éduquer sa langue, modifier sa façon de parler, de manger, après la pose d'un piercing lingual.
- L'apparition de « tic » : une relation, une connexion s'établit entre la modification et son porteur. Elle est plus souvent marquée pour les piercings.

2.3 Cas particulier des piercings intra/ péri-buccaux et des bijoux dentaires

Différentes cultures se caractérisent depuis des millénaires par l'utilisation traditionnelle et rituelle d'ornementations (et scarifications) bucco-faciales et de bijoux dentaires, notamment en tant que rite de passage à l'âge adulte.

Le piercing est né il y a 10 000 ans, chez les Mursi (tribu éthiopienne) à l'ère du néolithique. Il s'agissait d'insertion de disques d'argiles au niveau des lobes des oreilles chez les hommes et les femmes, et au niveau de la lèvre inférieure chez les femmes (figure 9.). Dès l'âge de dix ans, la lèvre inférieure des jeunes filles était percée et les incisives mandibulaires avulsées avant la perforation afin de placer une cheville en bois comme premier ornement. Chaque année, le trou labial était agrandi par des disques d'argiles de taille croissante. Le plateau final était décoré de gravures et sa taille fixait le prix de la femme à marier.



Figure 9. Membre de la tribu des Mursi en Ethiopie.

Les Mayas aussi utilisaient traditionnellement des ornements dentaires, constitués par des pierres précieuses (comme le lapis-lazuli), et par des plaquettes en or et en ivoire. Plusieurs Auteurs ont décrit et classifié ces mutilations dentaires précolombiennes parfois associées à des incrustations de pierres précieuses ((SAVILLE 1913, BAUDOUIN 1924, BORBOLLA 1940 et 1944, PLENOT 1969, CADOT 1990, TIESLER 1999, VUKOVIC 2009) [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19].



Figure 10 : Ce maxillaire, datant de 204 avant J.C., provient de Teotihuacán, célèbre site archéologique de la vallée de Mexico. Il présente des incrustations dentaires en jade sur les 13, 12, 22, 33 ainsi que 43 (11 et 21 cavités dépourvues de leur pierre précieuse) (DUFOO 2010).

Dans les sociétés occidentales, les dents blanches sont considérées comme esthétiques alors qu'à Bornéo, certaines tribus utilisent une procédure complexe pour colorer leurs dents en noir. Ils obtiennent la coloration noire définitive en laissant agir certaines substances naturelles pendant plusieurs jours. Les populations d'Asie du Sud-Est mâchent couramment du bétel (préparation à base de noix d'arec), entraînant une dyscoloration foncée des dents (figure 10). Dans ces cultures, les dents blanches sont considérées comme un signe d'inculture et d'agressivité. Au Japon du III^e siècle au XIX^e siècle, les femmes fortunées pratiquaient l' « ohaguro » qui signifie littéralement « dents noires », coutume permettant d'obtenir une

coloration foncée des dents à l'aide d'une pâte à base d'oxyde de fer [20] [21]. En Ethiopie, une coloration de la gencive au maxillaire est réalisée avec un mélange de suie et de pétrole lampant, injecté à l'aide d'aiguilles comme des tatouages. Après cicatrisation, la gencive présente une coloration bleu-noir durable [22].



Figure 11. Membre de la tribu Ann de Birmanie, coloration des dents au bétel.



Figure 12. Gencive marginale maxillaire tatouée de 13 à 25 (BROOKS 2007)

Dans certaines cultures, il est aussi d'usage de modifier la forme des dents. Dans différents pays tels que le Congo et le Cameroun, ou encore sur l'île de Bali, les incisives sont taillées en pointe. Il peut s'agir d'un rite de passage à l'âge adulte ou, à Bali, de la condition nécessaire pour conclure un mariage. Le but étant de créer une ressemblance avec des animaux carnassiers, considérée comme symbole de fécondité et marque identitaire d'appartenance à un clan. Il peut y avoir une incisive supérieure partiellement cassée ou absente, due à un accident probable lors du biseautage réalisé au ciseau. Les canines pointues par contre, sont considérées comme signe d'avidité et sont abrasées.



Figure 13. OTA BENGA : Célèbre pygmée (Congo) aux incisives supérieures taillées en pointe, fût exposé au zoo de New York en 1906.

2.4 Esthétique du visage et du sourire

L'Homme vit en société, et la façon dont les autres l'acceptent est liée à l'apparence. L'image que l'on renvoie constitue l'étape initiale de la communication, et l'image que l'on a de soi affecte l'estime de soi et l'adaptabilité relationnelle. [4]

2.4.1 Critères de beauté du visage

Pour la majorité des gens, un visage beau est synonyme de « régulier », « harmonieux », c'est-à-dire conforme aux règles, aux normes.

En effet, on ressent comme « beau » ce qui est conforme à ce qui est le plus habituel dans les relations quotidiennes. La base de jugement de la beauté d'un visage est ce qui est considéré

comme « normalité », quels que soient l'âge, le sexe, la nationalité et les occupations professionnelles, ce qui aboutit à une certaine « uniformisation » des goûts. [4]

« La structure du visage s'apprécie différemment au repos et en mouvement, lorsque la mimique reflétant les mouvements de la vie intérieure fait alterner les expressions de la relation aux autres et du repli vers soi-même » [4]. Toute personne intervenant dans les modifications corporelles devrait rechercher :

- Les éléments de la personnalité du patient, qui ne doivent pas forcément être modifiés ;
- Ce qui est génétiquement déterminé et peut difficilement être modifié ;
- Ce qui devrait ou pourrait être transformé de manière positive.

Toute la subtilité réside dans le fait d'appivoiser progressivement ces notions abstraites d'harmonie et d'équilibre, afin d'établir un « plan d'action » adapté.

2.4.1.1 Les normes artistiques

Les artistes ont établi des règles appelées « canons de beauté » qui indiquent les proportions que doit présenter un corps pour prétendre à la beauté. A travers les générations, ces normes se sont complétées, ont été retouchées et diversifiées selon l'âge et le sexe mais aussi l'origine de l'individu.

2.4.1.2 Les normes mathématiques : le nombre d'or

Le nombre d'or ou « divine proportion » est considéré comme exprimant la proportion la plus agréable à l'œil. Huyghe disait « le nombre d'or dégage à partir de l'analyse sensorielle, la synthèse intellectuelle ». Il a été introduit dans la littérature orthodontique par Ricketts en 1981 [23] [24].

2.4.1.3 Les normes orthodontiques : la céphalométrie

La céphalométrie (mesures effectuées sur une téléradiographie) a permis de très important progrès dans la connaissance des structures céphaliques, leur croissance, et des effets des traitements orthodontiques et chirurgicaux. L'analyse céphalométrique est appliquée au diagnostic orthodontique, elle permet d'établir des relations angulaires précises entre les différentes structures squelettiques. Par exemple, pour l'analyse de Tweed, les valeurs s'appuient sur l'autorité de l'auteur, et non sur un avantage physiologique apporté au patient comme une meilleure fonction ou une moindre tendance à la récurrence. Le but du traitement orthodontique est de s'en rapprocher au maximum, afin d'aboutir à des mesures qui coïncident avec ces valeurs.

Le revêtement cutanéomuqueux, tout en étant influencé par le squelette sous-jacent, ne le suit pas avec fidélité car les tissus mous de la face, plus ou moins musclés, affaissés ou développés, ont leur forme propre. Donner au squelette des valeurs standards n'assure donc pas la beauté du visage. Deux concepts existent, celui de normaliser un squelette en attente d'un résultat esthétique ou celui de modifier un squelette spécifiquement pour améliorer la beauté du visage.

La question soulevée par ces normes céphalométriques est qu'elles ne proposent qu'un idéal esthétique, déterminé à l'aide de la moyenne de la population : comment comprendre l'intérêt esthétique alors que précisément de nombreux individus veulent « sortir de la moyenne » ?

2.4.1.4 La beauté du sourire et de la denture

Le sourire a une importance esthétique majeure. Il allie la beauté faciale et la beauté des dents.

La denture, révélée lors d'un sourire ou d'un rire, lors de l'élocution, d'autant plus apparente que sa couleur tranche avec son environnement cutanéomuqueux, est un élément important de la beauté de la face. La régularité de la denture apparaît à différents niveaux : l'alignement des faces vestibulaires et le modelé des bords incisifs, leur courbure, le niveau gingival. La conjonction entre blancheur et bon alignement est ressentie comme signe de santé. Elle apporte une contribution énorme à l'expression de la face, notamment par le soutien des lèvres, la forme des pointes canines, la taille des incisives, etc.

Une analyse esthétique complète d'un sujet ne devrait pas se contenter d'une photo mais d'un film vidéo, permettant d'appréhender la notion dynamique du visage, des expressions, la visibilité de la denture au moment du rire, du sourire et de l'élocution.

Ruel-Kellerman définit la beauté comme : « ce qui va le mieux à une personne donnée en fonction de son biotype, de sa morphologie, de sa physiologie et de sa personnalité ». [25] [26] [27]

Le sourire est une position dynamique des lèvres qui varie selon le degré de contraction des muscles et le profil des lèvres. En esthétique du sourire, les critères esthétiques se basent sur ce qui existe à l'état naturel et qui est accepté de manière unanime, à un instant donné, dans un contexte de civilisation donné. [28]

2.4.2 Critères esthétiques [28]

Les éléments qui contribuent à l'esthétique du sourire s'inscrivent dans le cadre facial, le cadre labial et dépendent de l'agencement dentaire et gingival.

2.4.2.1 Le parodonte dans le cadre facial

Le sourire est d'abord appréhendé dans le cadre global de la face. Les références horizontales et leur parallélisme priment. La ligne bi pupillaire permet d'évaluer l'axe du rebord incisif, du contour gingival et du maxillaire. Les références verticales comme la ligne sagittale médiane est normalement perpendiculaire aux lignes horizontales et coïncide avec les milieux inter incisifs (dont la verticalité semble plus importante que l'éventuel décalage). Le dessin des lèvres supérieure et inférieure permet d'apprécier le profil qui doit servir de guide à la situation des dents.

2.4.2.2 Le parodonte dans le cadre labial

Les lèvres définissent la zone esthétique du sourire ; leur courbe et leur longueur ont une grande influence sur la qualité des dents exposées au repos et au cours de la fonction.

2.4.2.3 Relation inter et intra-arcades

La dimension, le profil et les relations inter-arcades et intra-arcades des dents vont modeler le sourire.

Au niveau intra-arcade, la ligne médiane est très importante dans le sourire. La ligne inter-incisive maxillaire coïncide avec le frein labial et la ligne sagittale médiane de la face.

L'architecture de la gencive, par sa forme et son contour, influence aussi l'esthétique du sourire. La ligne des collets, déterminée par le niveau de gencive marginale des dents maxillaires, suit la forme de la lèvre supérieure. Selon Caudill & Chiche (1995 [29]), la ligne gingivale est harmonieuse quand :

- Les festons gingivaux des incisives centrales sont symétriques et situés 1 mm apicalement à ceux des incisives latérales (jamais situés apicalement aux festons gingivaux des canines).
- Les festons gingivaux des canines sont au même niveau ou plus apicalement situé que ceux des centrales.

Les papilles inter-dentaires jouent un rôle esthétique majeur, et leur absence, véritables « trous noirs » décrits par les patients, sont un motif fréquent de consultation, et peuvent poser des problèmes de phonation et de rétention salivaire en plus du préjudice esthétique.

2.4.2.4 Classification des sourires (selon Tjan et coll, 1984 [30])

Il existe 3 catégories de sourires :

- La ligne du sourire haute, représentée par un sourire découvrant la totalité de la hauteur coronaire des dents maxillaires antérieures et une bande continue de gencive (figure 14.)
- La ligne du sourire moyenne montre un sourire découvrant de 75 à 100% des dents maxillaires antérieures et seulement la gencive inter proximale (figure 15.).

- La ligne du sourire basse concerne un sourire découvrant moins de 75% des dents maxillaires antérieures (figure 16.).



Figure 14. Ligne de sourire haute, sourire dit « gingival ».



Figure 15. Ligne du sourire moyenne.



Figure 16. Ligne du sourire basse.

Sur le plan épidémiologique:

- 10,6% des jeunes adultes ont une ligne du sourire haute
- 68,9% des jeunes adultes ont une ligne de sourire moyenne
- 20,5% des jeunes adultes ont une ligne du sourire basse.

II. Esthétique bucco-dentaire et relation de soin

Dans notre société, une place très importante est accordée à l'esthétique du sourire, ce qui inscrit de plus en plus notre profession dans un champ esthétique dominant. La notion d'esthétisme intervient dans tous les aspects de notre métier.

De plus, la dentisterie fait face à une population vieillissante qui conserve de plus en plus ses dents naturelles. Les techniques modernes de restauration, combinée à une meilleure prévention et implication du patient dans les soins en chirurgie dentaire, ont permis la

conservation des dents naturelles sur les arcades de plus en plus longtemps. Le sourire montre avec le temps des signes physiques et esthétiques de vieillissement et trahit l'avancée en âge d'une personne ou tout au moins son vécu. Les nouvelles avancées, en termes de matériaux et de technologies, offrent aujourd'hui en dentisterie cosmétique de nombreuses opportunités de prise en charge esthétique. De nouvelles techniques en odontologie conservatrice et en prothèse ont le potentiel de renverser les signes visibles du temps sur le sourire et l'aspect bucco-dentaire.

L'importance de l'esthétique dentaire pour la vie sociale et psychologique de l'individu ne doit pas être sous-estimée et constitue bien souvent le motif principal de consultation. L'aspect des dents intervient de diverses manières dans les échanges sociaux, par le sourire mais aussi simplement lors d'échanges verbaux prolongés qui dévoilent inévitablement les dents. L'impact sur la confiance en soi, le bien-être au quotidien, est non négligeable. On peut également remarquer que cet attrait esthétique du visage et du sourire touche toutes les catégories sociales, et en particulier les personnes en situation précaire, qui vont même jusqu'à considérer l'esthétique comme un critère prioritaire dans leur représentation de la santé bucco-dentaire [31].

1. Actes esthétiques et champ d'activité en odontologie

1.1. Injection d'acide hyaluronique

La médecine esthétique est en progrès constant. Aujourd'hui tous les types de rides peuvent être traités sans chirurgie, uniquement au moyen d'injections localisées de produits spécifiques, eux-mêmes en constante évolution. L'indication majeure des injections d'acide hyaluronique se situe dans les rides dites « statiques », résultat d'un vieillissement cutané

(contrairement aux rides d'expression liées à la contraction de certains muscles de la face), entraînant une modification de la composition du derme en profondeur.

L'acide hyaluronique est un produit synthétique utilisé en médecine esthétique depuis quelques années comme produit de comblement des rides, en remplacement du collagène (de par ses propriétés moins allergènes). Il possède un caractère résorbable (entre 9 à 15 mois), le rendant plus sûr à l'emploi car les résultats s'estompent au fil du temps. Naturellement présent dans l'organisme (donc biocompatible), sa quantité et sa qualité baisse au fil du temps (une perte de 50% environ entre 40 et 50 ans). L'acide hyaluronique va redonner l'aspect « lisse » et « rebondi » de la peau en maintenant une hydratation de celle-ci, une certaine élasticité et fermeté, ainsi qu'une légère expansion de volume permettant le comblement des imperfections dues aux rides [31] [32].

L'article L. 4141- 1 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi du 9 août 2004, stipule que « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants [...] ». L'expression « tissus attenants » a été rajoutée en 2004 dans un souci de conformité du Code de la Santé Publique avec les directives européennes. En effet, la définition française de la capacité professionnelle des chirurgiens-dentistes était contraire à celle donnée par l'Union Européenne. Notamment, dans deux directives : la directive 78/687/CEE mais surtout la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, disposent que : « [...] les Etats membres veillent à ce que les praticiens de l'art dentaire soient habilités d'une manière générale à accéder aux activités de prévention, de diagnostic et de traitement concernant les anomalies et maladies des dents, de la bouche, des mâchoires et des tissus attenants, [...] ».

Les termes intra et extra-buccal sont juridiquement flous et n'apparaissent pas dans l'article L. 4141- 1 du Code de la Santé Publique. La limitation à « l'intra-buccal » est contraire à l'article L. 4141- 1 du Code de la Santé Publique et à la législation européenne.

Le champ d'action en odontologie limite donc les injections d'acide hyaluronique dans les zones anatomiques voisines de la bouche (lèvres, joues, menton et sillon naso-géniens notamment), c'est-à-dire concernant le tiers inférieur du visage (figure 17).



Figure 17. Acide Hyaluronique : Champ d'action en odontologie. (Schéma du Dr BENICHOU Bernard)

1.2. Eclaircissement

Les concepts actuels de dentisterie restauratrice évoluent vers le rétablissement de l'intégrité de l'organe dentaire dans une optique conservatrice, par l'utilisation de matériaux modernes mais encore par la restitution de leur aspect naturel (en cela, la vision occidentale moderne de la dentisterie est de type naturaliste, puisque ce qui est beau est ce qui est naturel). L'aspect naturel et esthétique d'une dent est déterminé par sa morphologie, sa position par rapport aux dents adjacentes et aux tissus environnants, mais aussi par sa teinte. Afin d'entreprendre un éclaircissement approprié, la démarche diagnostique doit s'appuyer sur une bonne analyse de la teinte de la dent et par l'étiologie de la dyschromie. [33]

Il existe deux types de dyschromies :

- Les dyschromies extrinsèques : colorations superficielles d'origines diverses qui n'intéressent pas la structure chimique de l'organe de l'émail (tabac, café, thé, tartre, certains médicaments, certains colorants alimentaires, etc.)
- Les dyschromies intrinsèques : colorations incluses dans l'épaisseur de l'émail et de la dentine (d'origine génétique, congénitale, conséquences de maladies ou thérapeutiques pré-, néo-, post-natales), colorations par incorporation de matériels chromogéniques au sein du complexe amélodentinaire au cours ou après l'odontogenèse, ou encore d'origine carieuse, par nécrose pulpaire, ou par conséquences de traitements endodontiques ou des restaurations mise en œuvre (amalgame).

L'éclaircissement consiste à choisir entre deux types de techniques : une technique immédiate au fauteuil et une technique ambulatoire (agent éclaircissant appliqué par le patient lui-même à l'aide d'une gouttière souple). Les agents éclaircissants et la technique varient en fonction de la vitalité des dents à traiter.

Plusieurs agents éclaircissants peuvent être utilisés :

- Le peroxyde d'hydrogène : utilisé uniquement par les chirurgiens-dentistes pour des concentrations allant de 0,1 à 6% et en vente libre pour les concentrations inférieures à 0,1%.
- Le peroxyde de carbamide : les concentrations de 10 à 15% et 20% sont utilisées en ambulatoire, 30% uniquement au fauteuil (correspond à une concentration en peroxyde d'hydrogène à 3%).
- Le perborate de sodium.

De nombreux adjuvants et activateurs des agents éclaircissants peuvent être utilisés. Les adjuvants interviennent pour augmenter l'efficacité des produits. Les agents épaississants, maintiennent plus longtemps le gel au contact des structures dentaires et permettent une libération progressive des agents oxydants. L'urée stabilise le peroxyde d'hydrogène, élève le pH et possède un effet anticariogène. Le nitrate de potassium diminue les sensibilités, et les agents stabilisants (acide citrique, citroxaïne ou acide phosphorique) augmentent la durée d'utilisation des produits d'éclaircissement. Les activateurs sont des catalyseurs qui potentialisent la réaction, le plus souvent des sources de chaleur ou de lumière (lampe à photopolymériser, lampe à infrarouges, lampe à ultraviolets, etc.).

D'autres facteurs influencent l'action des agents éclaircissants :

- La concentration des principes actifs,
- La température,
- La lumière,
- Le mode de conservation : le soluté est instable et nécessite un renouvellement régulier.

Il doit être conservé en milieu réfrigéré à l'abri de l'air.

La microabrasion est une technique complémentaire des techniques d'éclaircissement, et est principalement utilisée dans le cas de fluorose légère ou modérée (hypominéralisation de l'émail provoquée par la rétention des amélogénines par le fluor lors de la formation de l'émail, provoquant des taches blanches et des stries d'importance variable en fonction de la quantité de fluor absorbée). Le principe de cette technique repose sur l'action combinée mécanique et chimique de deux agents : l'acide chlorhydrique et le peroxyde d'hydrogène.

1.3. Facettes et nouveaux concepts esthétiques

Ces 40 dernières années, la dentisterie esthétique a évolué de façon conséquente, notamment grâce au recours à des matériaux aux propriétés voisines d'une dent naturelle [34] [35] [36]. Ces nouvelles propriétés des biomatériaux permettent notamment d'établir une circulation de la lumière (fluorescence, opalescence) tout en faisant preuve de propriétés mécaniques qui répondent aux exigences. La disparition progressive du métal dans les infrastructures et superstructures des restaurations ouvre la porte à des zones de croissances stratégiques en matière de recherche. Les notions d'économie tissulaire et de « coût biologique » de nos traitements prennent une place de plus en plus importante dans nos pratiques.

La prise en compte des phénomènes lumineux joue un rôle primordial dans l'évolution des concepts esthétiques. Le concept d'illumination (Meyenberg) précise que la dent, en tant que couronne clinique et racine, la gencive et le parodonte forment une unité optique [36] [37] [38]. La lumière diffusant dans les tissus, l'utilisation de restaurations opaques et inadéquates telles que des couronnes céramométalliques conventionnelles ou des couronnes céramocéramiques avec des chapes opaques entraînent un changement de couleur inévitable.

Avec l'avènement des restaurations céramocéramiques, développées pour imiter au mieux l'aspect des dents naturelles par circulation de la lumière, les reconstitutions coronoradiculaires conventionnelles en métal sont remplacées par d'autres matériaux. Les reconstitutions coronoradiculaires en métal ne permettent que des résultats esthétiques médiocres sous des couronnes céramocéramiques en raison de la résurgence du métal à travers la céramique. Le choix de la nature de la reconstitution coronoradiculaire est primordial dans le résultat esthétique final [36].

Les facettes céramiques permettent d'obtenir une esthétique optimale par guidage de la lumière à travers la céramique et il est difficile de les distinguer des tissus dentaires naturels [38]. Le principe d'économie tissulaire est important. En effet, selon le type de préparation, la réduction nécessaire des tissus dentaires durs préconisée pour une facette céramique est de l'ordre de 3 à 30% seulement ([39] Edelhoff & Sorensen 2002) contrairement à une préparation pour une couronne céramo-métallique conventionnelle ou céramo-céramique qui peuvent atteindre jusqu'à 72%. Dans certains cas, des facettes sans préparations peuvent même être utilisées ([40] Javaheri 2007). L'économie tissulaire limite les risques de perte de vitalité du pilier, l'intégrité de la gencive marginale n'est pas lésée car les limites sont supra-gingivales ([41] Chen et Coll. 2005).

Les facettes céramiques ont des épaisseurs de 0,3 à 0,7mm. La préparation se limite surtout à la face vestibulaire.

Indications :

- Amélioration de l'esthétique dans des cas de dyschromies internes (échec de la tentative d'éclaircissement), dyschromies dues à une fluorose ou à la tétracycline, obturations étendues de composites jugées inesthétiques, défaut superficiel de l'émail, amélioration de la texture de surface (figure 18.)

- Corrections de la morphologie dentaire : dysplasies des dents antérieures, hypoplasies des dents antérieures, en cas de fracture coronaire des incisives maxillaires, allongement de couronnes cliniques
- Correction de la position ou alignement des dents : fermetures des espaces interdentaires disgracieux ou de diastèmes multiples, en cas de rotation, inclinaison ou version par correction des axes.
- Corrections fonctionnelles : utilisation de facettes palatines pour la reconstruction de faces occlusales de guidage fonctionnel.
- Pour compenser une perte de substance carieuse ou non carieuse (érosion, abrasion).
- Réparation des parties esthétiques sur des restaurations prothétiques.

Contre-indications :

- Quantité insuffisante (<50% de la face vestibulaire) ou qualité inadéquate de l'émail
- Impossibilité de réaliser des limites supra-gingivales
- Lésions carieuses circulaires dans la zone de transition vers la gencive
- Espaces interdentaires trop larges
- Dyschromies trop marquées
- Parafonctions (bruxisme)
- Hygiène bucco-dentaire insuffisante

La teinte finale va dépendre de :

- La teinte de la dent préparée
- La teinte choisie pour la facette
- La teinte du composite de collage

Le collage des facettes joue un rôle très important dans le résultat esthétique final. Les adhésifs utilisés sont des composites de teintes différentes. La faible épaisseur de couche du composite de collage en comparaison à celle de la céramique ne permet pas de correction parfaite dans les cas de divergence significative par rapport à la couleur finale visée, seuls des écarts mineurs peuvent être optimisés ([42] Omar et Coll. 2010). Un essai esthétique à l'aide de composites de collages provisoires doit être réalisé au préalable.



Figure 18. Facettes céramiques collées sur dents antérieures dyschromiques au maxillaire supérieur en raison d'un dépôt de tétracyclines. Cas clinique du Dr Schenk Hubert.

1.4. Piercings intra et péribucaux [43]

Dans la sphère oro-faciale, les piercings peuvent avoir des localisations très variées.

Parmi les piercings corporels sont distingués les piercings oro-faciaux de localisation:

- Péri-buccale : intéressant lèvres et joues
- Intra-buccale : intéressant la langue, les freins labiaux et linguaux, la luette

Ils peuvent être cutanéomuqueux (labret ou anneau) ou transcutané horizontaux et verticaux (barbell). Le diamètre le plus courant étant 1,2mm ou 1,6mm, mais des diamètres plus gros sont accessibles par écartement progressif (« stretching »).

1.4.1. Piercings péribuccaux

1.4.1.1. Les Lèvres

Piercings de la lèvre supérieure :

- « Medusa » : piercing au-dessus de la lèvre supérieure, centré au niveau du philtrum
- « Madonna », « Monroe » ou « Mouche » : piercing au-dessus de la lèvre supérieure, excentré, imitant un grain de beauté comme les célébrités qui lui ont inspiré le nom.
- Piercing horizontal ou vertical de la lèvre supérieure

Piercings de la lèvre inférieure (figure 19.) :

- « lip ring » ou « labret stud » : en fonction du bijou utilisé, placé sur la ligne médiane ou excentré, piercing situé au bord du vermillon de la lèvre inférieure et le sillon labio mentonnier
- « lowbret » : légèrement au-dessus du sillon labio-mentonnier sur la ligne médiane
- Piercing horizontal ou vertical de la lèvre inférieure



Figure 19. Multiples piercings des lèvres supérieures et inférieures.

1.4.1.2. Les joues

Piercing cutanéomuqueux avec bijou labret réalisé le plus souvent sur les deux joues en symétrique, pour créer des « fossettes » artificielles. L'emplacement choisi correspond à la fossette naturelle lors du sourire, sans dépasser la première molaire.



Figure 20. Piercings au niveau des joues.

1.4.2. Piercings intrabuccaux

1.4.2.1. La langue

Piercing réalisé sur ligne médiane ou excentré (plus rare), de diamètre habituel 1,6mm (figure 21).



Figure 21. Piercing à la langue centré.

1.4.2.2. Freins labiaux et brides fibreuses latérales

Appelé « smiley » au niveau du frein labial médian supérieur (figure 22.) et « contre-smiley » au niveau du frein labial inférieur (figure 23.)



Figure 22. Piercing du frein labial supérieur.



Figure 23. Piercing du frein labial inférieur.

1.4.2.3. Frein lingual

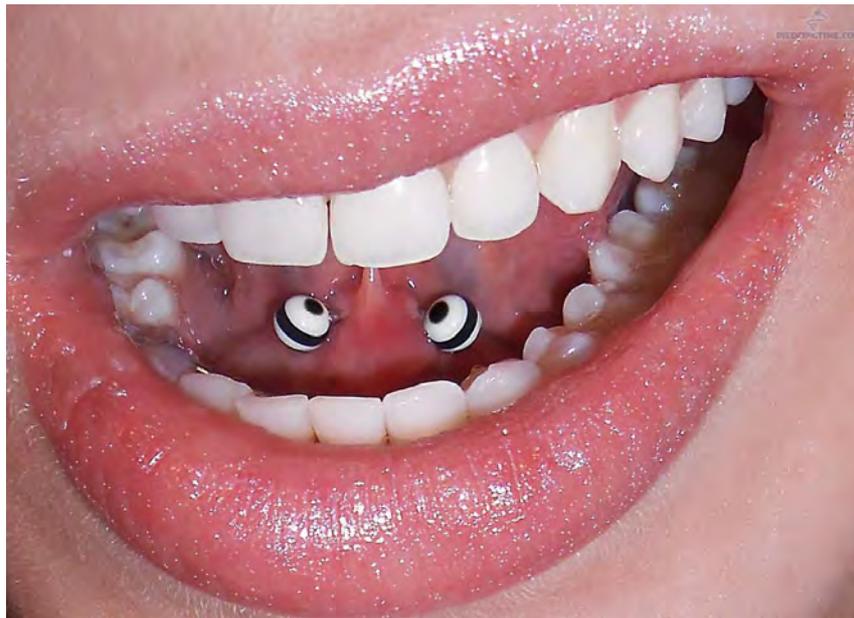


Figure 24. Piercing type barbell réalisé au frein lingual.

1.4.2.4. Lnette



Figure 25. Piercings sur la lnette.

1.4.3. Les différents types de piercings

La forme et la taille diffèrent selon l'emplacement sur le corps

- Le labret est constitué d'une tige droite avec à une des extrémités un disque et de l'autre une boule dévissable (utilisé pour les piercings à la lèvre)
- Le barbell se compose d'une tige droite avec à chaque extrémité deux boules dévissables ou seulement une (utilisés pour les piercings à l'arcade ou à la langue)
- Le « banana » est une barre courbe avec à chaque extrémité deux boules dévissables ou seulement une. En fonction de la taille et des bijoux choisis, ils sont utilisés pour l'arcade ou le nombril.
- L'anneau est utilisable pour quasiment tous piercings sauf la langue.
- Le « fer à cheval » est un anneau discontinu avec une boule dévissable à chaque extrémité.
- Le tunnel et le plug sont utilisés pour augmenter le diamètre progressivement du piercing choisi ou en tant qu'ornement. Le tunnel est un cylindre creux alors que le plug est un cylindre plein.

1.4.4. Les matériaux [43]

De nombreux matériaux existent mais ne peuvent pas tous être posés en première intention, pour éviter des problèmes lors de la cicatrisation et limiter au maximum les complications type infection et allergie. Ils doivent avant tout être biocompatibles et donc implantables ; et également entrer dans le cadre de la directive européenne sur le nickel, publiée le 27 septembre 2004 (legifrance.gouv.fr et eur-lex.europa.eu), pour être utilisés en première pose.

- Le niobium est un métal biocompatible et entre dans le cadre de cette directive.

- Le titane chirurgical G23 est l'un des matériaux les mieux tolérés par l'organisme et répond aux caractéristiques demandées pour intervenir en première pose. Cependant le titane anodisé pour coloration peut provoquer des allergies, et sa couleur est instable.
- Le téflon ou polytétrafluoroéthylène (PTFE) est une matière plastique souple et biocompatible.
- L'acrylique ou plexiglass, (appelé polyméthylméthacrylate PMMA) est une matière plastique inerte, non poreuse et biocompatible. Mais il n'est pas stérilisable, et donc devrait être posé après cicatrisation complète.
- L'acier inoxydable chirurgical grade 316 LVM ou 316 L est interdit en première pose par la législation sur le nickel, après cicatrisation complète uniquement.
- L'argent est un matériau qui s'oxyde au contact de l'air et des fluides corporels. Les allergies et irritations sont fréquentes et il n'est pas biocompatible.
- L'or n'est pas complètement hypoallergénique donc non implantable et non utilisable en première pose.
- Le bois, l'os et la corne sont des matériaux poreux et peuvent empêcher la cicatrisation, ils sont non implantables et non utilisables comme premier bijou. Mais ils peuvent être portés après cicatrisation car stérilisables en autoclave.

1.5. Bijoux dentaires

Dans notre métier de chirurgien-dentiste, nous sommes de plus en plus souvent confrontés à l'essor des piercings intra et péri-buccaux mais aussi l'apparition des bijoux dentaires de tout type. Les patients porteurs de bijou ou ornement dentaire doivent être informés des risques, en particulier du risque de détérioration dentaire, et passer régulièrement chez leur

chirurgien-dentiste pour des contrôles. Ces bijoux et ornements divers facilitent l'accumulation de la plaque dentaire et peuvent entraîner des problèmes occlusaux ainsi que des difficultés d'élocution.

Dans le milieu du hip-hop, les dents en or et les grillages superposés (dits « grills » ou « caps ») sont considérés comme des symboles statutaires (figure 26.). Ils sont en or ou en argent, serties ou non de pierres précieuses ou inclusion de strass, et sont fixée sur tout un segment plus ou moins important de l'arcade maxillaire [44] Les grilles sont préfabriquées, l'adaptation individuelle se limite à courber la grille métallique et à la fixer à l'aide de pinces métalliques et gabarits en plastique. Elles sont plongées dans de l'eau bouillante afin de pouvoir les adapter. Les conséquences fonctionnelles évidentes de ces ornements ne sont pas prises en compte, notamment au niveau de l'occlusion. Les grillages peuvent éventuellement être réalisés après la réalisation d'une empreinte, envoyée à des bijoutiers spécialisés qui existent aujourd'hui aux Etats-Unis. En raison du risque de lésions des dents et tissus mous environnants, le port des grillages devraient être aussi courte que possible, évité pendant la mastication et les activités sportives.



Figure 26. « Grill » en métal, orné de strass, collé de 13 à 23.

Les brillants dentaires (encore appelés strass dentaires ou « skyces ») font partis des bijoux buccaux les plus répandus (figure 27.). Il existe des bijoux en or constitués de plaquettes de formes et d'épaisseurs diverses appelés « dazzles » ou « twinkles » (figure 28.), pouvant également être munis de brillants (strass) voire même de véritables pierres précieuses. Ils sont collés grâce à un adhésif sur la surface amélaire sans préparation après mordantage. Les « tatouages dentaires » sont collés sur la surface de la dent, il s'agit d'images imprégnées au verso de substance adhésives (figure 29.). Ces bijoux dentaires se décollent de façon spontanée après une durée relativement brève.

Contrairement aux procédés de fixation non invasifs utilisés pour les ornements mentionnés, la fixation des véritables pierres précieuses nécessite une préparation de la surface amélaire, et nécessite donc la réalisation d'une obturation en cas de retrait du bijou.



Figure 27. « Skyce », bijou dentaire strass collé en mésio-vestibulaire de la 22.



Figure 28. « Twinkle » en forme de cœur collé sur la face vestibulaire de la 12.



Figure 29. Tatouage dentaire en forme de fleur réalisé sur la face vestibulaire de la 12.

1.6. Le « Smile lipt »

La chirurgie esthétique du sourire connaît depuis quelques années un succès croissant en Corée. Depuis 2012, la clinique Aone fait la promotion d'une intervention d'un genre nouveau consistant à élever les commissures des lèvres. L'obtention d'un sourire plus prononcé que la normale et un sourire permanent au repos est recherchée. Le chirurgien réalise des entailles aux commissures des lèvres et agit au niveau des muscles du visage responsables du sourire. Cette opération est appelée « smile lipt », contraction de « lift » (élever) et « lip » (lèvre). Cette technique chirurgicale permettrait de corriger les disgrâces du sourire, par exemple pour obtenir un sourire plus large, ou en correction d'un sourire gingival pour qu'il

paraissent plus naturels et diminuent l'apparition des gencives. Ce type d'intervention pourrait également convenir aux personnes souffrant de joues et de commissures des lèvres « tombantes », et permettrait de redonner une certaine gaieté aux traits du visage. Le « smile lipt » pourrait, à ce titre, constituer une nouvelle avancée en matière de chirurgie du sourire. L'opération va cependant à l'encontre du « naturel » idéalement recherché dans la chirurgie esthétique. En Corée du Sud, elle correspond à un véritable effet de mode, plus de 20% des Coréennes l'auraient déjà pratiqué. Cette technique n'en reste pas moins risquée, la Société Internationale des Chirurgiens Plastiques et Esthétiques signale que plus de la moitié des interventions esthétiques sur cette zone entraînent un engourdissement du visage et une difficulté voire incapacité à la mastication et à la déglutition.



Figure 30. Photographie avant/après de la chirurgie « smile lipt »

2 Discussion

L'objet de cette partie est de poser les bases d'une réflexion sur notre attitude vis-à-vis des soins esthétiques de la cavité buccale et des tissus attenants.

2.1 Actes par actes

2.1.1 Injection d'acide hyaluronique

Notre champ d'activité a été remis en question suite à la modification apportée par la loi de 2004 concernant l'article L. 4141-1 du Code de la Santé Publique. Aucun Etat n'interdit la pratique d'injection d'acide hyaluronique aux chirurgiens-dentistes. L'Ordre National des Chirurgiens-dentistes (ONCD) indique en 2010, qu'en vertu de l'article L. 4141-1 du Code de la Santé Publique, le chirurgien-dentiste dispose pleinement de la capacité à réaliser ces injections à visée esthétique dans la sphère buccale et péri-buccale, et plus précisément dans les sillons naso-géniens ou encore dans les rides dites « d'amertume ». Il est important de constater que cette capacité est abordée sous un angle thérapeutique, afin de parfaire le traitement prothétique d'un patient (en tant qu'acte prothétique globale), au même titre que les actes intrabuccaux visant à reconstruire l'harmonie d'une expression faciale (facettes céramiques, soins restaurateurs, parodontologie, orthodontie). Cependant un cadre relatif à la responsabilité professionnelle, en termes de formation et d'assurance doit être mis en place. Les praticiens réalisant ce type d'actes doivent avoir suivi une formation et pouvoir justifier de leur compétence, conformément aux articles R. 4127-204 et R. 4127-233 du Code de la Santé Publique.

Cette expansion de notre champ d'activité a soulevé de vif débat notamment du côté de l'Ordre des médecins et l'Académie de Médecine qui estime qu'il s'agit d'une interprétation à notre

avantage de l'article L. 4141-1 du Code de la Santé Publique, dans un but lucratif. L'essor considérable des actes esthétiques s'expliquerait par leur rapidité d'exécution et leur caractère considéré à tort comme peu invasif. Le terme de « tissus attenants » rajouté depuis 2004 constitue une ambiguïté de langage et est sujet à de nombreux débats et interprétations différentes.

Les arguments allant contre l'autorisation de la pratique de ces injections par les chirurgiens-dentistes sont basés sur la notion de compétence, de gestions des complications (granulomes sous-cutanés, inflammations chroniques et infections, dépigmentations définitives, nécroses en cas d'injection intra-artérielle ou fascites nécrosantes) dépendant notamment du produit utilisé. Aucune complication n'a été rapportée à ce jour par les praticiens pratiquant les injections d'acide hyaluronique. Cependant s'agit-il d'une absence réelle de complication ou d'un défaut de déclaration des effets indésirables aux autorités sanitaires (non obligatoires) ? Concernant la compétence du chirurgien-dentiste, il a été soulevé la question de la formation médicale suffisante afin de déceler les pathologies inflammatoires ou vasculaires qui contre-indiquent ces injections.

Cependant, l'esthétique du sourire ne s'arrête pas aux dents ou aux gencives. L'injection d'acide hyaluronique destinée à combler les rides et ridules péribuccales, ou encore à augmenter le volume des lèvres, s'inscrit dans un plan de traitement global. En agissant sur les divers éléments constitutifs du sourire, le chirurgien-dentiste a l'avantage de mieux contrôler l'harmonie esthétique globale. Malgré tout, n'ayant accès qu'au tiers inférieur des étages faciaux, est-il judicieux de ne pouvoir entretenir qu'une partie de l'esthétique du visage sans toucher au reste ? Ne vaudrait-il pas mieux prendre en charge le sourire de façon endo-buccale seule et déléguer à un spécialiste comme un dermatologue ou un chirurgien esthétique, l'harmonisation générale du visage dans sa globalité ?

De nombreuses interrogations et points de vue peuvent être soulevés concernant l'éthique, l'esthétique et l'attitude que doit avoir le chirurgien-dentiste face à toutes ces notions.

2.1.2 Eclaircissement

Les éclaircissements dentaires suscitent un intérêt grandissant chez les patients. Ils améliorent l'aspect des dents dans une prise en charge globale. Les effets indésirables des traitements d'éclaircissement peuvent être considérés comme mineurs en ambulatoire avec l'utilisation d'agents à faible concentration mais nécessite le suivi d'un professionnel, une parfaite maîtrise du geste opératoire et une grande attention durant la procédure. Le contrôle du professionnel de santé est indispensable.

En effet, ces techniques sont séduisantes par leur efficacité et leur rapidité, mais l'éclaircissement dentaire est considéré comme un acte esthétique à visée thérapeutique et donc pas comme une activité cosmétique par le tribunal de Grande Instance.

Le principe du « bar à sourire » est de vendre un produit de « blanchiment » à un client qui va l'appliquer lui-même dans la boutique. Le personnel de ces établissements n'a pas le droit d'exercer en bouche sous peine d'être accusé d'exercice illégal de l'art dentaire. En 2005, l'ONCD rapporte qu'une personne dispensant l'éclaircissement dentaire est condamnée à trois mois de prison avec sursis et à une amende de 5000 euros pour publicité mensongère et exercice illégal de l'art dentaire.

La Société de Médecine Dentaire rappelle qu'un acte d'éclaircissement, comme il convient de l'appeler, est un acte médical qui doit nécessairement être précédé d'un diagnostic et que seul

un praticien de l'art dentaire peut confirmer l'indication ou la contre-indication éventuelle d'un éclaircissement.

L'Agence Nationale de Sécurité du médicament ANSM a décidé d'interdire ou de limiter les produits utilisés dans l'éclaircissement dentaire en fonction de leur concentration en peroxyde d'hydrogène, décision prise le 9 juillet 2013 (article disponible sur le site internet de l'ANSM). Un retrait « sans délai » des produits les plus dangereux (taux de peroxyde d'hydrogène supérieur à 6%.) a été imposé. Ces produits présentent des risques d'effets aigus et à long terme augmentés tels que l'hypersensibilité dentinaire, l'irritation des muqueuses et l'altération de l'émail pouvant entraîner une usure prématurée voire une fragilisation de la dent. L'ANSM suspend également les produits contenant un taux de peroxyde d'hydrogène compris entre 0,1% et 6% en attendant leur mise en conformité sous la réglementation « cosmétiques ». En effet, il s'agit de la transposition d'une directive Européenne qui encadre plus précisément tous les produits contenant du peroxyde d'hydrogène et a permis de remettre de l'ordre dans la dénomination des produits autorisés, dorénavant catégorisés « cosmétiques » et non plus comme dispositifs médicaux. Seuls les chirurgiens-dentistes sont désormais habilités à en acheter et devront assurer la première séance d'un traitement d'éclaircissement dentaire, interdit aux moins de 18ans.

Les produits ayant une concentration en peroxyde d'hydrogène ne dépassant pas 0,1% sont toujours autorisés en vente libre pour le consommateur ou dans les bars à sourire. Le ministère de la Santé recommande de limiter cette pratique aux personnes qui en ont réellement « besoin » car comme pour tout traitement à visée esthétique, les effets indésirables peuvent se révéler supérieurs aux avantages escomptés.

La directive européenne ne met donc pas fin à la mode des « bars à sourire » mais limite l'utilisation des produits à base de peroxyde d'hydrogène en concentration inférieure à 0,1%.

2.1.3 Facettes et nouveaux concepts en dentisterie esthétique

La céramique collée est aujourd'hui une solution de choix pour les réhabilitations du secteur antérieur. Cette technique de restauration prothétique n'est pas une finalité en soi mais un moyen d'arriver à un résultat optimal à travers une analyse et un diagnostic esthétique. L'analyse préalable approfondie du patient permet de proposer un projet esthétique [36] [42] [45] [46]. L'évolution des techniques impliquent de prendre un minimum de recul face à l'avènement des nouveaux matériaux et méthodes.

Cependant d'un point de vue éthique, nous pouvons nous interroger simplement sur l'utilisation de facettes, la préparation tissulaire étant minime, sur des dents parfaitement saines (figure 31.). A nous, en tant que chirurgiens-dentistes, de ne pas tendre vers une systématisation de ces procédés. La balance bénéfice/risque, esthétique/pérennité et délabrement doit être pesée, et une étude au cas par cas est essentielle. La communication avec le patient et son information concernant les risques éventuels est au cœur de la prise de décision partagée de plan de traitement.



Figure 31. Exemple d'un cas clinique du Dr Schenk Hubert sur dents saines : jeune patient présentant de nombreux diastèmes, restaurations par facettes céramiques de 13 à 23.

2.1.4 Piercings et bijoux dentaires

La pratique du piercing est un véritable problème de santé publique. La question du rôle des professionnels de santé se posent, sur l'attitude à adopter, comment considérer le piercing : est-ce un acte illégal de médecine ? On peut considérer qu'à l'instant où il y a effraction volontaire de la barrière cutanée d'un sujet par un tiers, il s'agit d'un acte médical. On peut ainsi considérer dans cette optique que l'exercice de la profession de perceur relève de l'exercice illégal de la médecine. Cependant, le débat éthique ne paraît pas reposer sur cette effraction épidermique, ainsi le personnel soignant non médecin, bien que sous la tutelle d'un médecin, est habilité à pratiquer ce type de geste également.

La pose d'un piercing ne constitue pas un acte anodin et peut s'avérer dangereuse. Des complications immédiates et tardives peuvent apparaître, limitées à la cavité buccale ou à répercussions systémiques. Le plus souvent, il s'agit de description de cas isolés dans la littérature médicale, mais ces complications sont suffisamment graves pour poser la question de la sécurité de cette pratique, et ses dangers potentiels doivent être pris au sérieux. Le nombre sans cesse croissant de personnes porteuses de piercing laisse supposer que le corps médical est de plus en plus souvent confronté aux complications qui leur sont liés. Ainsi les chirurgiens-dentistes sont confrontés aux piercings de la sphère buccale et doivent être familiarisés avec leurs complications [43]

Il existe des complications :

- Durant la réalisation du piercing : lésion vasculaire (hémorragie, saignement prolongé), lésion nerveuse (paresthésie, perte de sensibilité, de mobilité, du goût), lésion musculaire, réaction allergique au matériau utilisé.

- A court terme : douleurs, troubles vasculaires ou inflammatoires, infection locale ou locorégionale, réaction allergique
- A long terme : problème de cicatrisation, problèmes dentaires (abrasion, fêlure, fracture), création de diastèmes interdentaires, la création de carie notamment pour le piercing du frein labial antérieur (par frottement répété du bijou entraînant une abrasion progression de l'émail et favorisant le risque carieux), problèmes parodontaux (récession gingivale, perte osseuse, inflammation), traumatisme muqueux et incrustation du bijou dans les tissus. Au niveau général, les complications pouvant être retrouvées sont des cas d'électro galvanisme, des troubles des fonctions (déglutition, phonation, mastication), une hypersalivation, un risque d'ingestion ou d'inhalation (avec obstruction des voies aériennes possible) du bijou, et des interférences avec les rayons X entraînant des artefacts. Des difficultés lors de situations d'urgences médicales peuvent être rencontrées lors de soins hospitaliers aigus. Une intubation rapide peut-être rendue difficile et entraîner un risque accru de blessure, et donc de complication hémorragique (Kuzkowski et Benumof 2002 [47]). Les praticiens exigent souvent que les piercings soient enlevés avant intervention sous anesthésie générale, notamment parce que la plupart des médecins ne savent pas comment les retirer.

Le piercing peut-il être considéré comme un acte médical ? La médicalisation de la pratique du piercing peut être soulevée, étant donné qu'elle nécessite un certain nombre de compétences d'ordre médical. Les éléments majeurs susceptibles de permettre la désignation du piercing comme acte médical reposent sur les compétences nécessaires pour les procédures accompagnant la perforation. Un interrogatoire médical permettant l'anamnèse du sujet s'impose, les complications étant particulièrement fréquentes : complications allergiques, cicatricielles etc. Les notions de contre-indications, la maîtrise de l'hygiène et de l'asepsie, des connaissances en anatomie doivent aussi être prises en compte. Cependant le débat sur la

médicalisation de phénomènes sociaux se pose. Une dérive consumériste de la médecine peut apparaître avec la tentation de faire de la publicité dans une logique de recrutement de patient, ce qui est exclu du serment d'Hippocrate et de l'approche médicale traditionnelle. De plus, l'acte de piercing est souvent vécu comme un passage initiatique, un rite, où l'échange avec d'autres personnes initiées a un rôle très important. Le médecin n'a pas sa place dans ce contexte de modifications corporelles. Le perceur a un savoir-faire artistique, une expérience mais aussi des connaissances propres au milieu du piercing.

Cependant dans le cas des piercings buccaux et péri-buccaux, qui est mieux placé qu'un chirurgien-dentiste pour réaliser ces actes ? Quel professionnel possède de telles connaissances anatomiques, et sait gérer d'éventuelles complications, tout en informant des risques ? Il paraît difficile dans le contexte actuel de justifier la médicalisation de cette pratique, même si la balance entre les arguments en faveur et à l'encontre n'est pas significativement déséquilibrée.

[43]

Dans tous les cas le rôle des professionnels de santé passe par une éducation à la santé, et un rôle de responsabilisation des professionnels du piercing, notamment en termes d'hygiène et d'informations médicales. Le corps médical ne doit pas être exclu de ce phénomène, son rôle, s'il est convenablement défini, peut s'avérer crucial.

Les piercings, tout comme l'épilation et les bijoux dentaires, sont qualifiés d'actes esthétiques à visée non thérapeutique. En 2005, l'ONCD exclut la capacité de l'épilation par intense pulse light (IPL) et les injections de vitamines sur le visage et le cou, car il s'agit de « soins esthétiques ». Mais la notion de « tissus attenants » non définie, ne permet pas de valider cet argument. L'emploi du terme « actes esthétiques non thérapeutiques » serait plus approprié. En 2010, l'ONCD précise qu'il en est de même pour la pose de bijoux ou strass. Les termes de « prévention », « diagnostic » et « traitement des maladies » de l'article L. 4141-1 du Code de

la Santé Publique excluant toute activité esthétique ne présentant aucune finalité thérapeutique. À côté de cela, l'injection d'acide hyaluronique est considérée comme un acte à visée esthétique thérapeutique et entre pleinement dans la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste. Remarquons par ailleurs que la pose de bijoux dentaire est largement répandue chez les chirurgiens-dentistes et apparaît sur les sites des praticiens dans le panel de « soins » proposés.

2.2 Esthétique et approche du patient

Le véritable moteur de la majorité des avancées et transformations dans le domaine de la dentisterie restauratrice, prothétique, implantaire et orthodontique a été la demande toujours plus forte des patients pour une dentisterie qui rétablisse la fonction mais surtout qui améliore ou transforme l'esthétique du sourire. La dentisterie esthétique est née aux Etats-Unis avec les Docteurs Charles Pincus et Ronald Goldstein qui ont créé la première Académie de dentisterie esthétique en 1976. En Europe, la première Société de Dentisterie Esthétique est apparue en 1983 : la SFDE (Société Française de Dentisterie Esthétique). Toutes les spécialités ont dû revoir leurs protocoles cliniques et mettre au point de nouveaux matériaux qui intègrent les avancées de l'adhésion et de l'ostéointégration. [46]

L'évolution rapide de la pratique de la chirurgie-dentaire durant ces dernières décennies doit amener les praticiens à reconsidérer leur exercice, notamment face aux normes et aux protocoles concernant les réhabilitations esthétiques du sourire. L'engouement esthétique dentaire est encouragé par l'évolution des techniques attenantes à la dentisterie et largement relayée par les médias. Une « culture du sourire » s'observe et les chirurgiens-dentistes participent à une standardisation du sourire par l'établissement de normes et protocoles. Des questions éthiques peuvent être posées concernant cette « normalisation », cette « standardisation » du sourire. [48]

Le « normal » est défini comme ce qui est « conforme à la norme », « ce qui se rencontre dans la majorité des cas », « habituel ». En comparaison au pathologique, la moyenne et la norme sont deux concepts très différents mais pourtant indissociables [48] [49]. La moyenne a une signification objective et concerne l'ensemble des individus, la norme peut se traduire par rapport à la moyenne mais la notion d'individu est très importante. Canguilhem parle de « normativité biologique », comme référence d'un équilibre relatif au normal [49]. En effet, la santé n'est pas un état mais un équilibre. La normalisation a un double sens : elle comprend la création de normes mais aussi l'atteinte d'un nouvel équilibre (évolutif) capable d'amener l'individu à un concept de normativité biologique. Le sourire fait l'objet de création de normes, notamment parce que la société valorise la santé comme but de l'existence mais aussi parce qu'une place importante est accordée à l'image et à l'apparence esthétique, allant jusqu'à exclure ce qui ne correspond pas aux « standards ». Le sourire apparaît comme un signe extérieur de bonne santé, tant physique que social, dû à une amplification des phénomènes de médicalisation de la vie, la norme biologique se confondant à la norme sociale. Le sourire dit « normal » n'a pourtant pas de définition propre, même si certaines règles de biométrie en orthodontie tentent d'encadrer cette notion de façon « objective » : axe des dents, normocclusion, angle naso-labial, lignes esthétiques du sourire par exemple.

La standardisation du sourire correspond à un sourire esthétiquement convenu, répondant aux normes créées et en adéquation aux sourires standards populaires, dans la norme sociale, ne faisant pas l'objet d'une norme moyenne.

La difficulté de la normalisation du sourire se situe dans la réponse à la demande du patient. Le patient émet une demande (ou le praticien une offre) de standardisation de son sourire. Il semble qu'aujourd'hui en occident, la « mission » du chirurgien-dentiste est la reconstitution d'une normativité biologique, dans une juste mesure d'esthétique, et dans une optique « naturaliste » (esthétique ce qui est naturel). En odontologie, traditionnellement, l'aspect fonctionnel est

au service de l'esthétique et inversement. Il existerait un danger d'occulter l'objectif principal de la profession qui est de soigner, en voulant rentrer dans des défis esthétiques. Considérant l'esthétique comme un danger en soi, n'encoure-t-on pas le risque de perdre de vue l'individualité du patient? Dans une approche interprétative, il s'agirait de traiter au cas par cas en prenant en compte le patient dans sa globalité.. Un sourire personnel ou personnalisé serait mieux accepté par le patient à long terme, en faisant partie de ce qui le caractérise, l'individualise et tend vers une « beauté non forcément normée », mais acceptée.

C'est au praticien de trouver le compromis au sein du dilemme qui se pose entre les désirs du patient et les exigences culturelles face à la rationalité médicale. La participation du patient à la décision, son information, et son consentement éclairé au plan de traitement global devraient primer. En cela, le diagnostic est une étape essentielle de la démarche, et doit se décliner à différents niveaux : dent, arcade, face, et personne, au sein d'un environnement social. Ainsi, par exemple, une pathologie ne doit pas être prise comme « prétexte » pour parvenir à des soins esthétiques, et nous devons tenter de décrypter le motif profond de la demande esthétique afin d'y apporter une réponse adéquate. Le but n'est pas de devenir un « technicien du sourire » en suivant des protocoles à la lettre, standardisés pour tous les individus.

De nombreuses questions peuvent être posées concernant la demande du patient, même techniquement réalisable : est-ce rendre service au patient ? Va-t-on finalement faire plaisir au patient ? La subjectivité de la notion d'esthétique autorise malheureusement de nombreux excès. C'est la raison pour laquelle l'étape diagnostique est fondamentale.

La frontière entre la notion thérapeutique ou strictement esthétique de certains actes n'est pas clairement définie, par exemple lors de la réalisation de facettes céramiques ou d'éclaircissement en l'absence de toute pathologie dentaire avérée. Or, aucun professionnel

autre qu'un chirurgien-dentiste ou un médecin ne serait apte à dispenser en toute sécurité ce type d'acte.

2.3 Discussion

Qui doit juger la beauté d'un visage ou ce qui lui manque pour l'atteindre ? [48] [50]

Les critères objectifs de beauté peuvent être analysés et pesés, mais sont insuffisants face à la subjectivité interindividuelle.

« A smile is a signature, not a stereotype » Bernard Touati.

Selon une étude de l'impact psychosocial de l'esthétique dentaire [51], des témoignages contradictoires sont retrouvés au sujet de l'impact réel des troubles oro-buccaux sur le bien-être physique, social et psychologique d'un individu. La santé oro-buccale fait partie intégrante de la santé générale et contribue à la qualité de vie relative à la santé. La santé des tissus oro-buccaux et des tissus environnants permet la nutrition/ mastication, l'élocution, et intervient dans les relations sociales, sans gêne ni inconfort, qui contribue au bien-être général de l'individu. Locker et Allen ont défini la qualité de vie relative à la santé orale en fonction de l'impact des troubles oro-buccaux sur les aspects de la vie quotidienne, cet impact étant d'une importance suffisante en termes de sévérité, de fréquence ou de durée pour modifier la perception de l'individu vis-à-vis de l'ensemble de sa vie.

Les malocclusions représentent une anomalie très répandue même si contrairement aux caries par exemple, elles ne sont généralement pas symptomatiques ou associées à une douleur. Elles peuvent pourtant impacter les besoins humains fondamentaux dont la capacité à manger correctement un régime alimentaire approprié, à déglutir, à sourire et communiquer. De ce fait, elles peuvent influencer sur le bien-être physique, social et psychologique. Des études

antérieures montrent clairement que l'esthétique dentaire a un impact sur le bien-être psychologique des individus, ainsi que sur leur interaction sociale [52].

Le problème soulevé par les actes à visée esthétique est « l'appât du gain » et les dérives qu'ils suscitent. Un exemple flagrant est celui des « bars à sourire » qui ont subi un véritable effet de mode et ont littéralement proliféré pendant quelques années, le temps que les autorités de santé tirent le signal d'alarme. L'application de la directive européenne au sujet des éclaircissements a permis de mettre un peu d'ordre sans pour autant faire disparaître ces « bars à sourire » qui continuent à utiliser des produits à base de peroxyde d'hydrogène inférieur à 0,1% (considérés comme cosmétiques, ceux supérieur à 0,1% jusqu'à 6% étant considérés comme dispositifs médicaux) .

Dans tous les pays développés, avec l'évolution des technologies et des coûts des traitements, et la médicalisation d'une population vieillissante, les dépenses de santé ne cessent de croître et exercent une pression importante sur les finances publiques. Selon le code de déontologie médicale, « la profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce ». Pourtant même si la santé est un domaine très spécifique, le médicament est incontestablement une marchandise, soumettant ses entreprises, les producteurs et distributeurs, au droit de la concurrence. Le secteur des dispositifs médicaux représente un marché émergent aux enjeux financiers colossaux, et mobilise aujourd'hui toute l'attention politique. Du point de vue du Conseil de la Concurrence, les professionnels de santé sont soumis au droit de la concurrence à partir du moment où ils exercent une activité économique. Le Conseil de la concurrence est régulièrement convoqué dans des affaires d'entente et d'abus de position dominante dans le domaine de la santé, il donne des orientations pour renforcer la concurrence dans le secteur prothétique dentaire. Par les ententes sur les prix, les professionnels de santé semblent moins exposés à la concurrence que d'autres professions libérales. En réalité, l'exposition à la concurrence varie en fonction de l'engagement de l'Etat dans le secteur, établi tous les 5 ans

par les conventions nationales successives passées entre l'Etat et les représentants de la profession. Dans le secteur de la chirurgie dentaire, certains prix sont régulés mais l'entente sur les prix ne concerne que les soins conservateurs et chirurgicaux des praticiens conventionnés. La convention du 18 juin 2006 fixe une régulation tarifaire sur le tarif opposable, dit de responsabilité, sur les soins en questions. Les honoraires des soins prothétiques sont, quant à eux, librement fixés par les praticiens dans la limite « du tact et mesure » et sous condition d'établissement d'un devis préalable. Cela comprend les actes prothétiques référencés aujourd'hui par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui donnent lieu à des dépassements au-delà du tarif de responsabilité, et des actes hors nomenclatures (implant, parodontie) dont les honoraires sont libres et non remboursés. Ces tarifs sont donc soumis à concurrence. [53]

Le « tourisme médical » permet de décrire le parcours de soins volontairement programmés à l'étranger. Certains enjeux éthiques peuvent être dégagés autour de deux domaines : l'accès au soin, et la relation de soin dans le pays d'accueil et le pays d'origine du patient. Selon le rapport de la Cour des Comptes en 2010, l'accès au soin dentaire en France est particulièrement inégal, notamment par renoncement aux soins des assurés les plus modestes et par refus de soin de la part des dentistes des populations bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU). Le support de médiation qu'est internet doit entraîner une vigilance accrue. L'impact des médias et des stratégies marketing est majeur dans le recours au soin à l'étranger, et modifie la relation de soin initiale praticien/ patient en praticien/ patient/ média et l'investissement d'une relation pédagogique nouvelle [54] [55]. Le rôle du média est majeur dans la préparation du parcours de soin à l'étranger par le patient. Une manipulation commerciale agressive se fait sur internet, lieu de détournement publicitaire : faux témoignages, faux profils, promesses irréalistes. La question de la réelle autonomie et liberté de ces patients dans de telles conditions de désinformation se pose. La relation de soin à l'étranger est souvent décrite comme

impersonnelle, pauvre en information, le délai de réflexion pour consentir aux soins est inexistant. Une étude, ayant pour objectif principal d'étudier la relation de soin entre le chirurgien-dentiste français et le patient qui a entrepris des soins à l'étranger volontairement programmés, a été menée sous forme de questionnaire et d'analyse de forums, afin d'explorer le point de vue des différents acteurs [46]. Le gain économique peut être un facteur inconscient de diminution du niveau d'exigence des patients. La dimension relationnelle est compromise par la notion de discontinuité de la chaîne de soin, et le faible engagement des praticiens à l'étranger quant au suivi thérapeutique et en termes de responsabilité, la recherche de satisfaction immédiate est évidente. Les motivations sont le gain économique, la rapidité des soins, la perte de confiance dans le système de soin Français et les praticiens. La notion de confiance dans la relation de soin est liée à la dimension relationnelle en termes d'information, d'écoute, de suivi, de responsabilité en cas d'échec. Les enjeux les plus préoccupants sont les questions de suivi et de responsabilité, la qualité et la pérennité des soins et la sécurité.

Un sentiment d'évolution de la relation de soin dentaire vers une relation marchande est très présent, la notion de valeur se substitue à la dignité de la personne dans un processus d'objectivation. La « maladie » est préférée au « malade », la dépersonnalisation du patient et son objectivation en actes compromet la relation de soin. Les praticiens français ne souhaitent pas être des acteurs participants à ces soins réalisés à l'étranger et ne veulent pas assurer le suivi de ces patients. Une situation d'abstention thérapeutique dans le suivi est préférée face au risque potentiel de poursuite en responsabilité civile professionnelle. Le problème du remboursement des soins est aussi remis en question, en effet les soins réalisés à l'étranger sont remboursés par la sécurité sociale et les mutuelles, mais il n'y a aucune cotisation sociale en retour sur ces honoraires. [54] [55]

III. Illustration clinique

1. Présentation du cas initial

Mme F. se présente à la consultation pour une demande de devis en implantologie afin de remplacer les deux incisives centrales maxillaires 11 et 21, expulsées étant jeune lors d'un traumatisme. Elle a été vue par le Dr. CHABRERON et moi-même. Aucun antécédent médical n'est à signaler, ni aucune pathologie particulière. Lors de l'examen endobuccal, 11, 21, 26 et 46 sont absentes et il n'y a aucun autre soin à réaliser.

Mme F possède une prothèse partielle amovible en résine deux dents (11 et 21) depuis plusieurs années et se plaint de l'instabilité et de la fragilité de celle-ci. Un nombre important de fractures de la plaque résine nous sont rapportés. Toutes les dents restantes, sans exception, sont vitales et saines. Les incisives centrales ayant été expulsées des années auparavant, l'état osseux est stable, il en est de même au niveau de 26 et 46. Madame F. n'a pas beaucoup de moyens financiers.

2. Prises de décision en fonction des types de relation patient-praticien

Dans le cas de cette patiente, on comprend aisément ses attentes esthétiques, notamment au niveau de 11 et 21. Notons que dans sa vision naturaliste, le chirurgien-dentiste traditionnel ne se pose pas la question du bien-fondé de son intervention. Il s'agit de retrouver une fonction, et donc l'esthétique qui va avec.

Dans l'absolu, quatre grands cas de figure peuvent être envisagés : l'abstention thérapeutique avec information des risques, la solution implantaire, la solution de prothèse à pont et la prothèse amovible.

Ici, l'abstention thérapeutique ici n'est pas envisagée, même si c'est une possibilité, étant donné l'importance accordée à l'esthétique dans le secteur maxillaire antérieur.

De même, l'option de la prothèse fixée paraît peu judicieuse en vue de la situation clinique, que ce soit sous forme de bridge collés ou non. La notion d'économie tissulaire ne peut pas être respectée.

- Dans une approche paternaliste, il existe un risque de refus de soins de la part du praticien, surtout lorsque le praticien se « réfugie » derrière les « données acquises de la science ». Ici, les données acquises de la science sont certes clairement en faveur de la solution implantaire. Il est clair que l'information sur les implants doit être faite, mais le praticien paternaliste pourra de plus être tenté par ne pas proposer d'alternatives thérapeutiques (et ce même si, par exemple, le patient ne peut pas financer cette solution).
- Dans une approche consumériste, le praticien informe le patient des différentes possibilités, l'informe des avantages et risques de chaque solution, ainsi que des coûts. Il laisse le patient prendre sa décision, et réalise l'intervention.
- Dans une approche délibérative, le praticien va essayer de convaincre le patient de choisir la meilleure solution sur le plan médical (ici, le traitement implantaire). Il va lui faire prendre conscience que c'est la meilleure solution, en lui expliquant pourquoi. Toute solution alternative ne pourra être qu'un compromis provisoire, à éviter au maximum. Il va essayer de chercher avec le patient comment ce dernier pourrait

modifier des éléments de sa propre vie (par exemple en organisant le financement des soins) afin de maximiser les chances de réaliser la « meilleure » solution.

- Dans une approche interprétative, le praticien conseille en fonction des éléments de vie du patient. C'est l'approche choisie et décrite ici.

Après discussion des possibilités thérapeutiques, il a été décidé avec Mme F. qu'une solution prothétique transitoire serait mise en place, et que ceci n'empêche pas la réalisation ultérieure d'implants. Suite aux antécédents de fractures multiples de la prothèse amovible résine existante, le choix d'une prothèse résine en Valplast © trois dents (11, 21 et 26) a été fait pour le maxillaire.

Concernant l'absence de la 46, une prothèse amovible d'une seule dent paraît non seulement peu judicieux mais potentiellement dangereux car les risques d'ingestion/ inhalation existent. De telles prothèses ne sont clairement pas admises par les données acquises de la science. La prise de décision partagée s'est finalement orientée vers la réalisation d'un « bridge collé » suggérée par Dr. CHABRERON au moyen d'attelles en composites collées en support d'une dent résine, dans l'initiative d'une expérimentation mais aussi pour répondre à l'attente de la patiente. Cette « créativité » dans les solutions thérapeutiques est caractéristique de l'approche interprétative, elle est une réponse à la singularité de chaque situation clinique.

3. Attelles fibrées et prothèse à base souple: données actuelles

3.1 Attelles fibrées [56]

Les attelles fibrées collées sont utilisées dans les cas de mobilités dentaire, de problèmes parodontaux, de traumatologie post extractionnelle et de contention post orthodontique. Elles ont comme avantages un bon rapport qualité/prix, une compatibilité avec n'importe quel composite de collage, le côté pratique et esthétique, le confort de travail et les retouches faciles. Elles sont classées en fonction de la nature des matériaux (polyéthylène, verre ou céramique), de leur architecture (fibres tressées, tissées ou unidirectionnelles) et de leur imprégnation ou non. L'orientation des fibres détermine leur utilisation :

- Les fibres tissées ou tressées sont plus faciles à manipuler car elles ont moins de mémoire de forme que les fibres unidirectionnelles et s'adressent particulièrement aux dents en malposition.
- Les fibres unidirectionnelles sont plus solides et plus rigides et s'adaptent parfaitement aux solutions occlusales contrariées.

La mise en place de la digue est indispensable pour effectuer le collage dans de bonnes conditions tout en évitant la contamination salivaire. Le collage peut être optimisé par micro sablage à l'aide d'oxyde d'alumine à 20 μ m et permet un bon nettoyage des surfaces dentaires.

Une bonne connaissance des principes d'adhésion aux tissus dentaires contribue au succès clinique des restaurations adhésives de manière générale et donc des attelles collées. Cela permet également d'exploiter au mieux le potentiel de chaque système adhésif et de sélectionner les matériaux les plus adaptés à la situation clinique. Les critères d'une adhésion durables en dentisterie sont basés sur le contact intime entre deux substrats solides liés par une substance liquide ou fluide (adhésifs). Ce contact va dépendre de la mouillabilité du substrat, de la morphologie, de son état de surface et plus précisément sa rugosité (obtenue par traitement de surface par sablage et/ou mordantage), et de la viscosité de l'adhésif.

Les protocoles de collages sont dépendants de l'adhésif utilisé. Les adhésifs de quatrième génération sont caractérisés par un protocole clinique en trois temps :

- Un mordantage acide de l'émail et de la dentine
- L'application d'un primaire
- L'application de la résine adhésive

Ils peuvent être conditionnés en un flacon auto-mordant, deux flacons (le primaire et la résine regroupée) ou en trois temps comme dit précédemment.

Les fibres utilisées comme trame de renfort permettent d'augmenter la solidité des attelles et réduisent les risques de fracture surtout au niveau des connexions qui représentent des zones de faiblesses pour la contention. Les attelles composites ont donc les propriétés des deux matériaux en présence pour potentialiser les propriétés physiques de l'ensemble. Au niveau des propriétés mécaniques, les caractéristiques importantes sont la limite d'élasticité et la charge de rupture. Elles doivent aussi être biocompatibles, avoir une absorption d'eau minimale, des propriétés optiques qui permettent une translucidité et permettent de les dissimuler sous une faible épaisseur de composite, et une aptitude au collage et l'adhésion à la résine. Une manipulation aisée est recherchée.

L'économie tissulaire est une règle de base même si certaines situations exigent tout de même des préparations dentaires au seul niveau amélaire le plus souvent.

Les surfaces amélares doivent être propres et saines (le détartrage ayant été fait), l'utilisation d'une pâte fluorée faiblement abrasive est prohibée car elle risque d'entraver le l'adhésion. Le sablage est possible mais uniquement après mise en place de la digue. L'étape de mordantage acide est primordiale, les gels d'acide phosphorique (concentration entre 32% et 37%) de couleur sont utilisés pour visualiser l'application du produit. Leur durée d'action est de 30

secondes en général en fonction du produit et le rinçage doit avoir la même durée sous peine de laisser des résidus d'acide ou des débris dentaires.

Une fois l'attelle collée, la finition est primordiale pour une parfaite intégration esthétique et un confort maximal pour le patient. Il est conseillé d'utiliser une pâte abrasive. Un composite fluide au niveau de l'interface dent-attelle donne une uniformité de l'ensemble en créant une continuité harmonieuse entre la dent et l'attelle.

Les impératifs d'une attelle composite sont :

- Une intégration esthétique aussi parfaite que possible en mettant l'accent sur une non modification de la forme des dents, la non visibilité des connecteurs et le respect des embrasures.
- Un accès à l'hygiène non perturbé, avec de passage de brossettes possible
- Une flexibilité de l'ensemble pour respecter la mobilité physiologique
- Une bonne résistance aux contraintes
- Une intégration parfaite dans le système occlusal

Au niveau du pronostic, le recul clinique sur ce type de traitement est relativement court et le suivi à long terme n'est pas connu. Des micro-fissures se forment sous les contraintes malgré la flexibilité de l'ensemble. Un des plus grands risques est le décollement. La différence de coefficient de dilatation thermique entre la dent et le composite pose des problèmes surtout au niveau du joint. Des remplacements unitaires de dents sont efficaces soit en gardant la couronne naturelle soit en prenant une dent en polyméthacrylate de méthyle. C'est ce que nous avons tenté de réaliser chez Mme F.

3.2. Prothèse à base souple : le Valplast ©

Le Valplast © est une marque déposée qui correspond à un matériau thermoplastique injecté (à 150° de température et 8 bars de pression) ayant pour base un nylon spécialement conçu pour le domaine médical. Il ne s'agit pas de résine (polyméthacrylate de méthyle), car il ne contient pas de monomère liquide polymérisateur de la résine, principale cause d'allergie chez certains patients. Plusieurs teintes existent pour s'adapter aux diversités ethniques.

Les applications définies par le fabricant sont :

- La prothèse partielle amovible, elle assure une bonne esthétique et un grand confort, notamment pour les édentations encastrées Classe III de Kennedy.
- La prothèse partielle amovible temporaire en provisoire d'implant
- La prothèse complète (utilisée en non flexible)
- La prothèse partielle amovible en association avec une armature métallique (crochets esthétiques et rétentifs).

Les indications et avantages énumérés sont :

- Esthétique : Les crochets sont esthétiques, peu visibles. La légère translucidité du matériau et le choix de teinte permettent une bonne adaptation à la teinte gingivale du patient.
- Allergie aux monomères ou au métal
- Solidité, flexibilité
- Crochets rétentifs et atraumatique (non compressifs, utilisation d'une cire d'espacement sur le maître modèle)

- Réglable au cabinet et rebasage possible : les crochets sont activables après les avoir trempé dans de l'eau bouillante et en les replongeant sous l'eau froide en les maintenant avec la pince
- Plus léger, et moins encombrant : pour un meilleur confort du patient
- Biocompatible : absence de monomères, aucune allergie connue

4. Résultats

4.1 Etapes pré-prothétiques

Après la réalisation d'empreintes maxillaires et mandibulaires à l'alginate et la coulée des modèles, j'ai sculpté la 46 en cire (figure 32 a et b). Un espacement à la cire entre la crête et le wax up est mis en place.



Figure 32. a.



Figure 32. b.

Figure 32. a et b. Photographie du modèle en plâtre mandibulaire après réalisation de la 46 en cire.

Une empreinte en silicone de la dent en cire a permis la sculpture en composite de la 46, en teinte A3 (figure 33.).

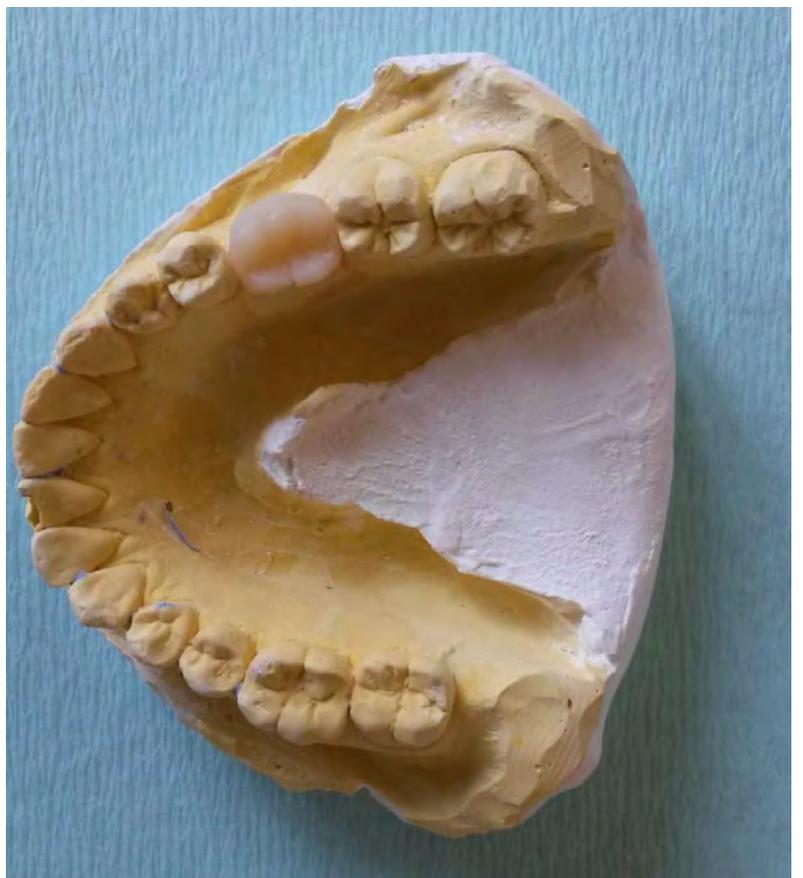


Figure 33. Photographies de la 46 sculptée en composite teinte A3

Une scelle en composite est réalisée d'abord en cire sous la dent en composite, puis par la même méthode, transposée en composite pour permettre d'intercaler les attelles fibrées entre les deux éléments.



Figure 34. Photographies des étapes de réalisation de la selle en composite

4.2 Protocole de réalisation

La mise en place de la digue est indispensable, de façon générale pour un collage, mais d'autant plus dans une situation expérimentale de reconstitution d'une première molaire au moyen d'attelles fibrées. La surface de collage étant peu importante, le collage doit être impérativement réalisé dans des conditions optimales, notamment d'étanchéité, en exploitant au maximum les surfaces mises à disposition.

La digue est mise sur la 45 et la 47 à l'aide de deux clamps afin de sertir correctement les deux dents et dégager au maximum jusqu'au collet (figure 35.). Un léger traitement de surface de l'émail est réalisé à l'aide d'une fraise congé bague jaune sur les faces vestibulaire, lingual et en regard de l'édentement.

Enfin, la mise en place d'un adhésif après mordantage à l'acide orthophosphorique est réalisée.

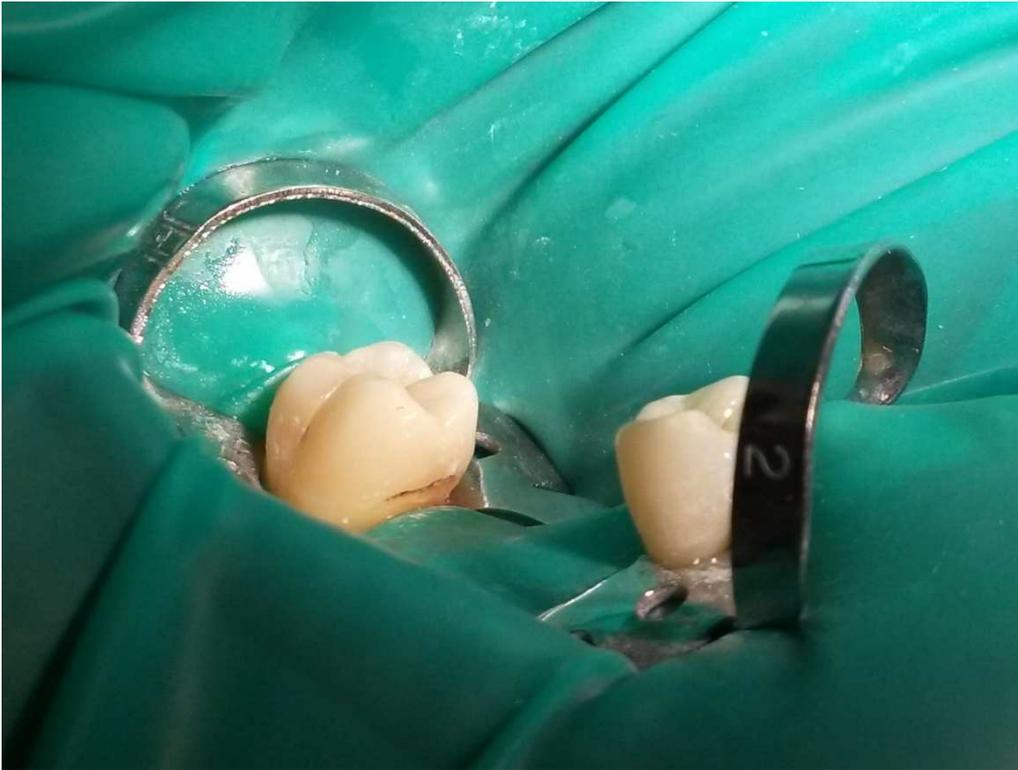


Figure 35. Photographie endobuccale après mise en place de la digue

Les attelles fibrées sont disposées en « croix », collées de la face vestibulaire d'une dent à la face linguale de l'autre par du composite fluide de chez VOCO ©. Les deux éléments pour reconstituer la 46 en composite sont placés de part et d'autre des attelles et collés en « sandwich » grâce à du composite fluide.

Les éléments d'attelles fibrées sur les faces vestibulaires et linguales de 45 et 47 sont recouvertes de composite non fluide afin de consolider au maximum l'armature réalisée (figure 36.).



Figure 36. Photographie endobuccale après collage des attelles fibrées

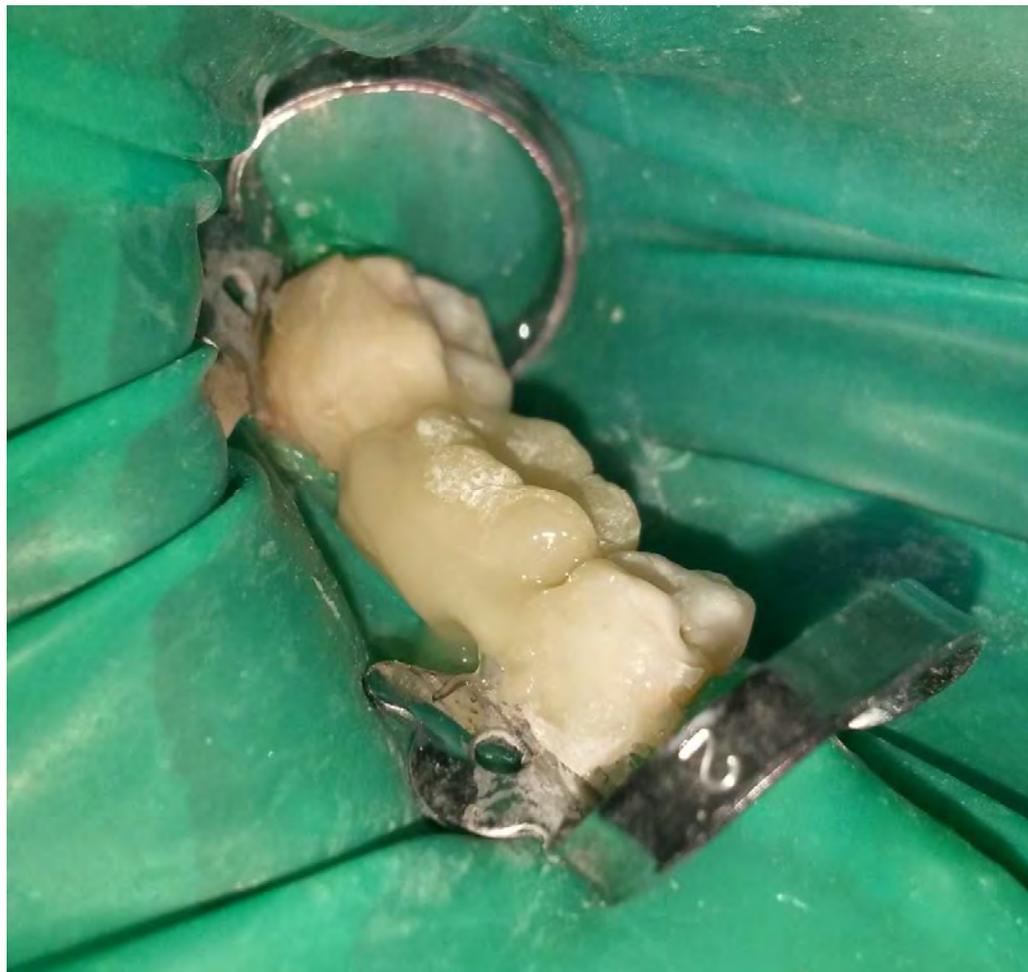


Figure 37. Photographie endobuccale avant réglage de l'occlusion et polissage



Figure 38. Photographie endobuccale en fin de séance



Figure 39. Photographie endobuccale après contrôle à deux semaines



Figure 40. Photographie endobuccale après contrôle à un mois

CONCLUSION

La participation du patient à la décision, son information et les discussions éclairées sont des éléments fondamentaux de la relation patient-praticien. Comme dans toute reconstruction esthétique, dentaire ou non, il faut éviter de prendre comme prétexte la pathologie pour soigner l'esthétique, et tenter de décrypter les raisons de la demande esthétique, d'une éventuelle souffrance plus profonde, en évaluant au mieux la dimension émotionnelle de l'acte attendu. En cela le diagnostic constitue la pierre angulaire de toute approche médicale. Il faut savoir refuser certaines demandes du patient qui ne correspondent pas à notre sensibilité de soignant et d'individu. L'éthique professionnelle est une valeur essentielle, à privilégier dans une attitude d'assertivité et d'honnêteté intellectuelle.

Le praticien qui suit les protocoles d'uniformisation esthétique risque de devenir un «technicien du sourire » et non plus un artisan de celui-ci, en « fabriquant » un sourire aux caractéristiques données plutôt que soignant une personne en tant qu'humain à part entière.

Le motif de consultation, la demande du patient, sont des éléments essentiels à considérer dans la construction du projet thérapeutique et la restauration esthétique dentaire. Ainsi, dans la réussite du traitement, la satisfaction du patient est primordiale, car son insatisfaction fait automatiquement du traitement un échec. Mais la satisfaction du patient n'est pas la preuve unique de la réussite du traitement. La qualité d'un traitement aussi doit être évaluée sur des critères objectifs. [12]

Il semble aujourd'hui que la pratique odontologique dominante vis-à-vis de l'esthétique dentaire soit ancrée dans une vision naturaliste. Toutefois, la société change, et il n'est pas certain que cette vision réponde aux évolutions futures. Par exemple, le phénomène croissant de caractérisation des prothèses amovibles dentaires permet de répondre à des demandes

particulières. Chaque praticien doit être amené à se demander à quoi il voudrait que son exercice ressemble, à la finalité de son exercice en considérant ses limites avec sérieux et gravité. Un travail de conscientisation est nécessaire, en trouvant pour chaque patient l'équilibre entre les exigences culturelles auxquelles il faudra répondre, et ce que la rationalité médicale moderne impose comme « bien physiologique ».

Esthétique et fonction doivent être les deux faces d'une même pièce que patient et praticien regardent ensemble.

Vu, le directeur de
thèse,



le 24.03.15

Vu la présidente



24/03/2015

BIBLIOGRAPHIE

1. **PORTET V.** : *La communication inter personnelle patient-praticien en chirurgie dentaire analyse sociologique et critères d'optimisation, Thèse de chirurgie dentaire, Toulouse, 2013, 3004*
2. **OFFNER D., MUSSET A.-M., THIEL M.-J.** : *To a standardized smile : limits and risks of a normalized aestheticism, , Ethique & santé, volume 9, numéro 1, pages 22-28, 2012.*
3. **EMANUEL E. J., EMANUEL L. L.** : *Four models of the Physician-patient relationship, JAMA, 1992 ; 267(16) : 2221-2226.*
4. **LEJOYEUX E.** : *Esthétique du visage. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Odontologie/Orthopédie dentofaciale, 23-460-C-20, 2003, 8p.*
5. **ILLICH I.**, Némésis Médicale : l'exploration de la santé, édition du seuil, 1975
6. **CAMPBELL EJM, J.G SCRADDING, R.S. ROBERTS**, The concept of disease. BMJ, 1979, 11 :757-62
7. **SMITH R.**, In search of « non-disease », BMJ, 2002, Volume 324
8. **GUIARD-SCHMID J.B**, Groupe Français d'Etude et de Recherche sur le Piercing, Assistance publique – Hopitaux de Paris, Guide des bonnes pratiques du piercing : guide technique à l'usage des professionnels du piercing, recommandations pour la prévention de la transmission des maladies infectieuses, mars 2001
9. **LEBRETON D.**, Signes d'identité : Tatouages, piercing et autres marques corporelles, Edition Metailié, 2002
10. **BRESSMANN T.**, Self-inflicted cosmetic tongue split : a case of report, J.Can. Dent. Assoc. 2004, 70(3) : 156-157
11. **BRESSMANN T.**, Speech adaptation to a self-inflicted cosmetic tongue split : Perceptual and ultrasonographic analysis., Clin. Linguist. Phon. 2006, 20(2-3) : 205-210
12. **DUHAUT C.**, Piercings, tatouages et autres modifications corporelles : les liens avec la santé et approche du pharmacien d'officine, thèse de pharmacie, 1981
13. **CARPENTIER M.**, A propos d'ethno-esthétique : les mutilations buccodentaires volontaires, thèse de chirurgie dentaire, Nancy-Metz, 2011
14. **BAUDOUIN M.** ,La signification véritable des mutilations dentaires ethniques et préhistoriques, Sem. Dent. 1924, 34 : 880-884
15. **BORBOLLA D.F.R.** Types of tooth mutilation found in Mexico, Am. J. Phys. Anthropol. 1940, 26(1) : 349-365

16. **CADOT S., MIQUEL J.L.**, Etude descriptive et approche technique des incrustations dentaires dans le Mexique précolombien, *Odonto. Stomatol. Trop.* 1990, 13(2) : 42-51
17. **PLÉNOT H.R.**, Les mutilations dentaires chez les peuples méso-américains, *Inf. Dent.* 1969, 51(47) : 4465-4479
18. **TIESLER V.**, Head Shaping and Dental Decoration Among the Ancient Maya: Archeological and Cultural Aspects, 64 Meeting of the Society of American Archaeology, Chicago 1999
19. **VUKOVIC A., BAJSMAN A., ZUKIC S., SECIC S.**, Cosmetic dentistry in ancient times - short review, *Bull. Int. Assoc. Paleodont.* 2009, 3(2) : 9-13
20. **CORBIERE G.**, les mutilations dentaires en Extrême-Orient, thèse de chirurgie dentaire, Paris, 2003
21. **AI S., ISHIKAWA T., SEINO A.** , « Ohaguro » traditional tooth staining custom in Japan, *Int. Dent.* 1965, 15(4) : 426-441
22. **AL SHAWAF M., RUPRECHT A., GERARD P., AL ABED A.** , Gingival tattoo, an unusual gingival pigmentation : report of 4 cases, *J. Oral Med.* 1986, 41(2) : 130-133
23. **RICKETS R.M.**, The golden divider. *J Clin Orthod.* 1981; 15(11):752-9.
24. **RICKETS R.M.**, Esthetics, environment and the law of lip relation. *Am J orthod.* 1968; 54: 272
25. **RUEL-KELLERMANN M.**, la relation patient-praticien en odontologie, *Encycl Med Chir (Paris), odontologie*, 23840 C, 1989, 3.
26. **RUEL KELLERMANN M.**, Cent ans de considérations sur le facteur humain en odontologie, *Chir Dent Fr* 1993 ; 652 :27-32
27. **RUEL-KELLERMANN M.**, Le facteur psychologique dans l'approche globale du patient.
28. **RAÏS M.** : *Considérations esthétiques sur le sourire : étude préliminaire sur une population marocaine, Thèse de Chirurgie Dentaire, Dakar, 2005, 23.*
29. **CAUDILL R., CHICHE G.** : Esthétique et gencive, dans Chiche G., Pinault A. : Esthétique et restauration des dents antérieures, Edition Cdp, Paris 1995, p.177-198.
30. **TJAN A. H. L., MILLER G. D.** : *The JGP Some esthetic factors in a smile, J. Prosthet. Dent.* , 1984 ; 51 : 24-8.
31. **BEDOS C, LEVINE A, BRODEUR JM.** How people on social assistance perceive, experience, and improve oral health. *J Dent Res.* 2009 Jul;88(7):653-7.
32. **POMAREDE N.** : *Acide hyaluronique, Ann Dermatol Venerol, Elsevir Masson, 2008 ; 135 :1, 35-38.*

33. **ABOUDHARAM G., FOUQUE F., PIGNOLY C., CLAISSE A., PLAZY A. :** *Eclaircissement dentaire, Encycl Méd Chir, Elsevier Masson, 2008.*
34. **TOUATI B., MIARA P., NATHONSOND,** Dentisterie esthétique et restauration en céramique, Édition CDP, 1999
35. **TOUATI B.,** Le rôle de la forme et de la position des dents dans la réussite esthétique.ID 1999, 16:1139-1143
36. **S.-A. KOUBI, J.-L. BROUILLET, A FAUCHER, G. KOUBI, H. TASSER:** Nouveaux concepts en dentisterie esthétique, Encycl Méd Chir [28-745-M-10].
37. **GOMES G., PERDIGAÕ J. :** Prefabricated composite resin veneers - a clinical review, Journal of Esthetic and Restorative Dentistry, 2014-06-20
38. **JÜRGEN M.,** *Esthétique antérieure parfaite grâce aux facettes céramiques collées, rev mens Suisse Odontostomatol, Vol. 121, 1/2011.*
39. **EDELHOFF D, SORENSEN JA :** *Tooth structure removal associated with various preparation designs for anterior teeth, J Prosthet Dent, 2002 ; 87(5) : 503-9.*
40. **JAVAHERI D :** *Considerations for planning esthetic treatment with veneers involving no or minimal preparation, J Am Dent Assoc. 2007 ; 138(3) :331-7*
41. **CHEN J H, SHI C X, WANG M, ZHAO S J, WANG H :** *Clinical evaluation of 546 tetracycline-stained teeth treated with porcelain laminate veneers, J Dent, 2005, 33 :3-8.*
42. **OMAR H, ATTA O, EL-MOWAFI O, KHAN S A :** *Effect of CAD-CAM porcelain veneers thickness on their cemented color, J Dent, 2010.*
43. **COELHO S. :** *Piercing buccaux ou péri-buccaux, Thèse de Chirurgie Dentaire, Toulouse, 2005.*
44. **ADA (American Dental Association),** Grills, “grillz,” and fronts., J Am. Dent. Assoc. 2006, 137(8) : 1192
45. **PARIS J.C., FAUCHER A.J. :** *Le guide esthétique. Comment réussir le sourire de vos patients ?, Paris : Quintessence international, 2004.*
46. **Pierre Fabre Oral Care :** 40ans de chirurgie dentaire, éditions privat, 2008.
47. **KUZKOWSKI, BENUMOF,** Repeat cesarean section in a morbidly obese parturient: a new anesthetic option, 2002
48. **LECOQ G., TRUONG TRAN TRUNG L. :** *L'esthétique du sourire : la beauté calculée ? ; Encycl Méd Chir, Elsevier Masson, 2014.*
49. **CANGUILHEM G.,** Le normal et le pathologique, Paris: PUF,1994

50. **YIN L., JIANG M., CHEN W., SMALES R.J., WANG Q., TANG L.:** Differences in facial profile and dental esthetic perceptions between young adults and orthodontists, *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*, 2014; 145(6):750-6
51. **ADEBANKE KOLAWOLO K., OLUSEUN AYENI O., IJEOMA OSIATUMA V. :** Impact psychosocial de l'esthétique dentaire sur les étudiants en première année d'université, *International Orthodontics*, Volume 10 n°1, 2012, p96-109.
52. **MARQUES L.S., FILOGÔNIO C.A., FILOGÔNIO C.B. , et al.** Aesthetic impact of malocclusion in the daily living of Brazilian Adolescents *J Orthod.* 2009 ; 36 (3) : 152-159
53. **FOUCHE G. :** Soins dentaires à l'étranger : Impact sur la relation chirurgien-dentiste/patient, Master 2 : recherche en éthique, Paris, 2012.
54. **LEPUT S. :** Le tourisme médical, opportunité ou menace pour le système de santé français ? , Mémoire en Licence Management de la Santé, Paris, 2008.
55. **AÏSSA K. :** Mondialisation des soins et tourisme médical, Etude pour l'institut Montparnasse, Paris, 2013.
56. **CAUTAIN C., ABOUDHARAM G. :** Réalisation d'une attelle de contention, *Clinic* Vol.31, 2010.

Lien internet :

1. www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr
2. www.blanchimentdentaire.com
3. www.sante.gouv.fr
4. www.legifrance.gouv.fr
5. www.bme.com
6. www.anism.sante.fr
7. www.dentiste.be
8. <http://conseildentaire.com/2011/12/13/le-valplast-par-jean-philippe-hauteville/>
9. http://www.dr-benichou-bernard.chirurgiens-dentistes.fr/acide_hyaluronique.php
10. <http://atilf.atilf.fr> Trésors de la langue française informatisée

Sources des photographies :

Figure 1. : <https://frankiemorellomilan.files.wordpress.com>

Figure 2. : <http://cabinetdecuriosite.creerforums.fr/t1919-scarification>

Figure 3. : <http://www.franceculture.fr/personne-orlan.html>

Figure 4. : [http://moviespictures.org/biography/Sprague, Erik Lizard Man](http://moviespictures.org/biography/Sprague,_Erik_Lizard_Man)

Figure 5, 6, 7, 8. : <http://www.jojo-lita.fr/>

Figure 9. : <http://anduethiopia.com/index.php/mursi-tribe>

Figure 11 : <http://regardevoir.net/a-la-rencontre-des-ethnies-ann-et-akha-2/>

Figure 13 : <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1224189/Caged-human-zoo-The-shocking-story-young-pygmy-warrior-monkey-house--fuelled-Hitlers-twisted-beliefs.html>

Figure17. : http://www.dr-benichou-bernard.chirurgiens-dentistes.fr/acide_hyaluronique.php

Figure 19 à 24 : www.bme.com

Figure 25. : <http://www.piercingtime.com/>

ESTHETIQUE ET RELATION DE SOIN EN ODONTOLOGIE

RESUME EN FRANÇAIS :

La relation entre patient et praticien est au cœur de l'éthique médicale, en évolution depuis des décennies, et fait l'objet de nombreux débats. Un déplacement de l'autorité est constaté, concernant la prise de décision, du praticien au patient. La communication avec le patient est un élément capital de l'exercice des professions de santé et correspond à une nécessité d'ordre éthique dans leur formation. La prise de décision partagée permet au patient d'avoir un rôle dans son traitement, et met en avant la notion d'autonomie du patient. L'équilibration des pouvoirs décisionnels implique de nombreuses questions d'ordre éthique, en particulier pour les questions d'ordre esthétique. Dans une société où l'image prime, le chirurgien-dentiste doit trouver sa place, entre esthétique et fonction, pour répondre à la demande des patients et assurer une prise en charge optimale. La participation du patient à la décision, son information et les discussions éclairées sont des éléments fondamentaux de la relation patient-praticien. Un plan de traitement adapté à chaque patient et satisfaisant à ses attentes doit être évalué par rapport aux limites déontologiques et culturelles de notre profession.

TITRE EN ANGLAIS : Aesthetic, odontology and the dentist-patient relationship

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS-CLES : Esthétique, odontologie, dentiste, modification corporelle, relation de soin, sourire, prise de décision partagée, réflexion éthique, approche centrée sur le patient

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de Chirurgie Dentaire

3, chemin des Maraichers

31062 Toulouse Cedex 9

Directeur de thèse : Dr VERGNES Jean-Noel