**CONSENTEMENT ECLAIRÉ ET**

 **ACCEPTATION DU TRAITEMENT D’ORTHODONTIE**

Vous allez débuter un traitement d’orthodontie. Il s’agit d’un traitement médical qui comporte des contraintes, des limites et éventuellement des complications et risques thérapeutiques. Une bonne connaissance de ceux-ci et une parfaite collaboration permettront de minimiser ceux-ci et d’obtenir les meilleurs résultats thérapeutiques.

 **DIAGNOSTIC et OBJECTIFS DE TRAITEMENT**

Le traitement orthodontique se fixe comme objectif de corriger les anomalies dento-maxillo- faciales, dont le patient ne perçoit que l’aspect esthétique. En réalité, le praticien cherche à améliorer les fonctions vitales qui sont souvent perturbées : mastication, déglutition , ventilation et phonation. C’est ainsi que s’établiront l’**harmonie et l’équilibre** des fonctions **dont découle la beauté d’un sourire** et sa **pérennité.**

Une étude approfondie : le **bilan,** permet de dégager un **diagnostic** ainsi qu’un **plan de traitement** qui peut être mené à bien à l’aide d’appareils fixes ou amovibles et avec la collaboration éventuelle de praticiens d’autres disciplines comme les ORL, Orthophonistes, Kinésithérapeutes, Chirurgiens maxillo-faciaux, Ostéopathes etc.

Ce plan de traitement vous a été exposé oralement et éventuellement envoyé à votre dentiste traitant. Tous les documents de début de traitement seront précieusement conservés au cabinet et disponibles sur votre espace patient. Sur simple demande, vous pourrez les consulter à nouveau et recevoir toute information complémentaire.

**LES CONTRAINTES**

* **La Patience !** **La durée du traitement indiquée constitue une estimation** donnée **à titre indicatif** et ne constitue pas un engagement. En effet, cette durée dépend de plusieurs paramètres : importance de la malocclusion à corriger, dureté de l’os, type de croissance (favorable ou défavorable), vitesse d’éruption des dents permanentes attendues (dents incluses). De même, le praticien peut être amené à **modifier** une phase de traitement, en fonction de l’évolution des tissus et des rythmes de croissance. Le facteur le plus déterminant reste **LA COOPERATION DU PATIENT :** l’orthodontie est un **travail d’équipe**, et le respect scrupuleux des instructions thérapeutiques est le gage d’une durée et d’un résultat maîtrisés.
* **Respect scrupuleux des rendez-vous fixés :** leur périodicité est établie selon les étapes du traitement. **Tout RDV manqué, décommandé ou fréquemment reporté peut rallonger la durée du traitement,** avec les conséquences financières que cela entraîne et surtout les conséquences sur la qualité du résultat par l’absence de contrôle régulier.

 Nous nous efforçons de vous proposer les RDV de réglage et d’activation en dehors des heures scolaires. Cependant, la plupart de nos patients sont d’âge scolaire, et il est par conséquent impossible de fixer tous les RDV après les heures de classe. Afin de pouvoir prodiguer des soins dans les meilleures conditions, les **RDV complexes (pose des appareils et minivis, bilans et débagage) se feront obligatoirement avant 16h, en dehors des créneaux de forte affluence et en dehors du mercredi et samedi**. Un certificat médical pour l’école ou le travail peut vous être remis si nécessaire. Notez également que nous nous réservons le droit de refuser un patient arrivant en retard par respect envers les autres patients ponctuels.

* **Avoir une hygiène buccale impeccable :** Des taches de décalcification (marques blanchâtres à marron irréversibles), des caries ou des gingivites peuvent se manifester chez le patient qui ne pratique pas une hygiène dentaire suffisante, et ne pourront en aucun cas être imputées à l’appareillage. Des consignes de brossage seront données et vérifiées à chaque RDV. Si malgré plusieurs rappels, le brossage reste irrégulier ou insuffisant, le traitement sera définitivement arrêté**. Un contrôle périodique des caries et un détartrage doivent être effectués une à deux fois par an chez votre chirurgien-dentiste, indépendamment du traitement orthodontique.**
* **Adapter son alimentation :** Les aliments **collants** et les aliments **trop durs** sont **interdits** pendant tout le traitement car ils peuvent détériorer les appareils. La mastication doit être prudente, les aliments bien coupés pour économiser les pressions sur l’appareillage.
* **Pouvoir admettre 2 ou 3 jours d’inconfort après chaque réglage de l’appareil**
* **Veiller à l’abandon des mauvaises habitudes** **:** succion digitale, rongement des ongles, ou des stylos.. leur persistance empêche la correction des anomalies et déteriore l’appareil. En cas de besoin de minivis ou de chirurgie maxillo-faciale, la cigarette devra être interrompue afin de favoriser la cicatrisation.
* **Respecter l’intégralité de l’appareil :**Les pertes répétées d’appareil ou négligences conduisant à des fractures de l’appareil**,** peuvent faire l’objet d’une facturation spécifique.
* **Appliquer les consignes à la lettre** **:** durée de port des auxiliaires, élastiques.
* **Rééduquer les dysfonctions éventuelles :** Respiration buccale, déglutition atypique.. Si elles ne sont pas normalisées, **les résultats espérés et la stabilité du traitement ne peuvent être acquis** et les malpositions dentaires qui ont été corrigées pourront réapparaître rapidement (**récidives)**.

**LA FIN DU TRAITEMENT : LA CONTENTION**

Une fois atteints les objectifs que le praticien s’est fixé, il est nécessaire de maintenir les résultats acquis afin que le système dento-maxillaire se stabilise et ainsi limiter le risque de récidive. Pendant cette période, nous surveillerons également l’évolution des dents de sagesse. **La période de contention est aussi importante que le traitement lui-même, et** **indissociable de celui-ci.** Elle permet la consolidation des résultats obtenus. La durée et le type de contention dépendent de plusieurs facteurs: âge du patient, malocclusion départ, dysfonction associée..

**COMPLICATIONS EVENTUELLES, LIMITES et RISQUES**

Même si les traitements orthodontiques sont devenus de plus en plus fiables, comme tout traitement médical il persiste un certain nombre d’**aléas thérapeutiques :**

* **Troubles de l’articulation temporo-mandibulaires :** Parfois des problèmes d’articulation temporo-mandibulaire causant des claquements, craquements des mâchoires, maux de tête ou d’oreille, peuvent survenir. Ces problèmes peuvent se manifester avec ou sans traitement orthodontique et sont souvent liés à une hyperlaxité ligamentaire. Veuillez nous les signaler pour adapter le traitement.
* **Dents incluses :** Dans le cas de désinclusion de dents retenues dans les maxillaires, il peut se produire un échec thérapeutique du fait d’une ankylose de la dent (soudée à l’os).
* **Résorptions radiculaires ou rhizalyses** : Dans certains cas, heureusement fort rares, les racines des dents peuvent se rétrécir. Ceci ne présente de désavantage qu’au-delà d’un certain niveau et nous oblige à effectuer des radios de contrôle en cours de traitement.
* **Mini-vis :** les risques envisagés sont fracture de la vis et nécessité de la récupérer, hémorragie et infraction radiculaire (risque minime), instabilité (et repose ultérieure).
* **Problèmes dentaires et parodontaux (gencives) :** dans certains cas très rares également, une dent peut perdre sa vitalité de manière inexpliquée. Dans de rares cas, essentiellement chez le patient adulte avec parodonte faible, tabagisme et/ou diabète non contrôlé, le déplacement des dents peut provoquer une descente du niveau parodontal.

Les contre-indications relèvent de raisons souvent médicales, mais aussi d’un refus des contraintes évoquées plus haut.Si ce refus devait apparaître en cours de traitement, le praticien se verrait contraint, certes après plusieurs avertissements, d’interrompre le traitement.

A tout moment, avant, pendant et après le traitement, toute notre équipe soignante est disposée à vous informer et répondre à toutes vos questions. Enfin, nous tenons à vous signaler que, même si le traitement orthodontique proposé est souhaité pour des raisons d’équilibre occlusal ou des raisons esthétiques évoquées, il n’a cependant aucune obligation vitale : vous pouvez y surseoir et le refuser à votre gré.

**PHOTOGRAPHIES**

Les photographies effectuées au cours du traitement sont nécessaires à l’établissement du bilan orthodontique. Elles peuvent être utilisées, après anonymisation à titre pédagogique ou dans des revues scientifiques.

Les dispositions réglementaires font obligation au médecin de prouver qu’il a fourni l’information au patient. Ainsi vous demande-t-on de signer ce document dont le double est conservé par votre praticien.

*Je soussigné déclare par la présente avoir pris connaissance des objectifs du traitement orthodontique, ainsi que des diverses possibilités ou alternatives, y compris l’abstention thérapeutique et les conséquences qu’une telle décision implique sur le devenir du système bucco-dentaire, voire de l’harmonie faciale.*

*Ces informations, ainsi que les modalités financières m’ont été expliquées en des termes que j’ai compris.* ***Après avoir disposé d’un délai de réflexion suffisant, je donne mon accord pour entreprendre le traitement orthodontique proposé.***

A …….. , LE :

SIGNATURE DES PARENTS ou DU REPRESENTANT LEGAL

 Faire précéder la signature de la mention

 « Lu et approuvé bon pour accord »

**AUTORISATION DE SOINS SUR MINEUR**

Je soussigné(e)…………………………………………………………………, tuteur légal de l’enfant ……………………………………………………………., autorise le Docteur ……………………….. à pratiquer les soins nécessaires sur l’enfant sus-nommé.

Document à faire valoir ce que de droit.

A ……………, LE :

SIGNATURE DES PARENTS ou DU REPRESENTANT LEGAL :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORISATION DE SORTIE DE MINEUR NON ACCOMPAGNÉ**

Je soussigné(e)…………………………………………………………………, tuteur légal de l’enfant ……………………………………………………………., autorise l’équipe du Docteur ……………………… à laisser l’enfant sus-nommé quitter le cabinet suite à ses soins, sans être accompagné.

Document à faire valoir ce que de droit.

A ……………., le

SIGNATURE DES PARENTS ou DU REPRESENTANT LEGAL :