

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

LABORATOIRE D'ANATOMIE

FACULTE DE MEDECINE LYON GRANGE-BLANCHE

8, avenue Rockefeller - 69373 LYON CEDEX 08

Année 1996 - 1997



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

**Mémoire
présenté par**

DOCTEUR DOMINIQUE MAXENCE

IMPLANTOLOGIE:

COMPLICATIONS ET CONSEQUENCES MEDICO-LEGALES

PLAN

1^{ère} partie

I) Introduction

II) Indications

III) Contre-indications

- A) Contre-indications absolues
- B) Contre-indications relatives

IV) Examens et traitements pré-implantaires

- A) Examens prothétiques
- B) Examens radiologiques
- C) Examens biologiques

V) Complications

- A) Complications chirurgicales
- B) Complications prothétiques
- C) Complications gingivales

2^{ème} partie

I) La Pratique de l'implantologie orale

- 1) La notion de responsabilité
- 2) La responsabilité civile
- 3) La responsabilité pénale
- 4) La responsabilité administrative
- 5) La responsabilité disciplinaire

II) Conditions d'exercice de l'implantologie orale

- 1) Cadre juridique de l'exercice de l'odonto-stomatologie.
- 2) Le contrat médical
- 3) Traitement implantaire
- 4) Partenariat thérapeutique

III) Information et consentement éclairé

- 1) L'obligation d'informer
- 2) Le recueil du consentement éclairé

IV) Mise en cause de la responsabilité civile du praticien

- 1) Le fait dommageable
- 2) Le Dommage
- 3) La charge de la preuve
- 4) La relation de causalité.
- 5) Réparation et chefs de préjudice
- 6) Etat antérieur

V) Conclusion

Annexes

Bibliographie

1ère PARTIE

I) Introduction :

L'implantologie représente aujourd'hui une spécialité bien définie dans le domaine de la réhabilitation orale et prothétique.

Cependant, aucune qualification en implantologie n'étant reconnue, aucune législation spécifique ne gère cette discipline récente, en constante évolution.

Pourtant l'implantologie en 1997 est basée sur des connaissances scientifiques indiscutables, des moyens techniques améliorés, des matériaux nouveaux ...

Toutefois le conseil de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes reconnaît les diplômes universitaires en implantologie dès lors qu'il sont délivrés par une faculté de Chirurgie Dentaire.

Sa pratique repose donc actuellement uniquement sur l'acquisition de compétences.

De nombreux patients attendent de l'implantologie des "solutions miracles" ; ainsi, tout désagrément est susceptible d'entraîner des revendications.

Tout incident au cours du traitement, voire l'insatisfaction du patient, peut provoquer une action judiciaire.

La survenue d'un dommage, réel ou fictif, fera rechercher la responsabilité civile, voire pénale, du praticien.

L'implantologie étant une science jeune, à la fois chirurgicale et prothétique, tend à devenir l'une des principales sources de conflit entre les praticiens et les patients, du fait de l'échec toujours possible de l'acte implantaire, du coût élevé des traitements et de la modification de l'attitude des patients à l'égard de leurs médecins.

II) Indications des Implants :

De même que l'anesthésie a permis de révolutionner l'exercice professionnel, l'implantologie est en train de bouleverser toutes les idées reçues en matière de traitements dentaires.

L'implantologie remet donc en cause de nombreux concepts pourtant bien établis de notre exercice, c'est pourquoi le terme de révolution peut être légitimement employé.

L'utilisation d'implants dans les traitements dentaires impose une réflexion au niveau du plan de traitement, tant pour leur indication que pour la chronologie de leur utilisation.

Dans certains cas, l'indication d'implants dentaires est évidente, l'état de santé du patient et les volumes osseux étant favorables ; à savoir : les édentements totaux uni ou bi-maxillaires, les édentements distaux, les édentements encastrés de grande étendue et les édentements unitaires.

Cependant, l'indication d'implants ne peut être posée seulement après étude de l'édentement, mais après établissement d'un diagnostic, résultant de l'examen clinique général de l'ensemble de la denture et de la bouche, avec caractérisation de l'édentement, examen de l'ensemble des dents restantes et de leurs tissus de soutien, de la cavité buccale et des maxillaires.

L'examen clinique est une phase fondamentale dans l'établissement du diagnostic, qui va éclairer le praticien sur le comportement du sujet et sur sa motivation.

L'analyse comportementale, gestuelle et verbale permettra d'évaluer la cohérence de sa demande.

Toute évaluation diagnostique devra être considérée selon:

- un aspect relationnel, c'est-à-dire une prise de contact avec le patient, l'établissement d'un lien de confiance, permettant de mener un interrogatoire précis des antécédents médicaux, de déterminer le profil psychologique du patient,

- un aspect médical, avec examen clinique de la cavité buccale,

- un aspect technique, avec demande d'examens complémentaires et réalisation éventuelle de moulages et de photographies.

III) Contre-indications générales :

Il est nécessaire d'éliminer les patients à risque, c'est à dire tous ceux présentant un état général défectueux risquant d'induire un échec chirurgical ou dont l'intervention pourrait entraîner une aggravation de leur pathologie.

De ce fait, il est souhaitable avant d'entreprendre toute thérapeutique implantaire de se mettre en relation avec le médecin traitant par le biais d'un écrit.

Ci-dessous, les principales contre-indications à l'implantologie :

A) Contre-indications absolues :

1) Valvulopathies :

Les patients présentant une valvulopathie mitro-aortique doivent subir l'éradication de tout foyer infectieux, notamment dentaire et ceci d'autant plus s'ils sont porteurs d'une prothèse valvulaire.

Si le principe de suppression des racines et dents infectées est admis par tous, l'attitude face aux dents dévitalisées, obturées et non compliquées d'une pathologie sur les radiographies varie selon les praticiens.

En revanche, tous les spécialistes sont unanimes sur la contre-indication absolue d'implants dentaires.

2) Rhumatisme articulaire aigu (RAA)

Tout patient ayant présenté un RAA avec valvulopathie rhumatismale, est en soi une contre-indication à la pose d'implants, du fait de l'important risque d'endocardite infectieuse.

Seuls des soins ou prothèses peuvent être réalisés selon un protocole précis d'antibioprophylaxie.

3) Insuffisance rénale chronique.

Les conséquences de l'insuffisance rénale chronique étant multiples (HTA, insuffisance cardiaque, complications digestives, neurologiques, vasculaires, articulaires, sanguines ...) et le risque infectieux important, il est de rigueur de contre-indiquer la mise en place d'implants.

4) Leucémies aiguës :

La prolifération exclusive de cellules hématopoïétiques très peu différenciées responsables d'une insuffisance médullaire entraîne la survenue de signes hématologiques à savoir :

- . une anémie normochrome, normocytaire
- . une thrombopénie avec risque hémorragique
- . une leucocytose avec neutropénie variable d'où risque infectieux. (parodontopathies, surinfection de kystes apicaux, herpès labial, angines ulcéronécrotiques ...)

Compte-tenu de ces divers éléments, toute pose d'implants est formellement contre-indiquée.

5) Sida et séropositivité :

Le sida représente une contre-indication quasi absolue à la mise en place d'implants du fait de la baisse immunitaire secondaire à la multiplication du rétro-virus; cependant, avec l'évolution de la trithérapie, il paraît actuellement envisageable de proposer la pose d'implants dans certains cas.

Les complications buccales sont par ailleurs fréquentes; candidose buccale, stomatites pseudo-membraneuses, herpétiques ...

Chez le patient séropositif, la pose d'implants endo-osseux pourra être envisagée seulement après dosage des lymphocytes T4 (qui devront être $> 150/\text{mm}^3$) et de l'antigène P24 (dont le dosage devra être négatif).

6) Hyperparathyroïdie :

L'hyperparathyroïdie étant responsable d'une hypercalcémie avec hypophosphatémie par hypersécrétion d'hormone parathyroïdienne, il en résulte dans 30 % des cas environ le développement d'une ostéite fibrokystique avec risque de fractures spontanées, de tuméfactions osseuses.

En raison de la qualité de la structure osseuse, les implants dentaires sont contre-indiqués.

7) Les maladies osseuses :

Elles sont responsables d'une déminéralisation osseuse contre-indiquant formellement la pose d'implants.

- ostéogenèse :

imparfaite ou maladie de Lobstein, plus connue encore sous le nom de maladie des os de verre.

Les fractures spontanées constituent le signe clinique principal.

On note, sur le plan radiologique, une hypertransparence généralisée du squelette, une diminution de la densité et de la trabéculatation osseuse.

- ostéoporose :

C'est la plus fréquente des maladies osseuses métaboliques. Elle est le résultat d'une rarefaction osseuse secondaire à une diminution du volume osseux au-dessous de 11 % qui constitue le seuil de risque fracturaire.

Au niveau buccal, on note le plus souvent une perte de l'os alvéolaire avec des crêtes plates.

L'orthopantomographie montre une hypertransparence, une diminution de la trabéculatation et un amincissement des corticales. Au niveau des sinus, il existe souvent une augmentation de leur volume.

- ostéomalacie :

Elle correspond à un défaut de minéralisation par carence en vitamine D, responsable d'une exagération de la malléabilité osseuse et risque de fractures spontanées.

Sur les radiographies et au niveau buccal plus particulièrement, on constate :

- . une hypertransparence diffuse avec déformation
- . un amincissement des corticales
- . une disparition de la netteté des contours sinusiens du canal dentaire et du bord inférieur de la mandibule.

- la maladie de Paget :

Il s'agit d'une affection osseuse secondaire à une hyperactivité ostéoclastique et ostéoblastique dont l'os néoformé ne présente pas une structure normale.

La découverte de la maladie est souvent fortuite. On retrouve classiquement des déformations osseuses, une atteinte du crâne (30 %) avec localisation maxillaire parfois associant radiographiquement une alternance de zones claires et denses d'aspect floconneux.

8) Le cancer :

Tous les types de cancer mais plus particulièrement le cancer de la langue, du plancher de la bouche des maxillaires constituent des contre-indications évidentes des implants.

En effet, on peut retenir deux risques essentiels :

- un risque hémorragique par hypoplaquettose
- un risque infectieux par hyponucléose

Cette liste de contre-indications n'étant pas exhaustive, il est nécessaire de retenir que la pose d'implants doit être systématiquement écartée chez des patients ayant une affection susceptible de s'aggraver du fait de l'intervention quelle que soit cette affection.

B) Contre indications relatives :

1) L'insuffisance coronarienne :

En effet, il est interdit d'intervenir chez des patients ayant présenté une crise d'angine de poitrine ou un infarctus depuis moins de trois mois.

Il est raisonnable d'envisager une prise en charge implantologique au-delà de six mois, sous réserve des précautions suivantes :

- Réaliser l'intervention chirurgicale de manière atraumatique en évitant tout stress (prévoir la prescription d'un anxiolytique, voire d'une petite sédation)
- Utiliser de l'adrénaline lors de l'anesthésie locale est possible moyennant une surveillance médicale
- Contrôler le taux de prothrombine avant l'intervention si le patient est sous antivitamines K. Envisager dans certains cas, un relais héparinique en milieu hospitalier.
- Ne pas prescrire après chirurgie d'acide acétylsalicylique, de phény-butazone et ses dérivés ayant pour action de potentialiser l'effet (anti)coagulant.

2) Le diabète.

La possibilité de réaliser des implants dentaires dépend de l'équilibre du diabète et de l'existence d'éventuelles complications.

Chez des patients diabétiques non insulino-dépendants, bien équilibrés, ne présentant pas de complications, il sera possible de mettre en place des implants moyennant contrôle de la cicatrisation et de la survenue d'infection potentielle.

Par contre, chez des patients insulino-dépendants ou mal équilibrés avec complications cardiovasculaires ou rénales, il sera préférable de s'abstenir de toute chirurgie implantaire.

IV) Examens et traitements pré-implantaires :

A) Examens prothétiques :

Les implants ayant une finalité prothétique, le premier examen à faire est donc l'analyse prothétique. A la suite de cet étude il pourra s'avérer que le cas exposé ne se prête pas à l'implantologie (ex. : implants ne travaillant pas dans leur axe) ; par conséquent, l'étude pré-implantaire s'arrêtera à ce stade, sans générer des frais d'examens radiologiques.

L'analyse prothétique pré-implantaire fait partie intégrante de la réflexion initiale à la mise en place d'un implant dentaire.

Elle débute par la prise d'empreintes d'étude qu'il est nécessaire de monter sur un articulateur semi-adaptable.

S'il existe une pathologie articulaire liée à un problème d'occlusion, il est nécessaire de la traiter préalablement.

B) Examens radiologiques :

Un certain nombre d'examens et de traitements pré-implantaires sont indispensables pour confirmer l'indication et préparer la prothèse ultérieure.

Par contre, sur le plan médico-légal, aucun examen ou traitement n'est réellement obligatoire.

Cependant, en cas de litige, on cherchera à savoir si l'indication et la pose des implants ont été réalisées selon les données actuelles de la science.

De ce fait, il paraît donc souhaitable de pratiquer les examens pré-implantaires suivants :

1) L'orthopantomographie :

C'est l'examen radiologique préopératoire principal.

La panoramique montre en effet le volume osseux disponible, les obstacles anatomiques, la trabéculatation générale de l'os et les pathologies osseuses éventuelles. Il est important de noter que cet examen apporte une déformation dans le sens de l'augmentation des proportions (de l'ordre de 1,1 à 1,4), ce qui donne des images très agrandies des volumes osseux disponibles.

Par ailleurs, il est primordial de visualiser le canal dentaire et son émergence en cas d'implants mandibulaires.

L'orthopantomographie est donc considérée comme un examen indispensable mais souvent insuffisant. Elle présente un intérêt essentiel en tant que document de dépistage avant la réalisation d'un scanner.

2) La téléradiographie de profil :

Cet examen est nécessaire lors d'implantations antérieures tant mandibulaires que maxillaires.

Les déformations radiographiques étant nulles, on peut étudier le profil exact des os maxillaires dans leurs parties antérieures, l'épaisseur des corticales osseuses, la densité de l'os spongieux trabéculaire.

On peut ainsi mesurer la hauteur d'os disponible, déterminer l'axe de l'implant par rapport aux tables vestibulaire et linguale.

3) La tomographie :

donne de bonnes images de la situation du canal dentaire, du sinus et des fosses nasales ainsi que l'épaisseur des corticales osseuses et la densité de la trabéculatation.

Cependant les tomographies ne présentent plus d'intérêt dans le bilan pré-implantaire actuellement, le scanner offrant de meilleures définitions.

4) Le scanner :

Les appareils actuels, couplés à des logiciels spécifiques, permettent d'obtenir des coupes sagittales, à partir des coupes frontales et horizontales.

La qualité des images fournies est de loin supérieure à celle de la tomographie classique, bien que les masses métalliques en bouche (amalgames, ténons, armatures de prothèses scellées) soient à l'origine d'artéfacts importants.

Cependant, les secteurs édentés concernés par l'implantologie ne présentent pas ce genre d'inconvénient.

Les images obtenues peuvent être en dimension exacte ce qui permet de calculer la hauteur d'os disponible, l'importance des corticales ...

Ces images de synthèse sont obtenues grâce au Dentascan, logiciel permettant de réaliser des reconstitutions coronales à partir de coupes axiales directes et d'éliminer les problèmes d'artéfacts dus à la présence de restaurations métalliques, les coupes pouvant ne débuter qu'à partir du collet des dents.

L'examen scanographique tend à devenir obligatoire pour toutes les interventions juxtant le nerf dentaire inférieur ou le sinus maxillaire.

C) Examens biologiques :

La demande d'un bilan sanguin ne répond pas systématiquement à une nécessité. Cela est fonction de l'interrogatoire du patient, de ses antécédents.

Chez un patient qui déclare être en bonne santé et dont l'anamnèse ne révèle rien de suspect, le bilan sanguin ne s'impose pas.

De nombreuses études ont montré que dans ces cas-là les examens prescrits étaient trop nombreux, coûtaient trop cher, étaient inutiles, et habituellement peu ou pas prédictifs du risque hémorragique.

En effet, un bilan d'hémostase normal n'exclut pas la survenue de complications hémorragiques péri-opératoires.

Il est donc préférable qu'un interrogatoire et un examen clinique bien codifiés conduisent naturellement chez un patient ASA 1 à la non prescription du bilan d'hémostase.

Par contre, lorsque l'implantologiste estime qu'un bilan d'hémostase est nécessaire, il est admis de faire pratiquer en première intention les examens suivants :

- NFP,
- VS,
- Taux de Prothrombine,
- Temps de Céphaline Kaolin,
- Temps de Saignement.

La demande d'autres examens biologiques (glycémie, cholestérolémie, groupage sanguin ...) n'appartient pas à l'implantologiste. S'il estime que son patient présente des anomalies de ces constantes, il doit l'adresser à son médecin pour des examens complémentaires.

La demande d'un test de dépistage du VIH n'est jamais du ressort de l'odontostomatologiste.

V) Complications

A) Complications chirurgicales :

1) Complications pendant la chirurgie de mise en place des implants.

Les complications survenant lors de la pose d'implants ont toutes une influence sur le résultat final, avec comme conséquence principale la non ostéo-intégration de l'implant.

a) Perforation de la corticale inférieure de la mandibule

Les suites opératoires ne sont pas augmentées par cette perforation, à condition qu'elle reste dans les limites du raisonnable (jusqu'à 1 mm maximum).

Il sera toujours préférable de placer un implant de 10 mm de longueur en perforant la corticale inférieure de quelques dixièmes de millimètres, plutôt que de placer un implant de 7 mm de longueur n'offrant pas la même surface de contact avec l'os et donnant moins de taux de succès immédiats.

L'examen des cas cliniques de perforation montre qu'aux contrôles à 3 ou 4 ans, les "apex", implantaires sont en général entourés d'os.

Une étude de Wasseling et Coll (1990), portant sur 516 implants de Branemark placés sur 105 mandibules très atrophiées montre que 107 de ces implants perforaient le bord inférieur de la mandibule.

Après 2 ans, les implants perforant la mandibule montrent un taux d'échec de 5,4 %, taux qui peuvent être considérés comme équivalents d'après les auteurs.

b) Perforation des cavités nasales ou sinusales :

Depuis l'apparition de l'ostéo-intégration et d'un environnement chirurgical correct, cette perforation n'est plus considérée comme une complication mais comme une procédure possible lorsque l'os disponible est de faible hauteur.

L'étude Branemark (1984) sur ces implants a montré des taux de succès presque équivalents à ceux placés dans des conditions normales. (cf. tableau ci-dessous)

Une étude de Wasseling et Coll (1990), plus récente portant sur 35 patients traités avec 99 implants de Branemark dont 42 perforaient les cavités nasales ou sinusales, a montré que les implants perforants avaient un taux d'échec de 6,8 % alors que les implants non perforants de 10,5 %. Il est impératif, par contre, de s'assurer de l'absence totale de pathologie sinusienne à l'aide d'un scanner et d'une consultation ORL éventuelle complémentaire.

c) Expulsion intrasinusale de l'implant :

C'est une complication majeure de la chirurgie maxillaire.

- expulsion immédiate :

Lors de manoeuvres de mise en place d'un implant sous-sinusal et en cas d'impaction, il peut être expulsé dans le sinus maxillaire.

Il est impératif de le retirer immédiatement (voie d'abord décrite par Caldwell-Luke), tout en préservant la crête osseuse.
Les suites opératoires sont modérées.

Les réouvertures montrent qu'à 24 mois en moyenne, la paroi externe du sinus est entièrement réformée.

- expulsion secondaire :

La constatation de l'expulsion est classiquement radiographique, le plus souvent lors du contrôle au 3ème mois.

L'intervention chirurgicale est la même que pour l'expulsion immédiate, par contre, il est nécessaire d'attendre un délai de plusieurs mois avant de tenter une nouvelle implantation.

d) Fracture intraosseuse d'un foret.

Les instruments rotatifs se fracturant le plus souvent sont bien sûr ceux de faible diamètre : fraise boule initiale, foret de 2 mm de diamètre.

Les fractures d'instruments plus gros ne sont pas décrites dans la littérature.

On ne peut accepter de laisser le fragment en place, bien que l'on puisse documenter quelques cas pour lesquels ne semble exister aucune pathologie radiographiquement visible.

e) Exposition d'une partie de l'implant.

Lors de la chirurgie, la perte osseuse se produit à partir de la crête, laissant la partie cervicale de l'implant découverte.

La récession gingivale étant la complication majeure, il est nécessaire de recouvrir la perte osseuse afin d'obtenir soit une cicatrisation de l'os dans le meilleur cas, soit un maintien de la gencive à un niveau acceptable pour l'esthétique.

Les techniques utilisées font appel soit à des matériaux de comblement, soit à des membranes.

f) Fracture d'une table osseuse :

Si cette fracture intéresse l'os cortical et une partie de l'os spongieux et qu'en outre, le fragment est retenu à sa base, il peut être laissé en place et éventuellement immobilisé par une vis, sa vascularisation étant suffisante.

Par contre, si le fragment n'est constitué que d'os cortical et qu'il n'est pas retenu à sa base, il faut le retirer sinon il peut se nécroser et générer des complications secondaires majeures.

Une nouvelle intervention est préférable dans un délai de 6 à 9 mois.

g) Fracture de la mandibule :

Triplett et Coll (1991) sur une étude portant sur 130 implants placés sur 28 patients ayant des mandibules très résorbées, signalent un cas de fracture totale sur un os de 9 mm de hauteur, et un cas de fracture partielle pour un os de 6 mm de hauteur.

La plupart du temps, l'implant est laissé en place et la fracture traitée par contention et fixation intermaxillaire si le patient n'est pas totalement édenté.

h) Déglutition d'instruments ou de composants :

Le patient peut déglutir un instrument de mise en place d'implant ou un des composants de l'implant.

Le malade est alors confié à un gastro-entérologue et des radiographies prises à intervalle de 2 jours permettent de suivre le transit de la pièce déglutie.

La plupart du temps, cette pièce est expulsée spontanément dans un délai de 7 à 15 jours.

2) Complications après la chirurgie de mise en place des implants :

a) Complications vasculaires.

- Hémorragies :

Les hémorragies post-opératoires peuvent se manifester dans les heures suivant l'intervention. Elles sont bénignes le plus souvent et résolutive après compression et complément de suture.

Elles se rencontrent souvent chez les patients sous anticoagulants ou sous antiagrégants plaquettaires pour lesquels des précautions particulières doivent être prises : intervention chirurgicale en milieu hospitalier ou en clinique avec surveillance post-opératoire prolongée et avis médical spécialisé complémentaire éventuel.

- Hématomes et ecchymoses :

Chez les sujets présentant une fragilité capillaire, l'apparition d'hématomes ou d'ecchymoses est fréquente, surtout lorsque l'intervention a nécessité le décollement de lambeaux de grande étendue.

Leur résorption demande une à deux semaines, entraînant une gêne sociale.

N'existant aucune prévention efficace, les patients doivent être systématiquement prévenus.

- Oedèmes :

L'oedème, réaction endogène à toute agression, est d'intensité variable selon les sujets.

Il doit être prévenu par l'application de glace et par la prescription d'anti-inflammatoires en l'absence de toute contre-indication.

Il se résorbe en quelques jours.

b) Complications nerveuses :

- Algies importantes :

Il faut suspecter une compression osseuse ou un échauffement excessif se traduisant en un mois environ par une hyperclarté radiologique péri-implantaire.

La douleur est assez violente, cédant mal aux antalgiques classiques, la gencive est souvent inflammatoire voir le siège d'un abcès avec visualisation de l'implant.

La dépose est impérative.

Un nouvel implant pourra être reposé dans un délai de six semaines.

- Atteinte du nerf dentaire inférieur

se traduisant par des paresthésies ou une anesthésie de l'hémilèvre inférieure correspondante.

Le plus souvent, le nerf mentonnier n'est lésé que partiellement, et l'évolution se fera vers une restitution ad integrum.

En cas de lésion définitive du nerf, le patient conservera une anesthésie territoire correspondant.
La meilleure prévention est l'étude préalable de la situation du nerf dentaire inférieur par scanner.

c) Complications gingivales

- Lachage de suture

La rupture de points de suture ou la déhiscence de la plaie dans les jours suivants la chirurgie implantaire nécessite une ré-intervention afin d'éviter les complications infectieuses et algiques.

- Infection post-opératoire

Cette complication est peu relevée dans la littérature.

Tolman et Larey (1992) en signalent 2 cas sur 289 patients traités à la mandibule.

Dans un cas, 2 implants sur les 5 placés n'ont pas été ostéo-intégrés. Le traitement a consisté en une antibiothérapie à large spectre.

La prévention de cette complication réside dans le soin apporté à l'asepsie per-opératoire et à la préparation de la bouche (détartrage, extraction des racines restantes, dépose des couronnes et amalgames débordants ...)

On peut cependant conseiller la prescription systématique d'un antibiotique à large spectre, le jour de l'intervention et les trois jours suivants.

d) Complications prothétiques :

- Blessures par l'intrados d'une prothèse amovible :

C'est le principal "écueil" suivant immédiatement la chirurgie de mise en place des implants.

Les blessures par l'intrados sont fréquentes les jours suivants l'intervention. Il doit être rectifié et poli aussi souvent que nécessaire, avec vérification des appuis sur la gencive.

Chez l'édenté mandibulaire il est préférable de ne pas porter d'appareil pendant dix jours.

- Compressions sous l'intermédiaire de bridge :

Lorsque la prothèse d'attente est un bridge, il existe un risque de compression des tissus sous les intermédiaires. Il faut donc réduire de 2 à 3 mm en hauteur puis polir tous les intermédiaires de bridge surmontant les sites implantés.

3) Complications pendant la période d'enfouissement.

Les complications sont peu fréquentes et essentiellement muqueuses.

a) Complications gingivales :

- Fistules :

Une fistule peut apparaître dans un délai variant de quelques semaines à quelques mois.

Elles sont d'importance variable et traduisent l'extériorisation d'un phénomène inflammatoire interne pouvant avoir plusieurs origines

** fibrointégration de l'implant :*

Un implant dont l'interface avec l'os est fibreux dans les premiers mois ne sera jamais ostéo-intégré, quelque soit le temps de mise en nourrice, et doit être déposé dans les plus brefs délais avec curetage du tissu inflammatoire.

Il existe un espace péri-implantaire radiotransparent.

** nécrose de la gencive :*

liée à une mauvaise cicatrisation de la gencive.

L'utilisation de vis de protection du filetage en titane a pratiquement fait disparaître cette complication.

La mise en fonction de l'implant fait de toute façon disparaître la fistule sans aucune récurrence.

** dévissage de la vis de protection du filetage :*

Il est nécessaire de resserrer la vis sous anesthésie locale et la fistule disparaît.

- Apparitions de la vis protection du filetage :

Après un délai de 6 semaines, l'apparition de la vis de protection du filetage n'a aucune conséquence sur la cicatrisation de l'implant.

L'apparition de la vis est le plus souvent due à la résorption osseuse en moyenne de 1 à 1,5 mm la 1ère année suivant l'intervention chirurgicale (Adell. et Coll., 1981).

- Perte de la vis de couverture :

Si la mise en fonction de l'implant est proche, il n'est pas nécessaire d'intervenir.

Si la mise en fonction est lointaine, il est impératif de remettre la vis de protection du filetage sous anesthésie locale.

b) complications prothétiques.

Elles sont rares, liées aux intrados des prothèses d'attente.

4) Complications pendant la chirurgie de mise en fonction des implants :

a) Filetage, bord de l'implant ou élément antirotationnel endommagés :

La lésion du bord de l'implant entraîne un hiatus entre celui-ci et le moignon de prothèse qui lui est agrégé, favorisant la rétention de la plaque bactérienne et donc l'ostéolyse.

b) Mauvaise connexion du moignon prothétique :

La mauvaise connexion des éléments antirotationnels occasionne un hiatus entre l'implant et le moignon, souvent à l'origine d'une complication gingivale de type hyperplasie ou fistule.

c) Mauvaise sélection de la hauteur du moignon :

Chaque fois que l'esthétique le permet, il faut choisir un moignon de prothèse plus haut que l'épaisseur de la gencive, afin d'en écarter la limite cervicale prothétique ce qui facilitera l'hygiène.

Lorsque l'esthétique prime, il existe actuellement de nombreux moignons gérant ce type de problème.

d) Déglutition d'instruments ou de composants :

Les risques et les consignes sont les mêmes que lors de la première phase chirurgicale.

5) Complications après la chirurgie de mise en fonction des implants.

Elles sont rares.

a) Complications muqueuses :

- Perte de la vis de cicatrisation :

Il est indispensable de bien serrer cette vis ; de plus un bon serrage manuel permet de vérifier la bonne ostéo-intégration de l'implant.

- Nécrose du lambeau :

Elle est exceptionnelle.

Certains systèmes proposent des coiffes en plastique à visser sur le moignon qui débordent largement permettant ainsi de retenir un pansement chirurgical.

- Blessure de la langue ou du plancher buccal :

Il s'agit d'une complication minime, mais fréquente lorsque la vis de cicatrisation n'est pas parfaitement lisse.

b) Complications prothétiques.

- Rebasage défectueux de la prothèse d'attente :

La prothèse amovible d'attente doit être remise en place après la chirurgie II , car il n'est plus concevable de laisser des patients sans dents.

Il est donc nécessaire de repérer les vis de cicatrisation à l'aide de résine qui ne doit pas avoir de contact avec la vis de cicatrisation au risque de compromettre l'ostéo-intégration de l'implant.

- Obturation du puits fileté.

Il est impératif de mettre un capuchon ou une vis de cicatrisation lorsque les moignons prothétiques sont placés sur les implants pendant la confection de la prothèse, au risque d'obturation du puit fileté.

B) Complications prothétiques :

1) Prothèse fixée.

a) Fracture de l'armature :

Afin de pallier à ces fractures, les armatures sont maintenant construites avec des sections plus importantes, surtout au niveau des éléments en extension qui doivent être limitées à 2 cm, que la section de l'armature a été augmentée et que le métal a été changé pour un alliage plus résistant.

b) Fracture du moignon ou de la vis de moignon :

Complication la plus fréquente, la fracture de vis est souvent secondaire à un desserrement préalable.

Ces fractures sont favorisées par un mauvais alignement entre le cylindre d'or et le pilier ou lorsque le serrage initial est trop faible.

Lors de la fracture de vis, il est souvent nécessaire de changer tout ou partie du moignon prothétique, qui selon le type d'implant peut être aisé ou impossible.

c) Fracture du moignon ou de la vis de moignon :

Les moignons les plus résistants sont en alliage de titane (steri-oss, Integral, Core-Vent) ou en titane, grade supérieur à 2, grade 3 ou grade 4 (Branemark, IMZ).

d) Fracture d'un moignon scellé :

Il s'agit d'une fracture au ras de l'implant d'un moignon scellé, imposant la dépose de cet implant et son remplacement.

C'est une complication majeure, d'où le choix de moignons vissés ou transvissés permettant de revenir au filetage initial quelque soit le problème rencontré.

e) Desserrement des vis de moignon :

Il est prudent, lors des contrôles des prothèses vissées sur des implants, de vérifier le serrage des vis de moignon, d'autant plus qu'il existe une inflammation gingivale.

f) Desserrement des vis de prothèse :

Ce desserrement peut être secondaire à :

- un mauvais ajustage des éléments de la prothèse
- un non contrôle du serrage des vis après mise en place d'un bridge vissé sur implants. (dans les deux semaines environ)

g) Usure des faces occlusales

L'usure est fonction de la nature des dents antagonistes. Elle est plus rapide lorsque celles-ci sont des dents naturelles ou de la céramique, plus lente en face des dents de même nature sur une prothèse amovible traditionnelle.

Elle est fonction également de l'augmentation de la puissance manducatrice et des parafunctions éventuelles du patient.

Cette usure impose le remplacement des dents du bridge implanto-porté dans un délai moyen de quatre ans, lorsqu'il est en face de dents en céramique.

2) Prothèses de recouvrement :

a) Mauvais positionnement des moyens de rétention

Afin d'éviter cette complication, il est souhaitable de prendre une empreinte des moyens de rétention situés en bouche, à l'aide de l'intrados évidé de la prothèse.

b) Fracture des composants implantaires :

Les différents composants de l'implant et les éléments de rétention peuvent également se fracturer bien que les contraintes soient moins importantes qu'en prothèse fixe.

Johns et Coll. (1992), dans une étude multicentrique sur des implants portant des prothèses de recouvrement, notent une seule fracture d'implant au maxillaire pour 298 implants soutenant des prothèses de recouvrement.

La prévention consiste à prévoir suffisamment de moyens de rétention pour leur éviter des contraintes importantes et à ne pas trop réduire l'appui muqueux.

c) Fracture des composants prothétiques :

Le dégagement suffisant de l'intrados pour permettre d'inclure les moyens de rétention fragilise la prothèse, surtout lorsque le volume prothétique est réduit. De plus, l'augmentation de la puissance manducatrice fait que les fractures des bases en résine sont fréquentes et qu'il est nécessaire d'inclure des renforts métalliques ou de couler des armatures en cobalt-chrome.

d) Fracture de la prothèse antagoniste :

Les prothèses antagonistes doivent être soigneusement vérifiées voire refaites pour résister à des contraintes mécaniques augmentant avec le temps.

e) Desserrement des vis de prothèse :

L'utilisation d'éléments préfabriqués, la vérification des ajustages, l'apparition de nouvelles vis de prothèse avec des puits centraux, hexagonaux ou carrés, le resserrage à deux semaines des vis permettent de supprimer cette complication.

f) Corrosion des composants métalliques :

Les métaux utilisés en prothèse implantaire doivent avoir des potentiels d'électrodes compatibles avec le titane, afin d'éviter l'apparition de la corrosion.

3) Problèmes esthétiques :

Il sont surtout apparents en prothèse fixée.

a) Edentements complets :

- Mandibule :

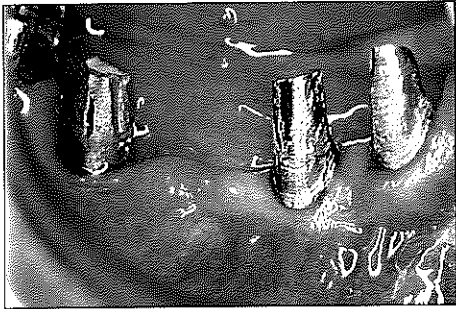
A ce niveau, existe peu de problèmes esthétiques.

Plus l'édentement est ancien, plus la résorption osseuse est marquée, permettant d'utiliser des moignons plus longs sans aucune incidence esthétique.

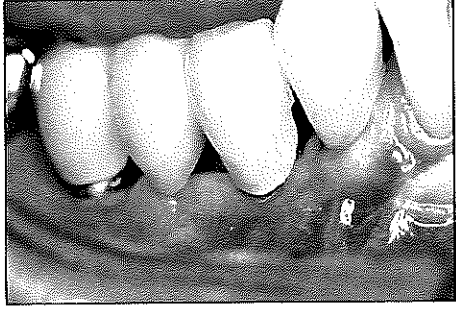
Il semble qu'une esthétique plus satisfaisante soit obtenue en utilisant des dents préfabriquées en résine ou en composite incluses dans de la résine rose servant à la confection des prothèses amovibles.

- Maxillaire :

Les principales difficultés lors de la réalisation de bridges de douze dents sur des implants ostéo-intégrés au maxillaire sont d'ordre esthétique et/ou fonctionnel.



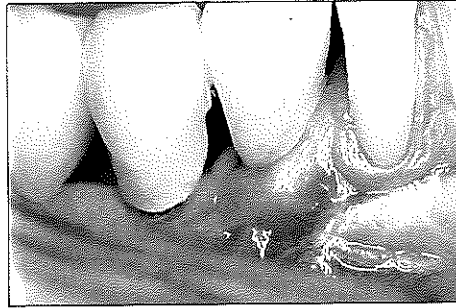
7-46 Des faux moignons transvertisés antirotationnels sont placés sur les trois implants et les piliers préparés. Actuellement, le choix des moignons se porterait sur des EsthetiCones.



7-47 Un bridge de quatre éléments permet de traiter l'édentement.



7-48 Le pilier postérieur montre un ajustage supragingival, non visible par le patient et favorisant l'hygiène et la stimulation fonctionnelle des tissus.



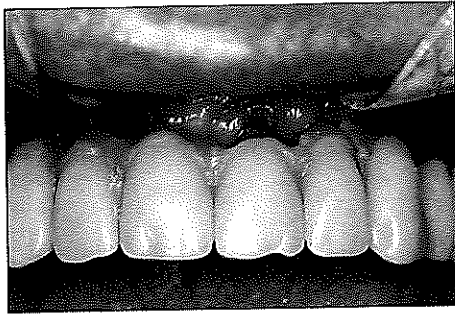
7-49 Les piliers antérieurs, plus visibles, montrent un ajustage juxta-gingival pour la première prémolaire et sous-gingival pour la canine pour laquelle la résorption osseuse est limitée.



7-50 Un édentement partiel maxillaire est traité par 4 implants IMZ. L'option prothétique retenue est celle des dents « longues ».



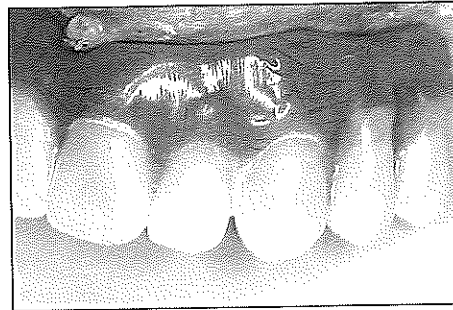
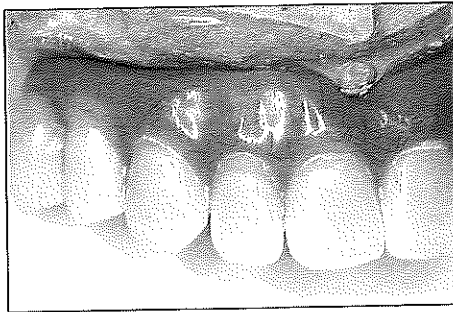
7-51 Le sourire du patient masque totalement le collet des dents, rendant la construction esthétiquement bonne pour le patient (prothèse : Dr J.-P. Louis).



8-8 Un bridge sur implants ostéo-intégrés au maxillaire conçu comme un bridge mandibulaire cause des problèmes phonétiques majeurs, par l'espace créé entre son intrados et la gencive qui était cependant esthétiquement acceptable.



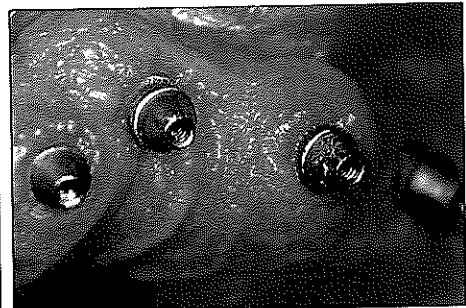
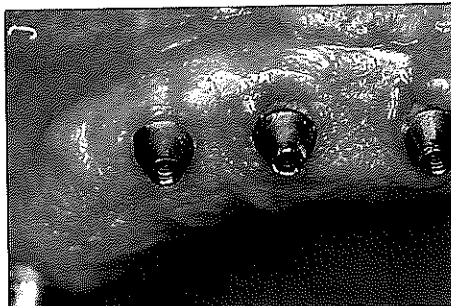
8-9 Les embrasures ouvertes rendent la phonation inaudible pour la lettre s en particulier.



8-10 et 8-11 L'adjonction d'une fausse gencive a permis de résoudre les problèmes phonétiques.



8-12 Bridge maxillaire sur 8 implants ostéo-intégrés, avec une fausse gencive nécessaire au soutien de la lèvre et à la phonation.



8-13 et 8-14 Dépense du bridge après 3 ans : l'utilisation d'un hydropulseur permet de maintenir une hygiène acceptable. La gencive est cliniquement saine, sauf sur un pilier antérieur qui montre une inflammation vestibulaire (prothèse : Dr B. Picard, laboratoire : C. Levieil, M. Auclair).

Mises à par les altérations de la phonation, l'esthétique génère des problèmes concernant les axes des vis de la prothèse, la limite prothétique et le soutien de la lèvre supérieure.

b) Edentements unitaires :

C'est un des actes prothético-implantaires les plus délicats, le mimétisme avec les dents collatérales devant être parfait.

Un mauvais positionnement de l'implant dans le sens vestibulo-lingual a une grande influence sur l'esthétique.

De même, un mauvais positionnement du collet gingival a des répercussions importantes sur l'esthétique buccale.

Peuvent également avoir un retentissement esthétique non négligeable, les situations suivantes :

- une connexion trop étroite entre l'implant et la dent prothétique.
- l'utilisation d'un implant sans système antirotationnel
- un mauvais axe de la vis obligeant à avoir la tête de la vis visible sur la face vestibulaire.

c) Edentements partiels :

Ils posent des problèmes esthétiques équivalents à ceux des edentements totaux et unitaires.

4) Problèmes fonctionnels :

a) Problèmes phonétiques

- avec un bridge vissé :

Ils concernent essentiellement le maxillaire, et sont vraisemblablement la complication la plus difficile à traiter lors de l'existence d'un bridge implanto-porté.

Leur apparition génère des problèmes parfois insolubles, obligeant à modifier le plan de traitement et à indiquer une prothèse de recouvrement au lieu d'un bridge vissé ; solution souvent mal ressentie par le patient.

- avec une prothèse de recouvrement :

Il semblerait d'après Jemt et Coll (1992) qu'il existerait un moins grand nombre de problèmes de phonation chez les patients porteurs de prothèses de recouvrement par rapport aux patients traités par bridge vissé.

b) Rétentions alimentaires :

Les formes particulières des bridges ostéo-intégrés font qu'il est inéluctable que des macro-aliments se coincent sous les éléments en extension, dans les espaces inter-implantaires ou sous les gencives en résine.

c) Algies :

La douleur est toujours la traduction d'un échec implantaire.

Un implant correctement ostéo-intégré est parfaitement indolore, même sous des pressions élevées.

S'il existe une réaction douloureuse quelconque, le bridge doit être déposé et l'implant contrôlé soigneusement.

Le plus souvent, il sera mobile et devra être démonté.

C) Complications gingivales :

1) En prothèse fixe :

Elles sont peu fréquentes.

a) Inflammation gingivales.

Une étude d'Eriksson et Coll (1992) a permis de montrer que la présence de plaque bactérienne avait une influence sur la qualité des tissus péri-implantaires, avec cependant des effets moindres qu'autour des dents.

D'autres études bactériologiques (Léonhard et Coll en 1992, Mombelli en 1992, ...), ont permis de conclure que si la gingivite péri-implantaire est réversible, sans perte de hauteur osseuse, ni gingivale, la parodontite péri-implantaire entraîne une perte osseuse importante.

L'élimination de la plaque bactérienne est donc indispensable au maintien dans le temps de l'ostéo-intégration.

b) Hyperplasies gingivales :

ont été incriminées dans la survenue d'une hyperplasie gingivale les situations suivantes :

- des limites prothétiques trop proches de la gencive.
- des moignons trop courts.

c) Fistules :

Elles apparaissent essentiellement lorsque le moignon est incorrectement relié à l'implant, ou bien s'il existe un desserrage du moignon de prothèse, ou encore plus exceptionnellement s'il persiste du composite de collage des inlays-cores du sillon gingivo-implantaire.

2) En prothèse de recouvrement :

Les complications gingivales sont plus importantes lorsqu'une selle prothétique recouvre l'émergence du ou des implants.

a) Hyperplasies et inflammations gingivales :

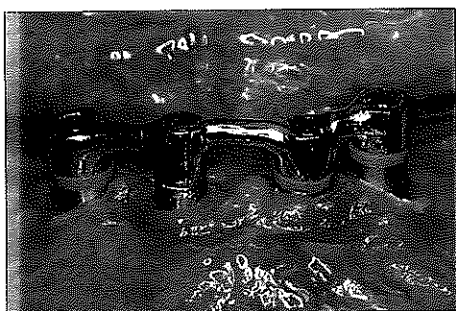
Les études faites montrent systématiquement des conditions gingivales moins bonnes dans le temps autour des implants supportant une prothèse de recouvrement qu'autour de ceux portant une prothèse fixe, principalement au maxillaire, mais parfois à la mandibule.

L'origine de ces problèmes semble être liée à la macération des tissus sous l'intrados de la prothèse qui n'est retirée que pour les soins d'hygiène, deux ou trois fois par jour.

L'idéal serait de retirer la prothèse pendant la nuit, situation difficilement acceptée par les patients.

b) Fistules et ulcérations :

La survenue de ce type de complications est rare, souvent associée au dévissage d'un moignon sur un implant.



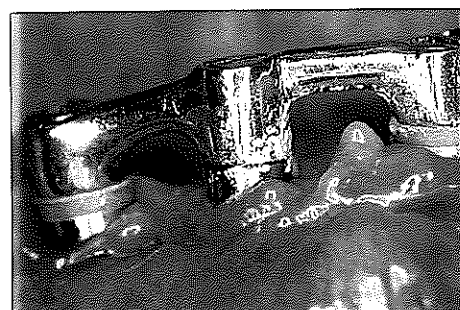
10-16 Juin 1989. Mise en place d'une barre de conjonction sur 4 implants à la mandibule pour stabiliser une prothèse amovible sur une mandibule très résorbée.



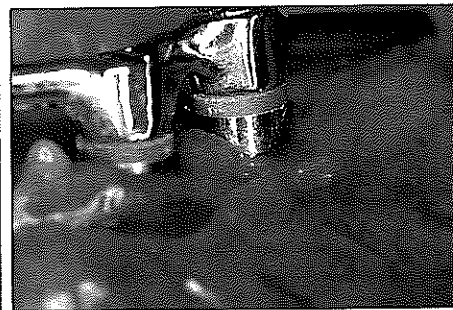
10-17 Les cavaliers inclus dans l'intrados permettent une excellente stabilisation de la prothèse amovible.



10-18 Septembre 1990. Au contrôle à 15 mois, les tissus péri-implantaires montrent des signes d'hyperplasie gingivale, principalement sur les piliers 44 et 32.



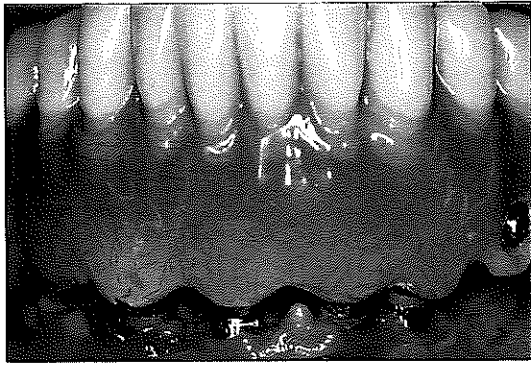
10-19 La gencive péri-implantaire sur le pilier 44 montre un saignement au sondage, avec une hauteur sondable de 3 mm seulement.



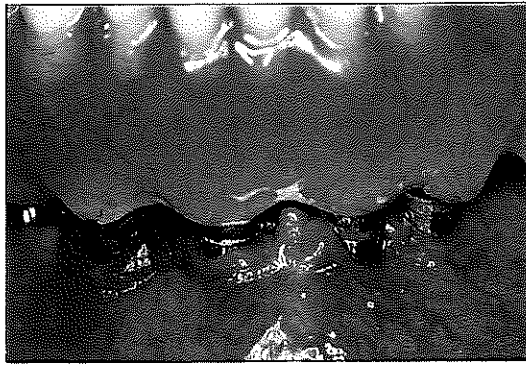
10-20 Ulcération non traumatique en vestibulaire de 32, due à la macération des tissus sous l'intrados de la prothèse amovible, plusieurs fois retouché à ce niveau pour éviter tout contact avec la muqueuse.



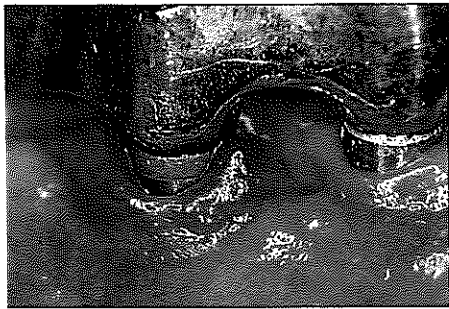
10-21 Octobre 1990. Le traitement prothétique est modifié. Une armature intermédiaire plus haute, plus rétentive et portant des attachements est vissée sur les 4 implants.



10-22 Un bridge de 12 éléments n'ayant aucun contact avec la muqueuse est clippé sur la mésostructure.



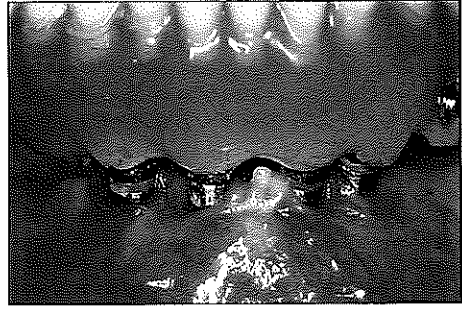
10-23 Avril 1991. Le contrôle du bridge à 6 mois montre que l'hyperplasie a notablement régressé, sous l'effet de la stimulation fonctionnelle des muscles de la lèvre et de la langue.



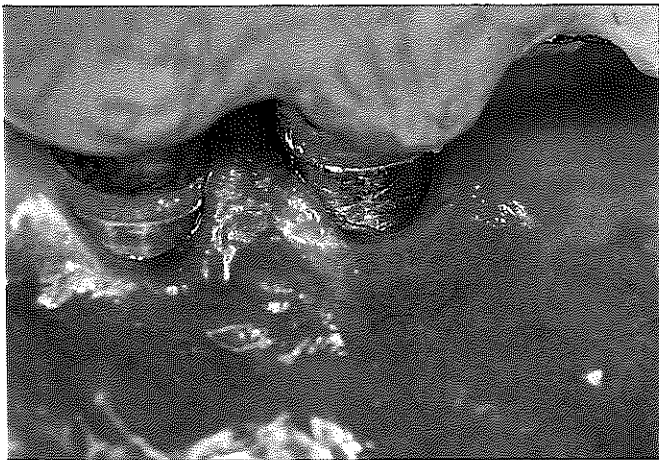
10-24 La gencive autour du pilier 44 montre encore un caractère inflammatoire, mais en nette diminution.



10-25 L'ulcération en regard du pilier 32 a totalement disparu.



10-26 Janvier 1992. Le contrôle à 15 mois du bridge montre que les tissus sont stables, sans inflammation ni hyperplasie.



10-27 Une vue rapprochée montre que la santé des tissus est maintenue.

2ème PARTIE

I) La pratique de l'implantologie orale :

1) La notion de responsabilité

au sens commun :

la responsabilité est l'obligation ou nécessité morale, intellectuelle de réparer une faute, de remplir un devoir, un engagement.

Même au sens commun, la notion de responsabilité est liée à celle de faute.

Dans son cadre juridique, la responsabilité est la nécessité dans laquelle se trouve un citoyen de réparer un dommage dont il est la cause. Cette obligation lui en est faite par la loi (Code Civil 1804).

2) la responsabilité civile

Elle est définie par :

- *L'article 1382 : " Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. "*

- *L'article 1383 : " chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. "*

- *L'article 1384 alinéa 1er : " On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. "*

La reconnaissance de la responsabilité civile d'un praticien entraîne la réparation d'un préjudice causé à une victime, proportionnellement à l'étendue du dommage.

Il s'agit du principe de la réparation intégrale du préjudice.

En matière médicale, l'affirmation de la responsabilité a pour effet de contraindre le praticien à réparer le préjudice qu'il a causé sous la forme de dommages et intérêts, puisqu'en matière de dommage corporel il ne saurait, en principe, y avoir de restitution ad integrum. C'est ce que l'on appelle la réparation par équivalent. Selon la Cour de Cassation, la victime doit être replacée " dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu. "

La responsabilité civile d'un praticien peut être :

- contractuelle lorsque la faute résulte de la violation d'une obligation de nature contractuelle qui existait entre les parties.

- extra-contractuelle : lorsqu'aucune obligation contractuelle ne liait les parties, ou en cas de nullité de contrat.

- délictuelle : lorsque le fait dommageable était intentionnel.

- quasi-délictuelle : lorsque le fait dommageable était non intentionnel.

3) la responsabilité pénale :

Elle repose sur les articles du code pénale suivant :

- *l'article 319* : “ *Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende.* ”

- *l'article 320* : “ *S'il est résulté du défaut d'adresse ou de précautions des blessures, coups ou maladies entraînant une incapacité totale de travail personnel pendant plus de trois mois, le coupable sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à un an et d'une amende ou de l'une de ces deux peines seulement.* ”

En matière médicale, la responsabilité pénale intéresse aussi bien le praticien libéral que celui exerçant en hôpital public.

Prenons quelques exemples en implantologie orale qui pourraient donner lieu à la mise en cause de la responsabilité pénale du praticien.

- par maladresse : un objet que le praticien laisserait échapper et qui serait inhalé par le patient.

- par imprudence : entreprendre la mise en place d'implants chez un patient diabétique insulinodépendant non équilibré.

- par inattention : confondre deux implants sur la table chirurgicale et mettre en place l'implant trop long qui léserait le nerf dentaire inférieur.

- par négligence : partir en vacances le lendemain d'une intervention sans laisser à son patient de consignes appropriées.

- par inobservation des règlements : violation du secret professionnel.

4) la responsabilité administrative :

Le fonctionnement de l'hôpital public est assuré par l'État.

Par conséquent, le praticien étant un agent du service public, la responsabilité de ce dernier est prise en charge par l'administration.

Les relations qui s'établissent entre un malade usager d'un hôpital public et le praticien qui y exerce sont de nature statutaire et non contractuelles. Le praticien ne peut donc refuser de soigner un patient et celui-ci n'a pas la faculté de choisir son praticien.

Si la charge de la preuve et la nécessité de démontrer la trilogie dommage-faute-relation de causalité est toujours indispensable, on doit distinguer deux types de fautes :

- la faute simple, résultant d'un dysfonctionnement de l'organisation du service, en général à l'occasion d'actes de soins peu techniques.

- la faute lourde résultant d'un acte médical complexe, chirurgical le plus souvent.

Mais, une décision du Conseil d'État du 10/04/92 marque une évolution importante dans l'histoire de la responsabilité de la puissance publique, puisque l'exigence de la faute lourde a été abandonnée.

5) la responsabilité disciplinaire :

Il s'agit de la responsabilité encourue par le praticien devant les juridictions ordinaires.

Le Conseil de l'Ordre (des médecins ou des chirurgiens-dentistes) assure la défense de l'honneur et l'indépendance de la profession .

L'Ordre peut par conséquent sanctionner le comportement de l'un de ses membres qui lui apparaît fautif et ceci indépendamment du fait de l'existence ou non d'un préjudice.

Par ailleurs, l'Ordre est souverain pour apprécier la faute au plan disciplinaire : il peut y avoir comportement fautif dès lors que le praticien a manqué à une règle déontologique, même non écrite.

Les sanctions qui peuvent être prononcées à l'encontre d'un praticien sont par ordre de gravité croissante : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire, la radiation.

II) Conditions d'exercice de l'implantologie orale :

1) Cadre juridique de l'exercice de l'odonto-stomatologie.

a) Les textes :

L'exercice des chirurgiens-dentistes et des médecins est défini dans le code de la santé publique (Livre IV titre 1er - articles L. 356 à L. 441).

L'article L. 356 de ce code établit qu' "*un code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien dentiste et sage-femme, préparé par le Conseil National de l'Ordre intéressé et soumis au Conseil d'Etat, est édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique.* "

Le Code de déontologie est donc un règlement intérieur à la profession ; il s'impose à tout membre de la profession concernée.

Cependant, le code de déontologie ne lie pas la justice française, et les tribunaux ne sont pas tenus d'obéir à ses prescriptions.

b) Capacité et Compétence :

La capacité est une obligation légale et ordinale. Le diplôme de docteur en chirurgie dentaire permet à son titulaire de pratiquer "*le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche, des dents et des maxillaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, dans les conditions prévues par le code de déontologie des chirurgiens-dentistes* " (article L. 373 du code de Santé Publique).

Le code de déontologie médicale dans son article 17, stipule que "*tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement* " et il impose au médecin de refuser de pratiquer un acte ne relevant pas de sa compétence.

La compétence est une expérience, la somme d'acquis, un savoir-faire.

La preuve de la capacité est constituée par la production de diplômes officiellement reconnus, alors que la preuve de la compétence est constituée par la notoriété et par la réunion d'éléments écrits (attestations, certificats, diplômes non reconnus par l'Etat) dont la force probante reste très variable et subjective.

L'implantologie orale peut être pratiquée indifféremment par les titulaires du diplôme de docteur en chirurgie dentaire ou de docteur en médecine. C'est-à-dire que n'importe quel possesseur de l'un de ces deux diplômes peut exercer à titre accessoire ou exclusif l'implantologie orale sans être légalement obligé d'avoir reçu une formation complémentaire.

Aucune déclaration particulière n'est à faire auprès du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes ou des médecins.

c) L'acte médical :

Ce qui caractérise les professions médicales est la capacité, qui leur est légalement conférée, de pratiquer des actes médicaux ; capacité dont elles ont l'exclusivité et qui constitue un monopole.

Diagnostiquer les maladies, prescrire le traitement approprié et le mettre en oeuvre sont des actes médicaux. Il faut distinguer les actes médicaux de conception, c'est-à-dire le diagnostic et la prescription, des actes médicaux de réalisation : l'intervention.

Cette distinction est pertinente puisqu'elle permet de séparer les actes non déléguables par le praticien, de ceux qui sont délégués et réalisés sous contrôle du praticien.

Il faut donc effectuer une distinction essentielle entre la responsabilité des actes médicaux que l'on pratique soi-même, de la responsabilité relevant des personnes dont on répond (infirmière, assistante dentaire, ...) et de la responsabilité relevant des choses que l'on a sous sa garde, à savoir le matériel.

Le chirurgien-dentiste ou le stomatologiste exécute ses propres prescriptions, mais adresse de plus en plus souvent ces patients à des confrères pour la réalisation d'actes spécialisés dans le cadre d'un même traitement dont il n'est que l'exécutant partiel.

Telle est la situation aujourd'hui de l'implantologie orale qui nous permet de dégager la notion de partenariat thérapeutique qui sera développé ultérieurement.

d) Obligation de moyens ou de résultat

Le traitement d'implantologie orale comportant une partie chirurgicale et une partie prothétique, les obligations du praticien diffèrent selon que l'on considère ces deux aspects du traitement.

En effet, si l'obligation de moyens est intimement attachée au geste médical et chirurgical, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'acte prothétique.

A cet égard, la Cour de Cassation semble s'orienter vers une obligation de "satisfaction".

Or, si l'implantologie orale dans sa finalité répond à un objectif thérapeutique banal en odontostomatologie, les techniques mises en oeuvre pour y parvenir évoquent par leur complexité, les risques qu'elles font courir au patient et leur coût, les conditions de déroulement de la chirurgie esthétique.

Les obligations de l'implantologie se rapprochent donc de celles afférentes à la chirurgie esthétique soient :

- l'obligation d'un certain résultat, dans la mesure où le traitement s'adresse à un sujet qui ne souffre d'aucune pathologie, et qui n'accepterait pas un tel traitement s'il ne devait s'accompagner d'aucun bien fait.
- un renversement de la charge de la preuve en cas d'insuccès.

Il est admis par ailleurs que l'obligation attachée à la confection d'une prothèse est de résultat puisqu'il s'agit d'un acte technique qui n'est pas aléatoire ; la prothèse doit être sans défaut, d'où une obligation stricte des fournisseurs.

Par contre, l'obligation liée aux soins nécessaires à la pose de l'appareil est de moyen ; l'indication, la prescription, la préparation du support biologique de la prothèse relèvent de l'obligation de prudence et de diligence puisqu'il s'agit d'un acte médical.

L'utilisation du matériel médical et dentaire est assortie d'une obligation de sécurité-résultat, c'est-à-dire d'apporter à l'utilisateur d'un produit la sécurité à laquelle il est légitimement fondé à s'attendre, soit une obligation de résultat qui fait que tout constructeur ne peut écarter sa responsabilité en cas de malfaçon en invoquant le respect des règles de l'art, des normes ou des spécifications techniques.

La loi du 21 juillet 1983 relative à la sécurité des consommateurs a posé un certain nombre de principes.

e) Exercice libéral, exercice en clinique et en hôpital.

Il existe sur le plan juridique comme nous l'avons déjà exposé antérieurement, une différence radicale selon le lieu où exerce le praticien : soit en cabinet de ville ou en clinique (exercice libéral), soit en hôpital public (exercice hospitalier).

Dans le premier cas, le praticien est responsable personnellement sur le plan civil et/ou pénal, tandis que dans le second cas, le praticien n'est personnellement responsable que sur le plan pénal, la responsabilité de l'hôpital et du service public se substituant à celle du praticien.

f) Le secret professionnel.

Il s'impose à tout praticien selon l'article 378 du code pénal.

“ Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé ... dépositaires par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui hors le cas où la loi les oblige, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende. ” et les articles 11,12,13 et 81 du code de déontologie médicale, 5 et 48 du code de déontologie des chirurgiens dentistes.

C'est une obligation morale, légale et disciplinaire.

En matière d'implantologie orale, le praticien est donc soumis au secret professionnel.

Le praticien est dépositaire du secret médical de son patient et ce dernier peut seul l'en libérer.

Le secret professionnel appartient donc au patient, c'est pourquoi le praticien ne peut refuser de lui délivrer les certificats de constatations médicales, un compte-rendu d'intervention, d'examen clinique ou tout autre document concernant sa personne dont il aurait besoin.

Les renseignements médicaux ne peuvent être délivrés qu'au patient lui-même ou à son médecin traitant, en main propre, formule à mentionner le jour de la remise des documents :

“ Remis en main propre et sur sa demande, à, le ”

Ces documents pourront être transmis à d'autres médecins (médecin-expert par exemple ...) qu'avec l'accord écrit du patient.

2) Le contrat médical.

Le contrat de soins est une relation contractuelle.

C'est le célèbre arrêt de la Cour de Cassation du 20 mai 1936, dit “ arrêt Mercier ”, qui a défini la nature contractuelle du lien qui unit le praticien à son patient :

“ Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ... ”

Le contrat de soins constitue donc une variété de contrat régi par les dispositions de l'article 1101 du code civil :

“ le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose. ”

Pour être réputé valable, un contrat doit répondre aux quatre conditions suivantes, définies par l'article 1108 du code civil :

- il doit résulter d'un accord de volonté des parties.
- les parties doivent avoir la capacité à contracter (le patient doit être majeur).
- l'objet, soit la capacité à dispenser des soins, doit être licite, certain et possible.
- la cause, c'est-à-dire l'amélioration de la santé du patient, doit être licite.

En implantologie orale, le contrat de soins présente des particularités propres, c'est :

- un contrat de longue durée.
- un contrat dans lequel les prestations successives ne sont pas identiques.
- contrat formé à un moment où les parties ne connaissent pas toujours précisément la nature des actes et des prestations à effectuer.
- un contrat dans lequel interviennent souvent plusieurs praticiens.

Le contrat médical étant un contrat synallagmatique, chaque partie s'oblige envers l'autre :

- le praticien, de soigner son patient.
- le patient, de collaborer au traitement, d'honorer le praticien et de suivre ses prescriptions .

Le manquement de l'une ou l'autre des parties à ses obligations entraîne la mise en cause de sa responsabilité contractuelle.

Les parties ont la faculté de rompre unilatéralement le contrat.

En implantologie, s'agissant de soins non obligatoires et non urgents, il n'est pas utile de faire signer au patient une décharge libérant le praticien de sa responsabilité.

Cependant, si le refus du patient se manifeste en cours de soins, le praticien aura tout intérêt à dégager sa responsabilité.

3) Traitement implantaire.

L'implant dentaire est un dispositif constitué d'un matériau bio-compatible, placé chirurgicalement dans le maxillaire ou la mandibule et destiné à constituer un ancrage stable, sur lequel on solidarise un élément prothétique fixe ou amovible par l'intermédiaire d'un pilier.

Seuls les implants endo-osseux connaissent aujourd'hui une diffusion et une notoriété universelles et surtout les implants ostéo-intégrés, vissés ou impactés, en forme de vis ou de cylindre, pour la plupart en titane ou alliage de titane, qu'ils soient ou non recouverts d'hydroxyapatite ou de plasma de titane.

L'implantologie orale est la partie de l'odonto-stomatologie qui a pour objectif de traiter les édentements grâce à la mise en oeuvre d'une réhabilitation implanto-prothétique.

Ce traitement comprend plusieurs phases :

- une phase de diagnostic et de conception du plan de traitement.
- une phase de préparation avec mise en état de la cavité buccale.
- une phase chirurgicale avec mise en place des implants, mise en nourrice et mise en fonction après ostéo-intégration.
- une phase prothétique avec réalisation de la prothèse provisoire puis de la prothèse définitive amovible ou scellée.

Lors de la rencontre entre un praticien et son patient, deux situations peuvent se présenter. Ou bien la demande d'un traitement implantaire émane du patient dont c'est le motif de la consultation, ou bien il s'agit d'une proposition faite par le praticien face à une situation clinique donnée.

Dans les deux cas, le praticien devra d'abord évaluer les motivations de son patient avant de passer à l'évaluation clinique.

Soit le praticien va entreprendre lui-même l'intégralité du traitement implantaire, de la mise en état de la cavité buccale à la pose de la prothèse implanto-portée, soit il va totalement ou partiellement déléguer à un ou plusieurs confrères certaines phases du traitement.

Il s'avère que le bon déroulement d'un traitement implantaire peut requérir dans certains cas la collaboration de plusieurs praticiens, d'où la notion de partenariat thérapeutique.

4) Partenariat thérapeutique :

Selon l'article 59 du code de déontologie médicale “ *Lorsque plusieurs médecins collaborent pour l'examen ou le traitement d'un même malade, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles.* ”

Le traitement implantaire peut nécessiter le recours à plusieurs praticiens. Chacun d'entre eux est donc responsable de ses propres actes tant en ce qui concerne le diagnostic, l'indication et la mise en oeuvre.

Chacun reçoit les honoraires correspondant à ses prestations.

Les relations des praticiens entre eux sont placées sous le signe de l'égalité et de la transparence.

Le secret professionnel n'est pas opposable.

Il est souhaitable que les recommandations, les demandes et les prescriptions qui sont échangées entre les praticiens traitants le soient par écrit.

La contribution et les responsabilités de chacun sont équivalentes dans la réussite du traitement.

III) Information et consentement éclairé.

Il y a quelques décennies, l'information du malade et son corollaire le consentement, tenaient une place accessoire dans la relation thérapeutique.

L'évolution vers une participation du patient à la décision médicale a été un phénomène net et constant.

Le patient a seul le droit de disposer de son corps, a droit au respect de sa dignité et de son intégrité corporelle ; il demeure donc l'unique juge des risques qu'il est prêt à encourir.

Afin que ce consentement aux soins prenne toute sa valeur, il doit être précédé d'une information destinée à éclairer le patient sur la nature et les conséquences qu'il peut attendre du traitement.

1) L'obligation d'informer :

L'information délivrée par le praticien doit toute entière être adaptée à la personnalité du patient.

La Cour de Cassation, dans un arrêt du 21/02/61, s'exprime sur ce point en ces termes :

“ Le praticien doit employer une expression simple, approximative, intelligible et loyale, permettant au malade de prendre la décision qu'il estime s'imposer. ”

De même, le Parlement Européen a voté le 19/01/84 à Strasbourg une résolution sur une charte européenne des droits du patient, dont deux des articles sont ainsi rédigés :

- droit pour le patient à l'information sur le diagnostic, la thérapie et le pronostic.
- droit pour le patient de consentir ou non au traitement proposé.

L'information en implantologie doit comprendre quatre volets, des informations de nature médicale, technique, financière et administrative.

Une bonne information de nature à susciter un consentement sans équivoque doit reposer sur :

- un dialogue empreint de confiance.
- des informations verbales renouvelées si besoin et au fur et à mesure du traitement.
- des pièces écrites, support de l'information, les unes facultatives mais utiles : un plan de traitement, un descriptif volontairement succinct des risques possibles et des objectifs attendus, les autres indispensables : un devis et dans certains cas la demande d'entente auprès de la caisse pour les actes figurant à la nomenclature concernant les soins dentaires classiques.

2) Le recueil du consentement éclairé :

Le consentement du patient porte à la fois sur les modalités thérapeutiques c'est à dire le plan de traitement, et sur les honoraires c'est à dire les conditions de paiement.

Si l'établissement du contrat médical inaugure une relation confiante et suivie qui n'est pas limitée dans le temps, le consentement n'est pas acquis une fois pour toutes, il doit être renouvelé d'une façon tacite ou explicite.

Il est par nature temporaire.

En France, le contrat médical n'est pas solennel, mais consensuel et étroitement lié à l'existence d'un rapport de confiance ; l'écrit n'a pas traditionnellement sa justification.

D'ailleurs, la jurisprudence considère qu'il existe une impossibilité morale à imposer un instrument écrit dans les relations entre le malade et son praticien.

Le consentement écrit ne possède pas, aux yeux du tribunal, la force probante d'une bonne information.

Le consentement par écrit connaît un engouement qui n'est justifié ni par la qualité de l'information qu'il contient, ni par sa valeur juridique.

Il comporte des inconvénients évidents :

- la compréhension d'un texte écrit n'est pas toujours bonne,
- la signature du patient ne garantit pas que le signataire ait lu compris et retenu ce qui est écrit,
- toutes les informations sont mises sur un même plan, il n'est pas facile de mettre en relief les plus importantes,
- le formulaire écrit donne à la relation praticien-patient un caractère dépersonnalisé,
- le formulaire ne fournit pas une information adaptée à la personnalité de chaque patient, ni aux demandes spécifiques de chacun,
- le document écrit qui ne comporterait pas la complication rare qui surviendrait, constituerait a contrario la preuve que celle-ci n'avait pas été révélée.
- selon certains auteurs (Alméras entre autres), le consentement écrit comporte l'effet fâcheux de renverser la charge de la preuve, puisqu'en cas de litige, il reviendrait alors au praticien de prouver qu'en dépit du consentement écrit, il a fourni toutes les explications nécessaires ; en outre, le consentement écrit fait courir le risque de voir disparaître la faute comme fondement de la responsabilité.

En pratique, le consentement écrit doit être considéré comme une trame sous-tendant le dialogue instauré entre le praticien et son patient, il ne dispense pas du recueil du consentement oral et ne doit pas être considéré non plus comme un moyen de se mettre à l'abri des poursuites judiciaires, mais comme un document de bonne foi vis à vis du tribunal.

IV) Mise en cause de la responsabilité civile du praticien.

1) Le Fait Dommageable :

L'erreur est une défaillance de l'homme normal, rançon inéluctable de la faillibilité humaine, indépendamment de toute négligence ou imprudence ; la faute médicale est la défaillance que n'aurait pas présentée un praticien normalement compétent et diligent agissant dans les mêmes circonstances.

Il faut donc effectuer une distinction entre erreur fautive et erreur non fautive.

L'erreur médicale ne devient fautive que lorsque le praticien viole l'existence d'un consensus médical sur les règles destinées à éviter ces fautes, soient " les règles consacrées par la pratique " selon une formule souvent rencontrée dans les missions d'expertise judiciaire et les décisions des tribunaux.

Les usages, pour être établis, doivent répondre à quatre conditions :

- l'ancienneté
- la constance
- la notoriété
- la généralité.

De ce fait, on dit qu'un comportement médical est conforme " aux règles de l'art " lorsqu'il fait appel à des pratiques :

- qui ont dépassé l'expérimentation scientifique pour entrer dans la pratique courante.
- qui sont constantes et généralisées.
- qui sont enseignées dans les universités.

Dans l'arrêt Mercier, la formule " *les données acquises de la science* " a été modifiée par un arrêt du 28 juin 1960 précisant " *les données actuelles de la science* ".

Ce sont les données dont doit s'entourer le praticien dans l'établissement d'un diagnostic à moins que les méthodes envisagées ne présentent un certain risque.

Tout professionnel a le droit de faire appel à une technique nouvelle préconisée seulement par une partie de la science médicale, pourvu qu'il agisse avec compétence et diligence.

Le caractère novateur d'un traitement place celui qui y fait appel dans la situation de se voir reprocher, non pas d'avoir fait preuve d'initiative et de discernement, mais d'avoir fait courir au patient des risques injustifiés liés à l'emploi d'une technique insuffisamment éprouvée.

C'est ce qu'exprime l'arrêt Gomez de la Cour Administrative d'Appel de Lyon du 21 décembre 1991 :

" Une thérapeutique nouvelle créée, lorsque les conséquences ne sont pas entièrement connues, un risque spécial pour les malades qui en sont l'objet.

Lorsque le recours à une telle thérapeutique ne s'impose pas pour des raisons vitales, les conséquences exceptionnelles et anormalement graves qui en sont la suite directe engagent, même sans faute, la responsabilité de l'hôpital. "

Il existe une similitude entre les conditions de cette intervention et ses conséquences, et celles de l'implantologie orale ; thérapeutique, qui ne s'impose pas, affectée de risques proportionnellement plus importants que ceux que l'on veut traiter.

Le fait dommageable peut se traduire de plusieurs manières.

a) Erreur diagnostic :

“ elle ne constitue pas en soi une faute professionnelle ”, comme l’exprime la Cour de Cassation.

Cependant, cet item doit s’accompagner de conditions qu’il est nécessaire de remplir afin qu’un diagnostic erroné ne constitue pas une faute.

Le praticien diligent, tenu à une obligation de moyens, doit mettre en oeuvre l’ensemble des investigations que l’état actuel de la science lui fournit pour justifier son diagnostic.

De plus, il doit être conscient de ses limites et de ses connaissances et doit savoir faire appel à un confrère en cas de besoin.

En implantologie, il est indispensable actuellement de recourir à des examens radiologiques complémentaires (orthopantomographie et scanner).

Une erreur dans le compte-rendu du radiologue n’engage sa responsabilité que si son interprétation repose sur des clichés de mauvaise qualité.

Le praticien traitant doit savoir lire les clichés en s’accompagnant de l’interprétation du radiologue.

b) Erreur d’indication ou de prescription :

En implantologie, l’erreur d’indication trouve essentiellement sa source dans le surtraitement et non pas dans l’abstention thérapeutique puisque cette dernière ne saurait, en principe, générer de dommage.

Le surtraitement ou indication abusive peut facilement devenir fautif, si on a à l’esprit, qu’il ne faut pas faire courir au patient un risque supérieur au bénéfice attendu de l’intervention.

Les contre-indications absolues non respectées, constituent bien sûr, des erreurs d’indications qui deviennent fautives s’il en résulte un dommage.

L’erreur de prescription peut porter sur la posologie, la forme d’administration, l’association connue incompatible avec un autre médicament, l’indication même de ce médicament.

Il ne faut pas supposer que la responsabilité du pharmacien dans la délivrance des médicaments soit de nature à exonérer la responsabilité du prescripteur.

Ce dernier ne pourra dégager sa responsabilité que s’il n’a pas commis de faute dans la rédaction de l’ordonnance et la nature de sa prescription.

c) Faute technique.

- chirurgicale :

Tout implant ostéo-intégré ne peut être posé avec succès qu’en respectant un protocole opératoire précis, au risque de constituer une faute chirurgicale à savoir :

- . une faute d’aseptie
- . une lésion vasculaire ou nerveuse
- . une mise en charge trop précoce de l’implant
- . un échauffement excessif osse
- . une réutilisation d’implant, ou d’un implant périmé

- prothétique :

La responsabilité de la conception de la superstructure, du choix des matériaux, des éléments intermédiaires ..., appartient totalement au praticien.

d) Erreur de pronostic.

Elle ne constitue pas une faute.

Tout patient déçu par un pronostic trop optimiste pourra tenter d'engager la responsabilité de son praticien en invoquant un défaut d'information ou de consentement.

e) Faute dans le suivi du patient.

Un suivi du patient porteur d'une prothèse implanta portée est indispensable.

Il appartient au praticien de l'expliquer à son patient.

Les tribunaux exigent " une véritable obligation de suivi " de la part du praticien.

Celui-ci ne doit pas hésiter à convoquer par écrit son patient chaque année, afin de le soumettre à un examen clinique assorti d'un contrôle radiographique.

2) Le Dommage :

Toute atteinte de l'intégrité physique et/ou morale d'un patient constitue un dommage.

L'évaluation d'un dommage physique est aisée du fait de la présence de lésions objectives ; par contre l'évaluation d'un dommage d'ordre moral est plus difficile puisque reposant sur des "lésions" subjectives.

L'ensemble de ces atteintes physiques et morales constituent le préjudice, élément réparable découlant du dommage.

Le dommage, en implantologie, peut être lié aux conséquences de la chirurgie et/ou de la phase prothétique (cf. complications).

3) La charge de la preuve.

Le praticien étant tenu à une obligation de moyens, il appartient au patient de démontrer que le praticien n'a pas mis en oeuvre tous les moyens offerts par la science médicale pour le soigner.

L'exigence de la charge de la preuve de la faute médicale incombe donc au patient.

Le principe de la charge de la preuve d'une faute technique est le plus souvent un débat d'experts médicaux, échappant au patient.

Dans quelques cas, la charge de la preuve peut être inversée lorsque le praticien promet un résultat précis à son patient.

Le praticien doit alors prouver que si le résultat escompté n'a pas été atteint, cela est dû à une cause étrangère.

En ce qui concerne la prothèse dentaire, s'agissant d'un acte technique " *quasiment dépourvu d'aléa* ", l'obligation qui en découle est une " *obligation relative de résultat* " d'après la jurisprudence.

Dans ce cas, il incombe au patient de démontrer qu'il existe un défaut de résultat pour engager la responsabilité du praticien.

4) La relation de causalité.

La démonstration du “ lien de causalité ” est indispensable pour mettre en cause la responsabilité du praticien.

Cette démonstration incombe bien sûr au demandeur c'est-à-dire, en général au patient.

La responsabilité du praticien ne peut être retenue que lorsque la seule relation de causalité entre une faute du praticien et le dommage allégué par le demandeur est prouvée.

5) Réparation et chefs de préjudice.

a) Réparation :

Le problème actuel de la responsabilité médicale est qu'il est fondé sur le principe de la nécessité de reconnaître la responsabilité de l'auteur du dommage pour que la victime puisse être indemnisée.

C'est la règle du “ tout ou rien ” liée à la détermination de la responsabilité du praticien.

L'évolution de la jurisprudence a conduit à la définition de nouveaux concepts permettant l'indemnisation de certaines victimes sans qu'il soit nécessaire de prouver la faute du praticien, ou de rechercher la responsabilité de l'auteur du dommage ; c'est le cas des victimes d'accidents transfusionnels, de patients insuffisamment informés ou dont le praticien n'a pas recueilli de consentement, ou encore de patients victimes d'un aléa thérapeutique particulièrement grave (arrêts Bianchi et Gomez).

Actuellement, il n'existe pas de prise en charge de l'aléa thérapeutique de façon systématique. Le risque thérapeutique est défini comme l'aggravation ou la complication imprévisible et inattendue, subie par le malade en relation avec un acte thérapeutique.

b) Chefs de préjudice :

La classification des différents aspects du dommage en chefs de préjudice permet de distinguer les préjudices extra-patrimoniaux ou moraux des préjudices patrimoniaux ou économiques.

Les préjudices extra-patrimoniaux sont appréciés par des experts en dommage corporel.

La détermination définitive de ces chefs de préjudice extra-patrimoniaux n'est possible qu'après que la consolidation du patient ait été constatée.

En effet, la consolidation est une date au delà de laquelle aucun traitement n'est plus susceptible d'améliorer l'état de la victime.

En implantologie orale, la détermination de la date de consolidation après un dommage se heurte à la longueur des traitements prothétiques et à l'incertitude liée à la possibilité d'améliorer l'état de la victime.

- Préjudices extra-patrimoniaux :

• Pretium doloris (ou souffrances endurées) :

exprimé selon une échelle de 0 à 7, conduit à la fixation d'un “ prix de la douleur ”.

• **Préjudice esthétique :**

selon une échelle de 0 à 7, il exprime l'importance de l'atteinte corporelle responsable d'une disgrâce physique (modifications morphologiques, présence de cicatrices ...).

La détermination du préjudice esthétique tient compte du siège des lésions, de l'âge de la victime, de son sexe et de sa profession.

• **Préjudice professionnel :**

Il peut exister chez un patient musicien professionnel, chez un sujet dont l'esthétique joue un grand rôle dans son activité (cinéma, haute couture, ...)

• **Préjudice d'agrément :**

est une donnée importante en implantologie orale.

Tout échec implantaire se soldant par une dépose de l'ensemble de la reconstitution avec recours à une prothèse amovible peut générer un préjudice agrément chez un patient qui, par exemple ne pourrait plus jouer d'un instrument à vent.

• **Préjudice juvénile :**

Il affecte un enfant, un jeune homme ou une jeune fille, dont le préjudice bloque les aspirations professionnelles légitimement espérées (cicatrice chéloïde de la lèvre chez une future jeune mannequin).

- Préjudices patrimoniaux :

Il sont représentés par la somme arithmétique des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, pertes de revenus, conséquences économiques d'une incapacité ou d'une invalidité.

- Perte de chance :

La perte de chance est une forme de préjudice défini comme le dommage résultant de l'empêchement certain d'accéder à des espérances précises et réelles.

Le dommage invoqué par le patient n'est somme toute que l'aggravation ou la non guérison d'un état de santé qui se serait peut-être aggravé de toute manière.

La Cour de Cassation dans un arrêt du 27 janvier 1970 s'exprime ainsi : “ *un préjudice peut être invoqué du seul fait qu'une chance existait et qu'elle a été perdue.* ”

Ainsi, en implantologie orale, on peut imaginer que l'échec d'un traitement implantaire avec dépose des implants compromette la mise en oeuvre d'un nouveau traitement.

Le patient pourrait alors invoquer comme dommage consécutif une perte de chance de pouvoir bénéficier d'une prothèse fixée.

6) Etat antérieur :

L'évaluation d'un dommage doit prendre en considération l'influence de l'état antérieur sur la constitution des lésions.

On ne saurait imputer à un praticien la responsabilité d'une lésion préexistante à la faute qu'il aurait commise.

L'évaluation de l'état antérieur revêt donc une importance considérable.

En matière de lésions bucco-dentaires, la connaissance de l'état antérieur sera facilitée par l'existence d'un bilan pré-opératoire circonstancié constitué avant tout par un bilan radiologique, par un dossier médical à jour (cf. annexes).

L'existence de photographies pré-opératoires représente un élément intéressant, plus destiné à convaincre le patient de placer son attente esthétique à un niveau cohérent avec la situation initiale que pour constituer une preuve en soi.

V) Conclusion :

L'implantologie orale est une technique chirurgicale et prothétique complexe qui ne peut être appréhendée sans une formation post-universitaire laissée à l'initiative du praticien.

Tout praticien qui souhaite pratiquer l'implantologie orale doit se donner les moyens d'une formation spécifique de bon niveau, reconnue.

Il doit s'entourer d'un plateau technique approprié et d'un personnel formé.

L'une des conditions du succès passe par une sélection attentive des patients quitte à en refuser bon nombre.

L'information du patient est indispensable et primordiale, elle repose sur un dialogue permanent.

L'information et le consentement écrit ne sont pas, jusqu'à preuve du contraire, de nature à démontrer la bonne foi du praticien.

Afin de ne pas donner lieu à des litiges dont les honoraires seraient le motif ou le prétexte, le praticien veillera à rester raisonnable dans ses prétentions et à se faire honorer avec régularité.

Si le praticien n'effectue qu'une partie du traitement implantaire, il doit absolument travailler avec des confrères avec lesquels il entretient des relations de confiance.

Les membres de " l'équipe implantaire " sont solidairement responsables du succès ou de l'échec.

Le praticien qui pratique l'implantologie orale doit signaler cette activité à son assureur et en préciser l'étendue et les caractéristiques.

La notion de " responsabilité médicale " a considérablement évoluée depuis les dernières décennies.

Charles NICOLLE, prix Nobel de médecine et professeur au Collège de France disait à ses étudiants dans les années 1930 à propos de la " responsabilité du médecin " :

" Les médecins reçoivent mission de veiller à la santé des hommes. Ils exercent cette mission dans la plénitude de leur conscience, la sagesse est de s'en remettre à eux. "

Si ces propos peuvent sembler excessifs quant à l'immunité recherchée en toutes circonstances par les acteurs médicaux dans l'exercice de leur art, il semble que paradoxalement, nous versions aujourd'hui dans l'excès contraire car, progressivement, on est passé de la quasi-immunité des soignants à la recherche systématique d'un responsable punissable, l'erreur ou la malchance ayant peu ou pas droit de cité, ceci en vue d'obtenir une réparation financière du préjudice subi.

Le droit de la responsabilité doit être conçu comme un instrument mis au service du progrès médical, mais sans porter atteinte à sa raison d'être.

Il convient pour un odontologiste de tenir compte du fait que " l'indication purement médicale du choix de la méthode d'un diagnostic ou d'un traitement se complète actuellement d'une indication jurisprudentielle qui va peser sur l'attitude qu'il va adopter. "

A l'occasion d'un arrêt rendu par la Chambre des Requêtes par le procureur général DUPIN en 1862, ces termes toujours d'actualité, ont été prononcés :

“ Il est de la sagesse du juge de ne pas s'immiscer témérairement dans l'examen des théories ou des méthodes médicales et prétendre discuter des questions de pure science, de ne pas s'ériger en Sorbonne médicale et de s'épargner le ridicule de départager Hippocrate et Gallien. ”

ANNEXES

Fiches d'encadrement du protocole implantaire.
(Propositions pour constituer un dossier médico-chirurgical implantaire.)

1. Fiche de première consultation

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Paris le 15 mars 1993

Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone personnel :
Téléphone bureau :
Fax :
Date de naissance :

Adressé par :

- Lettre d'accompagnement :
oui - non
- Motif de la consultation :
avis après un autre confrère - contrôle - indéterminé - urgence
douloureuse - réparation prothèse - demande de réhabilitation implantaire -
demande de traitement prothétique non spécifique
- Demande d'examens complémentaires :
imagerie - hémostase - auprès du médecin traitant
- Prise d'empreintes :
oui - non
- Etat bucco-dentaire général :
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7
- Hygiène :
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7
- Coopération - motivation :
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7
- Faculté de compréhension des explications médico-techniques :
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

Remarque

L'état bucco-dentaire, l'hygiène et la motivation sont appréciés sur une échelle croissante de 0 (du plus médiocre) à 7 (au plus satisfaisant).

2. Formule de consentement initial

Accord contractuel intervenu entre :

le docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

et

M. / Mme / Mlle...
.....
demeurant
.....

..... ayant pour objet l'examen bucco-dentaire et le diagnostic des lésions et/ou affections dont M. / Mme / Mlle..... pourrait éventuellement être atteint(e).

Le docteur Michel X..... s'engage à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour examiner M. / Mme / Mlle....., à effectuer ou faire effectuer les examens et bilans complémentaires qu'il jugera utile à l'établissement d'un diagnostic, puis d'un plan de traitement. Le docteur Michel X..... s'engage à fournir tous les renseignements et explications qui seront nécessaires à la bonne compréhension par M. / Mme / Mlle..... de son état bucco-dentaire.

M. / Mme / Mlle..... s'engage à cet effet à se soumettre aux examens et observer les prescriptions du docteur Michel X..... qui lui permettront de porter un diagnostic. Il (elle) s'engage par ailleurs à lui communiquer tous les renseignements concernant son état de santé, ainsi que, le cas échéant, les adresses et coordonnées de son ou ses médecin(s) traitant(s). Au cas où M. / Mme / Mlle..... ne donnerait pas suite au traitement proposé, il (elle) s'engage à honorer le docteur Michel X..... pour ses prestations, soit : F.

Fait à Paris en deux exemplaires, le 15 mars 1993

Docteur Michel X...

M. / Mme / Mlle...

3. Interrogatoire médical général

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Les réponses que vous allez faire à cet interrogatoire sont destinées à tenir votre praticien au courant des traitements que vous avez déjà subi ou qui sont en cours.

Cela lui permettra de mieux connaître votre état de santé afin qu'il puisse prendre les décisions qu'il jugera nécessaire, en tenant compte des indications que vous lui fournirez.

Tous les traitements et médicaments qu'il va vous prescrire peuvent interférer avec des traitements en cours ou les affections que vous avez présenté, c'est pourquoi il est important que vous accordiez une grande attention aux questions et aux réponses que vous ferez.

Entourez à chaque fois la réponse correcte et complétez éventuellement.

- Prenez-vous actuellement des médicaments ?
Non - Oui, lesquels ?
- Dans le mois écoulé, avez-vous pris des médicaments ?
Non - Oui, lesquels ?
- Avez-vous déjà pris des antibiotiques ?
Non ? Oui, lesquels ?
- Avez-vous déjà pris des anti-inflammatoires ?
Non ? Oui, lesquels ?
- Y a-t-il des médicaments ou des substances auxquelles vous êtes allergiques ?
Non ? Oui, lesquels ?
- Comment cela se manifeste-t-il ?
- Etes-vous suivi(e) par un médecin généraliste ?
Non - Oui, pouvez-vous indiquer ses coordonnées :

- Etes-vous suivi(e) par un spécialiste médical ?

Non - Oui, veuillez préciser :

cardiologue - pneumologue - allergologue - neurologue - dermatologue
gastro-entérologue - nutritionniste - endocrinologue - radiothérapeute -
ophtalmologiste - hématologue - ORL - autre :

- Pour quelle maladie ?

Maladie du cœur et des vaisseaux, veuillez préciser :

Maladie infectieuse, veuillez précisez :

Maladie du sang, veuillez préciser :

Diabète (non) insulino-dépendant

Glaucome - asthme - vertiges

Hypertension artérielle

Autre :

- Etes-vous enceinte ?

Non - Oui, date prévue de l'accouchement :

- Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?

Non - Oui, laquelle ?

- Avez-vous d'autres précisions à apporter ?

Non - Oui :

Nom, prénom :

Signature

Remarques

Il est important qu'à chaque question le patient puisse répondre par un oui ou un non, éventuellement par une interrogation. La terminologie est, autant que possible, simplifiée.

Les patients qui ignorent le sens de certains mots (radiothérapeute ou glaucome) ne sont certainement pas concernés par ces affections.

4. Demande de bilan d'imagerie pré-implantaire

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Paris le 15 mars 1993

Cher Confrère,

Voulez-vous examiner M. / Mme / Mlle..... et pratiquer les investigations qui vous semblent indispensables à la détermination des caractéristiques du site implantaire correspondant au secteur édenté suivant : 45-32.

Pouvez-vous réaliser :

- un panoramique (recherche de foyers infectieux)
- un bilan rétro-alvéolaire au long cône (bilan parodontal)
- un scanner mandibulaire (mesure des dimensions du site implantaire)
- une téléradiographie de profil
- un bilan Scanora
- autre

Compte tenu de l'examen clinique pré-implantaire, les points particuliers à examiner sont les suivants :

- hauteur, largeur de la crête osseuse du site implantaire ;
- relation entre le site implantaire et le nerf dentaire inférieur droit, gauche
- relation entre le site implantaire et le trou mentonnier droit ; gauche
- relation entre le site implantaire et le sinus maxillaire droit, gauche
- relation entre le site implantaire et les fosses nasales
- épaisseur des corticales au niveau du site implantaire ;
- qualité de l'os alvéolaire.

Je souhaite, en outre, que vous puissiez me préciser les points suivants :

- situation du trou mentonnier droit, gauche
- hauteur, largeur de la crête osseuse du secteur édenté suivant :
- rapports entre les racines des molaires supérieures gauche et le sinus maxillaire
- ...

Par avance je vous en remercie.

5. Fiche d'évaluation des indications

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Paris le 15 mars 1993

Traitement de M. / Mme / Mlle...

1 - Situation clinique initiale

Edentement(s) :

Prothèse(s) actuelle(s) :

- Evaluation de la fonction manducatrice (avec/sans prothèse) :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

- Evaluation de l'élocution (avec/sans prothèse) :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

- Déficit anatomique :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

- Environnement psychologique :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

- Motivation générale :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7

2 - Possibilité(s) thérapeutique(s)

Proposition 1 :

Résumé :

Avantages :

Inconvénients :

Proposition 2 :

Résumé :

Avantages :

Inconvénients :

Proposition 3 :

.....

.....

Remarque

L'échelle croissante de 0 à 7 permet d'évaluer la situation clinique initiale, du moins satisfaisant vers le plus satisfaisant.

6. L'information du patient et l'exposé des risques

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Réhabilitation implantaire de M. / Mme / Mlle...
Le traitement proposé est le suivant :

RISQUES LIÉS À LA MISE EN PLACE CHIRURGICALE DE CES IMPLANTS

Les complications opératoires qui pourraient survenir au moment de l'intervention de mise en place des implants sont notamment les suivantes :

- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
-
-

Les complications qui pourraient survenir après la phase chirurgicale sont notamment les suivantes :

- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
-
-

Probabilité de survenue d'un risque au cours d'un traitement donné :

- 1 - possible : risque connu, décrit et statistiquement quantifié ;
- 2 - faible : risque connu et décrit mais non quantifié ;
- 3 - rare : risque connu mais qui est sporadiquement décrit dans la littérature ;
- 4 - exceptionnel : risque rare décrit au cours d'interventions comparables ;
- 5 - tout à fait exceptionnel : risque théoriquement possible mais qui n'a jamais été décrit dans des circonstances identiques.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS LIÉS AU TRAITEMENT PROPOSÉ

Les avantages sont les suivants :

Les inconvénients sont les suivants :

Paris le 15 mars 1993

Docteur Michel X...

M. / Mme / Mlle...

7. Proposition de plan de traitement

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Réhabilitation implantaire de M. / Mme / Mlle...

Plan de traitement

(Les différentes étapes décrites ci-dessous constituent une proposition valable à ce jour, mais sujette à d'éventuelles modifications en fonction des circonstances imprévues rencontrées pendant le traitement.)

- 1 - **Phase préparatoire** (durée : environ 2 mois).
 - Enseignement de l'hygiène.
 - Détartrage.
 - Soins d'odontologie conservatrice : réfection des amalgames (26, 25), réfection des composites (13, 12).
 - Soins d'endodontie : reprise du traitement canalaire (24), effectué par le docteur B. Z....., endodontiste.
 - Prothèse : réalisation d'une couronne céramo-métallique sur alliage précieux (.....) avec inlay-core (24).
 - Réfection de la couronne sur 35 : réalisation d'une couronne céramique sur dent vivante (selon le procédé.....).
 - Réalisation d'une prothèse adjointe amovible provisoire remplaçant les dents du secteur édenté, pendant la période de mise en nourrice.
- 2 - **Phase chirurgicale** (intervention prévue en principe fin juin 1993)
 - Mise en place de deux implants endo-osseux de type....., de dimension prévisible....., dans le secteur molaire inférieur droit.
- 3 - **Période de mise en nourrice** (durée : environ 6 mois).
- 4 - **Phase prothétique** (durée : environ 2 mois).
 - Mise en fonction prévue en décembre 1993.
 - Réalisation d'une prothèse fixe (scellée/vissée) céramo-métallique sur alliage précieux (.....) de trois éléments destinée à remplacer les dents absentes (45, 46, 47).
- 5 - **Suivi** (durée : environ 1 an après la mise en fonction)
 - Rendez-vous mensuels au cabinet avec examen clinique et radiographies.

Fait à Paris le 15 mars 1993

Remarque

Dans cet exemple nous supposons que l'ensemble du traitement soit conduit par un seul et même praticien.

8. Devis

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Réhabilitation implantaire de M. / Mme / Mlle...

Devis

(Les différentes modalités financières décrites ci-dessous constituent une proposition valable à ce jour, mais elle est sujette à d'éventuelles modifications en fonction des adaptations du traitement qui s'avèreront indispensables.)

Les honoraires correspondant aux propositions du plan de traitement se décomposent de la manière suivante :

1 - Phase pré-implantaire

- soins conservateurs : selon le tarif conventionné.
- couronne céramo-métallique + inlay-core : F.
(en cas d'acceptation, remboursement de la caisse de F).
- couronne céramique sur dent vivante : F.
(en cas d'acceptation (refusée en général), remboursement de la caisse de F).
- prothèse adjointe partielle provisoire partielle 3 dents résine : F.
(en cas d'acceptation, remboursement de la caisse de F).

2 - Phase chirurgicale

- mise en place de deux implants de type : F.

3 - Phase prothétique

- prothèse fixe céramo-métallique sur alliage précieux (.....),
3 éléments (45, 46, 47) : F.
(Pas de prise en charge par les organismes sociaux.)

Coût global estimatif du traitement : F. Modalités de règlement :

- 25 % lors de l'intervention de mise en place des implants,
- 25 % lors du scellement des couronnes sur 24 et 35,
- 25 % le jour de la mise en fonction,
- 25 % lors de la pose de la prothèse sur implant.

Ce devis a été établi le 15 mars 1993 et reste valable 6 mois.

Docteur Michel X...

M. / Mme / Mlle ...

Remarques

Le devis doit faire apparaître clairement les honoraires correspondants à chaque type de soins.
Il faut préciser quels sont les soins pris en charge par les organismes sociaux et ceux qui ne le sont pas.

Il faut bien préciser que ce devis est estimatif.

9. Formule de consentement au traitement

Consentement formulé par M. / Mme / Mlle..... demeurant.....
à l'égard du traitement bucco-dentaire proposé par le docteur Michel X.....,
Chirurgien-dentiste 75000 Paris.

Après l'analyse du bilan clinique et des examens complémentaires, le diagnostic
suivant a été posé :

Le docteur Michel X..... propose le traitement dont le plan est annexé au
présent document.

M. / Mme / Mlle..... a été informé(e) des avantages, inconvénients et
risques relatifs au traitement proposé pour lequel il (elle) donne son
consentement réfléchi.

M. / Mme / Mlle..... a pris connaissance du plan de traitement envisagé et
du devis estimatif pour lesquels il (elle) donne son accord.

M. / Mme / Mlle..... s'engage à honorer le praticien conformément aux
dispositions du devis. Si le plan de traitement et le devis devaient subir des
modifications, le docteur Michel X. en informerait M. / Mme / Mlle.....
et un nouveau consentement serait demandé.

M. / Mme / Mlle..... s'engage à respecter les prescriptions et contraintes
liées à la mise en oeuvre de ce traitement et à se soumettre aux visites de contrôle
et aux examens que le docteur Michel X..... estimera nécessaire de
prescrire.

Fait à Paris en deux exemplaires le 15 mars 1993

Docteur Michel X...

M. / Mme / Mlle...

10. Compte rendu opératoire

Docteur Michel X...
Chirurgien-Dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Nom : Intervention du 15 mars 1993
Prénom :
Lieu de l'intervention :
Assisté de :

Prémédication :

Sédative - antibiotique - hémostatique - anti-inflammatoire - autre :

Anesthésie :

Générale - ambulatoire - loco-régionale

Site(s) implantaire(s) :

Nombre d'implants (numérotés de 1 à *n* de mésial en distal)

Caractéristiques :

Marque : Modèle : N° de lot(s) :

Supérieur gauche	implant 1 - longueur : ... mm,	diamètre : ... mm
Supérieur droit	implant 2 - longueur : ... mm,	diamètre : ... mm
Inférieur gauche	etc.	
Inférieur droit		

Compte rendu opératoire :

.....
.....
.....
.....
.....

Nombre de points de suture :
Durée de l'intervention :

Remarque

Le compte rendu opératoire doit être rédigé le jour même de l'intervention. Il ne comporte que des indications techniques. Ce n'est que la relation de l'intervention.

11. Bilan opératoire

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Nom :
Prénom :

Intervention du 15 mars 1993

Observations

Saignement :

Sensibilité :

Accessibilité :

Efficacité de la prémédication :

Coopération du patient :

Incident(s) per-opératoire(s) :

Incident(s) postopératoire(s) :

Ablation des fils le :

Remarques :

Eléments positifs :

Eléments négatifs :

Remarques

Le bilan opératoire comporte toutes les remarques que le praticien a pu faire pendant et après l'intervention.

Ces observations doivent lui permettre de tirer des conclusions en vue de la prochaine intervention et d'adapter son mode opératoire.

12. Lettre de rappel pour le suivi

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Paris le 15 mars 1993

Monsieur,

Lors de notre dernier rendez-vous à mon cabinet le 15/2/93 nous avons prévu, sauf erreur de ma part, un rendez-vous de contrôle le 12/3/93 à 9 heures. Vous ne vous y êtes pas présenté / vous l'avez décommandé sans convenir d'un autre rendez-vous.

Je vous rappelle que des contrôles réguliers sont indispensables afin de suivre l'évolution du traitement que nous avons entrepris.

En l'absence d'assiduité et de collaboration de votre part, il me sera impossible de répondre des conséquences qui pourraient être préjudiciable à la pérennité du traitement et à votre état de santé.

Je vous remercie de confirmer par téléphone dans les meilleurs délais l'un des deux rendez-vous que je vous propose, ou bien convenir d'une autre date :

- soit le mercredi 17 mars à 9 heures ;
- soit le mercredi 24 mars à 9 heures.

Par avance je vous remercie de votre compréhension et vous prie de croire, Monsieur, à l'expression de ma considération distinguée.

Remarques

Ecrire rapidement après le rendez-vous qui n'a pas eu lieu (dans les 2 jours ouvrables).

Expliquer la nécessité de contrôles réguliers.

Proposer deux dates au choix, ne pas laisser l'initiative au patient de reprendre contact avec le cabinet.

Envoyer dans un premier temps une lettre simple.

En cas d'absence de réponse de sa part, envoyer une seconde lettre recommandée avec AR.

13. Fiche chronologique récapitulative

Docteur Michel X...
Chirurgien-dentiste
75000 Paris
Tél. : (1) 01 01 01 01

Nom :
Prénom :
Première consultation le :
Adressé par :

Traitement médical

Radiologie, adressé(e) à :
Endodontie, adressé(e) à :
Parodontie, adressé(e) à :
Orthodontie, adressé(e) à :
Prothèse, adressé(e) à :
Chirurgie implantaire, adressé(e) à :
Mise en place chirurgicale le :
Mise en fonction le :
Prothèse provisoire le :
Prothèse définitive le :
Fin de traitement le :
Visites de contrôle :

Honoraires

1^{er} acompte le :
2^e acompte le :
Solde le :

Documents administratifs

Demande d'entente préalable envoyée le :
Coefficients demandés :
Coefficients acceptés :
Accord de la caisse reçu le :

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Adell, R. ; Lekholm, U. ; Rockler, B. ; Brånemark, P.I. : A 15 year study of osseointegrated implants in the treatment of edentulous jaw. *Int. J. Oral Surg.*, 1981, 10 : 387-416
- 2) Adell, R. ; Eriksson, B. ; Lekholm, U. ; Brånemark, P.I. ; Jemt, T. : A long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 1990,5 : 347-359.
- 3) Albrektsson T. signification clinique expérimentale de l'ostéointégration. *J Parodontal* 1991 ; 10 (2) : 115-130.
- 4) Albrektsson T, Sennerby L. Ancrage osseux direct des implants considérations expérimentales et cliniques du concept d'ostéointégration. *Les cahiers de prothèse* 1990 ; 71 : 41-52.
- 5) Alcoforada GAP, Rams TE, Feik D; Slots J. Aspects bactériologiques des échecs des implants dentaires ostéointégrés chez l'homme. *J Parodontal* 1991 ; 10 (1) : 11-18.
- 6) Alcouffe F. Considérations psychologiques en implantologie *J Parodontal* 1991 ; 10 (2) : 133-142.
- 7) Alméras JP. Le consentement par écrit. *Concours Médical* 1989 ; 111 (8) : 659-662.
- 8) Assemat - Tessandier X, Amzalag G. L'implantologie en omnipratique. Paris : CdP, 1993.
- 9) Astrard P, Borg K, Gunne J, Olsson M. Combination of natural teeth and osseointegrated implants as prosthesis abutment : a 2 year longitudinal study. *Int J Maxillofac Implants* 1991 ; 6 : 305-312.
- 10) Aubert JL. Introduction au droit et thèmes fondamentaux du droit civil. 4^e édition, Paris : Armand Colin, 1990 : 272.
- 11) Antian, J. J. : Toxicologic aspects of implants. *J. Biomed. Mater. Res.*, 1967, 1 : 433-4339.
- 12) Balshi, T. J. : Hygiene maintenance procedures for patients treated with the tissue integrated prosthesis. *Quintess. Int.* , 1986, 17 : 95-102.
- 13) Barrot R. Le dommage Corporel et sa réparation. Paris : Litec, 1988 : 607.
- 14) Bellaiche N, Missika P. La tomodynamométrie dans le bilan pré-implantaire en implantologie orale. *L'information dentaire* 1991 ; 73 (32) : 2681-2689.
- 15) Belleval C. Assurance et préjudice Esthétique. *Rev Franç Dommage Corporel* 1981 ; 7 (4) : 3369-373.
- 16) Bensoussan D, Boralevi S, Nahmias M. Guide de repérage et Scanora en implantologie. *Implantodontie* 1992 ; 4 : 37-39.
- 17) Bert M. : La Paro-implantologie. Congrès mondial d'implantologie orale, Paris , 1979.

- 18) Bert, M. : L'ostéo-architecture, base anatomique des implants dentaires. *Quest. Odontostomat.*, 1985, 38 : 91-99.
- 19) Bert, M. : Les implants dentaires : bases fondamentales, techniques chirurgicales, applications cliniques. Paris Editions CdP, 1987.
- 20) Bert, M. : Les implants distaux au maxillaire supérieure. *Actualités Odonto-stomat.* , 1987, 159 : 579-597.
- 21) Bert, M. : La stimulation endostée en implantologie ; étude et résultats après 2 ans. *Cah. Prothèse*, 1989, 65 : 23-30.
- 22) Bert, M. : Missika P. Les implants ostéointégrables. Paris : éditions CdP, 1992 : 410.
- 23) Béry A. Etude de la jurisprudence récente dans l'acte de soins de la chirurgie dentaire. Thèse de doctorat d'odontologie, Paris 7, 1990 6E17.
- 24) Béry A. L'aspect médico-légal de l'anesthésie locale. *Actualités Odonto-Stomatologiques* 1992 ; 179 : 637-647.
- 25) Bessis PR, Détruit JC, Berenholc C. Notions d'obligation de responsabilité et jurisprudence en matière médicale et dentaire. *L'information Dentaire* 1992 ; 74 (21) : 1833-1844.
- 26) Bory EN. Implantologie orale : état actuel des connaissances Paris : ANDEM, 1992.
- 27) Brånemark, P.I. ; Adell, R. ; Albrektsson, T. ; Lekholm, U. ; Lindstorm, J. ; Rockler, B. : An experimental and clinical study of osseointegrated implant penetrating the nasal cavity and the maxillary sinus. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 1984, 42 : 497-505.
- 28) Cabrit A, Dapogny B. Patients-médecins. Tous vos droits. Paris : Editions du Puits Fleuri, 1992 : 218.
- 29) Cavezian R, Treil J, Pasquet G. Dentascan et Scanora. Indications et limites respectives dans l'évaluation des sites osseux en implantologie, 1993.
- 30) Clayton JA, Simonet PF. L'occlusion en prothèse ostéointégrée. *Les Cahiers de Prothèse* 1990 ; 72 : 115-138.
- 31) Creusot G. Dommage Corporel et expertise médicale. Paris : Masson, 1989 : 171.
- 32) Dandrau JP, Pharaboz G, Bellavoit A. Le Dentascan en implantologie dentaire. *Rev stomatol chir Maxillo-Fac* 1992 ; 93 (4) : 263-266.
- 33) Davarpanah M, Tecucianu JF, Slama M, Celletti R. Régénération osseuse en implantologie. Utilisation des membranes Gore-Tex : GTAM. *J Parodontal* 1991 ; 10 (2) : 169-176.
- 34) Delpoux C. Pour une meilleure assurance des risques médicaux. Communication au 3^e Congrès d'Ethique Médicale ; 9-10 mars 1991 ; Paris.
- 35) Delpoux C. Pour une généralisation de l'assurance personnelle des accidents médicaux. *Risques* 1991 ; 6 : 35-39.
- 36) Deprimoz J. Deux approches pour l'indemnisation des dommages résultant de soins et traitements thérapeutiques. La française et la ... suédoise. *JCP*, 1984, I, 31-38.

- 37) Deprimoz J. Indemnisation de l'aléa thérapeutique : le rôle de l'assureur. Communication au 1^{er} colloque sur l'indemnisation de l'aléa thérapeutique. Utopies et Réalités en France et en Europe ; 30 Mars 1990 ; Lyon.
- 38) Doll PJ. L'expertise quant à la responsabilité médicale en matière de chirurgie esthétique. *Nouv Presse Méd* 1980 ; 9 (5) : 324-325.
- 39) Dorsner - Dolivet A. Sur qui pèse l'obligation d'information en cas de participation de deux médecins à la mise en oeuvre d'une thérapeutique ? *Nouv Presse Méd* 1984 ; 13 (338) : 23-36.
- 40) Dorsner - Dolivet A. L'erreur devient-elle une faute ? *La Presse Médicale*. 1985 ; 14 (15) : 852.
- 41) Dubruille JH. Ethique en implantologie EMC Instantanés Médicaux 1992 ; 63 (4) : 43-45.
- 42) Ducamain MB. La fixation des honoraires avec tact et mesure. *Bulletin officiel de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes* 1990 ; 1.
- 43) Duguet AM, Telmon N. La responsabilité médicale dans les actes de radiologie. *Le Manipulateur* 1992 ; 97 : 24-25.
- 44) Edwards WS, Yahre C. Surgical informed consent : what it is and is not. *Am J Surg* 1987 ; 154 : 574-578.
- 45) Ericsson, I. ; Berglundh, T. ; Marinello, C. ; Liljenberg, B. ; Lindhe, J. : Long-standing plaque and gingivitis at implants and teeth in the dog. *Clin-Oral Impl. Res.*, 1992, 3 : 99-103.
- 46) Esper C. Evolution de la responsabilité de l'hôpital public sur la prise en charge de l'aléa thérapeutique. *Rev Franç Dommage Corporel* 1992 ; 18 (2) : 185-189.
- 47) Exbrayat, P. : Biocompatibilité des matériaux implantaires. Communication au Congrès de l'ADF, Paris, 1991.
- 48) Falk, H. ; Laurell, L. ; Lundgreen, D. : occlusal interferences and cantilever joint stress in implant-supported prosthesis occluding with complete denture. *Int. J. Oral Maxillofac Implants*, 1990, 5 : 70-77.
- 49) Faure P, Larche-Machel M, Doignon J, L'Epée P, Benezech M, Lazarini MJ. Absence de consentement éclairé et responsabilité médicale. *J. Méd. Lég Droit Méd* 1992 ; 35 (2-3) : 117-119.
- 50) Feuillet P, Thorin F. Guide pratique de l'expertise Judiciaire. Paris : Litec, 1991 : 239.
- 51) Friberg B, Torsten J, Lekholm U. Early Failures in 4 641 consecutively placed Branemark dental implants : a study from stage 1 surgery to the connection of completed prosthesis. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1991 ; 6 : 142-146.
- 52) Gaillard - Fourcade F. Les principes généraux de l'expertise odonto stomatologique en matière de réparation du dommage Corporel. Thèse Chirurgie Dentaire, Montpellier 1, 1989.
- 53) Gallimidi J, Brunel G, Costello J, Ohnona M, Tavernier JC, Mazza R. Méthode pratique de détermination de la hauteur osseuse disponible en implantologie orale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1989 ; 90 (5) : 357-361.

- 54) Gherardi R, Benais JP. Les bases juridiques de la responsabilité médicale dans le cadre de l'exercice privé. Paris, EMC, 3 : 23-26, 1986.
- 55) Gonzalez JM. Giraud L. L'évaluation pré-chirurgicale en implantologie. Réalités cliniques 1992 ; 3 : 279-290.
- 56) Grogono, A. L. ; Lancaster, D. M. ; Finger, I.M. : Dental implants : a survey of patients attitudes. J. Prosth. Dent., 1989, 62 : 573-576.
- 57) Gubert C. odontologie légale et Jurisprudence des Recours au plan prothétique. Toulouse 3 : Thèse Chirurgie Dentaire, 1989.
- 58) Gunne, J. ; Astrand, P. ; Ahlén, K. ; Borg, K. ; Olsson, M. : A longitudinal study of bridges supported by both implants and natural teeth. Clin Oral Impl. Res., 1992, 3 : 49-56.
- 59) Hadida A, Brunel G, Thibault JC. Contre-indications des traitements implantaires. Réalités cliniques 1992 ; 3 : 291-296.
- 60) Hamner, M.J. ; Reed, O.M. : Implante ceramic teeth. J. Biomed. Mat. Res. Symp., 1973, 4 : 27-33.
- 61) Haraldsson, T. ; Jemt, T. ; Stalblad P.A. ; Lekholm, U. : Oral function in subjects with overdentures supported by osseointegrated implants. Scand. J. Dent. Res., 1988, 96 : 235-242.
- 62) Hermann I. Comment interpréter les taux de succès en implantologie ? Les Cahiers de Prothèse 1990 ; 71 : 31-37.
- 63) Jemt T. Failures and complications in 391 consecutively inserted fixed prostheses supported by Brånemark implants in edentulous jaw : a study of treatment from the time of prosthesis placement to the first annual checkup. Int J. Maxillofac Implants 1991 ; 6 : 29-36.
- 64) Jemt, T. ; Linden, B. ; Lekholm, U. : Failures and complications in 127 consecutively placed fixed partial prostheses supported by Brånemark implants : from prosthetic treatment to first annual check-up. Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 1992, 7 : 40-44.
- 65) Jemt, T. ; Book, K. ; Linden, B. ; Urde, G. : Failures and complications in 92 consecutively inserted overdentures supported by Brånemark implants in severely resorbed edentulous maxilla, a study from prosthetic treatment to first annual check-up. Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 1992, 7 : 162-167.
- 66) Keller, E. ; Desjardins, R. : Reconstruction of the severely resorbed mandibular ridge using the tissue-integrated prosthesis. Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 1986, 1 : 101-109.
- 67) Kent G, Johns R. A controlled longitudinal study on the psychological effects of osseointegrated dental implants. Int J Maxillofac Implants 1991 ; 6 : 470-474.
- 68) Klotz PL. L'erreur de diagnostic devant la justice Revue Médicale de l'AMIF 1985 ; 33 (332): 46-47.
- 69) Krump, J. L. ; Barnett, B. G. : The immediate implant : an alternative treatment. Int. J. Oral Maxillofac Implants, 1991, 6 : 19-23.
- 70) Lambert - Faivre Y. Le droit du dommage corporel. Paris : Dalloz, 1990 : 575.

- 71) Lazzara, R.J. : Immediate implant placement into extraction sites : surgical and restorative advantages. *Int. J. Periodont. Rest. Dent.*, 1989, 5 : 333-343.
- 72) Lekholm, U. ; Addel, R. ; Lindhe, J. ; Brånemark, P.I. ; Eriksson, B. ; Rockler, B. ; Lindvall, A.M. ; Voneyamo, T. : Marginal tissue reactions at osseointegrated titanium fixtures. II : a cross section retrospective study. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 1986, 15 : 53-61.
- 73) Le Tourneau P. *La Responsabilité civile*. 2^e édition, Paris : Dalloz, 1976 : 747.
- 74) Lindhe, J. ; Haffajee, A. D. ; Socransky, S.S. : Progression of periodontal disease in the absence of periodontal therapy. *J. Clin. Periodont.*, 1983, 10 : 433-442.
- 75) Lundquist S, Lohmardec - Agerskov A, Haraldson T. speech before and after treatment with bridges on osseo integrated implants in the edentulous upper jaw. *Clin Oral Impl Res* 1992 ; 3 : 57-62.
- 76) Mani j, Younes P, Slama M, Bertz C, Hadida A, Berberi A. Scanner en implantologie. L'avantage des reconstructions informatisées par rapport aux coupes coronales directes. *L'information dentaire* 1992 ; 74 (29) : 2481-2485.
- 77) Martin J. Relation médecin-malade et droits des patients : *Rev Mens Suisse Odonto-Stomatol.* 1991 ; 101 (9) : 1235-1237.
- 78) Martineau C, Thomine F. Suites post-opératoires en implantologie. *Réalités Cliniques* 1992 ; 3 : 329-336.
- 79) Missika, P. ; Khayat, P. : Etude esthétique pré-implantaire *Cah. Prothèse*, 1990, 71 : 109-121.
- 80) Muster D, Blez P, Blucher G, Klink M, Champy M. Les matériaux et l'infection en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale. *Rev stomatol Chir MaxilloFac* 1992 ; 93 (3) : 160-162.
- 81) Nahmias M, Boralein S, Bensoussan D, Pharaboz C. Apport du Dentascan en implantologie. *Les Cahiers de Prothèse* 1992 ; 77 : 20-27.
- 82) Nicourt B. Le lien de causalité. *Rev Franç. Dommage Corporel* 1992 ; 18 (3) : 325-328.
- 83) Nossintchouk RM. Les clés du succès dans la relation thérapeutique " praticien - patient ". *Revue d'odon stomatologie* 1980 ; 5 : 11-15.
- 84) Nossintchouk RM. L'approche médico-légale. Cours pratiques d'implantologie endo-osseuse. Collège des médecins de stomatologie et chirurgiens maxillo-faciaux de France. Paris, 1990-2.
- 85) Olivier M. Prothèse dentaire et responsabilité. V journée d'expertise et de responsabilité médicale de Bobigny, Paris : Masson, 1990 : 221-226.
- 86) Payement G, Dandrau JP, Chikhani P, Guilbert F. Implantologie dentaire et expertise. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac* 1991 ; 92 (2) : 133-135.
- 87) Penneau A. Règles de l'art et normes techniques. Paris : LGDJ, 1989 : 295
- 88) Penneau M, Sapanet M. Place de l'obligation de Résultat en stomatologie et en chirurgie maxillofaciale. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac* 1991 ; 92 (1) : 58-60.

- 89) Pierre J. La responsabilité médicale en matière d'implantologie orale aux Etats Unis et en France. Mémoire pour le DUSEM, Paris, 1990, 43.
- 90) Pierre J. A propos de l'article implantologie et responsabilité. L'information dentaire 1992 ; 74 (28) : 2438-2440.
- 91) Rivière C. Analyse des causes d'échec des implants ostéointégrés. Revue de littérature. Mémoire pour le diplôme Universitaire de Parodontie. Paris V, 1991 : 60
- 92) Rossi JP. Le risque thérapeutique et l'information du patient en l'état actuel de la science médicale et de la jurisprudence. Thèse Médecine, Nice, 1987, 6557.
- 93) Rossi H, Ollier A. L'expertise de responsabilité en matière odonto-stomatologique, Encycl. Méd. Chir., odontologie, 23850 A 15, 1-1988, 6 p.
- 94) Rougé D et Coll. Responsabilité du fait de la mise en place d'implants corporels : aspects actuels et perspectives d'avenir. J Méd Lég Droit Méd 1991 ; 34 (2) : 91-99.
- 95) Saadoun AP. Impératifs parodontaux en implantologie ostéointégrée et bio-intégrée. Les cahiers de Prothèse 1990 ; 71 : 127-147.
- 96) Shonberg, D. C. ; stith, H. D. ; Jameson, M. L. ; Chai, J. Y. : Mandibular fracture through an endosseous implant. Int. J. Oral Maxillofac Implants, 1992, 7 : 401-404.
- 97) Sones A D. Complications with osseointegrated implants. J Prost Dent 1989 ; 62 : 581-585.
- 98) Tulasne J. F, Riachi R. Complications des implants dentaires. J Parodontal 1991 ; 10 (2) : 219-225.
- 99) Van Steenberghe, D. ; Quirynen, M. ; Calberson, L. , Demaret, M. : A prospective evaluation of the fote of 697 consecutive intra oral fixtures ad modum Brånemark in the rehabilitation of edentulism. J. Head Neck Pathol., 1987, 6 : 533-58.
- 100) Werbitt MJ, Goldberg PV. L'implantologie immédite. Préservation du capital osseux et régénération osseuse. J Parodontal 1991 ; 10 (2) : 157-166.
- 101) Zarb GA, Albrektsson T. Critères déterminant le succès clinique des implants ostéointégrés. Les Cahiers de Prothèse 1990 ; 71 : 19-26.

TITRE DU MÉMOIRE : IMPLANTOLOGIE: COMPLICATIONS ET CONSÉQUENCES MEDICO-LEGALES

Résumé :

L'implantologie, science jeune, représente aujourd'hui une spécialité bien définie dans le domaine de la réhabilitation orale et prothétique.

Tout incident au cours du traitement, l'apparition de toute complication, voire l'insatisfaction du patient, peut provoquer une action judiciaire.

La survenue d'un dommage, réel ou fictif, fera rechercher la responsabilité civile, voire pénale, du praticien.

La notion de "responsabilité médicale" a considérablement évoluée depuis ces dernières décennies, passant de la quasi-immunité des soignants à la recherche quasi-systématique d'un responsable punissable, en vue d'obtenir une réparation financière du préjudice subi.

Rubrique de classement :

Anatomie et chirurgie implantaire

Mots-clés : Implantologie
Complications
Médecine légale
Droit médical
Responsabilité médicale

Enseignants : Mr le Professeur A. MORIN
Mr le Docteur R. GAUTHIER
Mr le Docteur J. DARGAUD
Mr le Docteur VIAL

Adresse de l'auteur : 30, rue de la république - 69002 LYON