

## Avant-propos

*« La jeunesse ressemble à tout ce qui s'accroît, la vieillesse à tout ce qui décroît »*

Pythagore

Les projections de la répartition de la population en France pour 2050 font état d'une personne sur trois de 60 ans ou plus, soit une hausse de 10 % de cette tranche d'âge entre 2005 et 2035.

L'impact du vieillissement de la population se fera sentir sur les besoins de santé bucco-dentaire. Il est donc essentiel d'envisager une prise en charge chez l'adulte jeune des phénomènes potentiels de vieillissement liés à l'état de la santé bucco-dentaire, au capital parodontal et à la situation occlusale dépendante du schéma dento-squelettique.

Les dentistes (orthodontistes et omnipraticiens) sont de fait des acteurs essentiels dans le dépistage et le traitement des pathologies de l'étage inférieur de la face qui permettent d'enrayer les mécanismes de délabrement des tissus de recouvrement et des fonctions vitales de respiration et de mastication.

Si la préoccupation princeps de l'adulte demeure d'ordre esthétique, il ne faut pas oublier l'amélioration fonctionnelle qui peut résulter de ces traitements tant au niveau de la cinématique articulaire que dans la diminution des apnées obstructives du sommeil.

La maîtrise du traitement de l'adulte est devenue obligatoire pour l'orthodontiste depuis les deux dernières décennies. La demande des patients s'est faite exponentielle et leurs exigences d'esthétique et de confort ont évolué en parallèle. Les dispositifs d'orthodontie invisible se sont multipliés et ont connu un véritable essor en Europe. Les techniques de chirurgie orthognathique se sont simplifiées pour devenir un complément thérapeutique plus acceptable par le patient.

Quatre impératifs spécifiques sont à prendre en compte dans le traitement d'un adulte et sur lesquels porteront les prochaines innovations :

- un diagnostic approfondi pluri-disciplinaire pour une expertise précise du capital dento-parodonto-articulaire ;
- l'invisibilité et le confort des dispositifs de déplacement dentaire ;
- la durée la plus courte des différentes phases, par l'accélération du turn-over cellulaire, l'optimisation du glissement et la pré-détermination des actes par conception assistée par ordinateur ;
- la réhabilitation esthétique du parodonte et du capital dentaire.

Par notre collaboration scientifique avec les implantologistes, les parodontologistes, les occlusodontistes et les chirurgiens maxillo-faciaux, nous objectivons ainsi la nécessaire pluri-disciplinarité du traitement de l'adulte.

La SFODF, maintenant âgée de 90 ans, accueillera pour sa 83<sup>e</sup> réunion scientifique des conférenciers internationaux. Ils viennent apporter leur contribution aux différents chapitres de notre rapport.

Je félicite l'équipe, dirigée par Sylvie Mauhourat et Laurent Morgon, pour l'immense travail effectué reflétant sa passion pour le thème proposé. Ce travail a permis de concevoir un rapport inédit, réparti en deux volumes, sur les spécificités et les innovations des traitements de l'adulte. Comme le découvrira le lecteur, l'investigation des auteurs a touché de multiples disciplines médicales afin de mieux comprendre les données physiologiques spécifiques du patient adulte.

Monique Raberin  
Présidente de la 83<sup>e</sup> réunion  
scientifique de la SFODF

## INTRODUCTION

*Selon Descartes, c'est la raison qui est le fondement de l'âge adulte et selon Spinoza, c'est la disparition des passions tristes de l'enfance : la crainte et les superstitions nées des délires de l'imagination.*

La variabilité des tableaux pathologiques des malocclusions de l'adulte, mais également la complexité de la prise en charge globale est au cœur des traitements de l'adulte.

L'interpénétration des disciplines se multiplie et les connaissances dans tous les domaines s'accroissent et gagnent en complexité. Ainsi, afin de tendre à éliminer nos aléas thérapeutiques et accéder au « toujours mieux », ce rapport a permis de mieux cerner la demande parfois différente de l'attente des patients et d'insister sur les particularités de ces traitements pour maintenir intacte la passion pour notre activité professionnelle.

Il convient de citer en premier lieu Julien Philippe, Alain Fontenelle et Francis Bassigny, qui ont été les précurseurs, en France, des traitements orthodontiques de l'adulte.

Parce que nous avons tous bien conscience que le principal motif de consultation repose sur une demande esthétique, le défaut d'alignement des incisives, la prise en charge de l'adulte exige une expertise fine et une grande rigueur professionnelle pour ne pas nous transformer en « de simples poseurs de boîtiers pour aligner les incisives », comme nous le rappelle Édith Lejoyeux.

La demande de l'adulte est cependant difficile à appréhender et l'engagement qu'il nous fait prendre nous amène à être prudents quant à notre acceptation à mettre en œuvre une quelconque thérapeutique. C'est pourquoi nous devons rester extrêmement rigoureux dans l'approche globale du traitement en établissant un calendrier thérapeutique et en prenant toutes les mesures nécessaires, d'une part à la délivrance de l'information, et d'autre part à la preuve de cette information.

Le traitement d'une dysmorphose dento-squelettique chez l'enfant et l'adolescent repose sur des indications thérapeutiques axées sur la prévention des dysfonctions masticatoires, articulaires, ainsi que sur la prévention des troubles parodontaux et du vieillissement prématuré de la dentition. L'adulte a pour particularité de compliquer son déséquilibre dento-squelettique par un tableau extrêmement varié de symptomatologies.

Nous nous accordons tous pour constater que certains adultes ont peu de conséquences de leur dysmorphie non traitée, tandis que d'autres présentent un tableau symptomatique lourd et parfois non proportionnel à l'intensité de celle-ci.

Alors que Xavier Bichat au XVIII<sup>e</sup> siècle proclamait que « *la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort* », nous pourrions aisément formuler de nos jours que toutes les formes de résistance au vieillissement préoccupent la vie de nos patients bien souvent de façon obsessionnelle.

C'est la raison pour laquelle la définition de la santé évolue et l'on peut lire aujourd'hui que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, avec ou sans maladie ou infirmité* » (Lisbeth Sachs 1996).

Cette définition prend en compte de façon globale les personnes qui se sentent en bonne santé et pour lesquelles n'ont pas été dépistées de maladies asymptomatiques, invisibles (se sentir en bonne santé, avoir une bonne qualité de vie peut aussi être le fait de personnes qui souffrent de diverses maladies chroniques et de handicaps).

Orthodontistes et odontologues, tant sur le plan des soins que de la prévention, tant dans la réflexion sur les moyens d'améliorer le confort et la motivation du patient que dans cette nouvelle relation entre l'offre et la demande de soins, s'inscrivent dans cette définition et dans ce courant émergent de « qualité de vie » (Marie-Claire Thery-Hugly).

De ce constat, suivant la demande plus ou moins ciblée de l'adulte, s'impose à notre conscience la place de l'éthique : qui fixe les limites de s'octroyer le droit de prendre en charge ou non l'adulte et de répondre à sa demande quelquefois non fonctionnelle mais qui exprime tout de même un fort malaise de bien vivre ?

Le patient est au cœur de notre réflexion. L'éthique doit s'imposer à nous mais pas nous être imposée, ce qui implique une approche humaniste de notre profession. La réalité du terrain nous éloigne parfois de la rigueur de nos objectifs fonctionnels idéaux : survient alors la difficulté de fixer les limites du ou des compromis thérapeutiques.

Dans nos sociétés occidentales où progressent le refus des risques et la crainte des responsabilités, le « devoir de prudence » a évolué en « principe de précaution » passant de l'action à l'abstention, préférant la défiance à l'expérience (Émile-Étienne Baulieu).

Pour l'orthodontiste, le stade adulte se définit comme la période allant du stade R.U. (radius unifié) de maturation osseuse, jusqu'à la mort de l'individu. L'achèvement de la croissance sous-tend la notion de maturité et de majorité : la maturité, concept biologique et, par extension, psychologique, signifie l'état d'un organisme qui a atteint son plein développement, alors que la majorité, concept d'ordre juridique et social, est l'âge légal où l'on attribue à l'être humain l'entière responsabilité de ses actes, ainsi que les droits qu'elle implique. Pour Olivier Reboul, être majeur, c'est être un homme à part entière.

L'adulte se caractérise par des particularités anatomiques et physiologiques qui vont nous contraindre à modifier notre approche diagnostique et nos objectifs retenus. La biomécanique sollicitera souvent notre capacité de créativité pour s'adapter à la diminution de l'ancrage naturel et à l'absence de croissance.

L'adulte a une personnalité affirmée et, en principe, raisonnée, responsable, mûre. S'il présente l'avantage de nous assurer une meilleure coopération tout au long de son traitement, par opposition au patient enfant/adolescent, le maître de l'évaluation dans le traitement de l'adulte reste le patient. Il convient donc de porter une attention toute particulière à l'approche psychologique, car elle constitue un élément déterminant dans la prise en charge et la réussite du traitement.

Quelles précautions médicales adopter dans la prise en charge du traitement orthodontique de l'adulte dès le diagnostic ? Quels objectifs de fin de traitement se fixer sans omettre la gestion de la pérennité des résultats ? Quelles limites accepter dans le compromis thérapeutique ? Quelle biomécanique utiliser ? Comment gérer les plans de traitement pluridisciplinaires et quelles sont nos obligations juridiques ?

À partir de ces questions, il nous a paru intéressant de développer :

- Dans un premier temps, les bases physiologiques propres à l'adulte en évoquant le vieillissement normal du système stomatognathique, des structures faciales, du système hormonal, mais également le vieillissement pathologique.
- Une seconde étape énoncera les particularités de l'approche diagnostique de façon à expliquer au patient l'ensemble des éléments du plan de traitement.
- Une troisième étape exposera des critères de décision thérapeutique qui font appel à des données fondamentales d'occlusion, de parodontologie, de dysfonction oro-faciale, sans négliger la relation attente du patient/critères sociaux-économiques.

Nous évoquerons les précautions et obligations administratives car l'approbation du traitement implique un protocole d'information aussi exhaustif que possible afin de s'assurer de l'engagement du patient jusqu'au terme des objectifs fixés.

- La quatrième étape décrira les différentes préparations pluridisciplinaires préalables et/ou concomitantes au traitement orthodontique, car l'approche globale du traitement nécessite souvent une réflexion pluridisciplinaire.
- Le cinquième chapitre traitera de la thérapeutique orthodontique à travers l'étude des nouveaux moyens d'ancrage, des particularités de l'orthodontie conventionnelle ou linguale, des différents systèmes d'attache et des modalités de la contention.
- Nous aborderons en dernière étape les traitements orthodontico-chirurgicaux, en insistant tout particulièrement sur la décompensation orthodontique tridimensionnelle dont la qualité conditionne le geste chirurgical. Ce sixième chapitre sera publié dans le numéro suivant de *l'Orthodontie Française*, en juin 2011.

Ce rapport se veut être une base de travail pour chaque orthodontiste à laquelle il puisse se référer face à un problème thérapeutique. Notre analyse fondée sur des bases bibliographiques et sur notre expérience doit permettre de proposer un choix thérapeutique, une méthodologie, une prise en compte individualisée face à une anomalie squelettique ou dentaire d'un adulte et permettre d'obtenir les résultats durables capables de répondre aux exigences du patient et de son praticien.

Sylvie Mauhourat, Laurent Morgon  
Responsables du rapport de la 83<sup>e</sup>  
réunion scientifique de la SFODF