

# PROGRAMME FINAL

# Échec aux échecs en Orthopédie Dento-Faciale

**13 et 14 mai 2016**

Marseille  
Palais du Pharo

# SOMMAIRE

▶ ÉDITO .....	Page 01
▶ SYNOPSIS .....	Page 02
▶ INFORMATIONS GÉNÉRALES .....	Page 03
▶ PROGRAMME SCIENTIFIQUE .....	Page 05
• Jeudi 12 Mai 2016 .....	Page 05
• Vendredi 13 Mai 2016 .....	Page 07
• Samedi 14 Mai 2016 .....	Page 11
▶ COMMUNICATIONS AFFICHÉES .....	Page 15
▶ RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES .....	Page 19
▶ PLAN DE L'EXPOSITION .....	Page 42



**Michel Le Gall**  
Président de la 88<sup>e</sup> réunion scientifique

**André Salvadori**  
Président d'honneur

**COMITÉ SCIENTIFIQUE :**

Camille ALLIEZ-PHILIP - Présidente  
Jacques BOHAR  
Nicolas BOISSI  
François CHEYNET  
Serge DAHAN  
Elizabeth ERARD  
Anaïs FRECKHAUS

Jacques GAUBERT  
Laurent GUYOT  
Laura LEVY  
Sophie MARION  
Carole MITLER  
Virginie MONNET-CORTI  
Aurélien PATRIS  
Julia SCHRAMM

Cette année, un thème original et surtout audacieux est à l'affiche « Échec aux échecs en Orthopédie dento-faciale ». Échec n'est pas faute et encore moins récidive.

Alors que la faute est un manquement à une norme, à un principe, à une procédure, et que la récidive est un manque de stabilité (immédiat, à moyen ou long terme) d'un résultat acquis, l'ÉCHEC est une situation qui résulte d'une action n'ayant pas abouti au résultat escompté. Il traduit en général un objectif fixé mais non atteint, que les raisons soient imputables au patient, aux parents ou au praticien.

L'échec est perçu de façon radicalement différente selon les pays. En France, nous avons une vision assez négative de l'échec, plus précisément de celui qui a échoué. Tandis qu'aux États-Unis, en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves, un homme qui a échoué, c'est d'abord un homme qui a une expérience, qui a tenté quelque chose, et parfois même, surtout aux États-Unis, c'est probablement un homme qui va réussir et n'a pas encore réussi.

Quelle distance avec cette idée, tellement salutaire pourtant, que nos échecs peuvent nous grandir, révélée par Freud, puis Lacan, vérifiée dans toute l'histoire de la médecine, que c'est quand « cela ne marche pas » que nous comprenons un peu comment « ça marche ». Tel est pourtant le sens du symptôme, un dysfonctionnement qui en dit long sur notre « fonctionnement ».

Il y a une vertu positive de l'échec, mais à plusieurs conditions. Il faut d'abord accepter de le reconnaître. Ensuite, il faut essayer de l'analyser. Donc accepter ce temps de l'analyse de l'échec, parfois long. Cela signifie avoir présente en soi l'idée que la réussite n'est pas le succès, que la réussite est sur le long terme alors que le succès est ponctuel. Nous oublions trop souvent que le succès a un coût, que la réussite n'est jamais une succession de succès. La réussite, sur le long terme, est toujours une succession d'échecs et de succès.

Envisager une réunion scientifique sous l'angle de l'échec n'a jamais été réalisé depuis que nos pairs se réunissent en congrès. La remise en question et le doute face à certaines voies empruntées peuvent hanter de nombreux praticiens. Les différents intervenants, forts de leurs expériences et savoir faire, amèneront des réponses à chaque thème abordé. Ils devront répondre à cette question : « Quelle est la meilleure attitude thérapeutique face à une situation donnée ? » ou, de façon plus humble : « Quelles sont la ou les voies qu'il faut éviter d'emprunter ? », notre ambition étant d'établir un « Gold standard thérapeutique ».

Cette **88<sup>e</sup> réunion scientifique** de la **SFOOF** à Marseille, permettra de développer au travers d'un programme élaboré par notre Présidente scientifique, **Camille PHILIP**, cinq thèmes en relation avec l'échec :

- **Échecs et triangle relationnel Patient/Praticien/ Parent ;**
- **Échecs et fonction ;**
- **Échecs et parodontie ;**
- **Échecs relatifs au traitement ;**
- **Échecs et chirurgie.**

En espérant que ce congrès réponde pleinement à vos attentes, toute l'équipe encadrante représentée par l'UF d'orthopédie dento-faciale de la faculté d'Odontologie de Marseille sera heureuse de vous accueillir dans un lieu mythique, le palais du Pharo.

Amitiés.

**Camille Philip,**  
Responsable scientifique du congrès

**Michel Le Gall,**  
Président de la **88<sup>e</sup> réunion scientifique** de la **SFOOF**

# SYNOPSIS

Jeudi 12 mai 2016	Vendredi 13 mai 2016	Samedi 14 mai 2016
<b>ATELIERS PRATIQUES</b> à la Faculté d'Odontologie de Marseille	<b>88<sup>e</sup> RÉUNION SCIENTIFIQUE</b> au Palais du Pharo	
<p>Minivis et corticotomie            Jean-Baptiste Kerbrat            et Marc Steve</p> <p>Stripping            Olivier Sorel</p> <p>Certification Orthocaps® :            Traitement par Alineurs            Wajeeh Khan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conférence inaugurale :</b>              Franck Renouard</li> <li>• <b>Les échecs : responsabilité du praticien</b></li> <li>• <b>Les échecs relationnels</b></li> <li>• <b>Les échecs fonctionnels</b></li> <li>• <b>Les échecs parodontaux</b></li> <li>- <b>Cocktail des Présidents dans le hall d'exposition</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les échecs relatifs au traitement</b></li> <li>- <b>Assemblée Générale de la SFOOF</b></li> <li>- <b>Remise de prix des meilleures communications affichées</b></li> <li>• <b>Les échecs chirurgicaux</b></li> <li>• <b>Clôture du Congrès</b></li> <li>- <b>Visite privative du MUCEM</b>              Exposition Picasso - Dîner chez Passédât</li> </ul>

# INFORMATIONS GÉNÉRALES

## ▶ ATELIERS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Judi 12 mai 2016

- **Lieu** Faculté d'Odontologie de Marseille 7, bd Jean Moulin - 13385 Marseille  
Cedex 5 - <http://odontologie.univ-amu.fr>  
Métro ligne 1 - station Timone
- **Horaires** 09h00 / 17h30

## ▶ 88<sup>e</sup> RÉUNION SCIENTIFIQUE

Vendredi 13 et samedi 14 mai 2016

- **Lieu** Palais du Pharo 58 Boulevard Charles Livon - 13007 Marseille  
Métro ligne 1 - station Vieux-port puis Bus n° 83 arrêt « Le Pharo »
- **Horaires** Vendredi : 08h00 / 20h00  
Samedi : 08h00 / 18h00
- **Badge** Le port du badge est obligatoire pour avoir accès à la salle et au hall d'exposition.
- **Certificat de présence** Les certificats de présence seront envoyés par email à partir du 20 mai 2016.
- **FIF PL**  
 La commission du Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF PL) a accordé une prise en charge maximum de 400 euros sur le montant des droits d'inscription à la 88<sup>e</sup> Réunion Scientifique et 200 euros pour l'Atelier pratique « Minivis et corticotomie » et pour l'Atelier Stripping.  
**Informations utiles pour remplir la demande de prise en charge :**
  - Le numéro de la **SFOOF** en tant qu'organisme de formation est le : **11 75 261 43 75**
  - Pour le congrès : nombre de jours entiers : 1 soit 8 heures
  - Intitulé de la Conférence : Nouveaux concepts de traitement orthodontique et orthopédique pour les patients en cours de croissance : une approche fondée sur les preuves.
- **Vestiaire** Un vestiaire est à votre disposition pendant les heures d'ouverture du congrès.
- **Salle de pré-projection** Chaque conférencier est prié de passer en salle de pré-projection située dans la régie de l'auditorium, afin de déposer, vérifier ou corriger sa présentation.

**ATTENTION :** Il est demandé aux conférenciers de s'y présenter au minimum 2h00 avant leur intervention.



- Réunions

- **Conseil d'administration de la SFODF :**

Jeudi 12 mai 2016 de 18h30 à 21h00

- **Assemblée générale ordinaire de la SFODF :**

Samedi 14 mai 2016 de 12h30 à 14h00 dans la salle 50 bis

- **Commission des tables de démonstration, des cas traités et des communications affichées :**

Samedi 14 mai 2016 de 09h00 à 12h00 dans les salles 50 bis et 120

- Votre contact



10 rue Déodat de Séverac 75017 Paris

email : [sfodf@sfodf.org](mailto:sfodf@sfodf.org)

#### ► MINIVIS ET CORTICOTOMIE - Salle TP1

Jean-Baptiste KERBRAT et Marc STEVE

« Pose de minivis sur os porcin »

Techniques et indications des corticotomies alvéolaires chez l'adulte. Les bases fondamentales sont exposées succinctement à travers des études expérimentales. Celles-ci ont démontré l'efficacité clinique des corticotomies et le faible taux d'effets secondaires. Il existe différentes techniques, transmuqueuse ou avec lambeau, limitées ou extensives. L'apparition des techniques mini-invasives (corticisions) a suscité l'intérêt des orthodontistes.



#### ► STRIPPING - Salle TP2

Olivier SOREL

La réduction amélaire proximale (RAP) a été mise en avant par Sheridan et Zachrisson, dans les années 1980. Actuellement, elle connaît un renouveau et un intérêt clinique grandissants. La notion d'encombrement et du gain de place qu'il impose en contrepartie, sont au cœur de notre pratique orthodontique où nos choix-limites sont fréquents.

Puisque choisir, c'est renoncer, soustraire 25/100<sup>e</sup> de millimètre d'émail sur une face dentaire peut constituer une solution acceptable face aux extractions ou à l'expansion excessive. De plus, la RAP peut trouver son indication dans la gestion du parodonte, notamment au niveau des papilles interdentaires en améliorant l'anatomie gingivo-alvéolaire de l'espace concerné.

L'évaluation du rapport risque/bénéfice doit guider notre décision thérapeutique.

Les éléments qui nous permettent de cerner les indications sont relativement simples à analyser. En revanche, assurer la finition d'un geste qui peut remettre en question l'intégrité de la dent nécessite une démarche précise, une instrumentation adaptée et un geste sûr.



#### ► CERTIFICATION ORTHOCAPS® : TRAITEMENT PAR ALIGNEURS - Amphithéâtre

Wajeeh KHAN

- Introduction au système Orthocaps®
- Les avantages du système TwinAligner nightCAPS/dayCAPS
- Présentation de cas
- Présentation du portail Internet Orthocaps®
- iSetup (simulation en 3D)



# Librairie Garancière

Retrouvez l'ensemble  
des livres en odonto-stomatologie / orthodontie,  
nos revues académiques et nos magazines professionnels

[www.librairie-garanciere.com](http://www.librairie-garanciere.com)

retrouvez-nous  
**STAND 6**



*Une équipe à  
votre écoute*



*Des revues  
académiques*



*Une librairie en ligne*



*Des magazines  
professionnels*

**edp dentaire**  
Groupe EDP Sciences



## Vendredi 13 Mai 2016

Lieu : Palais du PHARO

8h00 : Accueil

8h45 : Mot du Président

### CONFÉRENCE INAUGURALE

09H00 – 09H40

Les facteurs humains : première cause de complication et d'échec dans les pratiques médicales . . . . .

Franck RENOARD

### RESPONSABILITÉ DU PRATICIEN

09H45 – 10H35

Responsables du thème : Elisabeth ERARD et Julia SCHRAMM

09H45 - 10H05 : L'orthodontiste face à ses responsabilités . . . . .

Bruno FOTI

10H10 - 10H35 : Ordre et litiges . . . . .

Robert JUANECA

10h40 - 11h10

Pause café et visite de la zone d'exposition

## LES ÉCHECS RELATIONNELS

11H10 - 13H00

Responsables du thème : Elisabeth ERARD et Julia SCHRAMM

- 11H10 - 11H25 : RCP : obligations et cadre légal notamment en pratique  
orthodontique . . . . . Patrick MARCHAND
- 11H30 - 11H50 : Échec d'un traitement orthodontique : les conseils de l'expert  
judiciaire . . . . . Marie-Claude TRICOT-BLESTEL
- 11H55 - 12H15 : Le malentendu de la demande orthodontique du patient adulte . . . . . Christine MULLER
- 11H20 - 12H40 : Traitement possible ? Traitement souhaitable ? . . . . . Jacques PONZIO
- 12H45 - 13H00 : Synthèse de la matinée : les essentiels . . . . . Alain BERY

13h00 - 14H00

Déjeuner dans l'exposition

## LES ÉCHECS FONCTIONNELS

14H00 - 16H00

Responsables du thème : Jacques BOHAR et Sophie MARION

- 14H00 - 14H20 : Langue et ventilation : échec et mat . . . . . Richard NICOLLAS
- 14h25 - 14h40 : La rééducation de la déglutition : voie corticale ou voie sous corticale . . . . . Patrick FELLUS
- 14H40 - 14H55 : La langue : reine des échecs ? Écueils et limites des rééducations  
linguales . . . . . Noëlle ARNAUD-PELLET
- 15H00 - 15h20 : Échecs et SAHOS . . . . . Jean-Baptiste KERBRAT
- 15H20 - 15H40 : Les dysfonctions posturales, une cause d'échec possible  
en Orthopédie Dento-Faciale . . . . . Michel MARGINAN
- 15H40 - 16H00 : Regards sur l'instabilité occlusale . . . . . Jean-Daniel ORTHLIEB

16h00 - 16h30

Pause café et visite de la zone d'exposition

## LES ÉCHECS PARODONTAUX

16H30 - 18H15

Responsables du thème : Virginie MONNET-CORTI et Michel LE GALL

**16H30 - 16H50 :** Échecs de la mise en place des dents retenues et incluses . . . . . **Marion PIGNOLY**

**16H55 - 17H25 :** La problématique de l'épaisseur d'os alvéolaire

Épaisseur d'os alvéolaire dans la zone du point A : savoir éviter les échecs parodontaux  
en regard des incisives maxillaires . . . . . **Émilie CHEVALIER**

Comportement du parodonte au cours du nivellement des incisives mandibulaires.  
Précautions à prendre . . . . . **Alicia CASTELLI**

**17H30 - 17H50 :** Apparition des lésions parodontales . . . . . **Caroline FOUQUE**

**17H55 - 18H15 :** Échecs esthétiques parodontaux . . . . . **Virginie MONNET-CORTI**

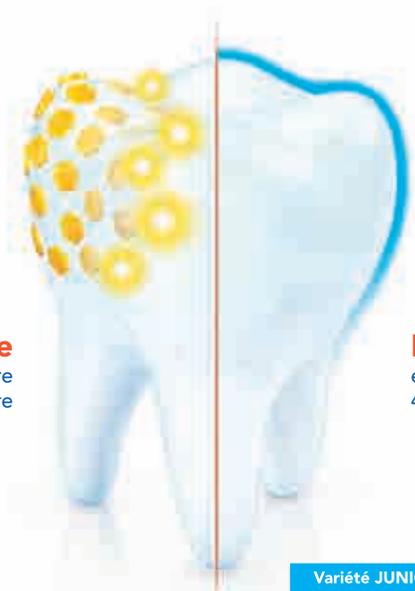
18h30 - 20h00

Cocktail des Présidents dans la salle d'exposition

# elmex®

## ANTI-CARIES PROFESSIONAL™

### AVANCÉE CLINIQUE MAJEURE dans la prévention de la carie



**Neutralise**  
les acides de sucre  
dans la plaque dentaire

**Renforce**  
en reminéralisant  
4 fois plus\*

Variété JUNIOR disponible



Avec Neutraliseur d'Acides de Sucre™

## 20% de nouvelles caries en moins

Résultats d'une étude clinique de 2 ans sur 5669 sujets<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Comparé à un dentifrice fluoré classique contenant 1450 ppm F- (monofluorophosphate de sodium) <sup>2</sup> Comparé à un dentifrice fluoré classique contenant 1450 ppm F- (Li X, Zhong Y, Jing X, Ho D et al. J. Clin Dent 26:7-12 (2015)).

COLGATE-PALMOLIVE SAS au capital de 6 911 180 € RCS 478 991 649 Nanterre.

**Colgate**

VOITRE PARTENAIRE  
EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Service commercial: 02 37 61 67 59  
Colgateprofessionnel\_commandedentiste@colpal.com  
www.gaba.fr



► **08H45 - 12H00 : COMMISSION DES TABLES DE DÉMONSTRATION, DES COMMUNICATIONS AFFICHÉES ET DE L'AUDIOVISUEL DE LA SFODF** - Salles 50 bis et 120

## ÉCHECS RELATIFS AU TRAITEMENT

**08H45 - 12H40**

Responsables du thème : Nicolas BOISSI, Serge DAHAN, Carole MITLER et Aurélie PATRIS

<b>08H45 - 09H10</b> : Échecs relatifs au plan de traitement . . . . .	Guillaume LEGOCQ
<b>09H10 - 09H30</b> : Les échecs esthétiques dans le traitement des classes II . . . . .	Marie-Josée BOILEAU
<b>09H30 - 09H50</b> : Échecs face aux classes III . . . . .	Romain de PAPE
<b>09H50 - 10H05</b> : Harmonie dentaire et dysharmonie du sourire . . . . .	Ons ALOUINI
<b>10H05 - 10H25</b> : Le sens transversal, un facteur trop souvent négligé . . . . .	Patrick GUEZENEC

**10h30 - 11h00**

Pause café et visite de la zone d'exposition

<b>11H00 - 11H20</b> : Extractions versus non extractions. D'où vient l'échec ? . . . . .	Laurent DELSOL
<b>11h20 - 11H40</b> : Échecs et agénésies des 12/22 . . . . .	Martine PHILIPPART
<b>11H40 - 12H00</b> : Échecs des ancrages osseux. Revue de la littérature . . . . .	Damien BREZULIER
<b>12H00 - 12H20</b> : Les échecs de traitement en orthodontie numérique . . . . .	Laurent PETTIPAS
<b>12H20 - 12H40</b> : Échec et mat au syndrome du fil : quelles stratégies ? . . . . .	Florence ROUSSARIE



► **13H00 - 14H00 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SFODF** - Salle 50 bis

**12h40 - 14H00**

Déjeuner dans l'exposition

# PROGRAMME SCIENTIFIQUE

## REMISE DE PRIX DES MEILLEURES COMMUNICATIONS AFFICHÉES

14H00 – 14H15



## PRÉSENTATION DE LA 89<sup>e</sup> RÉUNION SCIENTIFIQUE DE LA SFOF DU 23 AU 25 MARS 2016 À BIARRITZ

14H15 – 14H20

## LES ÉCHECS CHIRURGICAUX

14H20 – 18H00

Responsables du thème : Laurent GUYOT, François CHEYNET et Camille PHILIP-ALLIEZ

- 14H20 - 14H35 : Échecs chirurgicaux et complications . . . . . Laurent GUYOT  
14H35 - 14H50 : Chirurgie orthognathique : réussite occlusale, échec esthétique . . . . . Vanessa BELLOT-SAMSON  
14H50 - 15H05 : Chirurgie orthognathique : les cas défavorables . . . . . Pierre BOULETREAUX  
15H05 - 15H20 : La dysmorphophobie . . . . . Emmanuel RACY  
15H20 - 15H30 : Discussion

15h30 - 16h00

Pause café et visite de la zone d'exposition

- 16H00 - 16H15 : Échecs aux échecs chez les patients porteurs de FLP . . . . . Aurélie MAJOURAU-BOURIEZ  
16H15 - 16H30 : Échecs des distractions mandibulaires . . . . . Christian PAULUS  
16H30 - 16H45 : Chirurgie de classe II et ATM . . . . . Armelle MANIERE  
16H45 - 17H00 : Prise en charge ortho-chirurgicale des béances :  
échecs et nouvelles stratégies . . . . . Olivier ESNAUT et Guillaume JOSEPH  
17H00 - 17H20 : Pseudarthroses après chirurgie orthognathique :  
étiologies et prise en charge . . . . . Patrick GOUDOT et Jacques YACHOUH  
17H20 - 17H40 : Échecs orthognathiques et occluso-conscience déficiente . . . . . François CHEYNET  
17H40 - 17H50 : Discussion  
17h50 - 18h00 : Clôture du Congrès . . . . . Michel Le Gall

# PROGRAMME SCIENTIFIQUE

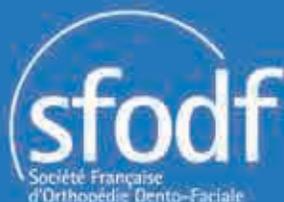
À PARTIR DE 19H30

**DÎNER DE LA 88<sup>e</sup> RÉUNION SCIENTIFIQUE**

► VISITE PRIVATIVE DU MUCEM

Exposition Picasso - Dîner chez Passédât

# LES CONFÉRENCES DE **PRESTIGE** DE LA



**Jeudi 18 mai 2017**  
**Maison des Océans**

195, rue Saint-Jacques - 75005 Paris, France



**Ostéotomie du rebord  
mandibulaire ("chin wing") :**  
Nouveau concept  
en chirurgie orthognathique

## **Albino Triaca**

INFORMATIONS ET INSCRIPTIONS  
**à partir du 15 octobre 2016**

**Tarif membre : 390 € | Tarif non membre : 490 €**

Inscription gratuite pour les internes en O.D.F., les enseignants P.U., M.C.U. et A.H.U. (sur présentation d'un justificatif) des départements d'O.D.F. des universités françaises.

 **Traduction simultanée**

Site internet : [www.sfodf.org](http://www.sfodf.org) | E-mail : [sfodf@sfodf.org](mailto:sfodf@sfodf.org)



Comité d'organisation SPODF  
30, rue Docteur de Séverac - 75017 Paris, France  
E-mail : [sfodf@sfodf.org](mailto:sfodf@sfodf.org)



# COMMUNICATIONS AFFICHÉES

Les communications affichées sont exposées tout au long de la 88<sup>e</sup> réunion scientifique.

**PP** ou **Prix Poster** /// Communication affichée dans le cadre de la commission des tables de démonstration, des communications affichées et de l'audiovisuel de la **SFODF**.

**CA** /// Communication affichée dans le cadre d'une soumission.

- ▶ **PP1** /// Suivi d'utilisation clinique d'une gouttière d'interception de la dysmorphie de classe II division 1. O. Alouini\*, M. Chouvin, Montpellier.
- ▶ **PP2** /// Étude qualitative et quantitative de l'état de surface amélaire post-débaguage. C. Bertrand\*, M. Le Gall, A. Chafaia, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP3** /// Analyse des effets délétères de la réduction amélaire proximale (RAP). D. Brézulier\*, O. Sorel, Rennes.
- ▶ **PP4** /// Comportement du parodonte au cours du nivellement des incisives mandibulaires. A. Castelli\*, M. Le Gall, V. Monnet-Corti, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP5** /// Analyse des effets de la piézocision sur le décours d'un traitement orthodontique chez l'adulte. Une étude contrôlée randomisée. C. Charavet\*, G. Lecloux, F. Lambert, A. Bruwier, Université de Liège, Belgique.
- ▶ **PP6** /// Quand faut-il se séparer des dents incluses ? L. Chellali\*, S. Oulounis, CHU d'Alger ouest, Algérie.
- ▶ **PP7** /// Étude sur la mesure de la raideur et de l'allongement dans le temps des élastiques inter-arcades. L. Cohen\*, M. Le Gall, J. Giordano, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP8** /// Canines incluses et risque de résorptions radiculaires des dents adjacentes. F. Cuminetti\*, L. Frapier, Montpellier.
- ▶ **PP9** /// Gestion ortho-chirurgicale d'un cas de classe III squelettique avec parodontopathie. A. El Aouame\*, L. Ousehal, F. Kadiri, Département d'ODF, Casablanca, Maroc.
- ▶ **PP10** /// Traitements des cas limites de classes III squelettique chez l'adulte. A. El Aouame\*, S. Alami, Z. Bentahar, F. Elquars, Service ODF, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.
- ▶ **PP11** /// L'expansion rapide assistée chirurgicalement : à propos d'un cas clinique. A. El Aouame\*, S. Alami, Z. Bentahar, F. Elquars, Service ODF, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.
- ▶ **PP12** /// Modifications profilaires chez des patients de classe III squelettique traités par chirurgie orthognathique. A. El Aouame\*, F. Berrada, L. Ousehal, Département d'ODF, Casablanca, Maroc.
- ▶ **PP13** /// Collage de brackets chez les patients atteints d'une fluorose. I. Fenjiro\*, B. Eglhoff, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP14** /// Les thérapeutiques orthodontiques en l'absence de canine(s) permanente(s). C.-H. Fouquet\*, M. Le Gall, Aix-Marseille Université.

- ▶ **PP15** /// Abord psychologique du patient adulte vis-à-vis de la chirurgie orthognathique. L. Fournié\*, J. Bohar, M. Le Gall, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP16** /// Traitement orthodontico-chirurgical d'une malocclusion de classe II avec béance : comment positiver l'échec ? R. Foury\*, L. Bouhouche, F. Si Ahmed, Service d'ODE, CHU Mustapha, Alger, Algérie.
- ▶ **PP17** /// Attaches vestibulaires esthétiques : risques pour l'émail ? J. Gregoire\*, B. Eglhoff, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP18** /// Attaches auto-ligaturantes : gain de temps au fauteuil. M. Hutin\*, B. Eglhoff, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP19** /// Les séparateurs : une procédure à risque ? A. Jung\*, B. Eglhoff, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP20** /// Étude en torsion d'un nouvel arc orthodontique à base de titane-molybdène. M. Lachaux\*, C. Blaise, B. Eglhoff, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP21** /// Les positionneurs dentaires standardisés (PDS) : Étude comparative et fréquence d'utilisation en 2015. A. Lux\*, D. Deroze, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP22** /// Mais au fait, quel était le motif de consultation ? A. Mailloux\*, C. Blaise, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP23** /// Les instructions aux auteurs ont-elles un idéal ? G. Mer\*, O. Sorel, Paris.
- ▶ **PP24** /// Expansion maxillaire et perméabilité nasale : Quad-Hélix versus croissance. M. Merzouga, C. Philip-Alliez, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP25** /// La réponse parodontale des défauts infra-osseux au traitement orthodontique. I. Messaoudi\*, M.N. Benali, CHU Sidi Belabbes, Algérie.
- ▶ **PP26** /// Syndrome de l'incisive centrale unique médiane maxillaire. M. Niel Lawton\*, B. Eglhoff, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP27** /// Évaluation de la thérapeutique par arc bimétrique de Wilson en constitution de la denture adolescente. D. Pillot\*, L. Delsol, Montpellier.
- ▶ **PP28** /// Expansion transversale maxillaire, étude électromyographique. J.-M. Plantavin\*, A. Raskin, N. Boissi, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP29** /// Prise en charge chirurgicale des fentes labio-alvéolo-palatines avec un biomatériau. M. Seiller\*, C. Philip-Alliez, A. Gallucci, N. Degardin, N. Graillon, M. Le Gall, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP30** /// Mise en œuvre d'un protocole d'éducation fonctionnelle en milieu hospitalier. J.-Y. Trieu\*, Mme Deroze, Aix-Marseille Université.
- ▶ **PP31** /// Genioplastie et échecs. V. Valran\*, B. Eglhoff, M-P Filleul, Université de Lorraine.
- ▶ **PP32** /// Étude clinique de la correction de la classe II par Optimax® à l'aide de la méthode Idiv (Lautrou, Dunglas, Vermelin). M. Vinaï\*, A. Manier Ezvan, Faculté d'Odontologie de Nice.

- ▶ **PP33** /// Relation entre mastication et malocclusions chez l'enfant : à propos d'une enquête sur 3184 enfants. F. Jemmali\*, A. Boughzala.
- ▶ **PP34** /// Agénésie(s) d'Incisive(s) Latérale(s) Maxillaire(s) : la Solution Implantaire n'est pas un Dogme, Respect des Indications. B. Hervy\*, M. Le Gall, Aix-Marseille Université.
- ▶ **CA 01** /// Traction des canines retenues : la corticotomie accélère t-elle toujours le mouvement ? A. Mezari\*, S. Amarouche, CHU Mustapha, Alger, Algérie.
- ▶ **CA 02** /// Nouvelle approche des échecs parodontaux par monitoring à distance. A. Costi\*, Paris.

**RAPPEL** **SAMEDI 14 MAI - 14H00/14H15**

## **REMISE DE PRIX DES MEILLEURES COMMUNICATIONS AFFICHÉES**

M.P. Filleul et O. Sorel

\* Auteur présentant la communication affichée.

# L'Orthodontie Française

**LIRE LA  
PUBLICATION  
VOUS APPORTE**

- ▶ Une aide précieuse pour la pratique quotidienne
- ▶ Une couverture thématique complète des cas rencontrés en cabinet
- ▶ Une excellente formation continue
- ▶ L'assurance de lire des articles de qualité



## **EN BREF**

- ▶ 4 numéros par an
- ▶ Toujours plus de clinique
- ▶ Index Medline
- ▶ Lisible en ligne
- ▶ Primée par la FEO

# RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES

## ► HARMONIE DENTAIRE ET DYSHARMONIE DU SOURIRE

L'adulte est devenu un patient quotidien dans les cabinets d'orthodontie. L'évolution des techniques orthodontiques et chirurgicales en matière d'efficacité, de confort et d'esthétique a contribué à l'essor de l'orthodontie de l'adulte.

L'orthodontiste doit s'adapter à ces patients qui présentent des signes plus ou moins avancés du vieillissement dont les conséquences sur le visage sont inévitables.

Un rôle principal de l'orthodontie est la lutte contre le vieillissement facial. On peut alors se demander comment agir pour améliorer davantage nos patients adultes. Quel rôle ont les tissus mous péri-buccaux dans le sourire ? Comment se modifient-ils avec le temps et quelles conséquences esthétiques en découlent ? Nous proposons d'analyser l'évolution des tissus mous du visage autour de cas d'échecs de sourires adultes malgré l'obtention d'une harmonie dentaire et d'exposer les améliorations réalisables.



**ALOUINI**  
Ons

## ► LA LANGUE : REINE DES ÉCHECS ? ÉCUEILS ET LIMITES DES RÉÉDUCTIONS LINGUALES

Face à des dysfonctions ou para-fonctions que nous avons du mal à éradiquer, la prise en charge orthophonique est le plus souvent une alliée pour maîtriser l'environnement fonctionnel des arcades dentaires. Cependant, certains facteurs allant de la psychologie à l'obstacle ORL anatomique, de l'anomalie génétique au geste iatrogène, peuvent expliquer des résultats parfois en demi-teinte de cette dernière. Parfois aussi, ce sont nos propres résultats thérapeutiques qui sont mis en échec voire détruits par une langue récalcitrante ou mal prise en considération. À travers une analyse des facteurs en jeu et la présentation de cas cliniques, Madame Arnaud-Pellet nous propose une réflexion poussée sur cet organe parfois moteur, parfois destructeur de nos traitements.



**ARNAUD-PELLET**  
Noëlle

## ► CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE : RÉUSSITE OCCLUSALE, ÉCHEC ESTHÉTIQUE

L'équipe Chirurgien-Orthodontiste est le plus souvent satisfaite des résultats obtenus en chirurgie orthognathique. La fonction occlusale retrouvée est au cœur de leur préoccupation. L'amélioration esthétique est considérée comme un « plus » mais non comme un but en soi. Les attentes et le vécu du patient sont par contre très différents car l'esthétique prend souvent au final le pas sur l'occlusion. L'auteur propose une réflexion autour de cas cliniques d'insatisfaction esthétique du patient dans différentes indications. Il tente de proposer des solutions d'anticipation en amont de la chirurgie afin d'améliorer la satisfaction finale et globale du patient.



**BELLOT-SAMSON**  
Vanessa



**BOILEAU**  
Marie-Josée

### ► LES ÉCHECS ESTHÉTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES CLASSES II

Dans le traitement des classes II, comme dans toutes les dysmorphoses, l'échec de nos thérapeutiques peut concerner tout ou partie de nos objectifs de traitement : occlusaux, fonctionnels et esthétiques. Nous nous limiterons ici aux seuls échecs esthétiques.

Après avoir précisé au travers de cas cliniques la notion d'échec et les limites de l'acceptable en termes d'esthétique, nous essaierons de déterminer les causes principales de nos échecs afin de mieux les prévenir.

L'analyse de la littérature comme celle des cas cliniques montre que ceux-ci reposent le plus souvent sur :

- une erreur d'estimation de la quantité et de la direction de croissance résiduelle,
- un mauvais contrôle du sens vertical,
- une prise en charge insuffisante des problèmes fonctionnels,
- une position inadéquate des incisives maxillaires et mandibulaires.



**BOULETREAU**  
Pierre

### ► CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE : LES CAS DÉFAVORABLES

La chirurgie orthognathique a toujours pour ambition thérapeutique un double objectif fonctionnel et esthétique. Dans la grande majorité des cas, la qualité de la préparation orthodontique péri-opératoire alliée à la sensibilité esthétique du chirurgien permettent heureusement de répondre aux attentes du patient. Dans un certain nombre de cas cependant, les conditions anatomiques squelettiques, dentaires ou parodontales ne permettent pas d'atteindre ce double objectif, et une solution de compromis thérapeutique doit être acceptée. Ce genre de situation doit être décelé très en amont de la phase thérapeutique afin que le résultat final ne soit pas vécu comme un échec par le patient, mais bien comme le meilleur compromis que ses praticiens pouvaient lui proposer, quitte à ce que le patient bien informé refuse de s'engager dans le protocole orthodontico-chirurgical présenté. Nous présentons ici ces cas « défavorables » en discutant les solutions de compromis thérapeutiques qui peuvent être proposées au patient.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► ÉCHECS DES ANCRAGES OSSEUX. REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'objectif de cette présentation est d'illustrer les circonstances pouvant être à l'origine des échecs dans l'utilisation des ancrages osseux temporaires en orthodontie, et par conséquent, d'essayer de définir des critères de bon usage. Une revue de littérature et l'analyse de cas cliniques ont servi de base à notre réflexion. Il en ressort qu'avec une bonne connaissance des indications dans le choix des vis, de leur emplacement et des protocoles de mise en place, associée à une analyse des mécaniques orthodontiques, les ancrages osseux sont aujourd'hui un outil essentiel de l'orthodontiste, permettant des mouvements autrefois irréalisables, ou stabilisant des mouvements parasites qui rendent nos traitements plus fiables et plus efficaces.



**BREZULIER**  
Damien

### ► COMPORTEMENT DU PARODONTE AU COURS DU NIVELLEMENT DES INCISIVES MANDIBULAIRES. PRÉCAUTIONS À PRENDRE

La position de l'incisive mandibulaire étant l'une des clés de la réussite de nos traitements, la plupart des techniques orthodontiques focalisent leur attention sur son contrôle mais ne prennent pas de précautions sur l'environnement parodontal. Qu'en est-il réellement du niveau osseux avant traitement et surtout après alignement/nivellement et redressement de l'incisive ? C'est à travers une étude prospective sur 50 patients que nous avons évalué le comportement du parodonte des incisives mandibulaires par une approche clinique par sondage et radiologique sur Cone Beam. Une perte osseuse a été mise en évidence, non négligeable au vu de la finesse de l'os au départ. Face à cette réalité clinique, nous devons adapter notre thérapeutique en réalisant un bilan parodontal pré-orthodontique, en complétant le diagnostic par des examens 3D pour les cas à risques et en contrôlant l'axe incisif. L'avènement du Cone Beam devient un outil précieux permettant l'individualisation du traitement orthodontique et la possibilité de visualiser l'environnement osseux.



**CASTELLI**  
Alicia



**CHEVALIER**  
Émilie

### ► ÉPAISSEUR D'OS ALVÉOLAIRE DANS LA ZONE DU POINT A : SAVOIR ÉVITER LES ÉCHECS PARODONTAUX EN REGARD DES INCISIVES MAXILLAIRES

Nombreuses sont les études sur les relations orthodontie/parodontie mais rares sont celles qui ont bénéficié de l'apport des nouvelles techniques d'imageries 3D et qui mettent en avant les effets iatrogènes que peut avoir l'orthodontie sur le parodonte. Les risques parodontaux en termes de fenestrations, déhiscences osseuses en regard des incisives maxillaires sont réels pendant ou après un traitement orthodontique. D'où l'importance d'évaluer précisément la situation initiale en termes de quantité d'os dans ce secteur esthétique d'arcade.

Notre étude a eu pour objectif d'évaluer la fiabilité de la téléradiographie de profil conventionnelle pour quantifier l'épaisseur d'os alvéolaire en regard des incisives maxillaires en la comparant aux données issues du scanner. L'objectif second était de mettre en évidence un profil de patient dit « à risque » en évaluant les éventuelles corrélations entre cette épaisseur et des composantes de dysmorphie.

Les résultats ont révélé une erreur d'évaluation de moitié quant à l'estimation de l'épaisseur d'os et un risque accru en cas d'hyperdivergence, de classe III et de proalvéolie.

Enfin, compte tenu de ces résultats, nous avons abordé les conduites à tenir cliniquement pour éviter l'apparition de tels échecs parodontaux dans ce secteur d'arcade.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► ÉCHECS ORTHOGNATHIQUES ET OCCLUSO-CONSCIENCE DÉFICIENTE

L'occluso-conscience est un concept peu exploité dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des malocclusions et des malformations dento-faciales. Les travaux scientifiques parlent plus de proprioception dentaire et parodontale, pour décrire les influx sensitifs qui informent les centres nerveux par la voie trigéminal de notre activité orale en général et manducatoire en particulier. Les praticiens qui prennent en charge les rééquilibrations occlusales des patients présentant un DAM connaissent bien les patients hypersensibles à la moindre interférence occlusale et qui sont décrits comme présentant une occluso-conscience exacerbée. Que l'on soit orthodontiste ou chirurgien maxillo-facial, nos thérapies ont pour but et moyen la réorganisation biomécanique des dents et des mâchoires en vue d'améliorer leur efficacité en termes de manducation, d'esthétique et de ventilation, les trois fonctions essentielles dévolues à la face. Dans ce cadre thérapeutique, l'obtention d'une classe I dentaire et squelettique est le but à atteindre car la classe I garantit la meilleure efficacité masticatoire et la pérennité du résultat thérapeutique.

Paradoxalement, quelques patients semblent ne pas vouloir ou pouvoir bénéficier de cette optimisation occlusale et ne profitent pas donc de leur nouvelle classe I dentaire. Sous ce comportement se cache bien souvent une ancienne et profonde perturbation de la biomécanique manducatrice, parafunctionnelle ou dysfonctionnelle.

Chez ces patients, la phase de préparation orthodontique à la chirurgie orthognathique ne présente souvent aucune particularité, en dehors de signes minimes de bruxomanies ou de dysfonctions linguales (surengrènement des classes II, 2, des faces courtes, béances antérieures, attrition coronaire asymétrique, récession gingivale asymétrique, mylolyses. . .). De plus, il faut prendre « conscience » que l'orthodontie préopératoire est une source temporaire d'occluso-conscience déficiente, en induisant une mobilité dentaire et parodontale, en provoquant une réduction de la nociception parodontale, en imposant une alimentation molle.

La période de la chirurgie orthognathique est souvent le moment de révélation de l'occluso-conscience déficiente. Cette déficience peut être masquée durant la période de blocage maxillo-mandibulaire par fil d'acier ou par élastiques serrés dès la fin de l'intervention et pendant plusieurs semaines. La révélation de ce déficit est beaucoup plus précoce lorsque le chirurgien ne pratique pas de blocage en postopératoire et se « contente » d'un guidage élastique. Au moins deux bonnes raisons expliquent la révélation de l'occluso-conscience déficiente après une ostéotomie des mâchoires. La première raison est la réduction de la sensibilité dentaire et parodontale induite par les sections osseuses qui coupent la majorité des fibres nerveuses sensitives des branches des nerfs infra-orbitaires (V2) à destinée dentaire lors d'une ostéotomie de Le Fort I ou qui provoquent une sidération sensitive dans le territoire du nerf



CHEYNET  
François



## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

alvéolaire inférieur lors d'une ostéotomie sagittale mandibulaire bilatérale. Cette anesthésie ou hypoesthésie dure entre 2 et 6 mois dans les meilleurs des cas. Elle peut s'étendre dans quelques cas au palais mou et à une hémilangue (parfois la langue mobile en totalité). Le patient perd alors une grande partie de ses repères. Le chirurgien et l'orthodontiste font alors face à trois principaux tableaux cliniques, l'instabilité occlusale post-opératoire, le démontage du matériel d'ostéosynthèse et les pseudarthroses, ces phénomènes étant souvent associés.

À travers plusieurs cas illustrant l'occluso-conscience déficiente, nous proposons des pistes de réflexion permettant d'en comprendre la ou les causes, d'expliquer nos difficultés à en faire le diagnostic (précocement) et quelques solutions thérapeutiques qui ont pu y être apportées après quelques années d'expérience.



**DE PAPE**  
Romain

### ► ÉCHECS FACE AUX CLASSES III

À l'heure où notre spécialité est réduite par certains à un simple alignement dentaire, il est judicieux de s'interroger sur la place de la fonction masticatrice pour expliquer et comprendre l'intérêt et la complexité de l'orthodontie.

Les traitements conventionnels de classe III squelettiques ne prennent pas en compte la notion de verticalité occlusale, ni les latéralités mandibulaires aboutissant à une croissance aberrante des maxillaires, une instabilité voire des récives des traitements interceptifs.

Appréhender l'articulation des arcades et l'orientation du plan d'occlusion semble être la voie nécessaire à l'interception des classes III squelettiques.

Le diagnostic clinique aboutira à déceler des cas limites qui, traités, pourront éviter extractions et/ou chirurgie.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► EXTRACTIONS VERSUS NON EXTRACTIONS. D'OÙ VIENT L'ÉCHEC ?

L'extraction est un acte irréversible dont la décision doit être imposée par des impératifs cliniques, esthétiques, fonctionnels et parodontaux et non par des phénomènes de mode. En effet, tout au long de l'histoire, les indications d'extractions ont été tour à tour bannies par Angle puis systématisées par Tweed, remises en cause par Ricketts, préconisées par Begg et encore de nos jours les traitements sans extraction tirent leur popularité des systèmes autoligaturants et de l'expansion d'arcades. La décision d'extraire, ou non, ne doit se faire qu'à la suite d'un diagnostic précis, précédée d'un examen clinique et radiologique complet et doit tenir compte de l'ensemble des dents du patient sans condamner systématiquement les 3<sup>es</sup> molaires. L'analyse rigoureuse de la dysharmonie dento-maxillaire sera essentielle dans cette décision et dans le choix du site.



**DELSOL**  
Laurent

### ► PRISE EN CHARGE ORTHO-CHIRURGICALE DES BÉANCES : ÉCHECS ET NOUVELLES STRATÉGIES

S'attaquer à un cas ortho-chirurgical de béance est un véritable défi tant pour l'orthodontiste que pour le chirurgien.

La prise en charge pluridisciplinaire est incontournable et malgré cela les échecs et désillusions restent fréquents.

À travers l'analyse de résultats décevants, nous proposerons une démarche raisonnée et progressive pour aborder ces patients.



**ESNAUT**  
Olivier



**JOSEPH**  
Guillaume



**FELLUS**  
Patrick

### ► LA RÉÉDUCATION DE LA DÉGLUTITION : VOIE CORTICALE OU VOIE SOUS CORTICALE

La non prise en charge des problèmes fonctionnelles peut entraîner des échecs dans la conduite des traitements orthodontiques et dans leurs stabilités.

Mais, même lorsque les dysfonctions ont été diagnostiquées par le praticien, il sera l'otage de la qualité de la rééducation. D'une manière conventionnelle, les rééducations font appel à une participation intense des patients stimulant d'une manière corticale ses circuits neuronaux. Eric Kandel, Prix Nobel de Médecine en 2000, a montré que cette approche stimulait la transmission des informations par une augmentation de l'activité des neurotransmetteurs.

Il a démontré de même que, lorsque la rééducation fait appel à la voie sous corticale, il n'y a plus augmentation de la neurotransmission mais établissement de nouveaux circuits par la création de nouvelles synapses.

Il est possible aujourd'hui de rééduquer la déglutition et la respiration par voie sous corticale.



**FOTI**  
Bruno

### ► L'ORTHODONTISTE FACE À SES RESPONSABILITÉS

À l'heure actuelle, les mises en cause des praticiens n'épargnent pas les orthodontistes. Bien que phénomène plutôt marginal, il n'en demeure pas moins que des précisions sont à apporter afin de comprendre les mécanismes de la responsabilité médicale. Nous aborderons les notions de responsabilité civile professionnelle, qu'elle soit simple ou partagée avec les correspondants généralistes ou spécialistes, l'obligation de moyens, clé de voûte du contrat de soins, le devoir d'information, assorti du consentement éclairé, qui a modifié ostensiblement les limites de la responsabilité. Le but de la présentation est de susciter, pour l'avenir, une prise de conscience de l'attention qu'il faut apporter, au-delà des prises de décision thérapeutiques, à nos rapports avec les patients. La connaissance des pièges du droit médical et une vigilance accrue dans la relation soignant-soigné permettront d'aboutir à une meilleure prévention de situations conflictuelles désagréables, souvent même stressantes et traumatisantes, pour lesquelles nous ne sommes pas préparés, et, à défaut, permettront une gestion plus sereine des litiges, en toute connaissance de cause.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► APPARITION DES LÉSIONS PARODONTALES

Face à la demande croissante de la part des patients en matière d'esthétique de ces dernières années, les domaines de la parodontie et de l'orthodontie n'échappent pas à cette préoccupation générale. Or, au cours des traitements orthodontiques, la présence d'une gencive fine et une table osseuse étroite représentent une prédisposition à la récession gingivale et parodontale car de moindre résistance à l'agression mécanique ou bactérienne. Or les récessions gingivales sont un motif de consultation fréquent en parodontologie a fortiori à la fin du traitement orthodontique chez un patient adulte avec un parodonte fin et fragile. Nous analyserons tous les mouvements orthodontiques susceptibles d'engendrer l'apparition de récessions mais aussi les autres facteurs étiologiques à maîtriser pendant tous les déplacements dentaires. La Chirurgie Plastique Parodontale (CPP) regroupe l'ensemble des techniques de chirurgie parodontale qui ont pour but de réparer ou de remodeler les tissus parodontaux et/ou péri-implantaires et ainsi contribuer largement au recouvrement des récessions et au renforcement du parodonte avec des résultats plus ou moins esthétiques et stables.



**FOUQUE**  
Caroline

### ► PSEUDARTHROSES APRÈS CHIRURGIE ORTHOGNATHIQUE : ÉTIOLOGIES ET PRISE EN CHARGE.

L'ostéotomie de Le Fort I est une ostéotomie réputée sûre pour ses suites opératoires (environ 5 %). Les pseudarthroses ont une incidence inférieure à 1 %.

À la lumière de six cas de pseudarthrose après ostéotomies de Le Fort, nous tentons d'en comprendre le mécanisme.

La contrainte mécanique d'origine occlusale ne suffit manifestement pas à expliquer la genèse de toutes ces pseudarthroses.



**GOUDOT**  
Patrick



**YACHOUH**  
Jacques



**GUEZENEC**  
Patrick

### ► LE SENS TRANSVERSAL, UN FACTEUR TROP SOUVENT NÉGLIGÉ

Le déficit du sens transversal est la conséquence de bien des troubles fonctionnels : la mauvaise posture de la langue au repos et en fonction entraîne des déficiences d'abord alvéolaires puis souvent squelettiques. Les ignorer ou ne pas en tenir suffisamment compte est à l'origine de récives inéluctables. Il convient de s'en préoccuper, du diagnostic à la contention de nos cas, sans quoi l'échec nous guette. Dès le diagnostic, une téléradiographie de face peut nous apporter des renseignements utiles à la différenciation entre anomalies alvéolaires et squelettiques afin de nous orienter vers le moyen thérapeutique approprié. L'évaluation clinique des troubles fonctionnels est un préalable indispensable, véritable déverrouillage fonctionnel. Tout au long du traitement, nos formes d'arcades sont à respecter pour une stabilité accrue qui débouche sur une contention en parfaite harmonie avec l'individualité du patient.



**GUYOT**  
Laurent

### ► ÉCHECS CHIRURGICAUX ET COMPLICATIONS

Les interventions de chirurgie orthognathique sont l'aboutissement d'une préparation orthodontico-chirurgicale et préfigurent la fin du traitement pour le patient et sa famille. Les principales interventions sont les ostéotomies maxillaires totales de Le Fort I, les ostéotomies mandibulaires et les mentoplasties. Toutes ces interventions nécessitent un environnement favorable et une technicité importante pour être menées à bien. Comme tous les actes chirurgicaux, ils n'en sont pas exempts de complications per et post-opératoires pouvant entrer dans le cadre d'un aléa thérapeutique ou être fautives. Quelque en soit le fondement, les complications chirurgicales peuvent entraîner des échecs de la prise en charge de la dysmorphose. Comprendre ces complications et les analyser, c'est déjà les prévenir et diminuer ses risques d'échec.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► ORDRE ET LITIGES

Président du Conseil Départemental et Vice-président de l'Ordre Régional des Chirurgiens-Dentistes – Expert honoraire près la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence.

Le Code de la Santé Publique prévoit, lors d'un litige, une tentative de conciliation menée par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre au sein d'une Commission désignée à cet effet. S'il s'agit d'un différend exposé (par écrit) par un patient, ce dernier sera invité et le praticien sera convoqué en vertu de l'Article R.4127-233 du Code de la Santé Publique. Dans le cas d'un différend entre deux praticiens, c'est l'Article R.4127-259 du même Code qui permettra au Président de convoquer les deux praticiens. Cette procédure peut permettre aux parties en présence d'aboutir à un rapprochement qui sera acté par un Procès-verbal, s'appuyant sur les Articles 2044 et suivants du Code Civil. La transaction sera définitive. En cas de non conciliation, le demandeur sera libre de poursuivre devant l'Instance Disciplinaire Professionnelle ou devant les Tribunaux Civils. La procédure de conciliation permet souvent d'éviter des procédures longues et nombreuses devant les Tribunaux à une époque où les contestations sont de plus en plus fréquentes.



**JUANEDA**  
Robert

### ► ÉCHECS ET SAHOS

Les orthèses d'avancées mandibulaires sont un traitement de choix dans les apnées obstructives du sommeil modérées.

Comme tout traitement médical, elles présentent des échecs qui peuvent être de plusieurs types :

- les échecs propres au fait que ce soit une orthèse (problèmes dentaires, gingivaux, psychologiques)
- des échecs par manque de résultat et là tout dépend de la définition d'un bon résultat thérapeutique
- des échecs dus à une mauvaise observance.

Au vu de la littérature et après analyse de l'étude Orcade sur le suivi à un an d'une cohorte, nous essaierons de vous donner une image actuelle des échecs de ce type de traitement.



**KERBRAT**  
Jean-Baptiste



**LECOQC**  
Guillaume

### ► ÉCHECS RELATIFS AU PLAN DE TRAITEMENT

Diagnostic et plan de traitement sont les piliers de toutes les disciplines médicales. Nous sommes formés à analyser, décrypter les éléments cliniques que nous percevons, sélectionner ceux qui doivent être corrigés pour établir le plan de traitement le plus pertinent en adéquation avec les attentes des patients et les données actuelles de la science. Mais nous regardons nos patients avec le prisme déformant de notre expérience professionnelle et de nos formations. Notre attitude thérapeutique évolue donc avec le temps, les conférences que nous voyons et les innovations : minivis, autoligaturants... Mais savons-nous garder notre objectivité et notre esprit critique ? À quel moment du raisonnement avons-nous dévié pour aboutir à un échec ? À travers différents cas cliniques, j'exposerai les failles de la réflexion qui ont abouti à une situation perfectible en fin de traitement, ou à une situation plus complexe à gérer en cours de traitement.



**MAJOURAU-  
BOURIEZ** Aurélie

### ► ÉCHECS AUX ÉCHECS CHEZ LES PATIENTS PORTEURS DE FLP

Pour beaucoup, les résultats des traitements chirurgicaux, orthodontiques, et quand cela est nécessaire prothétiques, des patients porteurs de FLP peuvent s'avérer décevants, et être considérés comme des échecs.

Cependant, nous pouvons nous servir de ces échecs pour optimiser la prise en charge de ces patients particuliers qui méritent tant d'obtenir une apparence faciale et un sourire qui leur plaisent, avec un articulé dentaire qui fonctionne. Cela implique une remise en question fréquente de nos protocoles de traitement et beaucoup d'humilité.

Même si la route est parfois longue et semée d'embûches tant pour les soignants que pour le patient, il est possible d'obtenir un résultat de qualité, et cela en construisant un vrai partenariat entre l'équipe pluridisciplinaire, les praticiens correspondants et le patient et sa famille.

Les objectifs de traitement devront être spécifiques et tenir compte des paramètres anatomiques, de la direction de croissance, de la coopération attendue, et des possibilités socio-économiques du patient. Le traitement lui-même doit être fondé sur le principe de « l'evidence based treatment » pour éviter de provoquer à nouveau des échecs qui ont déjà été rencontrés par le passé.

La communication abordera les moyens de contrer les échecs rencontrés dans le traitement des patients porteurs de fentes à la lumière des dernières publications scientifiques, et les illustrera par de nombreux cas cliniques.

# RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

## ► CHIRURGIE DE CLASSE II ET ATM

Traditionnellement, ces interventions visent à corriger les décalages à responsabilité mandibulaire par une avancée de la portion dentée de la mandibule après ostéotomie mandibulaire.

Au cours de la mise en place des plaques d'ostéosynthèses se décide la position des condyles, déjà plus reculés de par la position allongée et l'atonie musculaire du patient curarisé. Toutes les études montrent que la chirurgie « d'avancée mandibulaire » entraîne un mouvement latéral et un recul des condyles, ainsi qu'un mouvement de torque, tous préjudiciables aux condyles.

Les facteurs prédisposant aux atteintes dégénératives sont « le patient » : femme hyperdivergente ayant des antécédents de DAM et le geste chirurgical de par la surcharge appliquée aux condyles.

Quelles sont les solutions possibles pour éviter les échecs : bien préparer le patient avant la chirurgie et effectuer une simulation (sur articulateur), maîtriser la position du condyle pendant la chirurgie, travailler avec les chirurgiens à la réalisation de système de stabilisation de la portion condylienne (avec l'aide de la CAO), mettre en place rapidement une mobilisation de la mandibule par kinésithérapie.



**MANIERE**  
Armelle

## ► RCP : OBLIGATIONS ET CADRE LÉGAL NOTAMMENT EN PRATIQUE ORTHODONTIQUE

Après présentation de la spécificité d'une société spécialisée dans la défense en RCP des professionnels de santé (MACSF, Le Sou Médical), après rappel des statistiques moyennes annuelles en sinistralité, nous aborderons les conditions de la responsabilité indemnitaire (loi de mars 2002), nos obligations essentielles dont le dossier clinique (contenu, conservation) et le consentement éclairé, ainsi que quelques notions médico-légales clés (état initial, rôle de sachant, données acquises). Des préconisations seront enfin émises dans le but de vous aider à éviter un litige, ou à réagir de manière adaptée en cas de réclamation.



**MARCHAND**  
Patrick



**MARIGNAN**  
Michel

### ► LES DYSFONCTIONS POSTURALES, UNE CAUSE D'ÉCHEC POSSIBLE EN ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

La posturologie est une compétence en physiologie théorique et clinique particulière applicable à de nombreux domaines de la médecine et de ses disciplines annexes, dont l'objet est l'étude de la station debout et ses dysfonctionnements. Elle propose une panoplie multiprofessionnelle de moyens tant diagnostiques que thérapeutiques puissants basés sur la neurophysiologie du positionnement et du mouvement humain dans la prise en charge de nombreuses pathologies, rachidiennes et TMS surtout. C'est une approche médicale fonctionnelle.

Sa pratique est accessible aux médecins et aux professions paramédicales au travers d'un DIU ou de formations spécifiques (ophtalmologistes, dentistes, podologues, orthoptistes, etc...).

Mais dans leur pratique quotidienne, les posturologues se heurtent fréquemment à des non-réponses thérapeutiques, l'étiologie la plus fréquente étant un DAM, véritable source de perturbation de la régulation de la station érigée. Les ophtalmologistes aussi avaient remarqué cette interaction ayant comme conséquence des troubles de la motricité oculaire, alors que celle-ci constitue une source majeure d'information participant au contrôle spatial et positionnel du corps debout.

En tant que médecin posturologue, si nous remarquons fréquemment une perturbation de la station debout par une ou des dysfonctions manducatrices, il semble inversement indispensable de rappeler pourquoi et comment un syndrome postural peut constituer une source d'échec thérapeutique en orthopédie dento-faciale.

Il nous appartient donc de proposer, sur la base des connaissances actuelles, un schéma de prise en charge diagnostique et thérapeutique, permettant d'éviter un échec en orthopédie dento-faciale au sens de la « non obtention » du résultat escompté.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► ÉCHECS ESTHÉTIQUES PARODONTAUX

La demande de la part des patients en matière d'esthétique n'a cessé de croître durant ces dernières années, et le domaine de la dentisterie n'échappe pas à cette préoccupation générale. En effet, la réhabilitation d'un sourire est souvent un défi esthétique et impose au praticien de recréer une composante gingivale et dentaire mêlant naturel, harmonie, vie et fonctions (mastication, phonation...).

L'analyse du sourire du patient se fait à partir d'un Tableau Décisionnel qui nous permet, de savoir si l'on traitera le patient en s'intégrant dans un contexte harmonieux existant ou si l'on préférera changer quelques éléments qui présentent des irrégularités marquées.

L'écrin gingival naturel est constitué de différents éléments : en profondeur par les différents tissus épithélial et conjonctif, le desmodonte, le cément et l'os alvéolaire et en surface par son architecture festonnée, sa couleur, son épaisseur et sa texture. Au cours du traitement orthodontique, l'orthodontiste peut modifier la position des dents, et respecter ou restaurer l'architecture gingivale harmonieuse. Lors de réhabilitation du sourire plus complexe, il peut aussi être aidé par les techniques de dentisterie restauratrice qui peuvent harmoniser la couleur et la forme des dents et les techniques de chirurgie plastique parodontale pour reconstruire les tissus parodontaux perdus.

À la fin du traitement orthodontique, nous pouvons être confrontés à un résultat inesthétique parodontal, ce qui constitue un échec thérapeutique sur le plan esthétique.



**MONNET-CORTI**  
Virginie

### ► LE MALENTENDU DE LA DEMANDE ORTHODONTIQUE DU PATIENT ADULTE

L'orthodontie de l'adulte a la réputation d'être difficile et nombreux sont ceux qui s'interrogent sur l'intérêt de traiter « une patientèle aussi exigeante ». Il existe en effet de réelles difficultés pour les praticiens qui adaptent leur pratique de l'enfant et l'adolescent à l'adulte sans tenir compte des spécificités de ces soins. Une clé de la prise en charge des adultes est « le motif de consultation ». Il existe dans cette notion une différence essentielle avec l'enfant. Illustrée par de nombreux cas cliniques, cette conférence sera l'occasion de mettre en évidence les spécificités du motif de consultation orthodontique des adultes et d'en analyser la complexité. À l'ère des nouvelles technologies incontournables (diagnostic, communication, traitement...), la notion d'écoute individualisée et attentive du patient reste une clé intemporelle d'une bonne relation praticien/patient indispensable à la prise en charge d'un patient adulte en orthodontie.



**MULLER**  
Christine



**NICOLLAS**  
Richard

### ► LANGUE ET VENTILATION : ÉCHEC ET MAT

Depuis les travaux de l'école fonctionnaliste (Ricketts, Linder Aronson, Gola...), la prise en compte des fonctions, et plus particulièrement de la ventilation, en ODF semble aujourd'hui généralisée.

L'intrication ventilation/croissance/fonction linguale/malocclusions n'est plus à démontrer.

Cependant, si le diagnostic ORL d'un défaut ventilatoire et de son étiologie est désormais classique, sa prise en charge ne suffit pas toujours à assurer un environnement fonctionnel favorable à la stabilité orthodontique malgré une rééducation associée.

Parfois même, certains traitements chirurgicaux très invasifs aggravent la situation initiale.

Richard Nicollas nous propose dans un premier temps de faire le point sur ces pathologies qui empêchent nos patients de ventiler par le nez et d'obtenir un fonctionnement lingual adéquat.

Puis, au travers de cas cliniques, une réflexion sur les causes des échecs et écueils thérapeutiques ORL sera proposée. Cette présentation s'attachera aussi à établir les liens de coopération ORL-ODF qui peuvent permettre d'éviter ou de résoudre ces situations d'échec.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► REGARDS SUR L'INSTABILITÉ OCCLUSALE

Les dysfonctions occlusales répertoriées en anomalies de calage, de centrage, de guidage devraient être absentes en fin de traitement orthodontique.

En préalable, dans la mesure du possible, les limites des « dysfonctions occlusales tolérables » sont à préciser, compte-tenu des larges capacités d'adaptation de l'appareil manducateur.

Puis, il faut souligner comment l'orthodontiste peut estimer la faisabilité d'optimisation simple permettant de « rattraper » des insuffisances légères, c'est à dire définir le champ des indications de l'équilibration occlusale (meulage/collage).

Enfin, la gestion des situations d'échec « nets » sur le plan occlusal nous confronte toujours à des situations difficiles, mais souvent retardées. Il est alors nécessaire de trouver les moyens thérapeutiques simples pour augmenter les capacités d'adaptation neuro-myo-articulaire avant, plus rarement, d'envisager une correction invasive, un nouveau traitement orthodontique, voire chirurgical. Une compréhension globale de la problématique « DAM » s'impose au praticien mais « compréhension globale » ne signifie pas connaissance floue, au contraire, un savoir clair et un savoir-faire précis sont nécessaires vis à vis des conditions de l'affrontement des dents c'est à dire vis à vis de l'occlusion.



**ORTHLIEB**  
Jean-Daniel

### ► ÉCHECS DES DISTRACTIONS MANDIBULAIRES

La distraction osseuse est connue depuis longtemps. Elle vise à obtenir une élongation progressive du cal osseux après une cortico/ostéotomie. Au niveau mandibulaire, elle s'adresse aux hypoplasies dans le cadre malformatif ou orthognathique. Dans le cadre malformatif, on trouve les syndromes otomandibulaires comme le syndrome de Goldenhar et le syndrome de Francheschetti. Ces hypoplasies mandibulaires peuvent être traitées par la distraction mandibulaire dans certains cas.

Nous décrivons le cadre nosologique de ces malformations, la mise en œuvre de la distraction et les indications. Quant aux complications, nous les décrivons et nous formaliserons les limites de la distraction et les moyens actuels de prévenir les complications.



**PAULUS**  
Christian



**PETITPAS  
Laurent**

## ► LES ÉCHECS DE TRAITEMENT EN ORTHODONTIE NUMÉRIQUE

Les nouvelles technologies numériques et digitales envahissent de plus en plus notre activité orthodontique.

Parmi ces applications récentes, les empreintes optiques 3D par Scan intra buccal apportent certes de nombreux avantages, mais ne peuvent-elles pas être source d'erreurs et de la sorte engendrer des échecs thérapeutiques ?

En effet, il est indéniable que les empreintes numériques permettent de constituer des dossiers patients simplifiés sans aucun document physique. L'absence de manipulations des empreintes vers le laboratoire, la duplication des informations, permettent également d'améliorer le suivi thérapeutique par la facilité de consultation, de mesures et de simulation (setup). L'interfaçage entre les différents types d'imagerie 3D (empreintes et CBCT) permet aussi d'améliorer notre rétrocontrôle d'action en visualisant les modèles par superposition par exemple.

Basé sur une expérience clinique de cinq ans d'utilisation de ces dispositifs numériques, ils peuvent tout de même générer des échecs :

Tant au niveau de l'acquisition par :

- Des défauts dus à la caméra (pas de certitude quant à la précision).
- Des défauts d'apprentissage du praticien.
- Des défauts de maillage (watertight, non manifold) ou correction par extrapolation, pouvant aboutir à des échecs d'impression pour nos modèles de travail de laboratoire.

Qu'au niveau traitement par excès de confiance numérique (la simulation numérique ex. : clin check doit être transformée dans la « vraie » vie du thérapeute).

Les techniques digitales individualisées ne sont que des techniques d'arcs orthodontiques continues jusqu'au « full size » qui sont loin des applications biomécaniques « Burstonienne ». Dès lors, si le praticien ne fait pas preuve d'ingéniosité, les résultats de ces solutions digitales peuvent conduire à certains échecs thérapeutiques.

De surcroît, ces techniques peuvent engendrer un échec financier. Il est primordial pour la réussite de la mise en place de ces techniques dans notre pratique d'évaluer le rapport prix dépenses / gain de productivité (temps gagné – temps apprentissage).

Ces nouvelles technologies qui débutent nous ouvrent sur une nouvelle ère pour notre profession, cependant nous devons être vigilants et devenir les créateurs de nouvelles prescriptions en imposant aux fabricants nos désirs afin d'éviter les erreurs et risques inhérents à ces nouveaux dispositifs.

### ► ÉCHECS ET AGÉNÉSIES DES 12/22

L'agénésie de l'incisive latérale fait encore l'objet de nombreuses polémiques.

Nous sommes nombreux à avoir des certitudes à ce sujet : « moi je ferme systématiquement » ou à l'inverse « moi j'ouvre systématiquement ». Mais nous sommes également nombreux à nous poser encore la question « mais quelle conduite je dois tenir face à l'agénésie de l'incisive latérale ? ».

La situation des incisives latérales dans le sourire et dans la fonction font d'elles un élément indispensable de la denture. Leur agénésie place le chirurgien-dentiste devant un défi aussi bien au plan esthétique avec des contraintes biologiques, que fonctionnel.

Le diagnostic est aisé. Peu d'erreurs sont possibles.

La décision thérapeutique, quant à elle, est beaucoup plus complexe. Même si cette décision ne repose que sur deux solutions parfaitement distinctes : la fermeture des espaces laissés par l'agénésie, OU l'ouverture de ces espaces et le remplacement prothétique de la dent manquante, l'un de ces deux choix se fera grâce à de multiples facteurs. . . à l'origine des nombreuses erreurs possibles.

En effet, la recherche du résultat optimal ne pourra se faire que s'il y a une excellente coordination entre différents intervenants de plusieurs spécialités. Chaque clinicien impliqué aura un rôle spécifique à jouer.

Aussi, le patient et sa famille se trouvent au cœur de la décision, tant dans leur consentement (durée de traitement, possibilités financières) que dans leur motivation.

C'est cette décision multifactorielle, pluridisciplinaire qui fait que le traitement de l'agénésie de l'incisive latérale est un défi permanent pour le clinicien à la recherche du meilleur compromis possible. Chaque cas est différent. Etablir des règles générales est impossible. Aucun facteur ne peut être négligé pour éviter « l'erreur ».



**PHILIPPART**  
Martine



**PIGNOLY**  
Marion

### ► ÉCHECS DE LA MISE EN PLACE DES DENTS RETENUES ET INCLUSES

La mise en place d'une dent incluse ou retenue, que ce soit chez l'enfant ou l'adulte est un véritable défi pour le duo de praticiens que sont l'orthodontiste et le praticien en charge de la chirurgie de dégagement.

La canine maxillaire est la dent la plus souvent incluse dans le secteur antérieur, avec une prévalence de 2 % dans la population générale. On comprend donc le défi fonctionnel et esthétique de la thérapie chirurgico-orthodontique dont l'objectif sera de mettre en place la dent incluse ou retenue sur l'arcade.

De nombreuses erreurs devront être évitées pour obtenir un résultat satisfaisant, tant pour le patient que pour son praticien.

C'est en faisant un diagnostic précis de la localisation de la dent, grâce à des techniques d'imagerie modernes que nous pourrons réaliser un acte chirurgical respectueux de la dent concernée et des structures anatomiques qui l'entourent. Les axes et les forces de tractions seront également pensés et réfléchis afin de déplacer la dent jusqu'à sa position finale sur l'arcade dans des conditions optimales. Le contexte parodontal sera optimisé et contrôlé à chaque étape de la prise en charge. En effet, le but étant d'aller au devant de l'apparition des défauts parodontaux, sachant qu'il est plus difficile de tenter leur réparation.



**PONZIO**  
Jacques

### ► TRAITEMENT POSSIBLE ? TRAITEMENT SOUHAITABLE ?

Il s'agit d'examiner les réponses à envisager à ces deux questions :

- 1 - le traitement est-il possible ?
- 2 - le traitement est-il souhaitable ?

Si la réponse à la première n'offre aucun doute, celle à apporter à la seconde dépendra de multiples facteurs, fonction de la nature de la demande, de la perception plus ou moins nette, de la part du praticien, de la personnalité du patient, évaluation du rapport bénéfice/risque. . .

De la réponse à ces deux questions dépendra ce qu'on pourra appeler le succès ou l'échec dans la relation patient/thérapeute.

## RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS DES CONFÉRENCES RÉSUMÉS

### ► LA DYSMORPHOPHOBIE

Le terme dysmorphophobie est un terme psychiatrique pour définir la crainte obsédante d'être laid ou malformé.

La chirurgie orthognathique peut entraîner une modification du visage des patients opérés avec un degré variable mais il est classique de noter que certains patients ont du mal à s'habituer à cette modification, soit en rapport avec l'image que leur renvoie le miroir, soit par les remarques de leur proche.

Parfois l'impact psychologique de cette transformation est beaucoup plus important que la modification réelle, c'est pour ce type de souffrance psychologique inadaptée que s'applique le terme de dysmorphophobie.

C'est le devoir des praticiens (orthodontistes et chirurgiens) de dépister les patients qui donnent dès les premières consultations des signes de fragilité psychologique afin soit de les dissuader de choisir une chirurgie avec un potentiel de transformation important, soit de les accompagner, aidé par un professionnel (psychologue, psychothérapeute), vers une acceptation de ces transformations.

À chaque tranche d'âge, les risques et les formes que peuvent prendre cette dysmorphophobie sont différents et doivent être abordés avec clairvoyance.



**RACY**  
Emmanuel

### ► LES FACTEURS HUMAINS : PREMIÈRE CAUSE DE COMPLICATION ET D'ÉCHEC DANS LES PRATIQUES MÉDICALES

Les complications médicales sont toujours décrites au travers de leurs aspects techniques. Les erreurs humaines, telles que des erreurs de diagnostic, sont considérées comme étant des fautes de la part de praticiens qui ont eu le seul tort de ne pas appliquer la règle établie. En fait, la recherche des causes réelles des échecs et complications sont rarement menées. C'est pourtant une démarche qui a été initiée il y a 40 ans dans le monde de l'aéronautique avec une efficacité non discutable. D'autres activités humaines à risque telle que l'industrie nucléaire ont également incorporé le concept des facteurs humains pour sécuriser leur pratique. On peut alors s'étonner du retard pris par les professions médicales en particulier par les chirurgiens dentistes. Toutes les données existent, toutes les publications y compris médicales sont à portée de main. Le but de la présentation est de montrer que la diminution significative du nombre d'événements indésirables graves dans le monde médicale passe obligatoirement par un changement radical de mode d'analyse des pratiques.



**RENOUARD**  
Franck



**ROUSSARIE**  
Florence

### ► ÉCHEC ET MAT AU SYNDROME DU FIL : QUELLES STRATÉGIES ?

La contention fixée avec un fil collé est très rassurante et permet de maintenir le résultat de nos traitements multibagues. Mais elle implique une surveillance active pour dépister le phénomène dit du « syndrome du fil ».

Quels sont ses différentes formes, ses conséquences, ses causes probables et surtout comment l'éviter ?

L'identification est maintenant claire et le patient mérite d'en être informé dès la pose pour lui permettre de nous signaler tout mouvement suspect le plus rapidement possible.

La conduite à tenir - en cas de dépistage positif - tant sur le plan parodontal que sur le plan orthodontique est maintenant codifiée.

Enfin, l'explication mécanique des mouvements des dents par rapport au fil collé ouvre des perspectives pour, dès sa conception, prendre les mesures appropriées.



**TRICOT-BLESTEL**  
Marie-Claude

### ► ÉCHEC D'UN TRAITEMENT ORTHODONTIQUE : LES CONSEILS DE L'EXPERT JUDICIAIRE

Si un patient considère que son traitement d'orthodontie est un échec, il peut demander réparation à son praticien.

Le plus souvent, les patients mécontents font appel à leur assurance responsabilité civile lorsqu'elle comporte une option « protection juridique ».

La compagnie d'assurance entre alors en contact avec la compagnie d'assurance du praticien.

Les trois quart des litiges sont traités par les compagnies d'assurance, mais si un accord ne peut intervenir ou si la compagnie d'assurance du praticien établit qu'il n'est pas fautif, le patient peut saisir le Tribunal de Grande Instance. Le juge nomme un expert judiciaire qui examine le patient, et doit répondre à une mission bien précise.

Le but de cette communication est de donner aux orthodontistes des conseils d'Expert Judiciaire, en particulier concernant le devoir d'information et l'importance du dossier médical, pour éviter que leur responsabilité soit engagée à la suite d'un traitement.

# PLAN DE L'EXPOSITION

## ZONE D'EXPOSITION

**S01** RMO  
www.rmoeurope.com

**S02** DENTAURUM France  
www.dentaurum.fr

**S03** HENRY SCHEIN FRANCE & SIRONA  
www.henryschein.fr

**S03bis** COULEUR & CONNECTION  
www.couleurconnection.com

**S04** EUROLIA Orthodontics  
www.euroliaortho.com

**S05** 3M ORAL CARE  
www.3M.com

**S06** EDP DENTAIRE – LIBRAIRIE GARANCIERE  
www.librairie-garanciere.com

**S07** GLOBAL D  
www.globald.com

**S08** SDC SOCIETE DES CENDRES  
www.sdc-1859.com

**S09** QUINTESSENCE INTERNATIONAL  
www.quintessence-international.fr

**S10** DOMAINE DU PALAIS  
www.domaine-du-palais.com

**S10bis** ODONTEC-LEONE  
www.odontec.fr

**S11** ORTHOPOLIS- FROGGYMOUTH  
www.froggy-mouth.fr

**S11bis** ORLINK  
www.orlink.fr

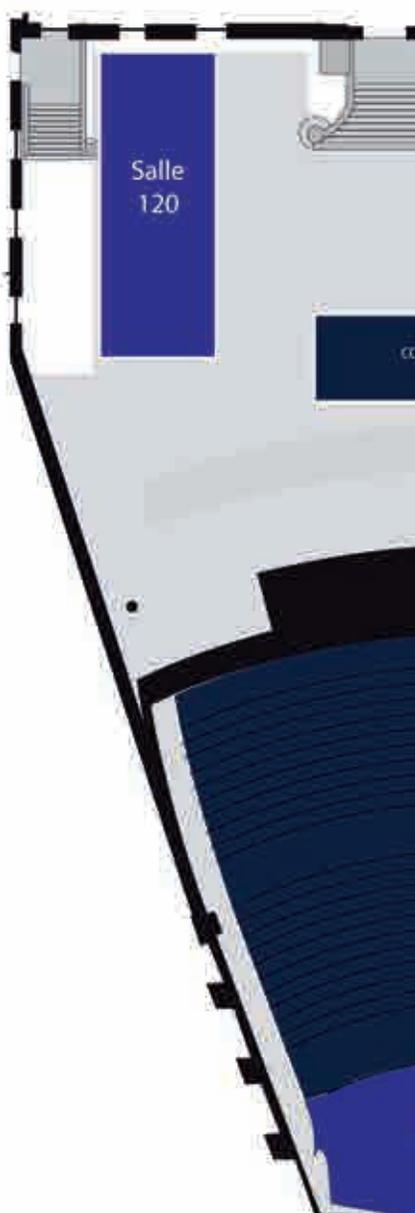
**S12** ARAKIS  
www.arakis.fr

**S12bis** BLUED'IS & QUALITY SEAT  
www.bluesdis.fr et www.qualityseat.fr

**S13** ORTHOPARTNER  
www.myorthopartner.com

**S14** INVISALIGN  
www.invisalign.fr

**S15** FORESTADENT  
www.forestadent.com



**S16** DENTSPLY GAG Europe  
www.dentsply.com

**S17** AMERICAN ORTHODONTICS  
www.americanortho.com/fr

**S18** ORTHOPLUS  
www.orthoplus.fr





## ZONE D'ACCUEIL



SFODF - Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale - [www.sfodf.org](http://www.sfodf.org)



SIKL - Société Internationale de Kinésithérapie Linguale - [www.sikl.fr](http://www.sikl.fr)



OGDPC - [www.ogdpc.fr](http://www.ogdpc.fr)

## SPONSORS



COLGATE



DELTEX

COMMUNICATIONS AFFICHÉES

Auditorium

TERRASSE LACYDON  
VUE VIEUX-PORT

Plan des locaux réservés à la SFODF  
Palais de Pharo, Marseille - France  
13 et 14 mai 2016

# PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE

2016

**Lieu**  
Centre Étoile  
Saint-Honoré

**JEUDI 23 JUIN 2016**

- Mieux s'organiser,  
mieux communiquer

**Nathalie RUMIZ**



**Lieu**  
Salle de TP - Hôpital  
de la Salpêtrière

**JEUDI 13 OCTOBRE 2016**

- Atelier pratique  
contention et  
post-contention

**Olivier SOREL**



**Lieu**  
Centre Étoile  
Saint-Honoré

**JEUDI 15 SEPTEMBRE 2016**

- Agénésie des incisives latérales  
maxillaires  
Matin : Revoyons nos pratiques.  
Après-midi : Données actuelles  
sur les solutions thérapeutiques.

**Christine MULLER**      **Philippe RAYBAUD**




**Lieu**  
Maison des Arts  
et Métiers

**JEUDI 08 DÉCEMBRE 2016**

- Optimisation de l'utilisation des minis-vis  
ou des mini-plaques dans notre pratique  
orthodontique  
De la chirurgie à la biomécanique orthodontique.  
Où en sommes-nous aujourd'hui ?

**Stéphane RENGER**      **Ju Young LEE**      **Irène KAPOGIANNI**      **Kim BEOM**






## INFOS PRATIQUES

Inscription et programme complet [www.sfodf.org](http://www.sfodf.org)

### Renseignements

• Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale (SFODF)  
10, rue Déodat-de-Séverac - 75017 PARIS

Tél. : 01 43 80 72 26 - [sfodf@sfodf.org](mailto:sfodf@sfodf.org) - [www.sfodf.org](http://www.sfodf.org)  
N° d'organisme de formation : 01 75 261 43 75  
N° d'accréditation CNFCD : 0675 30 11 - 91/53

### Tarifs (repas et pauses inclus)

• Membres.....	290 euros
• Non membres.....	350 euros
• Assistantes (accompagnant le praticien).....	150 euros
• Étudiants Cecsistes et internes en DES d'ODF	
• Les 10 premières inscriptions.....	gratuites
• Membres.....	100 euros
• Non membres.....	150 euros

### Horaires

- De 9h00 à 12h30 - 14h00 à 17h30. Les pauses et repas sont pris sur place.
- Les conférences sont prises en charge par le FIF-PL.

Une journée de formation  
continue représente

**60**  
crédits

Présidents de Session : Sophie et Georges Rozenzweig



**sfodf**

Biarritz · 23>25 mars 2017  
89<sup>e</sup> réunion scientifique

# À la recherche de l'équilibre

Dans la gestion de l'exercice professionnel,  
les décisions thérapeutiques et la conception  
des traitements pluridisciplinaires.

## 24 INTERVENANTS D'EXCEPTION

Philippe Amat 

José Chaqués Asensi 

Michel Bartala 

Edmond Binhas 

Corinne Binhas 

Hervé Buatois 

Alberto Caprioglio 

Daniel Chillès 

Dieter Drescher 

Emmanuel Frèrejouand 

Federico H. Alfaro 

Jean Baptiste Kerbrat 

Michel Le Gall 

Michel Lejoyeux 

Simon Littlewood 

Giuliano Maino 

Domingo Martín 

Birte Melsen 

Christian Paulus 

Ingrid Petitjean 

Monique Rabern 

Olivier Sured 

Dirk Wleemann 

 Traduction simultanée



Programme, tarifs,  
et réservations sur

**SFODF2017.COM**

