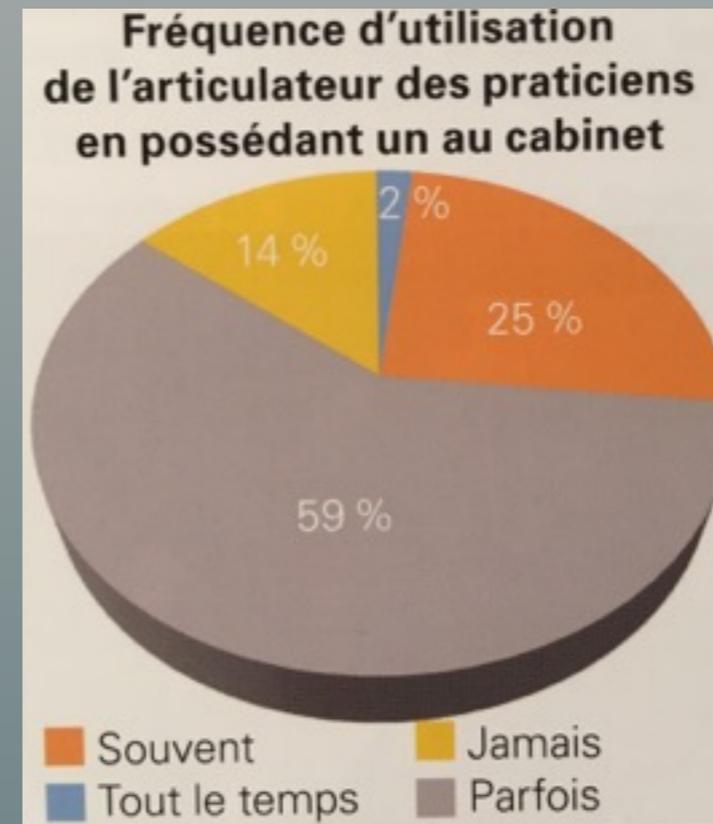
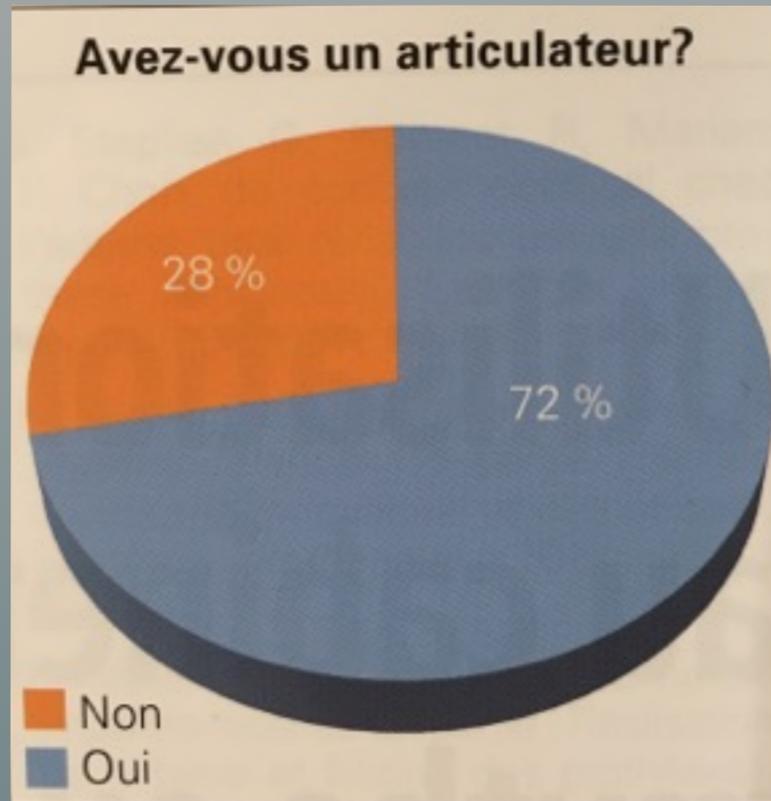






- L'enseignement de l'occlusion s'est généralisé, en France, dans les années 80;
  - toutes les promotions en activité ont été initiées à cette partie de notre exercice,
  - et, en particulier, au maniement de l'articulateur;
  - Or, très peu de confrères affirment se servir de cet instrument;
- 
- sondage téléphonique dans la région rémoise: 10% ( Pr Schittly, années 80 ) ;
  - enquête auprès des laboratoires de prothèse ( région montpelliéraine, thèse exercice Anaïs Long 2009 ) ;
  - étude dans la région toulousaine, ( Dr. C. Selva 2016 ) ;



- 14 % ne s'en servent jamais
- 59 % parfois
- 25 % souvent
- 2 % tout le temps



**10 %**  
**42,5 %**

**Soit : 28 % + 10 % + 42,5 % = 80,5 %**

*C. Selva, A. Andrieu, F. Destruhaut, R. Esclassan, E. Toulouse: Utilisation de l'articulateur au cabinet et au laboratoire: mythe ou réalité? :Stratégie Prothétique, 2016 vol.16,n°1; 57-62*



## Arguments développés\*

- chronophage ( 41%)
- matériel onéreux ( 9%)
- difficile à maîtriser ( mais seulement 34% souhaitent une formation )
- réservé aux cas complexes ( définition d' un cas complexe?):
  - restaurations étendues ( 34%);
  - augmentation de la dvo ( 27%);
  - occlusion particulière ( 20%);
  - recréer un guide antérieur ( 12%);

Dans la grande majorité des cas,

c'est le prothésiste qui fait le montage sur son articulateur, sans arc facial.....

\* *C. Selva,A. Andrieu,F. Destruhaut,R Esclassan,E. Toulouse: Utilisation de l'articulateur au cabinet et au laboratoire: mythe ou réalité? :Stratégie Prothétique, 2016 vol.16,n°1; 57-62*



- fréquence d'utilisation de l'articulateur:
  - modèles d'études: toujours 12,5%
  - parfois 40 %
  - jamais 47,5 %;
  
- pour les modèles de travail:
  - 75 % sont montés par le prothésiste ,
  - 5 % par le praticien;
  
- fréquence d'utilisation de l'arc facial :seulement 43 % ;
- 22 % utilisent une table de montage;
  
- 22 % n'utilisent pas le même articulateur que le praticien;

*\*Anaïs Long: Etude prospective de l'utilisation de l'articulateur dans les laboratoires de prothèse, thèse d'exercice, Montpellier 2009*



Mais, pour le prothésiste, l'articulateur améliore :

- la qualité des prothèses : oui à 92,5 % ,
- la communication praticien - prothésiste ( à 92,5 %)

Il serait utilisé plus souvent si les modèles étaient montés par le praticien (oui 58 %);

*\*Anais Long: Etude prospective de l'utilisation de l'articulateur dans les laboratoires de prothèse, thèse d'exercice, Montpellier 2009*

# Constat



Si 80 % des confrères n'utilisent pas l'arc facial et l'articulateur :

- **soit cela n'apporte rien au traitement du patient:**

- pour le diagnostic,
- pour le plan de traitement,
- pour la réalisation thérapeutique;

**ALORS, L'ARTICULATEUR EST UNE LUBIE D'UNIVERSITAIRE ;**

— **soit l'articulateur fait partie des données acquises de la science,**

**on peut réfléchir sur:**

- l'enseignement,
- le manque d'intérêt des confrères pour cet instrument :
  - un effort conséquent en formation continue????
  - l'éventualité de mesures coercitives lors de contrôles, d'expertises etc.....:



## concernant les données acquises de la science

« On peut dire que pour qu'une technique fasse partie des «données acquises de la science médicale », il faut :

-  qu'elle ait fait l'objet d'études cliniques;
-  qu'elle ait fait l'objet de publications scientifiques dans des revues à comité de lecture;
-  qu'elle soit enseignée dans des Facultés de chirurgie dentaire;
-  qu'elle fasse l'objet d'un consensus de la communauté scientifique, ce dernier point ne paraissant pas facile à mettre en évidence tant sont nombreuses les divergences de point de vue. »\*

\* *Dr. P. Missika : Les données acquises de la science en implantologie, journée de la CNEJOS ( 2006)*



- Enseignement dans les U.F.R. d'Odontologie;
- Consensus de la communauté scientifique;
- Etudes cliniques;
- Publications scientifiques: Pubmed

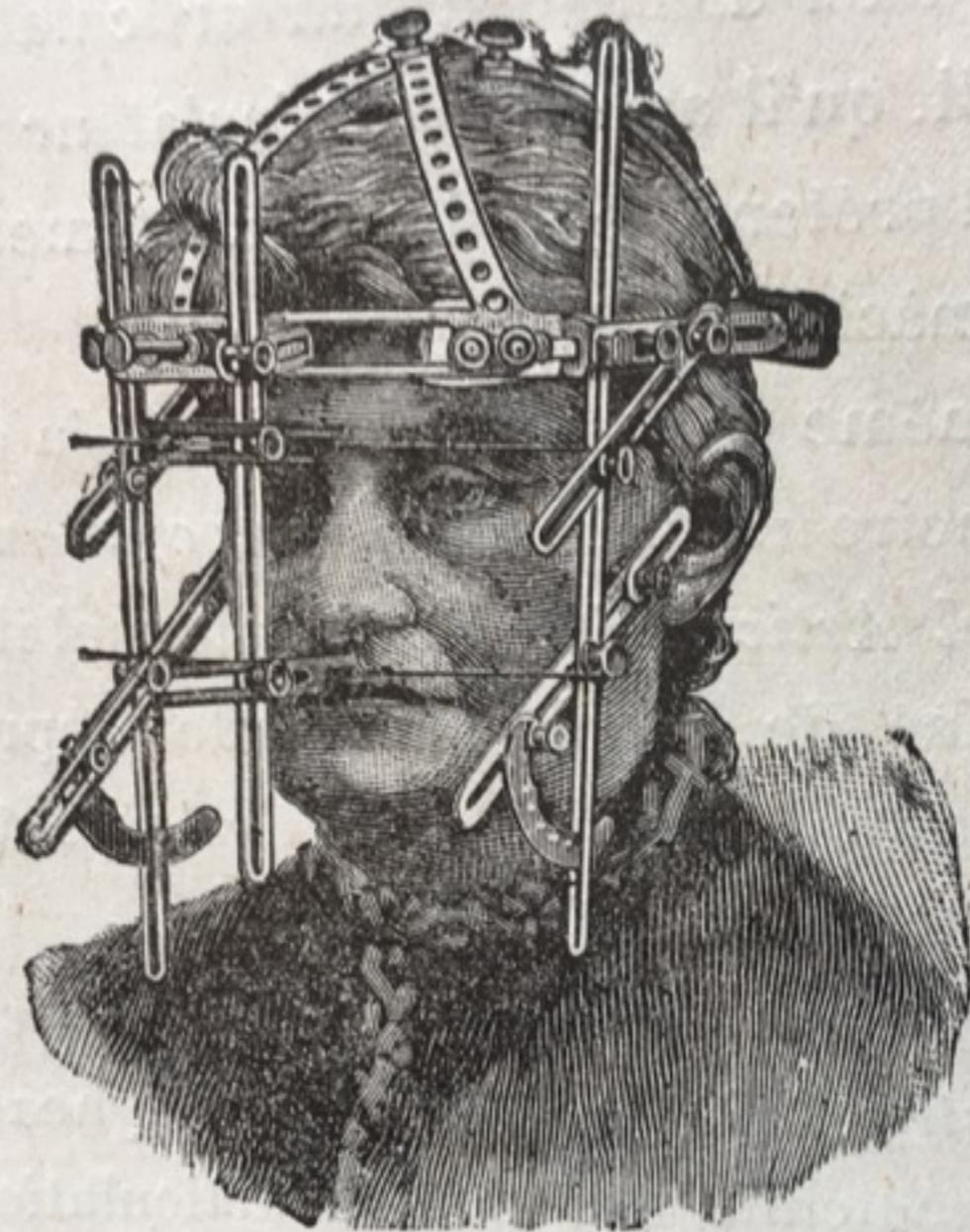


Fig. 14

Appareil du Dr Walker pour enregistrer les mouvements  
du maxillaire inférieur.

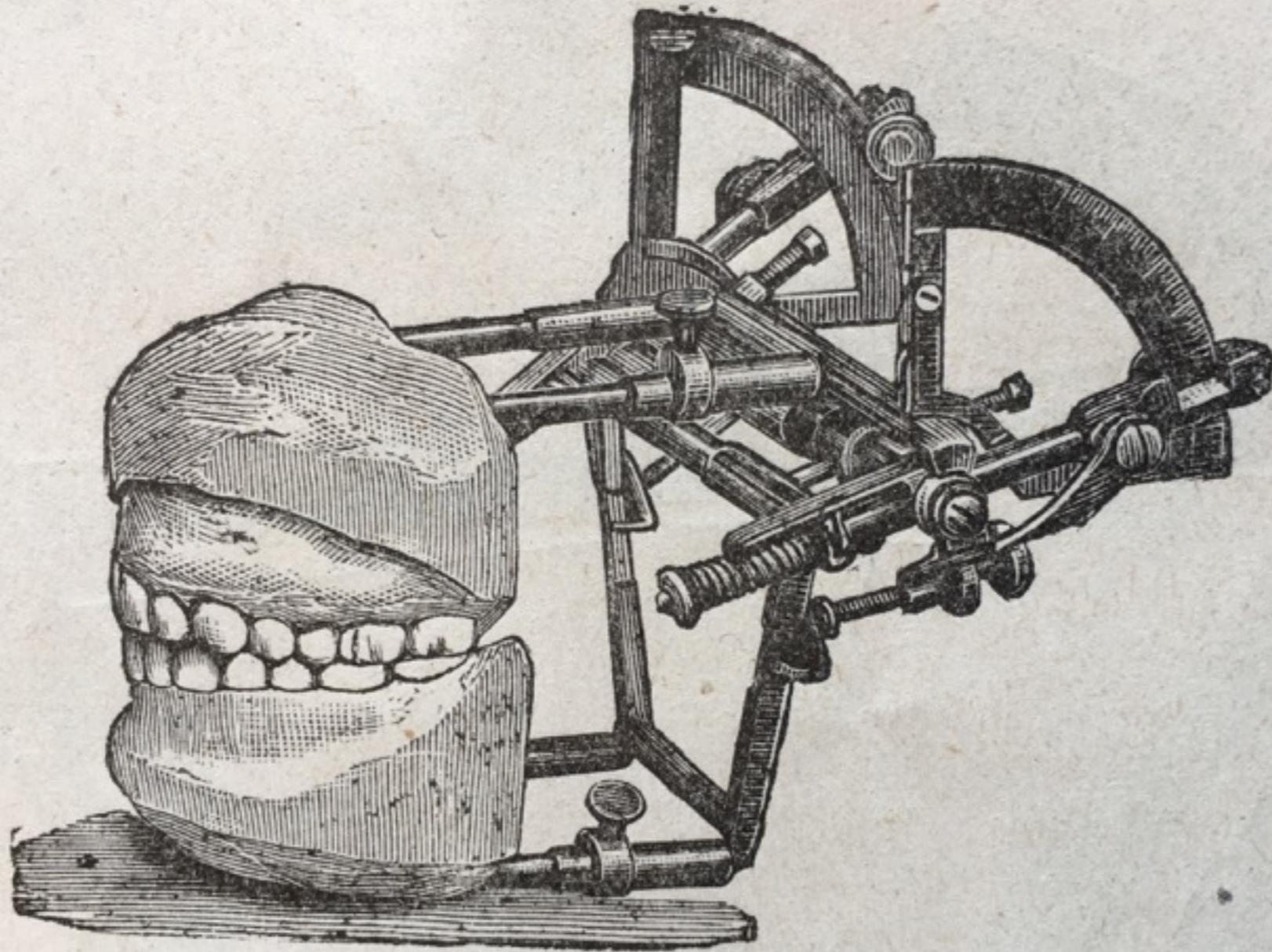


Fig. 13

Articulateur du Dr Walker avec les modèles en position.



# Principles, concepts, and practices in prosthodontics -1994

## Academy of Prosthodontics

### PREFACE TO THE EIGHTH EDITION

This edition is the latest of a continuing effort by the Academy of Prosthodontics to update the principles, concepts, and practices in prosthodontics.

The seventh edition was a substantive update with the addition of statements and revision of some of the existing statements. Input for the seventh edition came from the Academy of Prosthodontics, American Academy of Fixed Prosthodontics, American Academy of Esthetic Dentistry, American Academy of Implant Dentistry, American Academy of Maxillofacial Prosthetics, American Academy of Periodontology, American College of Prosthodontists, the Midwest Academy of Prosthodontics, Northeastern Gnathological Society, Northeastern Prosthodontic Society, and the Pacific Coast Society of Prosthodontics.

All organizations that participated in the revision were asked for their editorial input in this revision. Some organizations, such as the Academy of Prosthodontics, sought input from each member; others worked by committee. Each contributing organization funded its own committee activities. Because the last revision was a major overhaul of the document in content and format, this revision has been limited to primarily editorial changes. The Academy of Prosthodontics is indebted to Mrs. Judith A. Farer, a professional editorial consultant, for her work in editing this document.

The Academy of Prosthodontics wishes to thank all of the participating organizations for their input. The section on Legal Considerations was developed and revised by Dr. Burton R. Pollack, who is an attorney and dentist and Dean of the School of Dental Medicine, State University of New York, Stony Brook, New York.

The purposes of the Principles, Concepts, and Practices in Prosthodontics—1994 are:

1. To provide a reference for the practicing prosthodontist and general dentist of principles, concepts, and practices that are currently accepted by leading prosthodontists.
2. To assist predoctoral and postdoctoral students of prosthodontics, particularly the graduate student, in assessing the value of various ideas that are presented during their educational experience.

The first study<sup>1</sup> was prepared in 1957 under the leadership of Drs. Luzerne G. Jordan, Frank M. Lott, and Russell W. Tench. The six successive publications<sup>2-7</sup> were prepared under the auspices of fellows of the Academy: Drs. George Hughes, O. M. Dresen, Victor H. Sears, Leroy E.

Kurth, S. Howard Payne, Chester K. Perry, Richard Kingery, Victor L. Steffel, Arthur E. Aull, O. C. Applegate, Davis Henderson, Henry E. Ebel, I. Kenneth Adisman, Charles Bolender, Jack Preston, Louis Boucher, Francis V. Panno, Arthur O. Rahn, George E. Smutko, Ned B. Van Roekel, and Dale E. Smith.

Members of the Principles, Concepts and Practices Committee for the eighth edition were Drs. Ronald H. Jarvis, Chairman; Dorsey J. Moore, and Aaron H. Fenton. Drs. Noel D. Wilkie, Richard J. Grisius, Edwin J. Riley, and Gerald M. Barrack were consultants to the committee.

RESPECTFULLY SUBMITTED BY:

**DR. RONALD H. JARVIS, CHAIRMAN**

PRINCIPLES, CONCEPTS, AND PRACTICES COMMITTEE:

**DORSEY J. MOORE, AARON H. FENTON**

### PRINCIPLES, CONCEPTS, AND PRACTICES IN PROSTHODONTICS-1994

Guide to PCP statements	
Definitions	73
Diagnosis and treatment planning	74
Prognosis	75
Prerestorative treatment	75
Treatment of oral structures	75
Reevaluation and refinement of treatment plan	76
Prosthodontic treatment	76
I. Basic to most areas of prosthodontics	76
II. Fixed partial dentures	79
III. Removable partial dentures	81
IV. Maxillofacial prosthetics	85
V. Complete dentures	87
VI. Implant restorations	90
Materials and devices	91
I. Articulators	91
Interim restorations	92
Auxiliary personnel and work authorization	92
Legal considerations	92

### DEFINITIONS<sup>8</sup>

1. *Prosthodontics* is the branch of dentistry pertaining to the restoration and maintenance of oral function, comfort, appearance, and health of the patient by the restoration of natural teeth and/or the replacement of missing teeth and contiguous oral and maxillofacial tissues with artificial substitutes.

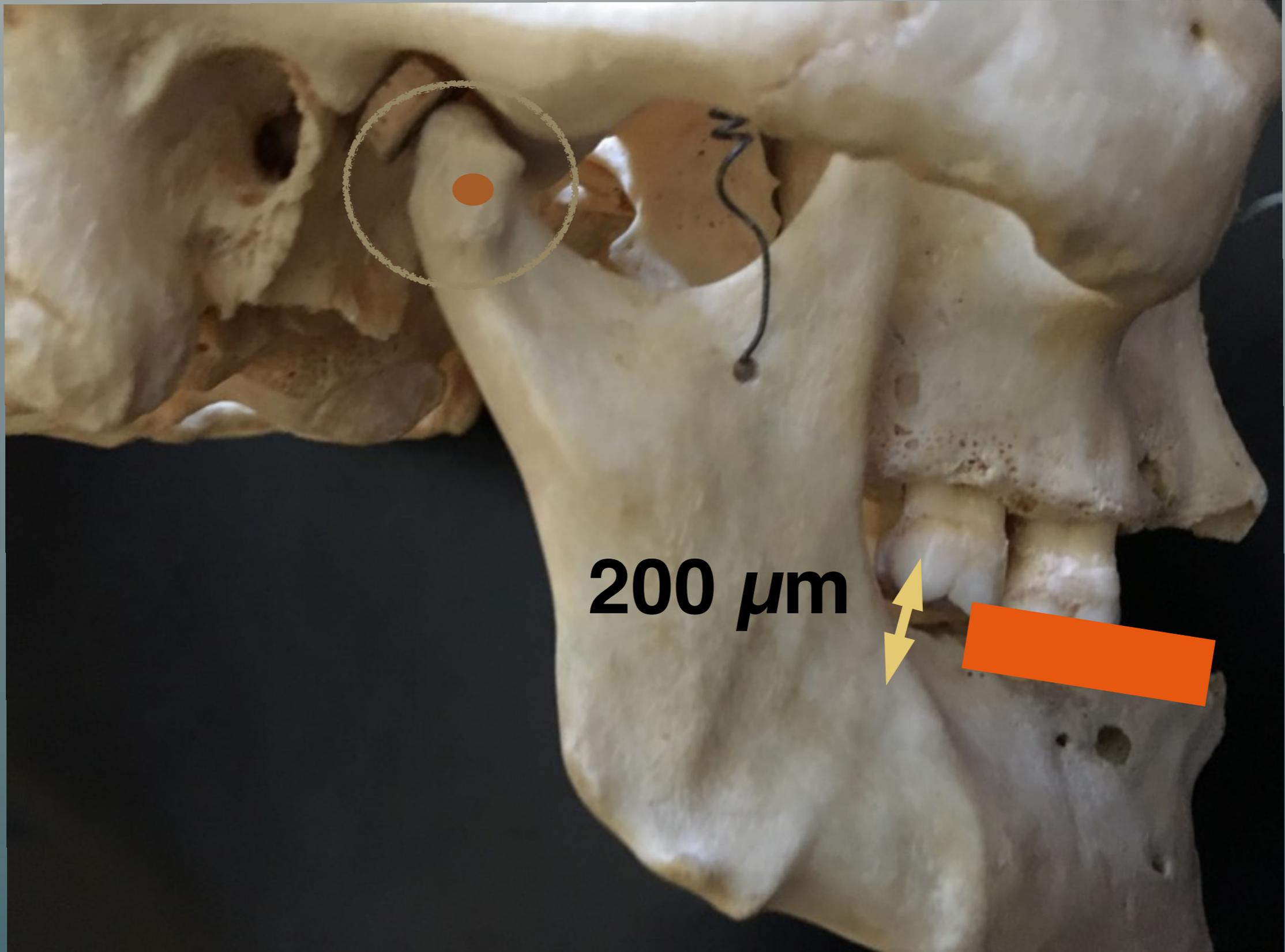
2. *Fixed prosthodontics* is the branch of prosthodontics concerned with the replacement and/or restoration of teeth by artificial substitutes that are not removable from the mouth.

3. *Removable prosthodontics* is the branch of prosthodontics concerned with the replacement of teeth and contiguous structures for edentulous or partially edentulous patients by artificial substitutes that are removable from the mouth.

4. *Maxillofacial prosthetics* is the branch of prosthodontics concerned with the restoration and/or replacement of stomatognathic and associated facial structures by artificial substitutes that may or may not be removable.

5. *Implant prosthodontics* is the phase of dentistry concerning the restorative phase following implant placement.

J PROSTHET DENT 1995;73:73-94.  
Copyright © 1995 by The Editorial Council of THE JOURNAL OF PROSTHETIC DENTISTRY.  
0022-3913/95/\$3.00 + 0. 10/8/59402



**200  $\mu\text{m}$**







# Comment prévenir les litiges en dentisterie esthétique?

M.A.C.S.F 05 12 2016

chapitre 2 : respecter l'obligation de moyens:

« Les modèles sont montés sur articulateur dans le but de confectionner un wax-up »



# Comment prévenir les litiges en dentisterie esthétique?

M.A.C.S.F 05 12 2016

## Considérations médico-légales

« L'expert s'attachera aussi à valider le respect de l'obligation de moyens (notamment pour la conception d'un projet thérapeutique indiqué et conforme aux données) »





**merci pour votre attention**

## Respect de l'obligation de moyens

Sur le plan légal, depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2002 le chirurgien-dentiste est tenu non pas une obligation de résultat mais seulement une obligation de moyens c'est-à-dire qu'il doit mettre tout en œuvre pour tenter de parvenir une situation satisfaisante sans que l'allégation de non-obtention du résultat espéré suffise engager sa responsabilité.

**Cette obligation de moyen est applicable aux soins prothétiques, ainsi que le rappelle la jurisprudence de la Cour de cassation** (cf. Cass. 1ère civ 31 octobre 2012, n°11-21.633 ; Cass. 1ère civ 20 mars 2013, n°12-12300).

- Il est recommandé d'établir un **plan de traitement écrit** définissant les priorités : l'esthétique, la dentisterie adhésive, la préservation tissulaire initiale.
- Les **modèles d'étude** sont montés sur articulateur dans le but de confectionner un wax up.
- Après validation du **wax up**, le **mock up** (ou masque) est alors réalisé. A ce stade, la situation initiale n'a toujours pas été modifiée, la mise en place du mock-up permet de procéder une analyse critique avec le patient et de s'assurer de son accord au projet.
- Cette étape permet de définir et comprendre les attentes esthétiques des patients et de les confronter aux possibilités techniques ; c'est ce niveau qu'intervient **notre rôle de Sachant** : possibilité de **ne pas accéder la demande du patient si cette dernière est en inadéquation avec les recommandations de bonnes pratiques et/ou les possibilités techniques de son cas clinique.**
- Après validation de cette première étape par le patient, nous pouvons débiter le traitement proposé. Il y aura une phase prothétique provisoire, et au fil des étapes il faudra **veiller ce que le patient soit impliqué et coopère**, en validant la teinte, la forme, la position...

## Respect du devoir d'information