

## VADEMECUM pour la présentation des cas de spécialisation

---

Cette annexe au règlement est un **modèle contraignant** pour la présentation de la partie casuistique de l'examen pour l'obtention du titre de « médecin-dentiste spécialiste en orthodontie (CH) ».

Il sert également d'aide aux candidats pour la description du cas et doit permettre aux examinateurs d'obtenir plus rapidement une meilleure vue d'ensemble des cas présentés, grâce à sa structure standardisée.

### Classement des cas en fonction de leur situation initiale

La gamme des différents cas doit remplir les critères suivants, chaque situation initiale devant apparaître au moins une fois dans l'ensemble de la casuistique, plusieurs situations initiales pouvant également être combinées dans un ou deux cas :

- au moins 1 cas de classe II (au moins  $\frac{3}{4}$  d'une largeur de prémolaire pour les 6, également palatines)
- au moins 1 cas avec extraction/fermeture de l'espace interdentaire dans le segment buccal inférieur
- au moins 1 cas entamé sur dentition mixte (au moins V±V encore in situ)

### Degré de difficulté du traitement

Le degré de difficulté du traitement pour les cas soumis doit être suffisamment élevé. Un traitement par appareil doit avoir été appliqué sur les deux maxillaires. Un cas avec nivellement de classe I sans autre divergence n'est pas suffisamment complexe pour la casuistique. Il doit y avoir au moins une divergence, selon la liste ci-dessous :

- Overjet d'au moins 6 mm ou denture de classe II molaire d'au moins  $\frac{3}{4}$  d'une largeur de prémolaire
- Occlusion croisée antérieure d'au moins 2 paires antagonistes sans occlusion postérieure
- Occlusion profonde d'au moins 5 mm
- Béance verticale d'au moins 2 mm sur plus de 3 paires antagonistes, causée par éruption
- Occlusion croisée latérale ou non-occlusion buccale d'au moins 2 paires antagonistes, déviations axiales supérieures à 3 mm
- Germes dentaires retenus, devant être classés du point de vue orthodontique
- Ankylose précoce des dents de lait avec problèmes consécutifs affectant la dentition définitive
- Problème d'espace insuffisant, nécessitant une récupération de place par appareil (appareil semi-fixe ou amovible) ou l'extraction de dents définitives
- Cas combinés d'orthodontie-chirurgie maxillaire
- Patients avec infirmité congénitale au sens des chiffres 201, 206, 208, 209, 210 et 218
- Coordination préalable pré-prothétique, avec répartition des dents-piliers
- Transpositions corrigées
- Combinaison de plus de 2 de ces critères dans leur forme légèrement atténuée

## Structure / présentation

La numérotation des pages et les critères présentés sont contraignants. Les documents doivent être au format A4, orientation portrait. La taille de police doit être d'au moins 10 points, avec une marge d'au moins 2,5 cm. Il convient d'adopter une description concise, hormis pour les considérations conceptuelles et l'épicrose. La présentation doit se limiter aux pages prévues à cet effet (exception : pages A1, A9 et B10, évent. AB6 ; dans ces cas, une seconde page « A1-2 » ou « A1-suite » peut être utilisée). Les photos et radiographies numériques doivent être jointes dans leur taille originale sur CD ou clé USB, en trois exemplaires.

- Page de titre :** Numéro du candidat, numéro du patient, âge au début du traitement, classement selon situation initiale, superposition totale de la téléradiographie A-B avant traitement – après traitement
- Pages A :** Documentation 6 mois maximum avant le début du traitement (dans les cas exceptionnels motivés, remonter plus loin, en cas de prises de vue supplémentaires avant/au moment du début du traitement), diagnostic, planification thérapeutique, déroulement du traitement
- Pages AB :** Résultats intermédiaires pertinents pour le déroulement du traitement, réévaluation / modifications du concept initial ; justificatifs avant chirurgie bucco-maxillaire avec planification d'opération
- Pages B :** Documentation de fin de traitement actif, analyse du résultat du traitement, épicrose, clarification relative aux dents de sagesse, évaluation de stabilité
- Pages C :** Documentation pendant ou après la rétention, et explications

Voir les détails en pages 4 à 6.

En temps normal, les pages A et B sont suffisantes. En cas de réévaluation du concept thérapeutique ou dans un cas combinant orthodontie et chirurgie bucco-maxillaire, les justificatifs AB sont obligatoires (y compris téléradiographies) avant l'intervention orthognate. Des photographies intra- et extra-orales des appareils sont souhaitées. Les documents C (notamment photos et modèles) sont souhaités, si la fin du traitement date de plus de 6 mois.

Le modèle vierge correspondant peut être téléchargé directement en fichier Word depuis le site Internet de Swissortho.

Pour la rédaction des documentations de cas, on veillera à n'utiliser aucune abréviation qui ne puisse être considérée avec certitude comme étant connue de tous, et à éviter le « jargon clinique », dans la mesure où les experts ne sont généralement pas diplômés de la même université que les candidats.

## Evaluation

Toutes les documentations, tous les résultats, diagnostics, planifications et déroulements thérapeutiques, superpositions de téléradiographies, interprétations et épicroses sont évalués par l'expert selon un schéma prédéfini. Les différentes parties sont pondérées comme suit :

Qualité de la documentation	5 %
Evaluation / diagnostic	15 %
Planification thérapeutique	20 %
Evolution thérapeutique	15 %
Interprétation / épicrose / superpositions de téléradiographies	20 %
Qualité des résultats	25 %

Une attention particulière sera accordée à une planification thérapeutique cohérente et à une épicrose autocritique. L'expert doit constater que le patient reconnaît les erreurs commises et qu'il en a tiré des leçons.

On accordera également une attention particulière à certains facteurs, du fait qu'ils font l'objet d'une pondération élevée dans l'évaluation. A l'extrême, un cas peut être refusé en raison d'un tel facteur, même si le traitement a, par ailleurs, été réalisé consciencieusement (notamment si l'écart ne peut pas être expliqué de manière plausible).

### **Facteurs critiques devant être réalisés dans toute la mesure du possible :**

- Degré de difficulté du traitement suffisamment élevé (voir page 1)
- Respect du classement en fonction de la situation initiale (voir page 1)
- Documentation complète, permettant d'évaluer la cohérence des travaux du candidat
- Principaux problèmes correctement décrits
- Présentation des différentes options thérapeutiques et, le cas échéant, des options d'ancrage, avec leurs avantages et leurs inconvénients respectifs
- Choix du concept thérapeutique avec justification
- Choix de l'équipement thérapeutique selon les déplacements souhaités des dents
- Connaissance du mode d'action des appareils utilisés :
  - Les appareils sélectionnés sont-ils adaptés pour obtenir les déplacements des dents et, le cas échéant, du maxillaire, souhaités dans le cadre du concept ?
  - Les effets secondaires possibles ont-ils été identifiés et contrôlés dans la mesure du possible?
- Bonne finition (en rapport avec le degré de gravité)
- Appareils de rétention adaptés à la situation
- Superpositions et interprétation correctes des téléradiographies
- Epicrose autocritique

### **Facteurs critiques devant être évités dans toute la mesure du possible :**

- Absence de documents importants, qui rendent impossible une planification adéquate du cas ou une évaluation par l'expert
- Omission de situations (potentiellement) dommageables du point de vue structurel et/ou génération de telles situations par le traitement.
- Erreur grave dans le diagnostic, qui conduit à un concept thérapeutique erroné
- Expansion transversale significative de la largeur des canines inférieures (hormis en cas de déplacement lingual des 3 ou de distraction symphysaire)
- Protrusion excessive de l'avant du maxillaire inférieure, notamment, si elle présentait déjà une protrusion avant le traitement

- Rétractation excessive de l'avant du maxillaire inférieure par fermeture ou extraction dans des situations claires de non-ex / en cas d'espace clairement suffisant pour les mouvements antérieurs
- Round-trips inutiles sans justification cohérente
- Nivellement de l'avant du maxillaire inférieur en cas d'extraction avant résolution du chevauchement avant (en cas de chevauchement important : après l'extraction, attendre jusqu'à ce que le chevauchement se résorbe spontanément, bonding sélectif avec lace-backs ou rétractation fractionnée)
- Traitements de compromis (les souhaits du patient, par ex. de non-ex, d'évitement de réduction de l'émail interdentaire ou de chirurgie maxillaire ne peuvent pas être invoqués pour justifier le fait de n'avoir pas atteint un résultat optimal. Ces traitements de compromis ne conviennent pas comme cas de spécialisation).
- Déviation significative par rapport à la forme de présentation demandée
- Manipulation de documents (hormis corrections de couleurs et découpage de photos et radiographies)

### **Structure détaillée et présentation des documents du cas**

**Page de titre** Numéro du/de la candidat(e), numéro du patient, âge au début du traitement, classement selon la situation initiale, superposition totale de la télé-radiographie A-B

**Page A0** Résumé :

- Prénom, initiales du nom de famille (*par ex. Robert S.*)
- Sexe
- Date de naissance
- Date des documents initiaux (ci-après « DOC ») et âge
- Classement de la situation initiale
- Plan thérapeutique en phases
- Appareils utilisés
- Date de début du traitement et âge
- DOC intermédiaires éven. et âge
- DOC de fin traitement actif et âge
- Durée du traitement
- Appareils de rétention
- Event. DOC pendant/après rétention et âge

**Page A1** Anamnèse, état médical général y c. ORL, description extra-orale, fonction (slide RK-IK, rapports de guidage, DCM), examen intra-oral y c. statut parodontal et diagnostic des caries, habitudes / para-fonctions, modèles : sagittal (1/4 de largeur d'aimant permanent pour les 6, les canines et éven. les 4 séparément), vertical (y c. mode de soutien de l'avant du maxillaire inférieure), transversal (en cas d'occlusion croisée, diagnostic différentiel fonctionnel / dentaire / squelettique, ainsi qu'évaluation du déficit transversal en classe I resp. occlusion visée), description maxillaires supérieur et inférieur avec bilan d'espace (bilan d'espace détaillé en dentition mixte : Moyers, Tanaka/Müller, Ingervall ; directe en cas de dentition définitive), divergences Bolton  
*Pour A1, une seconde page (A1-2 / A1-suite) est autorisée.*

- Page **A2** Photos extra-orales (*au moins* de face en IM ou position de repos, de face avec sourire, de profil en IM ; si possible davantage de prises de vue, y compris à 45°)
- Page **A3** Photos intra-orales (au moins avant, gauche, droite, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur) et modélisées
- Page **A4** OPT ou statut radiographique, évent. radiographies complémentaires
- Page **A5** Téléradiographie à l'échelle originale
- Page **A6** Calque de la téléradiographie sur feuillet à l'échelle 1:1 avec tous les points nécessaires pour l'analyse
- Page **A7** Interprétation des téléradiographies ; paramètres obligatoires : SNA, SNB, ANB, KBW, +1/ANS-PNS, +1/FH, -1/M-Go, -1/FH, différence Holdaway (H-Diff) ou similaire (rapport de position sag. avant du maxillaire à la base), valeurs de comparaison « habituelles » propres à l'âge et au sexe, ainsi qu'écart-type
- Page **A8** Interprétation OPT, téléradiographie et évent. radiographies complémentaires
- Page **A9** Résumé des problèmes cutanés, description de la nécessité du traitement (quels sont les problèmes à attendre à long terme ? niveau d'indication), objectifs thérapeutiques, présentation des différentes options thérapeutiques et, le cas échéant, des concepts d'ancrage, avec leurs avantages et leurs inconvénients respectifs, description détaillée du concept de traitement choisi avec justification du choix, phases de traitement prévues, appareils prévus
- Pour A9, une seconde page (A9-2 / A9-Suite) est autorisée.*
- Page **A10** Représentation minimale de l'évolution thérapeutique : quand l'appareil a-t-il été posé, quand a-t-il été retiré, en cas d'appareil fixe : séquence des arcs utilisés et description de la mécanique utilisée

Les **pages AB** sont obligatoires pour les cas de chirurgie et d'orthopédie maxillaire et en cas de réévaluation du concept thérapeutique. Toutes les pages ne doivent pas être complètes, il suffit de remplir ce qui concerne l'évaluation spécifique. En cas de changement de phase, AB est pertinent, mais pas obligatoire, à moins que la première phase du traitement ait entraîné une modification potentiellement importante du squelette ou de la dentition – notamment des effets secondaires. Dans un tel cas, une téléradiographie avec interprétation correspondante et superposition est nécessaire. Des photos illustrant le déroulement du traitement sont vivement recommandées (notamment en cas d'appareils non conventionnels).

- Page **AB1** Photographies extra-orales
- Page **AB2** Photographies intra-orales et modélisées
- Page **AB3** OPT ou statut radiographique, évent. radiographies complémentaires
- Page **AB4** Téléradiographie en échelle originale
- Page **AB5** Calque de la téléradiographie sur feuillet à l'échelle 1:1 avec tous les points nécessaires pour l'analyse
- Page **AB6** Superposition globale des téléradiographies selon Björk à l'échelle 1:1 (structurel ; ou SN, enregistré en S) ; *en cas de chirurgie, ajouter un court plan d'intervention avec paramétrage de téléradiographie (page complémentaire AB6-2 / AB6-suite autorisée)*

Page <b>AB7</b>	Superpositions locales des téléradiographies à l'échelle 1:1 : (maxillaire supérieur, structurel selon Björk ou Best-Fit ; maxillaire inférieur, structurel selon Björk)
Page <b>AB8</b>	Interprétation des téléradiographies ; paramètres obligatoires : SNA, SNB, ANB, KBW, +1/ANS-PNS, +1/FH, -1/M-Go, -1/FH, H-Diff ou similaire (rapport de position sag. avant du maxillaire à la base), valeurs de comparaison « habituelles » propres à l'âge et au sexe, ainsi qu'écart-type
Page <b>AB9</b>	Description du résultat intermédiaire : extra-oral, intra-oral (y c. statut parodontal et diagnostic des caries), modifications depuis le début du traitement, occlusion actuelle, fonctionnel, OPT/statut radiographique, téléradiographies, interprétation des superpositions (effets de la croissance vs du traitement)
Page <b>AB10</b>	Evaluation du traitement actuel, décision de réévaluation / suite à donner
Page <b>B1</b>	Photos extra-orales ( <i>au moins</i> de face en IM ou position de repos, de face avec sourire, de profil en IM ; si possible davantage de prises de vue, y compris à 45°)
Page <b>B2</b>	Photos intra-orales (au moins de face, gauche, droite, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur) et photos modélisées (modèles sous 1 mois maximum suivant le debonding)
Page <b>B3</b>	OPT ou statut radiographique, évent. radiographies complémentaires
Page <b>B4</b>	Téléradiographie à l'échelle originale
Page <b>B5</b>	Calque de la téléradiographie sur feuillet à l'échelle 1:1 avec tous les points nécessaires pour l'analyse
Page <b>B6</b>	Superposition globale des téléradiographies selon Björk à l'échelle 1:1 (structurel ; ou SN, enregistré en S)
Page <b>B7</b>	Superpositions locales des téléradiographies à l'échelle 1:1 : (maxillaire supérieur, structurel selon Björk ou Best-Fit ; maxillaire inférieur, structurel selon Björk)
Page <b>B8</b>	Interprétation des téléradiographies ; paramètres obligatoires : SNA, SNB, ANB, KBW, +1/ANS-PNS, +1/FH, -1/M-Go, -1/FH, H-Diff ou similaire (rapport de position sag. avant du maxillaire à la base), valeurs de comparaison « habituelles » propres à l'âge et au sexe, ainsi qu'écart-type
Page <b>B9</b>	Description du résultat de traitement : extra-oral, intra-oral (y c. statut parodontal et diagnostic des caries), objectifs de traitement atteints? Occlusion / finition en fonction du degré de gravité, fonctionnel, OPT / statut radiographique, téléradiographie, interprétation des superpositions (effets de la croissance vs du traitement), rétention
Page <b>B10</b>	Epicrise autocritique du résultat de traitement, de l'efficacité du traitement, évaluation du concept de traitement par rapport aux alternatives discutées, procédures de rétention, évaluation de la stabilité à long terme resp. problématiques éventuelles, problématique des 8
	<i>Pour B10, une seconde page (B10-2 / B10-Suite) est autorisée.</i>

Les pages **C** éventuelles doivent être numérotées de manière **analogue** aux pages **B**.