

Année de soutenance : 2016

N°:

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2016

Par PHILIPPE Thibaut

Né le 07/01/1991 à Béthune en France

**La réhabilitation esthétique du sourire, de la première
consultation à la validation du projet.**

JURY

Président : Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Docteur Céline CATTEAU

Docteur Thibaut BECAVIN

Docteur Laurence LESIEUR

ACADEMIE DE LILLE
UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

-*_**_**_**_**_**_**_**_**_**_

FACULTE de chirurgie dentaire
PLACE DE VERDUN
59000 LILLE

-*_**_**_**_**_**_**_**_**_**_

Président de l'Université :	Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université :	P-M. ROBERT
Doyen :	Pr. E. DEVEAUX
Assesseurs :	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et . G. PENEL.
Chef des Services Administratif :	S. NEDELEC

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie Doyen de la Faculté
P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Odontologie pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento- Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, matériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Responsable de la Sous-Section de Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses

L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Aux membres du jury. . .

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université René DESCARTES (PARIS V)

C.E.S d'Odontologie Chirurgicale

Habilité à diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury, dans cette dernière
ligne droite, veuillez accepter mes sincères remerciements.*

*Également, trouvez dans ce travail l'expression de
mon plus grand respect.*

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférence des Universités -Praticien Hospitalier des CSERD

*Sous section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale
Docteur en Chirurgie Dentaire*

Responsable de la Sous Section Prévention et Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur de l'Université d'Auvergne -Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé & Recherche Clinique -Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires

Formation certifiante «concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient»

Secrétaire générale de la Société Française de Gérontologie.

Je suis très heureux que vous ayez accepté de participer à cette grande journée.

*J'ai beaucoup appris en pédodontie à vos côtés grâce à votre
gentillesse, vos encouragements et vos conseils avisés.*

Trouvez ici l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Conservatrice - Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 1 Informatique Médical de Lille 2

Master 2 Biologie et Santé de Lille 2

Responsable de la sous-section d'Odontologie Conservatrice - Endodontie

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail, pour avoir accepté de
faire partie de ce jury avec dynamisme, et pour tous ces moments
passés en salle 500 à vos côtés, veuillez recevoir
l'assurance de mon profond remerciement.*

Madame le Docteur Laurence LESIEUR
Attachée hospitalo-universitaire.

Sous-Section Odontologie Conservatrice - Endodontie

Docteur en chirurgie dentaire

C'est un immense honneur pour moi de vous avoir comme maître de thèse. Vous serez toujours un modèle de passion et de professionnalisme pour moi.

Encore merci pour tout le temps que vous m'avez consacré en plus de vos journées bien chargées. Je n'oublierai pas ces moments à vos côtés.

J'espère ne jamais vous décevoir et atteindre l'excellence que vous représentez.

Veillez trouver dans ce travail toute ma reconnaissance.

Je dédie cette thèse ...

-

Table des matières

Introduction.....	17
1. Les bienfaits d'un sourire.....	19
1.1. La confiance en soi.....	20
1.2. Un atout dans la communication.....	21
2. Les origines de la demande.....	22
2.1. Le rôle des médias.....	22
3. Les patients demandeurs.....	27
3.1. Les adolescents - jeunes adultes.....	27
3.2. Les quadragénaires et les quinquagénaires.....	27
3.3. La famille et les amis.....	28
3.4. L'événement.....	28
3.5. Les personnes âgées.....	28
4. Les patients non demandeurs.....	30
5. Le questionnaire Esthétique.....	31
6. La consultation.....	34
6.1. Les doléances du patient.....	35
6.2. La relation de confiance.....	36
7. La demande esthétique.....	38
7.1. La demande de consultation fondée.....	38
7.2. La demande de consultation non fondée.....	39
8. Les éléments d'études.	41
8.1. Le protocole photographique.....	41
8.1.1. Le visage de face 1/10 à 1/8.....	43
8.1.2. Le visage de profil 1/10 à 1/8.....	44
8.1.3. Le sourire ½.....	45
8.1.4. Le sourire 4 dents 1/1.....	45
8.1.5. ¾ de sourire droit et gauche ½ à 1/1,5.....	46
8.1.6. Une vue frontale (en position d'intercuspidie maximale) ½.....	47
8.1.7. Une vue frontale (en bout à bout) ½.....	48
8.1.8. Une vue ¾ droit et gauche (en protection latérale) ½ à 1/1,5.....	49
8.1.9. Une vue occlusale supérieure et inférieure (miroir) ½.....	50
8.2. Les modèles d'études.....	51
8.3. Le bilan radiographique.....	52
9. L'analyse esthétique.....	54
9.1. L'analyse du sourire.....	54
9.2. Analyse de la composition dentaire et la teinte des dents.....	61
9.3. Analyse parodontale.....	62
10. Digital Smile Design.....	64
10.1. Le premier rendez vous avec le logiciel.....	64
10.2. Le travail du praticien.....	65
10.3. Le risque de cette méthode.....	69
11. Diagnostic esthétique et plan de traitement.....	70
11.1. Le rôle du praticien.....	70
12. Le consentement éclairé.....	71
13. Le rôle du laboratoire de prothèse.....	72
13.1. La prise de teinte.....	72
13.2. Le cirage diagnostique.....	74
13.3. Le mock up.....	76

13.3.1. Les photos de cas.....	80
13.3.1.1. Cas d'un éclaircissement dentaire.....	80
13.3.1.2. Cas d'une restauration esthétique direct en composite.....	81
13.3.1.3. Cas d'une réhabilitation esthétique totale.....	82
Conclusion : La validation du projet prothétique.....	83
Références bibliographiques.....	85
Tables des figures.....	89

Introduction

Le métier de chirurgien dentiste est très complet, soigner des caries, extraire des dents, réaliser des couronnes, poser des implants. Ceci afin de préserver cette santé dentaire si précieuse(1).

Mais depuis quelques années, nous assistons à un grand changement au cœur de cette profession(2).

Dans ce monde actuel, l'apparence domine et les patients ressentent le besoin de rajeunir, de s'identifier à des images(3).

Les médias occupent un rôle très important dans cette évolution, par l'intermédiaire des magazines, des chaînes de télévision, des films, des publicités. Tous nous envoient des sourires blancs, des dents parfaitement alignées et symétriques tout âge confondu.

Ce faisant, de nouveaux matériaux, de multiples protocoles cliniques et de nombreuses formations esthétiques ont vu le jour ces dernières années, afin de satisfaire cette demande.

Le chirurgien-dentiste est le principal acteur. Il est important pour lui de prendre en compte ces attentes, et d'être en mesure de les intégrer dans un plan de traitement global.

L'approche psychologique personnalisée va teinter chaque étape clinique en instaurant une relation de confiance et permettre de déboucher sur un plan de traitement et une réalisation réussie, satisfaisant le patient et le praticien.

Dans cette thèse, nous développerons la prise en charge de ces patients en demande d'esthétique.

Dans un premier temps, les bienfaits d'un sourire dans la construction de l'individu, la confiance en soi, ainsi que l'origine des demandes.

Puis dans un second temps, la prise de contact entre le patient et le praticien lors de la première consultation, l'écoute avant tout, la réalisation des éléments permettant l'analyse du sourire (photographies, radiographies et empreintes).

La troisième temps se penchera sur l'ensemble des techniques à disposition, pour réaliser un bon diagnostic esthétique, puis un bon plan de traitement, et obtenir un

concentement éclairé du patient avant toute préparation irréversible.

En conclusion, nous démontrerons que l'ensemble de ces étapes sont nécessaires pour protéger notre pratique et ainsi rassurer le patient dans la prise de décision.

Trouver un équilibre ,entre gagner la confiance du patient et obtenir un résultat individuel, à l'image de chaque patient, unique, est fondamental.

1. Les bienfaits d'un sourire

Le sourire fait avant tout partie d'un corps et surtout d'un visage. Il illumine ce visage au même titre que le blanc des yeux. Il doit exister un équilibre entre la blancheur des dents et celle des yeux.

La beauté d'un sourire se lit dans les yeux de celui ou celle qui le regarde.

L'homme vit en groupe, et de son acceptation va dépendre son apparence. L'image qu'il donne de lui est pour un homme son premier moyen de communication. Le politicien est le vendeur, tandis que l'enseignant est le séducteur(4).

Le « langage émotionnel » qu'est le sourire est compris universellement, bien qu'il soit saisi d'une façon plus précise entre les individus de même culture. La réussite du sourire dépend de la combinaison de plusieurs éléments comme les lèvres, la gencive et les dents (5).

Un sourire esthétique inspire la santé, la fraîcheur, le charme et la séduction.



*Illustration 1: Le beau sourire, un rayonnement en société.
Origine site fotolia*

1.1. La confiance en soi

L'estime de soi est influencée par le regard des autres. Les moins beaux vont plus facilement créer un sentiment d'auto-dépréciation et d'infériorité. Tandis que les belles personnes vont être gratifiées de réactions positives de leur entourage.

Ce défaut d'estime de soi se matérialisera de deux façons, soit l'individu va se laisser aller, soit à l'inverse la personne sera trop dans le paraître(6).

La réhabilitation du sourire d'un patient permet de revaloriser son image corporelle et de lui renforcer « l'estime de soi » tout en contribuant à la communication entre les êtres humains. Le sourire fait partie des éléments de base sur lequel les humains se construisent psychologiquement.

La bouche représente le point critique de l'attraction physique. C'est l'élément premier qui va accrocher le regard de notre interlocuteur dans notre visage. L'amélioration de la morphologie faciale a un impact bénéfique sur l'estime de soi, et sur la capacité à gérer des relations entre adultes. Ceci est surtout vérifié chez les femmes, qui généralement sont plus sensibles à la beauté(7).

L'apparence devient l'un des sujets les plus importants de notre époque, à tel point qu'elle semble garantir à elle seule le bonheur et la réussite.

L'esthétique dentaire permet de retrouver un beau sourire en harmonie avec son visage et sa personnalité.

1.2. Un atout dans la communication.

Une étude indépendante demandée par l'académie Américaine de cosmétique dentaire révèle que(8) :

-99,7% des adultes pensent qu'un sourire est un avantage social important.

-96% des adultes pensent qu'un beau sourire rend attirant.

-74% des adultes estiment qu'un sourire dysharmonieux diminue les opportunités de carrière.

-Seulement 50 % des sondés sont satisfaits de leur sourire.

Un beau sourire, c'est un véritable passeport social, une carte de visite.

Montrer ses dents, est un signe de distinction sociale. Un sourire éclatant symbole de force et de confiance(9).

Rick Wilson, déclare que « Les personnes qui sourient dégagent des expressions amicales, elles sont spontanément perçues comme agréables »(10).

Peu importe le message, lorsque l'orateur sourit il apparaît comme empathique et donne envie de l'écouter. Le sourire exprime le plaisir de communiquer et joue dans notre société un rôle important.

Selon Lejoyeux et Flazeul (11):

-La prédominance de l'image dans notre société actuelle se caractérise par des sourires éclatants, des dents blanches, alignées, qui renvoient une image de jeunesse, de séduction.

Le sourire et les dents sont les acteurs essentiels de l'esthétique au même titre que le regard.

-L'apparence domine et les patients ressentent le besoin de rajeunir et de s'identifier à des images.

2. Les origines de la demande.

La demande esthétique est en pleine explosion. Et ce phénomène intéresse toutes les couches de la population et donc l'ensemble des praticiens(12).

2.1. Le rôle des médias.

Dans notre monde actuel, les affiches publicitaires et la télévision nous instaurent des critères esthétiques «standards». Nous sommes envahis par un flot permanent d'images de visages parfaits, de sourires harmonieux et de dents parfaitement alignées, et ce phénomène de mode nous pénètre insidieusement(13).

Selon Michel Lejoyeux (psychiatre) la publicité mise sur la valeur commerciale du sourire pour séduire les consommateurs, tout âge confondu(14).



Illustration 2: Une publicité visant les enfants de moins de 15 ans. Issue du site www.deedeparis.com

L'image corporelle dans la société occidentale est particulièrement importante. Elle incite donc de nombreux patients, de tout âge et de toutes conditions, à vouloir modifier leur apparence, mais également leur sourire.

Les patients rêvent d'« un sourire de star ». Dans leur inconscient, chacun se retrouve dans l'apparence d'une personnalité, que ce soit au cinéma, ou dans le domaine de la chanson. Elles sont pour eux des références esthétiques.

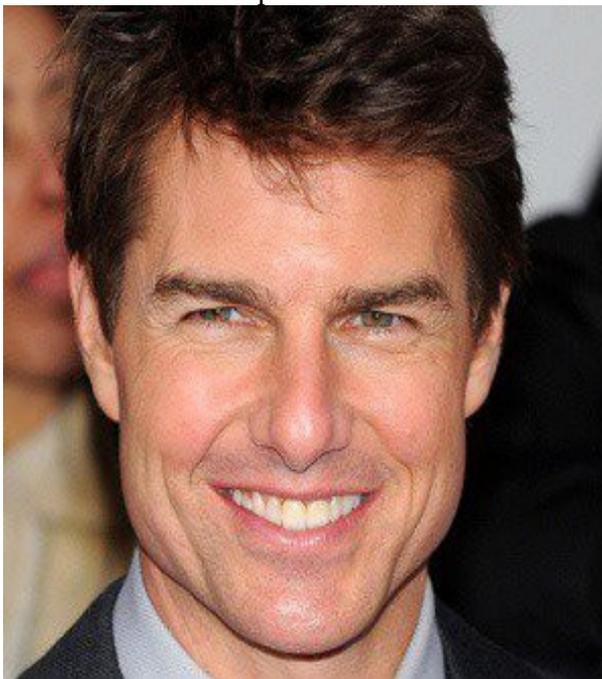


Illustration 3: Sourire de l'acteur Tom CRUISE. Issue du site famousbirthdays.com



Illustration 4: Photographie de l'actrice Penelope CRUZ. Issue du site ohmymag.com

Certains patients ont besoin de s'intégrer à un environnement social, et sont en quête de singularité et d'identité à un groupe social. La loi du groupe auquel il appartient s'inscrit toujours sur le corps.

Toutefois, notre idéal de beauté est faussé, car dans la publicité ou la presse, la majorité des photos sont retouchées. Grâce à des logiciels informatiques, l'image corporelle peut être totalement modifiée(15).



*Illustration 5: Exemple type de photographie avant et après retouche par ordinateur.
Issue du site makeup.pho.to*

Ces images permanentes du « sourire parfait » inculquent une sensation de mal être, qui peut entraîner les patients à modifier leur sourire dans le but d'atteindre ce modèle. Les canons de beauté influencent notre époque.

Le jugement de ce qui est beau ou non reste personnel, mais il est le fruit d'un long conditionnement depuis notre enfance par notre environnement.

Pour autant, même dans la dentisterie il existe des effets de modes.

Parfois, dans certains milieux, notamment celui du Rap et R&B, on peut retrouver des sourires plus brillants, différents de la normalité. Le « grill » est une prothèse dentaire décorative, en vogue dans la culture hip hop.



*Illustration 6: Le grill du rappeur lil FLIP.
Issue du site adra-matic.com*



*Illustration 7: Photographie type du twinkle.
Issue de Ooreka.fr*

L'évolution actuelle contredit les efforts des dentistes, qui ont tout mis en œuvre pour que leurs travaux se rapprochent du « naturel ». Le « twinkle » qui signifie littéralement « scintillement », est très populaire en Suède et aux Etats-Unis. C'est un bijou qui se colle sur les faces visibles des dents.



Illustration 8: :Publicité pour une mutuelle destinée aux seniors. Issue de images.google.fr

Prévoyance
Décès - Obsèques

Recevez votre devis **gratuitement et sans engagement** et
PROTÉGEZ VOS PROCHES DÈS AUJOURD'HUI !

- Simulation simple et rapide
- Capital compris entre 1000€ et 10 000€
- Devis gratuit et personnalisé en 2 min
- Pas de questionnaire médical

LANCER MA SIMULATION

Illustration 9: Publicité pour un contrat d'obsèque.

Les personnes plus âgées reçoivent quotidiennement des pubs avec des personnes de leurs âges, avec une dentition étincelante et parfaite. En plus de la pub en elle-même, le message provoque l'envie d'être comme les gens sur les photographies.

Les patients souffrent surtout d'un d'écart entre leur apparence physique et ce qu'ils souhaiteraient être. La demande esthétique vise à synchroniser la pensée du patient et son image.

3. Les patients demandeurs.

D'après une étude menée à Bordeaux en 2011 l'insatisfaction corporelle qui sous-tend une demande d'amélioration du sourire concernerait 38% de nos patients dans la mesure où ils consultent pour des raisons esthétiques.

Qui sont ces patients demandeurs ?

3.1. Les adolescents - jeunes adultes.

Ils veulent souvent des dents très blanches, parfaitement alignées.

Ils s'identifient aux stars et à leurs sourires.

L'orthodontie s'est généralisée depuis une trentaine d'années.

Désormais l'éclaircissement suit le même chemin.

3.2. Les quadragénaires et les quinquagénaires.

Ils représentent la majorité des cas rencontrés en esthétique. C'est la tranche d'âge la plus touchée par cette envie d'un nouveau sourire. Pourquoi ?

Ces patients ont eu beaucoup de soins, qui se sont dégradés avec le temps :

-Ils perdent le volume de leurs dents et la teinte s'assombrit.

-Des problèmes d'origine parodontale et d'usure dentaire apparaissent.

-Le praticien peut se retrouver face à des situations de réhabilitations délicates.

-Les femmes sont beaucoup plus sensibles à cette demande esthétique.

On entend parfois de la part de ces patients que leur sourire ne leur correspond plus, il est plus vieux qu'eux. C'est le devoir du praticien de prendre en compte les doléances du patient pour discerner les regrets d'une apparence esthétique personnelle disparue, de l'espoir d'une autre apparence esthétique.

3.3. La famille et les amis.

D'autres patients vont être envoyés par la famille ou l'entourage. La difficulté de la prise en charge de cette personne repose sur le fait que la démarche n'est pas personnelle. Le motif de l'entourage pourra être fondé ou non, mais il se peut aussi que le patient ne soit pas du tout gêné par ce défaut (exemple un diastème antérieur).

3.4. L'événement.

Pour d'autres, la prise de conscience va se faire suite à un événement de la vie, comme un mariage. On veut être beau pour un jour particulier. La difficulté de ce type de prise en charge, c'est le caractère urgent de la demande, car bien souvent le patient consulte quelques semaines avant la date butoire, ce qui parfois implique de ne pas pouvoir faire le traitement complet.

3.5. Les personnes âgées.

Une catégorie de personnes souffre principalement de ces problèmes esthétiques : ce sont les personnes âgées.

Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en France, a augmenté de plus de 25% en 10 ans (source INSEE janvier 2015)(16). Avec l'avancée en âge, le sourire perd de son éclat, de sa fraîcheur.

La réhabilitation esthétique chez les seniors devra prendre en compte la couleur, les dimensions des dents, la forme, les lèvres amincies.

Elles ont perdu le sourire de leurs vingt ans, les dents sont usées, jaunies, se déchaussent, les lèvres sont rentrées et la bouche est ridée.

Les praticiens ont tendance à oublier que l'on vit de plus en plus longtemps. La demande n'est plus uniquement fonctionnelle mais aussi esthétique, car il n'y a pas d'âge pour plaire.

Même si les critères du beau sont dans l'ensemble normalisés et connus, il faut bien comprendre que le dentiste ne soigne pas que des dents, mais bien un individu dans sa globalité, avec ses impératifs et ses problèmes personnels.

4. Les patients non demandeurs.

Enfin, il existe aussi et surtout des patients non demandeurs, qui sont encore impressionnés par le chirurgien dentiste mais surtout, qui sont incapables d'imaginer que la réhabilitation esthétique partielle ou totale existe.

Que l'on peut éclaircir les dents, les soigner, et en modifier la teinte et la forme.

Or, nous, chirurgien-dentistes avons le devoir d'informer les patients. Dans ce cas, la non demande provient de la méconnaissance de la possibilité de traitement(17).

5. Le questionnaire Esthétique

HISTORIQUE DENTAIRE

Nom de votre dentiste traitant ?.....

A quand remonte votre dernier examen dentaire ?.....

Quel est le motif de votre consultation ?.....

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste,
avez-vous rencontré des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles ?.....

GENCIVES

Vos gencives sont-elles **rétractées** par endroit ? Oui Non

Vos gencives **saignent-elles** après le brossage, voire spontanément ? Oui Non

Avez-vous déjà été **traité(e)** pour les gencives ?

Si oui, par : Chirurgie Médicaments Détartrage

DENTS

Avez-vous remarqué que vos dents se sont **écartées** depuis quelques temps ? Oui Non

Avez-vous des dents **extraites** ? Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? : Caries Infection ou abcès Déchaussement Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été **remplacées** ?

Si oui, par : une couronne un bridge fixe un appareil amovible un implant

Si non, pour quelles raisons ?

Comment vous **sentez-vous** avec vos prothèses actuelles ?

Avez-vous des dents **sensibles** : Au chaud Au froid Au sucre Aux acides À la mastication ?

MACHOIRES

Serrez-vous ou **grincez-vous** des dents ? Oui Non

Avez-vous remarqué des **craquements**, des **claquements** ou une **douleur**
à l'**ouverture** de la mâchoire ? Oui Non

Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher ou ne mâchez-vous
fréquemment que d'un seul côté ? Oui Non

HYGIENE DENTAIRE

Utilisez-vous une brosse à dents : DURE MOYENNE SOUPLE

Quand vous brossez-vous les dents ? MATIN MIDI SOIR

A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?.....

Utilisez-vous du fil de soie dentaire ou des brossettes inter-dentaires ? Oui Non

DENTISTERIE ESTHETIQUE

Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non

Aimeriez-vous des dents plus blanches ? Oui Non

Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents ? Oui Non

Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui Non

Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?.....

DIVERS

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?.....

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?.....

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ? Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Illustration 10: Exemple de questionnaire esthétique du cabinet du docteur VIDOTTO et KALAFATIAN

Le questionnaire esthétique du sourire est donné à l'arrivée du patient au cabinet, où il sera invité à le remplir seul en salle d'attente, évitant ainsi toute influence extérieure, et permettant au patient de préciser sa demande esthétique(18).

Les questions seront donc ciblées comme telles :

- Êtes-vous satisfait de vos dents ? : cette question permettra de faire ressortir le ressenti du patient vis-à-vis de ses dents (l'estime de lui même), s'il est gêné par leur forme par exemple. Cette demande va être suscitée par un désir de changement physique, orienté vers les canons de beauté médiatiques.
- Selon vous, quel est l'aspect de vos dents ? Quelles caractéristiques particulières ont-elles? : le patient reportera ici la perception qu'il a de ses dents, la longueur et la largeur par exemple.
- Si la teinte de ses dents lui convient ,la présence de dyschromie. Les patients ont tendance à voir leurs dents plus sombres qu'elles ne le sont véritablement.
- L'alignement des dents est-il correct, l'absence de dent.
- S'il y a des restaurations sur les dents type amalgame, composite ou couronne.
- Si la ligne du sourire est haute, découvrant la gencive.
- Le patient aura t'il tendance à masquer son sourire avec la main, de peur de dévoiler ses dents.
- L'entourage du patient a-t-il participé à la motivation de ce désir de changement ? Que pensent vos proches de votre sourire ? Sont-ils au courant de votre démarche ?

En fonction de la réaction positive ou négative de l'entourage, la perception du résultat final par le patient va être grandement influencée. Si l'entourage semble opposé à la décision du patient, celui-ci sera jugé avec un effet négatif sur sa psychologie, se traduisant par une insatisfaction injustifiée du résultat final.

Avec l'ensemble de ces questions nous allons aborder la totalité des paramètres qui caractérisent le sourire, et ainsi pouvoir cibler immédiatement le motif de consultation du patient. L'esthétique étant très subjective, les critères du patient et du praticien dentaire peuvent différer sensiblement, d'où l'intérêt du questionnaire qui va ainsi diminuer le biais entre les deux parties.

A l'issue de cette enquête, le praticien est en mesure de mieux cerner la demande première du patient et d'apprécier l'impact des imperfections décelées sur ses motivations.

Tout d'abord, nous aurons une approche globale en se renseignant sur les habitudes de vie telles que la consommation de vin, de thé, de café mais aussi du tabac. Ces éléments peuvent jouer sur la bonne santé de la gencive et peuvent créer des colorations.

Le questionnaire est une aide pour le praticien, qui pourra dès le départ cerner les attentes du patient et s'en servir comme référence au cours de la discussion ou même du traitement, mais c'est aussi une aide pour le patient afin de se poser les bonnes questions.

6. La consultation.

Le questionnaire esthétique rempli, le patient entre dans le cabinet.

Le décor a une importance toute particulière dans un cabinet spécialisé en esthétique.

Un décor en cohérence avec notre vision du métier :

- Une équipe soignante, attentionnée, à l'écoute de ce patient. Leur rôle est primordial pour rassurer et donner envie de se faire soigner. Un cabinet high-tech, lumineux et spacieux, où l'on se sent bien, va influencer positivement le patient. L'équipe médicale, avec un bon état bucco-dentaire, doit également être accueillante et souriante.

- Un accueil chaleureux et personnalisé.

- Une équipe avec des tenues parfaites

Chaque détail a son importance, dans le but de rassurer et de mettre en confiance le patient.



Illustration 11: Photographie d'une équipe soignante au cabinet dentaire.(4) p34

6.1. Les doléances du patient.

Suite au temps de réflexion individuelle créé par le questionnaire esthétique, le praticien dentaire va venir chercher et accueillir son patient. En général, le premier contact se fait dans la salle d'attente, puis le patient sera invité à entrer dans le cabinet.

L'accent est mis sur l'écoute et la perception de la demande réelle du patient.

La psychologie teinte chaque étape de cette consultation. C'est un moment d'expression à sens unique, où le dentiste doit déceler les attentes du patient en l'écoutant parler avec le questionnaire rempli sous les yeux.

Le praticien ne doit rien imposer, il doit écouter et ensuite engager le dialogue afin que le patient puisse nous diriger vers le résultat qui est le plus satisfaisant pour lui. En sachant que lui ne connaît rien de nos techniques et de nos limites.

En dentisterie esthétique, la réussite repose principalement sur la compétence du praticien à discerner les raisons qui poussent le patient à venir consulter, et à rechercher spécifiquement un traitement dentaire pour corriger le problème.

6.2. La relation de confiance.

L'aménagement d'un temps pour les consultations avant toute opération est créatrice de dialogues constructifs, et donc indispensable à la mise en place du projet commun. La décision thérapeutique doit venir d'un commun accord des deux parties, le praticien n'est pas seul à décider, il doit tenir compte de l'envie du patient. L'esthétique étant subjective, les critères du patient et du praticien peuvent diverger.

En plus de bien comprendre le motif de consultation, ce premier échange va permettre de créer une relation de confiance indispensable à la réussite esthétique, médicale et psychologique du traitement. Le praticien doit pouvoir utiliser l'ensemble des outils à sa disposition et il doit être capable de créer un dialogue personnalisé avec le patient. L'empathie dans notre profession est primordiale.

Pour le premier échange, le patient ne doit pas être assis sur le fauteuil dentaire, car il est associé aux soins et engendre des angoisses qui peuvent altérer la communication. L'échange verbal est optimisé si les interlocuteurs sont assis, au bureau, entraînant une égalité de position de dialogue.

La qualité du soin est un facteur primordial, mais il n'est pas seul à être pris en compte. Des études ont analysé la place des compétences techniques du chirurgien-dentiste, et leur suffisance selon le patient :

HAMELIN ND *et al.* En ce qui concerne les facteurs influençant la confiance, la qualité du soin est située derrière le respect de l'autonomie, et la facilité à échanger(19).

SCHATTNER A *et al.* Mettent en évidence les éléments qui font qu'un docteur est considéré comme un bon praticien. L'expérience professionnelle, la patience, la qualité d'information, et son empathie entrent en jeu. Le bon praticien serait capable de procurer des soins de grande qualité, mais aussi doté d'un grand sens humain(20) .

THOM DH montre que la compétence technique fait partie des facteurs de confiance pour le patient, mais aussi le fait d'avoir de l'empathie, d'encourager notre patient. Ensuite viendraient la gentillesse, et la discussion autour des options thérapeutiques(21).

L'intérêt de ce dialogue est multiple. Dans un premier temps, le but est la satisfaction mutuelle du patient et du praticien à l'aide du sentiment d'un travail bien fait, garant d'une véritable satisfaction professionnelle.

On cherche ainsi à obtenir la compréhension du patient et son implication dans le plan de traitement proposé. Grâce au dialogue, Nous gagnons sa confiance. Celui-ci va comprendre ce que son dentiste lui fait, et sera satisfait de la prise en charge de ce dernier(22).

Avoir du plaisir à communiquer permettra au praticien sympathique et sociable d'avoir une patientèle ouverte, communicante, et donc des échanges bien plus agréables au fil de ses rendez-vous.

7. La demande esthétique.

La grande majorité de ces demandes esthétiques est aujourd'hui justifiée (édentement antérieur, dyschromies, encombrement, couleur inadaptée).

7.1. La demande de consultation fondée.

Si la demande est justifiée, la correction d'un léger défaut, d'une dysharmonie majeure apportant de grands changements dans la vie du patient.

Un sourire peut tout changer et les conséquences de ces changements seront bénéfiques pour le patient.

Ces patients attendent du traitement qu'il rétablisse une harmonie entre l'image de leur corps et leur personnalité afin d'accéder à un mieux-être.

Par exemple, pour deux personnes de même niveau social et venant d'être licenciées :

- la première souhaite depuis toujours fermer le diastème antérieur entre les incisives centrales.
- la seconde pense qu'avec un nouveau sourire elle sera mieux acceptée, et aura une meilleure estime de soi. Celle-ci reconnaît toutefois n'y avoir jamais prêté attention avant son licenciement.

Ainsi, on comprend immédiatement qu'avec des situations similaires, la première situation sera vécue plus positivement que la seconde.

Il est donc très important de mettre en avant le plus tôt possible les motivations en cause, et d'éviter les attentes miracles que contient la demande.

Le rendez-vous de première consultation en esthétique est principalement une prise de contact. Aucun traitement en bouche n'est réalisé. Un délai de réflexion sera proposé au patient, et c'est à lui de reprendre rendez-vous. Ainsi, aucune pression, et ce laps de temps lui permettra de prendre du recul sur le futur traitement. Cette décision personnelle de revenir, sera gage de sa motivation.

7.2. La demande de consultation non fondée.

Il faut comprendre la part de psychologie dans la demande d'un nouveau sourire, et ainsi laisser une place importante à l'écoute. Cela pour pouvoir déchiffrer les demandes d'ordre esthétique non justifiées, et donc irréalisables. Cela nous servira de garde fou.

Il faut détecter et réduire les demandes qui sont complètement irrationnelles (et parfois pathologiques).

Parfois, plutôt que de se remettre en question, le patient va projeter ses problèmes sur une caractéristique de son physique. Si un détail le gêne dans son sourire, il pourra penser qu'une intervention dentaire résoudra tous ses problèmes.

Ces demandes pathologiques dévoilent un malaise intérieur ou psychologique. Lorsque l'on découvre une réelle discordance entre le défaut objectif et le défaut subjectif tel qu'il est perçu, il faudra être vigilant, car quelque soit le travail esthétique réalisé, la nouvelle image du patient ne lui plaira pas(23).

La principale cause des demandes non justifiées est la dysmorphose. Les patients atteints de BDD (Body Dysmorphic Disorder) sont focalisés sur un défaut physique objectivement très discret, voire inexistant(24). La préoccupation du visage représente 86% de ces patients, dont 20% pour leurs dents.

Un des cas les plus connus de Body Dysmorphic Disorder est le cas du chanteur Mickael Jackson.



Illustration 13: Photographie de Michael JACKSON avant chirurgie. Issue de web.vipwiki.org



Illustration 12: Photographie de Michael JACKSON après chirurgie. Issue de dailymail.co.uk

La conséquence de cette obsession sera de masquer les dents lors du sourire, voire de ne plus sourire du tout. Les patients seront convaincus que leurs dents sont beaucoup plus foncées qu'elles ne le sont réellement, idem pour la position des dents. Ces préoccupations inexistantes vont petit à petit détruire leur vie sociale, leur vie amoureuse et leur vie professionnelle(4).

Le risque principal de la dysmorphose est le phénomène de réclusion.

Ces demandes non justifiées sont celles capables d'entraîner des conséquences désastreuses à l'issue du traitement, car le trouble est d'origine psychologique et non physique. La conclusion de notre travail sera une insatisfaction malgré un résultat techniquement excellent. Il sera donc primordial de poser les bonnes questions lors de la première consultation, pour savoir ce qui se dissimule derrière la demande esthétique, et connaître les fondements du problème.

Si ce type de patient est rencontré en première consultation, il sera préférable de l'adresser en psychothérapie.

Le chirurgien dentiste a comme devoirs déontologiques de réaliser des soins de qualité et conformes aux données acquises de la science » (art. R. 4127-233 1). En revanche, il a aussi le droit de refuser de réaliser des soins (art. R. 4127-232), à condition de(17) :

- ne pas nuire au patient
- assurer la continuité des soins en renseignant le confrère successeur ou le patient.

8. Les éléments d'études.

De multiples techniques sont à notre disposition pour réaliser l'analyse esthétique du sourire. L'une d'entre elle principalement utilisée en esthétique est la photographie. Elle permet de créer un dossier médical complet, et ainsi participe au suivi médico-légal du patient(4).

8.1. Le protocole photographique.

Le protocole photographique, est le premier temps indispensable de toute analyse d'un cas de réhabilitation en esthétique dentaire. Mais pourquoi ?

- La photographie est un atout incontournable de la dentisterie contemporaine, permettant d'enregistrer de manière précise les détails de la cavité buccale avant tout traitement(25).
- Les principes de la macrophotographie seront utilisés, en photographiant des petits objets donnant une image plus grande que nature, immortalisant ainsi les détails(26).
- Ces clichés préopératoires vont constituer une preuve irréfutable de l'état de la denture initiale. Cela évitera bien souvent les litiges pendant ou après le traitement. Les clichés auront ainsi un rôle protecteur vis à vis du praticien car le patient peut ne plus se souvenir(27).
- Ce bilan photographique est indispensable pour l'analyse d'un projet esthétique dentaire. Ils vont nous permettre d'étudier le sourire, dans un premier temps avec le patient, puis le sans le patient, à tête reposée.

- Ces photos seront aussi utiles pour expliquer le traitement, pour communiquer avec le patient dans un premier temps, puis dans un second temps, elles nous permettront de communiquer avec le prothésiste .
- C'est un élément de comparaison entre la situation initiale et finale, et aussi de valoriser le travail du praticien.

Du fait de la standardisation va naître la notion de protocole photographique. Le protocole reconnu par la profession est celui comportant une série de 12 photos, réalisées de façon systématique en début, et en fin de traitement(28). Les 6 premières sont réalisées sans l'aide d'un écarteur tandis que les 6 dernières sont réalisées avec l'aide d'un écarteur.

Pour chaque photo nous allons définir le rapport de reproduction, qui correspond au rapport entre la taille de l'image restituée sur la diapositive, et la taille réelle de l'objet photographié(29).

8.1.1. Le visage de face 1/10 à 1/8.

Cette première photographie doit aller de la racine des cheveux à la pointe du menton, elle nous permettra d'avoir une vue d'ensemble. Le visage doit être vertical, le regard dirigé vers l'objectif. Le patient devra réaliser un sourire le plus naturel possible laissant apparaître les dents. Le fond de la photo doit être d'une couleur neutre.

L'axe de l'objectif doit être au niveau du nez, tandis que le photographe se positionnera à la même hauteur que le patient. La tête du patient doit être éloignée du fond d'au moins 20 cm pour éviter les ombres dues au flash.



Illustration 14: Le visage de face. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.1.2. Le visage de profil 1/10 à 1/8.

Pour cette photographie on utilisera les mêmes paramètres que la précédente, mais cette fois avec un profil pur gauche ou droite.



Illustration 15: Le visage de profil. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.1.3. Le sourire ½.

Cette photo est plus centrée sur le sourire lui-même, le patient doit sourire en dévoilant le bord libre des dents. La photographie devra intégrer les deux commissures, sans traction exagérée des lèvres. Le plan inter incisif constitue l'axe de symétrie de la vue dans le sens vertical, il nous permettra de mettre en évidence une éventuelle dissymétrie au sein de l'arcade, ou avec le philtrum.



Illustration 16: Un sourire de face en dévoilant le bord libre des dents. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.1.4. Le sourire 4 dents 1/1.

On cherche ici à obtenir le sourire du patient au rapport maximal de l'optique, avec le point inter incisif au centre de la vue. On cherchera à avoir un volume de lèvre inférieure et supérieure identique.



Illustration 17: Le sourire des quatre incisives maxillaires. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.1.5. $\frac{3}{4}$ de sourire droit et gauche $\frac{1}{2}$ à 1/1,5.

On réalise deux photos, l'une à droite, l'autre à gauche, qui seront chacune centrée sur l'incisive latérale (respectivement la 12 à droite et la 22 à gauche). On ne recherchera pas à avoir une vue de profil pur, car le but est de voir le départ de l'arcade opposée. Le plan esthétique constitue l'axe de symétrie de la vue dans le sens vertical.



Illustration 18: $\frac{3}{4}$ de sourire gauche. Cas du docteur Laurence LESIEUR



Illustration 19: $\frac{3}{4}$ de sourire droit. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.1.6. Une vue frontale (en position d'intercuspidie maximale) 1/2.

Pour la suite , les photographies seront réalisées avec l'aide d'un écarteur.

Les arcades du patient sont placées en position d'intercuspidie maximale, et le cadrage est réalisé en fonction de la forme des arcades, sans centrage du point inter incisif, pour mettre en évidence une éventuelle asymétrie.

La prise de vue se réalise au fauteuil, le champ opératoire doit être sec et sans salive.



Illustration 20: Une vue frontale en position d'intercuspidie maximale. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.1.7. Une vue frontale (en bout à bout) ½.

Les paramètres sont identiques à la photo précédente, mis à part que les arcades du patient sont placées en bout à bout incisif, les incisives centrales sont en contact.



*Illustration 21: Une vue frontale en bout à bout.
Cas du docteur Laurence LESIEUR*

8.1.8. Une vue $\frac{3}{4}$ droit et gauche (en protection latérale) $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{1,5}$.

Nous allons réaliser une photographie à droite et une à gauche, elles seront centrées sur l'incisive latérale. La canine est placée en position de protection latérale. Le plan occlusal constitue l'axe de symétrie de la vue dans le sens vertical. Ce n'est pas un profil pur car on veut voir la courbure de l'arcade opposée.

Les écarteurs sont poussés vers l'arrière afin de dévoiler au maximum le secteur prémolaire. Les surfaces dentaires doivent être sèches et sans salive.



Illustration 22: Une vue $\frac{3}{4}$ droit en protection latérale. Cas du docteur Laurence LESIEUR



Illustration 23: Une vue $\frac{3}{4}$ gauche en protection latérale. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.1.9. Une vue occlusale supérieure et inférieure (miroir) 1/2.

Les deux dernières photographies sont réalisées à l'aide d'un miroir occlusal, toujours avec l'écarteur en place. Le cadrage doit intégrer les faces occlusales des dents du secteur antérieur, jusqu'aux dernières molaires. On pourra aussi voir les faces vestibulaires et palatines des incisives et des canines.

La mise au point doit être faite sur les surfaces dentaires et non sur le palais. Le miroir est placé en contact de l'arcade antagoniste. Pour la photographie de l'arcade mandibulaire la langue sera placée derrière le miroir. Pour éviter la buée sur le miroir, on pourra utiliser le spray d'air du fauteuil.



*Illustration 24: Une vue occlusale supérieure.
cas du docteur Laurence LESIEUR*



*Illustration 25: Une vue occlusale inférieure.
Cas du docteur Laurence LESIEUR*

8.2. Les modèles d'études.

Pour pouvoir travailler en 3 dimensions, des empreintes maxillaires et mandibulaires seront réalisées, dans le but d'obtenir des modèles d'études en plâtre dur, sur lesquels nous pourrons réaliser notre projet. Celles-ci seront réalisées à l'aide de portes empreintes perforés du commerce, et d'alginate comme matériau d'empreinte.

L'enregistrement de la position du maxillaire sera réalisé à l'aide d'un l'arc facial, qui nous permettra de monter les modèles sur l'articulateur.

Pour le positionnement des modèles, l'intercuspidation maximale (ICM) sera la référence, sauf si le nombre de dents n'est pas suffisant pour obtenir un bon calage. Dans ce cas, l'enregistrement de la relation centrée sera obtenue à l'aide d'un bourrelet en cire.

A la fin de ces étapes, les modèles en plâtre sont dans la même situation que dans la bouche du patient. Ceci permettra au praticien d'affiner son diagnostic, et de réfléchir au projet prothétique sans avoir le patient à ses cotés.

L'intérêt sera de pouvoir réaliser des dents en cire (wax up), afin de pouvoir gérer d'éventuelles interférences, et ainsi anticiper d'éventuels problèmes.



Illustration 26: Le modèle maxillaire en plâtre du patient. Cas du docteur Laurence LESIEUR



Illustration 27: Le modèle mandibulaire en plâtre du patient. Cas du docteur Laurence LESIEUR

8.3. Le bilan radiographique.

Le bilan radiographique arrive en premier plan dans la réhabilitation esthétique(30).

Le praticien va devoir réaliser des clichés radiographiques, en plus des photos et des modèles en plâtre.

La radiographie va nous être utile pour détecter les caries débutantes proximales, les lésions péri apicales, la quantité osseuse, la qualité des soins en bouche, d'analyser les anciennes prothèses, et surtout obtenir des informations sur la qualité des traitements endodontiques réalisés(31).

L'analyse de ces radiographies amènera peut être le praticien à modifier sa première idée de plan de traitement.

Cet examen est primordial, dans le but est d'obtenir un plan de traitement durable.

Un cône Beam peut être également envisagé en cas de doute.



Illustration 28: La radiographie panoramique. Cas du docteur Laurence LESIEUR

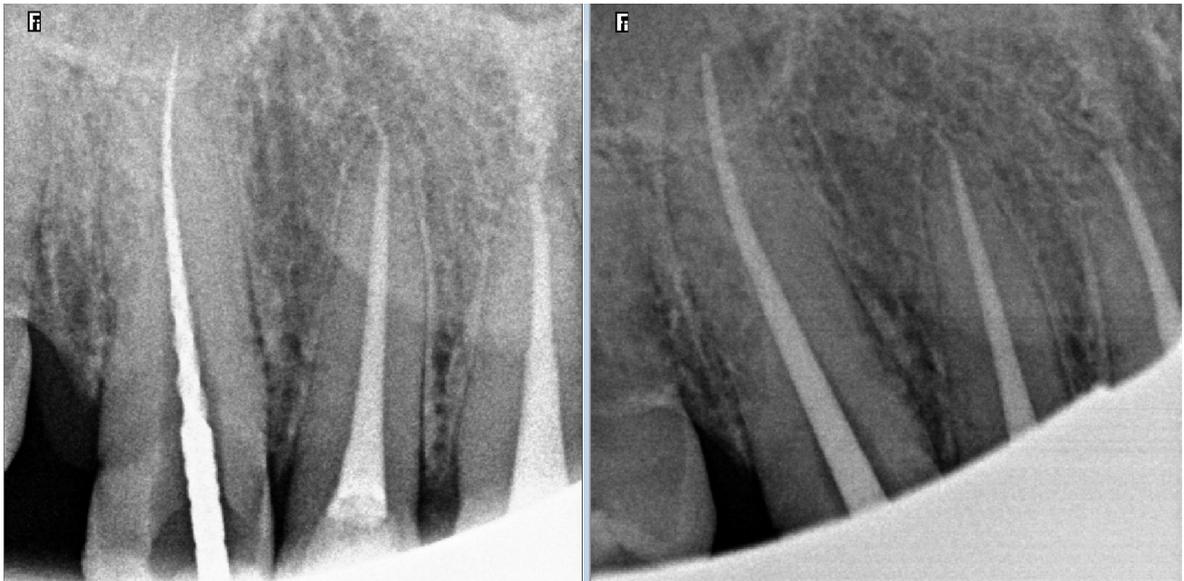


Illustration 29: Les rétro alvéolaires de contrôle des traitements endodontiques du secteur 1 Cas du docteur Laurence LESIEUR



Illustration 30: Les rétro alvéolaires de contrôle des traitements endodontiques du secteur 2 Cas du docteur Laurence LESIEUR

Lors de la deuxième consultation.

9. L'analyse esthétique.

L'analyse du sourire passe par une prise de conscience. Dans un premier temps à une certaine distance du patient pour obtenir une perception globale du visage. Puis dans un second temps, il faut se rapprocher de plus en plus de notre objectif, le sourire du patient.

Le praticien doit maîtriser les règles esthétiques dentaires, avoir de la méthode et de la raison dans l'évaluation esthétique.

9.1. L'analyse du sourire.

Une question se pose ensuite à nous :

- Soit le patient présente un sourire harmonieux avec un souci ponctuel, dans ce cas, nous procéderons à une intégration esthétique partielle.
- Soit le patient présente un sourire dysharmonieux et nous procéderons à une réhabilitation complète.

Cette analyse esthétique se fera à l'aide du guide esthétique, recueil d'informations : anatomiques, morphologiques et esthétiques du patient(32).

L'application de ce guide se fait en présence du patient, avec les photographies et les empreintes.

Cette séance permet de créer des liens profonds avec le patient et de réellement connaître ses motivations, ses attentes.

Le guide esthétique se divise en critères esthétiques représentés par des schémas.

Les cases bleues correspondent à la normalité, tandis que les cases rouges correspondent aux irrégularités



Le sourire : placement des dents dans les 3 plans

Le plan frontal

Ligne du sourire (p. 121)

II1,4 ; III1, IV1 ; V3

Plan esthétique (p. 126)

I, II1, II4, III, IV

(p. 127)

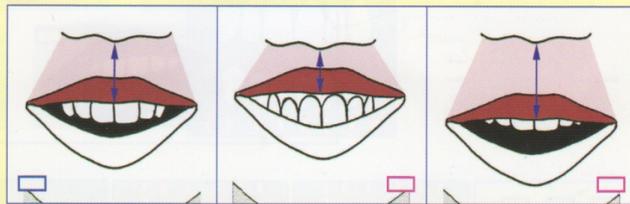
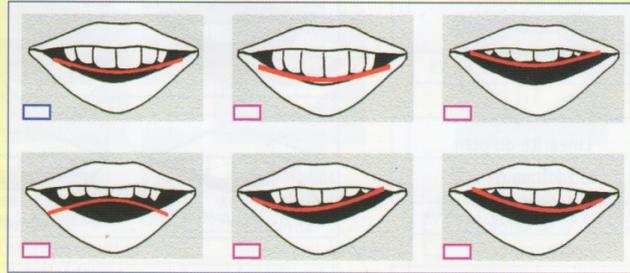
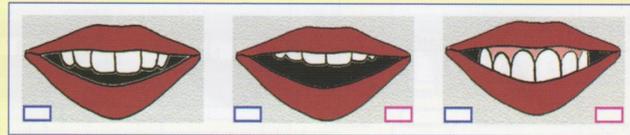
Sexe : fém. masc.

Âge : ans

I, II, III, IV, V

Hauteur lèvre supérieure (p. 129)

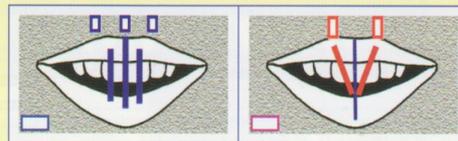
II1, IV1, V3



Le plan sagittal

Milieu interincisif (p. 133)

II3



Le plan horizontal

Position antéro-postérieures
des antérieures (p. 136)

II2

Phonèmes : (p. 136)

F/V :

S :

II1,2, III1, IV1

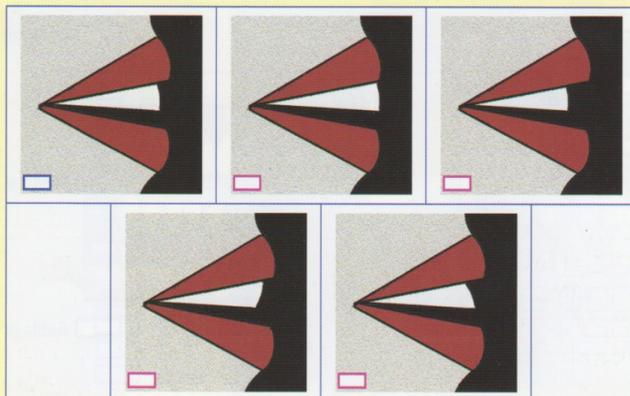


Illustration 31: Première page du guide esthétique issue du guide esthétique(4)

Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	Ce que vous aimeriez changer dans votre sourire :	<input type="checkbox"/> La teinte des dents
Âge : ans			<input type="checkbox"/> La hauteur des dents
Teint :	<input type="checkbox"/> Clair	<input type="checkbox"/> Mat	<input type="checkbox"/> Rose	<input type="checkbox"/> La forme des dents
Yeux :			<input type="checkbox"/> L'alignement des dents
Cheveux :			Type de patient :
Physique :	<input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Mince	<input type="checkbox"/> Naturel	<input type="checkbox"/> Aspect télé
	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Athlétique	<input type="checkbox"/> Confiance au dentiste	<input type="checkbox"/> Conserver son apparence
Personnalité :	<input type="checkbox"/> Introverti			
	<input type="checkbox"/> Moyen			
	<input type="checkbox"/> Extraverti			

Le visage

Équilibre regard/sourire (p. 109)

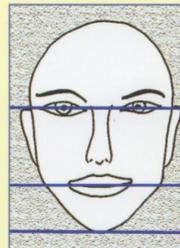
I, II, III, IV, V



<input type="checkbox"/> Équilibre	Moyen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Déséquilibre	Regard : Dominance	<input type="checkbox"/>
	Récession	<input type="checkbox"/>
	Sourire : Moyen	<input type="checkbox"/>
	Dominance	<input type="checkbox"/>
	Récession	<input type="checkbox"/>

Lignes horizontales (p. 111)

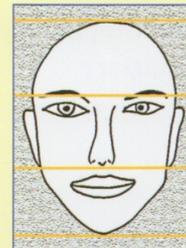
II1, V3



<input type="checkbox"/> Parallèles
<input type="checkbox"/> Divergentes
<input type="checkbox"/> Plan bicommissural
<input type="checkbox"/> Plan esthétique
<input type="checkbox"/> Plan gingival

Les 3 étages (p. 113)

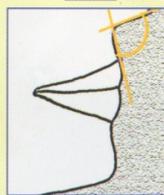
I, II, III, IV, V



<input type="checkbox"/> Équilibre
<input type="checkbox"/> Déséquilibre
<input type="checkbox"/> Étage supérieur + -
<input type="checkbox"/> Étage moyen + -
<input type="checkbox"/> Étage inférieur + -

Angle naso-labial (p. 115)

II2

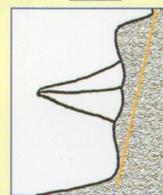


NORM. : Fém. : 100°/120°
Masc. : 90°/100°

<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Obtus	<input type="checkbox"/> Aigu
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Plan esthétique de ricketts (p. 116)

II2



NORM. :

- Lèvre sup. : 4 mm
- Lèvre inf. : 2 mm

Moyen	<input type="checkbox"/> Convexe	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Concave	<input type="checkbox"/>

Soutien de lèvre :

Lèvre sup. : Norm. En avant En arrière

Lèvre inf. : Norm. En avant En arrière

Illustration 32: Deuxième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4)

Le sourire : autres critères

<p>Épaisseur des lèvres (p. 138)</p> <p>I ; II1,2 ; IV1a, b, 2, 3</p>	
<p>Courbure lèvre supérieure (p. 140)</p> <p>I ; II1,4 ; III ; IV1a, b ; V3</p>	
<p>Linéarité du plan esthétique (p. 142)</p> <p>I ; II1,4 ; III ; IV1a, b, 2 ; V3</p>	
<p>Symétrie sourire (p. 143)</p> <p>I ; II1 ; III ; V3</p>	

L'occlusion (p. 144)

I ; II1,4 ; III ; IV1a, 2

<p>Parafonctions et dysfonctionnement</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parafonctions</td> <td><input type="checkbox"/> Bruxisme</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zones douloureuses</td> <td><input type="checkbox"/> Onychophagie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bruits articulaires</td> <td><input type="checkbox"/> Autres</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dyskinésies</td> <td><input type="checkbox"/> Musculaires</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Articulaires</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> A.T.M. droite</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> A.T.M. gauche</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Limitation</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Déviation</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Déflexion</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Parafonctions	<input type="checkbox"/> Bruxisme	<input type="checkbox"/> Zones douloureuses	<input type="checkbox"/> Onychophagie	<input type="checkbox"/> Bruits articulaires	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Dyskinésies	<input type="checkbox"/> Musculaires		<input type="checkbox"/> Articulaires		<input type="checkbox"/> A.T.M. droite		<input type="checkbox"/> A.T.M. gauche		<input type="checkbox"/> Limitation		<input type="checkbox"/> Déviation		<input type="checkbox"/> Déflexion	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Thérapeutiques occlusodentique initiale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Axiographie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Montage sur articulateur</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bilan occlusal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Détermination de la position de référence</td> <td><input type="checkbox"/> OIM</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> RC</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DVO</td> <td><input type="checkbox"/> Correcte</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Insuffisance</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Excès</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Guidage latéral</td> <td><input type="checkbox"/> Fonction canine</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Fonction de groupe</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Prématurités</td> </tr> <tr> <td></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Guidage incisif</td> <td><input type="checkbox"/> Fonctionnel</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Dysfonctionnel</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Aefonctionnel</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Thérapeutiques occlusodentique initiale	<input type="checkbox"/> Axiographie	<input type="checkbox"/> Montage sur articulateur	Bilan occlusal		<input type="checkbox"/> Détermination de la position de référence	<input type="checkbox"/> OIM		<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> DVO	<input type="checkbox"/> Correcte		<input type="checkbox"/> Insuffisance		<input type="checkbox"/> Excès	<input type="checkbox"/> Guidage latéral	<input type="checkbox"/> Fonction canine		<input type="checkbox"/> Fonction de groupe		<input type="checkbox"/> Prématurités		<input type="checkbox"/> Guidage incisif	<input type="checkbox"/> Fonctionnel		<input type="checkbox"/> Dysfonctionnel		<input type="checkbox"/> Aefonctionnel
<input type="checkbox"/> Parafonctions	<input type="checkbox"/> Bruxisme																																																	
<input type="checkbox"/> Zones douloureuses	<input type="checkbox"/> Onychophagie																																																	
<input type="checkbox"/> Bruits articulaires	<input type="checkbox"/> Autres																																																	
<input type="checkbox"/> Dyskinésies	<input type="checkbox"/> Musculaires																																																	
	<input type="checkbox"/> Articulaires																																																	
	<input type="checkbox"/> A.T.M. droite																																																	
	<input type="checkbox"/> A.T.M. gauche																																																	
	<input type="checkbox"/> Limitation																																																	
	<input type="checkbox"/> Déviation																																																	
	<input type="checkbox"/> Déflexion																																																	
<input type="checkbox"/> Thérapeutiques occlusodentique initiale																																																		
<input type="checkbox"/> Axiographie																																																		
<input type="checkbox"/> Montage sur articulateur																																																		
Bilan occlusal																																																		
<input type="checkbox"/> Détermination de la position de référence	<input type="checkbox"/> OIM																																																	
	<input type="checkbox"/> RC																																																	
<input type="checkbox"/> DVO	<input type="checkbox"/> Correcte																																																	
	<input type="checkbox"/> Insuffisance																																																	
	<input type="checkbox"/> Excès																																																	
<input type="checkbox"/> Guidage latéral	<input type="checkbox"/> Fonction canine																																																	
	<input type="checkbox"/> Fonction de groupe																																																	
	<input type="checkbox"/> Prématurités																																																	
																																																	
<input type="checkbox"/> Guidage incisif	<input type="checkbox"/> Fonctionnel																																																	
	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnel																																																	
	<input type="checkbox"/> Aefonctionnel																																																	

Illustration 33: Troisième page du guide esthétique issue du guide esthétique (4)



La composition dentaire

Taille des dents (p. 160)

Dent référence :

I ; II1,4 ; III, IV1a, b, 2 ; V3

Taille des centrales	
11	21
L	l

31 %

61,8 %

61,8 %

Proportions Centrale/sourire Normalité Centrales étroites Centrales larges	Proportions Antérieures/sourire Normalité Antérieures étroites Antérieures larges	Proportions centrale/latérale/canine Harmonie Disproportion
--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Diastèmes (p. 161)

I ; II3 ; IV1a, b, 2 ; V4,5

Teinte et état de surface (p. 176)

Départ :

I ; IV3

Forme (p. 197)

Dent référence :

I ; IV1a, b, 2

Alignement axial et rotations (p. 202)

II3 ; IV2 ; V3, 4, 5

Forme arcade (p. 203)

I ; II ; IV1a, b, 2

PERSONNALITÉ

v	SEXE		d
i	f	m	o
g	é	à	a
u	m	à	s
e	i	j	c
r	n	e	e
	n	e	u
	n	e	r

Illustration 34: Quatrième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4)

La composition gingivale

Ligne du sourire (p. 205)
II1,4 ; III1, IV1 ; V3

Santé gingivale (p. 211)
V1

Épaisseur gingivale (p. 216)

- Sonde non visible
- Sonde visible
- Excès d'épaisseur

V2

Gencive kératinisée (p. 216)
V2

Alignement et forme des collets (p. 219)
I ; II1 ; IV1a, 1b, 2 ;
V1, 2, 3, 4, 5

Papilles et trous noirs (p. 224)
IV1a, b, 2 ; V1, 2, 3, 4, 5

Crêtes édentées (p. 232)
IV1a, b, 2 ; V1, 2, 3, 4, 5

Colorations des racines (p. 234)
IV3 ; V1, 2, 3, 4, 5

Illustration 35: Cinquième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4)



Diagnostic esthétique et plan de traitement

I. Le visage



Dominance du
sourire/au regard

- Équilibre
- Dominance regard
- Dominance sourire
- Rajeunissement

II. Le sourire



1. P. frontal esthétique
2. P. horizontal
3. P. sagittal/
alignement et rotations
4. Courbure

- Vers le haut
- Corriger l'asymétrie
- Lingualer
- Vestibuler
- Corriger :
- + linéaire
- + courbe

III. L'occlusion



1. Guide antérieur
2. D.V.O.

- Fonction canine
- Fonction de groupe
- Guide incisif
- Augmenter
- Diminuer

IV. La composition dentaire



- 1.a. Taille
- 1.b. Proportions
- cent./sourire
- ant./sourire
- cent./lat./can
2. Formes et contours
3. Teinte

- Trop étroites :
• largeur et/ou Hauteur :
- Trop larges :
• largeur et/ou Hauteur :
- Centrales à élargir
 - Antérieures à élargir
 - Disproportion :
 - + ovoïdes
 - + jeunes
 - + féminines
 - + douces
 - + carrées
 - + vieilles
 - + masculines
 - + vigoureuses
 - + triangulaires
- Dt Réf :
- Dt Réf :
- Éclaircir totalement
 - Éclaircir sélectivement :
 - Taches :

V. La composition gingivale



1. Santé
2. Épaisseur : gencive
kératin. crêtes éden-
tées racines colorées
3. Placement du plan
gingival
et des collets
4. Forme des collets
5. Papilles et trous noirs

- Assainissement parodontal
- Épaissir :
- Plan gingival :
 - vers le haut
 - vers le bas
- Individuel :
 - vers le haut
 - vers le bas
- Soustraction
- « Combler » les trous noirs
- addition

Illustration 36: Sixième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4)

9.2. Analyse de la composition dentaire et la teinte des dents.

Après l'analyse des courbes et des lignes nécessaire à la création d'un beau sourire, le praticien va centrer son attention sur les tissus durs que sont les dents.

- la couleur des dents, qui est composée de la saturation, la luminosité, ainsi que la teinte.
- l'axe des dents.
- l'angulation de chaque dent.
- la proportion des dents, de nombreux auteurs ont décrit la proportion des incisives centrales comme étant l'élément majeur de l'organisation des dents antérieures.

9.3. Analyse parodontale.

Pour finir, l'analyse du sourire va se porter sur le parodonte du patient, car comme dit précédemment, le sourire n'est pas composé uniquement des dents mais aussi des tissus mous environnants comme les lèvres la peau et la gencive. C'est l'harmonie dento-gingivale qui donnera le résultat esthétique optimal.

L'esthétique dentaire et l'esthétique gingivale agissent ensemble pour donner au sourire son harmonie et son équilibre.

Un défaut dans les différents environnements ne peut pas être compensé par la qualité des prothèses dentaire et inversement.

La bonne santé du parodonte va permettre de mettre en valeur la composition dentaire. Le projet esthétique dentaire ne vise pas uniquement les tissus durs, il vise également la cavité buccale dans sa globalité. Il est important de créer un agencement dentaire en accord avec les gencives, les lèvres et le visage du patient(33).

La bonne santé gingivale est caractérisée par(34) :

- La morphologie de la gencive libre et attachée.
- L'hygiène buccale.
- La fermeture des embrasures gingivales
- Les axes dentaires
- Les zeniths gingivaux.
- L'équilibre entre les festons gingivaux. Le collet des incisives latérales est 1 mm plus coronaire que celui des incisives centrales et des canines, situés quant à eux au même niveau. Souvent, les collets des incisives centrales sont symétriques entre eux(35).
- Le niveau de contact inter dentaire.
- La forme des collets et la ligne des collets vont également être les éléments majeurs de l'intégration du sourire.

L'ensemble des collerettes maxillaires va suivre la forme de la lèvre supérieure, alors que les bords libres vont suivre la courbure de la lèvre inférieure.



Illustration 37: Photographie de gencive saine sur www.soindentaire.com

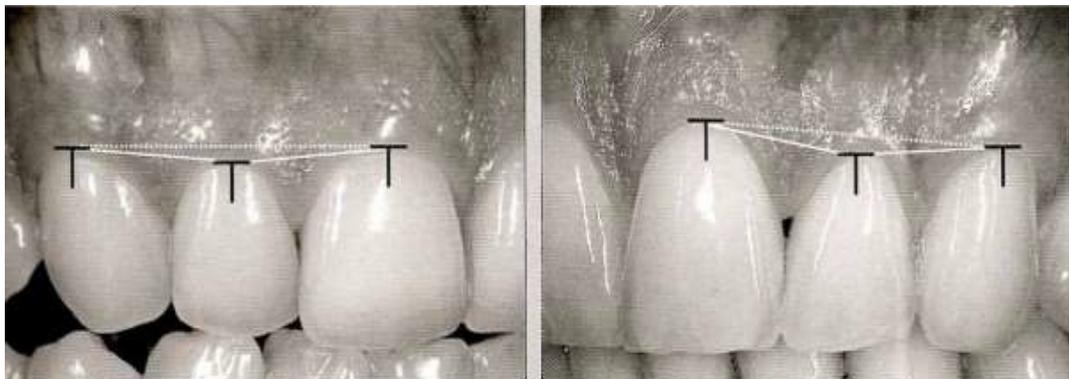


Illustration 38: Photographie représentant de la ligne des collets(4)

10. Digital Smile Design.

C'est l'un des derniers outils à la disposition du chirurgien dentiste. Il nécessite l'utilisation d'un ordinateur(36). C'est presque un nouveau métier, qui va consister, à partir de photos, de dessiner un nouveau sourire en respectant les caractéristiques vues précédemment(37).

Il est difficile de visualiser correctement le résultat final dès la première séance. Cette étape est pourtant primordiale pour savoir dans quelle direction thérapeutique s'orienter.

Le Digital Smile Design est un logiciel informatique qui va permettre de créer des projets harmonieux, et d'anticiper les différentes difficultés(38).

Il faut pouvoir placer la ligne du sourire de façon simple, fiable et reproductible.

On cherche à obtenir une forme, une fonction et une harmonie du sourire.

La vision de son nouveau sourire permet au patient d'ajuster précisément ce qu'il souhaite.

10.1. Le premier rendez vous avec le logiciel

Lors du premier rendez-vous, le but est d'obtenir un maximum d'éléments cliniques pour élargir la vision diagnostique.

En plus de ce qui a été vu précédemment, une vidéo de 2 minutes sera réalisée pour pouvoir enregistrer numériquement les mouvements des lèvres. Ainsi on obtient la dynamique des lèvres et la visibilité des dents(39).

Trois photos seront également réalisées :

- La première photo de face, lors d'un sourire naturel, avec l'aide d'écarteurs.
- La deuxième, dans la même position que la première mais cette fois sans écarteurs.
- La dernière photo, en vue plongeante pour pouvoir vérifier la position des dents antérieures en fonction des lèvres, ainsi que de la ligne médiane faciale.

10.2. Le travail du praticien

Après le départ du patient, le praticien va réaliser son analyse, et choisir son traitement. Il va utiliser les outils de simulations digitales pour établir le plan de traitement, et va pouvoir créer le plan de communication inter disciplinaire.

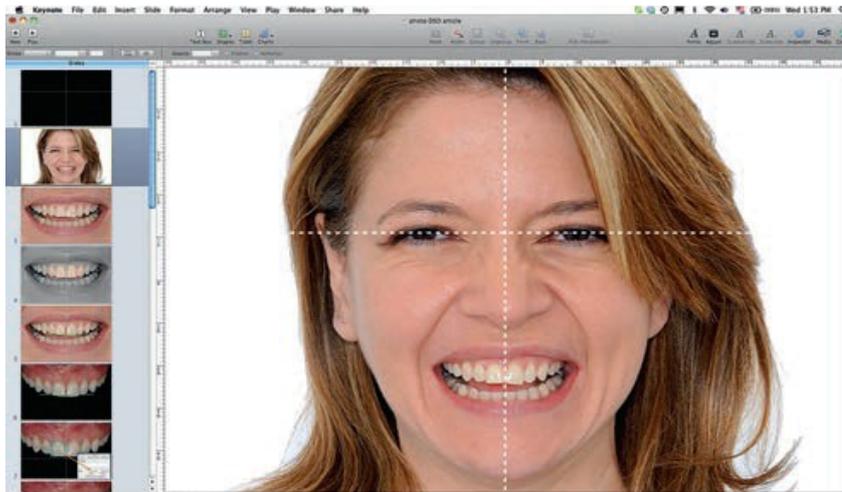


Illustration 39: La photographie de la face avec un large sourire est déplacée derrière la croix pour déterminer le plan horizontal idéal et la ligne médiane verticale (l'arc facial numérique). Cas du Dr Christian Coachman(54)

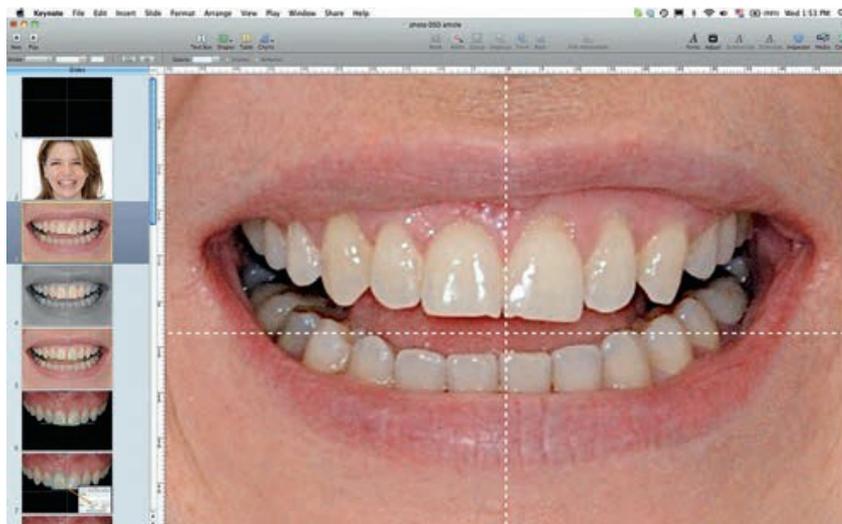


Illustration 40: Transfert de la croix sur le sourire : regroupement des lignes sur la photographie de la face et zoom pour analyser leurs rapports avec les lèvres, les dents et la gencive. Cas du Dr Christian Coachman(54)

Dans un premier temps le travail d'analyse du praticien va consister à placer les lignes de références de la face du patient (la ligne bipupillaire doit pouvoir se superposer à la ligne horizontale de référence)(40).

Dans un second temps, dans le but de créer une harmonie du visage et du sourire, l'ensemble des éléments constituant le sourire seront intégrés (position du bord libre, forme des dents, milieu inter incisif).

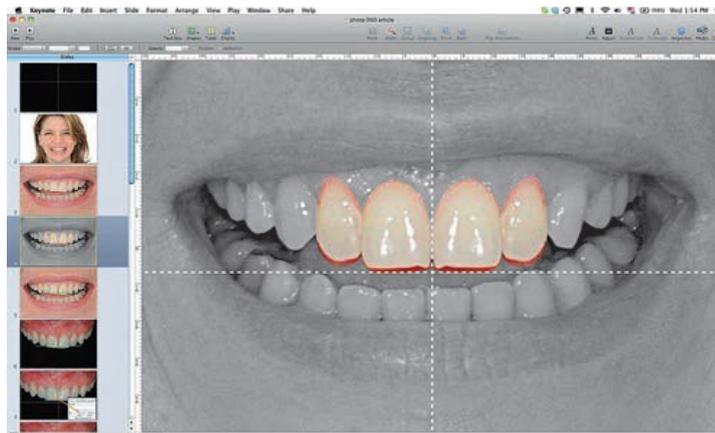


Illustration 41: Simulation dentaire de base réalisée en recadrant les images des dents et en les plaçant sur la photographie du visage par un copier-coller; corrigeant les niveaux des collets, la longueur et l'inclinaison des dents antérieures. Cas du Dr Christian Coachman (54)

Par exemple, les futurs collets des dents sont réalisés informatiquement, et ainsi permettre de guider le praticien dans les modifications parodontales à apporter.

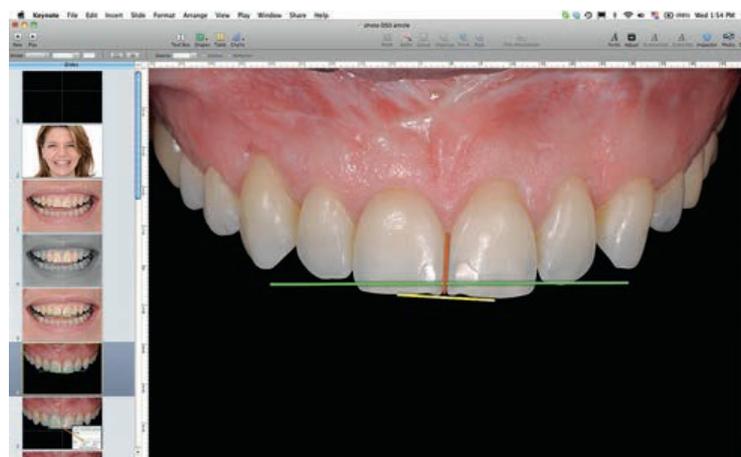


Illustration 42: Dessin des trois lignes de référence qui vont permettre le transfert de la croix sur la photographie intra-orale. Cas du Dr Christian Coachman(54)

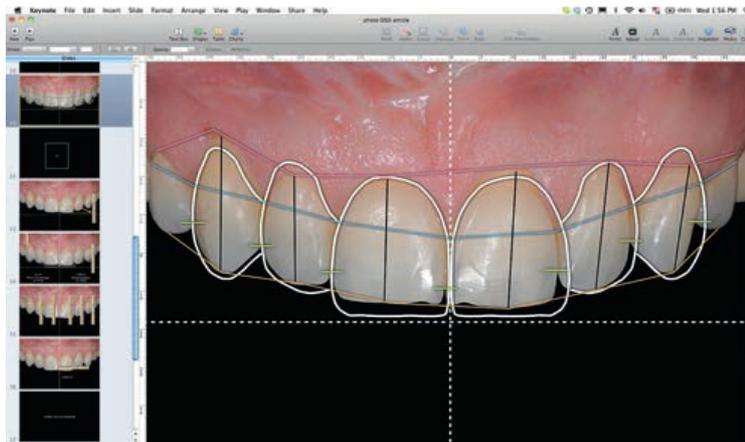


Illustration 43: Tracé final des dents montrant le rapport entre la situation préopératoire et le dessin idéal. Cas du Dr Christian Coachman (54)

Le projet numérisé ,ainsi que les modèles d'études sont envoyés au prothésiste. Il détient toutes les informations nécessaire pour le guider lors de la réalisation de son wax up.

Ensuite, le projet informatique sera réalisé en bouche à l'aide des masques (mock up), permettant la visualisation en situation du patient(37).

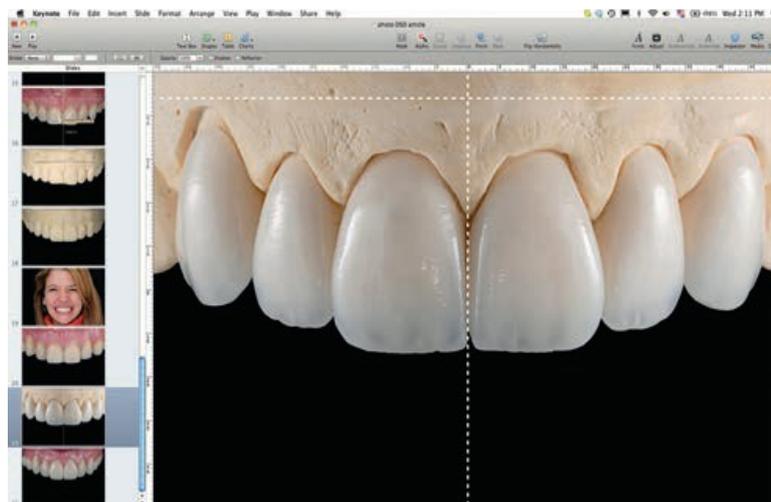


Illustration 44: Le wax-up diagnostique est réalisé en utilisant la croix et le dessin morphopsychologique comme guides. La nouvelle longueur du bord est mesurée sur l'ordinateur et transférée sur la wax-up avec un compas. Cas du Dr Christian Coachman (54)



Illustration 45: Essai clinique des provisoires en résine bisacrylique obtenues à partir d'une clé en silicone fabriquée sur le wax-up diagnostique. Cas du Dr Christian Coachman(54)

Lors du second rendez vous, le patient va d'abord observer les changements à réaliser sur l'écran, puis sur le modèle en plâtre, puis en bouche à l'aide du masque provisoire.

L'inconvénient de ce logiciel, repose sur le fait de présenter au patient une image parfaite, non validée en bouche, ce qui peut être dangereux(41).

10.3. Le risque de cette méthode

La nouvelle technique de création consiste en une analyse numérique, basée sur les paramètres du sourire (axes verticaux et horizontaux de la face, les différents types de sourires, la ligne des collets...).

Tout ceci se fait sur un écran d'ordinateur, alors que l'esthétique dentaire conventionnelle était quant à elle fondée sur le questionnaire du patient, l'observation clinique, les photographies, les moulages, les « wax-up ». L'approche était plus humaine, et pouvait permettre de comprendre la personnalité de notre patient(36).

On peut se questionner sur les limites de cette méthode, fondée sur la recherche d'une perfection normée, rationnelle, idéalisée de la réalisation esthétique de la prothèse.

En réalité, la mise en application de ces techniques novatrices ne doit pas se faire sans discernement, au risque de standardiser et d'uniformiser les sourires et d'aboutir à créer des dents de formes symétriques. La conséquence peut être la perte d'identité du patient.

Cette technologie doit rester un outil. Le design numérique améliore l'analyse faciale, la communication au sein de l'équipe soignante, et l'information éclairée du patient. Mais cet outil doit rester une aide à la création, pas une obligation.

La prothèse doit tenir compte de la personnalité individuelle du patient.

Pour conclure, le praticien doit également réaliser un travail de confrontation, entre les données numériques obtenues sur l'ordinateur, mais aussi d'autres données encore impossibles à intégrer par logiciel : occlusion, phonation....

11. Diagnostic esthétique et plan de traitement.

11.1. Le rôle du praticien.

Le chirurgien dentiste a donc un rôle complexe à jouer dans la réponse à la demande esthétique.

Après avoir analysé les anomalies avec le patient, le dentiste va pouvoir informer le patient sur les différents plans de traitement possibles, en prenant appui sur les radios, photos, moulages et les images du logiciel digital smile design(42).

Les différentes possibilités de traitements devront être expliquées, ainsi que leurs limites (traitement endodontiques, soins parodontaux...).

Enfin, après étude du projet prothétique, le praticien va mettre en place les différentes étapes à réaliser, pour arriver au résultat final.

12. Le consentement éclairé

Avant tout travail en bouche, il est obligatoire de montrer le résultat attendu au patient, et les limites.

L'intérêt pour le patient va être de visualiser et de comprendre ce qui peut être fait, dans la limite du raisonnable. Le praticien, lui, va aussi pouvoir visualiser le projet, et va pouvoir apporter les modifications nécessaires au bon déroulement du plan de traitement(43).

L'un des motifs les plus évoqués de l'échec du traitement dentaire esthétique, ne fait pas suite à un problème technique, mais d'un manque de communication entre les deux parties(44).

Depuis la loi du 4 mars 2002, c'est une obligation légale d'obtenir le consentement du patient avant tout début de traitement. Dans le cas où le consentement n'est pas obtenu, le praticien s'expose à une sanction pénale(45).

Pour améliorer cette communication, différents outils de visualisation et de diagnostic sont à la disposition du praticien, pour aider le patient à comprendre et à se faire une idée du résultat esthétique envisagé.

Chacun de ses outils possède ses avantages et ses limites.

13. Le rôle du laboratoire de prothèse

La prise en charge d'un patient n'est pas réalisée uniquement par le chirurgien dentiste, mais par l'ensemble de l'équipe médicale, avec également l'équipe du laboratoire de prothèse(46).

13.1. La prise de teinte.

En plus de la réalisation finale de la prothèse dentaire (couronne , appareil amovible), la prise de teinte est une fonction à part entière du travail de prothésiste.

Les techniques modernes de réalisation des restaurations esthétiques entraînent une coopération intense avec le laboratoire de prothèse qui peut se traduire par :

- L'envoi des images réalisées avec le logiciel Digital Smile Design(47)
- L'organisation d'un rendez-vous avec le céramiste du laboratoire, au début de la prise en charge du patient.



Illustration 46: Rendez-vous chez le prothésiste pour la prise de teinte (cabinet de Patrice Morel)

Ce rendez-vous avec le céramiste est primordial pour deux raisons :

- Le patient peut ainsi prendre en compte toute la complexité de la réalisation du beau sourire et obtenir d'autres informations sur le plan de traitement qui lui est proposé.
- Il permet au céramiste de compléter les documents, qui sont la base de son travail.

La prise en charge du patient par le laboratoire est similaire à celle du cabinet, avec des photos et un premier choix de teinte.

Cette étape, pourtant essentielle, est souvent négligée, car la plupart des praticiens hésite à envoyer ses patients au laboratoire, de peur de l'accueil et de l'hygiène des lieux paraissant médiocres en comparaison avec un cabinet dentaire.

Un endroit spécial du laboratoire doit être réservé à cela, avec un siège confortable, un lavabo avec un désinfectant pour les mains, des gants d'examen et une serviette.

Le laboratoire va ainsi réaliser le cirage diagnostique nécessaire à la réalisation du mock up par le dentiste.

13.2. Le cirage diagnostique.

Le cirage diagnostique est une étape essentielle à la compréhension du travail à faire par le patient, et aidera aussi le praticien à visualiser son objectif de réalisation.

Dans un premier temps c'est de chirurgien dentiste qui va réaliser une empreinte à l'alginat des arcades dentaires maxillaire et mandibulaire.

Le prothésiste va ensuite couler les empreintes, et réaliser les dents en cire sur le modèle. On parle de l'étape d'approche diagnostique, qui va permettre au prothésiste de définir un premier objectif prothétique, obtenu par addition de cire sur les modèles préliminaires. Il utilisera un plâtre dur pour plus de précision(48).

Le travail de la cire demande de connaître les règles d'un sourire harmonieux. L'intuition, la sensibilité et une bonne perception de la personnalité du patient seront nécessaires, en plus d'un bon sens artistique pour ne pas standardiser sa réalisation.

La rencontre entre le prothésiste et le patient peut être nécessaire. Si ce n'est pas possible, le praticien pourra envoyer les photos du sourire avec les empreintes.

Pour de plus grandes reconstitutions, le montage sur l'articulateur peut être nécessaire. Il permettra au prothésiste d'ajouter le côté fonctionnel à l'aspect esthétique. Le wax up ou cire de diagnostique est obligatoire pour la réalisation des mock up. Le praticien pourra réaliser des retouches plus facilement à cette étape qu'à celle du mock up(49).



Illustration 47: Photographie préopératoire intrabuccale en désocclusion. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club



*Illustration 48: Wax-up réalisé sans
préparation des dents. Cas du **Dr Yassine
Harichane de dt study club***

La cire de diagnostique est la première étape pour la représentation des nouvelles dents du patient. Il va pouvoir les voir et les toucher. L'inconvénient, c'est que ce n'est pas en bouche, et la part d'imagination du patient reste forte(50).

13.3. Le mock up.

Un plan de traitement à vocation esthétique doit toujours en prévoir le résultat. Le parcours diagnostique représente la base du futur traitement, et doit rester simple et rationnel.

Le mock up est un artifice provisoire en composite, issu d'une cire de diagnostique. Il est positionné en bouche, et va permettre de valider le projet esthétique, et servira de guide de préparation au praticien(51).

Le but sera d'obtenir une représentation la plus fidèle possible en bouche de ce que l'on a prévu, sans toucher aux dents. La préparation des dents n'interviendra qu'après validation du projet esthétique par le patient.

A ce stade, le nouveau volume des dents doit être validé par le patient. Il doit y avoir un accord complet sur la forme, la taille et la longueur des futures dents.

L'évaluation in vivo du projet se fera au moyen de ces maquettes en composite, qui seront portées temporairement. Le but est que le patient valide la forme et la longueur définitive proposées. Il pourra aussi avoir l'avis de ses proches.

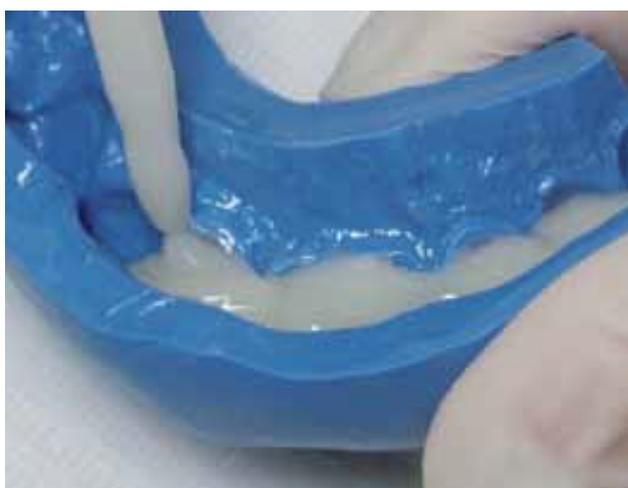


*Illustration 49: Isomoulage en silicone du wax-up.
Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club*



*Illustration 50: Contrôle de la précision de l'isomoulage du wax-up. Cas du **Dr Yassine Harichane de dt study club***

A partir des wax up réalisés sur les modèles d'étude, une clef en silicone sera réalisée qui englobera les dents. Le porte empreinte sera perforé l'empreinte au niveau des dents postérieures pour contrôler l'enfoncement complet de la clef en bouche. La clef sera alors remplie de composite, et positionnée sur l'arcade, avec les dents non préparées. La clef est ensuite retirée, et les excès de composite éliminés.



*Illustration 51: Remplissage de l'isomoulage à l'aide de composite autopolymérisable. Cas du **Dr Yassine Harichane de dt study club***



Illustration 52: Mise en bouche de l'isomoulage chargé en composite autopolymérisable. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club

Le but sera de rendre la maquette la plus esthétique possible. Des colorants seront utilisés afin d'augmenter la saturation des dents, et obtenir une variation de la teinte.

La maquette pourra être portée par le patient pendant plusieurs jours. Nous validerons en plus de l'esthétique, le côté fonctionnel du projet, ainsi que la compatibilité de la forme des dents avec la personnalité de notre patient(50).



Illustration 53: Photographie postopératoire lors du contrôle de l'occlusion. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club

De nouvelles photos seront prises, à une distance sociale, encadrant l'ensemble du visage. Le but est de ne pas être trop près, car avec un champ de vision petit, l'attention est attirée sur les petits détails au lieu de l'ensemble du résultat esthétique(52).



*Illustration 54: Photographie postopératoire du portrait. Cas du **Dr Yassine Harichane de dt study club***

Lorsque le patient regarde le masque pour la première fois, il arrive souvent qu'il soit étonné de l'importance du volume des dents. Cette réaction est normale, à nous chirurgien dentiste d'expliquer le processus d'usure naturelle des dents qui est une usure lente qui s'étend sur plusieurs années. Les changements de forme, de longueur et de couleur dentaire sont progressifs et ne changent pas brutalement le sourire(53).

Le gros avantage de cette technique, c'est le caractère concret pour le patient. Il n'est plus obligé d'imaginer le résultat final, car il a une représentation en bouche. Il aura ainsi plus confiance pour les prochaines étapes à venir. Il va pouvoir apporter des modifications s'il se rend compte au cours du test de certaines gênes, aussi bien esthétiques que fonctionnelles.

L'avis de son entourage sera important, et va permettre d'avoir une motivation supplémentaire. Pour le praticien, le mock up va peut être faire ressortir le besoin d'un traitement qui n'a pas été prévu pendant l'examen clinique.

13.3.1. Les photos de cas.

On va pouvoir montrer au patient les photos de cas déjà réalisés dans la littérature, mais surtout les cas personnels. Cela va rassurer le patient, car dans un premier temps il pourra comparer le avant/après sur autrui, et il sera rassuré sur les compétences du praticien. Le patient pourra aussi visualiser le résultat des différentes propositions qui lui auront été proposées.

13.3.1.1. Cas d'un éclaircissement dentaire.



Illustration 55: Photographie initiale avant éclaircissement Cas du docteur Laurence LESIEUR



Illustration 56: Photographie après éclaircissement Cas du docteur Laurence LESIEUR

13.3.1.2. Cas d'une restauration esthétique direct en composite



Illustration 57: Photographie avant restauration direct en composite, cas du docteur Laurence LESIEUR



Illustration 58: Photographie après restauration direct en composite, cas du docteur Laurence LESIEUR

13.3.1.3. Cas d'une réhabilitation esthétique totale.



Illustration 59: Photographie avant la réhabilitation esthétique totale, cas du docteur Laurence LESIEUR



Illustration 60: Photographie après la réhabilitation esthétique totale, cas du docteur Laurence LESIEUR

Conclusion :

La validation du projet prothétique.

L'esthétique est décrite comme une théorie du beau, mais va ensuite devenir une philosophie de l'art en général.

En effet, si cette matière s'intéresse à la beauté, elle va alors se confronter à tous ses paradoxes, dont le plus important est le problème de la subjectivité : le beau.

Le sourire a un rôle important pour plaire, il a une vocation sociale qui est liée à son aspect esthétique.

Dans la nature, la dentition parfaite est rare, car les dents bougent, se carient. L'alignement parfait et la blancheur extrême font partie du mythe du « sourire hollywoodien ». Mais la beauté ressort d'une appréciation visuelle personnelle.

Les critères esthétiques sont une donnée incontournable, mais ils trouvent leurs limites dans le respect de la personnalité et de l'originalité d'un visage.

Dans l'esthétique, le rôle du chirurgien dentiste est composé de deux parties :

- La partie technique, où le résultat final va dépendre des connaissances et du savoir faire du praticien.
- La partie psychologique, où le praticien doit consacrer du temps à écouter et comprendre le motif de la demande, et donc sa justification.

Le comportement du soignant devra lui aussi être adapté à la personnalité du patient.

La réflexion du projet prothétique est aussi longue que le travail lui-même. De nombreux outils sont à notre disposition pour faciliter le travail d'étude, et de communication avec le patient.

Avec le développement des techniques de la dentisterie moderne, tout est possible, et d'obtenir des résultats extraordinaires provoquant un changement chez le patient.

Pour conclure, le praticien devient de nos jours comme un confident pour le patient, grâce à l'avancée des techniques de nombreuses solutions sont possibles pour chaque cas esthétique.

Il ne faut pas perdre de vue que derrière chaque sourire, un individu se cache avec sa propre personnalité et ses envies.

Derrière la création d'un nouveau sourire, qui va embellir la personne et faciliter son ouverture au monde, il y a surtout une impression de renaissance : un nouveau sourire est synonyme d'un nouveau départ dans la vie pour le patient.

Le travail diagnostique du praticien est alors terminé, il pourra alors, avec l'accord du patient, commencer les soins et marquer le début de la nouvelle vie de son patient.

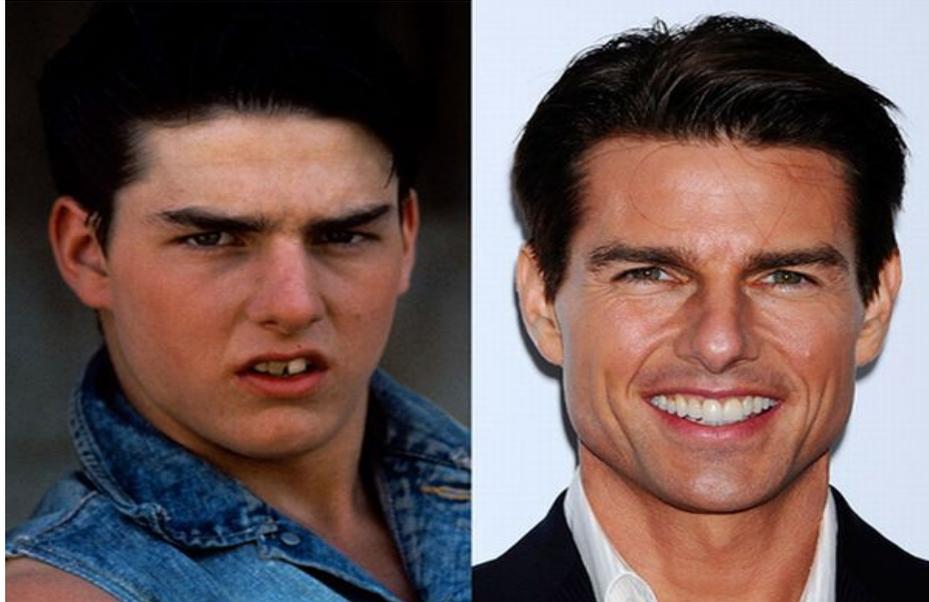


Illustration 61: Photographie avant et après une réhabilitation esthétique chez Tom CRUISE. Issue du site www.2tout2rien.fr

Références bibliographiques

1. 28-53479.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/189421/28-53479.pdf>
2. ONDPS_rapp_140907 - Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolution.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolution.pdf
3. Scelles R. Le beau n'est pas en « plus », il est au fondement de l'humain. In: Art et handicap [Internet]. ERES; 2012 [cité 12 sept 2016]. p. 193. Disponible sur: <http://www.cairn.info/art-et-handicap--9782749236056-page-193.htm>
4. Paris J-C, Faucher A-J. Le guide esthétique: comment réussir le sourire de vos patients. Paris, France: Quintessence International; 2003. 309 p.
5. Auto-perception du sourire et des dents : enquête réalisée auprès d'adultes de la région d'Abidjan, Cote d'ivoire Auto-perception du sourire et des dents : enquête réalisée auprès d'adultes de la région d'Abidjan, Cote d'ivoire - aos2016275article6.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://aos.edp-dentaire.fr/articles/aos/pdf/2016/02/aos2016275article6.pdf>
6. Philippe J. Esthétique du visage. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitess723-11607 [Internet]. [cité 11 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/20815/resultatrecherche/9>
7. Amadiou J-F. Le poids des apparences: beauté, amour et gloire. Paris, France: O. Jacob, DL 2005; 2005. 199 p.
8. L'importance d'avoir un beau sourire [Internet]. Dentaly.org. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.dentaly.org/limportance-davoir-un-beau-sourire/>
9. Martin J-C. Le guide de la communication. Marabout; 2014. 466 p.
10. Work S at. Présentation orale : Le rôle du sourire [Internet]. Réussir vos présentations à enjeux. 2012 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <https://slidologie.net/2012/10/06/presentation-orale-le-role-du-sourire/>
11. Lejoyeux J. Les 9 clefs du visage. Paris, France: Solar; 1991. 219 p.
12. IDvol90n31p1677-1682.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.idweblogs.com/dentisterie-esthetique/wp-content/uploads/sites/19/2014/05/IDvol90n31p1677-1682.pdf>
13. Offner D, Musset A-M, Thiel M-J. Vers un sourire standard : limites et risques d'un esthétisme normalisé. Éthique Santé. mars 2012;9(1):22-8.

14. Lejoyeux É, Flageul F. Les dents, le sourire... et l'art. Rev Orthopédie Dento-Faciale. janv 2013;47(1):11-28.
15. Maître ML. Photographie numérique en dermatologie esthétique. Httpwwwem-Premiumcomdatraitscos50-26297 [Internet]. [cité 12 sept 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/18422/resultatrecherche/3>
16. Insee - Population - Population par âge [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032
17. Dentistes ON des C. Consulter le Code de déontologie [Internet]. 2009 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
18. Vers une orientation esthétique... ou comment démocratiser l'esthétique ? [Internet]. Le Fil Dentaire. 2013 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/vers-une-orientation-esthetique-ou-comment-democratiser-lesthetique/>
19. Hamelin ND, Nikolis A, Armano J, Harris PG, Brutus JP. Evaluation of factors influencing confidence and trust in the patient-physician relationship: a survey of patient in a hand clinic. Chir Main. avr 2012;31(2):83-90.
20. Schattner A, Rudin D, Jellin N. Good physicians from the perspective of their patients. BMC Health Serv Res. 12 sept 2004;4(1):26.
21. Thom DH, Stanford Trust Study Physicians. Physician behaviors that predict patient trust. J Fam Pract. avr 2001;50(4):323-8.
22. Tate P. Soigner (aussi) sa communication: la relation médecin-patient. Bruxelles, Belgique: De Boeck; 2005. iv+225.
23. Esthétique et psychologie : « Primum non nocere » [Internet]. Le Fil Dentaire. 2014 [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/analyse/etudes/esthetique-et-psychologie-primum-non-nocere/>
24. Vesse M. Bilan préthérapeutique des dysmorphoses. In Actua odonto stomatol; 1989. p. 165.
25. Comment Intégrer la Photographie Dentaire dans son Exercice? | The Dentalist [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://thedentalist.fr/4-cles-pour-integrer-la-photographie-dentaire-dans-votre-exercice/>
26. JUDE Y. Techniques actuelles en photographie dentaire: supports traditionnels et imageries nouvelles; de la photographie argentique a l'etape magnetique : differents types de mise au point [TH.]. [France]; 1987.
27. Wirtz P. La place de la photographie en odonto stomatologie [TH.]. [France]; 1987.
28. BLANC S. Photographie et odontologie [TH.]. [France]; 1988.

29. HUTH J. La macrophotographie au cabinet: interets des perfectionnements recents [TH.]. [France]; 1991.
30. Panoramique dentaire - Imagerie Médicale [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://imageriemedicale.fr/examens/imagerie-dentaire/panoramique-dentaire/>
31. Pasquet G, Cavezian R. Moyens diagnostiques en imagerie odonto-stomatologique cone beam : résultats. *J Radiol.* mai 2009;90(5, Part 2):618-23.
32. Faucher A-J, Makarian M, Paris J-C. Esthétique du sourire: intégration ou réhabilitation? *In réal clin;* 2003. p. 367-78.
33. Calas-Bennasar I, Bousquet P, Jame O, Orti V, Gibert P. Examen clinique des parodontites. *EMC - Odontol.* juin 2005;1(2):181-91.
34. Boever J de, Adriaens P, Velde FV. Gencives et gingivites. Gent, France: Kliniek voor Tand, Mond-en Kaakziekten Afdeling Kroon- en Brugwerk en Parodontologie Rijksuniversiteit,; 198X. 40 p.
35. Barron G, Roose J. Communication et prévention en parodontologie au cabinet dentaire. France; 2015. 79 p.
36. Esthétique dentaire : vers une mutation numérique [Internet]. *Le Fil Dentaire.* 2013 [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/actualites/actualites-scientifiques/esthetique-dentaire-vers-une-mutation-numerique/>
37. Arias DM, Trushkowsky RD, Brea LM, David SB. Treatment of the Patient with Gummy Smile in Conjunction with Digital Smile Approach. *Dent Clin North Am.* juill 2015;59(3):703-16.
38. Trushkowsky R, Arias DM, David S. Digital Smile Design concept delineates the final potential result of crown lengthening and porcelain veneers to correct a gummy smile. *Int J Esthet Dent.* 2016;11(3):338-54.
39. Tak On T, Kois JC. Digital Smile Design Meets the Dento-Facial Analyzer: Optimizing Esthetics While Preserving Tooth Structure. *Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ* 1995. janv 2016;37(1):46-50.
40. Meereis CTW, de Souza GBF, Albino LGB, Ogliari FA, Piva E, Lima GS. Digital Smile Design for Computer-assisted Esthetic Rehabilitation: Two-year Follow-up. *Oper Dent.* févr 2016;41(1):E13-22.
41. Zanardi PR, Laia Rocha Zanardi R, Chaib Stegun R, Sesma N, Costa B-N, Cruz Laganá D. The Use of the Digital Smile Design Concept as an Auxiliary Tool in Aesthetic Rehabilitation: A Case Report. *Open Dent J.* 2016;10:28-34.
42. Le plan de traitement : pas d'adhésion sans communication [Internet]. *Le Fil Dentaire.* 2010 [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/communication/le-plan-de-traitement-pas-dadhesion-sans-communication/>

Le consentement en pratique clinique: la loi Huriet dix ans après , bilan, enjeux, perspectives. Paris, France: Flammarion; 2000. 109 p.

44. Légitimité actuelle du consentement du patient : valeur juridique [Internet]. Le Fil Dentaire. 2010 [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/conseil/juridique/legitimite-actuelle-du-consentement-du-patient-valeur-juridique/>
45. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
46. La communication praticien - laboratoire : de la photographie à la céramique [Internet]. Le Fil Dentaire. 2016 [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/prothese/communication-praticien-laboratoire-de-photographie-a-ceramique/>
47. Analyse des facteurs de risques esthétiques, nouvelle approche : Digital Smile Design [Internet]. Information Dentaire. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: http://_65430983298_1_1364245200.id.elteg.net/011025-23214-Analyse-des-facteurs-de-risques-esthetiques-nouvelle-approche-Digital-Smile-Design.html
48. H S, P M. Clinically based diagnostic wax-up for optimal esthetics: the diagnostic mock-up. J Calif Dent Assoc. 2008 2008;36(5):355-62.
49. Kahng LS. Patient–Dentist–Technician Communication within the Dental Team: Using a Colored Treatment Plan Wax-Up. J Esthet Restor Dent. juillet 2006;18(4):185-93.
50. Magne P, Magne M. Use of additive waxup and direct intraoral mock-up for enamel preservation with porcelain laminate veneers. Eur J Esthet Dent Off J Eur Acad Esthet Dent. avr 2006;1(1):10-9.
51. Réhabilitation complète de la bouche : dentisterie sans préparation [Internet]. Le Fil Dentaire. 2015 [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/esthetique/rehabilitation-complete-de-la-bouche-dentisterie-sans-preparation/>
52. Quintessence Journals - Pascal-Magne-tallado-de-facetes-sobre-mock-up.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://grupoestudio-odontologiaestetica.com/wp-content/uploads/2015/05/Pascal-Magne-tallado-de-facetes-sobre-mock-up.pdf>
53. Chasseuil M-A, Bodic F. L'apport du collage et des masques lors de réalisations esthétiques antérieures. France; 2012.
54. Quintessence International [Internet]. [cité 2 oct 2016]. Disponible sur: http://www.quintessence-international.fr/abonnements_qripd.php?ident=ok&etape=voirArticle&annee=2012&numero=4&PHPSESSID=569ulb52gsdaatvhvnu7eukhu4

Les références sont très importantes car elles justifient l'étude en servant de base à l'introduction, la méthodologie et à la discussion. Les références doivent être celles de documents scientifiques (articles, thèses, ouvrages, recommandations..).

Tables des figures

Index des illustrations

Illustration 1: Le beau sourire, un rayonnement en société. Origine site fotolia.....	19
Illustration 2: Une publicité visant les enfants de moins de 15 ans. Issue du site www.deedeparis.com	22
Illustration 3: Sourire de l'acteur Tom CRUISE. Issue du site famousbirthdays.com	23
Illustration 4: Photographie de l'actrice Penelope CRUZ. Issue du site ohmymag.com	23
Illustration 5: Exemple type de photographie avant et après retouche par ordinateur. Issue du site makeup.pho.to	24
Illustration 6: Le grill du rappeur lil FLIP. Issue du site adra-matic.com.....	24
Illustration 7: Photographie type du twinkle. Issue de Ooreka.fr.....	25
Illustration 8: :Publicité pour une mutuelle destinée aux seniors. Issue de images.google.fr	25
Illustration 9: Publicité pour un contrat d'obsèque.....	26
Illustration 10: Exemple de questionnaire esthétique du cabinet du docteur VIDOTTO et KALAFATIAN.....	31
Illustration 11: Photographie d'une équipe soignante au cabinet dentaire.(4) p34.....	34
Illustration 12: Photographie de Michael JACKSON après chirurgie. Issue de dailymail.co.uk	39
Illustration 13: Photographie de Michael JACKSON avant chirurgie. Issue de web.vipwiki.org	39
Illustration 14: Le visage de face. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	43
Illustration 15: Le visage de profil. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	44
Illustration 16: Un sourire de face en dévoilant le bord libre des dents. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	45
Illustration 17: Le sourire des quatre incisives maxillaires. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	45
Illustration 18: $\frac{3}{4}$ de sourire gauche. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	46
Illustration 19: $\frac{3}{4}$ de sourire droit. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	46
Illustration 20: Une vue frontale en position d'intercuspidie maximale. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	47
Illustration 21: Une vue frontale en bout à bout. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	48
Illustration 22: Une vue $\frac{3}{4}$ droit en protection latérale.Cas du docteur Laurence LESIEUR	49
Illustration 23: Une vue $\frac{3}{4}$ gauche en protection latérale.Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	49
Illustration 24: Une vue occlusale supérieure. cas du docteur Laurence LESIEUR....	50
Illustration 25: Une vue occlusale inférieur. Cas du docteur Laurence LESIEUR. .	50
Illustration 26: Le modèle maxillaire en plâtre du patient. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	51
Illustration 27: Le modèle mandibulaire en plâtre du patient. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	51
Illustration 28: La radiographie panoramique. Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	52
Illustration 29: Les rétro alvéolaires de contrôle des traitements endodontiques du secteur 1 Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	53
Illustration 30: Les rétro alvéolaires de contrôle des traitements endodontiques du secteur	

2 Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	53
Illustration 31: Première page du guide esthétique issue du guide esthétique(4)	55
Illustration 32: Deuxième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4).....	56
Illustration 33: Troisième page du guide esthétique issue du guide esthétique (4).....	57
Illustration 34: Quatrième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4).....	58
Illustration 35: Cinquième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4).....	59
Illustration 36: Sixième page du guide esthétique issue du guide esthétique(4).....	60
Illustration 37: Photographie de gencive saine sur www.soindentaire.com.....	63
Illustration 38: Photographie représentant de la ligne des collets(4).....	63
Illustration 39: La photographie de la face avec un large sourire est déplacée derrière la croix pour déterminer le plan horizontal idéal et la ligne médiane verticale (l'arc facial numérique). Cas du Dr Christian Coachman(54).....	65
Illustration 40: Transfert de la croix sur le sourire : regroupement des lignes sur la photographie de la face et zoom pour analyser leurs rapports avec les lèvres, les dents et la gencive. Cas du Dr Christian Coachman(54).....	65
Illustration 41: Simulation dentaire de base réalisée en recadrant les images des dents et en les plaçant sur la photographie du visage par un copier-coller, corrigeant les niveaux des collets, la longueur et l'inclinaison des dents antérieures. Cas du Dr Christian Coachman (54).....	66
Illustration 42: Dessin des trois lignes de référence qui vont permettre le transfert de la croix sur la photographie intra-orale. Cas du Dr Christian Coachman(54).....	66
Illustration 43: Tracé final des dents montrant le rapport entre la situation préopératoire et le dessin idéal. Cas du Dr Christian Coachman (54).....	67
Illustration 44: Le wax-up diagnostique est réalisé en utilisant la croix et le dessin morphopsychologique comme guides. La nouvelle longueur du bord est mesurée sur l'ordinateur et transférée sur la wax-up avec un compas. Cas du Dr Christian Coachman (54).....	67
Illustration 45: Essai clinique des provisoires en résine bisacrylique obtenues à partir d'une clé en silicone fabriquée sur le wax-up diagnostique.Cas du Dr Christian Coachman(54). 68	
Illustration 46: Rendez-vous chez le prothésiste pour la prise de teinte (cabinet de Patrice Morel).....	72
Illustration 47: Photographie préopératoire intrabuccale en désocclusion.Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	74
Illustration 48: Wax-up réalisé sans préparation des dents.Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	75
Illustration 49: Isomoulage en silicone du wax-up. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	76
Illustration 50: Contrôle de la précision de l'isomoulage du wax-up. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	77
Illustration 51: Remplissage de l'isomoulage à l'aide de composite autopolymérisable. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	77
Illustration 52: Mise en bouche de l'isomoulage chargé en composite autopolymérisable. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	78
Illustration 53: Photographie postopératoire lors du contrôle de l'occlusion.Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	78
Illustration 54: Photographie postopératoire du portrait. Cas du Dr Yassine Harichane de dt study club.....	79
Illustration 55: Photographie initiale avant éclaircissement Cas du docteur Laurence LESIEUR.....	80
Illustration 56: Photographie après éclaircissement Cas du docteur Laurence LESIEUR...80	

Illustration 57: Photographie avant restauration direct en composite, cas du docteur Laurence LESIEUR.....	81
Illustration 58: Photographie après restauration direct en composite, cas du docteur Laurence LESIEUR.....	81
Illustration 59: Photographie avant la réhabilitation esthétique totale, cas du docteur Laurence LESIEUR.....	82
Illustration 60: Photographie après la réhabilitation esthétique totale, cas du docteur Laurence LESIEUR.....	82
Illustration 61: Photographie avant et après une réhabilitation esthétique chez Tom CRUISE. Issue du site www.2tout2rien.fr	84

La réhabilitation esthétique du sourire, de la première consultation à la validation du projet.

PHILIPPE Thibaut

91 p. ; 61 ill. ; 54 réf.

Domaines : Odonto conservatrice endodontie ; Esthétique-ceramique

Mots clés Rameau: Odontologie esthétique ; Sourire, Restauration dentaire ; Photographie numérique-Emploi en diagnostic

Mots clés FmeSH: Dentisterie esthétique ; Sourire ; Restaurations dentaires temporaires

L'évolution des normes esthétiques, des techniques, des matériaux a fait évoluer la dentisterie. Nos patients manifestent clairement un désir croissant de magnifier leur sourire. Les médias jouent un rôle très important dans cette évolution.

L'approche psychologique personnalisée va teinter chaque étape clinique en instaurant une relation de confiance et permettre de déboucher sur un plan de traitement et une réalisation réussie, satisfaisant le patient et le praticien.

-Dans un premier temps, les bienfaits d'un sourire dans la construction de l'individu, la confiance en soi, ainsi que l'origine des demandes.

-Puis dans un second temps, la prise de contact entre le patient et le praticien lors de la première consultation, l'écoute avant tout, la réalisation des éléments permettant l'analyse du sourire (photographies, radiographies et empreintes).

-La troisième partie se penchera sur l'ensemble des techniques à disposition, pour obtenir le consentement éclairé du patient, avant toute préparation irréversible.

L'ensemble de cette thèse vise à démontrer l'importance des outils de communication et de diagnostic mis à disposition du praticien pour obtenir la validation du projet esthétique.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Madame le Docteur Céline CATTEAU

Monsieur le Docteur Thibaut BECAVIN

Madame le Docteur Laurence LESIEUR