

Votre sourire, notre priorité! ^{MC}

Destiné au grand public, *le Guide des soins Bùcco Orthodontie* est un guide éducatif qui se veut général. Son contenu présente certaines des pratiques orthodontiques les plus courantes. Il existe cependant plusieurs approches et philosophies en orthodontie et votre dentiste ou orthodontiste saura vous conseiller sur ce qu'il croit être le plus approprié pour votre santé buccodentaire. N'hésitez pas à consulter un dentiste ou un orthodontiste pour plus de renseignements.

Merci à Dr Jules Lemay et Dr Jean-Marc Dumoulin pour leur précieuse contribution.

L'équipe Bùcco et ses partenaires

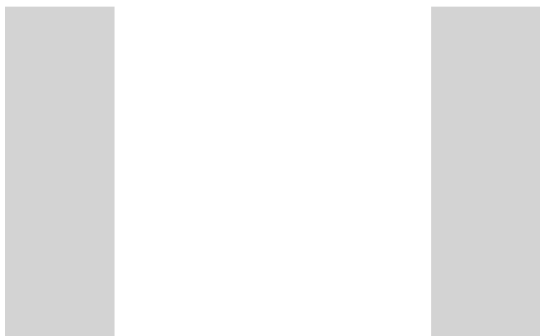
Bücco©

Tous droits réservés. 2024
2^e édition



Table des matières

7	Le traitement orthodontique
53	Les mythes en orthodontie
59	La dentition
81	Les malocclusions
101	Les canines incluses
129	Les appareils orthodontiques
145	L'orthodontie pour enfants et adolescents
231	L'orthodontie pour adultes
257	L'orthodontie invisible
267	L'expansion palatine
303	La chirurgie orthodontique
355	Les appareils de rétention
373	Les dents de sagesse
409	Les urgences orthodontiques
421	Divers



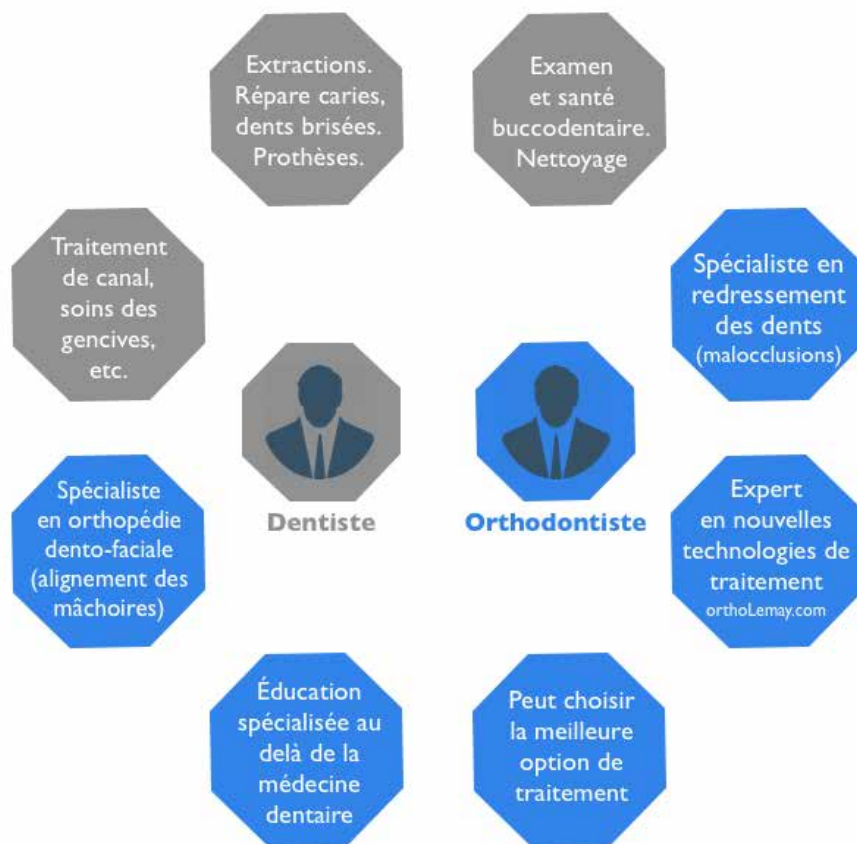
L'utilisation du masculin est
utilisé afin d'alléger le texte.

Le traitement orthodontique

Qu'est-ce que l'orthodontie ?

Une spécialité de la dentisterie

L'orthodontie est une partie de la dentisterie qui se spécialise dans le diagnostic, l'interception et le traitement des anomalies dento-faciales aussi appelées malocclusions. La pratique de cette discipline nécessite des aptitudes professionnelles permettant d'élaborer adéquatement des plans de traitement et planifier la fabrication, la mise en place et le contrôle des appareils correcteurs dento-orthopédiques nécessaires à la correction des malocclusions (alignement des dents), des mâchoires et des tissus mous qui contribuent à l'harmonie dento-faciale et la fonction.



Qu'est-ce qu'un.e orthodontiste ?

L'orthodontiste est avant tout un dentiste, mais il est aussi un spécialiste dont l'expertise est l'alignement et la coordination des dents et des mâchoires chez les enfants, les adolescents et les adultes. Il limite sa pratique à l'orthodontie et ne fait pas de travail dans les autres domaines de la dentisterie.

- Pour devenir orthodontiste certifié, un dentiste (ayant obtenu un doctorat après 4 ou 5 ans d'étude en médecine dentaire) complète avec succès un programme de résidence en orthodontie d'une durée de 2 à 3 ans à plein temps reconnu par l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) et par le Collège Royal des chirurgiens dentistes du Canada (CRCDC), qui sont les autorités compétentes.
- Le programme universitaire de deuxième cycle menant au certificat ou à la maîtrise en orthodontie doit être également reconnu par la Commission de l'agrément dentaire du Canada, qui vérifie tous les programmes aux sept ans. L'agrément de cette commission signifie que le programme répond à toutes les exigences d'un programme de formation de spécialistes dans le domaine de l'orthodontie.
- Seuls les dentistes ayant suivi et complété avec succès une telle formation universitaire peuvent porter et utiliser le titre d'orthodontiste.

Le résultat du traitement d'orthodontie

Plusieurs facteurs peuvent influencer le résultat

Plusieurs facteurs peuvent influencer le résultat du traitement d'orthodontie et empêcher l'atteinte d'objectifs de traitement idéaux comme :

- l'âge du patient;
- le potentiel de croissance et développement restant (indirectement relié à l'âge du patient). La croissance peut être inadéquate ou excessive;
- la coopération du patient pendant le traitement (port d'élastique, hygiène buccale, assiduité aux rendez-vous, etc.). L'importance de la coopération est grandement sous-estimée dans le succès des traitements orthodontiques, surtout en ce qui concerne le port des élastiques;
- la présence d'un déséquilibre squelettique entre les mâchoires;
- la dentition : la présence de dents manquantes, brisées, extraites, abîmées, avec d'importantes restaurations, etc.;
- l'anatomie des dents; certaines dents sont plus larges, étroites, difformes, etc. ce qui affecte leur relation idéale avec les autres dents;
- la musculature (influence de la langue, des joues, lèvres, etc.), l'ossature (densité osseuse) et les habitudes (langue, bruxisme, suçage de doigt, etc.);
- la santé du parodonte (des tissus de support des dents; os et gencive);
- la durée du traitement (disponibilité du patient); certains patients ont des contraintes de temps et nous donnent une période limitée pour les traiter, ce qui rend difficile ou impossible de faire des corrections complètes. Parfois, des « ultimatus » sont imposés au dentiste ou à l'orthodontiste pour terminer un traitement (mariage, bal de finissants, déménagement, etc.);
- le coût d'un traitement d'orthodontie; si le budget du patient ne lui permet pas d'envisager un traitement global ou idéal, un compromis doit être envisagé si cela est possible;

- les exigences particulières des patients ; certaines personnes refusent d'avoir recours à la chirurgie, de subir des extractions ou de porter certains types d'appareils correcteurs. Cela peut alors limiter les possibilités de traitement que l'orthodontiste peut offrir au patient ;
- Il faut aussi réaliser que, parfois, c'est le patient qui demande dès la consultation d'avoir un traitement de compromis. Les raisons principales sont souvent la durée et le coût des traitements. À l'occasion, il est possible pour le dentiste ou l'orthodontiste d'acquiescer à cette demande, mais parfois cela n'est pas réaliste et il-elle doit refuser.
- Il est difficile d'avoir un résultat identique avec deux cas similaires qui débutent avec des « blocs » de construction différents et, même si ces composantes étaient similaires, les facteurs énumérés précédemment ont une influence différente sur chacun des cas.
- Le plan de traitement est certes un bon guide pour le praticien.ne dans l'atteinte de ses objectifs, mais il-elle se doit d'être réaliste, tout comme les attentes des patients.
- En théorie, la seule façon d'obtenir un résultat « parfait » serait d'avoir tous les éléments et conditions « parfaites » en début de traitement pour atteindre cet objectif. En réalité cependant, ceci est rarement le cas, pour ne pas dire jamais... !
- C'est pourquoi la profession réfère à un résultat « optimal », « idéal » ou « excellent », qui se rapproche de la « normalité », etc. plutôt qu'un résultat « parfait », souvent considéré inatteignable.
- Comme avec un jeu de Lego, il sera impossible d'assembler un modèle « parfait » si nous n'avons pas tous les bons blocs de la bonne couleur et de la bonne dimension !

Les étapes d'un traitement d'orthodontie

Des étapes essentielles

Il n'existe pas une recette de traitement orthodontique qui s'applique exactement à tous les cas, car chaque bouche est unique. Cependant, certaines étapes sont essentielles. Elles sont décrites ci-bas.

0. La consultation initiale

Avant de pouvoir débiter une démarche qui vous permettra de retrouver un sourire harmonieux et une occlusion optimale, vous devez visiter un.e dentiste ou un.e orthodontiste pour déterminer le plan de traitement le mieux adapté à votre cas. Pour ce faire, vous pouvez vous attendre à la prise de photos et des radiographies, à remplir un questionnaire médical et subir un examen clinique de la part du dentiste ou de l'orthodontiste. Ce plan contient les étapes du traitement que votre professionnel de la santé buccodentaire vous propose. C'est après avoir obtenu toutes les informations utiles au sujet de votre situation que vous déciderez d'aller de l'avant ou non avec votre traitement.

1. La phase préparatoire

La complexité de votre cas dicte les étapes à effectuer avant l'installation de vos appareils. La phase de préparation à votre traitement orthodontique comprend obligatoirement la prise d'empreintes dentaires, soit avec une pâte permettant de faire des moules en plâtre de la position de vos dents, soit avec un appareil qui permet de créer des empreintes numériques à l'aide d'images. Cette dernière technique est plus pratique et confortable pour le patient, étant donné qu'elle est moins invasive que la pâte. Le praticien analyse ensuite les empreintes et détermine les mouvements dentaires à effectuer. Parfois, cette phase du traitement peut être effectuée par un laboratoire externe, selon la technologie utilisée. Les cas les plus complexes peuvent également comprendre des extractions dentaires ou une expansion palatine avant la pose des appareils orthodontique.

3. La pose des appareils orthodontiques

Lorsque la phase préparatoire est terminée, le dentiste ou l'orthodontiste installe les appareils orthodontiques qui conviennent le mieux au plan de traitement proposé. Ces appareils peuvent être des broches conventionnelles fixes, des broches utilisant la technologie 3D (LightForce), des coquilles transparentes (Invisalign), des broches linguales (collées du côté de la langue), etc. Il existe plusieurs modèles, selon le type de malocclusion ou de désalignement dentaire à corriger.

4. Le suivi orthodontique

Cette phase de suivi est la plus longue du traitement d'orthodontie, pendant laquelle vous devez vous rendre à la clinique fréquemment, habituellement chaque quatre à huit semaines. Il ou elle s'assure alors que le traitement progresse bien, change votre fil orthodontique au besoin selon l'évolution et votre situation, vous indique des changements à faire et vous tient au courant des avancements. C'est durant cette période que vous verrez des changements au niveau de la position de vos dents et que votre nouveau sourire prendra forme.

Si une chirurgie de mâchoire est nécessaire pour atteindre une occlusion optimale, c'est habituellement vers la fin du traitement orthodontique actif qu'elle s'effectue. Cette intervention chirurgicale, si elle vous est proposée, a pour but de repositionner les os de vos mâchoires, lorsque la position finale des dents est presque atteinte.

5. Le retrait des appareils et la phase de rétention

La dernière phase d'un traitement d'orthodontie est celle qu'attendent tous les patients : le retrait des appareils ! Lorsque votre professionnel de la santé buccodentaire détermine que vos dents sont à leur position optimale, il retire vos appareils orthodontiques. Afin de stabiliser votre occlusion, votre dentiste ou orthodontiste pourrait poser un fil de rétention métallique à l'arrière de vos dents d'en avant supérieures et/ou inférieures. Il ou elle pourrait également vous faire porter un appareil de rétention amovible à la mâchoire du haut et/ou celle du bas pour une période variable selon votre cas. Il est important de suivre ses instructions en matière de rétention afin de garder votre beau sourire le plus longtemps possible et diminuer les risques de récurrence dentaire. Votre dentiste ou orthodontiste vous suivra durant la période de rétention un peu moins fréquemment que pendant la phase active du traitement.

Parfois, il peut y avoir des variantes possibles à votre plan de traitement, ce qui pourrait influencer les étapes par lesquelles vous passerez. N'hésitez pas à en discuter avec votre dentiste ou votre orthodontiste.

Les facteurs influant le prix

Facteurs influant le prix d'un traitement orthodontique

Le coût d'un traitement d'orthodontie dépend de plusieurs facteurs dont les principaux sont :

- La complexité du cas (cas simple, complexe, nécessitant des extractions, une chirurgie orthognathique, cas interdisciplinaire);
- L'âge du patient (enfant, adolescent, adulte, croissance résiduelle, problèmes de parodontie, etc.);
- La durée de traitement anticipée ;
- Le type d'appareils utilisés pour faire les corrections : « broches » (appareils multibagues), LightForce, technique linguale, Invisalign, appareils amovibles, etc.;
- Les exigences du patient : une personne qui ne désire pas utiliser ou porter certains types d'appareils peut devoir accepter un certain compromis et cela peut affecter la durée du traitement;
- La nature du traitement (plan de traitement) : est-ce un traitement complet ou limité (compromis)? Est-ce que les corrections sont faites sur toute la dentition, une seule arcade ou quelques dents seulement? (À noter qu'il est souvent impossible de traiter une seule arcade sans aussi corriger la dentition de l'arcade opposée);
- Une chirurgie orthognathique fait-elle partie du plan de traitement?;
- L'utilisation d'appareils spéciaux avant, pendant ou après le traitement (rétention), comme une plaque occlusale, un plan articulé, un appareil de rétention particulier;
- Dans les cas complexes interdisciplinaires où plusieurs praticiens et spécialistes dentaires peuvent être impliqués dans le plan de traitement, les demandes des dentistes et spécialistes peuvent influencer le plan de traitement orthodontique, sa durée et son coût. Par exemple, en présence d'espaces importants, on peut choisir de les ouvrir pour planifier la pose d'implants dentaires ou de les fermer pour éviter le besoin d'un remplacement prothétique après l'orthodontie;
- Matériel diagnostique : est-ce que du matériel diagnostique complet doit-être pris, faut-il des tests, imagerie spéciale (3D, tomographie, IRM), etc. ?

Qui fait le traitement d'orthodontie ?

Dentiste et orthodontiste

- Un spécialiste certifié en orthodontie (orthodontiste), un dentiste généraliste, un praticien qui souscrit à un programme ou groupe (regroupement de praticiens dentaires, sécurité sociale, assurance groupe, groupes divers) qui limite les possibilités de traitements et les appareils correcteurs qu'il peut offrir à ses patients, etc. Ceci peut influencer grandement le coût d'un traitement d'orthodontie.
- Pour comprendre la différence entre un dentiste généraliste qui offre des services d'orthodontie et un spécialiste certifié en orthodontie (orthodontiste) qui ne pratique que l'orthodontie.

Variation géographique : De plus, l'endroit (ville, province, pays) où vous serez traité peut influencer les honoraires d'un traitement d'orthodontie. Il peut parfois y avoir des différences importantes dans le coût d'un traitement d'un endroit à l'autre.

Dès votre première visite de consultation, vous aurez une évaluation du coût du traitement et pourrez en discuter avec nous. Le coût vous sera confirmé et mis par écrit avant le début du traitement.

Combien coûte un traitement d'orthodontie ?

Une question théorique

Parmi les premières questions posées, « Combien coûte un traitement d'orthodontie ? »

Il est difficile de répondre à cette question précisément, car chaque personne est unique, et ses besoins aussi. Il est aussi difficile de répondre au prix de l'orthodontie que de répondre à ces trois questions :

- Combien coûte une paire de souliers ?
- Combien coûte une automobile ?
- Combien coûte une maison ?



Le coût des appareils orthodontiques

Une autre question qui revient souvent est « Combien coûtent les broches ? » ou un appareil en particulier. Il faut réaliser que le coût comme tel des appareils ne représente qu'une partie du coût du traitement et des services orthodontiques. La proportion que représente ce coût peut varier beaucoup selon le type de traitement.

- Certains appareils ont des coûts de fabrication en laboratoire commercial très élevés tels qu'Invisalign, LightForce et iBrace et représentent une proportion plus importante des honoraires orthodontiques tandis que d'autres appareils plus « standards » peuvent représenter des coûts moins importants.

- Certains types de malocclusion nécessitent des appareils particuliers pendant un traitement (plaque articulaire, plan articulé, mini-vis d’ancrage, écran oral, etc.) et nécessiteront des protocoles et appareils de rétention particuliers, ce qui influence le « coût des appareils » utilisés pendant un traitement.
 - Les appareils ne représentant donc qu’une partie des honoraires d’un traitement d’orthodontie, les autres frais sont reliés aux différents services et expertises reliés au traitement, ce qui peut aussi varier selon les types de cas.
 - Les dentistes et les orthodontistes ne « vendent » pas des « broches », couronnes et ponts, prothèses, appareils dentaires, etc., mais offrent plutôt des traitements et services qui vont bien au-delà des matériaux nécessaires pour les prodiguer.
-

Modalité de paiement du traitement d’orthodontie

- Certains dentistes et orthodontistes offrent des modalités de paiement flexibles pour vous permettre de répartir le coût du traitement et vous aider à respecter vos contraintes budgétaires.
 - Votre dentiste ou orthodontiste établira avec vous un plan budgétaire pour échelonner vos paiements sur la durée du traitement ou même sur une période plus longue. Ainsi, les honoraires d’un traitement majeur pourraient être répartis sur, par exemple, une période de 30 mois, même si la durée du traitement estimée est de 20 à 24 mois.
 - De plus, plusieurs assurances offrent une couverture partielle des frais d’orthodontie et les honoraires orthodontiques peuvent être déductibles à titre de frais médicaux. Il est donc avantageux de faire une bonne planification fiscale qui pourrait vous permettre un remboursement significatif des honoraires orthodontiques.
-

Le coût et la durée d’une consultation orthodontique

À noter qu’il est essentiel de rencontrer et d’examiner cliniquement toute personne désirant connaître les éléments suivants concernant un traitement d’orthodontie :

- le coût et la durée du traitement,
- le plan de traitement précis et les alternatives s’il y en a (s’agit-il d’un traitement préliminaire, complet, partiel, un compromis, etc. ?),
- la sorte d’appareils pouvant être utilisée pour corriger la malocclusion,
- et tout autre élément spécifique à un cas particulier (potentiel de croissance, besoin d’intervention par d’autres spécialistes, problèmes parodontaux, dents manquantes, etc.).

Couverture d'assurance pour l'orthodontie

Couverture d'assurance pour l'orthodontie

- L'assurance pour les soins orthodontiques est souvent une indemnité distincte à l'intérieur d'un contrat d'assurance dentaire.
- Si vous avez un plan d'assurance dentaire, vous devez vérifier auprès de votre assureur si des indemnités sont payables pour l'orthodontie et quelles personnes sont admissibles.
- Les enfants (personnes à charge) sont souvent couverts jusqu'à un certain âge, mais les adultes peuvent aussi être couverts.
- Les indemnités couvrent habituellement une portion des honoraires et comportent, la plupart du temps, une allocation maximale.
- Souvenez-vous que la couverture d'assurance est déterminée par la compagnie d'assurance et non par l'orthodontiste.
- À noter qu'au Québec, les soins orthodontiques ne sont pas couverts par l'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Pour connaître les services dentaires qui sont couverts par la RAMQ.

Détermination des indemnités du traitement d'orthodontie

Afin de déterminer les indemnités auxquelles vous avez droit, vous devez appeler votre compagnie d'assurance ou parler à l'administrateur de votre régime d'assurance où vous travaillez et lui poser les questions suivantes :

- Votre plan couvre-t-il les traitements d'orthodontie (traitements préliminaires, supervision, corrections majeures [broches], etc.)?
- Qui est admissible (enfants, adultes, vous-même)?
- À quelles indemnités avez-vous droit (quel pourcentage)?

- Y a-t-il des limites à cette couverture (âge, montant maximal couvert, etc.)?

Note : Lorsque vous parlez à un représentant de la compagnie d'assurance, assurez-vous de noter son nom et ses coordonnées. Ceci peut faciliter les communications futures avec votre assureur.

Vous devrez par la suite soumettre à votre assureur un Formulaire des spécialistes en orthodontie tel qu'approuvé par l'Association canadienne des orthodontistes. Il n'est pas nécessaire de remplir ce formulaire pour vous faire confirmer par l'assureur que vous avez droit à des indemnités, mais vous en aurez besoin pour vous faire rembourser si vous y avez droit.

Vous devrez faire parvenir, le plus tôt possible, ce formulaire à votre compagnie d'assurance.

Votre assureur vous informera directement, par écrit, du montant et des indemnités auxquelles vous avez droit.

Lorsque vous ferez un paiement à votre orthodontiste, il vous remettra un reçu que vous joindrez à un de vos formulaires de réclamation dentaire (à être complété par l'assuré lui-même). Vous soumettrez le tout à votre assureur qui vous remboursera directement.

Si vous n'avez aucune nouvelle après 2-3 semaines, nous vous recommandons d'appeler votre assureur.

Coordination des indemnités des services orthodontiques

- Si deux souscripteurs d'assurance ont chacun une assurance couvrant une même personne, le souscripteur dont la date de naissance est le plus tôt dans l'année (ex. : janvier vs juillet) est considéré comme étant le premier ou principal souscripteur.
- Le souscripteur principal ainsi déterminé doit expédier les formulaires dont il a été question plus haut à son assureur.
- Par la suite, la réponse du premier assureur est soumise au deuxième assureur pour une décision.



Vous trouverez plus de détails sur l'assurance pour traitement d'orthodontie et le processus de soumission de réclamation aux assureurs sur le site de l'Association canadienne des orthodontistes.

Formulaire de réclamation de services orthodontiques auprès de votre assureur

Il nous fera plaisir de compléter pour vous un « Formulaire d'informations générales des spécialistes en orthodontie » (soumission de réclamation) qui est le document approuvé par l'Association canadienne des orthodontistes et que doivent utiliser les orthodontistes canadiens pour que leurs clients soumettent une demande de remboursement à leur assureur. Ce formulaire contient une description du problème d'orthodontie (malocclusion) et les arrangements financiers qui ont été pris avec vous (modalités de paiement).

Mon assureur demande un « rapport » afin de me dire si je suis « couvert »

Votre assureur doit pouvoir vous dire si votre régime d'assurance collective couvre les soins orthodontiques pour vous ou les personnes à votre charge simplement en lui demandant.

La production d'un rapport (soumission de réclamation) n'est pas nécessaire pour que vous obteniez une réponse de votre assureur pour savoir si vous êtes couvert ou pas. Cependant, un tel « rapport » sera nécessaire pour obtenir le remboursement des honoraires orthodontiques auxquels vous avez droit.

Rappelez-vous que :

- Les compagnies d'assurance ne payent pas directement l'orthodontiste. Les paiements sont faits aux bénéficiaires (patients).
 - Il n'est pas nécessaire que le dentiste ou l'orthodontiste remplisse un Formulaire de réclamation dentaire puisqu'il n'y a pas de codes de procédure dentaires requis pour les soins orthodontiques assurés.
 - Un seul Formulaire des spécialistes en orthodontie est nécessaire pour déterminer les indemnités.
 - Une fois les indemnités reconnues et approuvées, aucun autre formulaire d'assurance n'est requis du bureau de votre orthodontiste.
-

Crédit d'impôt pour frais médicaux

Au Québec, si vous avez payé un montant pour des frais médicaux excédant 3 % de votre revenu net et, s'il y a lieu, de celui de votre conjoint, vous pouvez avoir droit à un crédit d'impôt non remboursable si vous remplissez certaines conditions déterminées par Revenu Québec. Pour en savoir plus, consultez le site de Revenu Québec dont voici quelques liens utiles :



Pour connaître les frais médicaux les plus courants qui donnent droit à un crédit d'impôt.



Vous pouvez aussi télécharger un document dressant la liste des frais médicaux donnant droit à un crédit d'impôt.

Il n'est pas nécessaire que le dentiste ou l'orthodontiste remplisse un Formulaire de réclamation dentaire puisqu'il n'y a pas de codes de procédure dentaires requis pour les soins orthodontiques assurés.

Une fois les indemnités reconnues et approuvées, aucun autre formulaire d'assurance n'est requis du bureau de votre dentiste ou orthodontiste.

Au Canada, il existe aussi un crédit d'impôt non remboursable pour frais médicaux.

- Consultez le site de l'agence du revenu du Canada pour avoir plus de détails.
- Montant admissible des frais médicaux pour d'autres personnes à charge (Canada).

De plus, lorsque les frais médicaux sont remboursés par un régime d'assurance maladie privé, la portion des frais qui n'est pas remboursée par l'assurance donne droit à un crédit d'impôt, ainsi que l'avantage imposable ajouté à vos revenus découlant d'une assurance maladie de votre employeur.

Vous devez choisir une période de référence de 12 mois consécutifs (mais pas nécessairement de janvier à décembre) se terminant dans l'année visée par votre déclaration de revenus. Afin de maximiser votre crédit d'impôt, choisissez soigneusement la période de référencement afin d'y concentrer tous vos frais médicaux admissibles pendant cette période. Conservez toujours vos reçus comme preuve de paiement.

Les mouvements dentaires indésirables

Les mécanismes qui permettent de corriger la position des dents

Bien que les mouvements orthodontiques soient planifiés le plus précisément possible, la nature même des appareils multibagues fixes (« broches ») fait qu'il est impossible de prédire et contrôler tous les mouvements dentaires. Les fils (arcs) rectangulaires insérés dans les ouvertures des boîtiers permettent de basculer les dents antérieures vers l'avant ou l'arrière et les dents postérieures vers l'intérieur ou l'extérieur de l'arcade dentaire. Cette « mécanique » permet de corriger la position des dents en trois dimensions, mais il arrive parfois que le mouvement se produise au-delà de la position désirée. Ceci peut résulter en une couronne dentaire trop basculée d'un côté et la racine trop basculée du côté opposé.

Les mouvements dentaires répondent à plusieurs variables comme la force appliquée (amplitude, direction, fréquence [constante ou intermittente], etc.), la qualité du parodonte, les forces occlusales (l'occlusion, interférences dentaires, bruxisme, serrement des dents, etc.) et il est difficile d'évaluer précisément toutes ces composantes pour prédire avec exactitude comment réagiront les dents.

Si la racine est très inclinée, elle peut même sortir partiellement, ou complètement dans les cas les plus extrêmes, de l'os alvéolaire qui l'entoure. Ceci peut, en retour, causer de la récession gingivale (déchaussement dentaire), de la mobilité accrue de la dent affectée, un traumatisme occlusal affectant cette dent et la dent opposée et de la sensibilité ou un inconfort à différents degrés.

Cette condition n'est habituellement pas problématique si elle est corrigée dès que possible. Même une dent qui paraît complètement « sortie de l'os » devrait pouvoir être replacée dans une masse osseuse pouvant lui permettre d'être fonctionnelle et sans problèmes.

Dans certains cas, il peut y avoir une récession gingivale associée à un tel déplacement qui devra être corrigé par une intervention parodontale.

D'autres cas ont des racines qui se sont raccourcies ou usées (rhizolyse ou résorption radiculaire). L'usure de la racine n'est pas nécessairement causée par le mouvement de bascule extrême de la racine, car la racine peut s'être raccourcie bien avant et le fait d'avoir appliqué

une force de bascule sur la dent avec une racine courte (même une force « normale ») cause un déplacement excessif beaucoup plus facilement, car la racine est moins bien ancrée dans l'os de la mâchoire.

Il y a différents degrés ou sévérités de déplacement dentaires affectant les racines pendant un traitement d'orthodontie et la plupart sont sans conséquence si la dent est corrigée dès que le problème est identifié. Dans les cas les plus sévères, il peut persister une certaine perte du niveau osseux et gingival même si la dent est replacée dans une position plus normale, mais il est extrêmement rare qu'une dent doive être extraite à cause d'un tel problème.

L'hygiène buccodentaire est toujours très importante pendant un traitement d'orthodontie, mais elle l'est encore plus autour de dents affectées par un problème de malposition sévère des racines, car toute accumulation de plaque et présence d'inflammation augmentera significativement le potentiel destructeur sur les tissus amincis et moins résistants autour des racines. La technique de brossage peut aussi être très dommageable si elle n'est pas adéquate, car la racine en « saillie » est plus exposée aux poils de la brosse à dents et des mouvements « agressifs » peuvent endommager davantage les tissus. Il est important de ne pas brosser vigoureusement à l'horizontale sur ces racines et d'utiliser une brosse à poils souples pour faire de légers mouvements circulaires et/ou verticaux de la racine vers la couronne de la dent. Une brosse ultrasonique Sonicare peut être un atout dans ces cas.

Comment déceler ce problème ? Le déplacement excessif d'une racine est souvent visible à l'œil nu et facilement palpable en passant un doigt dans le vestibule de la bouche sur la gencive recouvrant les racines. Ces dents peuvent être plus sensibles, mais pas nécessairement. Il arrive relativement fréquemment qu'une ou quelques racines soient un peu plus déplacées vers l'extérieur et cela peut être facilement corrigible par un simple ajustement dans le fil rectangulaire lors d'un rendez-vous subséquent, mais un patient remarque une proéminence importante d'une racine, surtout si elle continue à progresser au cours de quelques semaines et est accompagnée de douleur et déchaussement, il est important de communiquer avec son dentiste ou son orthodontiste pour qu'il évalue le tout et apporte les correctifs appropriés.

Exemple de cas clinique - Mouvements indésirables 1 #1261

- (A, B) Racine proéminente d'une incisive centrale inférieure gauche qui déborde dans le vestibule. Cette dent est aussi affectée par une légère récession gingivale.
- (C) Après les corrections, la racine a été replacée dans l'os alvéolaire. Le niveau de gencive demeure le même cependant et restera ainsi. À noter que le déchaussement est souvent présent sur des dents mal placées avant même le début d'un traitement d'orthodontie.



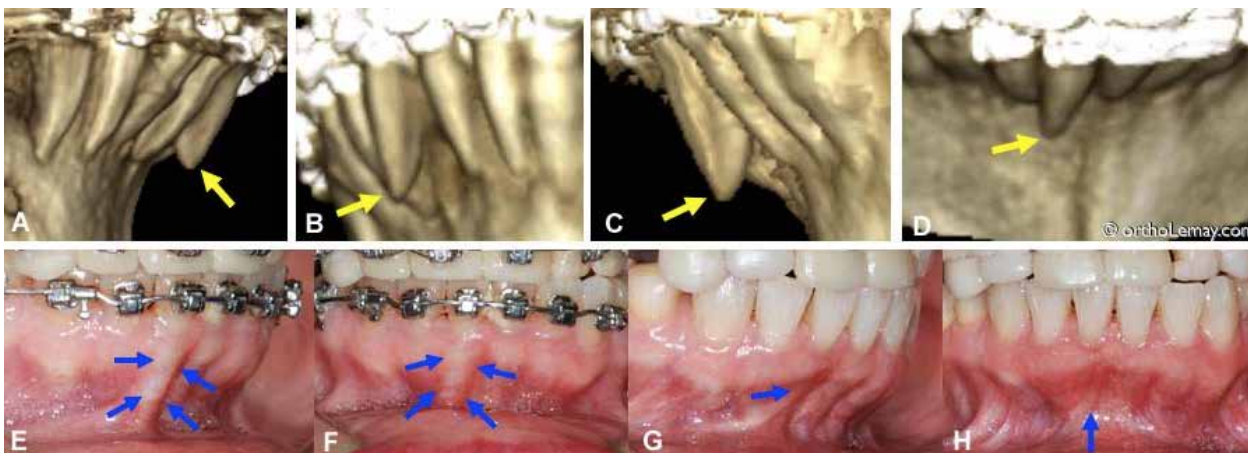
Exemple de cas clinique - Mouvements indésirables 2 #1264

- (A) Racine d'une incisive centrale inférieure gauche trop basculée vers l'extérieur (flèches jaunes). Il y a perte de gencive ou récession gingivale (flèche bleue).
- (B) Vue occlusale montrant la racine qui est apparente à l'avant.



Exemple de cas clinique - Mouvements indésirables 3 #1267

- (A-C) Cas d'un déplacement extrême de la racine d'une incisive centrale inférieure gauche telle que visible sur un scan 3D. La majeure partie de la racine est complètement sortie de l'os à l'avant.
- (D) Vue de face.
- (E, F) Voici l'apparence clinique de cette même racine. Le profil est visible sous la gencive et il y a une récession gingivale. L'apparence est trompeuse, car, cliniquement, la racine ne semble pas aussi sortie de l'os que sur la radiographie.
- (C, D) Malgré cette malposition extrême, la racine a pu être corrigée et replacée dans l'os même s'il y a eu une légère perte du niveau osseux et gingival. Ne pas avoir corrigé cette racine l'aurait rendue beaucoup plus susceptible à une récession gingivale et une perte osseuse additionnelles.



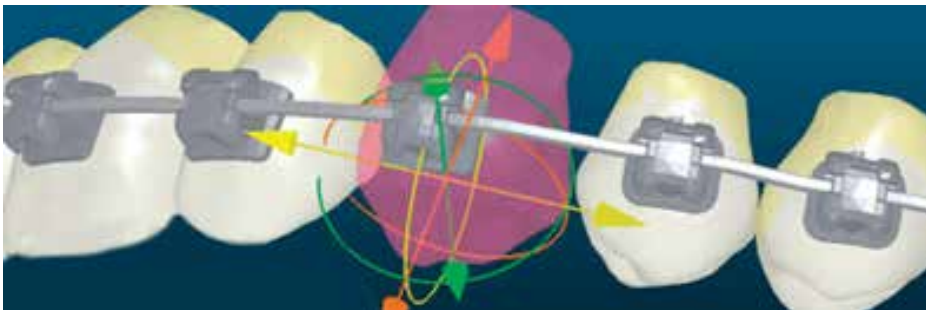
Exemple de cas clinique - Mouvements indésirables 4 #1270

- (A et C) Dans ces deux cas, les racines de l'incisive latérale, de la canine et de la première prémolaire supérieures droites (flèches) sont trop basculées vers l'extérieur et on peut voir leur profil sous la gencive.
- (B et D) Après que les correctifs soient apportés, les racines sont replacées dans l'os alvéolaire. À noter la présence de récession gingivale présente dès le début dans le premier cas (A, B).



Exemple de cas clinique - Mouvements indésirables 5 # 1273

- Les fils (arcs) et boîtiers modernes permettent des mouvements 3D très précis, mais parfois il est difficile de prédire exactement chacun des mouvements. cas (A, B)



Les risques et limitations du traitement d'orthodontie

Tout traitement d'ordre dentaire ou médical comporte certains risques

Tout en reconnaissant la valeur des dents bien placées, d'une dentition fonctionnelle et d'un sourire agréable, vous devez être informés que tout traitement d'ordre dentaire ou médical comporte certains risques et certaines limites. Il s'agit toujours d'évaluer si les bénéfices sont plus importants que les risques possibles. Ceci ne devrait cependant pas être le seul critère pour décider de bénéficier ou non des bienfaits de l'orthodontie. Les changements importants d'ordre fonctionnel et esthétique qui résultent d'un traitement devraient être plus significatifs que les risques énumérés ci-après. Cependant :

- Il est impossible d'énumérer toutes les circonstances et conditions pouvant se présenter et affecter les dents et le fonctionnement des mâchoires lors d'un traitement d'orthodontie.
- Nous décrivons ici les facteurs de risques les plus usuels.
- Si vous avez des questions ou d'autres inquiétudes à ce sujet, n'hésitez pas à nous en parler afin que nous puissions y répondre à votre satisfaction et dans la mesure du possible.

Dévitalisation dentaire

- Une dent qui a déjà reçu un coup (traumatismes divers) peut, à court terme ou sur une longue période de temps, devenir « dévitalisée » et perdre sa vitalité et « mourir ». (Pour voir des exemples de traumatismes dentaires ayant dévitalisé des dents).

- Il arrive que certaines blessures et traumatismes ayant affecté une ou plusieurs dents soient inconnus du patient et ne puissent être détectés par le dentiste ou l'orthodontiste avant le traitement.
- Une dent peut « mourir » sans raison apparente, qu'il y ait traitement d'orthodontie ou pas et qu'il y ait eu traumatisme ou pas.



Des dents dévitalisées ou « mortes » deviennent plus sombres. Ceci n'est habituellement pas une contre-indication à l'orthodontie. (Photo avant le traitement)

Orthodontie et perte de vitalité des dents

- Bien que l'orthodontie ne soit pas la cause première ou principale de la perte de vitalité d'une dent, dans de rares cas, des déplacements dentaires peuvent être un facteur augmentant les chances qu'une dent déjà prédisposée à « mourir » devienne non vitale. Des millions de dents sont déplacées en orthodontie par les dentistes et les orthodontistes et très peu de dents sont affectées par ce problème.
- Par exemple, une dent peut avoir eu un certain traumatisme par le passé (coup, accident, etc.). Ce traumatisme peut avoir eu lieu des années auparavant, mais le patient ne s'en souvient pas toujours.
- Le nerf de la dent peut commencer progressivement à « dépérir » progressivement et cette dent deviendrait « morte » (non vitale) éventuellement et ce n'est qu'une question de temps avant que des symptômes apparaissent (mois, années). Le fait de la déplacer une telle dent en orthodontie peut la « stimuler » et accélérer ce processus de dégradation.
- Un signe que cette situation se produit est que la dent affectée change de couleur et devient plus foncée. Ceci n'est cependant pas toujours associé à de la douleur, en fait c'est rarement douloureux.
- Il peut également y avoir ou pas une sensibilité accrue ou d'autres symptômes associés.
- Lorsque cette situation se présente, la façon habituelle de sauver une telle dent est de faire un traitement de canal par votre dentiste ou un endodontiste (endodontie). Au besoin, vous serez dirigé(e) à votre dentiste pour qu'il évalue la situation et fasse les recommandations appropriées. Il est extrêmement rare de perdre une dent pour ces raisons et, une fois le traitement de canal complété, la dent peut être aussi bonne qu'une autre dent « normale ». Une dent qui « meurt » n'a pas besoin d'être extraite et peut durer toute la vie par la suite.

L'orthodontie fait-elle mourir les dents ?

- Une dent qui se décolore et devient plus foncée est la plupart du temps non vitale (« morte ») et nécessitera éventuellement un traitement de canal. L'orthodontie ne cause pas la « mort » des dents directement, mais, tel que décrit précédemment, un traitement d'orthodontie peut exacerber un problème déjà présent ou en train de se développer, par exemple, si une dent avait été traumatisée préalablement.
 - On sait qu'une force importante peut faire « mourir » une dent, mais les forces utilisées en orthodontie ne sont jamais comparables à des forces traumatiques comme celles pouvant affecter les dents lors de coups au visage (dents), chutes, accidents, etc., et ne peuvent à elles seules expliquer la perte de vitalité d'une dent. Même les forces les plus grandes utilisées en orthodontie sont de l'ordre de quelques onces et ne pourraient causer de tels problèmes.
 - La « mort » ou décoloration d'une dent n'est pas comme la résorption radiculaire qui est un risque ou effet secondaire qu'on voit plus régulièrement (à différents degrés).
-

Orthodontie avec dents dévitalisées

- Une dent ayant un traitement de canal qui est dévitalisée peut être déplacée en orthodontie aussi bien qu'une dent normale si l'os et la gencive (parodonte) sont sains.
 - Le déplacement d'une dent implique surtout les tissus à l'extérieur de la racine et autour de celle-ci (ligament parodontal, surface de la racine et os alvéolaire) alors le fait qu'elle soit dévitalisée n'empêche pas une correction orthodontique et n'est pas une contre-indication au traitement.
 - Une dent dévitalisée ayant un traitement de canal peut présenter une susceptibilité accrue à la rhizolyse (voir ci-dessous), alors, un suivi radiologique plus assidu peut être indiqué pendant le traitement (un suivi radiologique est fait de toute façon par le dentiste ou l'orthodontiste pendant un traitement).
 - La couronne des dents dévitalisées peut devenir plus fragile avec le temps et les dentistes peuvent alors recommander de la protéger à l'aide d'une couronne prothétique.
-

Exemple de cas clinique — Dents dévitalisées 1 # 2566

- (A) Ce garçon de 17 ans présentait une malocclusion telle qu'on en rencontre fréquemment. La centrale supérieure gauche (flèche) avait une apparence normale avant le début du traitement.
- (B) Pendant le traitement, tout se déroulait normalement.
- (C) Vers la fin du traitement (24 mois), le patient nous explique que l'incisive centrale gauche a commencé soudainement et rapidement à changer de couleur et a nécessité un traitement de canal. Il mentionne ne pas avoir reçu de coup. Cette dent n'a pas été déplacée avec

plus de force ou sur une plus grande distance que les autres dents. La cause de cette dévitalisation de cette dent demeure inconnue.

- D) À la fin du traitement et après l'enlèvement des appareils, la dent « morte » est plus foncée. Elle pourra être « blanchie » par le dentiste ou avoir une restauration qui harmonisera sa couleur avec les dents adjacentes.



Exemple de cas clinique – Dents dévitalisées 2 #2570

Exemples de changements de couleur d'une dent pendant un traitement d'orthodontie.

- (A) Malgré que cette femme de 24 ans n'ait eu que des déplacements dentaires mineurs, la centrale supérieure gauche (flèche) est devenue (B) plus foncée et non vitale pendant le traitement d'orthodontie.
- (C) Ce garçon de 14 ans a vu sa latérale supérieure gauche (flèche) devenir plus sombre après la fin du traitement d'orthodontie (D).



Nécrose pulpaire suite au mouvement orthodontique

Le déplacement orthodontique d'une dent sollicite son environnement immédiat. Ceci inclut des changements vasculaires et le remodelage de l'os alvéolaire entourant la racine de la dent. Dans la plupart des cas, ceci se produit sans changements significatifs pour les dents et le parodonte. Cependant, en de rares occasions, il peut se produire de la résorption radiculaire externe (rhizalyse tel que décrit précédemment), de la résorption interne des racines, une oblitération pulpaire causée par un dépôt de dentine secondaire ou une nécrose pulpaire (nécrose du contenu de la pulpe de la dent). La nécrose peut se manifester par un changement de couleur et une perte de sensibilité de cette dent.

Les études ont démontré que les risques de dommage à la pulpe dentaire sont minimes, mais certaines conditions peuvent prédisposer à des dommages pulpaire ;

- Une étude comparant des canines incluses à des canines normales a démontré qu'une canine incluse aura 21 % plus de chances d'être affectée par une oblitération pulpaire (visible sur radiographie) dont 25 % ne répondront pas aux tests de vitalité (électrique) et 3 % nécessiteront un traitement de canal,
- Des dents avec une perte osseuse importante (problèmes parodontaux) résistent moins aux forces qui leur sont appliquées et cela peut affecter l'ensemble neuro-vasculaire à l'apex de la racine.

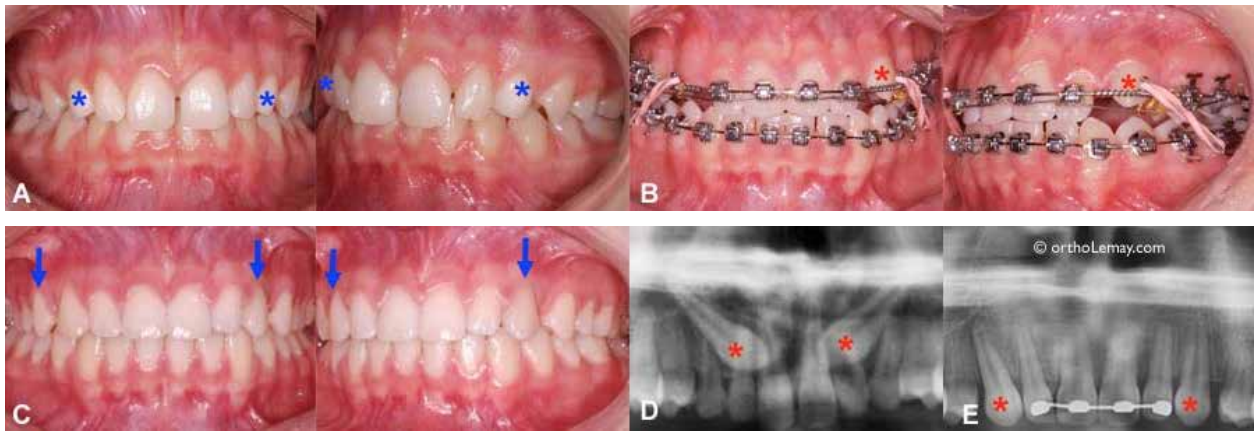
La plupart des changements dans le flux sanguin pulpaire d'une dent pendant un traitement d'orthodontie sont temporaires et réversibles sauf si la pulpe a été affectée par la carie dentaire, des restaurations, ou un traumatisme (coup, blessure).

Les études suggèrent qu'une dent plus mature avec l'apex de la racine fermé (une dent en formation à l'ouverture de la racine ouverte) et ayant une histoire de traumatisme ou caries et qui sont assujetties à des forces orthodontiques fortes et de longue durée seront plus susceptibles d'avoir des changements pulpaire irréversibles ou une nécrose que des dents n'ayant pas ces caractéristiques.

Bien que la littérature rapporte que l'utilisation de forces physiologiques (normales) pour déplacer des dents saines ne causera pas de nécrose pulpaire ou de modifications pathologiques dans le flux sanguin, il arrive parfois que des changements se produisent sans qu'on puisse en identifier la cause.

Exemple de cas clinique - Nécrose pulpaire 1 #2573

- (A et D) Fille de 14 ans ayant 2 canines incluses palatines. Les canines temporaires (* bleu) sont encore en bouche.
- (B) Dès que les canines permanentes sont sorties pendant le traitement visant à les descendre en place dans l'arcade dentaire, elles manifestaient déjà une coloration légèrement plus foncée (* rouge).
- (C) À la fin du traitement, la canine de gauche est à peine plus foncée tandis que celle de droite semble normale. Cependant, aucune de ces canines ne répondait aux tests de vitalité et elles ont dû avoir un traitement de canal.
- (D) Radiographie avant le traitement montrant les canines sévèrement incluses.
- (E) Radiographie à la fin du traitement illustrant une bonne position des racines des dents. Les canines ne sont pas affectées par de la résorption interne ou externe malgré leur perte de vitalité.



Exemple de cas clinique — Dents changement couleur #2576

Autres exemples de dents qui ont changé de couleur pendant un traitement d'orthodontie.

- (A) Cette prémolaire inférieure gauche est devenue plus sombre malgré le fait qu'elle ne se soit à peine déplacée pendant le traitement.
- (B) Cette canine incluse (*) présente plus de risques dès le départ et en fin de traitement elle est plus foncée et nécessitera un traitement de canal.



Résorption dentaire (radiculaire) ou rhizolyse

- À l'occasion, les racines de certaines dents peuvent raccourcir ou s'user durant un traitement d'orthodontie. C'est ce que nous appelons de la résorption des racines, résorption radiculaire ou rhizolyse. Ce processus est normal en certaines occasions comme, par exemple, lorsque les racines des dents temporaires disparaissent progressivement ou « s'usent » pour faire place aux dents permanentes qui les remplaceront.
- Différents degrés de résorption peuvent aussi affecter les dents permanentes pendant l'orthodontie, mais ce processus peut aussi se produire sans qu'aucune correction orthodontique soit faite.

- Dans les faits, probablement que toutes les dents sont affectées légèrement par de la rhizalyse lors d'un traitement d'orthodontie, mais pour la très grande majorité des dents, ceci est si minime que c'est à peine perceptible et absolument sans conséquences. À moins que le degré de résorption affecte une certaine proportion de la racine, le dentiste ou l'orthodontiste ne le mentionne même pas au patient.
- Il est commun de voir de légères résorptions pendant un traitement, mais cela n'est pas de nature à diminuer la qualité ou la durée de vie d'une dent.
- Une résorption très importante peut, dans des cas extrêmes, causer la perte d'une dent, mais ceci est très rare.
- Lorsqu'une telle résorption est décelée, l'orthodontiste peut devoir modifier le plan de traitement de façon à diminuer l'impact de la résorption tout en visant un résultat acceptable.
- Il est à noter que l'orthodontie n'est pas la seule cause possible de ce problème. Blessures, coups, troubles hormonaux ou endocriniens, antécédents héréditaires et autres facteurs inconnus peuvent aussi causer cette condition avec ou sans traitement d'orthodontie.
- Une cause fréquente de résorption est une dent incluse qui est en contact avec la racine d'une dent et qui la résorbe.
- Nous vérifions la qualité et l'état des dents et leurs racines avant le traitement et régulièrement à l'aide de radiographies pendant le traitement. Si des problèmes significatifs sont décelés, nous vous le mentionnerons et vous expliquerons quelles sont les alternatives.
- Une résorption radiculaire est irréversible; une racine plus courte ne « repoussera » pas.
- Dans certains cas, la résorption radiculaire peut continuer à progresser, même si toute force appliquée sur les dents est éliminée et le traitement d'orthodontie arrêté, mais, dans la plupart des cas, ce processus cessera lorsque la dent est immobilisée.
- Les dents ayant été affectées par de la rhizalyse importante nécessiteront un protocole de rétention particulier utilisant si possible des appareils fixes (fils ou attelles de rétention collés sur la surface interne des dents) à très long terme. Ces appareils visent à stabiliser les dents affectées et à distribuer les forces appliquées sur une dent à plusieurs d'entre elles, diminuant ainsi l'impact pour une dent ayant une racine plus courte.



La résorption de racines peut être présente avant même le début d'un traitement d'orthodontie comme le démontre cette radiographie d'une fille de 12 ans.

Exemple de cas clinique - Résorption #2579

Résorption modérée ayant affecté une incisive centrale supérieure dans un cas et plusieurs dents dans l'autre cas.



Importante résorption de la racine d'une incisive latérale supérieure causée par une canine incluse.

Progression de la rhizalyse à long terme

Une fois les mouvements orthodontiques arrêtés, la rhizalyse cessera habituellement de progresser et les dents affectées peuvent demeurer fonctionnelles à très long terme. L'exemple suivant montre un cas de résorption radiculaire sévère qui est demeuré stable, 25 ans après la fin du traitement d'orthodontie. À noter que ce patient présentait des pointes de racines effilées ou pointues, ce qui représente un risque accru de résorption radiculaire pendant l'orthodontie.

Exemple de cas clinique — Progression de la résorption

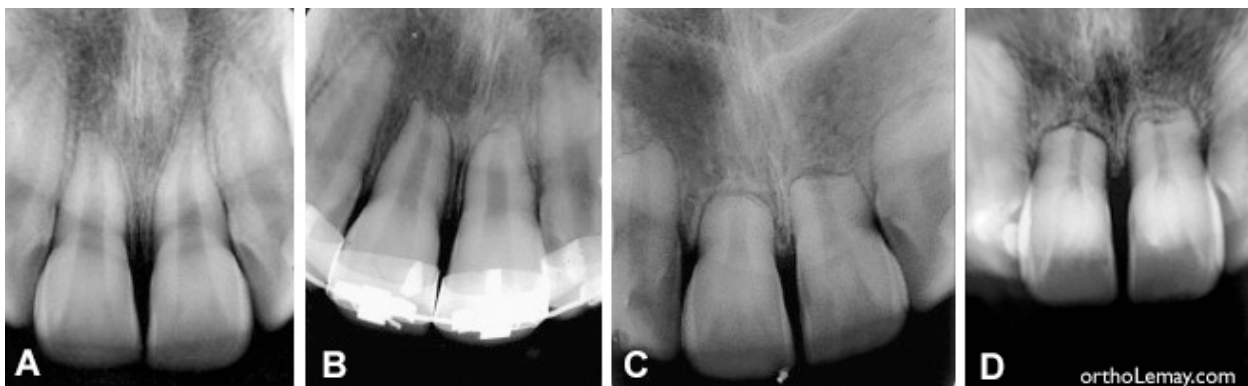
#2588

(A) Radiographie montrant les racines des centrales supérieures intactes avant le traitement d'orthodontie.

(B) 2 ans après le début du traitement, les racines présentent des signes de rhizalyse (résorption) minimales.

(C) À la fin du traitement, la résorption a encore progressé.

(D) 25 ans après la fin du traitement, la résorption est stable; il n'y a eu aucune perte additionnelle de la structure des racines et les dents demeurent solides et fonctionnelles.

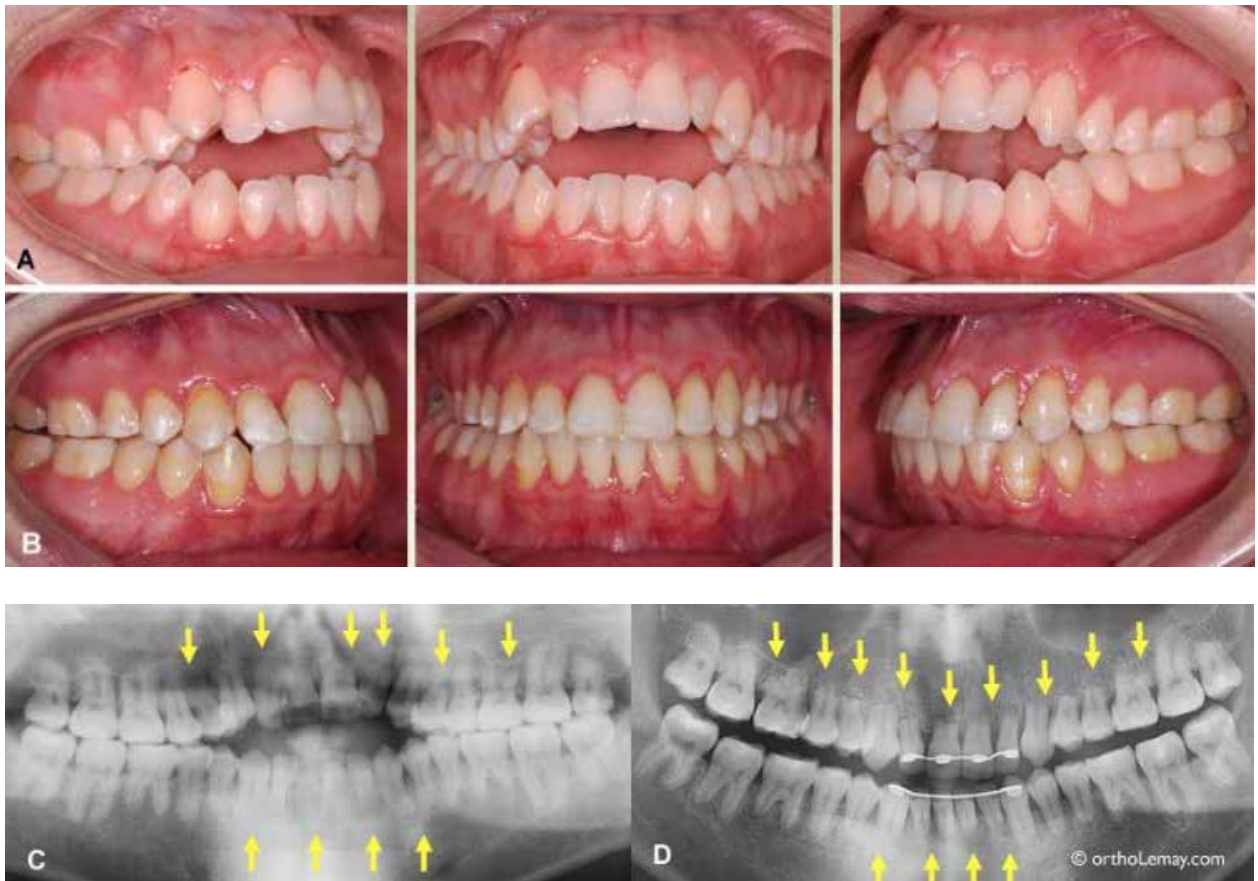


La résorption est-elle une contre-indication au traitement orthodontique ?

- La présence de résorption n'est pas nécessairement une contre-indication à l'orthodontie, mais des précautions particulières doivent être prises pendant le traitement (utilisation de forces légères, suivi radiologique pour évaluer la progression potentielle de la résorption, etc.).
- À titre d'exemple, le cas ci-dessous montre un jeune homme de 24 ans avec de la résorption radiculaire sévère et généralisée (affectant toutes les dents à différents degrés, dont certaines de façon très sévère).
- Il présente aussi une sévère malocclusion (béance antérieure, constriction maxillaire, chevauchement dentaire important, etc.) qui en soi constitue un défi orthodontique.
- Il fut traité sans chirurgie orthognathique ou extractions et les racines sont demeurées relativement de la même longueur à la fin du traitement.

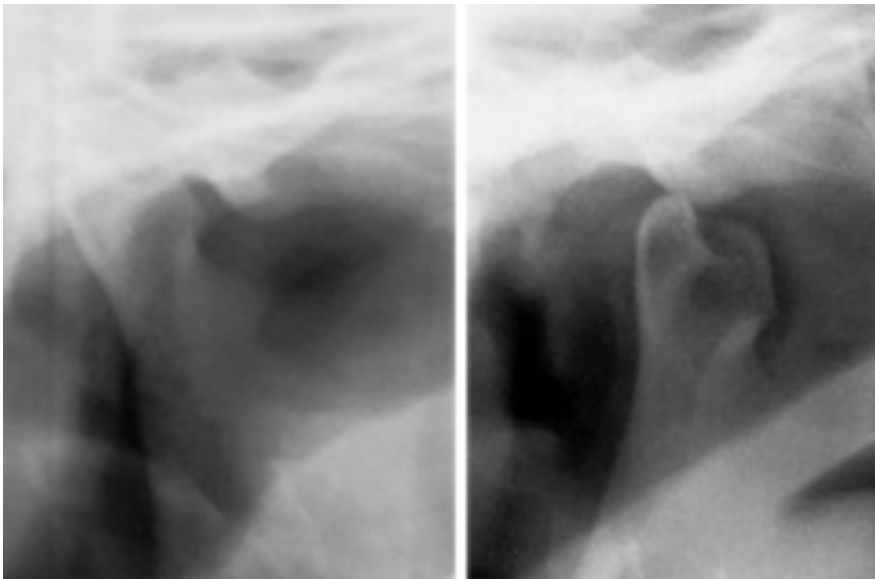
Exemple de cas clinique — Résorption-rhizalyse #2594

- (A) Avant le traitement.
- (B) À la fin du traitement.
- (C) Radiographie panoramique avant le traitement; les flèches indiquent quelques-unes des dents les plus sévèrement affectées par la rhizalyse.
- (D) Radiographie panoramique à la fin du traitement. Cette radiographie numérique est de meilleure qualité, car il s'agit d'un appareil radiologique plus récent. La radiographie initiale est sur film et moins précise et de moins bonne résolution. Le patient n'a perdu aucune de ses dents et elles sont aussi solides (ou peu solides!) qu'avant le traitement.



Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire

- Pour certaines personnes, les articulations des mâchoires sont très sensibles et peuvent parfois être affectées par de très légères irrégularités ou imperfections dans l'occlusion (façon dont les dents se touchent).
- Ces patients peuvent souffrir d'une ouverture limitée de la mâchoire, de crépitement, de craquement ou de douleur aux ATMs.
- L'un ou plusieurs de ces symptômes peuvent exister et être apparents avant un traitement d'orthodontie, ou peuvent survenir durant ou après le traitement.
- À noter que cette situation peut aussi se retrouver chez des personnes qui n'ont jamais été traitées en orthodontie.
- Les corrections de malpositions dentaires en orthodontie peuvent souvent améliorer le fonctionnement des ATMs sans toutefois garantir l'amélioration ou l'élimination des symptômes.
- Pour diverses raisons, certains symptômes (ex. : craquements) peuvent persister ou même apparaître pendant un traitement, et ce, sans que l'orthodontie en soit la cause.



Radiographies d'une articulation temporo-mandibulaire

Rétention et relapse

Les dents ne sont pas ancrées dans l'os comme dans du ciment. Elles font partie d'un appareil masticatoire complexe qui est dynamique et non statique. Les dents répondent constamment aux forces qui sont appliquées sur elles de sorte qu'il y existe toujours une légère mobilité normale des dents. Avec ou sans orthodontie, la stabilité de la position des dents dépend beaucoup de l'influence de l'environnement musculaire qui les entoure (langue, lèvres, joues, muscles de mastication, etc.).

Afin d'assurer une stabilité optimale à la fin d'un traitement, nous utilisons des appareils de rétention qui, pour être efficaces, doivent être portés comme prescrit. Même si la majorité des résultats seront habituellement stables, pour des raisons hors de notre contrôle ou du vôtre, il peut y avoir certains relapse dans la position d'une ou plusieurs dents. Si un relapse est important, ce qui est peu fréquent, il faudra réévaluer si des mesures additionnelles doivent être prises pour en freiner l'évolution ou si d'autres corrections sont indiquées.

- Certaines malpositions des dents, surtout les plus sévères, peuvent avoir tendance à réapparaître légèrement.
- Les rotations sévères et le chevauchement des dents inférieures antérieures sont les exemples les plus fréquents de cette situation.
- La position des dents peut changer en tout temps au cours de la vie. C'est pourquoi la plupart des patients doivent porter un appareil de rétention pour une période d'un an ou plus après leur traitement afin d'aider à stabiliser la position des dents et retarder les changements naturels.
- Le dentiste ou l'orthodontiste tente toujours de faire les corrections orthodontiques avec le plus grand soin et proposons de surveiller les résultats attentivement.
- Quand la rétention est terminée, même après plusieurs années, il est toujours possible, voire même normal, d'observer un certain relapse.
- La coopération soutenue durant la période de rétention peut diminuer les risques de déplacement dentaires au minimum.
- Si vous remarquez des changements importants dans la position de vos dents après le traitement, communiquez avec votre dentiste ou votre orthodontiste.

Comment choisir son dentiste ?

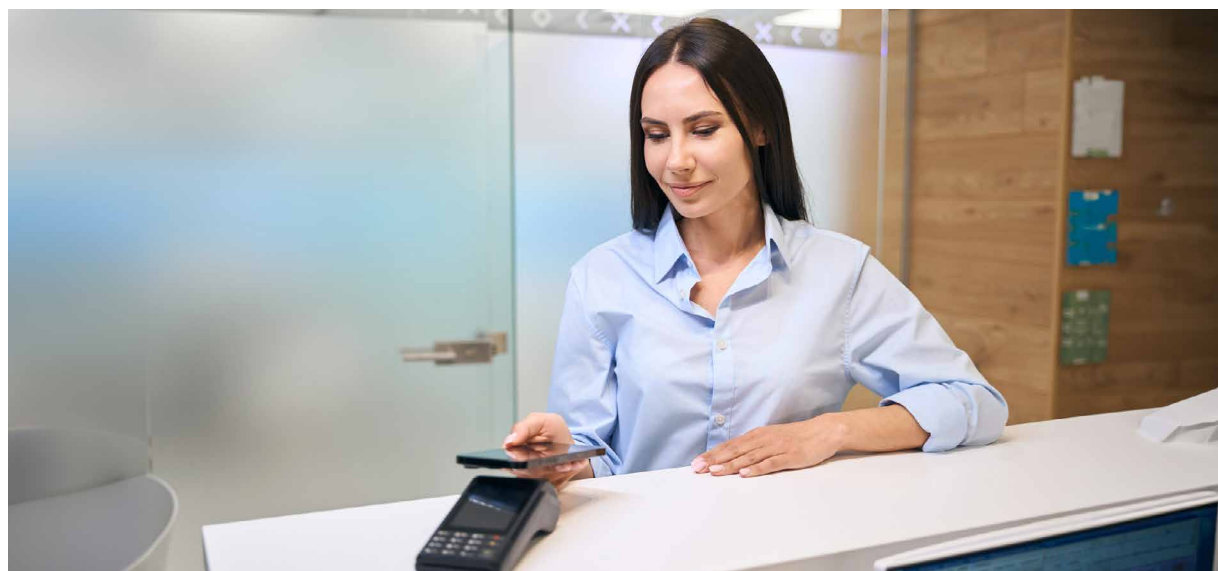
Le coût des soins dentaires peut-il être comparé entre différents praticiens ?

Oui, mais il est difficile de bien comparer des soins dentaires offerts par différents dentistes. La raison principale est la nature même de ce qu'on tente de comparer soit un service et non une marchandise concrète qui est facilement mesurable et comparable.

On pourrait argumenter qu'il est en effet possible de comparer des actes ou services simples comme la prise de radiographie, un nettoyage et quelques autres procédures de base en dentisterie.

Mais il demeure que, malgré la perception du public, il est souvent impossible de comparer des plans de traitement à moins qu'ils soient exactement identiques, et encore... Par exemple, le fait de se faire proposer une greffe de gencive et la pose d'un certain nombre d'implants dentaires pour supporter un pont par deux dentistes différents peut impliquer des différences importantes dans l'approche utilisée par chacun d'eux, ce qui peut facilement justifier une différence d'honoraires significative.

Est-ce que cela signifie que le dentiste le « plus cher » abuse de son patient ? Absolument pas. Dans les faits, le plan de traitement le plus dispendieux peut s'avérer être une « aubaine » à long terme s'il est bien exécuté et apporte des bénéfices supplémentaires au patient par rapport à l'approche moins « dispendieuse ».



L'examen-nettoyage comme comparaison

Il en est de même pour les fameux « examens-nettoyage avec radiographie » qui sont souvent le principal point de comparaison entre deux pratiques dentaires. Un adolescent n'aura pas les mêmes besoins qu'une personne adulte ayant un vécu dentaire lourd accompagné de problèmes parodontaux sévères. Le « nettoyage » de l'ado peut prendre quelques minutes avec une hygiéniste dentaire et une simple radiographie panoramique peut donner toute l'information nécessaire.

À l'opposé, le détartrage profond requis par la condition dentaire de l'adulte peut nécessiter plusieurs sessions avec le dentiste (en plus de l'hygiéniste dentaire) et une série de radiographies complètes pour couvrir en détail toutes les régions de la bouche. Ces deux interventions ne représentent évidemment pas le même coût. Comment faire comprendre ces subtilités au consommateur simplement en annonçant un « prix » pour une catégorie d'acte ? Plusieurs autres exemples abondent ; prothèses dentaires, restaurations, traitement de canal, etc.

Ce n'est pas si simple de comparer le coût des traitements

Certaines procédures dentaires sont simples, mais d'autres sont complexes et même si complexes que plusieurs praticiens vont refuser de s'aventurer à les faire. Cependant, les dentistes qui acceptent de les faire peuvent demander des honoraires plus élevés à cause de leur expérience et expertise particulière pour exécuter ce genre de travaux. Le patient qui ne fait que comparer le coût pour une procédure « générique » peut ne pas apprécier la complexité de son cas. Il en est de même pour des procédures diverses dans les autres domaines de la dentisterie comme la prothodontie, la parodontie, l'orthodontie et la chirurgie maxillo-faciale. En apparence, pour les patients, ces plans de traitements semblent identiques, mais une évaluation plus poussée révèle la plupart du temps des variations importantes pouvant expliquer la différence de coût entre deux praticiens (le type de prothèse, les matériaux utilisés, etc.). Est-ce à dire qu'il n'y a jamais d'abus ? Non, car, comme dans tout domaine où les gens sont libres de déterminer la valeur de leurs services, il est possible qu'il y ait des exagérations.

Quelle est la valeur des soins dentaires ? Une dépense ou un investissement ?

Tout est une question de perception et de valeur attribuée aux services dentaires. Trop de personnes voient encore les frais dentaires comme une dépense plutôt qu'un investissement. Une grande proportion de frais dentaires serait évitable avec une bonne prévention et interception. Quels sont des honoraires équitables pour un plan de traitement ou un service dentaire (spécialisé ou pas) ? Cela devrait être un montant pour lequel le patient ET le dentiste considèrent qu'ils y trouvent leur compte. Le patient doit recevoir un service qui répond à ses besoins et attentes (si elles sont réalistes) et le dentiste ou spécialiste doit être rémunéré de façon à être compensé adéquatement pour les services rendus. Ceci ne peut être dicté par aucune compagnie d'assurance, guide de tarif, charte de taux, etc.

Pour faire une analogie

Une analogie pourrait être faite avec des propriétaires d'automobiles. Une personne qui suit les recommandations du manufacturier pour l'entretien régulier de son véhicule, qu'il y ait des problèmes (symptômes) ou pas, investira peu ou modérément, mais de façon régulière. À l'opposé, celle qui attend de déceler des problèmes sur sa voiture peut se retrouver, après plusieurs années, avec des problèmes majeurs nécessitant des réparations importantes qui vont être très coûteuses, parfois plus que la somme qui aurait été investie dans un programme d'entretien régulier réparti sur plusieurs années.

Pour bien des problèmes dentaires, ce ne sont pas les soins dentaires qui sont dispendieux, mais la négligence des patients qui le rattrapent après plusieurs années. Combien d'entre vous se sont fait proposer des procédures dentaires pour corriger des problèmes qui se développent et n'ont pas suivi les recommandations du dentiste (exception faite pour les procédures esthétiques seulement)? Il n'y a pas de fumée sans feu et, éventuellement, les flammes apparaîtront aussi.

La valeur des traitements dentaires

Le contenu de l'article de La Presse est similaire à un autre publié dans Le Journal de Québec en janvier 2012 (« Dentistes : des prix en dents de scie ») et d'où nous reprenons ces quelques citations du Dr Serge Langlois, président de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) : « Il y a des dentistes qui baissent leur prix au premier rendez-vous pour attirer la clientèle, tente d'expliquer Serge Langlois. Pour les enfants, par exemple, certains dentistes ne chargent rien pour le nettoyage. C'est quoi, ça ne vaut rien leur nettoyage? » « Quelqu'un que ça fait cinq ans qui n'a pas été chez le dentiste, ça risque de prendre plus de temps que celui qui y va tous les ans » M. Langlois convient que les frais de dentiste peuvent sembler élevés. « Ça dépend de nos valeurs. Certains dépensent 300 \$ au resto sans que ça les dérange. C'est une question de choix. » « Je reviens de chez le dentiste et la facture monte à 180 \$ pour un nettoyage et un examen dentaire avec radiographie! Me semble que c'est cher en titi. J'avais juste de la plaque entre 2 dents du bas en avant à part de ça l'hygiéniste m'a dit que mes dents étaient très bien entretenues et très propre, j'utilise une brosse électrique. C'est dispendieux, je vais être longtemps sans y retourner. Avec mon mari et mes enfants, la visite chez le dentiste nous a coûté 895 \$! C'est rendu du luxe. » Sa surprise sera peut-être de constater les coûts lorsqu'elle se décidera à retourner voir son dentiste avec sa petite famille dans quelques années!

Quelle est la véritable solution aux problèmes dentaires ?

La solution aux problèmes dentaires est plus complexe que de ramener cela à la simple utilisation de la soie dentaire, mais elle passe définitivement par une hygiène buccale adéquate et des visites régulières de prévention chez le dentiste. L'article mentionne aussi que 40 % des adolescents et adultes québécois n'ont pas consulté un dentiste depuis plus d'un an. Il est invraisemblable que toute cette proportion de la population n'ait aucun problème dentaire ne justifiant pas une attention immédiate ou pouvant bénéficier d'une forme quelconque de prévention. Plusieurs ont des petites bombes à retardement dans la bouche et seront les plus surpris lorsqu'elles « exploseront »! Dr Dolman, président de l'Ordre des dentistes du Québec mentionne aussi « ... qu'un bon traitement dure toute la vie. » Ceci est partiellement vrai. De bons traitements devraient permettre de garder une bonne dentition pour le reste de sa vie, mais cela implique que les patients continuent aussi d'avoir un suivi régulier chez leur dentiste.

La durée de vie des traitements dentaires

Un traitement de canal peut durer une vie entière, mais la dent qui a subi ce traitement peut nécessiter une couronne pour éviter qu'elle ne se fracture. Les implants modernes peuvent durer des décennies, mais il est peu probable que les prothèses qu'ils supportent durent aussi longtemps. La « durée de vie » moyenne d'une couronne prothétique est approximativement 8 à 10 ans alors cela signifie que certaines couronnes seront problématiques après quelques années seulement et devront être remplacées tandis que d'autres peuvent durer 15-20 ans et peut-être plus. Que fera le patient qui fait faire un pont dentaire dans un autre pays ?

Un traitement d'orthodontie fait à l'adolescence ou même à l'âge adulte n'est absolument pas une garantie que les corrections se maintiendront « toute la vie ». En fait, la plupart des dentistes et des orthodontistes vous garantiront et promettent qu'il y aura certains changements dans la position des dents au cours des années et décennies suivant la fin d'un traitement.

Tout comme pour une automobile, un changement d'huile et une mise au point du moteur ne garantissent pas que le propriétaire puisse garder son véhicule en « parfait » état de marche pour les 10 prochaines années sans retourner chez son garagiste régulièrement pour des vérifications et de l'entretien préventif. L'huile devra même être changée à nouveau... et plusieurs fois ! Un slogan bien connu rappelle que « la modération a bien meilleur goût », mais, en bouche, en ce qui concerne la prévention et l'hygiène, on devrait plutôt dire « la prévention a bien meilleur goût », ou... « la prévention a bien meilleur coût » !

Dans un autre article publié le 9 avril dans La Presse, le Dr Véronneau mentionne que « plusieurs études ont démontré que la prévention peut permettre l'économie de millions de dollars à long terme... » Cette économie globale est la somme de toutes les petites économies individuelles qui pourraient être réalisées par ceux qui visiteraient régulièrement leur dentiste. À noter que les soins dentaires ne sont pas seulement nécessaires à cause de négligence. Il y a plusieurs raisons nécessitant des travaux dentaires ; accidents, traumatismes, problèmes d'origine héréditaire, usure, habitudes, malocclusions, etc.

Le tourisme dentaire ; l'économie à quel prix ?

Tel que décrit précédemment, il est difficile pour le patient d'évaluer la qualité des services qu'il reçoit ou se fait proposer même si, en apparence, les plans de traitement semblent similaires. Il peut exister des endroits (autres pays) où il est possible d'avoir des soins de qualité à moindre coût, mais ce n'est pas le cas partout.

À noter que la qualité de dentisterie générale et spécialisée disponible au Québec est parmi la meilleure qui soit au monde. Qu'arrivera-t-il au patient qui entreprend une réhabilitation dentaire majeure dans un autre pays et qui, une fois revenu au Québec, éprouve des problèmes ? Qui est responsable d'un plan de traitement élaboré par un autre praticien, de la qualité des travaux effectués, de l'entretien et du suivi postopératoire ? Le dentiste québécois qui fait le suivi des travaux entrepris ailleurs sera-t-il fautif parce qu'il a accepté de suivre un patient et a tenté de l'aider, mais, à la base, les travaux initiaux ne répondaient pas aux standards d'ici et sont voués à l'échec à plus ou moins long terme.

Exemple de danger lié au tourisme dentaire

Prenons l'exemple le cas d'un pont sur implants qui s'avère être un échec après quelques années seulement. Qui serait responsable de cet échec? Si les dentistes « locaux » ne désirent pas s'aventurer à superviser des traitements entrepris ailleurs, qu'arrivera-t-il à ces patients qui font du tourisme dentaire? Vont-ils continuer leur suivi dans d'autres pays? De telles solutions en apparence économiques au départ peuvent s'avérer très coûteuses à moyen ou long terme. Les patients n'ont pas facilement la possibilité d'évaluer la qualité des services, traitements et matériaux utilisés dans d'autres pays.

En France, une enquête a révélé que les produits utilisés dans la fabrication des prothèses dentaires dans certains pays étaient de qualité inférieure et pouvaient même être dangereux pour la santé. L'utilisation de certains de ces matériaux est interdite en France. Devant le phénomène de fabrication de prothèse par des laboratoires hors frontières qui sont incontrôlables, certains pays exigent même des dentistes d'avoir des « certificats de traçabilité » pour prouver l'origine des prothèses et le contenu des matériaux utilisés dans leur fabrication. Même à cela... un nouveau marché noir se développe pour cette « certification ».

L'orthodontie « internationale » ou le tourisme orthodontique

Nous ne voyons pas beaucoup de patients qui ont eu recours au « tourisme dentaire » ou « tourisme orthodontique » dans notre domaine, car la majorité de nos services sont habituellement échelonnés sur plusieurs mois ou années et ne se prêtent pas vraiment à des traitements « hors pays ».

Cependant, nous avons vu plusieurs cas d'immigrants qui sont retournés dans leur pays d'origine pour se faire poser des appareils orthodontiques fixes (broches) et qui reviennent dans l'espoir de continuer ici avec ces appareils et le plan de traitement élaboré par un autre praticien. Des résidents du Québec sont aussi allés se « faire poser des broches » hors Québec, mais désirent continuer le suivi pendant le traitement avec des dentistes ou des orthodontistes d'ici.

On a aussi vu des gens se faire poser des appareils juste avant de déménager au Québec dans l'espoir de réduire le coût de leur traitement d'orthodontie. Une fois arrivés au Québec, certains sont surpris de réaliser que le coût du traitement dans leur pays d'origine ne couvre même pas les appareils correcteurs et le matériel diagnostique au Québec! Trouvez l'erreur! Dans d'autres situations, la pose des appareils et les matériaux utilisés étaient tellement hors normes que tout était à reprendre.

Parfois, le plan de traitement initial était irréaliste et devait être modifié complètement. Bref, il est très rare que les patients fassent des économies en transférant leur cas d'orthodontie d'un autre pays à un dentiste ou un orthodontiste du Québec.

Transfert d'un cas d'orthodontie

Il arrive parfois qu'un patient doive déménager pendant un traitement d'orthodontie. Lorsque cela se produit, de nouvelles ententes devront être prises avec le dentiste ou l'orthodontiste qui prendra en charge le cas pour terminer le traitement.

Mésentente entre patient et dentiste ou orthodontiste. Il est aussi possible qu'un patient désire ou doive changer de dentiste ou d'orthodontiste pendant un traitement pour diverses raisons et non parce qu'il ne peut plus aller le voir pour des raisons pratiques comme un déménagement, la retraite du praticien, etc. Il peut y avoir eu mécontentement entre le patient et le dentiste ou l'orthodontiste, un manque de confiance qui s'est développé de part et d'autre, un manque de coopération de la part du patient faisant que le praticien ne désire plus continuer le traitement, une mécontentement sur le plan de traitement, etc. Ces situations sont très rares, mais lorsqu'elles se produisent, cela complique grandement la situation pour le patient qui doit trouver un nouveau dentiste ou orthodontiste. Lorsqu'on nous demande de continuer les corrections entreprises par un autre orthodontiste pour de telles raisons, notre premier conseil est toujours de tenter de s'entendre et de se «réconcilier» avec le praticien ayant débuté le cas et de terminer le traitement avec celui-ci. Ceci est toujours la solution la plus simple et la moins coûteuse pour le patient.

Lorsqu'il y a un changement de praticien pendant un traitement, le nouveau praticien peut respecter les ententes initiales prises avec le premier dentiste ou l'orthodontiste, mais n'est pas obligé de le faire. Les modalités de paiement peuvent varier d'une pratique à l'autre.

Ainsi, il se peut que, lors d'un transfert d'un cas, la partie des honoraires que le patient a déboursée ne soit pas proportionnelle au traitement effectué au moment du transfert. Selon le cas, le patient peut avoir déboursé une proportion plus ou moins importante des honoraires totaux. Par exemple, les honoraires peuvent avoir été payés au complet bien avant la fin du traitement ou une portion moindre des honoraires (par exemple 60 %) peut avoir été payée alors que le traitement est presque terminé. Il est donc possible que des ajustements doivent être faits par l'orthodontiste et le patient lors d'un transfert.

Habituellement, le dentiste ou l'orthodontiste évaluera le travail fait lors du transfert et chargera en conséquence. Les patients doivent cependant comprendre que ces honoraires ne sont pas reliés uniquement à la durée du temps passé sous traitement. Par exemple, un traitement ayant une durée prévue de 2 ans peut représenter plus de 50 % des honoraires si le cas est transféré après 12 mois (50 % de la durée estimée). Ce montant dépendra de plusieurs variables (type de cas, appareillage orthodontique utilisé, matériel diagnostique, etc.) et peut représenter 60, 70, 75 % du montant total du traitement complet (ces chiffres sont à titre d'exemple seulement).

Il peut donc y avoir des ajustements financiers à faire lors d'un transfert; le patient peut devoir déboursé un montant supplémentaire à ce qu'il a déboursé à ce jour pour son traitement ou le dentiste ou l'orthodontiste peut devoir rembourser une partie des honoraires au patient s'il considère qu'il en a payé en trop. Cette évaluation est faite par le dentiste ou l'orthodontiste en évaluant tous les aspects décrits précédemment. Il peut y avoir des différences d'honoraires entre différents orthodontistes dans différentes villes. Ces différences peuvent être encore plus marquées entre les provinces et pays.

Chaque dentiste ou orthodontiste évalue le cas

Un autre facteur pouvant influencer le coût d'un transfert est l'évaluation du cas que fera le nouveau praticien concernant le diagnostic et le plan de traitement.

Plan de traitement

- Le premier praticien peut avoir diagnostiqué et évalué le cas d'une certaine façon (par

exemple ne nécessitant pas d'extractions ou de chirurgie orthognathique) tandis que le second praticien voit les choses différemment, considère le cas comme étant plus complexe et voudrait modifier le plan de traitement en ayant recours à des procédures comme des extractions, une chirurgie ou des appareils particuliers.

Durée de traitement

- Une autre situation possible est que le nouveau praticien est en accord avec le plan de traitement déjà établi, mais évalue que la durée nécessaire pour le terminer est beaucoup plus longue que prévu initialement. Ainsi, nous avons déjà vu des cas qui nous ont été transférés avec une mention qu'il ne restait que quelques mois pour terminer le traitement tandis que notre évaluation pour atteindre les mêmes objectifs de traitement était beaucoup plus longue, parfois plus de 12-18 mois supplémentaires! Dans un tel cas, la nouvelle approche peut s'avérer beaucoup plus coûteuse pour le patient qui aura alors le choix d'accepter les recommandations du nouveau praticien ou de demander une seconde opinion à un autre dentiste ou orthodontiste si le plan de traitement ou les honoraires proposés ne lui conviennent pas.
- À noter qu'un praticien qui accepte un « cas de transfert » n'est pas tenu de respecter les ententes financières établies avec un autre praticien ou de terminer le traitement en suivant le même plan de traitement, mais il doit l'expliquer au patient pour qu'il puisse prendre une décision éclairée.

Modifications aux appareils orthodontiques

- Dans certains cas, il peut être nécessaire pour le nouveau dentiste ou l'orthodontiste de changer les appareils multibagues (« broches ») ou autres appareils correcteurs s'il n'est pas familier ou à l'aise d'utiliser ceux qui sont dans la bouche du patient lors du transfert.
- La qualité et le design des appareils multibagues fixes (« broches ») varie grandement d'un pays à l'autre. Il en est de même pour les fils ou arcs orthodontiques. La façon de poser et d'utiliser les boîtiers ou brackets orthodontiques est aussi très variable. Il n'est pas rare de voir des « cas de transfert » qui arrivent avec des attaches posées tellement croches et de façon non orthodoxe que cela nuit à la progression du traitement.
- Certains dentistes ou orthodontistes chargeront pour changer les appareils tandis que d'autres non.

Frais supplémentaires

- Changer de praticien pendant un traitement d'orthodontie majeur occasionne presque toujours des frais supplémentaires pour le patient qui ne seraient pas nécessaires si le cas n'était pas transféré. Le nouveau praticien doit habituellement prendre du nouveau matériel diagnostique pour « documenter » l'état ou la condition du cas qui lui est transféré. Le dentiste ou l'orthodontiste qui transfère le cas peut, quant à lui, aussi demander certains frais de transfert pour les rapports et l'envoi du matériel diagnostique nécessaire lors d'un transfert. (Un formulaire standardisé de l'Association canadienne des orthodontistes peut être complété lors d'un transfert pour décrire et expliquer au nouveau praticien le diagnostic, le plan de traitement, la progression du traitement, la coopération du patient, ce qu'il reste à faire dans le traitement pour le terminer, les honoraires totaux, les modalités de paiement, les déboursés faits au moment du transfert, etc.).

Obligation du praticien d'accepter un cas ?

- À noter que ce ne sont pas tous les dentistes ou orthodontistes qui acceptent des « cas de transfert », c'est-à-dire qui acceptent de terminer un traitement débuter par un autre praticien. Certains praticiens ne traitent pas certains types de problèmes (par exemple des adultes, des cas de parodontie, des cas nécessitant une chirurgie orthognathique, etc.) ou peuvent refuser un cas s'ils ne sont pas en accord avec le plan de traitement initial et que le patient ne désire pas le modifier.
- Vous pensez déménager ? Si vous planifiez débuter un traitement d'orthodontie majeur et vous savez que vous allez déménager peu de temps après, surtout si c'est dans une autre province ou dans un autre pays, il est préférable de faire évaluer votre cas (diagnostic et plan de traitement) et déterminer des honoraires avec l'orthodontiste qui fera la majeure partie du traitement. Vous éviterez ainsi des soucis et peut-être des dépenses supplémentaires.

Alors... comment choisir son dentiste ou son orthodontiste ?

La meilleure personne à questionner pour choisir votre dentiste sera ultimement le dentiste lui-même. La relation entre un dentiste et son patient peut durer plusieurs années, des décennies et même toute une vie alors il est important qu'il existe un lien de confiance entre vous et votre praticien. N'hésitez pas à questionner le praticien sur sa formation, son expérience, son expertise, son éducation continue, etc. Fait-il tous les genres de traitements, des plus simples aux plus complexes, travaille-t-il avec des spécialistes, quel genre de cas dirigera-t-il à un spécialiste, etc. ? Les dentistes peuvent faire tous les types de travaux dentaires, mais ils n'ont pas tous la même expertise et expérience pour les faire.



L'orthodontiste réalise plus d'une centaine de cas d'orthodontie chaque année

Un dentiste peut faire des prothèses sur implants, mais ne s'en tenir qu'à des couronnes unitaires simples. Cela prend une expertise différente pour entreprendre un cas nécessitant la pose et l'harmonisation de 6, 10 ou 12 implants ou plus, répartis sur les deux arcades d'une même bouche. Il y a une différence importante dans l'expertise d'un dentiste ayant posé une demi-douzaine d'implants et un autre qui en a posé plusieurs centaines.

Pour prendre un autre exemple en orthodontie ou autre, un dentiste offrant des « services d'orthodontie » à l'aide de la technique Invisalign entreprendra-t-il des cas complexes avec problèmes squelettiques ou requérant une approche interdisciplinaire ?

En résumé, il est possible de trouver des différences, parfois importantes, dans les honoraires de soins dentaires sans que ce soit anormal, mais informez-vous bien auprès de votre dentiste ou orthodontiste pour comprendre ce que cela implique. Le consommateur a droit à l'information et devrait pouvoir l'obtenir, mais le praticien a aussi droit d'être rémunéré adéquatement pour le travail qu'il fait. Tout le monde doit y trouver son compte dans une solution gagnante pour tous !

La coopération des patients en orthodontie

C'est normal que les jeunes ne coopèrent pas!

Tout le monde sait que la coopération du patient est essentielle pendant un traitement d'orthodontie.

Lorsqu'il y a un problème de coopération quelconque avec un jeune patient, nous en discutons avec lui ou elle et en faisons part aux parents. Parfois, certains parents nous mentionnent que nous devons être conscients du fait que les adolescents ne peuvent coopérer complètement et tout le temps. C'est dans la « nature » de l'ado, c'est normal et c'est une réalité de la vie d'aujourd'hui qu'ils tentent de nous expliquer! Peut-être... mais il n'en demeure pas moins que le manque de coopération aura toujours des conséquences importantes sur sa qualité, la durée et le succès d'un traitement d'orthodontie.

Peu importe ce qu'en pensent certains parents, nous savons fort bien que, même s'ils considèrent normal un manque de coopération, il est certainement possible pour un enfant ou un adolescent de coopérer de façon exemplaire tout au long d'un traitement. Nous l'avons constaté maintes et maintes fois chez des patients motivés et intéressés au succès de leur traitement. Que penseraient les parents si on leur disait : « vous savez, il est normal que, parfois, cela ne nous tente pas de bien travailler selon les règles de l'art et d'utiliser toute notre expertise, ressources et connaissances pour traiter votre enfant le mieux possible »! Je ne crois pas qu'ils trouveraient cela acceptable...

Une coopération adéquate implique, mais ne se limite pas à :

- porter les élastiques comme prescrit,
- avoir une bonne hygiène buccodentaire et visiter son dentiste généraliste régulièrement,
- surveiller son alimentation pour avoir une diète adéquate et permettant d'éviter les bris d'appareils et,
- l'assiduité aux rendez-vous.

Accepter ou prendre pour acquis qu'un patient ne coopérera pas à 100 % tout au long de son traitement d'orthodontie doit être synonyme d'accepter un traitement de compromis et des résultats incomplets. Plusieurs plans de traitement sont complexes et il est difficile d'attendre les objectifs de traitement même avec une bonne coopération alors si cette dernière est irrégulière,

il y aura des conséquences inévitables sur le traitement. À noter qu'il est possible de faire des «traitements de compromis» en orthodontie dans certaines situations, mais cela est un objectif de traitement établi dès le départ. Nous parlons ici d'un traitement où nous visons des corrections optimales ou idéales, mais où le manque de coopération du patient nous force à changer les objectifs de traitement initial idéaux pour plutôt obtenir un traitement de compromis, ce qui est différent.

Un traitement d'orthodontie doit être considéré comme une entente tacite ou un «contrat» entre le patient et l'orthodontiste. Le praticien s'engage à faire de son mieux pour traiter le patient selon les «règles de l'art» avec les moyens à sa disposition, ses connaissances, son expertise, etc. tandis que le patient s'engage à coopérer et suivre les directives de l'orthodontiste et de son personnel (port des élastiques, hygiène buccodentaire, diète, assiduité aux rendez-vous, etc.). Tout manquement de la part de l'un ou l'autre peut mettre en péril le succès du traitement.

La coopération est évidemment un libre choix, mais demeure la responsabilité personnelle du patient, même si le support des parents est essentiel. Cette responsabilité ne saurait être transférée à l'orthodontiste.

Si des parents perçoivent qu'un enfant ne sera pas coopératif ou n'est pas intéressé à entreprendre un traitement d'orthodontie, il est préférable de ne pas débiter le traitement, car le succès du traitement dépendra, entre autres, de cette coopération essentielle. Le fait de «payer» pour un traitement n'est pas une «garantie» de succès! Comme dit le dicton, on ne peut forcer un cœur d'aimer et on ne peut forcer un patient à coopérer!

En conclusion, pour ceux qui croient que les jeunes d'aujourd'hui sont différents des ados d'autrefois, il est intéressant de lire cette description de la jeunesse contemporaine... écrite il y a 2400 ans!

Les enfants de nos jours sont des tyrans. Ils contredisent leurs parents, dévorent leur nourriture tout rond et tyrannisent leurs professeurs». (Socrate, 470-399 av. J.C.)

Cependant, pour obtenir des résultats, en orthodontie ou dans plusieurs autres domaines, la coopération et l'effort ont toujours été, demeurent et demeureront essentiels.

Le cycle de formation des habitudes

La création de bonnes habitudes requiert un certain temps, mais passe par 3 étapes d'un cycle de formation des habitudes.

Lorsque ces principes sont appliqués, les patients peuvent bien coopérer avec le port des élastiques, leur hygiène buccodentaire et l'alimentation pendant leur traitement d'orthodontie maximisant ainsi les chances de succès dans un délai raisonnable.

Comment développer de bonnes habitudes
BROSSAGE - ÉLASTIQUES - ALIMENTATION

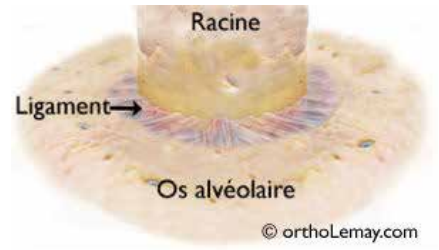


La triade dentaire

Le système masticatoire

Les dents font partie d'un système masticatoire complexe comprenant, entre autres, la « triade » que sont la dentition, le parodonte, et les articulations temporo-mandibulaires (ATM) et mâchoires, le tout étant sous l'influence du système neuromusculaire (nerfs et muscles).

Les dents sont dans l'os alvéolaire des mâchoires, mais sont entourées d'un ligament parodontal qui sert de « tampon » entre la racine de la dent et l'os, mais qui a aussi plusieurs autres rôles importants. Les mâchoires quant à elles sont en relation l'une avec l'autre au niveau (ATM). Donc, les trois entités de cette « triade dentaire » sont reliées ensemble plus ou moins directement dans une forme d'équilibre où chaque élément influence les autres.



DENTS <--> PARODONTE (os, ligament parodontal) <--> MÂCHOIRES (et ATMs)

On croirait, avec raison dans la majorité des cas, que les problèmes affectant le système masticatoire se développent progressivement avec le temps et sont donc plus fréquents chez les personnes plus âgées, mais ce n'est pas toujours le cas. Un exemple serait celui d'un jeune enfant qui bruxe ou grince ses dents primaires au point de les user significativement voire presque complètement (voir un exemple dans la section sur le bruxisme). Par contre, la majorité des problèmes auront tendance à apparaître avec le temps et les années et affecter les différentes composantes de la « triade » à différents degrés.

Que peut-il se produire avec la triade dentaire ?

L'utilisation du système masticatoire est complexe et peut soit se dérouler normalement ou rencontrer certains problèmes. Lorsqu'une force normale ou physiologique est appliquée sur les dents pendant la fonction normale (mastication), les différentes composantes de cette « chaîne » sont sollicitées à différents degrés et 4 situations sont possibles :

1— Lorsque les forces sont normales ou physiologiques et que les tissus composant la triade sont en santé, tout fonctionne normalement et il n’y a pas de problèmes ou bris autres que l’usure inévitable qui est reliée à une fonction normale. Il existe alors un équilibre où toutes les composantes sont en harmonie. Équilibre entre les composantes du système neuro-masticatoire ; dentition, parodonte, ATM. La triade dentaire.

FORCES NORMALES
MASTICATION

TISSUS NORMAUX
TRIADE DENTAIRE

FONCTION NORMALE
PAS DE PROBLÈMES/DOMMAGES/BRIS

2— Par contre, si l’une ou l’autre des composantes de la triade est affectée par un problème, cet important et complexe équilibre peut être perturbé et cela peut causer des dommages aux tissus de la triade, même si la force appliquée est normale.

FORCES NORMALES
MASTICATION

TISSUS ANORMAUX
TRIADE DENTAIRE

FONCTION ANORMALE
PROBLÈMES/DOMMAGES/BRIS

3— Si en plus, une force excessive et anormale est appliquée sur la dentition, comme dans le cas du bruxisme ou du serrement de dents, des dommages peuvent aussi se produire même si les composantes de la triade sont en santé. Des tissus intacts et en santé peuvent ne pas pouvoir supporter des forces excessives et se détérioreront en présence de forces extrêmes.

FORCES ANORMALES
MASTICATION

TISSUS NORMAUX
TRIADE DENTAIRE

FONCTION ANORMALE
PROBLÈMES/DOMMAGES/BRIS

4— La dernière possibilité, la plus dommageable, est lorsque des forces non physiologiques ou excessives sont appliquées sur des tissus déjà affaiblis (dents brisées, manquantes, usées, problèmes parodontaux, problème d’ATM, etc.).

FORCES ANORMALES
MASTICATION

TISSUS ANORMAUX
TRIADE DENTAIRE

FONCTION ANORMALE
PROBLÈMES/DOMMAGES/BRIS

Comme dans toute situation où il y a plusieurs variables, le maillon le plus faible de la chaîne cédera. Dans le cas du système masticatoire, ce sera l’une des 3 variables de la triade dentaire que sont la dentition, le parodonte et les articulations temporo-mandibulaires. Dans des cas plus rares, les 3 variables peuvent être affectées, et ce, à différents degrés.

Exemples de dommages et problèmes possibles

Dentition : Une force excessive peut causer de l'usure dentaire, des bris (fracture, fêlure, abfraction [bris des prismes de l'émail], bris des restaurations, douleur, mobilité des dents, etc.), perte de dents ayant peu de support (os et gencive), déplacements dentaires pouvant causer des malpositions, rotations, bascules et espaces interdentaires, etc.

Parodonte : Si les tissus de support des dents sont affaiblis (perte d'os et de gencive), une force appliquée sur les dents, même si elle est normale, peut causer de la mobilité dentaire et des déplacements dentaires (malpositions, rotations, bascules, apparition d'espaces interdentaires) pouvant aller jusqu'à la perte de dents) et contribuer à une malocclusion. Une force excessive appliquée sur les dents peut causer une mobilité importante, comme dans le cas d'un traumatisme occlusal

Articulations temporo-mandibulaires (ATM) : Les forces exercées par la musculature se transmettent directement ou indirectement aux articulations et peuvent donner naissance à des symptômes articulaires (craquements et bruits articulaires [luxation, subluxation], limitation d'ouverture, dégénérescence osseuse, douleur, etc. Ceci peut se produire sans que les dents ou le parodonte soient affectés significativement.

La réaction aux forces exercées par les muscles du système masticatoire varie d'un individu à l'autre selon le « maillon » de sa chaîne qui est le plus faible. Chez certains, si le parodonte est en santé et très résistant et les dommages se traduiront par des dommages aux dents ou des symptômes articulaires. Chez d'autres personnes, les dents ne seront pas affectées par des bris ou de l'usure, mais le parodonte plus faible ne pourra supporter les dents qui deviendront mobiles ou se déplaceront et pourront même tomber dans des cas extrêmes.

Dans d'autres cas, ce sont les articulations qui peuvent être affectées tandis que la dentition et le parodonte demeurent relativement intacts. Les muscles masticatoires comme le masséter ou le muscle temporal peuvent être plus sensibles. Chez certains bruxeurs chroniques, les masséters peuvent même devenir beaucoup plus développés tout comme les muscles d'un athlète qui s'entraîne régulièrement.

À cette « triade » doit s'ajouter la génétique ou l'hérédité, et différents facteurs comme le système neuromusculaire qui peuvent influencer le tout.

