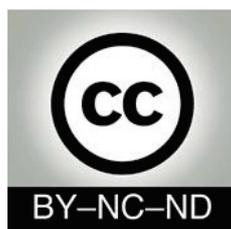




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I**  
**U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2019

THESE N° 2019 LYO 1D 051

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**  
**Présentée et soutenue publiquement le : 11 juillet 2019**  
**par**

**Carole AGUILERA**  
**Née le 11/05/1994 à Pierre-Bénite (69)**

---

**La Bleachorexie: de l'impact médiatique au phénomène social**

---

**JURY**

<b>Monsieur le Professeur Olivier ROBIN</b>	<b>Président</b>
<b>Madame le Docteur Béatrice THIVICHON-PRINCE</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Cyril VILLAT</b>	<b>Assesseur</b>
<b><u>Monsieur le Docteur Florian BRET</u></b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Julie SANTAMARIA</b>	<b>Assesseur</b>

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F. FLEURY
Président du Conseil Académique HADID	M. le Professeur H. BEN
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur D. REVEL
Vice-Président de la Commission Recherche du Conseil Académique	M. F. VALLEE
Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire CHEVALIER du Conseil Académique	M. le Professeur P.

## SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur G. RODE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud BURILLON Charles Mérieux Faculté d'Odontologie	Directeur : Mme la Professeure C.  Directrice : Mme. la Professeure D. SEUX
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques VINCIGUERRA	Directrice : Mme la Professeure C.
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences
Département de Formation et Centre de SCHOTT Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M.

## SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies Conférences	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de
UFR des Sciences et Techniques des Agrégé Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. E. PERRIN

Institut de Science Financière et d'Assurances  
Conférences

Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education  
MOUGNIOTTE  
(ESPE)

Directeur : M. le Professeur A.

Observatoire de Lyon

Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL

Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique

Directeur : M. G. PIGNAULT

# FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

**Doyenne :** Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

**Vices-Doyens :** M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités  
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, Maître de Conférences

## **SOUS-SECTION 56-01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER  
Maître de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ, Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY,  
Mme Claire PERNIER,  
Maître de Conférences Associée Mme Christine KHOURY

## **SOUS-SECTION 56-02 : PRÉVENTION - EPIDÉMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE**

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS  
Maître de Conférences M. Bruno COMTE  
Maître de Conférences Associé M. Laurent LAFOREST

## **SOUS-SECTION 57-01 : CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE**

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES  
Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,  
Mme Kerstin GRITSCH, M. Arnaud LAFON  
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

## **SOUS-SECTION 58-01 : DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX**

Professeurs des Universités : M. Pierre FARGE, Mme Brigitte GROSGOGEAT,  
M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Catherine MILLET, M. Olivier ROBIN, Mme Dominique SEUX,  
Maîtres de Conférences : M. Maxime DUCRET, M. Patrick EXBRAYAT, M. Christophe  
JEANNIN,  
M. Renaud NOHARET, M. Thierry SELLI, Mme Sophie VEYRE-GOULET, M. Stéphane VIENNOT, M.  
Gilbert VIGUIE, M. Cyril VILLAT,  
,  
Maîtres de Conférences Associés M. Hazem ABOUELLEIL,

## **SECTION 87 : SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**

Maître de Conférences Mme Florence CARROUEL

## REMERCIEMENTS

### **Monsieur le Professeur Olivier ROBIN**

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon  
Praticien-Hospitalier  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Docteur d'Etat en Odontologie  
Doyen Honoraire de l'UFR d'Odontologie de Lyon  
Habilité à Diriger des Recherches  
Responsable de la sous-section « Biomatériaux, Sciences Anatomiques et Physiologiques,  
Occlusodontiques, Biophysique et Radiologie »

*Je vous remercie pour avoir accepté de présider et de juger ce travail. Je vous remercie également de votre enseignement et encadrement bienveillant durant ces 6 dernières années.*

**Madame le Docteur Béatrice THIVICHON-PRINCE**

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon  
Praticien-Hospitalier  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Docteur de l'Université Lyon I  
Vice-Doyen à l'UFR d'Odontologie de Lyon

*Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté d'intégrer ce jury de thèse.*

**Monsieur le Docteur Cyril VILLAT**

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon  
Praticien-Hospitalier  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Ancien Interne en Odontologie  
Docteur de l'Ecole Centrale Paris

*Je vous remercie pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, reflet de votre disponibilité et dévouement pour vos étudiants tout au long de notre parcours.*

**Monsieur le Docteur Florian BRET,**

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon  
Docteur en Chirurgie Dentaire

*Juge et directeur de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité sans limite durant ces années de clinique, jusqu'à l'élaboration de ce travail. Je vous remercie également de votre pédagogie et votre soutien sans faille. Votre implication dans votre pratique et dans l'enseignement est une source d'inspiration.*

**Madame le Docteur Julie SANTAMARIA**

Ancien Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Praticien-Hospitalier Contractuel

*Je vous remercie pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie également pour votre dévouement envers vos étudiants.*



# TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	4
I. L'Evolution des demandes esthétiques .....	5
a) Évolution des normes esthétiques.....	5
1. Evolution des normes esthétiques du sourire en France.....	5
2. Sourire standardisé.....	7
3. Digital Smile Design (DSD) .....	9
b) Le sourire dans les médias .....	10
1. Du sourire français au « tout sourire américain ».....	10
2. Astuces médiatiques.....	12
II. Les différentes thérapeutiques esthétiques.....	14
a) Professionnelles.....	14
1. Éclaircissement professionnel.....	14
2. Orthodontie.....	20
3. Soins conservateurs.....	21
4. Soins prothétiques.....	23
b) En libre accès .....	25
1. Cosmétiques dentaires.....	25
2. Éclaircissement ambulatoire.....	26
c) Bar à sourires.....	25
1. Evolution en France.....	25
2. Encadrement légal.....	28
III. Conséquences .....	29
a) Psychologiques.....	29
1. Place du sourire dans le bien être des individus .....	29
2. Influence des médias sur le bien être des individus.....	30
b) Sur la santé bucco-dentaire .....	31
1. Motivation à l'hygiène bucco dentaire.....	31
2. Surconsommation de soins.....	31
3. Conséquences dentaires .....	32
Conclusion.....	34

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

- *Figure 1*: La Joconde de Léonard de Vinci, XVIème siècle
- *Figure 2a et 2b*: Tableau des valeurs céphalométriques de référence [http://odonto.u-bordeaux2.fr/Cours/CSCT\\_web.publi/web/co/module\\_CSCT\\_19.html](http://odonto.u-bordeaux2.fr/Cours/CSCT_web.publi/web/co/module_CSCT_19.html) et Schéma d'analyse céphalométrique <https://www.studocu.com/fr-be/document/universite-catholique-de-louvain/orthodontie/resumes/examen-cephalometrique/3013643/view>
- *Figure 3*: Programmation des proportions dentaires par DSD, [drmichaels.com](http://drmichaels.com)
- *Figure 4*: Publicité de la marque CocaCola® des années 1950
- *Figure 5a*: teintier Vita Classical® A1-D4 et *Figure 5b*: teintier Vita Toothguide 3D-Master® [www.vita-zahnfabrik.com/fr/](http://www.vita-zahnfabrik.com/fr/)
- *Figure 6*: Résultat comparatif après éclaircissement de l'arcade maxillaire [orthodontisteenligne.com](http://orthodontisteenligne.com)
- *Figures 7a et 7b*: Traitement éclaircissant sur des colorations brunâtres dues à une fluorose. *Source*: Magne P, Belser U. *Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures Approche biomimétique. Quitessence Internationale 2003: 101*
- *Figure 8*: Eclaircissement dents vitales professionnel [dr-siahou-michael.chirurgiens-dentistes.fr](http://dr-siahou-michael.chirurgiens-dentistes.fr)
- *Figure 9*: Mise en place du gel éclaircissant dans une gouttière sur-mesure [lefildentaire.com](http://lefildentaire.com)
- *Figure 10*: Mise en place d'une barrière hermétique. *Source*: Magne P, Belser U. *Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures Approche biomimétique. Quitessence Internationale 2003: 111*
- *Figure 11*: Restauration des lobes dentinaires avec des masses dentine moins saturées et mise en place de masses opalescentes bleutées entre ces lobes. *Source*: Koubi S., Faucher A. *Restaurations antérieures directes en résine composite : des méthodes classiques à la stratification. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-136-M-10, 2005, Médecine buccale, 28-634-C-10, 2008*
- *Figure 12*: Charte chromatique de Lorenzo Vanini
- *Figure 13*: Photographies avant/après traitement par facettes céramiques antérieures de l'acteur américain Robert Downey Jr
- *Figure 14*: Sourire postiche adhésif, en vente sur [amazon.fr](http://amazon.fr)
- *Figure 15*: Post instagram de Jessica Thivenin, célébrité de télé-réalité, sponsorisée par la marque Bbryance®
- *Figure 16*: exemple de centre de blanchiment dentaire, [pointsourires.com](http://pointsourires.com)
- *Figure 17*: Récessions gingivales et abrasion dentaire causées par un brossage traumatique [parosphere.org](http://parosphere.org)

## Introduction

La bleachorexie est un terme inventé par le Dr Jablow en 2005 et par la suite repris par l'American Dental Association, pour décrire un désordre corporel dysmorphique, avec comme sentiment que le sourire n'est jamais assez blanc, ni assez parfait. Formé à partir du mot bleaching (blanchiment) et -rexie (appétit), il rappelle les troubles alimentaires. Certains auteurs parlent de «boulimiques de la blancheur » (1, 2).

Il semblerait que l'intérêt pour la blancheur des dents et ainsi la beauté du sourire soit une préoccupation de tous temps. L'apparition de l'éclaircissement dentaire il y a plus de 4 000 ans chez les égyptiens via des pâtes au vinaigre de vin et à la ponce, se poursuit chez les Romains par l'utilisation de l'urine pour son ammoniacque. Puis, au XVIIIème siècle, c'est par le limage de l'émail par les barbiers que les dents sont blanchies. Enfin, avec la découverte de l'effet secondaire éclaircissant du peroxyde d'hydrogène utilisé dans les gels gingivaux antiseptiques, se développent les gels éclaircissants (3, 4, 5).

Mais aujourd'hui, les chirurgiens-dentistes sont confrontés à des dérives de demandes esthétiques de plus en plus exigeantes. Elles semblent largement liées à l'expansion du poids des médias sur les consciences collectives et les valeurs socio-culturelles.

Ainsi, dans un premier temps, nous nous consacrerons à l'analyse de l'évolution des demandes esthétiques, avec l'évolution des normes esthétiques, puis la place du sourire dans les médias.

Puis, dans une seconde partie, nous verrons les différentes thérapeutiques esthétiques existantes répondant aux nouvelles demandes esthétiques, d'abord professionnelles, puis en libre accès, et nous aborderons l'exemple spécifique des bars à sourire.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous soulignerons les conséquences de la bleachorexie, à la fois psychologiques, et sur la santé bucco-dentaire.

## **I. L'Évolution des demandes esthétiques**

La santé selon Galien (129-216 après J-C) est accompagnée de la beauté, du bon état et de l'intégrité du corps. Ainsi, de tout temps, l'esthétique semble être au cœur des préoccupations et des soins. Pour le jugement esthétique, Kant utilise comme référence le « modèle type » issu du principe d' « idée normale ». Ce modèle type est basé sur l'expérience, la moyenne des visages connus, et participe ainsi à l'évaluation et au goût esthétique. Celui-ci dépend donc des milieux et sociétés. C'est ainsi que le diastèmes inter-incisif est plus valorisé chez les populations africaines qu'en Occident (6). Également, il semblerait que le sourire américain, caractérisé par sa blancheur et une ligne du sourire plate soit de plus en plus relayé par les médias et donc apprécié en France. (7, 8)

### **a) Évolution des normes esthétiques**

#### **1. Evolution des normes esthétiques du sourire en France**

Jusqu'au XIXème siècle, les dents étaient absentes de quasiment toutes les oeuvres d'art. Les beaux sourires sont représentés lèvres closes (exemple de *La Joconde* de Léonard de Vinci *figure 1*), aucune dent n'est représentée. Ce n'est qu'avec l'arrivée de la photographie que la représentation du sourire va évoluer, laissant apparaître des sourires spontanés aux belles dents blanches, symbole de plaisir, joie et séduction. (8, 9).



*Figure 1, La Joconde de Léonard de Vinci, XVIème siècle*

Mais, bien qu'absentes des représentations, la beauté des dents et l'hygiène bucco-dentaire n'étaient pas absentes des préoccupations du Moyen-Age. Nous retrouvons par exemple dans les écrits le dentifrice pour la beauté des dents d'Aldebrandin de Sienne, pouvant accompagner la bonne haleine. La beauté des dents s'associe alors à une dimension sociale de la bonne santé bucco-dentaire (10). Un sourire esthétique est de tous temps reflet d'une bonne santé, et de réussite sociale (8). Cette image sociale implicite du sourire semble motiver la demande esthétique en dentisterie: une demande de dents toujours plus blanches et droites, principalement par des patients atteints de bleachorexie.

La société occidentale hérite de ses principes esthétiques par ses influences gréco-romaines, puis de la Renaissance. Aujourd'hui et depuis les années 50, c'est le sourire hollywoodien blanc éclatant, à la ligne du sourire plane qui est largement relayé par la presse et la télévision. La blancheur des dents est un critère d'intégration sociale. Ce critère de blancheur n'est pas propre aux occidentaux, puisqu'il est par exemple partagé par les Peuls du Niger qui utilisent des bâtonnets d'acacia aux propriétés antiseptiques pour blanchir leurs dents, cherchant à rappeler le blanc de leurs yeux (11), signe de richesse et de bonne santé.

Selon Umberto Eco il y a aujourd'hui deux conceptions de la beauté: la beauté de provocation proposée par des mouvements artistiques, et la beauté de consommation proposée par les médias (12). L'évolution des normes esthétiques du sourire en France et ainsi des demandes semble donc largement dictée par le cinéma et la presse.

Seules les populations plus investies dans la santé bucco-dentaire telles que les chirurgiens dentistes et prothésistes dentaires, tendent aujourd'hui à dénoncer une bleachorexie du sourire, et cherchent un sourire plus naturel et mimétiques, incorporant de légers défauts, « animant » le sourire. (11)

## 2. Sourire standardisé

Un sourire esthétique est principalement focalisé sur la zone antérieure de canine à canine, avec une large dominance des incisives centrales maxillaires. Le critère white esthétique prévaut sur le pink esthétique, mais rappelons que toutes les dents ne sont pas physiologiquement de la même couleur. Les dents maxillaires sont légèrement plus claires que les dents mandibulaires, principalement vrai pour les incisives centrales maxillaires. (7, 13).

L'établissement de normes et de proportions idéales du corps et du visage est apparue en premier lieu chez les grecs avec l'utilisation du nombre d'or 1,618 (11). Reflet d'une harmonie et d'un équilibre des proportions, en tant que symbole d'esthétique inspirée de la nature, celui-ci était utilisé dans l'art et l'architecture, et à été repris jusqu'à la Renaissance pour guider les représentations des corps selon la divine proportion. Par exemple, sur un beau visage, la largeur de la bouche fait 1,618 fois la largeur du nez. Le nombre d'or a par la suite été abandonné pour laisser plus de subjectivité à la beauté. Il n'est d'ailleurs pas retrouvé dans les proportions dentaires.

Plus récemment, grâce à l'évolution des techniques et à l'analyse céphalométrique, chirurgien-dentistes et orthodontistes ont établis des valeurs standards, normes, protocoles et lignes guides. Ceux-ci guident leurs thérapeutiques normatives, réponses à la culture du sourire blanc aux dents parfaitement alignées.

Pour exemple, l'analyse de l'angle goniale par céphalométrie, est un paramètre permettant à l'orthodontiste d'évaluer si un patient est hyperdivergent ( $>131^\circ$ ), hypodivergent ( $<116^\circ$ ), ou estimé dans la moyenne, donc normodivergent ( $125^\circ$ ,  $<131^\circ$ , et  $>116^\circ$ ).

Valeurs céphalométriques références pour l'exploitation d'une téléradiographie du crâne de profil:

	Normalité	réduit	augmenté
FMA	25°±3°	croissance Md horizontale	croissance Md verticale
GoGn/SN	32°±5°	hypodivergent	face longue
axe Y/NaBa	30°±3°	face courte	face longue
Plan d'occlusion/SN	14°±3°	hypodivergent	hyperdivergent
angle goniale	125°	<116° hypodivergent	>131° hyperdivergent
SNA	82°±2°	rétrognathie maxillaire	prognathie maxillaire
SNB	80±3°	rétrognathie mandibulaire	prognathie mandibulaire
ANB	2°±2°	<2° + SNA ok = promandibulie <2° + SNB ok = rétromaxillie	≥4° + SNA ok = rétromandibulie ≥4° + SNB ok = promaxillie
I/NA	22°±2°	rétroalvéolie maxillaire	proalvéolie maxillaire
i/NB	25°±2°	rétroalvéolie mandibulaire	proalvéolie mandibulaire
I/i	135°±5°	protusion incisive	rétrusion incisive

Figure 2a: tableau des valeurs céphalométriques de référence

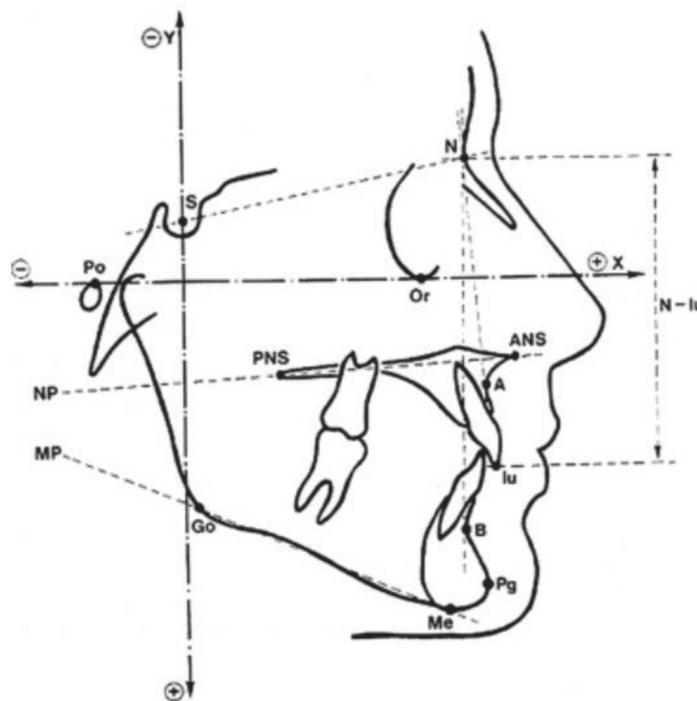


Figure 2b: schéma d'analyse céphalométrique

Normocclusion rime alors dans les esprits avec beauté. Cependant il serait plus juste de parler de sourire standard. En effet le sourire standard exclue les dents légèrement malpositionnées, pourtant aptes à jouer leur rôle dans l'adaptation de l'individu à son milieu. Ainsi le sourire standard ne répond plus à la définition du normal comme capacité de normativité biologique selon Canguilhem (14, 15).

La standardisation est donc largement influencée par la société. C'est l'établissement de critères ou normes qui nous sont familiers et donc socialement et culturellement acceptés. Ces standards sont relayés par les médias et deviennent les critères de beauté du sourire. Le sourire devient alors symbole de bien-être, réussite sociale et santé, dans une société où l'apparence physique esthétique synonyme de bonne santé prime (14, 15, 16).

Le risque inhérent à la standardisation du sourire et des soins bucco-dentaires est que le praticien, suivant ses protocoles de standardisation esthétique, devienne un technicien, marchand du sourire, et non plus un soignant. Le patient perd sa singularité, son individualité. L'accessibilité à ces techniques devient alors socialement discriminant, avec le sourire standard comme signe de position sociale (16).

Enfin, rappelons que la vraie beauté n'est pas une beauté standard, mais souligne la singularité de la personne. *Nature* conclut après son étude sur des sujets japonais et caucasiens que « les visages les plus attirants sont systématiquement différents de la moyenne » (17).

### **3. Digital Smile Design (DSD)**

Dans l'optique de faciliter le diagnostic esthétique, la planification des plans de traitement selon les normes communément établies, et d'améliorer la communication avec le prothésiste, Christian Coachman a créé le protocole DSD Digital Smile Design dans les années 2000.

Le DSD est un protocole de planification et de communication. Un entretien renseignant sur les attentes, désirs et caractère du patient est réalisé. Puis à l'aide de photographies extra et intra-orales, mais également de vidéos, les lignes de références telles que le plan sagittal médian, ligne bibupillaire, et plan horizontal sont mises en évidences. Par la suite, l'analyse du sourire, avec les rapports des lèvres et dents avec ces lignes de références conduisent au projet prothétique numérique. Ce projet prothétique sera alors transféré sur modèle par wax-up et essayé en bouche via un mock-up. (18, 19) La visualisation est idéale lors d'un traitement additif.

Le patient est ainsi impliqué dans son propre plan de traitement. La communication interdisciplinaire avec l'implantologue, l'orthodontiste et le prothésiste est optimisée.

Malgré l'apport indiscutable dans notre discipline, ces avancées technologiques majeures, laissent à craindre une utilisation détournée à des fins de standardisation et de rentabilité des plans de traitement. L'utilisation du protocole DSD par des praticiens négligeant la communication patient et l'analyse morpho-psychologique, et ne se contentant que de l'utilisation des proportions de références (exemple longueur/largeur des incisives centrales de la littérature égale à 80%) comme guide de leur

planification, font de ce protocole numérique le support d'une standardisation de masse des plans de traitements pour une meilleure rentabilité.

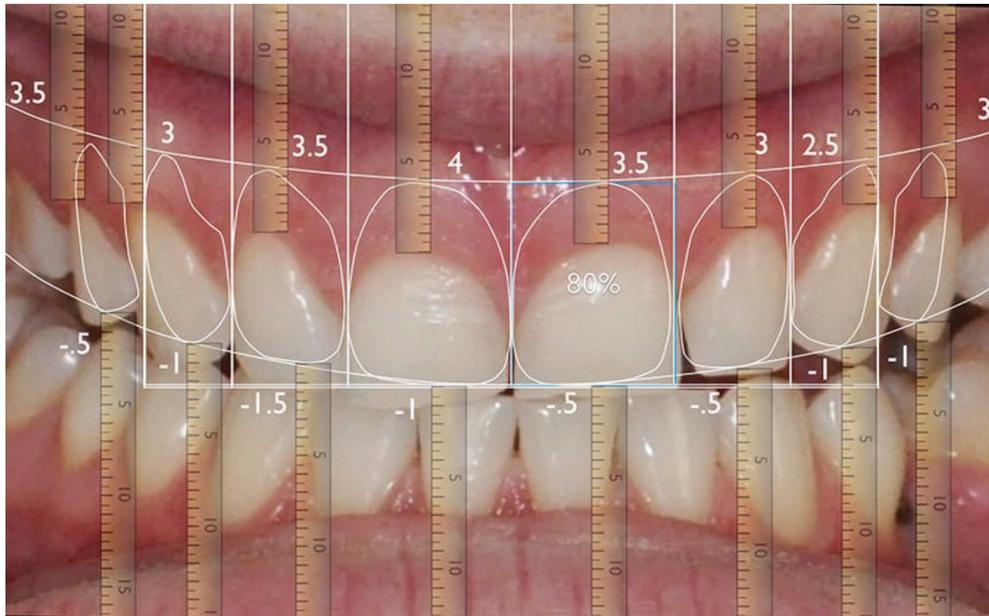


Figure 3: Programmation des proportions dentaires par DSD

## b) Le sourire dans les médias

### 1. Du sourire français au « tout sourire américain »

Ce n'est que depuis le XXème siècle que les dents apparaissent dans les oeuvres d'art. Autrefois pudiques, les sourires à pleines dents apparaissent aujourd'hui communément. Synonyme de jeunesse, bonheur et sensualité, les sourires blancs éclatants sont principalement relayés par les mannequins de sexe féminins dans les publicités, tandis que les mannequins de sexe masculins sont majoritairement photographiés bouche fermée, ne souriant pas. (8)

C'est avec l'apparition des « pin-up » aux Etats-Unis dans les années 1940, héritages des premières photographies érotiques de 1830, que les sourires se dévoilent. Elles seront utilisées par les publicitaires après l'apogée de leur succès dans les années 50. Symbole de jeunesse bonheur et d'érotisme, les messages publicitaires de ces célèbres mannequins suscitent le désir pour les produits qu'elles mettent en avant, en Occident. (20, 21)



*Figure 4: Publicité de la marque CocaCola® des années 1950*

Ainsi, le cinéma hollywoodien prépondérant sur les écrans occidentaux est responsable du phénomène de mondialisation des canons de beauté. Célébrités et modèles ont pour caractéristique esthétique une grande exposition au repos des incisives centrales qui est associée à la beauté, le bonheur et la sexualité (7). L'exposition permanente dans la presse, la publicité et le cinéma de ces sourires blancs éclatants conduit à l'assimilation inconsciente de critères esthétiques du sourire, et fait naître l'envie de s'y conformer. (22, 23). Cette imprégnation de standards esthétiques serait plus implicite via la télévision que par les magazines, dans lesquels on s'expose volontairement à la recherche d'informations (24).

## 2. Astuces médiatiques

Les retouches via des logiciels du type Photoshop® sont des pratiques courantes des publicitaires et magazines. Cela met en évidence l'importance de l'apparence physique dans notre société. Les retouches sont d'autant plus importantes chez les femmes pour lesquelles aucune imperfection n'est tolérée. Le sourire publicitaire se veut donc parfait, avec des teintes équivalentes à du A1 (le plus clair selon le teintier Vita Classical® ) voire plus claires encore. La perfection de ces sourires est principalement due aux retouches post production imposées par le service marketing, mais également par la pratique répandue de la pose de facettes, chirurgies muco-gingivales et éclaircissements dentaires chez les célébrités et modèles. (8)

La couleur des dents dépend principalement de trois facteurs:

- de la luminosité, qui correspond à la quantité de lumière réfléchiée et donc quantité de blanc ajouté à la teinte.
- de la saturation, qui est la densité ou l'intensité de la couleur,
- de la teinte, c'est-à-dire la longueur d'onde majoritairement réfléchiée, correspondant aux sensations colorées comme le jaune, le rouge, le marron. La teinte reste le facteur qui a le moins d'influence lors de la détermination de la couleur d'une dent.

La couleur globale des dents part d'une impression de blanc tirant vers le gris ou vers le jaune.

Les teintiers commerciaux ont été créés pour faciliter l'identification de la couleur des dents, leur classification et la communication avec le prothésiste. Ils permettent d'identifier la couleur selon la luminosité, la saturation et la teinte. Ils sont cependant inexacts car la luminosité, l'âge, le sexe et la fatigue oculaire influence le choix. Mais ils constituent un outil rapide et peu onéreux. Leur utilisation et fiabilité est améliorée par l'expérience et l'entraînement. L'utilisation de la spectrophotométrie est plus précise et répétitive, mais plus difficile à mettre en oeuvre dans la pratique courante en cabinet dentaire, et réservée plutôt au secteur de la recherche. (13) Le teintier Vita Classical shade guide® utilise un système de nuances et valeurs décroissantes allant de A1 à D4.



Figure 5a: teintier Vita Classical® A1-D4

Il a aujourd'hui évolué en Vita Linearguide 3D-MASTER® qui permet un choix facilité de la couleur en seulement 2 étapes. La luminosité est d'abord déterminée avec les barrettes VITA Valueguide 3D-MASTER, de 0 (le plus lumineux) à 5 (le plus sombre). Puis en fonction de la luminosité sélectionnée, se référer au VITA Chroma / Hueguide 3D-MASTER (0/1, 2, 3, 4 ou 5) correspondant pour affiner le choix et déterminer la saturation et la teinte. La saturation correspond aux dénominations M (middle), de 1 (le moins saturé) à 3 (le plus saturé). La teinte elle, est soit équilibrée (M), soit à dominante jaune (L), soit à dominante rouge (R).



Figure 5b: teintier Vita Linearguide 3D-Master®

Un teintier VITA Bleachedguide 3D Master a également été créé. Il comporte des nuances plus claires pour améliorer son utilisation dans l'évaluation de l'éclaircissement des dents (13).

Sur les plateaux de tournage, c'est le maquillage qui assure un sourire éclatant. Les dents sont enduites de glycérines pour les rendre plus lumineuses et brillantes. C'est également avec la couleur des gencives et des lèvres que l'on peut influencer la perception de dents blanches. Les rouges à lèvres rouges, nuance coquelicot, rose pétillant et nude révèlent la luminosité de l'émail, tandis que les teintes orangées tel que le corail, et bleuté font ressortir le jaune des dents. (22, 25).

## II. Les différentes thérapeutiques esthétiques

### a) Professionnelles

#### 1. Éclaircissement professionnel

De l'empire romain au XXème siècle, les professionnels de santé se sont efforcés d'apporter à leur patients des techniques d'éclaircissement dentaire de plus en plus efficaces. Formules dentifrices des *Compositiones* du médecin de l'empereur Claude, Scribonius Largus, *Eau balsamique et spiritueuse* du français Julien Botot en 1755, acide oxalique en 1877 par Chapple, liqueur de Labarraque en 1879 par Tajt et Atkinson, puis apparition du peroxyde d'hydrogène pour la première fois, par Harlan en 1891. Par la suite, certains proposèrent des techniques d'accélération des résultats, par courant électrique (Weskale 1895), lumière ultra-violet (Rosenthal 1911), et combiné de peroxyde d'hydrogène avec source lumineuse et chaleur (Abbot 1918). Cette technique est encore utilisée de nos jours. (1, 26, 27, 28).

L'éclaircissement des dents s'appuie par une action chimique ou mécanique.

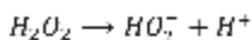
L'éclaircissement mécanique joue sur l'action abrasive de micropoudres telles que des poudres de silice, bioxyde de silice, carbonate de calcium, hydrogène-carbonate, phosphate de calcium biphasique, alumine ou sodium métaphosphorique. On retrouve ces micropoudres abrasives dans les aéropolisseurs, sableurs et dentifrices.

Le peroxyde d'hydrogène est aujourd'hui le principe actif majoritaire des produits à action éclaircissante chimique. Il agit par réaction d'oxydo-réduction sur les chromatophores dentaires. Ceux-ci sont liés aux tissus organiques des zones interprismatiques, fissures, (dyschromie extrinsèque) et au complexe organo-minéral de l'émail et la dentine (dyschromie intrinsèque).

On utilise également couramment le peroxyde de carbamide ayant la propriété de se décomposer au contact de la salive et sous l'effet de la température buccale en urée et peroxyde d'hydrogène selon la formule suivante:



Il y a par la suite une dissociation anioniques favorisé par le pH basique:



Ces radicaux libres se fixent les liaisons double carbone des pigments organiques responsables de la plupart des colorations dentaires.

Les traitements éclaircissants sont efficaces sur les chromogènes organiques. Dans le cas de colorations métalliques nous aurons donc plus recours à des traitements prothétiques.

L'avantage du peroxyde de carbamide par rapport au peroxyde d'hydrogène est la présence d'urée en milieu buccal, qui lui confère une action anti-plaque par élévation du pH. L'urée est métabolisée par les uréases bactériennes pour former du dioxyde de carbone et de l'ammoniaque, qui augmente le pH du fluide de la plaque et neutralise ses acides.

Le peroxyde de carbamide le plus utilisé est le peroxyde de carbamide 16% ayant une équivalence de 5,79% de peroxyde d'hydrogène. (1, 29, 30, 31).

Différents facteurs influencent le traitement éclaircissant des dents vitales. Le plus décisif est le temps d'exposition du principe actif sur la surface dentaire, et ainsi le protocole utilisé (type de produit et sa concentration, durée d'application, fréquence d'application). Le protocole détermine également la stabilité du traitement. Le sexe, l'âge et la couleur initiale des dents semblent également être des facteurs influençant le résultat du traitement. (2)

L'éclaircissement professionnel doit être effectué sous supervision d'un chirurgien dentiste. A l'issue d'une séance de prévention, et d'explications (objectifs, consignes, conseils diététiques), et en l'absence de contre-indication, le professionnel de santé pourra poser l'indication d'un éclaircissement dents vitales. L'éclaircissement dents vitales peut se dérouler au fauteuil, en ambulatoire ou bien en technique combinée. De plus, procéder au traitement de l'arcade maxillaire, puis dans un second temps, de l'arcade mandibulaire, permet une réelle appréciation de l'efficacité du traitement d'éclaircissement. (1) Cette méthode sera d'autant plus importante chez les patients bleachorexiques présentant une insatisfaction insistante. La prise de clichés photographiques avec teintier pour référence permet d'appuyer le résultat probant et suffisant du traitement, et ainsi de prévenir et suivre les comportements addictifs.



*Figure 6: Résultat comparatif après éclaircissement de l'arcade maxillaire*

L'éclaircissement sur dents vitales peut être indiqué en cas de colorations intrinsèques génétiques, liées au vieillissement, post-traumatiques, et liés aux tétracyclines et fluoroses (sauf cas sévères). Également il peut être indiqué dans le cas d'une réhabilitation prothétique dans deux cas:

- avant la confection de facettes ou couronnes céramiques afin d'améliorer le rendu esthétique
- après leur pose, de façon ciblée sur les colorations liées au vieillissement des dents adjacentes aux restaurations. (1, 32)



*Figures 7a et 7b: Traitement éclaircissant sur des colorations brunâtres dues à une fluorose*

Il sera strictement contre-indiqué si le patient présente:

- des sensibilités excessives,
- des pathologies carieuses, parodontales ou péri-apicale
- fractures, fêlures, usure,
- Obturation non étanche,
- Allergie à l'un des composants,
- Colorations dues aux ions métalliques
- Patient mineur (législation), avec un émail immature poreux
- Amélogénèse imparfaite
- Patiente enceinte ou allaitante
- Traitement ODF en cours
- Restaurations importantes sur les dents antérieures (1, 33)

Face à une demande croissante de ce type de soin à visée esthétique, la réglementation européenne s'est précisée. Les produits éclaircissants appartiennent à la catégorie des cosmétiques et non des dispositifs médicaux. L'ANSM (Agence nationale de la sécurité des médicaments et produits de santé) limite depuis 2012 en France la concentration en peroxyde d'hydrogène équivalente, qui doit être strictement inférieure à 6%. Une première séance doit être assurée par un chirurgien dentiste prescripteur. (34, 35)

L'éclaircissement des dents vitales au fauteuil permet de réduire la collaboration du patient et de contrôler totalement l'exposition aux agents éclaircissants. Ce traitement est proposé principalement pour les cas de colorations sévères, car le protocole est long et a un coût de revient élevé (temps de monopolisation du fauteuil). Le protocole de la séance d'éclaircissement au fauteuil implique:

- la mise en place d'une protection des tissus mous (digue associée à de la glycérine type Orabase®, ou digue liquide photopolymérisable),
- le port de gants et lunettes de protections,
- un nettoyage des surfaces dentaire à la ponce et l'eau sans glycérine, qui diminue la pénétration du peroxyde d'hydrogène,
- séchage des surfaces dentaires
- application du gel à base de peroxyde d'hydrogène ou peroxyde de carbamide,
- possible activation de la réaction par chaleur lumineuse
- temps de pose de 5 à 15 minutes
- rinçage et renouvellement jusqu'à 4 fois dans la séance

Dans le cas d'apparition de sensibilités signalées par le patient, le protocole doit être interrompu. (1, 30)



*Figure 8: Eclaircissement dents vitales professionnel*

L'activation lumineuse du produit éclaircissant et sa contribution à l'efficacité et la rapidité du traitement est très controversée. L'activation ne semble pas primordiale au changement de couleur obtenu, bien que la chaleur lumineuse accélérerait la réactivité du peroxyde d'hydrogène, et ainsi la réaction d'oxydo-réduction, mais son type influencerait sur la diminution des sensibilités dentinaires après traitement. L'utilisation du LASER par rapport à une lampe LED classique aux longueurs d'ondes comprises en moyenne entre 430-490nm (spectre de la lumière bleue) et 620-640nm (spectre de la lumière rouge), permettrait d'optimiser le traitement dans le sens d'une diminution des sensibilités dentinaires. (29, 30)

Le traitement éclaircissant en technique ambulatoire des dents vitales, toujours sous supervision régulière du chirurgien dentiste prescripteur, implique une grande coopération de la part du patient. Il est l'acteur principal de son traitement. Le chirurgien dentiste prescripteur doit s'assurer de la compréhension par le patient du protocole, et de sa mise en application par des contrôles réguliers au cours du traitement (30). Une première séance de contrôle à 24 heures, puis une séance hebdomadaire sont préconisées. (1) Les comportements à risque doivent être interceptés. En effet le chirurgien-dentiste doit savoir repérer les patients bleachorexiques; patients surconsommateurs, ne respectant pas les doses et consignes, et toujours insatisfait de la progression du traitement.

Le protocole standard de référence (gold standard) consiste en l'application de peroxyde de carbamide 10% sous forme de gel, à l'aide d'une gouttière polyvinyle souple thermoformée comportant des réservoirs de 0,5mm, 8 heures (nocturne) 2 semaines. (1, 36, 37). Cependant, le protocole tend à évoluer par la réduction du temps d'exposition à 3 heures par jour. En effet il a été démontré que l'efficacité du principe actif est réduit de 50% après 2 heures d'application. L'inconfort des gouttières rend également difficile leur port prolongé. Ce protocole apporte le meilleur delta d'éclaircissement, avec le moins d'effets secondaires, et des résultats stables.(36)



*Figure 9: Mise en place du gel éclaircissant dans une gouttière sur-mesure*

Une étude comparative des différents protocoles (peroxyde d'hydrogène 6 % 45 minutes, peroxyde d'hydrogène 6% 1,5 heure, peroxyde de carbamide 10% 1,5 heure, peroxyde de carbamide 10% 45 minutes) a été conduite par De Almeida & Al. Celle-ci a permis de conclure que la réduction du temps d'exposition réduit le résultat éclaircissant. De plus une diffusion supérieure ne signifie par une efficacité supérieure. Tous les protocoles étaient efficaces, mais le meilleur en balance bénéfices/risques était le protocole 10% de peroxyde de carbamide.(37)

Tous les protocoles montrent l'absence de cytotoxicité, lorsqu'ils sont scrupuleusement observés (1, 36, 37), malgré des sensibilités dentinaires et gingivales strictement réversibles dans les deux semaines suivant le traitement (30). Les sensibilités sont inférieures lors du traitement ambulatoire (36).

L'éclaircissement ambulatoire des dents non vitales, ou éclaircissement interne, est lui appliqué en cas de colorations par extravasation de produits issus d'une hémorragie pulpaire, ou infiltration de matériaux endodontiques. Le blanchiment interne ambulatoire des dents non vitales se réalise après isolation hermétique au ciment (ciment verre ionomère ou ciment oxyphosphate de zinc) d'un traitement endodontique réussi. Cette isolation assure l'absence de toute lésion ligamentaire par diffusion d'oxydants. Par la suite, le praticien dépose une pâte mélange de perborate de sodium et peroxyde d'hydrogène dans la cavité d'accès. Ce réservoir sera alors refermé par un coton suivi d'un IRM. Le matériaux laissé en place une semaine sera renouvelé une à deux fois. (32).

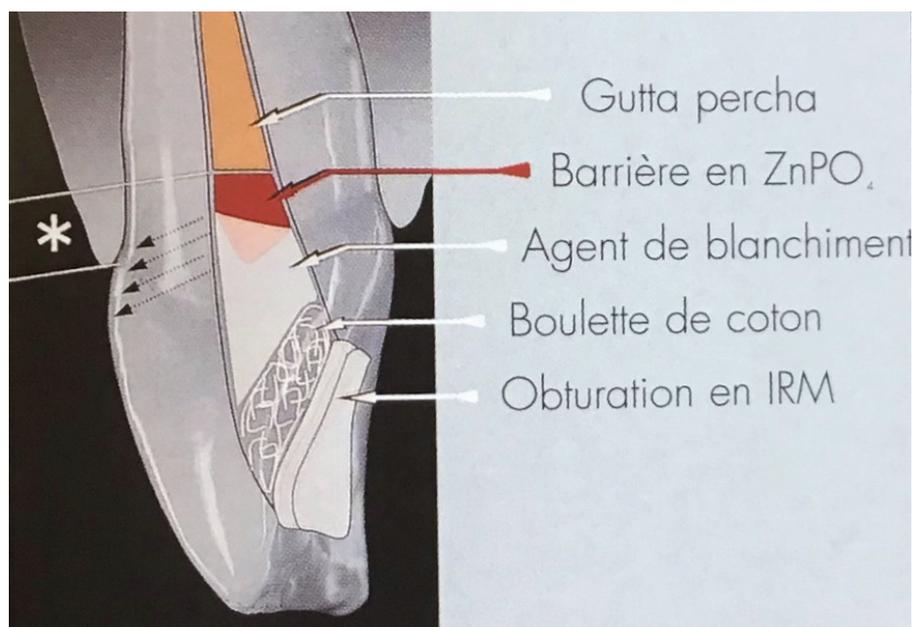


Figure 10: Mise en place d'une barrière hermétique

Au long terme le traitement des dents non vitales reste décevant avec parfois plus de 50% d'échecs, et oriente donc vers une solution plus invasive. (32).

A la suite d'un traitement chimique éclaircissant, il est nécessaire de temporiser 2 semaines avant tout collage, car sa qualité serait altéré par la présence de résidus d'oxydants. (32)

## 2. Orthodontie

L'orthodontie est de plus en plus sollicitée dans la quête du sourire parfait. Actuellement 80 à 92% des consultations en orthodontie seraient motivées par une demande esthétique (Aka et al. 38). Malgré l'aspect contraignant et l'exigence de ces traitements, de plus en plus de patients adultes se tournent vers cette discipline pour acquérir un alignement dentaire idéal. Exigeants en terme de résultats, ils le sont également quant aux moyens du traitement: apparition de l'orthodontie linguale, gouttières transparentes type Invisilign® (38) pour répondre à leur demande. L'orthodontie permet également de réduire le coût tissulaire des réhabilitations esthétiques prothétiques. Cette discipline s'intègre parfaitement dans le cadre d'un traitement pluridisciplinaire.

L'alignement dentaire souvent perçu comme à visée purement esthétique surpasse les demandes d'occlusion. Cependant tous deux contribuent à la bonne santé bucco-dentaire et psychologique (7). D'une part le bon alignement dentaire permet un contrôle de plaque supérieur, limitant ainsi les lésions carieuses, et parodontales par l'accumulation de tartre. Il contribue également à l'harmonisation de l'occlusion statique et dynamique, protégeant l'os alvéolaire et les surfaces dentaires de contraintes trop importantes. Enfin, l'importance du sourire dans le bien être de l'individu sera étudié plus tard dans cet exposé.

Afin de répondre à la demande, les orthodontistes ont tenté d'établir des normes esthétiques, guides de leurs traitements, avec l'analyse des données céphalométriques et moyennes établies (7, 8). Par exemple, la ligne esthétique E ou ligne de Ricketts est une ligne tangente à la pointe du nez et au pogonion cutané. Elle permet d'étudier et d'établir des repères pour le profil cutané, l'esthétique facial et la position des lèvres:

- la bouche fermée sans effort doit se placer en arrière de la ligne de Ricketts.
- la lèvre supérieure se trouve à 2 mm en arrière de cette ligne E
- la lèvre inférieure affleure la ligne E.
- si les lèvres sont en dedans de la ligne E, le profil est concave s'ils sont en dehors le profil est convexe.

Cependant, les orthodontistes en juge unique du plan de traitement, ne doivent pas imposer leur stricte norme, mais doivent se former et s'entraîner à l'évaluation esthétique, car la beauté d'un sourire relève de la subjectivité. (15, 22)

### 3. Soins conservateurs

Grace à l'évolution des techniques et des biomatériaux, la dentisterie s'est orientée vers le principe fondamental de l'économie tissulaire. Par l'amélioration des propriétés mécaniques et optiques des résines composites, les restaurations adhésives se sont développées. Elles permettent à présent la restauration des dents à la fois postérieures, et antérieures. Ces dernières représentaient un challenge par la nécessité de résistance aux forces de flexions et biomimétisme important. Si les deux tiers de l'émail vestibulaire sont conservés, l'enjeu de reproduction des propriétés mécaniques est accompli (18). L'indication de l'utilisation des restaurations adhésives en résines composites sur le secteur antérieur s'est étendue de la restauration des lésions carieuses, aux fractures d'angles, diastèmes, microdentie et dent riziforme. Elles permettent alors la restauration de l'harmonie du sourire et la fonction (39, 40). Elles sont également utilisées dans les thérapeutiques d'érosion-infiltration par résines composites.

L'érosion-infiltration peut faire suite à un traitement éclaircissant sur dents vitales colorées si celui-ci n'a pas apporté de résultat suffisamment satisfaisant. Il consiste en l'accès chimique à la lésion, si celle-ci ne touche que l'émail, et sa restauration par composite infiltrant. Le choix du composite se tourne vers un composite neutre translucide et très légèrement fluorescent, de même indice de réfraction que l'émail. (32)

Une méthodologie d'analyse chromatique de la dent naturelle à restaurer et de sa controlatérale a été développée par différents dentistes tels que Dr Magne et Dr Vanini. Cette méthodologie permet de reproduire par stratification, les différentes couches architecturales de la dent, de manière la plus biomimétique et esthétique possible. Cette technique est similaire à la démarche de montage de la céramique par le prothésiste dentaire. Le montage utilise ici des masses émail et dentine, ainsi que des colorants et opaques. La reconstitution de la macrogéographie, et de la microgéographie de la dent, est cependant plus importante que la couleur elle-même pour l'intégration de la restauration dans le sourire. L'intégration dans le macrorelief des limites de la restauration ainsi qu'un biseau amélaire permettent également de limiter la démarcation avec le joint de la résine composite. (18, 40).



*Figure 11: Restauration des lobes dentinaires avec des masses dentine moins saturées et mise en place de masses opalescentes bleutées entre ces lobes*

La couleur d'une dent s'analyse selon Vanini en identifiant:

- La saturation, densité ou intensité de la couleur, due a la dentine, identifiable au collet,
- La luminosité, quantité de lumière réfléchiée et donc quantité de blanc ajouté à la teinte, influencée par l'émail, qui sera plus translucide et donc plus lumineux chez le sujet jeune, observable au bord libre
- Les caractérisations, du bord libre: 1) mamelons whites/ambrés, 2) bandes, 3) marge incisale (ligne sous l'opalescent au bord libre), 4) halo ou petite tache ambrée au bord libre, 5) fissures
- Les intensifs (taches): 1) taches définies localisées, 2) taches diffuses localisées, 3) taches diffuses généralisées, 4) taches en bandes horizontales
- Les opalescents, 1) trois mamelons, 2) quatre mamelons, 3) effet peigne, 4) fenêtre, 5) tache ambrée.

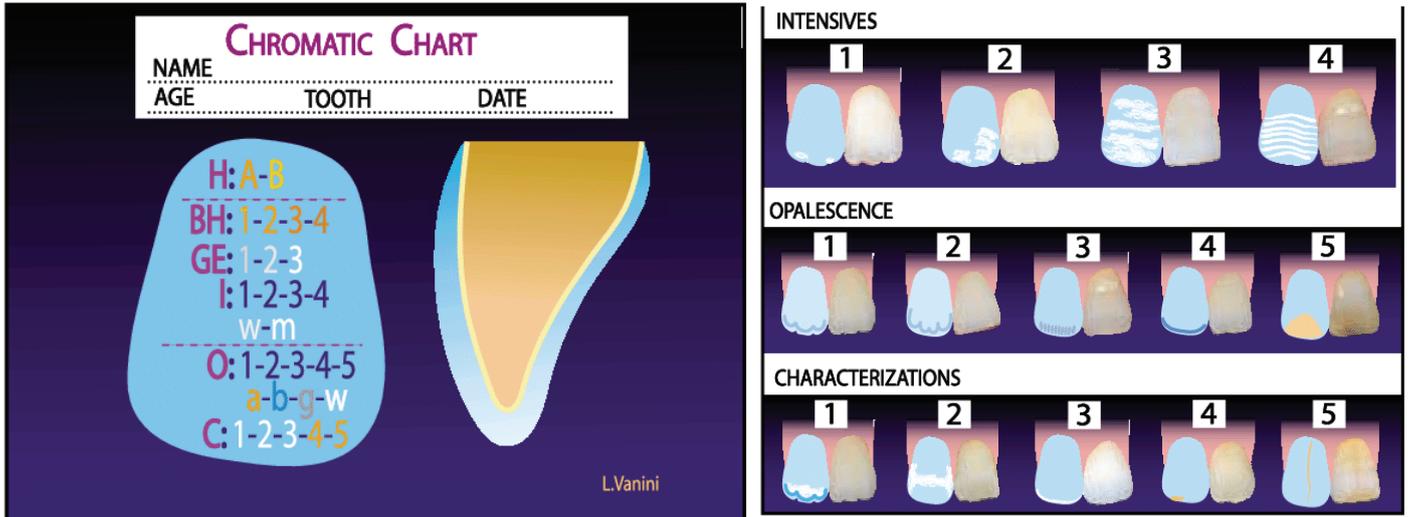


Figure 12: Charte chromatique de Lorenzo Vanini

Bien que l'évolution des résines composites soit majeure en terme d'apport à la dentisterie, ces techniques restauratrices sont très opérateur-dépendantes et imposent des conditions de réalisation strictes (respect du protocole de collage, champ opératoire étanche) suivies de contrôles annuels. Ainsi ces restaurations conservatrices sont des solutions esthétiques de court et moyen termes (4 à 7 ans). (40). Celles-ci s'intègrent idéalement dans le traitement progressif d'anomalie de forme, de l'enfance à l'âge adulte (39).

#### 4. Soins prothétiques

Face à certaines colorations ou malpositions, les patients sont majoritairement plus enclin à opter pour une solution plus dégradante que les praticiens, pour un gain esthétique antérieur (41). Notamment, les patients atteints de bleachorexie sont prêts à recourir à des soins prothétiques sur leurs dents saines afin de leur conférer une teinte blanche artificielle et une forme standardisée. Les restaurations prothétiques telles que les facettes et couronnes céramiques restent nécessaires pour corriger les colorations par chromogènes métalliques (29), ou liées aux tétracyclines (degré 3 et 4). Elles le sont également dans les cas de colorations associées à des défauts de l'état de surfaces avancés, dont la restauration par traitement conventionnel d'érosion-infiltration n'est pas satisfaisant. (1).

Les restaurations prothétiques de type facettes céramiques sont très sollicitées dans les cas de réhabilitations esthétiques globales. Il s'agit d'une alternative de choix pour obtenir le « sourire idéal », blanc avec des dents parfaitement alignées, dans un laps de temps réduit. Elles permettent d'éviter des soins orthodontiques longs. De plus, elles répondent aux demandes de couleur bleachorexique de céramique souvent très artificielle, type A1. Pour ce type de réhabilitation antérieure, des facettes céramiques sur les 8 dents antérieures sont classiquement réalisées. Les facettes permettent de corriger des positions trop vestibulaires ou palatines, la fermeture de diastèmes proximaux, et d'embrasures cervicales ouvertes (triangles noirs) (18). Les facettes peuvent aussi prendre la suite de restaurations adhésives résines composites dans des cas de fracture d'angle ou d'anomalie de forme, de manière plus pérenne. En cas de délabrement plus avancé, et dans l'optique d'une dentisterie progressive et gradient thérapeutique, le choix se tourne vers des restaurations par couronnes céramiques antérieures. (1, 42).



*Figure 13: Photographies avant/après traitement par facettes céramiques antérieures de l'acteur américain Robert Downey Jr*

## b) En libre accès

### 1. Cosmétiques dentaires

A la manière d'un bijoux, l'ajout de dents antérieures postiches amovibles devient une tendance très diffusée sur les réseaux sociaux. Il s'agit de plaques en polypropylène adhésives permettant de camoufler les dents absentes et/ou abimées.

Les publicités vantent ce « sourire instantané réutilisable » à faible coût (à partir de 2,99€) Également l'apport psychologique de la réhabilitation esthétique apportée par ce sourire « blanc et brillant » est souligné.

Cette technique paraît d'autant plus dangereuse quelle éloigne les personnes nécessitant des soins des cabinets dentaires. Le patient consommateur de soin devient consommateur d'esthétique.



Figure 14: Sourire postiche adhésif

## 2. Éclaircissement ambulatoire : du dentifrice au produit éclaircissant

En 1989 apparaît l'éclaircissement à domicile en libre accès. Le coût de revient très inférieur pour les utilisateurs, et sa commodité d'utilisation, font croître exponentiellement son utilisation et ses formes (2). Dentifrices, gels, bains de bouche, bandelettes et gouttières sont désormais disponibles, (29) sous l'appellation réglementée des cosmétiques dentaires. Certains patients n'hésitent alors pas à cumuler les formes utilisées de manière quotidienne.

Les cosmétiques dentaires en vente libre ne peuvent pas dépasser 0,1% de peroxyde d'hydrogène comme principe actif.

Les dentifrices éclaircissants agissent principalement sur les colorations extrinsèques, car ils sont riches en substances abrasives telles que l'alumine ou la silice. Ils ne peuvent contenir qu'une très faible quantité de peroxyde d'hydrogène (<0,1%) ou de peroxyde de carbamide équivalent (<0,27%). Certains jouent également sur un effet d'optique, utilisant la technique du « Blue Foam », c'est à dire du colorant bleu de covarine qui va venir se déposer sur l'émail neutralisant la composante jaune de la dent. (13, 31, 43).

Ces cosmétiques dentaires d'accès libre sont donc très peu dosés en principe actifs. Ils ne permettent pas d'atteindre un changement de couleur significatif. Certains auteurs estiment pouvoir observer un gain d'une ou deux teintes (29). Ces produits restent plutôt indiqués pour maintenir une couleur, et éviter une coloration après traitement professionnel. (43).

Ainsi, malgré leur très faible efficacité, ces produits inondent le marché des cosmétiques, et font même une apparition croissante sur les réseaux sociaux. L'utilisation des influenceurs pour cibler des populations jeunes et connectées est une stratégie marketing à part entière. L'« instagram branding » s'appuie également sur le packaging des produits qui se veulent tendance (exemple Bbryance®) ou naturels (Cocobright®, à l'huile de noix de coco), démocratisant le blanchiment dentaire, pour un sourire de star. (44)



75 439 J'aime

jessica\_thivenin #sponsorisé

Comme vous le savez j'ai choisi @bbryance pour avoir un sourire éclatant de blancheur... Aujourd'hui j'ai choisi le tout nouveau #KitBarbeAPapa ! Et oui les amis, notre marque préférée de blanchiment dentaire vient de lancer des nouveaux parfums super cool : Découvrez les saveurs mojito, cola ou encore tutti frutti entre autres ! 🍹👉 Il y a plein d'autres produits qui sont disponibles sur le site dont des recharges de gels de blanchiment dentaire mais également des dentifrices ou encore des brosses à dents et des strips ! Profitez de -20% avec mon code [JESSICA20](#) sur [www.bbryance.fr](http://www.bbryance.fr) #smile

Figure 15: Post instagram de Jessica Thivenin, célébrité de télé-réalité, sponsorisée par la marque Bbryance®

## c) Bar à sourires

### 1. Evolution en France

Après leur apparition en France dans les années 2000, les bars à sourire se sont développés comme des salons de beauté, ou bar à ongles. Tendance anodine grimpante, encadrée par des esthéticiennes sans aucune formation dentaire, celles-ci délivrent des kits. Ces kits sont composés de gouttières remplies de gel éclaircissant à moins de 0,1% de peroxyde d'hydrogène.

Cette activité commerciale propose des forfaits abonnements, ou séance de 20 min, à partir de 30€. (44, 45). L'esthéticienne prépare une gouttière universelle en la remplissant d'agent éclaircissant, qu'elle remet (ainsi que des lunettes protectrices) à son client qui va lui même la poser en bouche. Puis l'esthéticienne va activer une lampe LED et un minuteur. Après 20 minutes le client est invité à retirer la gouttière et se rincer la bouche. Il s'agit d'une offre esthétique, sans aucun rapport avec la dimension de santé qui devrait être inhérent au domaine bucco-dentaire.



*Figure 16: exemple de centre de blanchiment dentaire*

Par leur absence de formation médicale, les esthéticiennes ne travaillent pas en bouche, et ne repère pas les contre-indications au traitement éclaircissant. Seul un bref questionnaire permet de limiter l'accès aux femmes enceintes.

## **2. Encadrement légal**

Après l'application en France le 24 août 2012 de la directive européenne 76/768/CEE relative aux produits cosmétiques, les produits éclaircissants dentaires ont été limités à 6% maximum de peroxyde d'hydrogène présent ou dégagé pour les professionnels de santé. Ils sont réservés pour l'usage par des patients majeurs. Les éclaircissants sont limités à 0,1% de peroxyde d'hydrogène pour les produits en vente libre. (31, 34, 35) La Société de Médecine Dentaire belge insiste sur le fait que l'éclaircissement dentaire est « un acte médical pas anodin qui nécessite un diagnostic et ne doit pas être banalisé ».

Les bars à sourire commercialisent donc à présent des gels pour gouttière de teneur inférieur à 0,1% de peroxyde d'hydrogène. Ils ne sont pas plus efficaces que les simples dentifrices ou bandelettes vendues en supermarché. Les commerçants jouent donc sur les mots entre perborate de sodium, et peroxyde de carbamine, usent de stratégies marketing et packaging produit pour attirer des clients. (45)

### **III. Conséquences**

#### **a) Psychologiques**

Selon l’OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ». Ainsi, l’acceptation de son apparence physique et son intégration inhérente dans la société environnante est un critère de bonne santé (part psychosociale). Le sentiment d’être beau augmente l’estime de soi, et ainsi l’assurance, ce qui engendre une intégration et un bien être social (14). L’adage de Montaigne « mieux vaut une tête bien faite que bien pleine » en est l’illustration. Todorov lui parle de « reconnaissance par autrui ». Posséder les caractéristiques esthétiques dominantes de notre société équivaldrait à posséder les avantages sociaux qui s’y réfèrent inconsciemment. (14)

Ainsi, un beau sourire serait le reflet de notre bien-être et estime de soi. Il a été démontré que les enfants préoccupés par leurs dents souriraient moins (13). Supprimer des « dents de lapins » ou « dents de vampire » sont des demandes courantes des enfants en orthodontie. (14)

#### **1. Place du sourire dans le bien être des individus**

Le visage est la partie du corps qui a le plus d’attrait (14, 46). Le visage est l’expression de nos traits de caractères, à l’image du masque de théâtre antique. (18) Parmi ses composants, c’est la bouche et donc le sourire, par son caractère dynamique et son contraste de couleur, sur lesquels nous avons tendance à focaliser notre attention (7, 14).

Le sourire est donc la partie du corps qui permet à autrui de se forger une première impression sur un individu lors d’une première rencontre. Cela s’effectue de façon quasi instantanée avec un minimum d’information (47, 48, 49). Les études par IRM fonctionnelle révèlent des stimulations du type « stimulus/récompense » à la vue d’un visage jugé beau. Nous serions tous davantage attirés et à l’écoute d’une personne que nous considérons belle, dans l’attente d’une récompense. (8, 14) Le sourire est un outil de séduction. (11)

Chez l’enfant, l’apparence physique est le principal facteur de construction de l’estime de soi. L’estime de soi se forge par l’image qu’il ressent avoir auprès de son entourage. L’apparence physique est le facteur principal car le plus immédiat et le moins dépendant du contexte (supérieur à la réussite scolaire, sportive, la popularité et la conformité comportementale). (11, 50) Par ailleurs, la bouche par sa large symbolique a une place prépondérante dans la construction de l’enfant: souffle, alimentation, baisé, parole et communication visuelle en font l’organe essentiel au développement de l’enfant. (18)

La beauté serait le reflet inconscient d'une personne sensée être plus aimable, chaleureuse et sociable. Beauté et sourire sont utilisés par les dessinateurs pour exprimer le caractère des personnages, comme par exemple Cendrillon au beau sourire nacré affrontant une belle-mère au sourire anguleux. (11)

Ainsi l'attrait du visage et du sourire sont associés à l'estime de soi, et également à la confiance, la dominance et la stabilité émotionnelle.

La couleur dentaire en tant que l'un des facteurs dominants lors de la détermination de la satisfaction de l'apparence permettrait alors par son éclaircissement une augmentation du bien être des patients. Selon Davis et al. les patients demandeurs de traitements esthétiques espèrent obtenir une inhibition, une augmentation de la confiance en soi et du bonheur, et également une meilleure intégration à l'échelle sociale. Les patients traités par éclaircissement dentaire seraient plus optimistes, ambitieux et confiants. (7, 13, 51).

## **2. Influence des médias sur le bien être des individus**

L'augmentation de l'insatisfaction corporelle de l'adolescent et de l'adulte est liée aux valeurs socio-culturelles actuelles. Celles-ci sont relayées par la famille, les pairs et les médias. Les médias sont les plus influents concernant la diffusion des normes et standards de beauté, et ceci de manière plus implicite via la télévision et le cinéma. Ces pressions sociales concernant les normes actuelles peuvent amener les personnes à internaliser les informations esthétiques transmises, influençant la vision du beau, et rendant inacceptable la non conformation aux standards. Ce processus d'internalisation expliquerait pourquoi tous les individus soumis aux pressions socio-culturelles ne développent pas forcément une insatisfaction corporelle. (24) Et ainsi cela expliquerait pourquoi tous ne ressentent pas le besoin d'acquérir un sourire blanc et conforme aux représentations médiatiques.

Au même titre que les troubles de l'image du corps telle que l'anorexie, la bleachorexie, appartient aux désordres corporels dysmorphiques, avec ici le sentiment que le sourire n'est jamais assez blanc, jamais assez parfait. (2) Ce trouble serait donc également dû aux pressions socio-culturelles par « matraquage des médias » (52) et standardisation de masses des normes esthétiques. C'est au chirurgien dentiste de repérer ces troubles et d'instaurer une thérapie cognitivo-comportementale, par les conseils et la surveillance régulière. Afin d'intercepter les comportements bleachorexiques, il semble important de questionner les patients sur leurs habitudes d'hygiène et d'établir une véritable éducation thérapeutique. Savoir expliquer les causes des colorations, les moyens possibles pour les éviter, tels que diminuer la consommation de tabac, thé et café, avoir un brossage adapté. Également il faut comprendre les attentes des patients et les aider à avoir des attentes plus réalistes. En cas de trouble sévère les patients doivent être référés à un médecin traitant qui instaurera une thérapie psychanalytique. (2)

## **b) Sur la santé bucco-dentaire**

### **1. Motivation à l'hygiène bucco-dentaire**

Le relais d'images de dents saines et blanches via les médias a fait naître une prise de conscience collective sur l'importance de l'hygiène et la santé bucco-dentaire. La multiplication d'images de dents saines et de produits d'hygiène bucco-dentaire en font une norme sociétale. La population générale est alors dans une quête du sourire parfait et éclatant. Ainsi les patients sont plus enclin à prendre soin de leurs dents, et donc à pratiquer une hygiène bucco-dentaire plus rigoureuse. Ils sont également à la recherche de conseils bucco-dentaires afin de parfaire leur sourire. Cette demande a renforcé le rôle prédominant de prévention et prophylaxie des chirurgien-dentistes. Ce type de patients sont donc plus enclin à appliquer les consignes des professionnels de santé mais également des publicitaires, qui n'hésitent pas à mettre en scène des interviews de professionnels de santé, concernant la fréquence de brossage nécessaire.

De plus, les patients bleachorexiques multipliant l'usage de produits d'hygiène dentaire, seront également demandeurs de traitements orthodontiques afin d'aligner leurs dents. La correction des encombrements et malpositions, de part leur demande esthétique orthodontique implique également un contrôle de plaque optimisé.

Une prise de conscience des colorations dentaires est apparue notamment par l'amélioration de la qualité des images dans les médias. Elle a conduit à la commercialisation massive des produits éclaircissant en ventes libre depuis les années 1980. (2, 29) Également ce type de patients dans leur recherche de blancheur vont éviter la consommation d'aliments et de produits colorants comme le tabac. De la volonté du sourire éclatant, naît alors une prévention anti-tabagique.

### **2. Surconsommation de soins**

La volonté de dents parfaitement saines, ce qui dans les esprits signifie blanches, conduit à un paradoxe: les dents très blanches sont biologiquement des dents déminéralisées et donc non saines.

L'utilisation de traitements à l'appellation de « blanchiment » dentaire est parfaitement incorrecte, il s'agit d'éclaircissement. Les attentes des patients sont alors irréalistes et conduisent à une surconsommation de ces produits, parfois sous auto-médications. Il est indispensable que le chirurgien-dentiste définisse avec son patient des attentes plus réalistes. Pour cela il doit l'informer du caractère temporaire du résultat (environ 3 ans), de la rechute d'une demie teinte immédiatement après le traitement, et des aliments et conduites responsables des colorations dentaires (vins, thé, café, tabac). (2, 53)

Ces idéaux esthétiques poussent également à la surconsommation de soins prothétiques au détriment de dents saines (41). Un délabrement serait évité par l'orthodontie voire par la confection de facettes sans préparation (42) si la situation clinique le permet. Également, l'utilisation de produits éclaircissants en cas de prothèses et restaurations conservatrices existantes poussent à leur dépose et remplacement car cela les altère. Mais également l'éclaircissement créé un contexte esthétique nouveau, par leur absence d'action éclaircissante sur ces biomatériaux.

L'amélioration corporelle est grandement relayée par les médias. Les attentes des patients deviennent alors parfois des exigences irréalistes. Ils se placent en consommateurs de soins. Pour éviter tout litige, il est important que le praticien rappelle au patient que certains outils tels que le Digital Smile Design DSD sont uniquement des outils de visualisation. En tant que soignant, il va prodiguer des soins conformément aux données acquises de la sciences, avec obligation de moyen mais non de résultat. L'esthétique comporte un caractère facultatif des soins, avec obligation de non dégradation. (18, 51)

### 3. Conséquences dentaires

L'utilisation de produits éclaircissants conduit à des hypersensibilités, et des irritations muqueuses. Elles dépendent du temps de contact et de la concentration du peroxyde d'hydrogène. Ces effets restent strictement temporaires et réversibles en cas de bon respect du protocole. (2, 53). Les sensibilités dentinaires sont de plus inférieures lors d'un traitement ambulatoire utilisant du peroxyde de carbamide (36).

En cas de dérive de l'utilisation des produits éclaircissants, et en l'absence du contrôle de l'état bucco-dentaire préalable et durant le traitement par un chirurgien-dentiste, les hypersensibilités dentinaires, irritations gingivales, altérations amélaire, dégradations des matériaux de restaurations sont à craindre. Un brossage traumatique se surajoute aux lésions tissulaires.



Figure 17: Récessions gingivales et abrasion dentaire causées par un brossage traumatique

Également, en présence de lésions carieuses et péri-apicales non contrôlées, l'utilisation du peroxyde d'hydrogène conduit à des nécroses à répétitions. Elles ne sont alors pas interceptées, amenant à la présence de nombreux foyers infectieux et un délabrement dentaire important.

Il en va de même pour l'utilisation de dents postiches camouflant des dents noircies ou délabrées. L'absence de nécessité de contrôle par un professionnel de santé, et la rétention de plaque inhérente à un postiche non adapté, conduisent à l'aggravation de l'état bucco-dentaire de leur utilisateur.

## Conclusion

Les normes esthétiques dépendent du milieu socio-culturel. C'est un ensemble de critères qui nous sont familiers et donc culturellement et socialement acceptés. Les canons de beauté sont largement relayés par les médias: cinéma, presse et magazines ce qui a conduit à une mondialisation et standardisation de normes esthétiques occidentales.

Le sourire américain est un sourire artificiel blanc à la ligne du sourire plane. Il est devenu un symbole de santé, joie et réussite sociale. Acquérir cet idéal esthétique reviendrait à acquérir les atouts sociaux qui lui sont associés. Cette quête de la perfection physique et ainsi sociale est à la base du mal être et de la surconsommation de soins des patients bleachorexiques.

Cependant, malgré les nombreuses thérapeutiques disponibles pour acquérir un sourire esthétique, la majorité des images relayées, sont retouchées. La teinte artificielle plus blanc que blanc n'est réalisable que par des soins prothétiques par facettes ou couronnes céramiques. Les demandes de plus en plus irréalistes des patients poussent à une surconsommation de soins et des délabrements dentaires allant à l'encontre du principe d'économie tissulaire et de respect du gradient thérapeutique. Ce coût tissulaire pourrait être réduit par le développement de matériaux évoluant similairement aux tissus dentaires lors du vieillissement et de l'éclaircissement, limitant les différences de couleur et le désir de réfection de restaurations encore étanches.

La standardisation des critères esthétiques du sourire engendre une perte de singularité du patient. Le chirurgien dentiste devient un technicien du sourire perdant sa dimension de soignant. L'accès aux dernières techniques et ainsi au sourire parfait devient alors un critère de discrimination sociale.

Afin de conserver sa dimension soignante, le praticien doit savoir analyser la personnalité d'un patient et le réel désir sous-jacent à une demande esthétique. Il est primordial de savoir repérer et accompagner les patients atteints de bleachorexie, dans la dérive des consommations de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Faucher A-J. Les dyschromies dentaires. Wolters Kluwer France; 2001.
2. Lee DK-T, Kastl C, Chan DCN. Bleachorexia-an addictive behavior to tooth bleaching: a case report. John Wiley & Sons Ltd. 2018Jan.1;6(5):910-4.
3. Historique du blanchiment des dents. <http://www.blanchimentdents.org/non-classe/historique-du-blanchiment-des-dents>. (Consultée le 16/10/2018).
4. Zimmer M. Société française d'Histoire de l'art dentaire. Petite histoire de l'Art dentaire 1900-1950. [http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhad/hist\\_1900-1910.htm](http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhad/hist_1900-1910.htm). (Consultée le 16/10/2018).
5. Une bref histoire sur le blanchiment des dents. <http://1teethwhitening.com/fr/articles/152-a-brief-history-of-teeth-whitening>. (Consultée le 16/10/2018) 6.6
6. Kolawole KA, Ayeni OO, Osiatuma VI. Psychosocial impact of dental aesthetics among university undergraduates. Int Orthod. 2012;10(1):96-109.
7. Machado AW. 10 commandments of smile esthetics. Dental Press J Orthod. 2014 July-Aug;19(4):136-57
8. Édouard Cholet. Le sourire publicitaire [Thèse de doctorat]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2015
9. Gandet J. L'histoire du sourire. Rev Orthop Dento Faciale. 1987 ; 21(1) : 9-19.
10. Moulinier L. Hygiène et cosmétique de la bouche au Moyen Âge. L'Harmattan. 2013:221-239
11. Dupeyrat G. Le sourire. Paris: Ellipses Marketing; 2001.
12. Eco U. Histoire de la beauté. Paris : Flammarion; 2004. 438 p.
13. Joiner A, Luo W. Tooth colour and whiteness: A review. Journal of Dentistry. 2017Jan.1;67:S3-S10.
14. Guth Élise, Bacon W. Le sourire dans la représentation et l'image de soi. 2010Jan.1;81(4):323-9.
15. Julien Philippe. Esthétique du visage. EMC - Orthopédie dentofaciale 1995:1-0 [Article 23-460-C-20].
16. Offner D, Musset A-M, Thiel M-J. Vers un sourire standard : limites et risques d'un esthétisme normalisé. Ethique et Santé. 2012Jan.1;9(1):22-8.
17. Perrett Di, May Ka, Yoshikawa. Facial shape and judgement of finale attractiveness. Nature 1994 ; 368 : 239-242
18. Berteretche M-V. Esthétique en odontologie - Editions CdP. Initiatives Sante; 2015.
19. Stagnara M, Bissonnier N. Le DSD: digital smile design [Mémoire].Lyon, France: Département universitaire d'anatomie faculté de médecine Lyon Est; 2017.
20. Hutchinson K. Pin-up Grrrls: Feminism, Sexuality, Popular Culture. Signs. 2008;33(2):480.
21. Duarte Tony. (Consulté le 10/12/18). Génération pinup [Internet].<https://fr.generation-pinup.com/historique-de-la-pin-up/>

22. Cotrim ER, Vasconcelos Júnior Átila V, Haddad ACSS, Reis SAB. Perception of adults' smile esthetics among orthodontists, clinicians and laypeople. *Dental Press J Orthod*. 2015Jan.1;20(1):40-4.
23. Paris J-C, Faucher A-J. *Le guide esthétique: comment réussir le sourire de vos patients*. Paris : Quintessence international; 2003. 309 p.
24. Rousseau A, Rusinek S, Valls M, Callahan S. Influences socioculturelles médiatiques et insatisfaction corporelle chez les adolescentes françaises. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011Jan.1;59(3):163-8.
25. Réal I. Les secrets du sourire de Karine Ferry. *Avantages*. (Consulté le 22/01/19). [Internet]: <https://www.magazine-avantages.fr/les-secrets-du-sourire-de-karine-ferri,178569.asp>
26. Vidal F. Regards sur l'histoire de l'art dentaire, de l'époque romaine à nos jours [En ligne]. 2007 [cité le 9 nov 2018]. Disponible sur : <http://www.academiedentaire.fr/actualites/rubrique/etudes-des-commissions>
27. Pillon F, Pillot G. Le blanchiment des dents, un acte sous contrôle des professionnels de santé. *Actual Pharm*. févr 2014;53(533):49-52.
28. Houzé I. *Les éclaircissements dentaires: le point sur la législation actuelle* [Thèse de doctorat]. Nancy, France : Université de Lorraine ; 2015
29. Carey CM. Tooth Whitening: What We Now Know. *J Evid Based Dent Pract*. 2014Jan.1;14:70-6.
30. Calderini A, Sciara S, Semeria C, Pantaleo G, Polizzi E. Comparative clinical and psychosocial benefits of tooth bleaching: different light activation of a 38% peroxide gel in a preliminary case-control study. *John Wiley & Sons Ltd*. 2016Jan.1;4(8):728-35.
31. Clémence Monterrat. *Les produits cosmétiques blanchissants et éclaircissants à travers le monde : aspects culturel, scientifique et réglementaire* [Thèse de doctorat]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2017
32. Magne P, Belser U. Restaurations adhésives en céramique sur dents antérieures Approche biomimétique. *Quintessence Internationale* 2003:9-116
33. Direction Générale de la santé. Quels sont les risques ? Y a-t-il des contre- indications ? <http://www.sante.gouv.fr/quels-sont-les-risques-y-a-t-il-des-contre- indications.html>. (Consultée le 30/11/2018).
34. « Bar à sourire »: l'usage de produits de blanchiment des dents limité [Internet]. *LeMonde.fr*; 2012 [cited 2018Nov.17]. [https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/08/12/bars-a-sourire-l-usage-de-produits-de-blanchiment-des-dents-limite\\_3460533\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2013/08/12/bars-a-sourire-l-usage-de-produits-de-blanchiment-des-dents-limite_3460533_1651302.html)
35. Produits De Blanchiment Et/ou D'éclaircissement Dentaire : Mise En Conformité Avec La Réglementation - Point D'information - ANSM : Agence Nationale De Sécurité Du Médicament Et Des Produits De Santé [Internet]. 2013 [cited 2018Nov.17]. Available from: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Produits-de-blanchiment-et-ou-d-eclaircissement-dentaire-Mise-en-conformite-avec-la-reglementation-Point-d-information>
36. de Geus J, Wambier L, Kossatz S, Loguercio A, Reis A. At-home vs In-office Bleaching: A Systematic Review and Meta-analysis. *Operative Dentistry*. 2016Jan.1;41(4):341-56.

37. de Almeida LCAG, Soares DG, Azevedo FA, de Oliveira Gallinari M, Costa CA de S, dos Santos PH, Briso ALF. At-Home Bleaching: Color Alteration, Hydrogen Peroxide Diffusion and Cytotoxicity. *Brazilian Dental Journal*. 2015Jan.1;26(4):378-83.
38. Béry A, Delprat L. Beauté et esthétique : approche juridique. 2014Jan.1;85(1):133-7.
39. Chafaie A. Gestion esthétique des anomalies dentaires antérieures : cas clinique. *International Orthodontics*.2016Jan.1;14(3):357-65.
40. Koubi S., Faucher A. Restaurations antérieures directes en résine composite : des méthodes classiques à la stratification. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-136-M-10, 2005, Médecine buccale, 28-634-C-10, 2008.
41. Mehl C, Harder S, Lin J, Vollrath O, Kern M. Perception of Dental Esthetics: Influence of Restoration Type, Symmetry, and Color in Four Different Countries. 2015Jan.1;28(1):60-4.
42. Ducret M, Venet L, Viguie G, Millet C. Facettes sans préparation. *Stratégie prothétique*. 2013; 13, (5):325-331
43. Vianello Pauline. Revue des protocoles et aspect réglementaire des thérapeutiques d'éclaircissement des dents vitales [Thèse de doctorat]. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014
44. Moreau C. La Hype Du Blanchiment Dentaire [Internet]. *LExpress.fr*; 2018 [cited 2018Nov.17]. Available from: [https://www.lexpress.fr/styles/beau/la-hype-du-blanchiment-dentaire\\_1995613.html](https://www.lexpress.fr/styles/beau/la-hype-du-blanchiment-dentaire_1995613.html)
45. Dentaly.org. « Bars à sourire : de quoi s'agit-il, faut-il se méfier ? » 2017 Mars, mise à jour Novembre 2018. (consulté le 19 décembre 2018) <https://www.dentaly.org/tout-savoir-sur-le-blanchiment-des-dents/bars-a-sourire-de-quoi-sagit-il-faut-il-se-mefier/>
46. Patzer GL. Understanding the causal relationship between physical attractiveness and self-esteem. *J Esthet Restor Dent*. 1996;8(3):144-7.
47. Olson, I.R., Marshuetz, C., Facial attractiveness is appraised in a glance. *Emotion*, 2005. 5: p. 498-502
48. Werheid, K., Schacht, A., Sommer, W., Facial attractiveness modulates early and late event-related brain potentials. *Biological Psychology*, 2007. 76(1-2): p. 100-8.
49. Schacht, A., Werheid, K., Sommer, W., The appraisal of facial beauty is rapid but not mandatory. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 2008. 8(2): p. 132-42.
50. Andre C, Lelord F. L'estime de soi: s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Paris : Odile Jacob; 2011. 296 p.
51. Martin J, Rivas V, Vildósola P, Moncada L, Oliveira Junior OB, Saad JRC, Fernandez E, Moncada G. Personality Style in Patients Looking for Tooth Bleaching and Its Correlation with Treatment Satisfaction. *Brazilian Dental Journal*. 2016Jan.1;27(1):60-5.
52. Paris J.C et coll. *Le guide esthétique : comment réussir le sourire de vos patients*. Quintessence International 2004
53. Nothias J-L. Les techniques de blanchiment sont-elles inoffensives? [Internet]. *Le Figaro*; 2010 [cited 2018Oct.10]. Available from: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2010/09/05/10399-techniques-blanchiment-dents-sont-elles-inoffensives> 07/10/2018 17B45



**AGUILERA Carole - La Bleachorexie: de l'impact médiatique au phénomène social****Résumé:**

Les demandes esthétiques de la part de nos patients sont de plus en plus courantes et exigeantes. Un phénomène de standardisation et mondialisation des critères de beauté est apparu. Celui-ci est dû à l'influence des médias. Une nouvelle pathologie en découle: la bleachorexie.

L'étude de l'évolution des demandes esthétiques et des différentes thérapeutiques à notre disposition ont alors eu des conséquences à la fois psychologiques et sur la santé bucco-dentaire.

**Mots clés :**

- bleachorexie
- médias
- thérapeutiques esthétiques professionnelles
- produits d'hygiène esthétique
- normes socio-culturelles

**Mots clés en anglais :**

- bleachorexia
- media
- professional esthetic treatments
- esthetic hygien products
- socio-cultural norms

**Jury :**

**Président :**  
**Asseseurs :**

Monsieur le Professeur Olivier ROBIN  
Madame le Docteur Béatrice THIVICHON-PRINCE  
Monsieur le Docteur Cyril VILLAT  
Monsieur le Docteur Florian BRET  
Madame le Docteur Julie SANTAMARIA

**Adresse de l'auteur :**

Carole AGUILERA  
364 Chemin du Carré  
01600 Saint-Bernard