

# Formation clinique au traitement du SAOS et du ronflement par Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM)

Pour tous les omnipraticiens, les orthodontistes et stomatologues soucieux de prendre en charge des malades qui s'ignorent ou en absence de traitement.

Pour qui ?

## à Strasbourg le 11 juin 2020

Le Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil affecte entre 5 et 15% de la population adulte, selon l'âge. La recherche clinique montre désormais le lien étroit entre le SAOS et d'autres pathologies chroniques graves telles que l'hypertension, les maladies cardiaques, le diabète et l'obésité. Son traitement repose principalement sur la VPPC, qui, bien que très efficace est très mal supportée par les patients (15% de refus, 35 % d'abandon). Depuis quelques années, la HAS préconise le traitement par Orthèse :

- Sa prescription nécessite la collaboration entre un spécialiste du sommeil (diagnostic, traitement, suivi) et un praticien ayant des connaissances à la fois sur le sommeil et sur l'appareil manducateur (examen dentaire, prise d'empreintes, ajustement et réglages).
- La prescription sera précédée d'un examen dentaire pour éliminer toute contre-indication dentaire ou articulaire. Ce praticien doit être le chirurgien-dentiste pour peu qu'il acquiert les compétences nécessaires.

### Programme de la formation

#### Enseignements théoriques

##### Physiopathologie du sommeil et du SAOS

- Place du chirurgien-dentiste dans l'équipe pluridisciplinaire
- Le sommeil normal et ses différents stades
- Le sommeil pathologique : SAOS et ronflements
- Le diagnostic

##### Les traitements du SAOS et du ronflement

- Traitements hygiéno-diététiques et posturaux
- Traitements chirurgicaux : tissus durs, tissus mous
- Traitements mécaniques : la Ventilation par PPC, les Orthèses d'Avancée Mandibulaire

##### Les Orthèses d'Avancée Mandibulaire (OAM)

- Historique, principe de fonctionnement et efficacité clinique
- Les orthèses actuelles :
- > Critères de réalisation

- > Les OAM de laboratoire
- > Les OAM auto-adaptables
- Relations avec la Sécurité Sociale et obligations légales

##### Rôle du chirurgien-dentiste

- Dépistage
- Traitements :
- > Examen clinique, indications, contre-indications
- > Effets secondaires : positifs et négatifs
- > Réalisation, réglages et suivi

##### Enseignements cliniques

- Atelier : travail en binôme
- > Examen clinique occluso-musculoarticulaire
- > Pose et réglage des orthèses de port immédiat
- > Pose et réglage des orthèses sur mesures



BULLETIN D'INSCRIPTION

**Durée :** 1 journée (pauses et déjeuner inclus) 9h – 17h30

**Formateur :** Dr Gérard VINCENT

PLACES LIMITEES  
A 15 PARTICIPANTS

FIF PL : Votre formation à 120€\*  
\*selon conditions FIF PL

VALIDANTE

Avec ateliers

Tout praticien désirant obtenir la prise en charge de la pose d'OAM auprès de l'Assurance Maladie doit obligatoirement avoir suivi une journée de formation spécifique à cet acte en plus de sa formation initiale (JO du 28/09/2016)

#### Informations sur le participant

\*Charte du traitement des données (RGPD) sur [www.ufsbd.fr](http://www.ufsbd.fr)

Madame  Monsieur

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

RPPS (carte de l'ordre) : \_\_\_\_\_

ADELI : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Email\* : \_\_\_\_\_

#### Tarifs

Praticien Adhérent UFSBD 390 €

Praticien non adhérent 420 €

#### Avec le FIF-PL Pour les praticiens libéraux

Je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS, dans un délai maximal de **15 jours** avant le démarrage de la formation.

Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur [www.fifpl.fr](http://www.fifpl.fr)

Ce bulletin fait office de devis et programme pour votre prise en charge

#### Avec OPCA PEPS /ACTALIANS : Pour les assistant(e)s dentaires et praticiens salariés – n° SIRET 784 719 247 00057 – n° DRFP 11752372075

Je suis **dentiste salarié**, je retourne le bulletin d'inscription complété et accompagné d'un chèque de règlement à UFSBD FORMATION 7 rue Mariotte 75017 PARIS dans un délai maximal de **15 jours** avant le démarrage de la formation. Pour obtenir le remboursement de la formation, je fais ma demande de prise en charge sur <https://www.opcoep.fr/>

En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à la formation dans sa totalité. Les lieux, horaires et conventions me seront communiqués environ 15 jours avant la journée de formation. Pour toute annulation, aucun remboursement ne pourra être demandé et l'UFSBD se réserve le droit de vous facturer l'intégralité de la prestation. Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant et/ou en cas de force majeure (grève nationale, transports, intempéries...) l'UFSBD se réserve le droit d'ajourner ou annuler la prestation avant la date prévue et ne versera aucune indemnité.

Je suis chirurgien-dentiste et je souhaite apporter mon soutien à l'UFSBD de mon département, j'y adhère : je joins un chèque de 50 €

Une question ? N'hésitez pas à nous contacter au ☎ 01 44 90 93 91/94 ou ✉ [formation@ufsbd.fr](mailto:formation@ufsbd.fr)