



## **RÉFÉRENTIEL D'AUTO ÉVALUATION DES PRATIQUES EN ODONTOLOGIE**

# **Dépistage orthodontique en denture temporaire et/ou en denture mixte, des anomalies fonctionnelles dentaires et occlusales**

**Décembre 2004**

## I. PROMOTEURS

- Association dentaire française (ADF)
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)

## II. SOURCE

*Recommandations pour la pratique clinique Anaes :*

« Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent » - Juin 2002

## III. PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Tous les praticiens odonto-stomatologistes.

## IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les enfants (entre 3 et 12 ans) vus en denture temporaire et/ou mixte quel que soit le motif de la consultation.

Sont exclus les enfants vus en urgence.

## V. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 20 patients.

Seule la première consultation pour l'enfant concerné est retenue. Les questions permettant de recueillir les données ne concernent que cette première consultation.

Pour éviter les biais, il convient de ne pas choisir les dossiers.

*Nous vous conseillons :*

à la date du début de l'auto-évaluation, de prendre les 20 derniers dossiers de patients vus en denture temporaire et/ou mixte.

## VI. OBJECTIFS DE QUALITE ÉVALUÉS

*L'objectif de ce référentiel d'auto-évaluation en odontologie est d'améliorer la pratique du dépistage orthodontique en systématisant une méthode d'examen clinique dépassant le cadre strict de la cavité buccale.*

- Améliorer le dépistage, en denture temporaire et/ou en denture mixte, des anomalies fonctionnelles, dentaires et occlusales. Consensus d'experts

**Critères d'évaluation**  
et  
**questions pour déterminer si les critères sont présents.**

1. Un examen de la face a été réalisé.  
*Lors de l'examen de la face, avez-vous évalué et noté dans le dossier tous les points suivants : la symétrie, les proportions verticales, l'harmonie du profil et la position des lèvres au repos ?*
2. Un examen fonctionnel a été réalisé.  
*L'examen fonctionnel a-t-il porté sur tous les aspects suivants et ont-ils été notés dans le dossier : les postures<sup>1</sup>, la ventilation, la déglutition, la phonation, la mastication, la mobilité linguale, les parafunctions<sup>2</sup> ?*
3. Une étude de la denture a été réalisée.  
*Lors de l'examen dentaire, en fonction de l'âge dentaire, la persistance ou l'absence d'une dent temporaire ou l'absence d'une dent permanente a-t-elle été recherchée, confirmée par une radiographie et notée dans le dossier ?*
4. La normalité des phénomènes de dentition a été évaluée.  
*À partir de l'âge de 7 ans, une radiographie panoramique at-elle été systématiquement réalisée et archivée dans le dossier ?*
5. Un examen statique et dynamique de l'occlusion a été pratiqué.  
*L'occlusion a-t-elle été étudiée dans les 3 sens de l'espace en intercuspitation maximale, comparée avec la relation centrée et notée dans le dossier du patient ?*

NB :

Vous noterez OUI, si vous retrouvez dans votre dossier la totalité des items mentionnés dans la question.

---

<sup>1</sup> Posture : du corps, de la tête, de la langue et des lèvres

<sup>2</sup> Parafunctions : succion digitale, tétées, bruxisme

Vous noterez NON, si un item mentionné dans la question est manquant. Notez dans la partie « observation par patient » les items absents, ainsi vous pourrez mieux analyser votre pratique.

## VII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

**Notez une seule réponse par case :**

**O** si la réponse est OUI

**N** si la réponse est NON

**NA** si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

**N° d'anonymat :**

**Date :**

**Temps passé à cette évaluation :**

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5
	Lors de l'examen de la face, avez-vous évalué et noté dans le dossier tous les points suivants : la symétrie, les proportions verticales, l'harmonie du profil et la position des lèvres au repos ?	L'examen fonctionnel a-t-il porté sur tous les aspects suivants et ont-ils été notés dans le dossier : les postures <sup>3</sup> , la ventilation, la déglutition, la phonation, la mastication, la mobilité linguale, les parafonctions <sup>4</sup> ?	Lors de l'examen dentaire, en fonction de l'âge dentaire, la persistance ou l'absence d'une dent temporaire ou l'absence d'une dent permanente a-t-elle été recherchée, confirmée par une radiographie et notée dans le dossier ?	A partir de l'âge de 7 ans, une radiographie panoramique a-t-elle été systématiquement réalisée et archivée dans le dossier ?	L'occlusion a-t-elle été étudiée dans les 3 sens de l'espace en intercuspidation maximale, comparée avec la relation centrée et notée dans le dossier du patient ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

<sup>3</sup> Posture : du corps, de la tête, de la langue et des lèvres

<sup>4</sup> Parafonctions : succion digitale, tétées, bruxisme

### Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en odontologie

Vous notez OUI, si vous retrouvez dans votre dossier la totalité des items mentionnés dans la question. Vous notez NON, si un item mentionné dans la question est manquant. Notez dans la partie « observation par patient » les items absents.

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5
	Lors de l'examen de la face, avez-vous évalué tous les points suivants : la symétrie, les proportions verticales, l'harmonie du profil et la position des lèvres au repos et l'avez-vous noté dans le dossier ?	L'examen fonctionnel a-t-il porté sur tous les aspects suivants et ont-ils été notés dans le dossier : les postures <sup>5</sup> , la ventilation, la déglutition, la phonation, la mastication, la mobilité linguale, les parafonctions <sup>6</sup> , ?	Lors de l'examen dentaire, en fonction de l'âge dentaire, la persistance ou l'absence d'une dent temporaire ou l'absence d'une dent permanente a-t-elle été recherchée, confirmée par une radiographie et notée dans le dossier ?	A partir de l'âge de 7 ans, une radiographie panoramique a-t-elle été systématiquement réalisée et archivée dans le dossier ?	L'occlusion a-t-elle été étudiée dans les 3 sens de l'espace en intercuspidation maximale, comparée avec la relation centrée et notée dans le dossier du patient ?
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Total des <b>O</b>					
Total des <b>N</b>					
Total des <b>NA</b>					

Vous notez OUI, si vous retrouvez dans votre dossier la totalité des items mentionnés dans la question. Vous notez NON, si un item mentionné dans la question est manquant. Notez dans la partie « observation par patient » les items absents.

**VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :**

<sup>5</sup> Pos

<sup>6</sup> Par



	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	

20	
----	--



## FICHE D'EXAMEN ORTHODONTIQUE

Elle a pour but de vous aider à systématiser un examen de dépistage orthodontique. Elle peut être archivée dans le dossier du patient.

Source : Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent – Anaes / Juin 2002 - [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



### AIDE - MÉMOIRE POUR LE DÉPISTAGE ORTHODONTIQUE EN DENTURE TEMPORAIRE ET/OU EN DENTURE MIXTE DES ANOMALIES FONCTIONNELLES, DENTAIRES ET OCCLUSALES.

Nom :	Docteur
Prénom :	
Date de naissance :	
Date de la 1 <sup>ère</sup> consultation :	

EXAMEN DE LA FACE	COCHEZ	OBSERVATIONS
Symétrie	<input type="checkbox"/>	
Proportions verticales	<input type="checkbox"/>	
Harmonie du profil	<input type="checkbox"/>	
Position des lèvres au repos	<input type="checkbox"/>	
EXAMEN FONCTIONNEL	COCHEZ	OBSERVATIONS
Postures (du corps, de la tête, de la langue et des lèvres)	<input type="checkbox"/>	
Ventilation	<input type="checkbox"/>	
Déglutition	<input type="checkbox"/>	
Phonation	<input type="checkbox"/>	
Mastication	<input type="checkbox"/>	
Mobilité linguale	<input type="checkbox"/>	
Parafonctions (suction digitale, tétées, bruxisme)	<input type="checkbox"/>	
ÉTUDE DE LA DENTURE	COCHEZ	OBSERVATIONS
Persistance d'une dent temporaire	<input type="checkbox"/>	
Absence anormale d'une ou plusieurs dent(s) temporaire(s)	<input type="checkbox"/>	
Absence anormale d'une ou plusieurs dent(s) permanente(s)	<input type="checkbox"/>	
Radiographie de confirmation	<input type="checkbox"/>	
NORMALITÉ DES PHÉNOMÈNES DE DENTITION	COCHEZ	OBSERVATIONS
Radiographie panoramique si âge > 7ans	<input type="checkbox"/>	
EXAMEN STATIQUE ET DYNAMIQUE DE L'OCCLUSION	COCHEZ	OBSERVATIONS
Étude de l'occlusion dans les 3 sens de l'espace en intercuspidation maximale et comparée avec la relation centrée	<input type="checkbox"/>	

Mai 2005 – 1/1

