



# Attestation de qualité clinique et thérapeutique

DOSSIER

DE CANDIDATURE

# Introduction

Le statut de membre titulaire étant reconnu par le Conseil National de l'Ordre, la SFODF a rendu obligatoire la présentation de cas afin que l'excellence clinique de ces titulaires soit certaine et reconnue.

**CINQ CAS** traités par le candidat à la titularisation seront examinés et notés, suivant une notation comparable à celle de l'American Board of Orthodontics qui fait référence en la matière par son ancienneté et par sa rigueur.

Le candidat doit envoyer le dossier complet par Wetransfer à la date demandée et devra apporter les moulages le jour de la présentation. La présence du candidat, après les examens des cas, est indispensable afin d'échanger avec le jury.

## CHAPITRE 1

# Dossiers

## Sélection des cas

- CAS N° 1** Classe II Division 1 de plus d'une demi cuspide par côté
- CAS N° 2** Classe II Division 2 avec supraclusion incisive (2 incisives et plus de 6 mm)
- CAS N° 3** Cas de DDM de plus de 8 mm
- CAS N° 4** Cas de Classe III de plus de 3 mm
- CAS N° 5** Cas optionnel Adulte ou chirurgical

## Documents pour chaque cas

- 1** Fiche de résumé diagnostique et clinique du cas
- 2** Fiche de difficulté du cas
- 3** Alternatives de traitement
- 4** Moulages
- 5** Radiographies panoramiques
- 6** Téléradiographies céphalométriques
- 7** Tracés céphalométriques et superpositions
- 8** Photographies
- 9** Attestation sur l'honneur

## Présentation type

Patiente : Albane SFODF ID 0001 - Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale

# Sélection des cas

## Fiche de résumé diagnostique et clinique

Les cinq cas doivent représenter l'ensemble des pathologies relevant de l'orthodontie.

### CAS N° 1 Malocclusion Classe II division 1

#### Nom

Résumé du traitement

Documents A

Documents B

Âge et date (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité Sociale

### CAS N° 2 Malocclusion Classe II division 2

#### Nom

Résumé du traitement

Documents A

Documents B

Âge et date (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité Sociale

### CAS N° 3 Malocclusion DDM + de 8 mm

#### Nom

Résumé du traitement

Documents A

Documents B

Âge et date (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité Sociale

### CAS N° 4 Malocclusion Classe III

#### Nom

Résumé du traitement

Documents A

Documents B

Âge et date (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité Sociale

### CAS N° 5 Malocclusion Libre

#### Nom

Résumé du traitement

Documents A

Documents B

Âge et date (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité Sociale

**Signature du candidat** certifiant sur l'honneur qu'il a bien traité ces cas et que les documents sont exacts.

# Documents pour chaque cas

Veillez trouver ci-après, la **liste des documents à fournir** pour chaque cas.

## 1 Fiche de résumé diagnostique et clinique du cas

The forms are titled "FICHE 1 ATTESTATION DE QUALITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE". They contain the following sections:

- OBJECTIFS DU TRAITEMENT** (Treatment Objectives)
- OBJECTIFS DENTAIRES** (Dental Objectives)
- PLAN DE TRAITEMENT** (Treatment Plan)
- APPAREILS ET SEQUENCES** (Apparatus and Sequences)
- RESULTATS OBTENUS** (Results Obtained)
- CONTENTION (après 2 ans)** (Retention (after 2 years))
- EVALUATION DU TRAITEMENT** (Evaluation of Treatment)

## 2 Fiche de difficulté du cas

The form is titled "FICHE 2 INDEX DE DIFFICULTÉ". It contains the following sections:

- SURPLOMB** (Overbite)
- CÉPHALOMÉTRIE** (Cephalometry)
- RECOUVREMENT INCISIF** (Incisal Overlap)
- RELATION OCCLUSALE** (Occlusal Relation)
- PROBLÈMES ADDITIONNELS** (Additional Problems)

## 3 Alternatives de traitement

The form is titled "FICHE 3 INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET ALTERNATIVES DE TRAITEMENT". It contains a large area for treatment alternatives.

## 4 Moulages

*Les praticiens utilisent trois types de moulages pour leurs diagnostics, leurs présentations et l'étude de leurs résultats :*

### Moulages en plâtre, taillés en relation centrée et dont les bases peuvent avoir différents aspects

La plus courante est celle de Tweed avec alignement en relation centrée, non seulement au niveau de la base arrière mais aussi de chaque côté. D'autres ne sont plus d'actualité telle celle de Sassouni qui taillait les bases en fonction des plans céphalométriques.

La SFODF accepte les diverses tailles si elles respectent l'obtention de la relation centrée lorsque les moulages sont posés sur les bases postérieures, si les zones anatomiques sont bien visibles et s'ils sont taillés correctement.

Ces moulages doivent comporter une pastille

- **Noire** (avant traitement)
- **Rouge** (fin de traitement)
- ou **Bleue** (fin de phase I)

ainsi que deux étiquettes :

- **N° du candidat et N° du cas** sur l'un des côtés,
- **Date de la prise d'empreinte et âge du patient** sur l'autre côté.

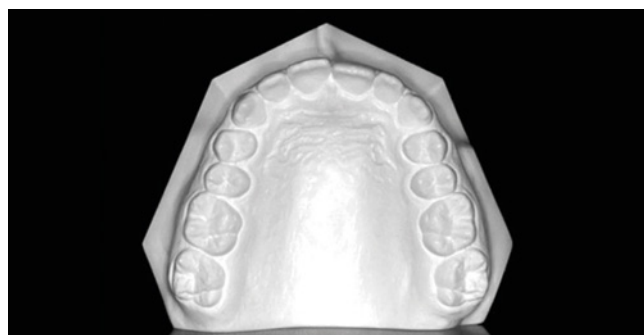
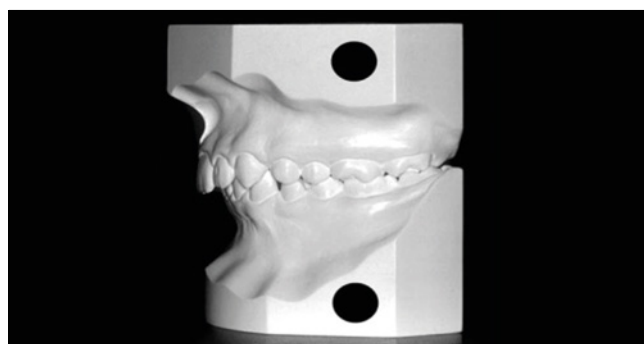
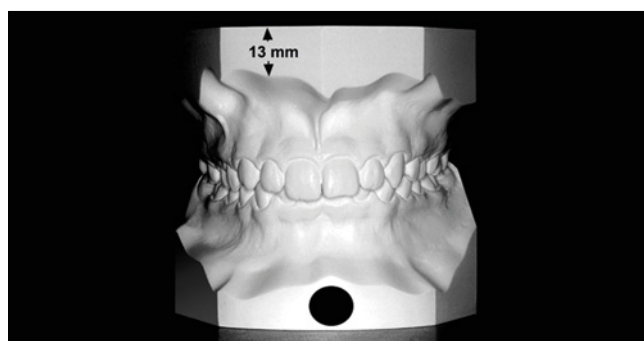
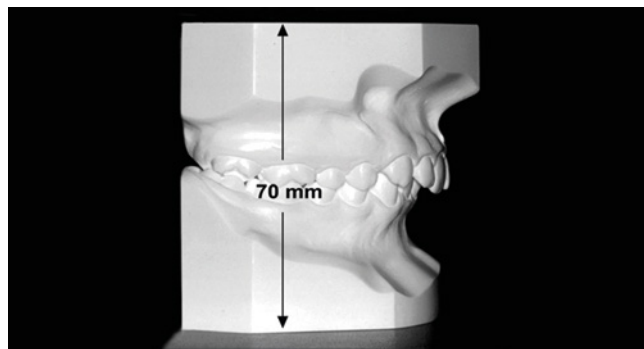
### Moulages numériques 3D

Les scans 3D des arcades sont de plus en plus fréquents mais pour l'attestation la SFODF demande des bases avec les mêmes recommandations que pour les moulages en plâtre.

### Montage sur articulateur adaptable

Les mêmes renseignements sont demandés (pastilles et étiquettes) pour ce type de présentation et au moins un articulateur par cas est exigé.

### Moulages représentant les normes Tweed :

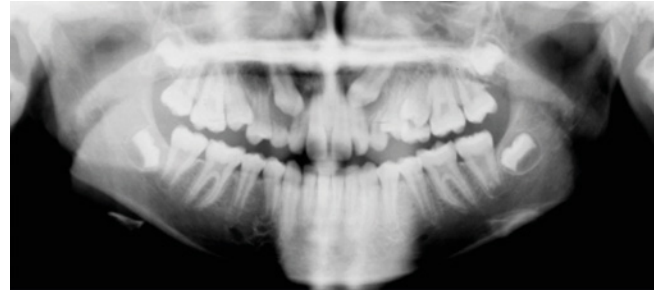




## 5 Radiographies panoramiques

*La position du patient est extrêmement importante pour obtenir une radiographie panoramique exploitable.*

Lorsque le plan d'occlusion est incliné en bas et en avant, formant un angle d'approximativement 7 degrés par rapport à l'horizontale, l'image est légèrement incurvée. De cette façon, la double image de la voûte palatine et du plancher des fosses nasales se trouve généralement au-dessus des apex des dents maxillaires.



Les condyles doivent être visibles.  
Indiquer clairement le côté droit/gauche.

Les candidats présentent les **radiographies natives** des patients (les **références habituelles doivent être mentionnées : date, nom, irradiations**). Elles seront restituées le jour de l'oral avec les moulages.

## 6 Téléradiographies céphalométriques

*Les radiographies sont imprimées sur papier photo mat à l'échelle 1/1.*

Les radiographies doivent être de qualité :

- Orientation correcte et standardisée montrant toutes les zones utiles.
- Le profil cutané doit être visible.
- Aucun nom de praticien ou d'Université ne doit apparaître.
- L'étiquette appropriée (nom du patient, âge et date) est collée sur l'image.
- L'agrandissement doit être vérifiable.
- Les dents du patient sont en occlusion habituelle.



# 7 Tracés céphalométriques et superpositions

## Tracés

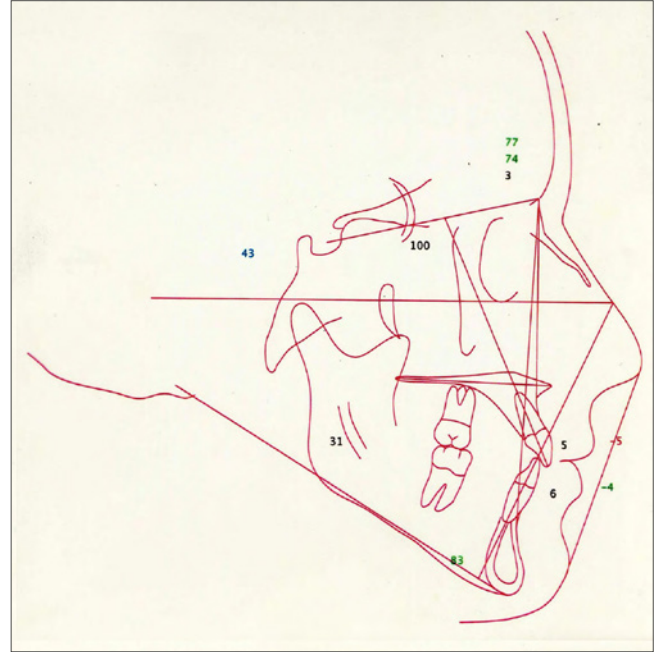
*Utiliser le même guide pour tracer les incisives et les molaires pour être constant.*

Les structures anatomiques doivent être tracées avec précision pour que les points de références puissent être vérifiés.

**Le profil cutané doit être tracé sur chaque analyse.**

**Le plan de Francfort est tracé sur chaque analyse.**

Les plans et les mesures du tracé mis en exemple sont exigés par la SFODF afin de simplifier le travail des examinateurs, le candidat peut s'il le souhaite ajouter un deuxième tracé avec l'analyse de son choix s'il pense que cette analyse est utile à la compréhension de son plan thérapeutique.

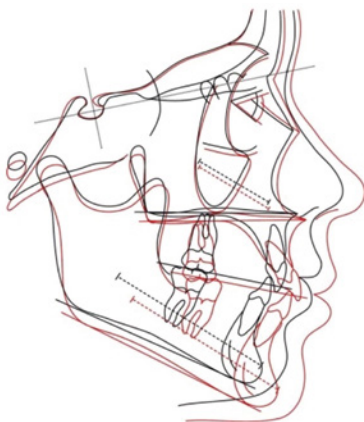


Les candidats doivent s'appliquer à avoir une plus grande justesse dans les tracés céphalométrique et le réparages des points.

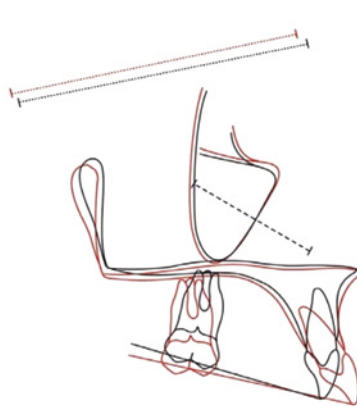
## Superpositions

Type de superpositions généralement utilisées et recommandées par la SFODF.

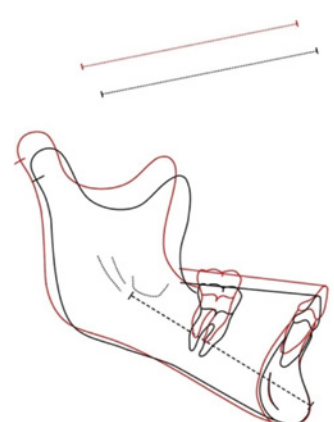
**Les trois superpositions réglementaires sont :**



**1 Globale superposée sur la base du crâne**



**2 Maxillaire principalement sur le Key Ridge ou sur le plan bi-spinal**



**3 Mandibulaire avec comme plan de superposition Go-Gn**

Nous vous remercions de préciser le type de superposition choisis ainsi que les commentaires que vous pouvez en tirer.



## 8 Photographies

*Toutes les photographies doivent être de la même qualité et rassemblées dans un montage standard.*

- Aucun nom de praticien ou Université.
- Pour chaque montage : nom du patient, date, âge.



Exemple de montage des photos recommandé par la SFODF.

## 9 Attestation sur l'honneur

**sfodf** **FICHE 9** **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**  
PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE

Données 01 :   
Données 02 :

Jour de la présentation :   
Lieu de la présentation :

Je soussigné(e) :  Praticien ☐

Certifie sur l'honneur avoir traité tous les cas présentés dans ce dossier

personnellement et présente les documents dont je suis seul responsable.

Nom :  Prénom :

Signature :

Dans le cas d'un travail d'équipe, le co-responsable de ces cas :

certifie que la responsabilité a bien été effectuée par le Dr :

Signature :

sfodf

# Présentation type

Fiches, moulages, photographies, radiographies, tracés et superposition.

Patient : **Albane SFODF ID 0001** - Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale.

## 1 Fiche de résumé diagnostique et clinique du cas

**sfodf** | ATTESTATION DE QUALITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Candidat N° \_\_\_\_\_  
Cas N° \_\_\_\_\_

Nom : XXXX Date de naissance : 20/10/2003  
Prénom : Albane Indice de difficulté : 19

Type de documents : A A1 B  
Dates (JJ/MM/AAAA) : 06/12/2011 19/01/2017

Traitement en une phase OU Phase 1 Phase 2  
Date de début (JJ/MM/AAAA) : 25/05/2012 16/05/2014  
Date de fin (JJ/MM/AAAA) : 14/12/2012 21/11/2016

**Anamnèse et Etiologie** 600 signes max

L'anamnèse médicale ne révèle pas de problèmes généraux ni dentaires. L'examen buccodentaire montre un bon état dentaire et parodontal. Le contrôle de la plaque dentaire est bon. Sur le plan fonctionnel, Albane présente une déglutition primaire avec aspiration labiale.

**Diagnostic Squelettique** 350 signes max

L'examen clinique exobuccal et l'analyse de la téléradiographie de profil révèlent un équilibre général de la face, la relation squelettique dans le sens sagittal est la Classe I, dans le sens vertical, on note une hypodivergence marquée.

**Diagnostic Dentaire** 600 signes max

Albane présente une Classe II d'Angle d'une demi-cuspidé à droite et une cuspidé à gauche. Les incisives supérieures sont en forte vestibulo-version alors que les incisives inférieures sont en forte linguo-version. On observe une supracclusion incisive, avec un contact de l'incisive inférieure avec la muqueuse palatine (indentation). L'engorgement est de 7mm en grande partie à cause de la linguo-version des incisives inférieures. Dans le sens transversal, il existe une endomaxille avec articulé inversé de la 16.

**Diagnostic Esthétique** 350 signes max

De face, le visage est équilibré. Le profil est globalement rectiligne avec cependant dans la partie sous-nasal un net déséquilibre. La lèvre supérieure est versée, elle tangente la ligne E (nez - menton) et la lèvre inférieure est reboussée en forte retro-chélie par rapport à la ligne E. Le menton est en position orthofrontale selon Izard.

1 / 4

Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale 15 rue du Louvre, Bat 2 - RdC, 75001 Paris, France +33 (0)1 43 80 72 26 sfodf@sfodf.org www.sfodf.org

**sfodf**

**sfodf** | ATTESTATION DE QUALITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Candidat N° \_\_\_\_\_  
Cas N° \_\_\_\_\_

**OBJECTIFS DU TRAITEMENT**

**Maxillaire** 180 signes max  
Pas de modification squelettique antéro-postérieure. Correction de l'endognathie.

**Mandibulaire** 180 signes max  
Avancement compensatoire léger avec ouverture de l'étage inférieur laquelle est nécessaire et importante.

**OBJECTIFS DENTAIRES**

**Maxillaire Antérieur-Postérieur** 180 signes max  
Redressement axial des incisives.

**Maxillaire Vertical** 180 signes max  
Correction de la supracclusion sans intrusion incisive. Laisser la croissance alvéolaire postérieure s'exprimer.

**Maxillaire Transversal** 90 signes max  
Correction de l'endognathie et de l'articulé inversé droit.

**Mandibulaire Antérieur-Postérieur** 180 signes max  
Redressement des molaires et redressement des incisives inférieures pour ouverture de l'espace nécessaire à l'évolution des prémolaires et canines. La correction du troisième ordre des incisives permettra de normaliser les relations avec le Point B et le Pogonion.

**Mandibulaire Vertical** 180 signes max  
Laisser s'exprimer l'extrusion molaire, concomitante avec le couple de redressement des molaires, et ainsi contrer l'hypodivergence.

**Mandibulaire Transversal molaire/canines** 180 signes max  
Redressement axial des molaires pour suivre la jonction Maxillaire.

**OBJECTIFS ESTHÉTIQUES** 250 signes max

Normaliser l'occlusion labiale : par un très léger recul et une palato-version des incisives, la lèvre supérieure devait se détenir, ne plus présenter une légère contraction et, par la croissance de la mandibule et la correction de la linguo-version des incisives mandibulaires, le sillon labio-mentonnier devait lui aussi se décontracter, la lèvre inférieure s'inverser, son vermillon s'épaissir et l'ourlet labial s'harmoniser.

2 / 4

**sfodf** | ATTESTATION DE QUALITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Candidat N° \_\_\_\_\_  
Cas N° \_\_\_\_\_

**PLAN DE TRAITEMENT** 1 100 signes max

Une première phase de correction de l'endognathie par disjoncteur sera réalisée afin de corriger l'inversion d'articulé droit et normaliser l'espace d'éruption de 23.

Une deuxième phase, en denture permanente, de multi-attaches d'alignement / révélolement contribuera à la normalisation des relations verticales et des espaces d'éruption canines dans un premier temps. Dans un deuxième temps, le port d'un appareil orthopédique de Classe II permettra de finaliser la relation sagittale en Classe I d'Angle sans effet latrogène sur le tiroir dento-alvéolaire mandibulaire (ancrages) notamment au niveau parodontal. Dans un troisième temps, en finition, les arcades seront stabilisées et l'inter-cuspidation en classe I assurée.

**APPAREILS ET SEQUENCES** 900 signes max

- Première phase active d'interception : Une disjonction rapide de 7 mm a été réalisée sur une période de 6 mois, 06/12-12/12
- Phase d'interception de 1 an 12/12(2012- 05/2014)
- Deuxième phase active de traitement par orthodontie fixe : Un appareillage multi attaches Edgewise 2x28 est placé pour libérer les espaces des canines retenues, 19 mois (05/2014 - 12/2015)
- Un appareil fonctionnel pour corriger le désalignement de Classe II résiduel de 10mm, a été porté sur une période de 4 mois (02/2016-06/2016)
- Les finitions ont nécessité 4 mois supplémentaires (07/2016-11/2016)
- Les relations inter-arcades ont été jugées bonnes, avec une légère hyper correction qui permet de tenir compte de la petite croissance résiduelle d'Albane qui a eu une puberté légèrement tardive

**RESULTATS OBTENUS**

**Maxillaire (dans les trois plans)** 180 signes max  
La position du Maxillaire est satisfaisante. Au niveau vertical peu de mouvements étaient nécessaires. Au niveau transversal l'expansion maxillaire est de 6 mm.

**Mandibule (dans les trois plans)** 180 signes max  
La rotation mandibulaire a été compensée par une croissance antéro-postérieure importante.

**Denture Maxillaire Antérieur-Postérieur** 180 signes max  
La croissance verticale des procès alvéolaires s'est faite de façon équilibrée entre les secteurs antérieur et postérieur. La position et l'axe des incisives supérieures sont satisfaisants, offrant un soutien adéquat de la lèvre supérieure.

**Denture Maxillaire Vertical** 180 signes max  
La croissance verticale des procès alvéolaires s'est plus marquée dans les secteurs postérieurs ce qui était souhaité notamment au moment du redressement des molaires. Cette extrusion contrôlée a permis une correction de la supracclusion incisive sans modifier le rapport lèvre /RS qui était correct.

**Denture Maxillaire Dimension Transversale** 90 signes max  
Les relations transversales et les axes molaires ont été normalisés.

3 / 4

**sfodf** | ATTESTATION DE QUALITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Candidat N° \_\_\_\_\_  
Cas N° \_\_\_\_\_

**Denture Inférieure Antérieur-Postérieur** 180 signes max  
La version des incisives inférieures a permis de retrouver une position équilibrée des incisives mandibulaires (91°8') et l'espace nécessaire à l'évolution des canines. En fonction de la croissance résiduelle, nous pouvons avoir un engorgement, ce qui réclame un suivi qui pourrait alors être pris en charge par une réduction amélaire proximale.

**Denture Inférieure Vertical** 180 signes max  
L'agression molaire contrôlée a permis la correction verticale par compensation dento-alvéolaire associée à la croissance mandibulaire sollicitée par la phase d'activation.

**Denture Inférieure Transversal et Inter-canines** 150 signes max  
La disjonction maxillaire a entraîné un redressement axial des molaires et donc une très légère augmentation de la dimension transversale.

**Equilibre Facial** 250 signes max  
Le profil est en parfaite harmonie, le sourire est dégagé et large. Ce dernier point constituant la raison principale de la consultation, la patiente est tout à fait satisfaite.

**CONTENTION (après 2 ans)** 600 signes max  
La contention est réalisée par gouttière transparente Maxillaire et Mandibulaire. Ce suivi se fait sur deux ans avec réduction progressive du port des gouttières la deuxième année. Les 8 ont été extraites en Mai 2018.

**EVALUATION DU TRAITEMENT** 1 100 signes max

Le traitement s'est déroulé sans problème pour la patiente qui était très motivée et a permis d'atteindre les objectifs qui avaient été fixés lors des explications (consentement éclairé). Nous n'avons pas eu recours aux ancrages vissés, la croissance mandibulaire a été favorable ce qui a limité le port de l'appareil fonctionnel à 4 mois. L'environnement parodontal est particulièrement sain. L'intercuspidation est bonne et la stabilité du traitement devrait se confirmer.

4 / 4

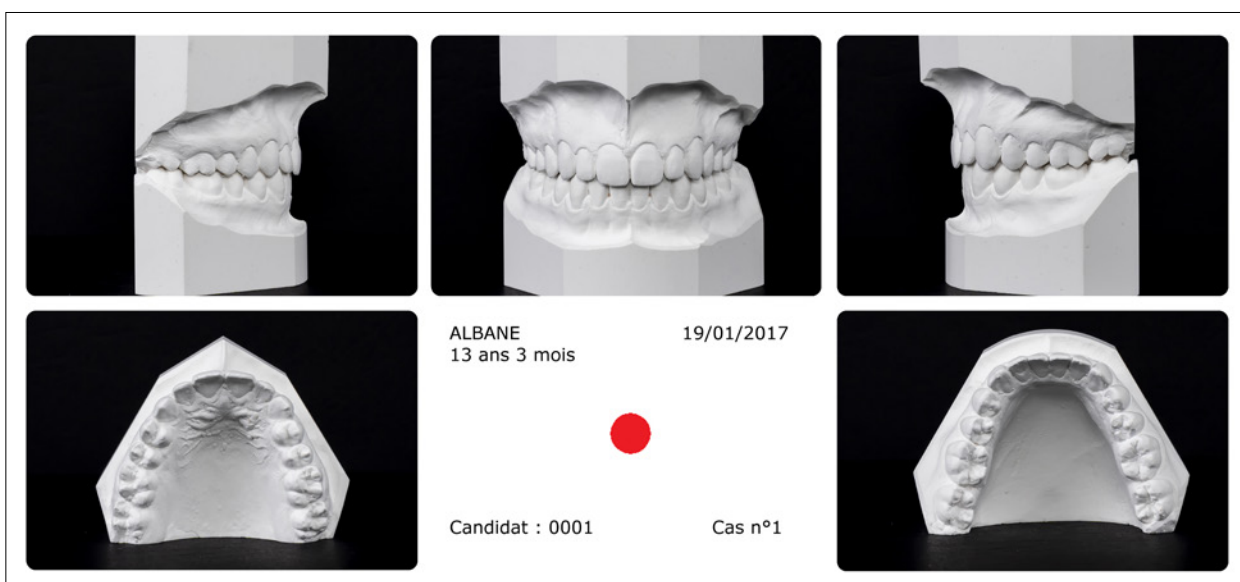
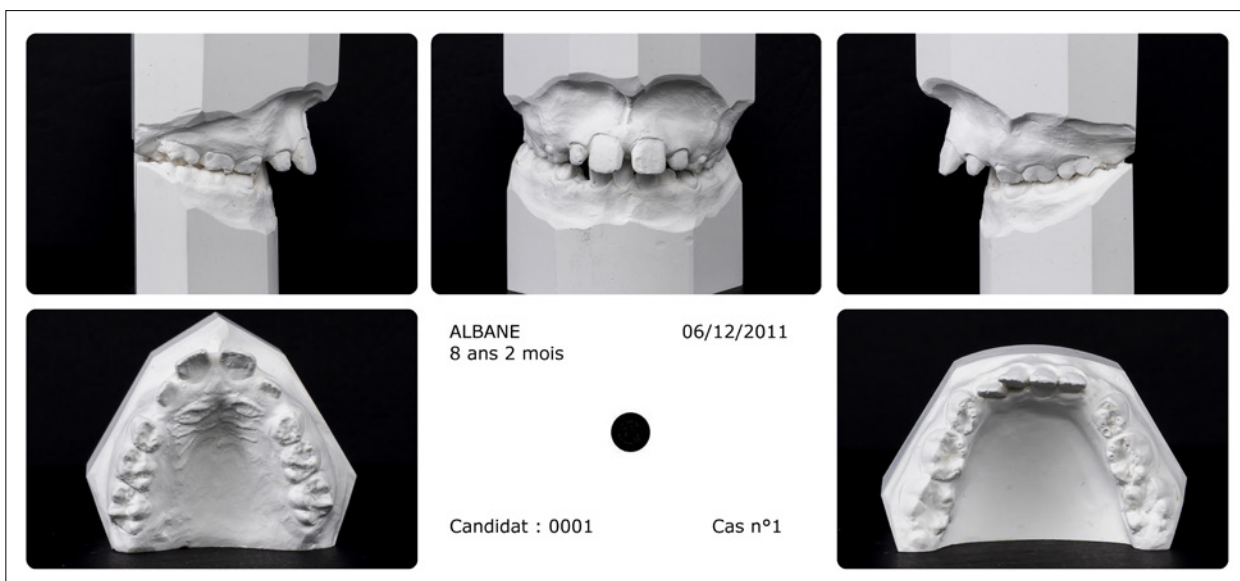
Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale 15 rue du Louvre, Bat 2 - RdC, 75001 Paris, France +33 (0)1 43 80 72 26 sfodf@sfodf.org www.sfodf.org

**sfodf**

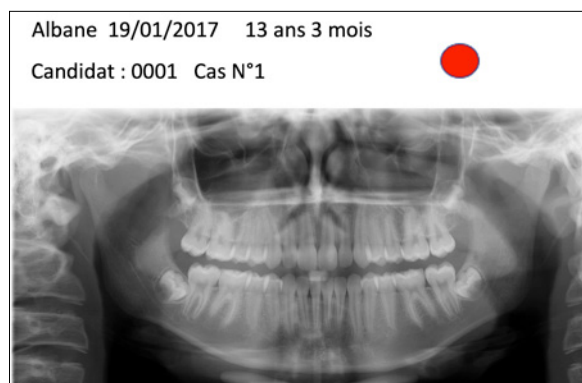
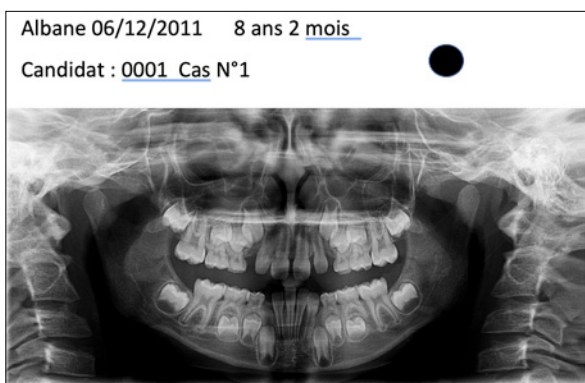
## 2 Fiche de difficulté du cas

sfodf		INDICE DE DIFFICULTÉ	
Candidat N°		Cas N°	
Nom du patient			
ID NOTE TOTALE DE DIFFICULTÉ DU CAS 20			
<b>SURPLOMB</b> <b>Positif</b> Bt à Bt 0 à 1 mm <input type="checkbox"/> 1 pt de 1 à 3 mm <input type="checkbox"/> 0 pt de 3 à 5 mm <input type="checkbox"/> 2 pts de 5 à 7 mm <input type="checkbox"/> 3 pts de 7 à 9 mm <input checked="" type="checkbox"/> 4 pts plus de 9 mm <input type="checkbox"/> 5 pts <b>Négatif</b> 1 pt par mm et par incisive centrale (11-21) <input type="text"/> <b>TOTAL 4</b>		<b>CÉPHALOMÉTRIE</b> <b>ANB</b> Plus de 6° ou moins de 2° <input type="text"/> 4 pts Par degré au delà de 6° <input type="text"/> 1 pt Par degré en dessous de 2° <input type="text"/> 1 pt <b>SN-MP</b> Égal ou au delà de 38° <input type="text"/> 2 pts Par degré au delà de 38° <input type="text"/> 1 pt Égal ou inférieur à 26° <input type="text"/> 2 pts Par degré en dessous de 26° <input type="text"/> 1 pt <b>Incisive inférieure / Plan mandibulaire</b> Égal ou supérieur à 99° <input type="text"/> 1 pt Par degré au delà de 99° <input type="text"/> 1 pt <b>TOTAL 0</b>	
<b>RECOUVREMENT INCISIF</b> <b>Supraclusion : Excès</b> De 1 à 3 mm <input type="checkbox"/> 0 pt de 3 à 5 mm <input type="checkbox"/> 2 pts de 5 à 7 mm <input type="checkbox"/> 3 pts 100 % <input checked="" type="checkbox"/> 5 pts <b>Infraclusion : Manque</b> 0 mm, 1 pt par incisive centrale <input type="text"/> Puis 1 pt par mm et par centrale <input type="text"/> <b>TOTAL 5</b>		<b>RELATION OCCLUSALE</b> <b>Antéro-postérieure</b> Classe I <input type="text"/> 0 pt Classe II <input type="text"/> 2 pts 2 ou III <input type="text"/> 4 pts 4 Par mm additionnel <input type="text"/> 1 pt <b>TOTAL 6</b>	
<b>DDM (Brut)</b> De 0 à 1 mm <input type="checkbox"/> 0 pt de 1 à 3 mm <input type="checkbox"/> 1 pt de 3 à 5 mm <input type="checkbox"/> 2 pts de 5 à 7 mm <input checked="" type="checkbox"/> 4 pts plus de 7 mm <input type="checkbox"/> 6 pts <b>TOTAL 4</b>		<b>Dimension transversale</b> Occlusion <input type="text"/> 1 pt par dent 1 inversée <input type="text"/> 2 pts par dent Lignes <input type="text"/> 2 pts medianes <input type="text"/> Plus de 3 mm <b>TOTAL 1</b>	
<b>PROBLÈMES ADDITIONNELS</b> Ankylose dent permanente <input type="text"/> 2 pts par dent Ectopie (sauf 3° molaire) <input type="text"/> 2 pts par dent Agénésie (sauf 3° molaire) <input type="text"/> 2 pts par dent Transposition <input type="text"/> 2 pts par dent Perte de dent (sauf 3° molaire) <input type="text"/> 1 pt par dent Diastème 11-21 supérieur à 2 mm <input type="text"/> 2 pts Microdontie 4 espaces / arcade <input type="text"/> 2 pts Autre (Décrire ci-dessous) <input type="text"/> 2 pts par pb <b>TOTAL PROBLÈMES ADDITIONNELS</b> <input type="text"/>			

### 3 Moulages



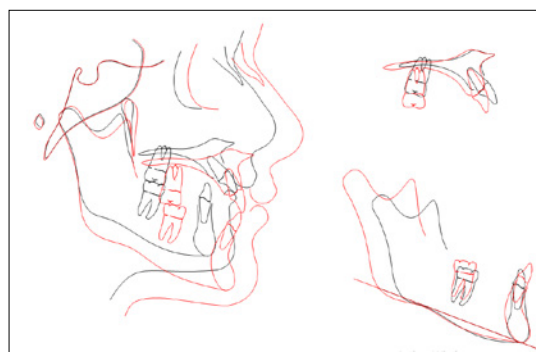
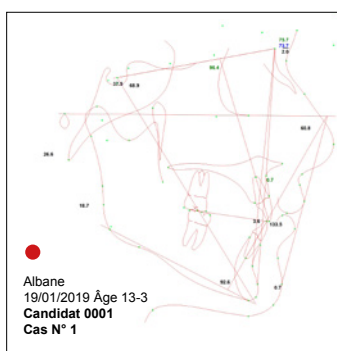
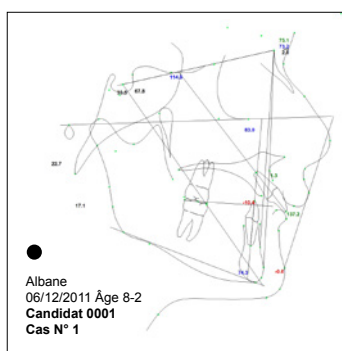
### 4 Radiographies panoramiques



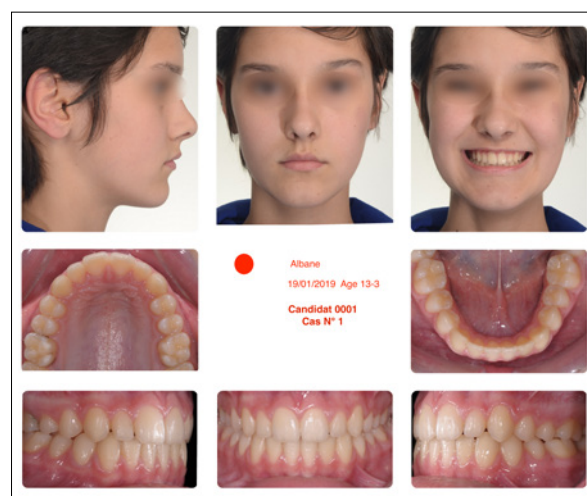
## 5 Téléradiographies céphalométriques



## 6 Tracés céphalométriques et superpositions



## 7 Photographies



## CHAPITRE 2

# Notation des cas par le jury SFODF

Le système de notation des cas (documents, analyse, plan de traitement et résultats) utilisé par la SFODF est identique à celui de l'American Board of Orthodontics. Les résultats sont cependant appréciés de manière appropriée par le jury de la SFODF, tenant compte de la difficulté du cas. L'acceptation d'un cas ne peut être comparé à celui de l'ABO mais reste au niveau le plus élevé et sous la responsabilité de la SFODF.

## Trois fiches d'évaluation et de notation

**Une fiche d'évaluation** des documents et du traitement par rapport aux objectifs.

**Une fiche de notation** de la finition de l'occlusion et des axes radiculaires.

**Une fiche d'alternatives** de traitement.

L'importance de ces fiches est qu'elles permettent au candidat de faire une auto-évaluation et qu'elles évitent toute variation dans la qualité du jugement. Une note de 0 montre qu'il n'y a aucune erreur et l'idéal est que le cas obtienne 0 erreur au niveau des documents, des objectifs de traitement céphalométriques et esthétiques, ainsi que dans le résultat final de l'occlusion, de l'intercuspidie et des axes radiculaires.

La notation de l'intercuspidie et des axes radiculaires est développée en Annexe 3.



# FICHE 1 Evaluation des documents, de l'analyse et du traitement

**FICHE D'EVALUATION DES DOCUMENTS, DE L'ANALYSE ET DU TRAITEMENT**

Candidat N°

Cas N°

**Mesures**

**Analyse squelettique**

	PRE TRT	PROG A	POST TRT B	DIFF A-B
SNA°				
SNB°				
ANB°				
SN-MP°				
FMA°				

**Analyse dentaire**

1 sup / NA mm				
1 sup / SN°				
1 inf / NB mm				
1 inf / MP°				

**Arcade**

Dist : 16-26				
Dist : 36-46				
Dist : 33-43				
Courbe de Spee				
Forme arcade mandibulaire				

**Analyse faciale**

Lèvre Sup. / Ligne E				
Lèvre Inf. / Ligne E				

**Résultats**

0 - ANALYSE CORRECTE    1 - ANALYSE FAUSSE

OBJECTIFS DU CANDIDAT	PRE TRT	POST TRT	NOTE
Ant.-Post. Maxil.	0/ 1	0/ 1	
Ant.-Post. Mand.	0/ 1	0/ 1	
Vert. Maxil.	0/ 1	0/ 1	
Vert. Mand.	0/ 1	0/ 1	
Ant.-Post. Maxil.	0/ 1	0/ 1	
Ant.-Post. Mand.	0/ 1	0/ 1	
Vertical	0/ 1	0/ 1	
Modif. Maxil.	0/ 1	0/ 1	
Modif. Mand.	0/ 1	0/ 1	
Dist. 33-43	0/ 1	0/ 1	
Courbe de Spee	0/ 1	0/ 1	
Forme arcade	0/ 1	0/ 1	
Maxil.	0/ 1	0/ 1	
Mand.	0/ 1	0/ 1	

**Note totale des analyses**

**Documents**

	PHOTOS FACIALES	PHOTOS INTRA-ORALES	RADIO INTRA-ORALES	DOCUM. PARO	TELE RADIO & TRACES	SUPER- POSITION TRACES	MOULAGES	DESCRIPTION DU CAS	QUALITE PRESENTATION
Avant Trt A	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1		
Après Trt B	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1	0/ 1

**Note totale des documents**

**Appréciation générale**


Plan de Traitement / Séquences & Mécaniques	Résultats du Traitement
0 (partiel) / 1 (0 erreur) / 2 (2 erreurs) / 3 (3 erreurs)	0 (partiel) / 1 (0 erreur) / 2 (2 erreurs) / 3 (3 erreurs)

**Note appréciation**

**NOTE FINALE DU CAS**

> Cette fiche tient compte des objectifs de traitement proposés par le candidat et des normes acceptées par l'ensemble des Sociétés Orthodontiques Nationales et Internationales.

# FICHE 2 Qualité de la finition de l'intercuspidie et des axes radiculaires



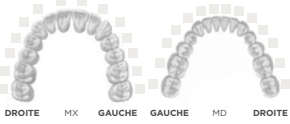
**FICHE D'EVALUATION**  
DE L'OCCCLUSION ET  
DES AXES RADICULAIRES

Cas N° \_\_\_\_\_

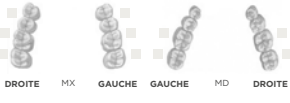
Patient \_\_\_\_\_

**Note totale** \_\_\_\_\_


**Alignement**



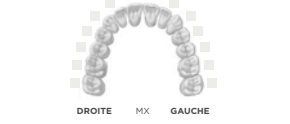
**Crêtes Marginales**



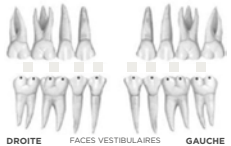

**Axes Linguo-Vestibulaires**



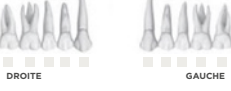
**Surplomb**



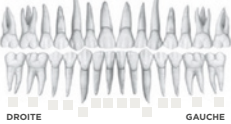
**Contacts Occlusaux**

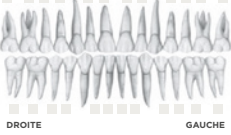
**Relations Occlusales**



**Contacts Inter-proximaux**




**Axes Radiculaires**



**NOTE**

La note de déficience est placée au niveau de la dent responsable.  
Les dents absentes sont marquées d'une croix.



sfodf

# Exemple

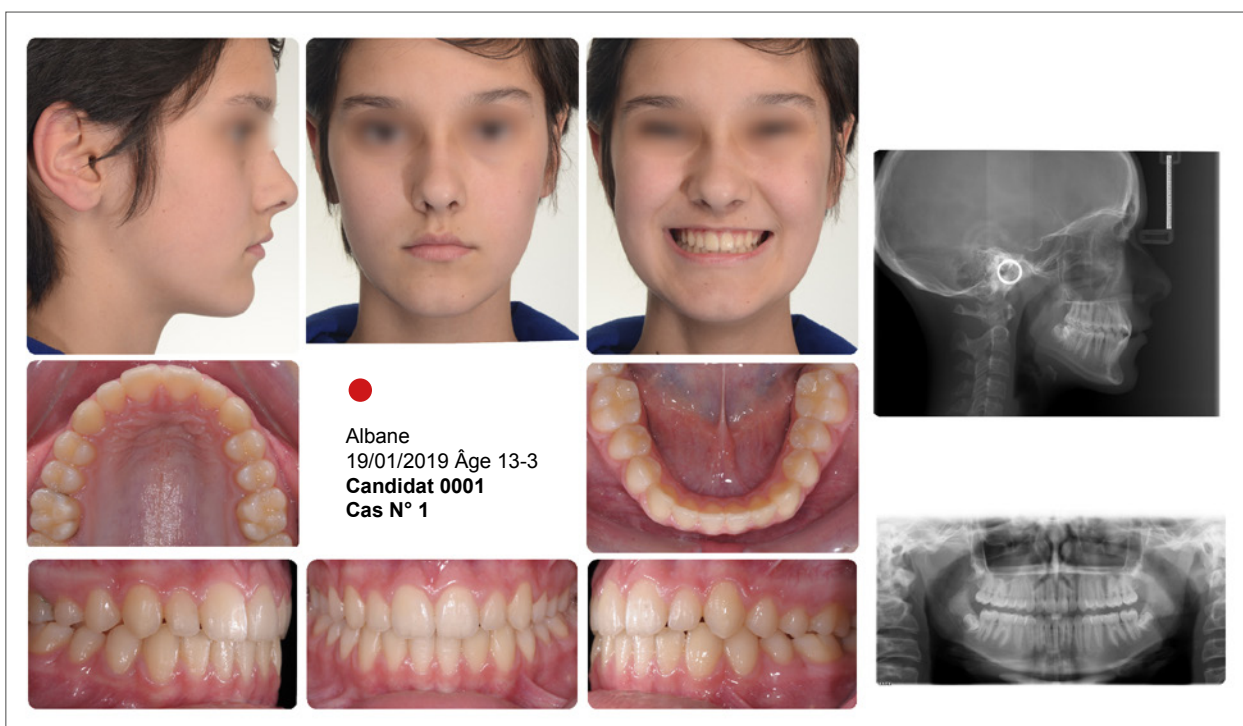
Le cas d'Albane présenté précédemment sert d'exemple de la notation telle qu'elle est proposée par le jury de la SFODF.

## Documents avant traitement

Albane - Candidat 0001 - Cas N° 01



## Documents après traitement



# 1 Notation des documents et du traitement

Pour Albane, l'évaluation du jury montre une note d'1 point ce qui est excellent. Les objectifs de traitement étaient cohérents et ont tous été respectés. Le seul point concerne les photos intra orales de début de traitement qui ne montrent pas les premières molaires.

**FICHE D'EVALUATION DES DOCUMENTS, DE L'ANALYSE ET DU TRAITEMENT**

Candidat N°  
0001  
Cas N°  
1

**Mesures**

**Résultats**

**Analyse squelettique**

0 - ANALYSE CORRECTE    1 - ANALYSE FAUSSE

**Céphalométrie**

	PRE TRT	PROG	POST TRT	DIFF
	A	A1	B	A-B
SNA°	75,1		75,7	+0,6
SNB°	73,2		73,7	+0,5
ANB°	2,1		2	-0,1
SN-MP°	33,5		37,5	+4
FMA°	22,7		26,6	+4

OBJECTIFS DU CANDIDAT	PRE TRT	POST TRT	NOTE
	OBJECTIFS	RÉSULTATS	
Ant.-Post. Maxil.	Maintenir	0 / 1    0 / 1	0
Ant.-Post. Mand.	Avancer légèrement	0 / 1    0 / 1	0
Vert. Maxil.	Augmenter Léger.	0 / 1    0 / 1	0
Vert. Mand.	Augmenter	0 / 1    0 / 1	0

**Analyse dentaire**

1 sup / NA mm	+6	+2	-4
1 sup / SN°	115	95	-19
1 inf / NB mm	-2	+3	+5
1 inf / MP°	74,3	91,8	+17

Ant.-Post. Maxil.	Recul Inc. Redress.	0 / 1    0 / 1	0
Ant.-Post. Mand.	Avancer-Verser	0 / 1    0 / 1	0
Vertical	Eggres. Molaires	0 / 1    0 / 1	0

**Arcade**

Dist : 16-26	47	53	+6
Dist : 36-46	43	44	+1
Dist : 33-43			
Courbe de Spee			
Forme arcade mandibulaire			

Modif. Maxil.	Disjonction	0 / 1    0 / 1	0
Modif. Mand.	Redress. Axial 6	0 / 1    0 / 1	0
Dist. 33-43		0 / 1    0 / 1	
Courbe de Spee		0 / 1    0 / 1	
Forme arcade		0 / 1    0 / 1	

**Analyse faciale**

Lèvre Sup. / Ligne E	-2	-3	-1
Lèvre Inf. / Ligne E	-6	-2	+4

Maxil.	Recul léger	0 / 1    0 / 1	0
Mand.	Avancer	0 / 1    0 / 1	0

**Documents**

Note totale des analyses    0

	PHOTOS FACIALES	PHOTOS INTRA ORALES	RADIO INTRA ORALES	DOCUM. PARO	TÉLÉ RADIO & TRACES	SUPER-POSITION TRACES	MOULAGES	DESCRIPTION DU CAS	QUALITÉ PRÉSENTATION
Avant Trt A	0 / 1	0 / ✓1	0 / 1	0 / 1	0 / 1		0 / 1		
Après Trt B	0 / 1	0 / 1	0 / 1	0 / 1	0 / 1	0 / 1	0 / 1	0 / 1	0 / 1

**Appréciation générale**

Note totale des documents    1

Plan de Traitement / Séquences & Mécaniques  
0 (parfait) / 1 (1 erreur) / 2 (2 erreurs) / 3 (3 erreurs)

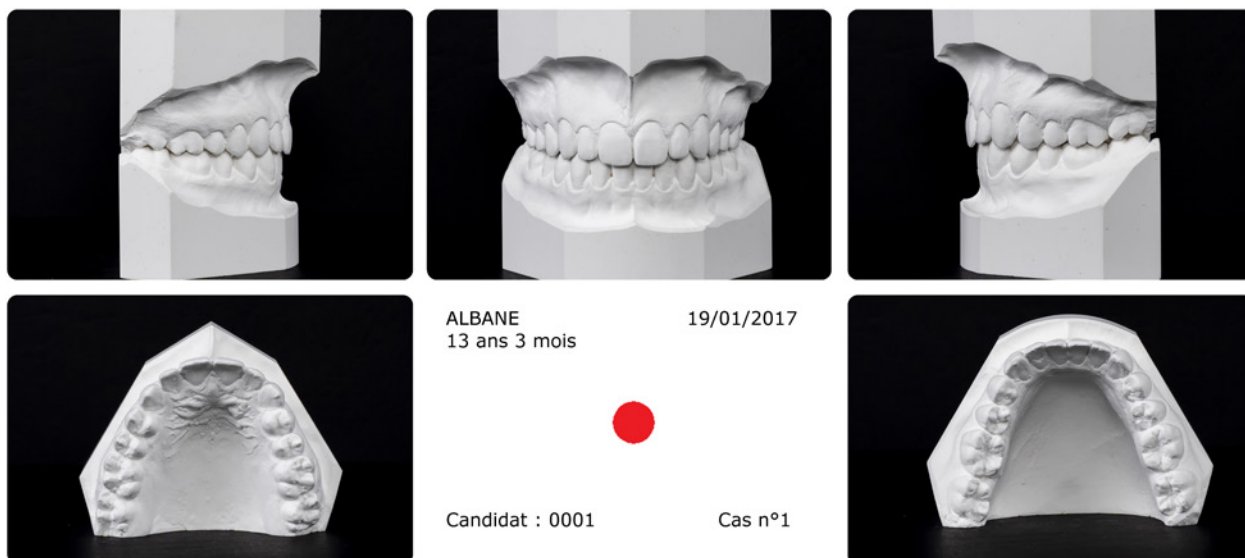
Résultats du Traitement  
0 (parfait) / 1 (1 erreur) / 2 (2 erreurs) / 3 (3 erreurs)

Note appréciation    0

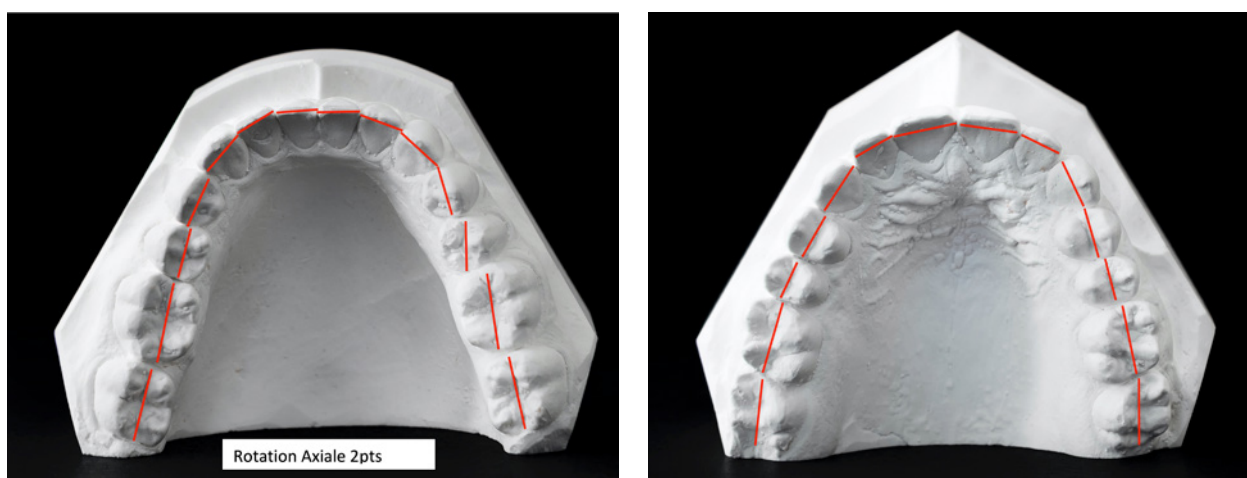
**NOTE FINALE DU CAS**    1

## 2 Finition de l'occlusion

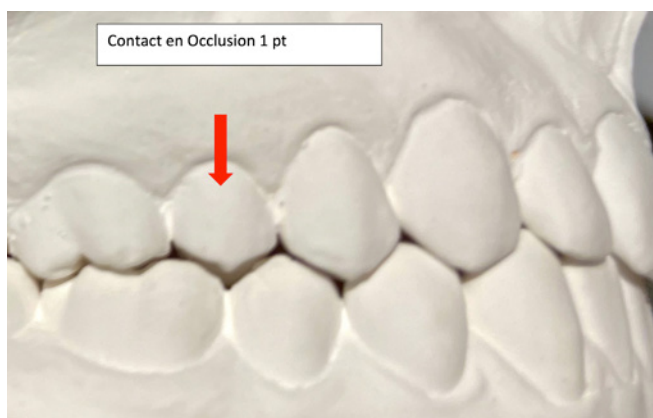
Les seuls points déficients dans l'analyse des moulages concernent une rotation axiale de 45 et trois autres détails tels que les contacts occlusaux et les axes linguo-vestibulaires. La radiographie montre une légère déviation axiale de 42. Ce résultat est excellent.



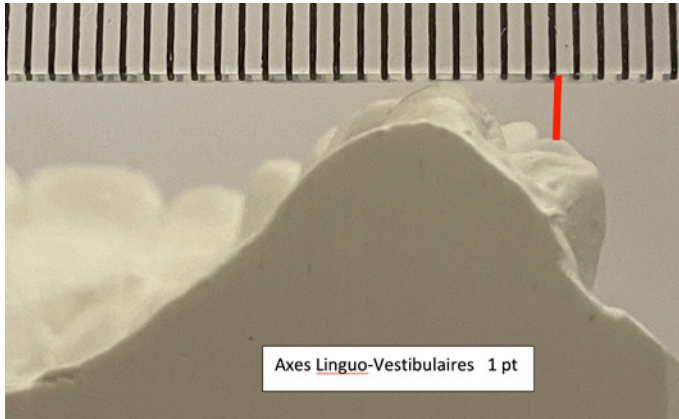
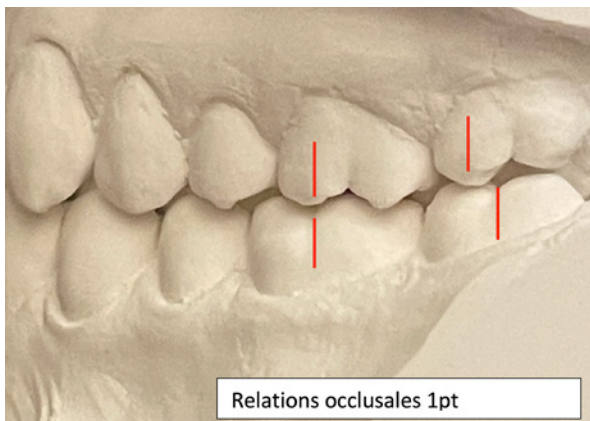
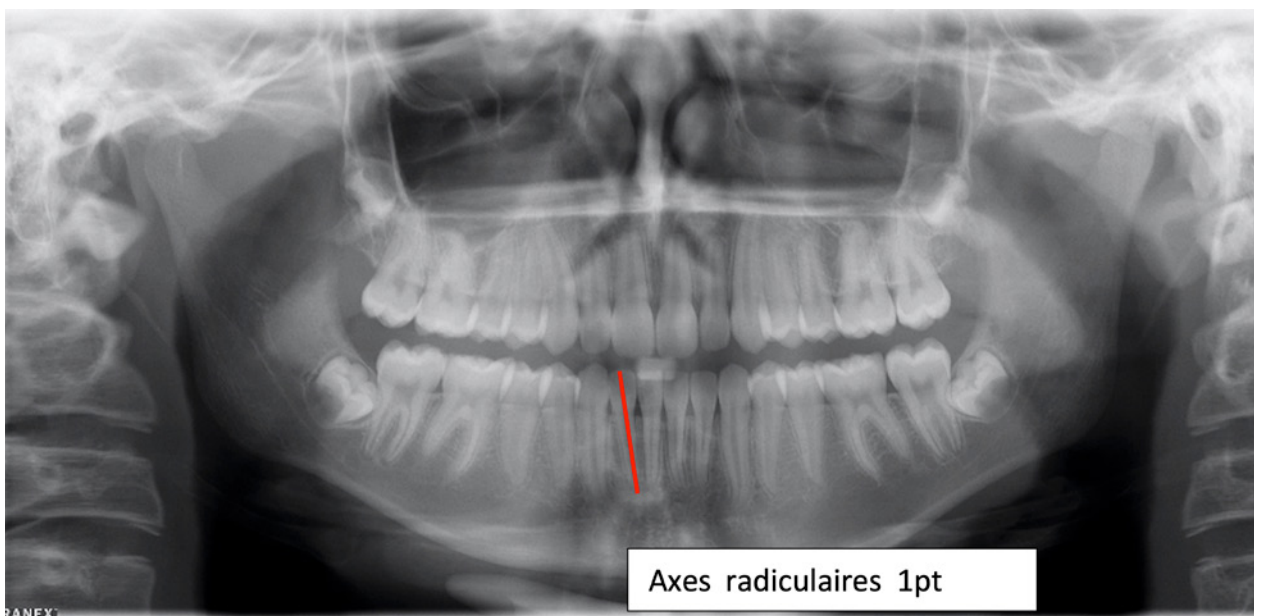
### A Alignements



### B Contacts occlusaux





**C Axes Linguo-Vestibulaires****D Relations occlusales****E Axes radiculaires**



## F Fiche d'évaluation

FICHE D'ÉVALUATION  
DE L'OCCLUSION ET  
DES AXES RADICULAIRES

Cas N°

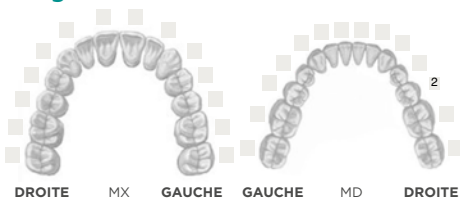
1

Patient

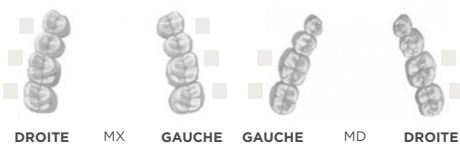
Albane

Note  
totale 6

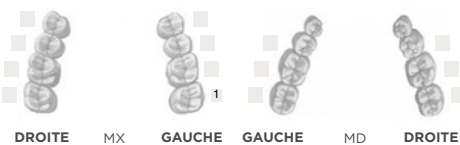
## Alignement 2



## Crêtes Marginales 0



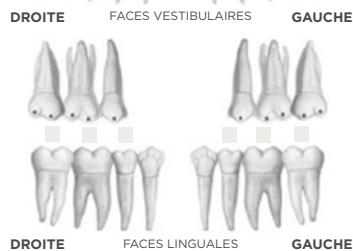
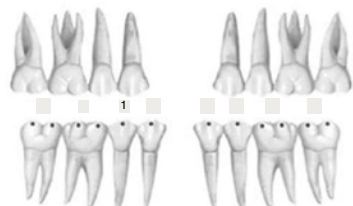
## Axes Linguo-Vestibulaires 1



## Surplomb 0



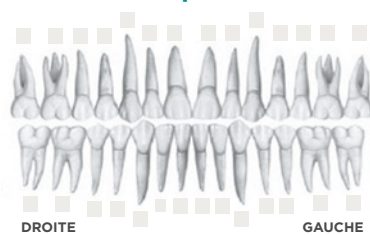
## Contacts Occlusaux 1



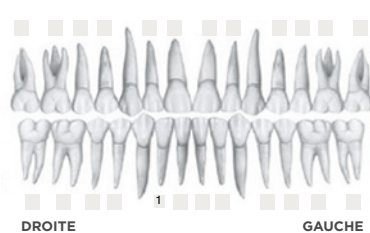
## Relations Occlusales 1



## Contacts Inter-proximaux 0



## Axes Radiculaires 1



## NOTE

La note de déficience est placée au niveau de la dent responsable.  
Les dents absentes sont marquées d'une croix.



## ANNEXE 1

# Aide pour remplir la partie « Objectifs de traitement »

Dans le but de normaliser la Fiche « Objectifs de Traitement », un document est proposé au candidat afin de lui permettre de remplir plus facilement cette fiche. Les éléments recommandés dans cette fiche mettent en avant les points qui sont importants pour le Jury, principalement tous les éléments qui peuvent être quantifiés et vérifiés.

## ARCADE

## Antéro-Postérieur

## Vertical

## Transversal

## Analyse squelettique

## MAXILLAIRE

Aucune Modification  
Pas de Croissance  
Croissance Faible probable  
Croissance Normale Prévue  
Maintenir Même Position

Pro-Traction : ..... mm  
Rétraction : ..... mm

Aucune Modification  
Pas de Croissance  
Croissance Faible probable  
Croissance Normale Prévue  
Maintenir Même Position  
Ingression (Post : ... mm / Ant : ... mm)  
Egression (Post : ... mm / Ant : ... mm)  
Correction d'une asymétrie verticale

Pas de Modification  
Expansion : ..... mm  
Contraction : ..... mm

## MANDIBULAIRE

Aucun Changement  
Pas de Croissance  
Croissance Faible  
Croissance Normale (Horizontale)  
Idem mais (Horizontale et Verticale)  
Idem mais (Plus Verticale)  
Modif. Pog. par Contrôle Vertical  
Pog. Avance : ..... mm  
Pog. Recule : ..... mm

Aucune Modification  
Pas de Croissance  
Croissance Faible probable  
Croissance Normale Prévue  
Excès de Croissance Verticale

Prévisions thérapeutiques :  
Rotation Horaire (Augment. 1/3 inf.)  
Rotation Inverse (Diminue le 1/3 inf.)  
Correction d'une asymétrie

Pas de Modification  
Expansion : ..... mm  
Contraction : ..... mm

## Analyse dentaire

## MAXILLAIRE

**Zone Molaire :** Aucun Changement  
Croissance Normale - Pas de Modification  
Contrôle des Molaires Total  
Dérive mésiale des 6 (2 à 3 mm)  
Mésialer les 6 : 16 : ..... mm ; 26 : ..... mm  
Distaler les 6 : 16 : ..... mm ; 26 : ..... mm

**Zone Antérieure :** Aucun Changement  
Maintien des Incisives  
Vestibuler les incisives : ..... mm ; ..... °  
Lingualer les incisives : ..... mm ; ..... °  
Maintenir l'Axe Incisif  
Modifier cet Axe : + ou - : ..... °

**Zone Molaire :** Aucun Changement  
Croissance Normale  
Maintien vertical des 16-26  
Ingression des 6 : ..... mm  
Egression des 6 : ..... mm

**Zone Antérieure :**  
Maintien des Incisives même niveau  
Ingression : ..... mm  
Egression : ..... mm

**Zone Molaire :** Aucun Changement  
Expansion molaire : ..... mm  
Expansion Prémolaire : ..... mm

Expansion Canine : ..... mm  
Réduction Dist 13-23 : ..... mm

**Forme d'Arcade :**  
- Maintenue  
- Modifiée : .....

## MANDIBULAIRE

**Zone Molaire :** Aucun Changement  
Croissance Normale - Pas de Modification  
Contrôle des Molaires Total  
Dérive mésiale des 6 (2 à 3 mm)  
Mésialer les 6 : 36 : ..... mm ; 46 : ..... mm  
Distaler les 6 : 36 : ..... mm ; 46 : ..... mm

**Zone Antérieure :** Aucun Changement  
Maintien des Incisives  
Vestibuler les incisives : ..... mm ; ..... °  
Lingualer les incisives : ..... mm ; ..... °  
Maintenir l'Axe Incisif  
Modifier cet Axe : + ou - : ..... °

**Zone Molaire :** Aucun Changement  
Croissance Normale  
Maintien vertical des 16-26  
Ingression des 6 : ..... mm  
Egression des 6 : ..... mm

**Zone Antérieure :**  
Maintien des Incisives même niveau  
Ingression : ..... mm  
Egression : ..... mm

**Zone Molaire :** Aucun Changement  
Expansion molaire : ..... mm  
Expansion Prémolaire : ..... mm

Expansion Canine : ..... mm  
Réduction Dist. 13-23 : ..... mm

**Forme d'Arcade :**  
- Maintenue  
- Modifiée : .....

## Analyse faciale

## ESTHÉTIQUE FACIALE

Aucun Changement Anticipé  
Réduire la Convexité  
Augmenter cette Convexité  
Maintien des rapports labiaux  
mais les reculer / au Plan E  
Recul Lèvre Sup. : ..... mm  
Recul Lèvre Inf. : ..... mm

Maintien des rapports labiaux  
mais les avancer / au Plan E  
Avancer la Lèvre Sup. : ..... mm  
Avancer la Lèvre Inf. : ..... mm

Augmenter ou diminuer la protrusion  
mentonnaire : ..... mm  
(Croissance/Chirurgie)

Croissance Normale de la Dimension  
Faciale Anticipée  
Aucune Modification Attendue  
Réduction de la Hauteur Faciale  
Réduction de la béance labiale  
Augmentation de la Hauteur Faciale  
Mécaniques de Contrôle  
de la Hauteur Faciale  
Croissance Verticale Anticipée  
Très Importante

Position des Incisives / Lèvre  
- Modification +/\_ : ..... mm

Sourire Gingival : Modification  
proposée

Largeur des ailes du nez

Modifications dans le sourire :  
Expliquer : .....

## ANNEXE 2

# Photographies

Les photographies faciales et dentaires sont un élément essentiel du diagnostic et de la communication, en particulier de l'évaluation d'un cas.

Aucun orthodontiste ne peut se passer de photographies de la plus haute qualité, pour communiquer avec ses patients et leurs parents, pour indiquer au confrère référent ou traitant des éléments particuliers.

**Les Boards sont très exigeants à ce niveau là et toute communication professionnelle ne peut se faire sans une iconographie correcte.**



**> Montage  
et qualité  
exigée**

# Recommandations de l'European Board

## Couleur du visage

**1**

Les photographies couleur du visage (vues frontale, latérale et sourire), la tête étant positionnée selon FH et les yeux sur une ligne.

- Éviter les ombres.
- Utilisez un arrière-plan blanc.
- Positionner la tête du patient de telle manière que le plan de Francfort soit horizontal (FH).
- Toutefois, le tracé du FH sur la photographie de votre cas n'est pas à mettre.

**2**

Évitez les yeux fermés.

**3**

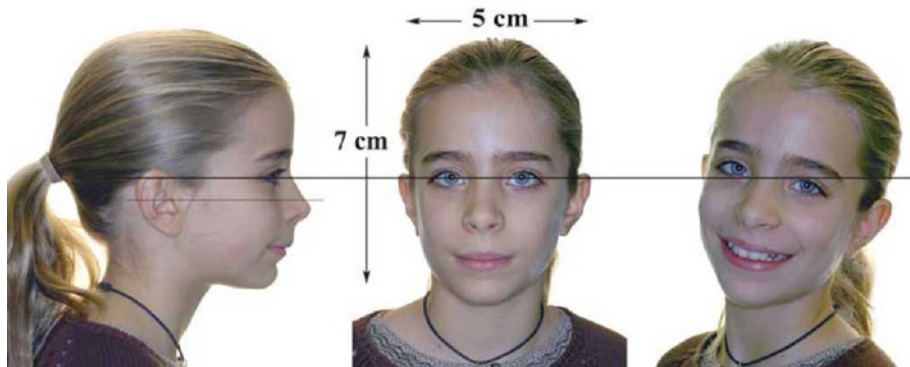
Évitez les yeux rouges.



## Position du visage

- 4** Positionnez les yeux sur une ligne.

S'il n'y a pas de problème respiratoire, évitez une bouche ouverte. Évitez le port de lunettes.



- 5** Assurez-vous de la position correcte du patient pour la prise des photographies frontales.

*Dans cet exemple, la photographie du milieu est appropriée.*



- 6** Essayez d'obtenir un sourire détendu.





# Photographies couleur intra-orales de l'occlusion

**1** Les photographies couleur intra-orales de l'occlusion vues de face, du côté droit et du côté gauche doivent être imprimées aux dimensions approximatives de 5 cm sur 7 cm.

La ligne correspondant au plan d'occlusion doit être horizontale.



*Sur ces photographies, les lignes horizontales et verticales indiquent la position de la denture dans le cadre d'image ; il n'est pas nécessaire qu'elles apparaissent sur vos photographies de cas.*



**2** Évitez une photographie prise au-dessus du sujet (en « plongée »).

**3** Évitez une photographie prise en dessous du sujet (en « contre-plongée »).

**4** Évitez l'exposition trop visible des écarteurs de joues/lèvres.



**5** Prise au moyen d'un flash.



**6** Prise sous un scialytique.



# Recommandations de l'American Board

**A**

- Relation d'occlusion centrée.
- Lèvres en contact détendues.
- Tête droite, yeux fixant l'horizon.
- Tout le visage est visible, oreilles, front.
- Le sourcil gauche est légèrement visible.
- Centre de l'image 1 cm en avant de l'oreille.
- Fond blanc.

**B**

- Tête droite et symétrique.
- Yeux ouverts regardant l'appareil photographique.
- Oreilles visibles.
- Pas de lunettes ni de bijoux.
- Ligne bi-pupillaire horizontale.
- Le centre de l'image est la pointe du nez.

**C**

- Sourire non forcé ( large et détendu) avec le même réglage que la photographie frontale.





**D**

- Le plan d'occlusion est horizontal et coupe la photographie en deux parties égales.
- La denture postérieure est symétrique.
- Les dents sont en occlusion centrée.



**E**

- Photographie sans miroir, la première molaire doit être vue en entier.
- L'incisive co-latérale doit être visible.
- L'ensemble de la gencive attachée doit être visible.
- Le plan d'occlusion est horizontal et parallèle au cadre.
- L'appareil photographique est au niveau de ce plan.



**F**

- Photographie identique pour le côté opposé.



**G**

- Le raphé palatin centre la photographie.
- L'arcade entière doit être vue, les tissus mous sont à minima dans la photographie.

**H**

- Remplir le cadre avec l'arcade, au minimum jusqu'à la 1<sup>ère</sup> molaire en entier.
- Les faces vestibulaires des incisives sont parallèles au bord inférieur.
- La ligne médiane est centrée.

**I**

- Si un miroir est utilisé, la photographie est inversée pour être identique à une image directe.
- Avec un miroir, la 2<sup>ème</sup> molaire doit être visible.

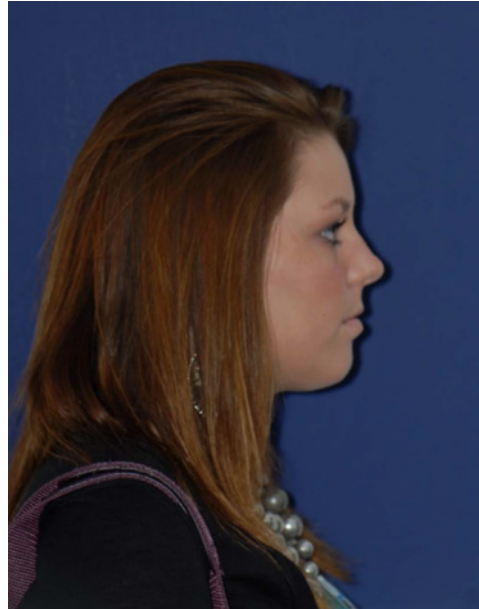
**J**

- La photographie contro-latérale est prise de la même manière.

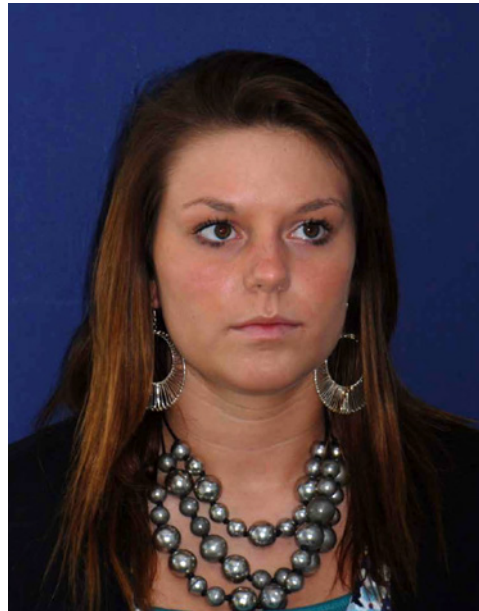


**K**

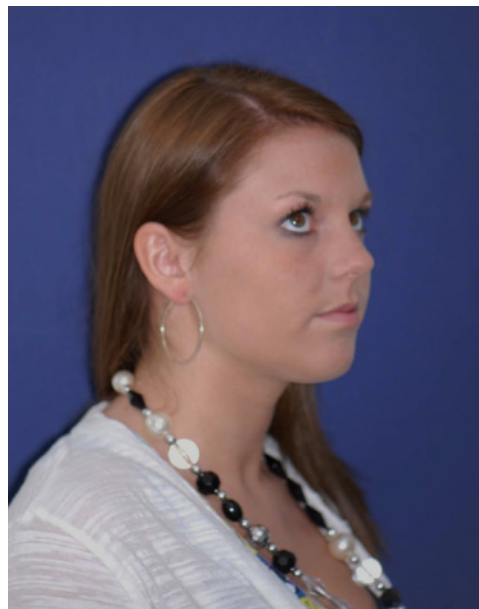
- Photographie faciale médiocre, avec une ombre créant un double profil.
- Un fond blanc est préférable. Les fonds noirs sont plus artistiques mais montrent moins le profil.
- Appareil photographique trop éloigné.

**L**

- Tête tournée, ne regarde pas l'appareil photographique.
- Bijoux intempestifs.
- Les cheveux couvrent les oreilles. Pas de référence de l'horizontale.
- La photographie ne doit contenir que la tête et le cou.
- Photographie trop foncée.

**M**

- Photographie sans intérêt diagnostic.
- Bijoux et ombres présents.
- Cadrage impropre.
- Patient regardant en haut et latéralement.





## ANNEXE 3

# Notation de l'occlusion finale par le jury SFODF

Une occlusion finale peut être appréciée de deux façons :

- 1** les 6 clés de l'occlusion décrites par Andrews servent de référence à l'European Board of Orthodontics
- 2** la fiche d'évaluation de l'American Board of Orthodontics

La SFODF suit la notation de l'ABO qui est plus quantitative, les éléments qui traduisent la qualité du résultat étant cependant les mêmes pour ces deux Boards.

# Evaluation de l'European Board

## Les six clés d'Andrews

Pour les présentations, les candidats sont encouragés à sélectionner et évaluer leurs cas selon les « six clés de l'occlusion normale » d'Andrews.

### La clé I se rapporte à l'occlusion et à la relation inter-arcade



Cette clé se compose de sept éléments :

- 1** La cuspide mésio-vestibulaire de la première molaire maxillaire permanente s'engrène avec le sillon vestibulaire séparant la cuspide mésio-vestibulaire et la cuspide centro-vestibulaire de la première molaire mandibulaire permanente, selon la classification d'Angle.
- 2** La crête marginale distale de la première molaire maxillaire s'engrène avec la crête marginale mésiale de la deuxième molaire mandibulaire.
- 3** La cuspide mésio-linguale de la première molaire maxillaire s'engrène avec la fosse centrale de la première molaire mandibulaire.
- 4** Les cuspides vestibulaires des prémolaires maxillaires ont une relation cuspide/embrasure avec les prémolaires mandibulaires.
- 5** Les cuspides linguales des prémolaires maxillaires ont une relation cuspide/fosse avec les prémolaires mandibulaires.
- 6** La canine maxillaire a une relation cuspide-embrasure avec la canine et la première prémolaire mandibulaires. La pointe de la cuspide est légèrement mésiale par rapport à l'embrasure.
- 7** Les incisives maxillaires recouvrent les incisives mandibulaires et les lignes médianes des arcades coïncident.

L'engrènement des cuspides, sillons et crêtes marginales des molaires, la relation cuspide/embrasure des prémolaires et des canines ainsi que le surplomb incisif peuvent être observés directement du côté vestibulaire.

L'évaluation de l'occlusion des cuspides linguales des molaires et des prémolaires est possible lorsque ces dents sont observées du côté de leur face mésio-vestibulaire, comme expliqué ci-dessous. La relation inter-arcade des dents postérieures des deux dentures peut être similaire, mais l'intercuspitation des faces occlusales des deux dentures peut différer en raison des différentes inclinaisons des couronnes. Il est inutile de tenter d'évaluer l'inclinaison coronaire (et de ce fait de l'intercuspédie) du côté vestibulaire. Ce serait un peu comme essayer de voir si les brides d'une charnière sont solidarisées ou non en examinant uniquement leur joint.

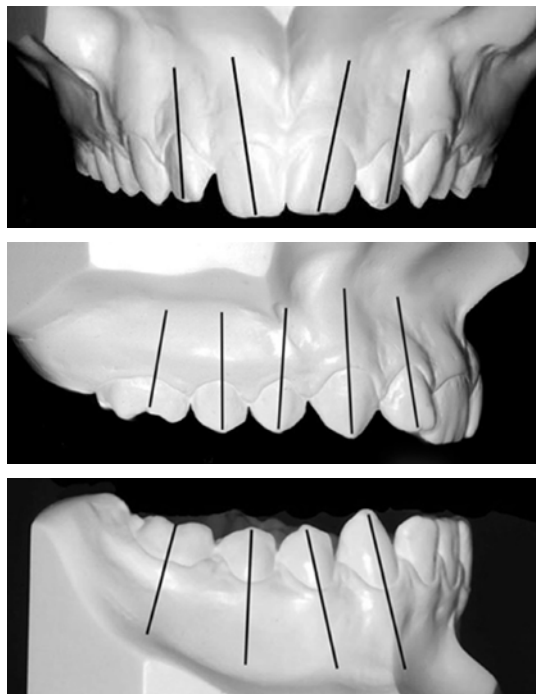
Une intercuspédie correcte dépend d'une relation inter-arcade, d'une angulation et d'une inclinaison des couronnes correctes. La relation inter-arcade et l'angulation des couronnes sont mieux évaluées du côté vestibulaire ; l'inclinaison des couronnes des dents postérieures est mieux évaluée du côté mésio-vestibulaire. L'évaluation de l'occlusion postérieure d'abord du côté vestibulaire (pour l'angulation et la relation inter-arcade) puis du côté mésio-vestibulaire (pour l'inclinaison) permet une vision de l'occlusion qui peut être décrite et quantifiée systématiquement.

Ces informations, associées à d'autres recommandations sur l'occlusion, définissent un ensemble de critères en fonction desquels les déviations occlusales peuvent être identifiées.

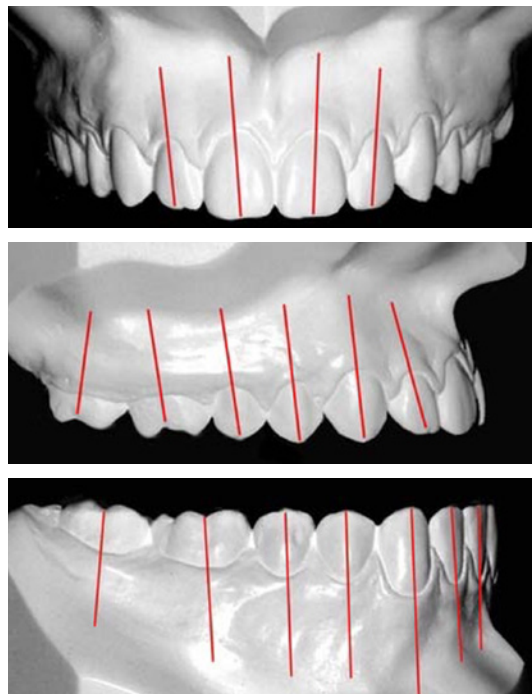
## Clé II : angulation des couronnes

Fondamentalement, toutes les couronnes présentent une angulation positive. Toutes les couronnes de chaque type dentaire ont le même degré d'angulation. Les deuxièmes molaires maxillaires n'ont une angulation positive qu'après leur éruption complète. Les troisièmes molaires sont trop souvent absentes pour être évaluées.

**Avant traitement**



**Après traitement**



## Clé III : inclinaison des couronnes

Comme pour l'angulation, il existe également une géométrie constante de l'inclinaison des couronnes, où les dents individuelles présentent les caractéristiques suivantes.

**1** La plupart des incisives maxillaires ont une inclinaison positive, les incisives mandibulaires ont une inclinaison légèrement négative. Par rapport à un axe perpendiculaire au plan d'occlusion, l'inclinaison positive des incisives maxillaires est plus marquée que l'inclinaison négative des incisives mandibulaires par rapport au même axe.

**2** L'inclinaison des incisives centrales maxillaires est généralement plus marquée que l'inclinaison des incisives latérales.

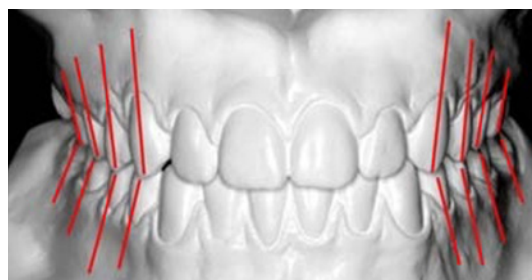
**3** L'inclinaison des canines et des prémolaires est négative et tout à fait comparable. L'inclinaison des premières et deuxièmes molaires maxillaires est également similaire et négative, mais légèrement plus marquée que celle des canines et des prémolaires. L'inclinaison négative plus accentuée des molaires est due à la mesure depuis le sillon au lieu de la crête de la face vestibulaire à partir de laquelle l'inclinaison des canines et des prémolaires est mesurée.

**4** L'inclinaison négative des couronnes mandibulaires s'accroît des incisives aux deuxièmes molaires.

**Avant traitement**

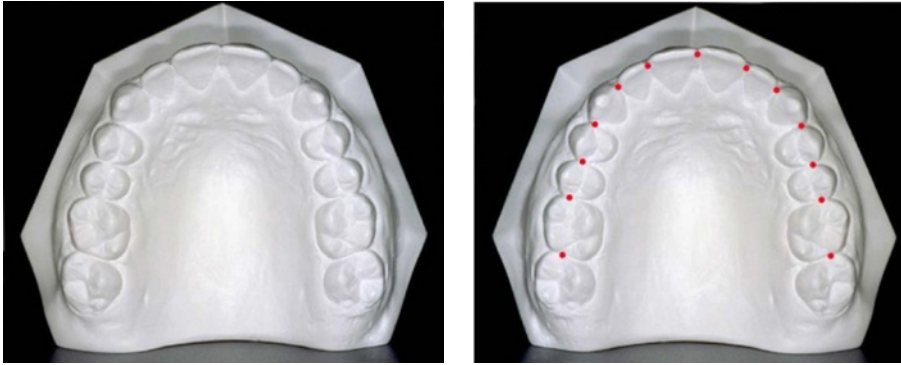


**Après traitement**

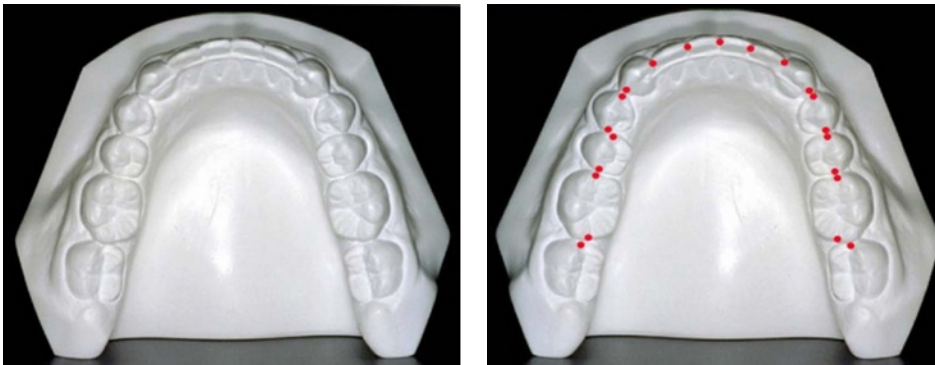


### Clé IV : rotations

La quatrième clé d'une occlusion optimale est l'absence de rotations dentaires.



Une arcade supérieure correctement alignée.



Une arcade inférieure apparemment correctement alignée mais un examen minutieux révèle quelques légères rotations.

### Clé V : points de contacts serrés

Les points de contacts inter-dentaires doivent être serrés à moins qu'il n'existe une dysharmonie dento-dentaire au niveau du diamètre mésio-distal.

### Clé VI : courbe de Spee

Le tracé de la courbe de Spee varie d'une ligne droite à une forme légèrement concave.

**Avant traitement**



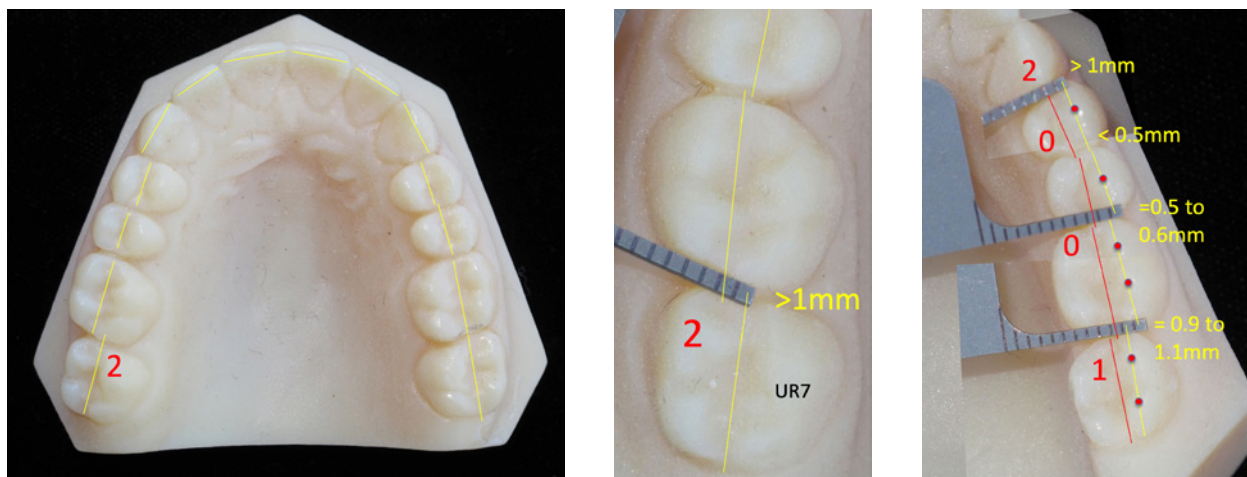
**Après traitement**



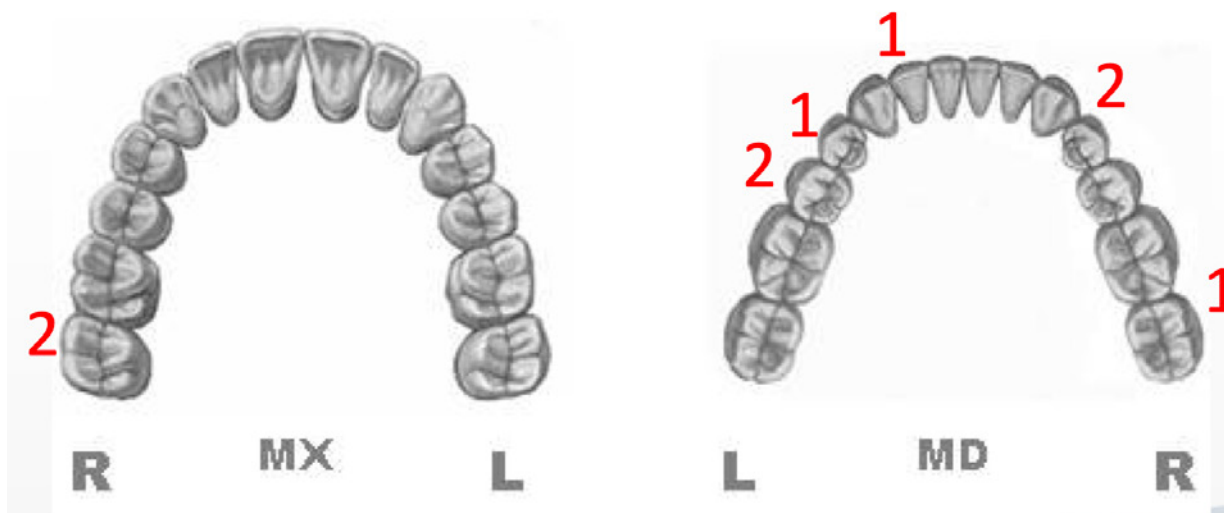
**Référence :** Andrews FL. The six keys to normal occlusion. American Journal of Orthodontics 1972;62:296-309

# Evaluation de l'American Board

## Alignement

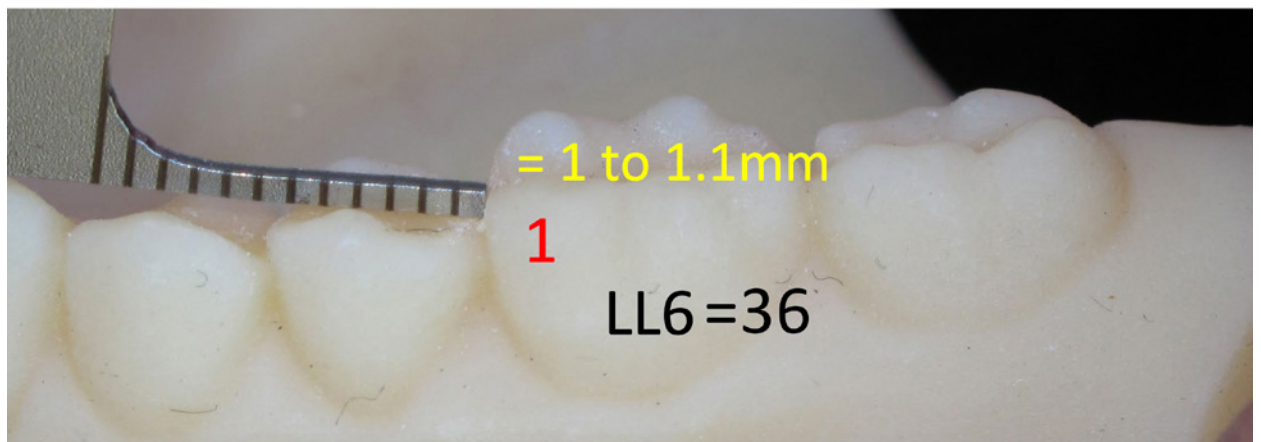
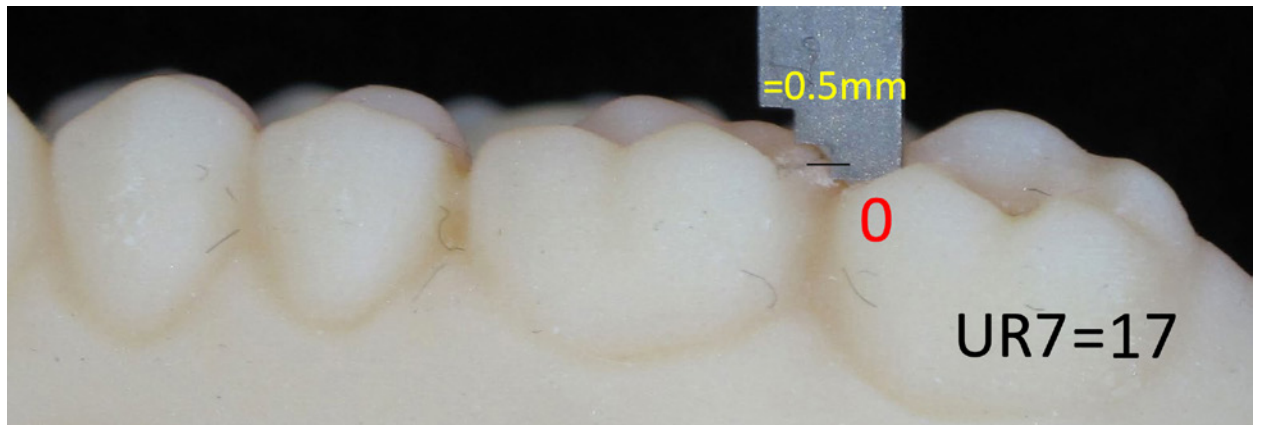


## Alignment (9 pts)

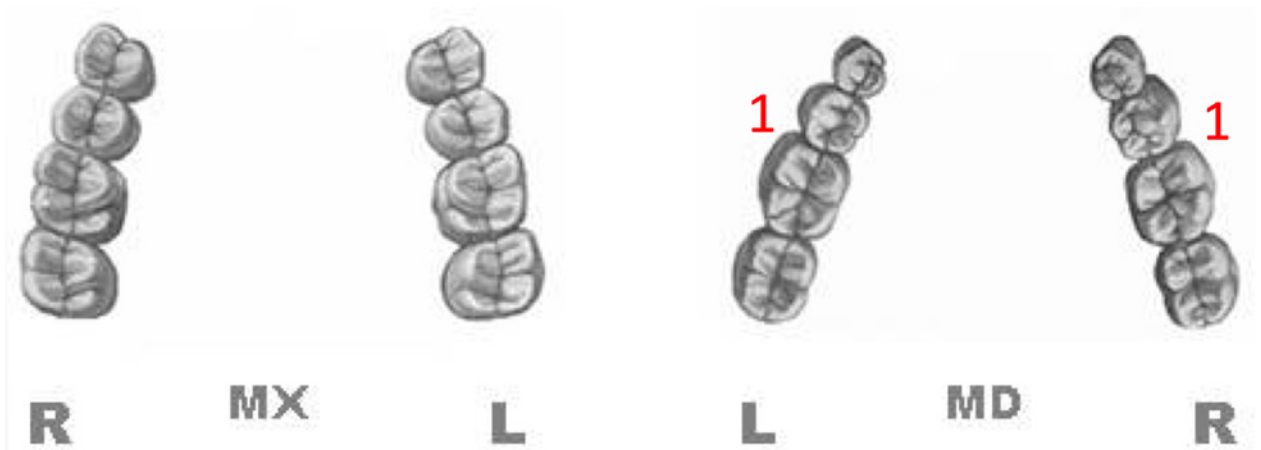




# Crêtes marginales

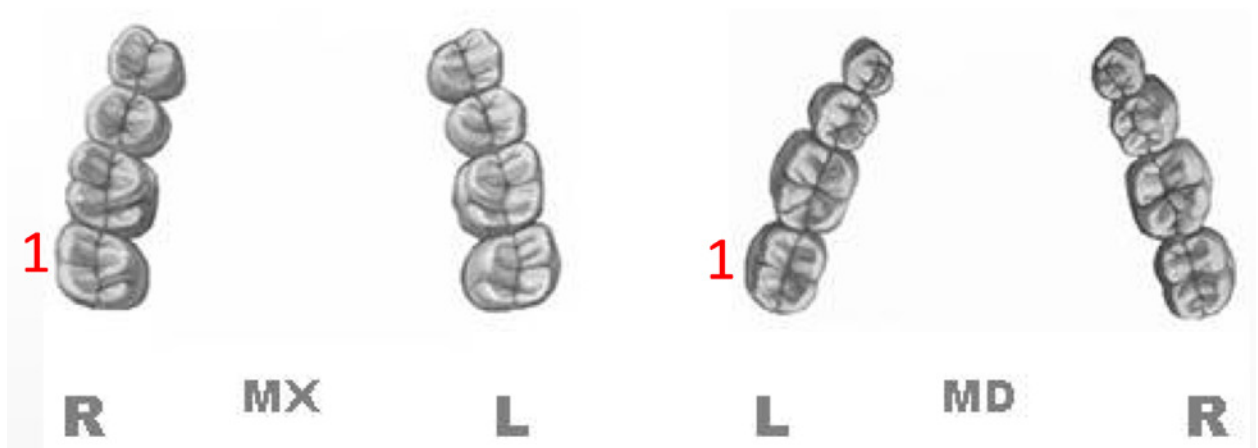
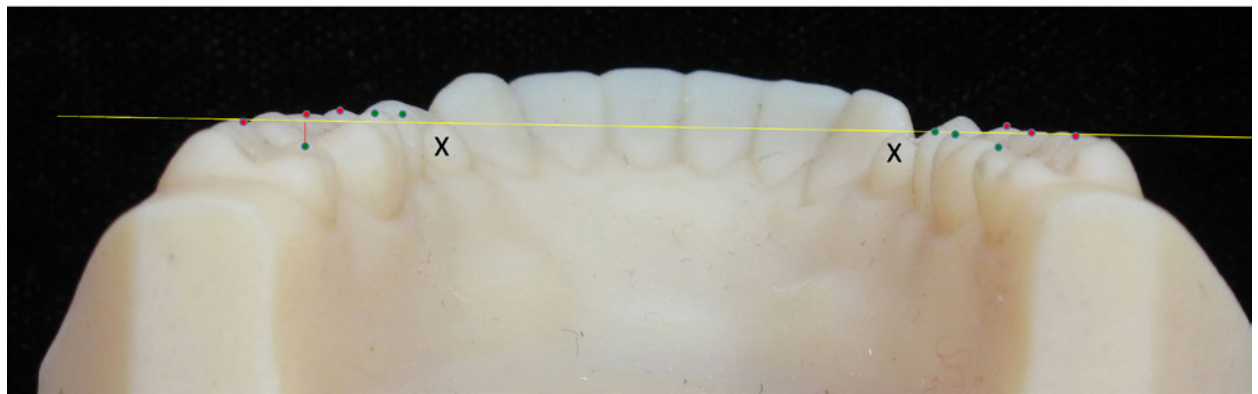
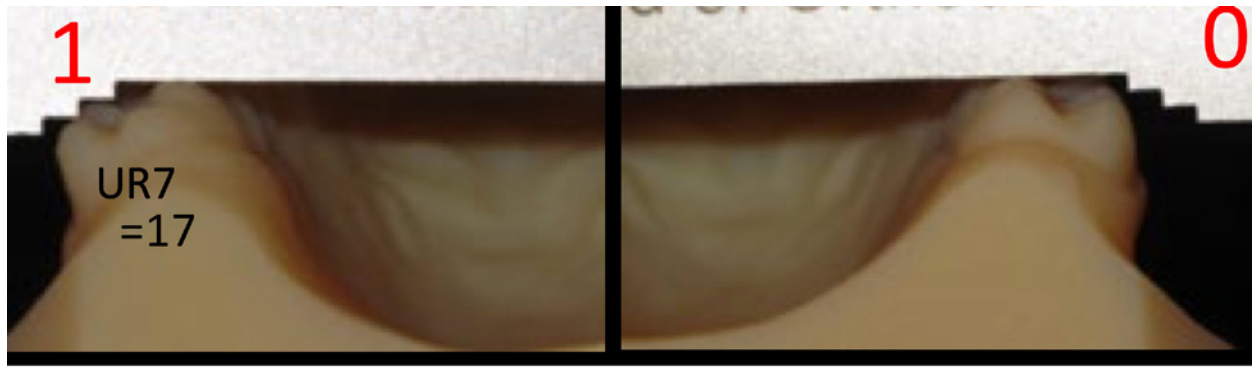


## Marginal Ridge (2 pts)

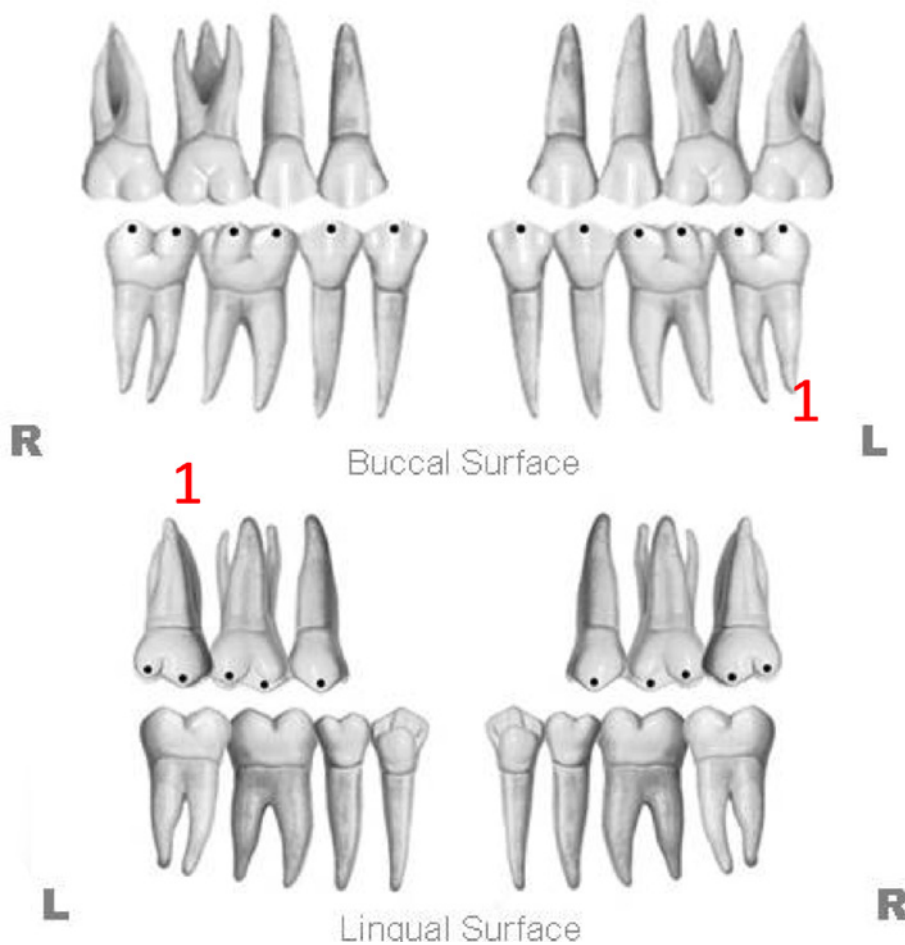
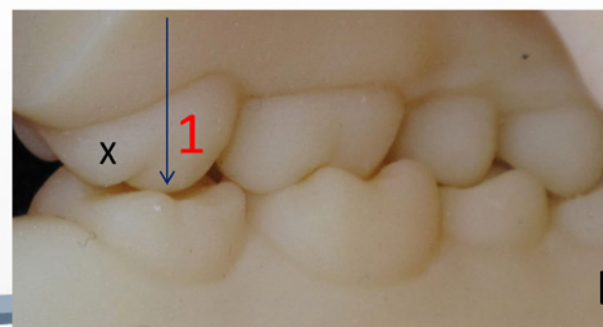
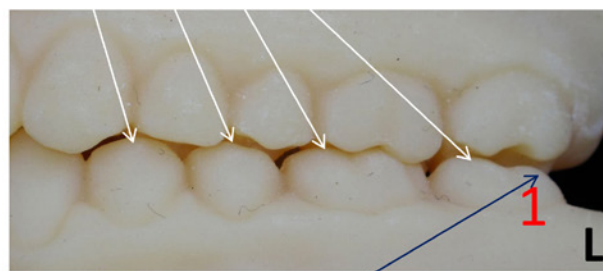




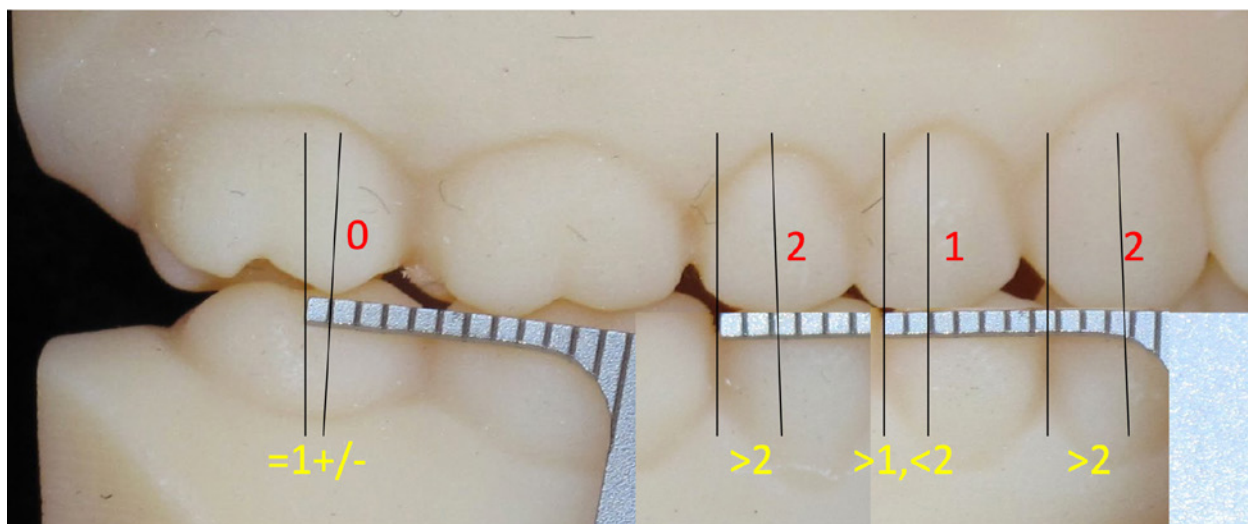
# Inclinaison vestibulo-linguale



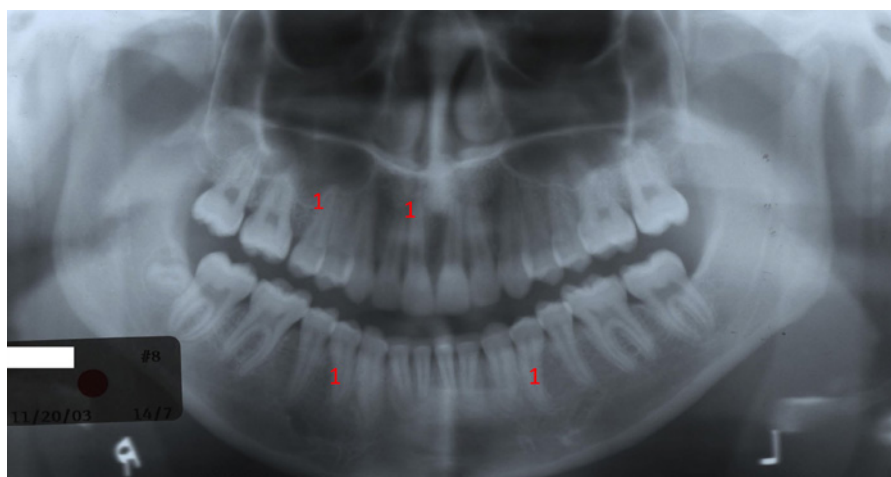
# Contacts en occlusion



# Relations inter-arcades



## Axes Radiculaires



# Score final

sfodf

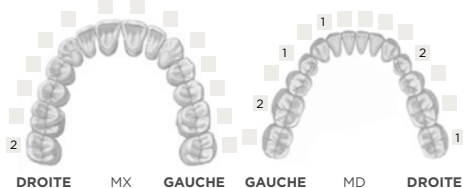
FICHE D'ÉVALUATION  
DE L'OCCLUSION ET  
DES AXES RADICULAIRES

Cas N°

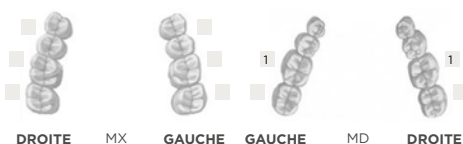
Patient

Note  
totale **28**

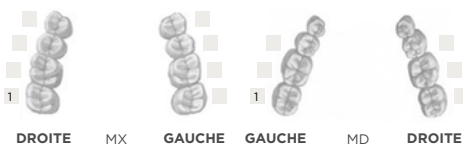
## Alignement 9



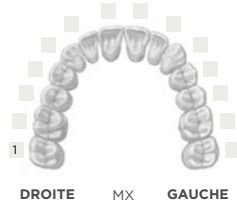
## Crêtes Marginales 2



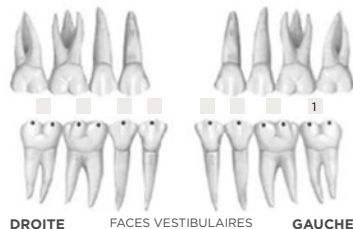
## Axes Linguo-Vestibulaires 2



## Surplomb 1



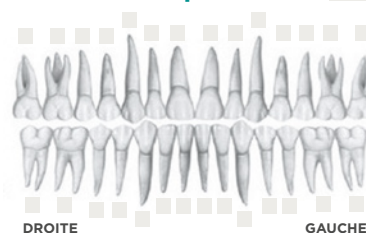
## Contacts Occlusaux 2



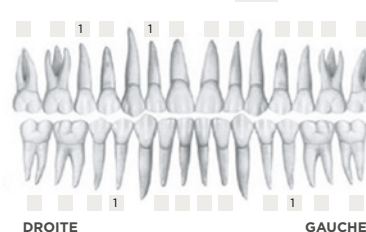
## Relations Occlusales 8



## Contacts Inter-proximaux 0



## Axes Radiculaires 4



### NOTE

La note de déficience est placée au niveau de la dent responsable.  
Les dents absentes sont marquées d'une croix.

sfodf  
Société Française  
d'Orthopédie Dentofaciale