

UNIVERSITE JEAN MONNET

FACULTE DE MEDECINE

Jacques LISFRANC

LABORATOIRE D'ANATOMIE

15 rue Ambroise Paré

42000 Saint-Etienne.

Année 2010-2011

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
D'ANATOMIE APPLIQUEE
A L'IMPLANTOLOGIE**

Mémoire Présenté par

Mr Le Docteur LACHAISE Pascal

Titre du Mémoire

Evolution des déclarations de sinistres en implantologie orale

années 2007-2008-2009

Recommandations actuelles de pratique

Directeur du Mémoire

Mr le Docteur Robert GAUTHIER

UNIVERSITE JEAN MONNET

FACULTE DE MEDECINE

Jacques LISFRANC

LABORATOIRE D'ANATOMIE

15 rue Ambroise Paré

42000 Saint-Etienne.

Année 2010-2011

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
D'ANATOMIE APPLIQUEE
A L'IMPLANTOLOGIE**

Mémoire Présenté par

Mr Le Docteur LACHAISE Pascal

Titre du Mémoire

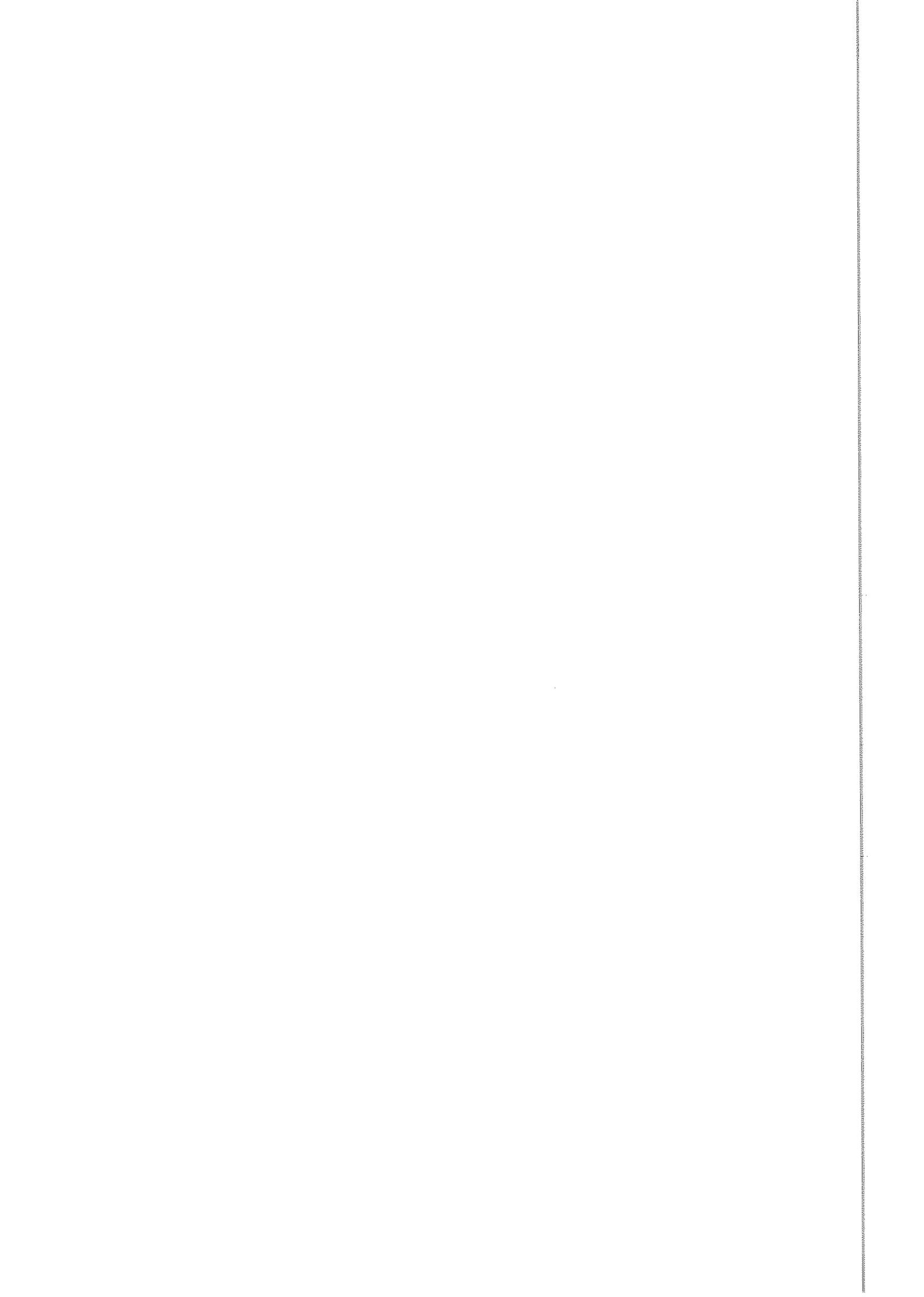
Evolution des déclarations de sinistres en implantologie orale

années 2007-2008-2009

Recommandations actuelles de pratique

Directeur du Mémoire

Mr le Docteur Robert GAUTHIER



SOMMAIRE

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODE

RESULTATS

DISCUSSION

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Cette étude aura pour but de recenser les déclarations de sinistres auprès de la mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF). Ceci sur 3 années : 2007-2008 et 2009

Sinistres uniquement en rapport avec l'implantologie dentaire, de manière à bien appréhender ce qui peut nous conduire à un conflit.

On notera l'intérêt de connaître ce qui peut provoquer une procédure , pour anticiper , l'éviter , simplement la désamorcer.

La dernière partie de ce travail débouchera sur des recommandations actuelles de bonne pratique en implantologie dentaire.

MATERIEL ET METHODE

1 – PRESENTATION

On utilisera les documents fournis par la Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français nommée MACSF dans ce travail .

Cette mutuelle assure environ 25000 Chirugiens-dentistes soit plus de la moitié des praticiens français . Ceci garanti donc une fiabilité importante à ces statistiques .

L'étude se concentrera sur les 3 dernières années : 2007 – 2008 – 2009 .

Tout d'abord année par année , puis une synthèse plus globale sera faite de manière à visualiser l'évolution sur 3 ans .

Les résultats nous permettrons de dégager les grandes lignes de ce qu'il convient de soigner dans notre approche de l'implantologie orale , et de proposer quelques recommandations actuelles .

2 – ETUDE GENERALE

a – année 2007

Les **25 091** chirurgiens-dentistes sociétaires du Sou Médical -Groupe MACSF et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) ont adressé **1 051** déclarations en 2007, soit une sinistralité de 4,19 %.(1)

En implantologie et comblement de sinus (77 déclarations) (58 en 2004, 76 en 2005, 85 en 2006) :

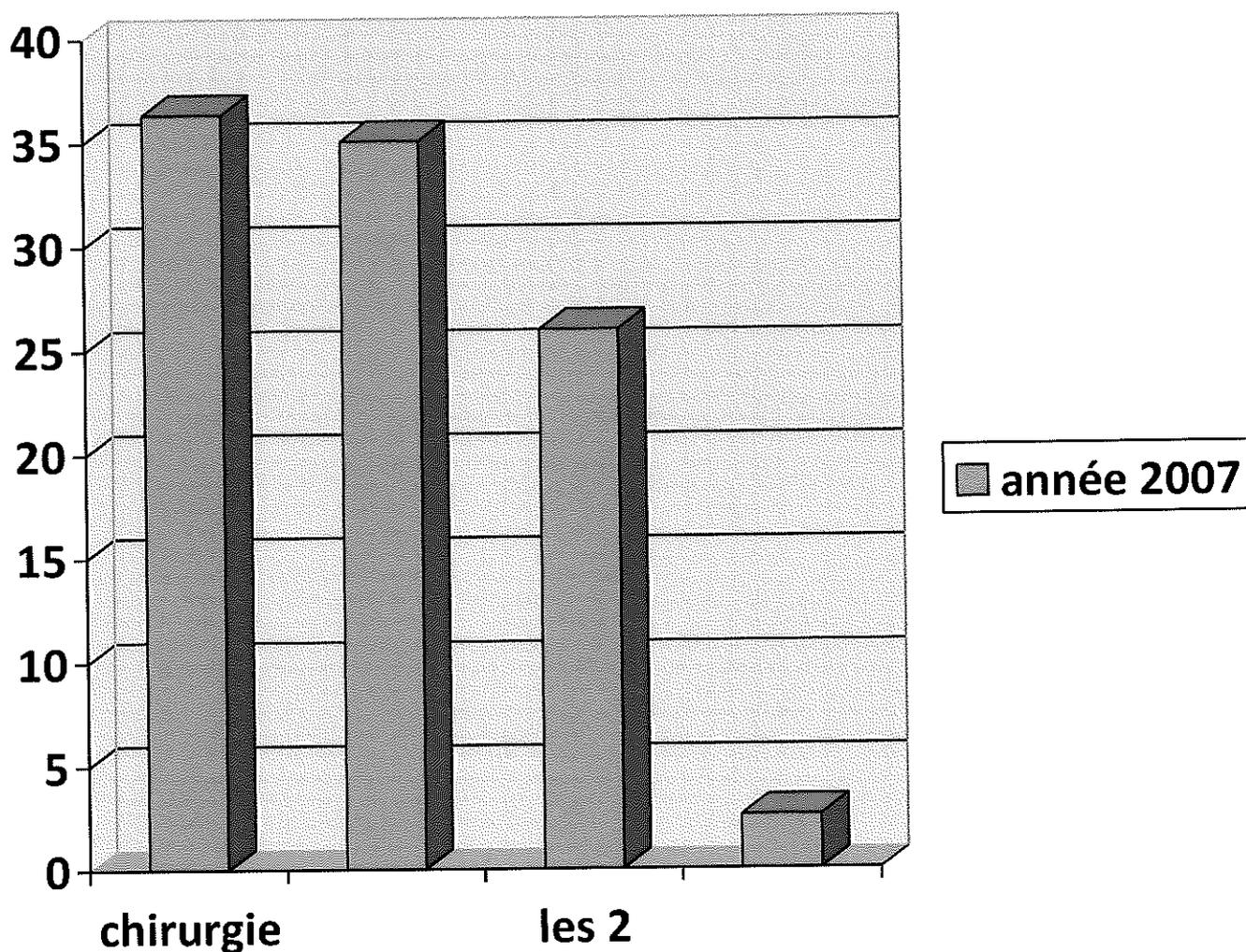
28 déclarations portent sur des problèmes exclusivement liés à la chirurgie implantaire : péri implantites, absence ou défaut d'ostéointégration, douleurs, infections, communications bucco sinusiennes (CBS), sinusites, échecs de greffes osseuses ou de soulevés de sinus, lésions du

nerf alvéolaire (5) avec perte de sensibilité ou paresthésies, (ces dernières sont liées pour l'essentiel à une absence de précaution ou de mesure radiologique pré opératoire).

27 concernent exclusivement les prothèses sur implants : inadaptation, esthétique, fractures de bridges, de la partie céramique de couronnes ou bridges, descellements, fracture de la vis implantaire ou de connexion, problèmes avec les prothèses amovibles sur implants.

20 mettent en cause à la fois la phase chirurgicale et la réalisation prothétique.

A noter 2 déclarations de fracture d'implants.



b – année 2008

Les **24 945** chirurgiens-dentistes sociétaires du Sou Médical - Groupe MACSF et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) ont adressé **1 071** déclarations en 2008, soit une sinistralité de 4,29 % (contre 4,19 % en 2007). (2)

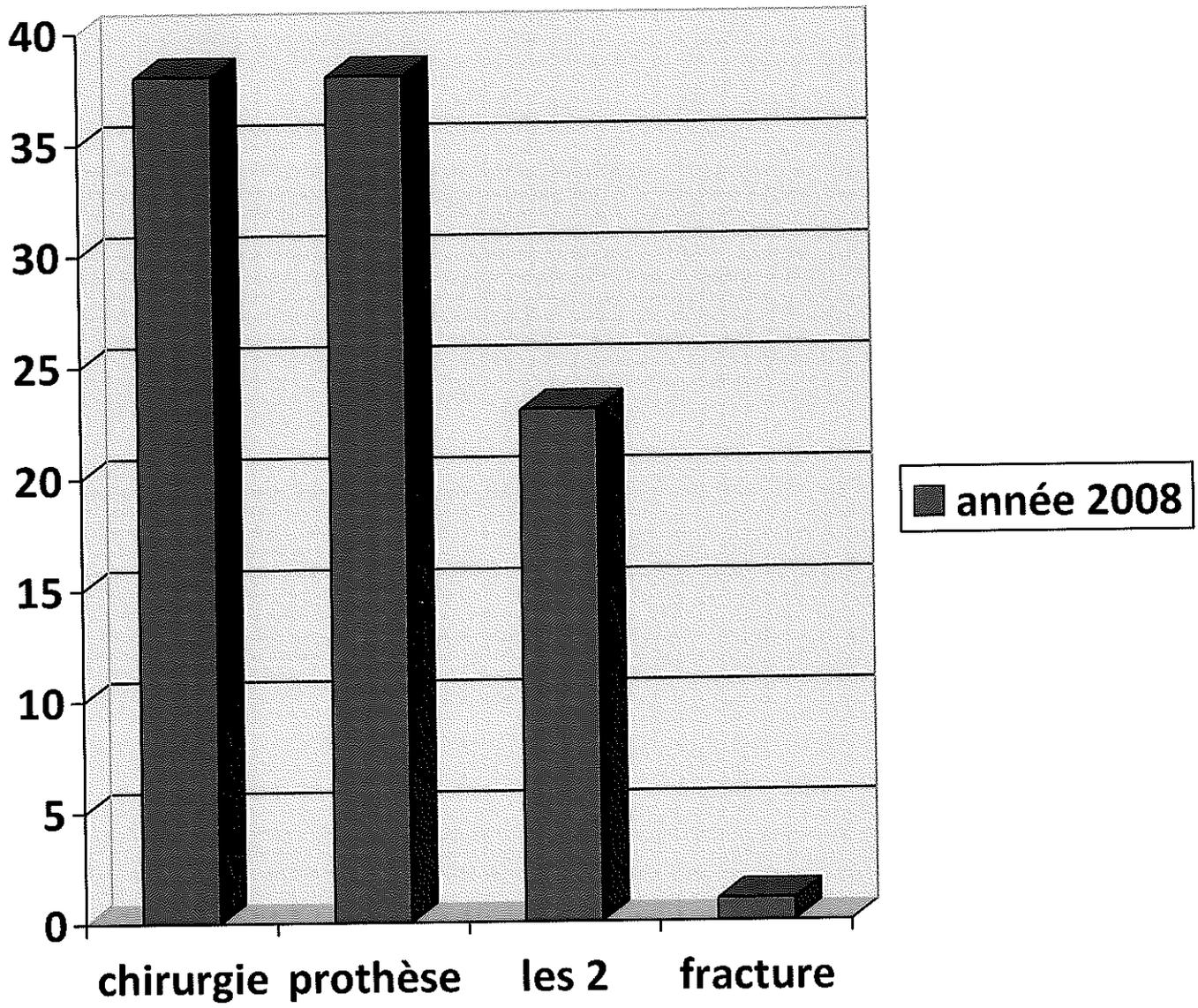
En implantologie et comblement de sinus (100 déclarations) Rappel : 76 déclarations en 2005, 85 déclarations en 2006, 77 déclarations en 2007.

38 problèmes exclusivement liés à la chirurgie implantaire : péri implantites, absence ou défaut d'ostéointégration, douleurs, infections, communications bucco sinusiennes, sinusites, échecs de greffes osseuses ou de soulèvements de sinus, lésions du nerf alvéolaire (5) avec perte de sensibilité ou paresthésies (ces dernières sont liées pour l'essentiel à une absence de précaution ou de mesures radiologiques préopératoires).

38 déclarations portent sur les prothèses sur implants (38) : inadaptation, esthétique, fractures de bridges, de la partie céramique de couronnes ou bridges, descelllements, problèmes occlusaux non résolus, fracture de la vis implantaire ou de connexion, problèmes avec les prothèses amovibles sur implants.

23 concernent la phase chirurgicale et réalisation prothétique (23).

à noter 1 déclaration de fracture d'implants.



c – année 2009

Les 25 246 chirurgiens-dentistes sociétaires du Sou Médical - Groupe MACSF et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) ont adressé 1 081 déclarations, soit une sinistralité de 4,28 % (contre 4,29 % en 2008).(3)

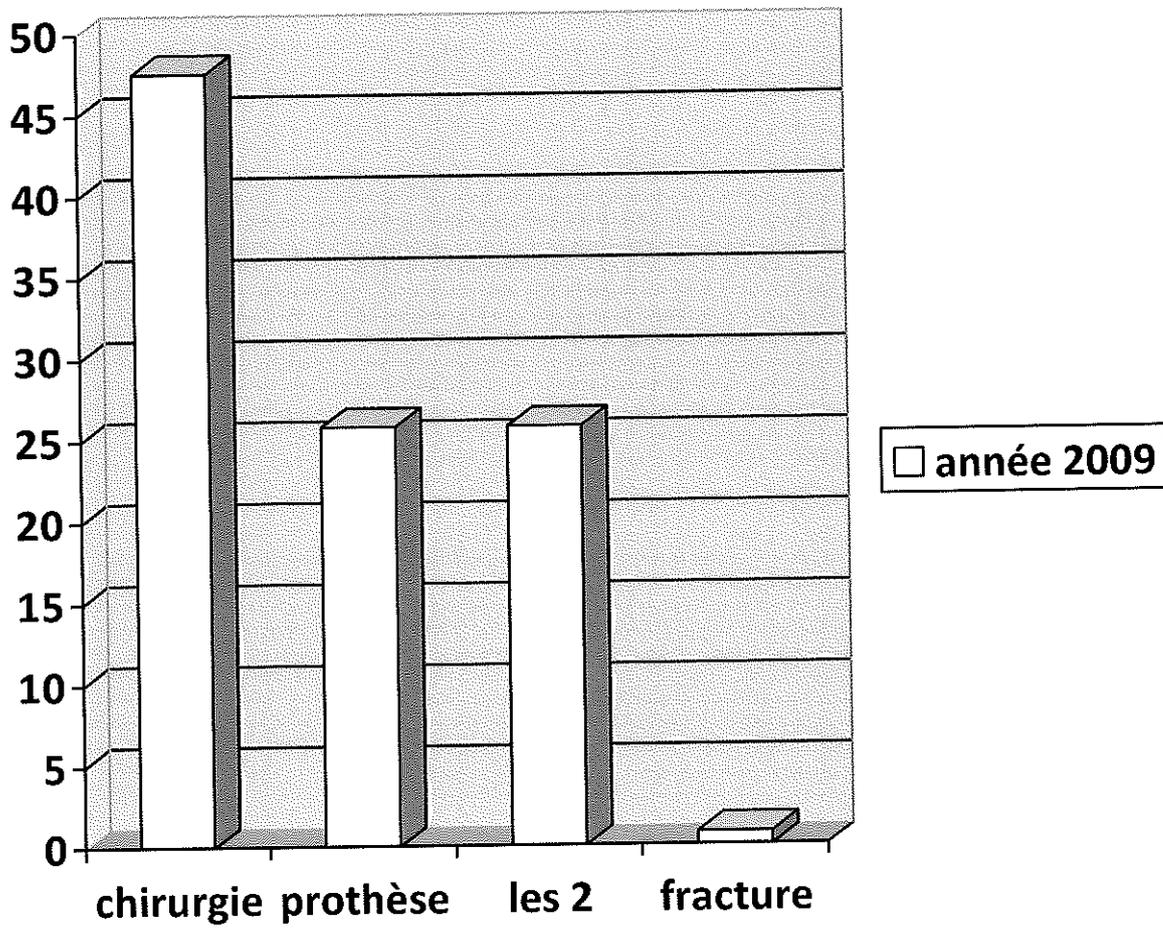
En implantologie et comblement de sinus (124) Rappel : 77 déclarations en 2007, 100 déclarations en 2008.

59 déclarations (38 en 2008) portent sur des problèmes exclusivement liés à la chirurgie implantaire : péri-implantites, absence ou défaut d'ostéointégration, douleurs, infections, 9 déclarations de CBS, sinusites, échecs de greffes osseuses ou de soulèvements de sinus, 18 lésions nerveuses (5 en 2008) avec perte de sensibilité ou paresthésies, (ces dernières sont liées pour l'essentiel à une absence de précaution ou de mesures radiologiques préopératoires).

32 concernent exclusivement les prothèses sur implants : inadaptation, esthétique, fractures de bridges, de la partie céramique de couronnes ou bridges, descellements, problèmes occlusaux non résolus, fracture de la vis implantaire ou de connexion, problèmes avec les prothèses amovibles sur implants.

32 mettent en cause à la fois la phase chirurgicale et la réalisation prothétique.

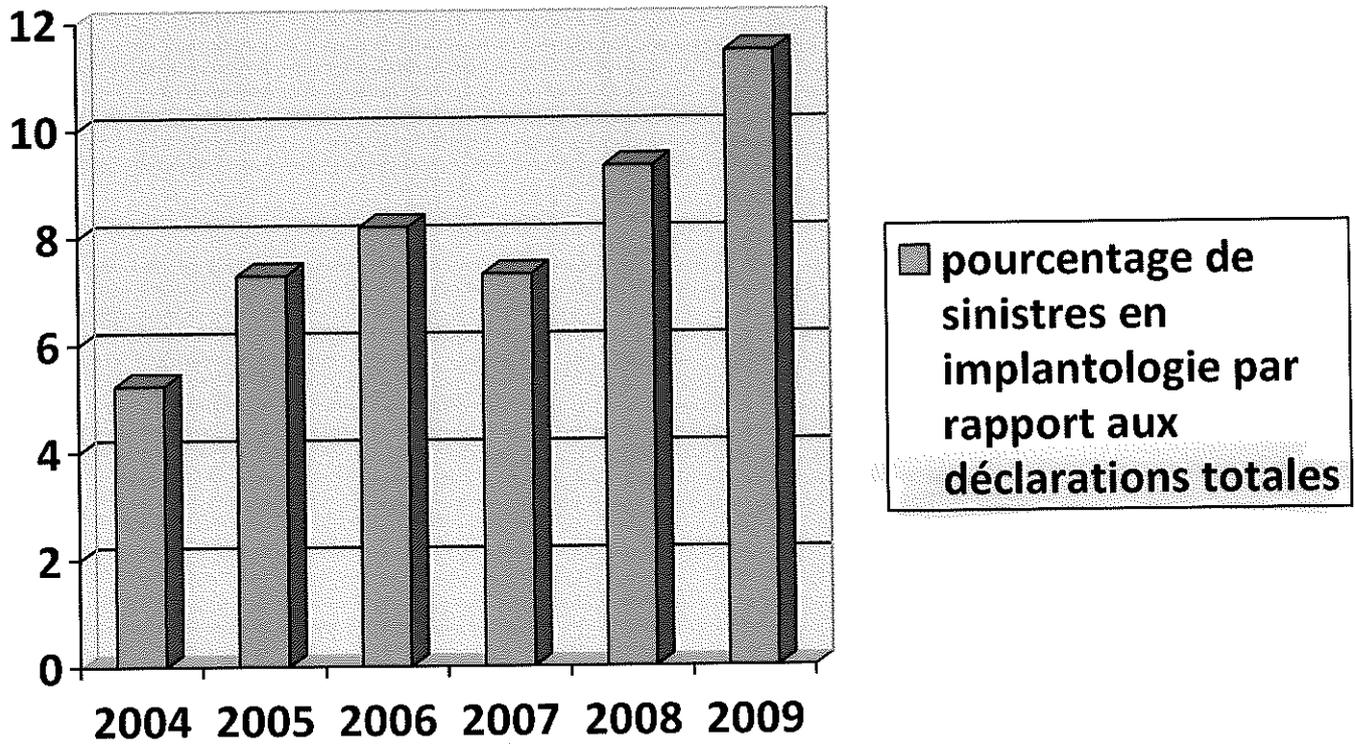
1 seule déclaration porte sur le matériel implanté lui-même.



RESULTATS

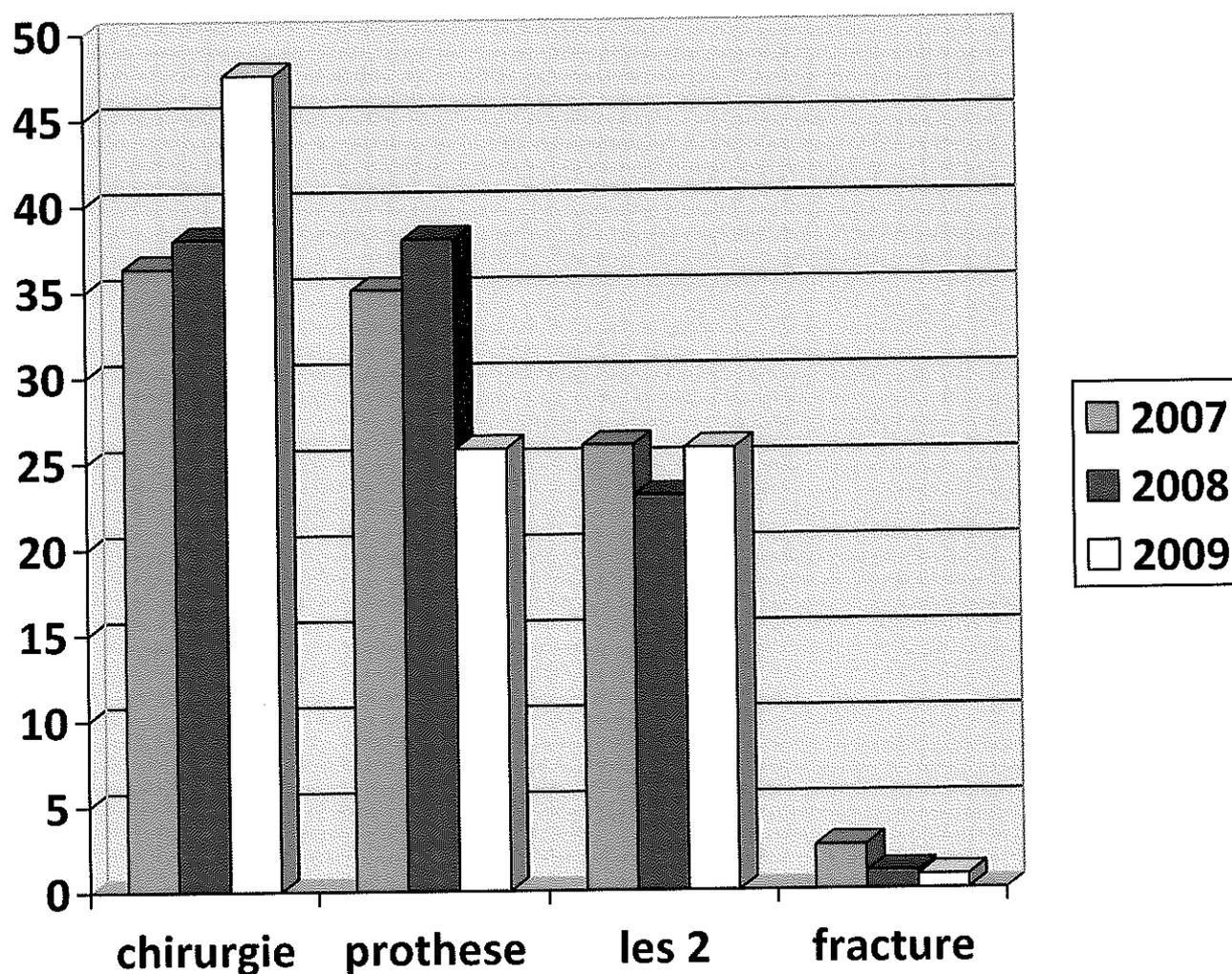
Après lecture de ces statistiques, quelques tendances semblent se dégager.

On notera sur ce premier graphique l'augmentation régulière des déclarations en nombre mais surtout en proportion par rapport aux autres déclarations. Voici donc présentés les pourcentages de sinistralité de l'implantologie orale depuis 2004 cette fois. La courbe est visiblement en train de s'infléchir assez nettement depuis 2007.



Par ailleurs, la sinistralité globale de la profession n'a pas changé depuis ces années, restant entre 4,2 et 4,30%. On peut donc déjà penser que l'implantologie orale sera plus à même de déclencher des conflits dans un futur plus ou moins proche.

Sur ce dernier graphique , on pourra observer les différences entre ces 3 années et visualiser l'augmentation sensible des sinistres .



On notera que là où l'augmentation est la plus marquée , c'est la partie chirurgicale de nos actes d'implantologie orale . Nous y reviendrons dans les recommandations de ce travail .

DISCUSSION

1- QUELLE ATTITUDE POUR LES PATIENTS ?

Une des première réflexion est de se demander si nos patients peuvent être également responsables d'une manière ou d'une autre de l'augmentation des sinistres.

Sont-ils mieux informés ?

A l'évidence la réponse est oui , peut-être mal informés voire désinformés , on pensera alors à un outil formidable mais redoutable : internet .

Cela peut nous amener à un conflit si l'image donnée au patient par certains supports est erronée ou simplement différente du projet choisi par le praticien.

Sont-ils plus enclins à porter plainte , à déclarer des sinistres , à demander réparation ?

Là aussi la réponse ne peut être que positive mais c'est une constante de notre société , on peut donc imaginer quel cela n'a rien à voir avec nos actes d'implantologie orale mais plutôt avec une nouvelle mentalité à laquelle il va bien falloir nous adapter.

2- QUELLE ATTITUDE POUR LES PRATICIENS ?

Compte-tenu de notre exposé, les praticiens vont devoir être vigilants et rigoureux pour minimiser les risques de sinistres.

En premier lieu , il faudra être clair avec son patient pendant toute la durée du traitement mais surtout au départ !!

«La première chose est de bien expliquer au patient ce qu'on veut lui faire, ainsi que les solutions alternatives. Le praticien n'a pas seulement un rôle d'information, il a également un rôle de conseil que l'on a tendance à oublier. Un devis doit être remis au patient en lui laissant un temps de réflexion classiquement de deux semaines. Ensuite, un document écrit de consentement éclairé doit être remis au patient, daté et signé de sa main. Ce document doit préciser ce qui se passe en cas de problème sans coût supplémentaire. Ce document doit impérativement être signé par le patient et conservé précieusement dans le dossier médical. » (4)

Ensuite ,il conviendra de se former , de se protéger et d'employer les données acquises de la science dans tous nos actes en général ,mais certainement avec encore plus de précautions en implantologie orale . Nous développerons ce thème dans nos recommandations lors du chapitre suivant.

3- QUELLE EVOLUTION PREVOIR ?

Le futur de notre activité en implantologie orale peut apparaitre délicat au point de vue juridique si l'on se cantonne à l'étude des statistiques. Cependant ,en respectant scrupuleusement les conseils ci-après, il semble assez aisé d'éviter la majeure partie des conflits.

Même si le nombre de praticiens exerçant l'implantologie orale se multiplie sensiblement, le fait de pratiquer ce actes régulièrement et dans de bonnes conditions peut laisser espérer un infléchissement très net de ces statistiques par rapport à la sinistralité en dentaire en général.

RECOMMENDATIONS

Nous voici donc dans une partie essentielle de ce travail , beaucoup plus orientée vers des conseils pratiques de bonne conduite en implantologie orale.

1- CONDUITE A TENIR AU POINT DE VUE JURIDIQUE

a- à propos de la responsabilité médicale civile délictuelle.

Conseils pour répondre aux obligations de l'Art. 1384 du Code Civil :

- Employer du personnel paramédical compétent et qualifié.
- Surveillance et entretien des locaux du cabinet médical.
- Entretien de son matériel professionnel, remplacer celui qui est obsolète.
- Bien "négocier" les garanties de son contrat d'assurance RCP : lire attentivement les clauses du plafond de garantie, les conditions d'exercice professionnel, et les modalités de couverture du personnel de son Cabinet (notamment lors d'intervention en "clinique extérieure").

b- à propos de la responsabilité médicale civile contractuelle.

Capacité de contracter.

Le soignant :

Il faut pratiquer des actes conformes à sa formation et sa compétence : ainsi si l'élévation du plancher sinusien, le comblement de sinus, le prélèvement et greffe d'os autogène maxillaire sont juridiquement du ressort de la capacité d'un Chirurgien-Dentiste, l'acquisition d'une compétence chirurgicale s'avère indispensable.

En implantologie orale, non seulement il faut avoir de solides connaissances en prothèse et en occlusodontie, mais une qualification spécifique reconnue par un DU (Diplôme Universitaire) est aussi particulièrement recommandée.

Il faut assurer le perfectionnement de ses connaissances (Art. 11 du CDM) et suivre une régulière formation continue (Art. L 4133-1 et L 6155-1 du CSP).

Enfin, il est évident que le praticien doit pour lui-même se conformer aux conseils de la médecine du travail, ou aux directives de son médecin personnel. On peut ici s'interroger sur la pratique des méthodes invasives par des chirurgiens contaminés par le VIH, VHC ou VHB.

Le soigné :

Le praticien doit toujours obtenir le consentement des parents (ou tuteurs) avant d'entreprendre tout traitement, conformément à la loi du 4 Juillet 1970 sur l'autorité parentale (Art. 371-1,371-2,372,373 et 374 du CC). (Art.42 du CDM).

L'autorité doit toujours s'exercer dans l'intérêt exclusif de l'enfant (Art. 43 et 44 du CDM).

Raison de s'engager.

Le praticien doit assumer ses obligations de moyen :

- Interrogatoire approfondi du patient (et des parents si mineur).
- Noter l'état antérieur dans le dossier médical (un dossier clinique complet et non une simple fiche informatisée de gestion ! ...).
- Elaborer un diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant des méthodes scientifiques appropriées (scanner, imagerie 3D, télé, examen biologique) afin de s'assurer de la qualité du terrain et des possibilités anatomiques d'implantation. Le compte-rendu radiologique (Arrêté du 06.08.1991) doit fournir par écrit les données qualitatives (minéralisation de l'os) et quantitatives (épaisseur de la crête, corticale, hauteur disponible, cavités pneumatiques, etc...), en réponse aux demandes précises du praticien.
- Respect des contre-indications absolues (ANDEM / 01.1993) : cardiopathie valvulaire, déficit immunitaire, affection maligne grave, hémopathies, transplantation d'organe).
- Soigneusement sélectionner les indications : édenté antérieur (l'aspect esthétique doit être soigné), édenté distal unilatéral, édenté complet bas. Il faut opter pour une solution implantaire si les possibilités de prothèse traditionnelle sont épuisées (ou catégoriquement refusées par écrit par le patient).

- Faire une analyse prothétique pré implantaire, qui détermine le nombre et l'emplacement des implants.

Celui qui place l'implant est responsable de la sélection du site anatomique, du choix de la technique et du matériau implanté. En cas de litige il n'en existe pas moins, le plus souvent, une coresponsabilité avec le confrère réalisant la partie prothétique (responsabilité in-solidum). C'est pourquoi il est souhaitable que l'implantologiste travaille au sein d'une équipe soudée et compétente ou, mieux, réalise lui-même la pose prothétique.

- Etablir un plan de traitement rigoureux (ostéo-intégration, mise en communication buccale, mise en charge, précisions techniques sur la prothèse à réaliser, suivi post-opératoire programmé).

- Formuler un pronostic en envisageant objectivement (avec le patient) les complications possibles (chirurgicales, prothétiques, gingivales), théoriquement de l'ordre de 5 %. En ce domaine, le pourcentage d'échecs ne peut jamais être nul !...

- Respect des règles techniques d'actualité (d'où l'intérêt de l'EPU) et opérer dans les meilleures conditions d'hygiène et d'asepsie possibles (problème d'une décontamination efficace dans une salle d'omnipraticien dentaire ?).

c- Le consentement éclairé du patient.

Comment informer ?

Obligation d'un devis écrit et d'une information personnalisée du patient (un banal formulaire standard est inadapté) : le document doit rappeler l'objet de la consultation (éviter le piège de "l'esthétiquement vître"), indiquer l'état antérieur, l'état clinique, les thérapeutiques applicables. Il doit non seulement signaler tous les risques encourus mais aussi préciser les données du pronostic propres au patient (en sachant toutefois qu'il ne faut jamais garantir par écrit la durée d'un implant). Il indique aussi le montant des honoraires et la prise en charge des Caisses de sécurité Sociale et Mutuelles éventuelles.

Le document doit être cosigné par les parties. Ainsi présenté il s'affirme comme un élément de preuve du respect de l'information "éclairée" du patient (Art. 34 du CDM).

Juridiquement cet accord contractuel ne doit pas être vicié ("sans erreur, sans tromperie et sans violence"). C'est pourquoi il importe de laisser au patient un délai de réflexion et de choix (Art. 8 et 35 du CDM) avant tout engagement. En cas de modification au cours du traitement, il faut toujours établir un avenant écrit également cosigné.

d- Quid de l'aléa médical ?

Les progrès des techniques et de la Science, les exigences du droit à la santé, font que notre société n'admet plus l'aléa médical (risque ou hasard). Les victimes veulent être indemnisées quelle que soit la cause de l'accident médical.

La loi du 04.03.02. dite Loi Kouchner répond à cette exigence. Les dispositions prévoient la prise en charge, par la Solidarité nationale, de l'aléa médical. Mais uniquement les gros dommages (IPP > 24%). Or la majorité des litiges se situent entre 10 et 20 %... Ainsi, en implantologie orale, seules sont concernées les séquelles telle une double paralysie faciale, ou une ankylose ATM (à 5 mm). Les complications d'ordre dentaire (barème IPP < 24%) ne peuvent être indemnisées. Et pourtant, que d'aléas possibles dans ce type d'actes !

En cas d'accident médical le praticien doit informer, au plus tard dans les 15 jours, la victime (ou son représentant) sur les circonstances et les causes du dommage.

e- A propos de la responsabilité médicale sur le plan pénal.

Le praticien en implantologie orale n'est pas à l'abri de cette voie judiciaire.

Trois articles du NCP doivent retenir son attention :

- Art. 222-20 = atteinte involontaire à l'intégrité des personnes avec ITT < 3 mois.
- Art. 223-1 = mise en danger d'autrui par violation délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou prudence.
- Art. 221-6 = homicide involontaire (accident d'anesthésie ou allergie).

Tout ce paragraphe a été écrit grâce à une synthèse des documents : (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (14) .

2- CONDUITE A TENIR EN PRATIQUE

Nous allons à nouveau reprendre les recommandations de l'HAS (9) (10), argumentaire étayé par les 3 auteurs suivant (13) (15) (16).

a- Traitement du matériel biomédical et chirurgical

Le niveau de traitement des dispositifs médicaux est déterminé prioritairement en fonction du risque infectieux potentiel lié à l'utilisation de ces dispositifs. Il faut privilégier le niveau maximum de sécurité avec l'utilisation de dispositifs soit à usage unique soit pouvant être stérilisés.

La procédure de stérilisation nécessite, pour être efficace, des opérations préliminaires que sont le démontage, la pré-désinfection, le rinçage, le nettoyage et le conditionnement. Ces étapes sont impératives. La stérilisation s'effectue à la vapeur d'eau, procédé de référence aujourd'hui, elle nécessite une température de 134°C maintenue pendant 18 minutes.

b- Salle d'intervention : organisation et préparation préopératoire

La salle d'intervention doit permettre un nettoyage facile, reproductible et une gestuelle respectant les règles d'asepsie.

Les locaux doivent comporter trois types de zones en fonction du risque potentiel de contamination : les zones administratives, les zones potentiellement « contaminées », les zones dites « protégées ».

Afin de respecter au mieux les contraintes d'asepsie, la salle d'intervention peut être :

- soit spécifique à ce type d'intervention et permettre ainsi une meilleure planification

des interventions et un confort accru d'organisation,
- soit adaptée si le cabinet répond aux critères définis en termes d'aménagement et d'asepsie.

L'air et l'eau sont également deux paramètres à contrôler pour réaliser des chirurgies implantaires.

Différents types d'eau sont donc nécessaires selon les utilisations :

- une eau filtrée pour le lavage chirurgical des mains ;
- une eau stérile pour l'irrigation chirurgicale ;
- des eaux techniques pour les différents appareils : autoclaves, machines à laver... ;
- une eau potable pour les autres utilisations.

Un traitement spécifique de l'air n'est pas nécessaire pour réaliser des chirurgies implantaires mais la maîtrise de ces trois paramètres (renouvellement d'air, désinfection des surfaces, circulation des intervenants) permet de contrôler l'air de la salle d'intervention.

Afin de réaliser un nettoyage optimal de la salle d'intervention, le traitement des sols et des surfaces doit être réalisé après avoir retiré tous les objets non utiles à la chirurgie implantaire. De plus, la salle d'intervention doit répondre à des impératifs en terme de revêtement de sols, muraux et plans de travail afin d'effectuer un nettoyage efficace. Le bionettoyage des sols et surfaces se réalise soit en deux étapes : un nettoyage puis une désinfection, soit en une étape avec l'utilisation d'un détergent-désinfectant.

c- Préparation et mise en place des différents acteurs

Il est important d'insister sur la préparation du patient avant chirurgie car le risque infectieux est principalement d'origine locale. L'ensemble des traitements d'assainissement de la cavité buccale doivent être réalisés avant l'intervention lors de séances distinctes.

Le protocole de préparation d'un patient avant une chirurgie implantaire comporte cinq étapes :

- la désinfection buccale avec un bain de bouche à base d'iode ou de biguanide ;
- l'habillage avec une blouse non stérile, des surchaussures et une charlotte ;
- l'installation du patient dans la salle d'intervention ;
- l'antisepsie cutanée avec un antiseptique alcoolique ;
- le drapage du patient avec des champs de type chirurgical et stérile.

Le protocole de préparation du praticien et assistants opératoires avant une chirurgie implantaire comporte quatre étapes :

- le port d'une tenue spécifique non stérile comportant une tunique et un pantalon de soins ;
- le port de sabots, d'un masque chirurgical, d'une charlotte ou cagoule et de lunettes ou loupes ;
- le lavage chirurgical des mains ou le traitement de désinfection chirurgicale par friction ;
- le port d'une blouse ou casaque stérile et des gants chirurgicaux.

d- Intervention - Temps opératoires

La salle d'intervention est préparée avant l'arrivée du patient mais l'installation du matériel peut se réaliser à l'arrivée du patient pour que le temps durant lequel les dispositifs sont placés hors de leurs conditionnements, même couverts d'un champ, soit le plus court possible. Il est important de réunir dans la salle d'intervention l'ensemble du matériel nécessaire à la chirurgie.

Des champs stériles sont placés sur les plans de travail, sur la table pont et sur tout ce qui pourrait être source de contamination pendant l'intervention. Il est important d'isoler un espace stérile dans le voisinage immédiat de la tête du patient.

Afin de travailler dans les meilleures conditions d'hygiène et d'asepsie, une ergonomie rigoureuse et parfaite impose une organisation réfléchie et fonctionnelle de l'environnement technique ; les instruments auront été placés avec soin dans l'ordre déterminé par le praticien, selon l'ordre opératoire. L'ensemble des champs et emballages stériles ne seront enlevés qu'au début de l'intervention après installation du patient afin d'éviter tout contact septique.

Pour diminuer les risques de contamination bactérienne, il apparaît important de diminuer le temps d'intervention ; par conséquent tendre vers la perfection en gestuelle et en organisation aide à mener au mieux l'intervention chirurgicale, dans des conditions optimales d'hygiène et d'asepsie. La formation et la compétence des différents intervenants est un facteur clé dans la diminution du temps d'intervention.

e- Procédures postopératoires

L'intervention terminée, le praticien et les assistants doivent réaliser :

- le nettoyage de la salle d'intervention,
- le traitement du matériel chirurgical, biomédical et des déchets,
- mettre en oeuvre l'ensemble des procédures de traçabilité.

f- Techniques chirurgicales spécifiques

La chirurgie de pose d'implant s'accompagne très souvent de techniques chirurgicales connexes qui peuvent être réalisées soit lors d'une intervention préalable, soit au même moment que la chirurgie de pose d'implant.

De nombreuses techniques sont développées actuellement afin d'accroître le volume osseux ou parodontal lorsque ces derniers sont insuffisants pour poser un implant.

Il est indispensable d'avoir une compétence particulière pour réaliser ces actes de chirurgie. Ces actes requièrent des formations spécifiques et une gestuelle élaborée.

Les techniques chirurgicales spécifiques décrites sont : la régénération osseuse guidée, l'expansion des crêtes minces, les techniques utilisant les ostéotomes, le rehaussement du plancher sinusien, l'autogreffe osseuse, la distraction osseuse, la latéralisation du nerf alvéolaire inférieur.

Les techniques de régénération osseuse guidée sont fréquemment employées et ne nécessitent pas d'adaptation particulière au plateau technique décrit.

L'expansion de crêtes osseuses, les techniques utilisant les ostéotomes comme les ostéotomies de Summers, le rehaussement de plancher sinusien avec utilisation d'un matériau de prélèvement osseux intra-oral ou d'un matériau de substitution osseuse et les autogreffes osseuse peuvent se réaliser dans des salles d'intervention spécifiques ou adaptées ou au sein du bloc opératoire.

Le praticien adaptera son environnement technique en fonction du type d'anesthésie, de

la durée d'intervention et du site de prélèvement.

En revanche, les ostéotomies maxillo-faciales ou les autogreffes osseuses avec prélèvement extra-oral ou prélèvement intra-oral de volume important nécessitent l'utilisation d'un bloc opératoire.

CONCLUSION

En conclusion à ce travail ,

il convient de pondérer l'analyse statistique telle qu'elle peut nous apparaître. En effet, même si la courbe des sinistres en implantologie s'accélère nettement depuis 2008 , le nombre d'acte a été démultiplié par un facteur bien supérieur dans le même temps .Les techniques employées sont devenues de plus en plus techniques mais aussi de plus en plus à risque (on peut évoquer par exemple toutes les interventions en rapport avec les sinus maxillaires qui il y a encore 10 ans ne concernaient qu'un nombre infinitésimal de praticiens).
La proportionnalité des déclarations par rapport aux actes effectués et à leur nouveaux impératifs techniques ne semble finalement pas si défavorable que ça.

Cependant , on tiendra à rappeler qu'il est impératif pour ne pas dire obligatoire de se mettre dans les conditions optimales pour tout acte d'implantologie orale.

Ceci en veillant à nos obligations :

- légales et juridiques.
- techniques à proprement parler avec une expérience nécessaire et suffisante pour prétendre à effectuer ces actes.
- environnementales avec le choix d'une structure d'activité en rapport avec les actes réalisés.
- de formation pour pouvoir suivre les données acquises de la science en temps et en heure.

Et pour finir sur une note plus littéraire mais toujours d'actualité....

« les médecins sont des gens qui introduisent dans le corps humain qu'ils connaissent mal des substances qu'ils connaissent encore moins bien ». VOLTAIRE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - MUTUELLE D'ASSURANCE DU CORPS DE SANTE FRANÇAIS . Responsabilité : le risque des professions de santé en 2007 . Hors série , Novembre 2008 .
- 2 - MUTUELLE D'ASSURANCE DU CORPS DE SANTE FRANÇAIS . Responsabilité : le risque des professions de santé en 2008 . Hors série , Décembre 2009 .
- 3 - MUTUELLE D'ASSURANCE DU CORPS DE SANTE FRANÇAIS . Responsabilité : le risque des professions de santé en 2009 . Hors série , Novembre 2010 .
- 4 - MISSIKA , Patrick . Responsabilité et implantologie . Comment exercer en toute sécurité ? Titane Vol.5 – n°4 , Décembre 2008 .
- 5 - AMBROSINI , Jean-claude . La responsabilité médicale en implantologie orale , conduite à tenir . Conférence du 13 mai 2005 ,UFR de stomatologie-CMF/PARIS V . Disponible sur internet : < <http://www.collegesto.com/Juridique/responsabilite%20%en%20implanto.html> > .
- 6 - ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES . Stabilité du nombre des accidents dentaires en 2007 . Disponible sur internet : < <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html> > .
- 7 - MUTUELLE D'ASSURANCE DU CORPS DE SANTE FRANÇAIS . Le point sur la prévention en implantologie . Disponible sur internet : < <http://www.macsf.fr/vous-informer/point-sur-prevention-implantologie.html> > .
- 8 - MUTUELLE D'ASSURANCE DU CORPS DE SANTE FRANÇAIS . La responsabilité en implantologie . Disponible sur internet : < <http://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-en-implantologie.html>> .
- 9 - HAUTE AUTORITE DE SANTE . Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique . Saint-Denis la Plaine : HAS , 2008 .
- 10 - HAUTE AUTORITE DE SANTE . Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique , synthèse . Saint-Denis La Plaine : HAS , 2008 .
- 11 - AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L EVALUATION MEDICALE . Implantologie orale .Paris : ANDEM 1993 .

- 12 - HAUTE AUTORITE DE SANTE . Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical . Recommandation pour la pratique clinique . Saint-Denis La Plaine : HAS , 2007 .
- 13 - GARAUD H. La chirurgie implantaire au cabinet . Impératifs aseptiques . Chir Dent Fr 2006 . 76(1258) :49-56 .
- 14 - LANG JF. Mettre en place une salle de chirurgie . Indépendantaire 2007. 45 :56-9 .
- 15 - COLIN P . Préparer une intervention implantaire . Implantodontie 2007 . 13(4) :243-51 .
- 16 - HAUTE AUTORITE DE SANTE . Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. Etudes d'évaluation en santé publique .Saint-Denis La Plaine : HAS , 2005 .

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	page 3
MATERIEL ET METHODE	page 5
1-Présentation	page 6
2-Etude générale	page 6
a-année 2007	page 6
b-année 2008	page 8
c-année 2009	page 10
RESULTATS	page 12
DISCUSSION	page 15
1-Quelle attitude pour les patients ?	page 16
2-Quelle attitude pour les praticiens ?	page 16
3-Quelle évolution prévoir ?	page 17
RECOMMANDATIONS	page 18
1-Conduite à tenir au point de vue juridique	page 19
a-à propos de la responsabilité médicale civile délictuelle	page 19
b-à propos de la responsabilité médicale civile délictuelle	page 19
c-le consentement éclairé du patient	page 21
d-quid de l'aléa médical ?	page 22
e-à propos de la responsabilité médicale sur le plan pénal	page 22
2-Conduite à tenir en pratique	page 23
a-traitement du matériel biomédical et chirurgical	page 23
b-salle d'intervention :organisation et préparation préopératoire	page 23
c-préparation et mise en place des différents acteurs	page 24
d-intervention-temps opératoires	page 25
e-procédures postopératoires	page 26
f-techniques chirurgicales spécifiques	page 26

CONCLUSION

page 28

BIBLIOGRAPHIE

page 30

La Faculté de Médecine de Saint-Etienne déclare que les opinions émises dans les mémoires qui lui sont présentés doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

TITRE DU MÉMOIRE :

Evolution des déclarations de sinistres en implantologie orale
années 2007-2008-2009
Recommandations actuelles de pratique

RESUME :

L'objet de ce travail sera de recenser les déclarations de sinistres auprès de la mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF). Ceci sur 3 années : 2007-2008 et 2009
Sinistres uniquement en rapport avec l'implantologie dentaire, de manière à bien appréhender ce qui peut nous conduire à un conflit.

On notera l'intérêt de connaître ce qui peut provoquer une procédure, pour anticiper, l'éviter, simplement la désamorcer.

La dernière partie de ce travail débouchera sur des recommandations actuelles de bonne pratique en implantologie dentaire.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :

Anatomie et chirurgie implantaire .

MOTS CLES :

Déclarations , Implantologie orale , Recommandations , Sinistres

ENSEIGNANTS : Mr le Professeur Jean Michel PRADES

Mr le Professeur André MORIN

Mr le Docteur Robert GAUTHIER

ADRESSE DE L' AUTEUR : Pascal LACHAISE

6 Place de la Résistance

58000 NEVERS