▪ MARSEILLE ▪ STRASBOURG ▪
▪ GRENOBLE ▪ TOULOUSE ▪
▪ MONTPELLIER ▪ NICE ▪
▪ NANCY ▪ LYON ▪
▪ PARIS ▪

Anews

Le magazine dentaire qui nous rassemble

FRANCE
SEPTEMBRE 2019
#028

LEGACY™ P

Implant à surface hybride

IMPLANT DIRECT™

IMPLANT DIRECT™

UNE PERSPECTIVE À EXPLOITER

Saviez-vous que 99 % de zones **édentées** ne sont pas traitées ? Ces cas non traités représentent une opportunité à exploiter.

Implant Direct s'engage à augmenter l'**accès** aux procédures de pose d'implants en proposant des systèmes de grande **qualité** à **prix raisonnable**. Nous nous engageons à développer des protocoles de formation pour **étendre** l'implantologie.
Nous nous engageons aussi à créer des plateformes pédagogiques et de recherche pour continuer à **améliorer** les résultats.

Bref, nous nous engageons à **tenir** les promesses d'implant pour les 99 % des cas qui le nécessitent encore.

Appelez notre service client : **00800 4030 4030** (numéro vert)

▪ MARSEILLE ▪ STRASBOURG ▪
▪ GRENOBLE ▪ TOULOUSE ▪
▪ MONTPELLIER ▪ NICE ▪
▪ NANCY ▪ LYON ▪
▪ PARIS ▪

A news

Le magazine dentaire qui nous rassemble

FRANCE
SEPTEMBRE 2019
#028

Une belle rentrée pour les chapitres AO

AO PARIS
J 05/09
14H00
Hadi Antoun
Le défi du secteur esthétique en implantologie

AO STRASBOURG
M 11/09
19H30
Gary Finelle
Concepts de traitement moderne en implantologie

AO LYON
J 19/09
19H30
J.-Marc Dersot
Réussir la chirurgie parodontale d'exposition de la dent incluse

AO TOULOUSE
J 12/09
19H30
Romain Ceinos
La couleur : comment l'appréhender en technique directe ?

AO NICE
L 16/09
19H30
Nathalie Vincent
L'orthèse d'avancée mandibulaire : rôle du chirurgien dentiste dans le SAOS

© AdobeStock

U.F.R. PARIS DIDEROT ODONTOLOGIE GARANCIERE

FOCUS SUR LE DU D'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE, PARIS 7

ALPHA OMEGA NEWS

Le mag dentaire qui nous rassemble

Directeur de la publication :
Jacques Bessade - dr.j@bessade.fr

Directeur de la rédaction :
André Sebbag - ellemcom2@gmail.com

Rédacteurs en chefs adjoints
Michèle Albou
Sydney Boublil
Joel Itic
Claude Bernard Wierzba

La rédac
Michel Ache, David Bensoussan, Jacques Bessade, Marc Danan, Xavier Bensaid, Bernard Picard, Thierry Roos, Eric Serfaty

Chargés de rubriques
André Amiach, Alain Amzalag, Cyril Licha et Patrick Chelala, Nathalie Cot, Claude Fain, Marie Christine Laurent, Philippe Pirnay

Correspondants locaux
Grenoble : Richard Grigri
Lyon : Marie Hélène Azoulay
Marseille : Jean Luc Guetta
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fiszon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Michel Knafo
AO international :
www.alpha-omega.org
www.aonews-lemag.fr

Membres honoraires : René Arav, Maurice Huneman, Daniel Rozencweig

Société éditrice et régie exclusive de la publicité : Ellem'com

Pour contacter le journal :
Directrice de la publicité et chargée de rédaction
Mylène Popiolek Sebbag
ellemcom1@gmail.com

Mise en page par
1,2,3 ! Simone
www.123simone.com
Impression par
Imprimerie Planchenault
Cet imprimé est certifié PEFC™ 10-31-1240.

Ont contribué à ce numéro

- PATRICK CHELALA
- ODILE-CHEMLA GUEDJ
- MARC DANAN
- JEAN-LUC GUETTA
- FRANCK HAGEGE
- ALEXANDRE EICHELBERGER
- LAURA JAUSSAUD
- CONSTANCE LÉGER
- CYRIL LICHA
- THIERRY MEYER
- ANNE-ELISABETH RAYMOND
- ROMAIN TACHET
- ELISABETH SARFATI

Vous avez une question, un commentaire ? Envoyez vos remarques à dr.j@bessade.fr ou écrivez nous directement sur le site aonews ! www.aonews-lemag.fr

ÉDITO

Pour entamer notre retour à la réalité clinique, la rédaction vous propose un numéro original qui porte sur des thèmes inédits, centré sur les travaux des praticiens du DU d'expertise médico-légale de Paris VII.

Un numéro où la clinique laisse la place, une fois n'est pas coutume, à cinq sujets autour de la responsabilité, de l'éthique et de la réglementation, notions sans lesquelles la pratique ne serait pas encadrée et s'inscrirait dans l'univers délétère du chacun pour soi et où tout serait permis.

De prime abord on pourrait trouver quelque peu austère, ces articles de fond, mais leur lecture s'avère très actuelle. Là où la déréglementation pourrait séduire certains, où la déresponsabilisation deviendrait la règle, l'actualité démontre qu'au contraire, de nouveaux espaces de liberté et de nouvelles pratiques de la dentisterie créent de nouveaux risques, en particulier pour les praticiens et imposent des garde-fous nouveaux.

L'exercice en centre dentaire, jadis appelé « dispensaire », a pris un nouveau visage répondant aux aspirations des politiques, du public et également des praticiens… en particulier les plus jeunes, libérés des contraintes du cabinet libéral qui découvrent un nouvel univers professionnel, sans contrainte apparente ni responsabilité assumée, du moins pour l'instant.

On peut y soigner en s'affranchissant de la déontologie, mais prenons garde, il n'est pas sûr que cela durera. Le législateur a vu les dérives de cette liberté sans contraintes. Il sera amené à y remédier un jour ou l'autre. Du coup, le modèle économique de ces centres qui vont maintenant jusqu'à prendre en charge la formation de leurs salariés par des universitaires, légitiment ainsi ce modèle, en compétition frontale avec le cabinet libéral. Des organismes de formations, des sociétés scientifiques, des congrès, voilà un large panel de formations qui offre un choix à chacun et tous. Or, voilà que nos confrères salariés sacrifient leur liberté en confiant le libre choix de se former à un responsable administratif, ou à un chargé de ressources humaines !!!!

Faut-il rappeler ici, qu'un praticien libéral ou salarié a reçu une formation initiale identique, et que sa bonne conscience professionnelle doublée de son éthique devrait amener, l'un comme l'autre à suivre une formation post universitaire. La mise en place du DPC est censée l'aider à mettre à jour ses connaissances. Rien n'interdit que des praticiens d'horizons différents se mettent à fréquenter la même salle de conférences… le DPC s'applique à tous. Pour quelles raisons cachées ces groupements de centres dentaires cherchent à faire de la « formation à la maison » ?

Toutes les sociétés scientifiques qui font appel à des praticiens qui offrent bénévolement de leur temps, se désespèrent de voir des salles moins fréquentées. La mixité aurait du bon !!!

Pour l'instant, ce monde recherche un point d'équilibre et tâtonne. Il en va de même dans d'autres domaines où l'innovation a créé l'envie et le risque qui l'accompagne. Du matériel « low-cost » aux traces laissées sur le net « à l'insu de son plein gré », se sont créées de nouvelles règles d'encadrement que vous découvrirez dans ces pages.

Nous vous souhaitons une bonne rentrée.

Jacques Bessade et André Sebbag

Pour joindre nos partenaires

ADF ..... page 22
www.adfcongres.com

Airel ..... page 34
Tél. 01 48 82 22 22 – www.airel.com – office@airel.com

Dentsply Sirona ..... page 17
www.corporate.dentsplysirona.com

Dexter ..... page 9
Tél. 01 34 34 38 10 – www.dexter.fr

Durr Dental ..... dossier scientifique
Tél. 01 55 69 11 50 – info@durr.fr

EMS ..... page 20
www.ems-dental.com

Eurotec ..... page 10
Tél. 01 48 13 37 38 – www.eurotec-dental.fr

GC France ..... 3e de couverture
Tél. 01 49 80 37 91 – www.gcinitial.gceurope.com

Implants direct ..... duo couverture/2e de couv.
www.implantdirect.fr

Ivoclar Vivadent ..... face sommaire
Tél. 04 50 88 64 00 – www.ivoclarvivadent.fr

Julie Software ..... 4e de couverture
Tél. 01 60 93 73 70 – www.julie.fr

Kuraray ..... page 36
Tél. 01 56 45 12 51 – dental-fr@kuraray.eu

Melag France ..... page 18
Tél. 01 30 76 03 00 – info@melagfrance.fr

MSDental ..... page 24
MSDental Lille 03 20 07 44 44 – MSDental Lyon 04 78 78 98 98
MSDental Paris 01 30 67 61 60 – www.msdental.fr

Owandy ..... page 35
Tél. 01 64 11 18 18 – info@owandy.com

Pierre Fabre Oral Care ..... page 26
Tél. 05 63 51 68 00

SDI ..... page 31
Appel gratuit 00800 022 55 734

Septodont ..... page 32
Tél. 01 49 76 70 02 – www.septodont.fr

Voco Les Dentalistes ..... page 29
Tél. 06 07 14 39 01 – www.voco.com

FRANCE
SEPTEMBRE 2019
#028

Focus sur le DU d'expertise médico-légale, Paris 7

Scientifique 7

Prix AO J. Breillat 28
Laura Joussaud, lauréate 2018

AONow
Encore une soirée réussie à Marseille 30
Bertrand Khayat à Nice 30
Un duo père / fille pour le chapitre parisien 33
Magnifique Convention Européenne à Porto 37

Les nouveautés de nos industriels 39
MSD à Dentiste Expo
La nouvelle Bluephase Powercure d'Ivoclar Vivadent
Denstply Sirona soutient des peuples indigènes brésiliens
EMS présente son Biofilm Discloser

Le Mag
7es rencontres inter-DU d'implantologie 40
Le Comident, acteur de la profession 40
Rencontre avec… Marwan Daas 41
Selfie AO avec B. Charrier, H. Antoun, A. Ohayon 42
Un oubli dans votre déclaration ? 42

AONEWS 25 ANS
www.aonews-lemag.fr Ellemcom Aonews

SOMMAIRE SCIENTIFIQUE

Focus sur le DU d'expertise médico-légale, Paris 7

Elisabeth Sarfati, Responsable du DU d'Expertise Médecine Dentaire, Paris 7

Le Diplôme d'Université d'expertise médecine dentaire, (Paris 7) : une approche différente de notre pratique dentaire

Gestion de la E-réputation par le chirurgien-dentiste

Alexandre Eichelberger

7 Gestion de la E-réputation par le chirurgien-dentiste

Philippe Amet

Approche éthique et juridique des résorptions radiculaires en orthodontie

11 Approche éthique et juridique des résorptions radiculaires en orthodontie

Emilie Broyet

Comparaison entre les centres dentaires et les cabinets libéraux

14 Comparaison entre les centres dentaires et les cabinets libéraux

Constance Léger

Le reste à charge zéro : le Code peut-il sauver la déontologie ?

19 Le reste à charge zéro : le Code peut-il sauver la déontologie ?

Anne-Elisabeth Raymond

La responsabilité spécifique et partagée du parodontiste : quel constat ?

21 La responsabilité spécifique et partagée du parodontiste : quel constat ?

Romain Tachet

Encadrement des dispositifs médicaux

25 Encadrement des dispositifs médicaux

Dossier coordonné par Élisabeth Sarfati

Maître de conférences universitaire,
Praticien hospitalier prothèse (Paris 7)
Postgraduate prothèse Boston University
Attachée de consultation service dentaire hôpital américain de Neuilly
Expert près la cour d'Appel de Paris
Responsable du DU d'expertise médecine dentaire (Paris 7)

Émilie Broyet

Ancienne assistante hospitalo-universitaire (Paris 7)
DU d'expertise en médecine dentaire (Paris 7)
Exercice privé, Paris

Alexandre Eichelberger

DU d'expertise en médecine dentaire (Paris 7)
DU en orthodontie linguale et esthétique (Paris 5)
CECSMO (Paris 5)

Constance Léger

DU d'expertise en médecine dentaire (Paris 7)
DU d'implantologie chirurgicale et prothétique (Paris 7)
Exercice privé, Paris

Anne-Élisabeth Raymond

CES de parodontologie (Paris 7)
DU de parodontie et implantologie clinique (Paris 5)
DU d'expertise en médecine dentaire (Paris 7)
Ancien assistant des hôpitaux de Paris (APHP)

Romain Tachet

CES Parodontologie (Paris 5)
DU d'expertise en médecine dentaire (Paris 7)
PCR médicale niveau 2DU

Focus sur le DU d'expertise médico-légale, Paris 7

Élisabeth Sarfati, Responsable du DU d'Expertise Médecine Dentaire, Paris 7

Le Diplôme d'Université d'expertise médecine dentaire, (Paris 7) : une approche différente de notre pratique dentaire

Créé en 2011 par **Patrick Missika**, avec l'aide d'**Alain Béry**, ce diplôme est une formation indispensable et complémentaire pour un exercice serein.
Gérer et / ou éviter les conflits avec nos patients, être conscient de notre responsabilité envers eux, connaître leurs droits et nos devoirs de plus en plus nombreux (devoir d'information, recueil du consentement éclairé, obligations de moyens et de résultats), permet en effet d'appréhender notre exercice quotidien avec plus de sérénité et de conscience.

L'évolution des pratiques et la révolution technologique (ère du collage, de l'implantologie et du numérique) nous oblige non seulement à être compétent dans nos domaines de connaissances, mais en plus à pouvoir répondre aux obligations de résultat liés à l'avancement de ces technologies et en leur judiciarisation.
Le Diplôme Universitaire d'Expertise Médecine Dentaire de Paris 7 fait état des bonnes pratiques de chacune de nos disciplines cliniques (Orthodontie, Implantologie /Chirurgie, Prothèses, Endodontie) avec leur aspect juridique grâce à l'enseignement de juristes permettant d'acquérir des notions de droit administratif, civil et pénal.
Quels sont les moyens d'appréhender une expertise en tant qu'Expert et/ou surtout d'éviter une expertise en tant que défenseur (praticien mis en cause) ?
Ce programme d'enseignement très diversifié, coordonné par **Elie Attali**, fait appel à des conférenciers, juristes ou experts dans leurs domaines et près des Cours d'Appel. Il se déroule sur une année, à raison de 2 jours par mois (les jeudis et vendredis à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Paris7). Ce Diplôme Universitaire est un pré-requis pour devenir Expert Judiciaire.

Le Diplôme Universitaire d'Expertise Médecine Dentaire de Paris 7 a, à l'unanimité, suscité une prise de conscience de tous les candidats inscrits depuis près de 10 ans, et a considérablement changé leur pratique.

L'exercice de l'Art Dentaire prend toute sa valeur.

Alexandre Eichelberger

Gestion de la E-réputation par le chirurgien-dentiste

Alexandre Eichelberger
Apt

Introduction

La grande question souvent entendue est : *« Est-ce que tu as un bon dentiste ? »*
Mais finalement, qu'est-ce qu'un bon dentiste ? Est-ce un dentiste qui ne fait pas mal ? Est-ce un dentiste qui réalise de belles prothèses ? Est-ce un gentil dentiste ? Est-ce un dentiste bien placé, avec un parking, à l'heure et avec une belle assistante ? Où est-ce tout à la fois ?

En réalité, quand un patient issu de la génération X avait besoin d'un dentiste, il allait se le faire conseiller par ses proches ou ses amis. Aujourd'hui, le comportement de la génération Y est complètement différent. Le patient va regarder sur Internet et évaluer l'opinion publique pour sélectionner son praticien. De plus, selon certains sociologues, la confiance numérique dépend principalement du niveau de sociabilité des acteurs concernés [1]. Un utilisateur fera confiance à un service en ligne dont le nombre d'utilisateurs est élevé. Et ce d'autant plus que les avis et les discussions sont réactifs et cohérents. Il en va de même pour un particulier, à qui on fera d'autant plus confiance que sa connectivité est forte au sein du réseau social. Cette connectivité aura pour valeur d'autorité en cas de conflit par rapport à un individu isolé dans un réseau social.

Étant conscient de cette évolution sociologique, certains praticiens vont utiliser Internet pour capter de la patientèle. Cela va poser en outre un problème déontologique.
En d'autres termes, concernant le cas précis de la chirurgie dentaire, le crédit qui va être donné aux avis d'Internet va dépendre du niveau d'éducation de la personne, du niveau de son réseau personnel, du niveau de conscience que la personne va avoir concernant la fiabilité de l'information. Cependant, dans la majeure partie des cas, l'avis d'Internet sera déterminant dans le choix du consommateur.

Actuellement, par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre, le code de déontologie est là pour protéger et encadrer la profession. L'objectif étant de considérer la profession comme une entité unique et que tous les praticiens se valent en compétence et dans les prestations qu'ils proposent. Avec l'avènement de nouvelles technologies, de nouveaux procédés de marketing vont rentrer en conflit avec le code de déontologie.

Nous allons voir ce qu'est réellement l'E-réputation, quels sont les éléments Internet à la disposition des chirurgiens-dentistes pour se créer cette réputation, s'il y a des conflits avec le code de déontologie et/ou un vide juridique. Nous verrons également quelle stratégie adopter pour le praticien qui se fait attaquer.
Pour conclure, nous verrons quelles modifications apporter au code de déontologie afin de protéger plus largement l'ensemble des praticiens et assurer la prospérité de la profession.

Définition

© AdobeStock

L'E-réputation, parfois appelée web-réputation, cyber-réputation, réputation-numérique, sur le web, sur Internet ou en ligne, est la réputation, l'opinion commune (informations, avis, échanges, commentaires, rumeurs…) sur le web d'une entité (marque), personne morale (entreprise) ou physique (particulier), réelle (représentée par un nom ou un pseudonyme) ou imaginaire. Elle correspond à l'identité de cette marque ou de cette personne associée à la perception que les internautes s'en font.
Cette notoriété numérique, qui peut constituer un facteur de différenciation et présenter un avantage concurrentiel dans le cas des marques, se façonne par la mise en place d'éléments positifs et la surveillance des éléments négatifs. L'E-réputation peut aussi désigner sa gestion, via une stratégie globale et grâce à des outils spécifiques (activité à l'origine de nouveaux métiers) pour la pérennité de l'identité numérique.

> L'E-réputation est la réputation, l'opinion commune sur le web d'une entité, personne morale ou physique, réelle ou imaginaire

Le terme E-réputation est apparu en 2000 dans l'une des nombreuses études suisses-allemandes et américaines consacrées aux relations entre réputation du vendeur et performances des ventes sur les sites d'enchères en ligne [2]. En 2001, le terme E-réputation apparaît plus franchement sur un article titré « E-réputation et le management des marques » [3]. La même année, Susan Block-Lieb, professeur de droit, s'intéresse à la construction de la confiance en matière de commerce électronique dans un article titré « E-Réputation : Building Trust in Electronic Commerce » [4].
C'est dans les années 1990 que Howard Rheingold, (spécialisé dans l'étude des implications sociales, culturelles et politiques des rapports que l'Homme entretient avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication) commence à parler d'E-réputation en évoquant la « digital social life » : vivre une vie parallèle grâce aux nouvelles technologies [5].
L'E-réputation apparaît donc progressivement par l'apprentissage de la nouvelle technologie qu'est l'accès au web. Les débats publics, notamment les controverses, amènent à la prise de conscience de l'importance de la réputation Online autant pour les individus que pour les entreprises, les partis politiques, les associations, etc.
Progressivement, on voit donc apparaître des outils de gestion de l'E-réputation : eBay imagine le concept de la réputation du vendeur en demandant à l'acheteur de le « noter ». Amazon crée « l'avis du lecteur » avec des

Alexandre Eichelberger

notes et des commentaires pour les livres. Actuellement, ce genre de « notation » est en place sur beaucoup de produits : téléphone, ordinateur, films [6]…

Vecteurs d'E-réputation dans le domaine dentaire [8]

L'E-réputation d'une entreprise ou d'une personne se forge plus ou moins durablement, selon plusieurs sources distinctes [7]. Les principaux vecteurs de l'E-réputation communément admis sont : les consommateurs, les sites institutionnels, les sites des grands médias, les forums, les blogs, les réseaux sociaux, les agrégateurs d'actualités, les commentaires libres sur les sites communautaires, les plates-formes de vidéos ou de photos, les wikis…

Dans le cas précis du chirurgien-dentiste, nous allons aborder, par ordre d'importance chacun des vecteurs de E-réputation dont vont bénéficier les chirurgiens-dentistes. Et quels pourront être les conflits avec le code de déontologie. En effet, des sociétés proposent des services de E-référencement et la problématique est simple, ceux qui utilisent la E-réputation ont un avantage considérable.

Google

À la suite d'une recherche sur Google, il faut savoir que 50 à 60 % des consommateurs se font un avis sur les deux premières réponses données par le moteur de recherche et que moins de 1 % des gens visionnent la deuxième page de réponses. Ces chiffres sont édifiants et celui qui saura en prendre parti aura un avantage commercial considérable. Par exemple, si l'on suit le cas du Dr T. dans les Yvelines, zone de densité importante en praticiens, le fait qu'elle soit référencée première par Google lui permet d'avoir 20 % des internautes qui vont visiter son site web.

Le référencement Internet va de fait mettre le praticien qui sait l'utiliser dans une position très avantageuse. Nous pouvons nous poser la question de la déontologie d'une telle pratique. Ces chiffres sont des indicateurs mais qui sont tout de même le reflet d'une certaine réalité. De plus, il ne faut pas oublier que l'objectif de Google est de satisfaire la demande de ses clients ; à savoir, répondre le plus justement à sa demande et l'orienter vers le service le plus approprié et le site Internet le plus performant.

Les éléments utilisés par Google pour référencer les praticiens sont :
- l'ancienneté du praticien,
- la présence d'un site Internet avec une évaluation qualitative du site,
- la situation géographique du praticien,
- les avis de la communauté.

Ce ne sont que des « guidelines » mais elles ne garantissent rien. Le référencement Google reste quelque chose d'assez obscur.

Les leviers utilisés par les praticiens pour améliorer le référencement sont les suivants :
- avoir un site web : jouer sur la qualité du site web, en y incluant un maximum de mots-clés reconnus par Google, en y incluant un maximum de pages, et un site qui répond à la charte de qualité Google permettant une ouverture de page rapide ;
- avoir des avis nombreux : il ne faut avoir que de très bonnes notes (5/5) et que les avis positifs soient les plus nombreux possibles (au moins 15).

C'est donc à ces deux niveaux que les fraudes vont être relevées. En effet, très peu de sites suivent précisément le cahier des charges édicté par le Conseil de l'Ordre. De plus, de nombreux praticiens ou centres dentaires payent Google pour se faire référencer. D'autres praticiens plus sournois vont jusqu'à payer des sociétés étrangères pour donner des avis positifs. Pour son référencement, Google donne une telle importance aux « avis », que pour augmenter la pertinence d'une recherche, il proposera de mettre des filtres. Par exemple, il ne fera ressortir que les praticiens bien notés.

Ainsi, nous comprenons mieux le business qui se cache derrière l'E-réputation et les fraudes qui vont qui s'y rattacher car c'est un enjeu commercial de taille.

Les pages jaunes

Les Français ont l'habitude de consulter l'annuaire des pages jaunes. Cependant, il y a moins d'avis laissés par les utilisateurs et de fait, les résultats de recherche sont moins discriminants envers les praticiens. Cet annuaire possède son propre système de référencement qui est commun à tous les sites issus du groupe Solocal. Cependant, il est possible moyennant finance d'augmenter son référencement via les pages jaunes. Et bon nombre de praticiens ne s'en privent pas.

Médias sociaux

Les pages Facebook, par exemple ne doivent pas contenir de publicité. Elles sont à destination du grand public et ne doivent comporter que du contenu éducatif. Par exemple, elles pourront expliquer le cadre de la première consultation pour informer les patients de son déroulement. Cependant, de nombreuses pages sont réalisées dans un but clairement publicitaire. De plus, certaines sociétés commercialisant des systèmes implantaires ou d'orthodontie par aligneurs vont investir massivement dans les réseaux sociaux. La promotion de l'alignement dentaire ou de l'implantologie va inciter le grand public à la consommation. Indirectement, l'image dégagée bénéficiera aux praticiens qui utilisent ces systèmes. Dans ce cas, nous pouvons nous poser la question si de telle pratique sont en adéquation avec la déontologie en chirurgie dentaire.

Conflits liés à l'E-réputation [7]

Attitude anti-déontologique

Stratégie marketing

Il est courant de voir certains dentistes libéraux et certains centres dentaires payer Google pour avoir un meilleur référencement. Par exemple : le libellé « annonce » montre que le cabinet ou le centre dentaire référencé par google a payé le moteur de recherche pour être mieux référencé.

Pour se faire de la publicité, d'autres praticiens/centres dentaires n'hésitent pas à éditer une annexe dans un journal local. Exemple : Intitulé « dental info » en annexe de Nice Matin (mars 2018) [8].

Aujourd'hui, d'autres plates-formes d'E-référencement existent comme : « Doctissimo, mon docteur… ». Sous l'apparence d'un agenda en ligne, où les patients peuvent directement prendre leur rendez-vous par internet en fonction des plages horaires disponibles, ces plates-formes payent Google pour augmenter le référencement de leurs adhérents. C'est d'ailleurs un de leurs arguments pour vendre leurs services.

Tout ceci rentre directement en conflit avec l'article R4127-262 du code de déontologie et ces pratiques sont répréhensibles par le Conseil de l'Ordre.

Avis de dénigrement abusif (patient/praticien) / Diffamation

Du fait que n'importe qui puisse laisser un avis, le problème est que cet avis puisse-être diffamatoire, voir insultant et qu'il sera instantanément lu par des dizaines de personnes. Le mal sera fait bien avant que les recours officiels possibles ne soient obtenus.

De plus, certaines personnes pourront laisser de mauvais avis et fermer leur compte après. Ils apparaîtront en tant que « google user » mais l'avis restera et rentrera en compte dans l'E-référencement.

De fait, les « avis » Internet pourront être utilisés par le consommateur comme moyen de pression et de chantage vis-à-vis du praticien.

Exemple : cas relevé dans un cabinet d'orthodontie [9] - Suite à une récidive liée à un non-port de la contention, une patiente a laissé un avis insultant dans le but d'avoir une reprise de traitement d'orthodontie gratuite. L'attitude du praticien a été de céder au chantage dans le but d'effacer l'avis du web.

Le dénigrement réciproque entre plusieurs praticiens pourra aussi être relevé. Ils s'inscriront en faux par rapport à l'article R 4127-262 du code déontologie.

Exemple : cas relevé dans le Var

Un orthodontiste a réalisé un blog dans lequel de nombreux praticiens étaient dénigrés.

Le problème avec l'Internet, c'est que le mal est fait instantanément et la publication peut être lue pendant un temps court par des dizaines de milliers de personnes. Nous allons voir comment se protéger et quelle attitude avoir pour que le préjudice soit réduit au minimum.

Stratégie défensive [10]

Stratégie préventive

Rester vigilant quant aux avis laissés. Possibilité d'utiliser des logiciels comme « Google Adwords » ou « Google Mybusiness » qui vont donner des statistiques sur les recherches effectuées et également donner des alertes lorsque des avis sont laissés.

Avoir un mauvais avis, c'est perdre en référencement et diminuer en confiance client.

Exemple : Si un patient lit un avis comme celui-ci : « *Je vous déconseille ce cabinet, car j'ai vu un rat dans la salle d'attente* ». Il est clair que la réputation du praticien va être détériorée indépendamment de savoir si l'information est vraie ou fausse. De même que si le premier avis est négatif, cela casse très sérieusement la réputation du praticien.

> Si l'on fait activement la demande à nos patients de laisser un avis, cette demande est considérée comme de la publicité selon le Code de Déontologie

Si l'on fait activement la demande à nos patients de laisser un avis, cette demande est considérée comme de la publicité selon le Code de Déontologie. De plus, sociologiquement, nous savons qu'un patient content de la prestation, ne pensera pas forcément à mettre un avis sur le compte de son praticien alors que quelqu'un de mécontent sera plus enclin à dire son mécontentement. Donc à terme, si l'on ne fait rien, il n'y aura que des avis négatifs.

Exemple : Orthodontistes d'une ville en Poitou-Charentes. [9] - Deux des trois praticiens de la ville n'ont sûrement pas surveillé leur E-réputation sans savoir les avis laissés pourraient leur porter préjudice. Le troisième praticien qui lui, a veillé à ce que ses avis soient tous positifs se retrouve dans une situation privilégiée. Dans une activité libérale où le praticien est une personne publique, il est aujourd'hui impératif de surveiller sa E-réputation.

La meilleure protection est d'avoir une multitude d'avis positifs. Avoir moins de 15 avis positifs, c'est vivre avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête. De plus, si une personne mécontente voit qu'il n'y a que des avis positifs, elle réfléchira avant de mettre un avis négatif et se ravisera peut-être même en se disant que cela ne servira à rien.

Pour un praticien qui entre dans la vie active, il est très important qu'il démarre la gestion de sa E-réputation dès le début de sa vie professionnelle. En effet, la gestion de l'E-réputation est longue et difficile, car elle se capitalise et sur le long terme, c'est très important.

En réponse à un avis malveillant

Voie amiable

Première option : porter réclamation auprès de Google pour qu'il retire l'avis. Le problème, c'est que la démarche est longue et il n'est absolument pas certain que l'avis soit retiré. De plus, le cas échéant, ils peuvent demander un justificatif d'ordre judiciaire. De plus, tant que l'avis est écrit, le préjudice opère et il y a de grandes chances pour que cela porte atteinte à l'image du cabinet, car tout le monde peut en profiter.

Deuxième option : réaliser une réponse courtoise qui suggère au patient de reprendre contact avec le cabinet pour tenter de résoudre le problème. Cependant, la mauvaise note rentre toujours en ligne de compte dans le référencement Google. De plus, certaines personnes n'hésitent pas à employer des propos virulent et diffamatoire qui discréditeraient n'importe qui aux yeux du grand public.

Troisième option : recontacter directement le patient et céder à son chantage et ses revendications, et négocier pour que la personne retire son avis

> Pour un praticien qui entre dans la vie active, il est très important qu'il démarre la gestion de sa E-réputation dès le début de sa vie professionnelle

Voie judiciaire

Le recours en justice est une voie longue, coûteuse et préjudiciable pour l'image du cabinet. Effectivement, tant que gain de cause n'a pas été obtenu, le dommage opère toujours. De plus, un recours en justice est généralement très mal accueilli par la patientèle. Dans le cadre d'un conflit déontologique, il faut porter plainte auprès du Conseil départemental de l'Ordre, celui-ci a les ressources légales pour agir. Cependant, il faut savoir que les peines encourues sont minimes par rapport au gain perçu. Dans le cadre d'une attaque personnelle, c'est auprès de la gendarmerie (zone rurale) ou de la police (zone urbaine) qu'il faut porter plainte. La protection juridique inclue dans la responsabilité civile professionnelle peut également être une aide précieuse quant à la marche à suivre.

Alexandre Eichelberger

Dimensions juridiques au niveau international : L'article 12 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 prévoit une protection de la réputation transposable à la cyber-réputation : « *Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes à son honneur et à sa réputation. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.* »

Dimensions juridiques en France : En France, l'E-réputation est encadrée par un ensemble de lois qui visent d'un côté à limiter les aspects négatifs d'Internet à l'encontre des entités concernées (propos diffamatoires notamment) et d'un autre côté à limiter les interventions de ces entités susceptibles d'être assimilées à de la publicité mensongère ou non-désirée.
La gestion de l'E-réputation nécessite une réaction rapide pour minimiser l'impact des atteintes à son identité numérique. Selon la législation actuelle, la responsabilité de tous les acteurs peut être engagée : l'auteur du contenu, l'éditeur ou le distributeur de ce contenu, l'hébergeur s'il a eu connaissance du caractère illicite du contenu et qu'il n'a rien fait pour le supprimer ou le modifier.
Plusieurs actions en justice sont possibles :

- l'action en diffamation/injures est sanctionnée comme des abus de liberté d'expression car il y a atteinte à la personne morale. Le délai de prescription de l'action en diffamation publique est de trois mois à compter de la première diffusion ;
- l'action en dénigrement : souvent utilisée par les entreprises (atteinte à leurs produits). Le délai de prescription de l'action en dénigrement est de cinq ans à compter du jour de connaissance de l'atteinte ;
- les atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques : fait de traiter, stocker des données personnelles sans le consentement de la personne. (CNIL : droit de rectification, d'accès, de suppression).

Le choix du motif retenu pour porter plainte est important puisqu'il conditionne les textes de lois applicables, et surtout celles concernant les délais de prescription, sachant qu'une requalification ne peut être engagée une fois la chose jugée. Selon la qualification retenue, les textes relèveront du Code Civil, du Code Pénal, du Code de la Consommation, ou du Code de la Propriété Intellectuelle. S'appuyant sur les lois traditionnellement applicables à la presse ou au commerce, le corpus applicable a peu à peu été enrichi pour tenir compte de spécificités propres à Internet, telles que la rémanence des propos tenus, la plus grande diffusion et l'anonymat permis par cet outil. Malgré l'évolution de la législation, il faut toujours garder à l'esprit que le recours au droit n'est pas toujours le meilleur moyen pour défendre sa E-réputation.

Autre exemple de recours au droit dans le cadre d'atteinte à la E-réputation
L'atteinte au secret professionnel (Article 223-13) s'applique aussi à des diffusions qui auraient été faites via Internet, tout comme l'atteinte au secret des correspondances (Article 226-15) (qu'il s'agisse de mails ou de reproduction de courriers).
Enfin, les atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques (Articles 226-16 à 24) incluant le fait de traiter, stocker des données personnelles ou des condamnations sans le consentement de la personne sont susceptibles d'être utilisées comme voie de recours.
L'article visant à protéger la vie privée permet entre autres de s'opposer à ce qu'un lien soit fait entre un pseudonyme et l'identité réelle d'un tiers représenté par son nom de famille.

Même si récemment un blogueur a obtenu gain de cause, et obtenu que son hébergeur retire ses données personnelles du site, les cas d'utilisation sont toutefois peu nombreux, puisqu'au début 2012, seuls deux cas sur ce critère précis auraient été recensés comme aboutissant à un résultat positif, le premier concernant une personne de l'église de scientologie citée sur un blog. En effet, cette procédure présente l'inconvénient d'avoir un effet inverse à celui recherché, le nom du requérant étant alors assez facilement repris dans la presse. Dans ce cas, qui cumulait atteinte à la vie privée et diffamation, c'est l'article relatif à la protection de la vie privée qui a permis au blogueur d'obtenir gain de cause, le cas de diffamation remontant à plus de trois mois étant donc prescrit [11,12].
L'usurpation d'identité peut elle aussi porter gravement atteinte à l'image d'un tiers [13]. La notion est quelquefois détournée, et utilisée pour lutter contre la parodie, comme dans un cas de février 2012 où l'équipe de campagne de Nicolas Sarkozy [14,15] a obtenu le retrait de comptes twitter parodiques de Nicolas Sarkozy.
À l'inverse, s'agissant de personnes connues de façon notoire par un pseudonyme.
Cette loi est quasiment impossible à faire respecter, surtout lorsque les sites relayant ces usurpations sont localisés à l'étranger.

Conclusion

En chirurgie dentaire, l'E-réputation est gérée quasi systématiquement par l'intermédiaire de : Google, des pages jaunes, des médias sociaux…
Le problème à ce niveau, c'est que la fraude n'est pas suffisamment réprimandée. En effet, le gain obtenu étant énorme, l'amende ne sera jamais au niveau de celui-ci. Nous noterons également que suite à un avis malveillant, il sera toujours plus efficace de suivre une voie amiable que de faire un recours en justice.
Le Conseil de l'Ordre défend le postulat que nous sommes tous des chirurgiens-dentistes, égaux et identiques dans les connaissances et les prestations données aux patients. Cependant, nous ne sommes vraiment pas sur le même pied d'égalité avec les tricheurs. Et les failles actuelles du système pénalisent les praticiens consciencieux qui font du bon travail au profit de ceux qui se servent d'outils non autorisés.
Les deux seules solutions déontologiques que nous pouvons proposer pour pallier ce problème :
Solution 1 : Google désactive les avis et les systèmes de notation pour les professionnels de santé. Suite à une recherche les praticiens proposés seraient référencés de manière aléatoire sur un rayon de 30 min en transport autour de la zone de recherche. Le problème, c'est que le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes français ne peut rien contre cette multinationale.
Solution 2 : Le Conseil de l'Ordre admet que l'E-réputation fasse partie du système et qu'il autorise au moins que les praticiens fassent de la suggestion active auprès de leurs patients pour qu'ils laissent des avis (positifs) ce qui est aujourd'hui considéré comme de la publicité. Une chasse pourrait également être conduite par le conseil de l'ordre pour dissuader les praticiens à certains comportements anti-déontologique et anti-confraternelle.

Références et bibliographie

1. *France Charest et Christophe Alcantara - E-réputation et influenceurs dans les médias sociaux : Nouveaux enjeux pour les organisations, septembre 2017*
2. *Cynthia G. McDonald et V. Carlos Slawson Jr., Reputation in an Internet Auction Market, Social Science Research Network, 21 mars 2000*

Toute la bibliographie est à retrouver sur
www.aonews-lemag.fr

Equilibre parfait entre confort et résistance

Dexter s'associe à Ansell pour vous présenter la dernière innovation technologique : le gant chirurgical ergonomique PI Hybrid.

dexter Vecteur de Progrès — Ansell

Réduction des contraintes au niveau des articulations, des ligaments et des tendons

< 20 % de contraction volontaire maximum pour les efforts musculaires des avant-bras et des mains. Il en résulte une **réduction des efforts musculaires de la main jusqu'à 36.5%** par rapport au travail à main nues.

CARACTÉRISTIQUES DU GAMMEX PI HYBRID®

- 50% polyisoprène (PI) : **confort exceptionnel** + 50% Néoprène : **résistance et la durabilité**
- **Niveau élevé de PROTECTION CONTRE LES ALLERGIES** : sans latex, DPG, CPC, ZMBT
- **Coloris transparent** pour détecter toute perforation
- **Technologie SureFit™** pour empêcher la manchette de glisser sur l'avant-bras

Disponible en **SMART Pack**

ERGOFORM™ Ergonomic Design Technology

Performances de mesure des efforts musculaires réalisés lors d'une simulation de leurs tâches quotidiennes au bloc opératoire, certifiées par United States Ergonomics.

Produit de Classe IIa – CE 05537 – Organisme Certificateur BSI – Fabricant Ansell

dexter Vecteur de Progrès
Sce Clients 01 34 34 38 10
www.dexter.fr

N O U V E L

A-dec 500

l'évolution d'une légende

a-dec®
reliablecreativesolutions™

Venez découvrir la gamme A-dec chez votre concessionnaire, sur le site www.a-dec.com ou par téléphone au 0148133738

Philippe Amat

Approche éthique et juridique des résorptions radiculaires en orthodontie

Philippe Amat
Le Mans

Introduction

La résorption radiculaire, ou plus précisément la résorption radiculaire apicale externe (RRAE), se définit comme la disparition progressive, partielle, voire totale des tissus radiculaires dentaires. Tout traitement orthodontique s'accompagne d'un certain taux de résorption radiculaire, le plus souvent cliniquement non significatif. L'éthique et le droit imposent au praticien une attitude thérapeutique et une démarche d'information adaptées avant, pendant et après traitement.

Les résorptions radiculaires peuvent être considérées comme un aléa thérapeutique et elles n'engagent généralement pas la responsabilité du praticien, sauf lorsqu'elles sont d'une importance inhabituelle et qu'elles auraient pu être limitées par une démarche thérapeutique adaptée ou que le praticien a failli à son devoir d'information [1].

Rappel de l'étiopathogénie

Parfois observées en dehors de tout traitement orthodontique, les résorptions radiculaires sont d'étiologie multifactorielle. Les études histologiques évaluent leur prévalence à plus de 90 % [2], quand les études radiologiques l'estiment située dans une fourchette de 48 % à 66 % [3].

La résorption radiculaire est un processus biologique complexe, qui survient lorsque les forces appliquées au niveau de l'apex dépassent la résistance et la capacité de réparation des tissus périapicaux [4].

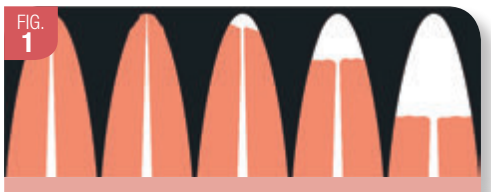
Les mécanismes de la résorption radiculaire sont de nature similaire à ceux intervenants dans la résorption osseuse [5]. Sont impliqués, les mécanismes de l'inflammation, des facteurs systémiques et de nombreux médiateurs de l'activité cellulaire [6].

La résorption radiculaire commence approximativement à partir de deux à cinq semaines de traitement orthodontique et n'est décelable radiologiquement qu'à partir de trois à quatre mois [7].

Selon Levander et Malmgren [8] il existe quatre stades de résorption radiculaire apicale externe (RRAE) **(Fig. 1)** :

0 : Absence de changements de l'apex de la racine.
1 : contour radiculaire irrégulier, apex émoussé.
2 : résorption mineure de 2 mm.
3 : résorption sévère de 2 mm à un tiers de la longueur initiale de la racine.
4 : résorption extrême dépassant le tiers de la longueur initiale de la racine.

FIG. 1



Stades des RRAE selon la classification de Levander et Malmgren [9]

Le diagnostic positif s'appuie sur les documents radiologiques : radiographie panoramique, téléradiographie de profil, et de manière plus précise radiographies rétroalvéolaires [10]. Le diagnostic étiologique met en évidence le caractère multifactoriel de l'étiologie des RRAE.

Données actuelles sur les principaux facteurs de risque

S'il existe une forte susceptibilité individuelle à l'apparition de résorptions radiculaires avec ou sans traitement [11,12], elles sont souvent une conséquence du déplacement orthodontique des dents.

Il n'existe pas de complet consensus sur les facteurs de risque considérés comme étant associés à l'apparition et au degré de gravité des résorptions radiculaires. Les données probantes publiées ont néanmoins identifié de nombreux facteurs contributifs [13].

Il est important de connaître et de systématiquement rechercher ces facteurs de risques de résorption **(Fig. 2)** [14], afin d'en tenir compte lors du traitement et de réduire ainsi le risque d'apparition de résorptions radiculaires.

FIG. 2

Radiographie panoramique montrant des résorptions radiculaires apicales externes (*document Pr. William Bacon*) [14]

Les facteurs de risque peuvent être biologiques (dépendants du patient), mécaniques (liés au traitement) ou autres [7]. L'orthodontiste doit être au fait des données acquises de la science [15] sur les facteurs de risque de survenue éventuelle de résorptions radiculaires. En cas de méconnaissance, sa responsabilité pourrait être engagée

Les facteurs de risque biologiques (Tableau 1)

Les facteurs de risque systémiques

Prédisposition génétique : des études récentes estiment que le facteur génétique, avec la mise en jeu de gênes spécifiques [16], compterait pour 50 % des variations de l'incidence des résorptions radiculaires [11].

Certains troubles systémiques en rapport avec le facteur vasculaire, l'homéostasie calcique ou les cellules nerveuses sont des facteurs de risque d'apparition de résorptions radiculaires [17].

Parmi les nombreux autres facteurs de risque, qui ont été mis en évidence, citons un antécédent de traitement oncologique par chimiothérapie [18], une carence en vitamine D **(Fig. 3)** et en calcium [19], l'insuffisance de la production d'oestradiol [11], le diabète et le stress [20]. Il a été également montré que les patients allergiques [17,21] et les patients asthmatiques [19] présentaient un risque accru d'apparition de résorption radiculaire.

FIG. 3

Radiographie rétro-alvéolaire montrant d'importantes résorptions radiculaires apicales externes des incisives maxillaires avant traitement orthodontique. Les examens biologiques de ce patient ont révélé un taux excessif de parathormone (PTH) et une carence en Vit D (*document Pr. William Bacon*) [14]

Les facteurs de risque anatomiques

Parmi ces facteurs locaux, on peut citer :

- la forme des dents et des racines [9, 22] (racines courtes, émoussées, coudées ou en pipette), et les anomalies dentaires [23]. Ce facteur de risque n'est cependant pas retrouvé par d'autres auteurs [24, 25],
- une densité accrue de l'os alvéolaire,
- les canines incluses, qui peuvent résorber les racines des incisives latérales maxillaires **(Fig. 4 et 5)**.

FIG. 4

Radiographie panoramique prise lors de l'établissement du bilan diagnostique initial d'une jeune fille de 13 ans, en transfert dans notre cabinet, après un suivi orthodontique de 5 ans dans un autre département

FIG. 5

Radiographie rétro-alvéolaire de la même jeune patiente montrant une importante résorption radiculaire apicale externe de l'incisive latérale maxillaire gauche, en rapport avec l'évolution de la canine.

Les facteurs de risque traumatiques

Les traumatismes dentaires, avant ou pendant le traitement orthodontique, augmentent le risque de résorptions radiculaires selon certains auteurs [19], et sont sans incidence pour d'autres [25, 26].

Les facteurs de risque fonctionnels

Les dysfonctions [27] (déglutition atypique ou ventilation orale) et les parafonctions [11] (succion non nutritive, bruxisme, onychophagie), en créant un stress ou des microtraumatismes sur les dents, augmentent le risque d'apparition de résorptions radiculaires.

Les facteurs de risque mécaniques (Tableau 2)

La connaissance des facteurs souvent incriminés est essentielle au praticien attentif au choix des systèmes biomécaniques de traitement les moins susceptibles d'entraîner l'apparition de résorptions radiculaires.

L'intensité de la force appliquée

Un consensus est établi qu'une force appliquée d'intensité assez importante provoque une résorption radiculaire plus importante [29, 30, 31].

Rythme d'application de la force

L'application discontinue d'une force serait moins susceptible de causer des résorptions radiculaires qu'une application continue pour certains auteurs [32, 33], sans que d'autres ne trouvent de différence entre les deux modes d'application [34].

Le type de mouvement

Tous les types de mouvements orthodontiques sont susceptibles de provoquer l'apparition de résorptions, lorsque les forces employées sont inappropriées en intensité, rythme et durée.

Les mouvements les plus à risque semblent être l'ingression incisive, qui concentre la pression au niveau de l'apex, et le mouvement de torque radiculo lingual sur les incisives maxillaires.

La durée du traitement

L'augmentation de la durée du traitement semblerait accroître l'incidence [12, 35] et la sévérité [22] des résorptions radiculaires. Il est donc souhaitable d'informer le patient qu'un défaut d'observance de sa part augmenterait la durée du traitement et le risque de résorption radiculaire qui semble lui être associé.

Facteurs de risques biologiques	Faible	Modéré	Sévère
SYSTÉMATIQUES Prédisposition génétique Pathologies systémiques Âge Sexe	Allergie Asthme Diabète	Précédent traitement ODF RR « familiale » post-ODF Pathologie systémique sus citée Adulte	SUSCEPTIBILITÉ GÉNÉTIQUE Précédent trait. ODF avec RR RR « familiale » généralisée Pathologie systémique sus citée et non-équilibrée
ANATOMIQUES Forme des dents et des racines Anomalies dentaires T erritoire anatomique Densité de l'OA	Encombrement moyen à sévère	Racines émoussées ou en pipette Anomalies dentaires	Dent ayant déjà eu une RR Racines émoussées ou en pipette Anomalies dentaires
TRAUMATIQUES		Dents traumatisées antérieurement sans RR Dent transplantée	Dents traumatisées antérieurement avec RR Dent réimplantée
FONCTIONNELS Dysfonction : déglutition atypique, ventilation buccale Parafonction : succion, onychophagie	Rééducation des dysfonctions et arrêt des parafonctions	Bruxisme Dysfonction(s) : pulsion linguale, ventilation buccale Parafonction(s) : onychophagie, succion, tics	Bruxisme sévère Dysfonction(s) non rééduquée(s) Parafonction(s) persistante(s)

TABLEAU I – LES FACTEURS DE RISQUE BIOLOGIQUES [13, 28]
RR : résorption radiculaire ; ODF : orthopédie dento-faciale ; OA : os alvéolaire
Risque faible : RR localisée et/ou généralisée et d'intensité mineure
Risque modéré : RR localisée et/ou généralisée et d'intensité mineure à sévère
Risque sévère : RR localisée et/ou généralisée et d'intensité sévère à extrême

Philippe Amat

Les types de dispositifs et les techniques de traitement
L'utilisation de forces extra-orales à appui cervical et de l'expansion maxillaire rapide est susceptible de causer une résorption radiculaire sévère des premières molaires maxillaires [19].
Les résorptions radiculaires sont moins fréquemment observées chez des enfants ayant bénéficié d'un traitement en deux phases, phase initiale d'interception suivie d'une seconde phase par dispositif multi-attache, que chez ceux traités d'emblée en une seule phase par dispositif multibracket [25].

Pour le traitement d'une même malocclusion, la connaissance de ces données publiées permet au praticien de choisir entre diverses approches thérapeutiques (par exemple, traitement en deux phases plutôt que traitement en une seule phase) afin de minimiser le risque d'apparition de résorption radiculaire, tout particulièrement lorsque l'anamnèse et les examens cliniques et radiologiques ont mis en évidence la présence de facteurs de risque avérés.

Données actuelles sur la prévention des résorptions radiculaires apicales externes (RRAE) et sur la conduite à tenir en cas de RRAE

Prévention des résorptions radiculaires apicales externes
Si l'anamnèse et les examens cliniques et radiologiques ont mis en évidence la présence de facteurs de risque avérés de résorption radiculaire, le praticien adaptera son plan de traitement, ses objectifs thérapeutiques et le choix des dispositifs de traitement afin de limiter ce risque [36, 37].
Un contrôle radiographique doit être réalisé six à neuf mois après le début du traitement orthodontique pour déceler l'éventuelle apparition de résorption radiculaire. Un suivi radiologique des incisives est ensuite assuré tous les 6 mois par radiographies rétro alvéolaires.

Conduite thérapeutique à tenir en cas de résorption radiculaire apicale externe [28, 37]
En cas d'apparition de résorption radiculaire apicale externe, il est recommandé d'interrompre les sollicitations orthodontiques des dents atteintes pendant 3 mois [38, 39]. Cette interruption permet l'arrêt du stress ligamentaire et une cémentogenèse cicatricielle dans les cinq à six semaines suivantes [40, 41].
Le patient et/ou sa famille sont informés du phénomène et leur consentement éclairé sera recueilli pour adapter la thérapeutique au cas individuel du patient en fonction de son âge et de l'importance de la résorption radiculaire.
Si la résorption radiculaire se poursuit après la reprise du traitement orthodontique, une révision des objectifs thérapeutiques est nécessaire ainsi que l'arrêt du déplacement orthodontique des dents atteintes.
Le choix des éléments de la stratégie thérapeutique, en fonction du degré de résorption radiculaire est complexe. Il a été résumé dans un tableau décisionnel par *Virginie Samadet et al.* [13, 28].

En fonction de la présence chez le patient d'un ou plusieurs facteurs de risque et de leur importance, V. Samadet et al. qualifient le risque de faible, modéré ou sévère. Ils corrèlent cette qualification à une attitude thérapeutique spécifique **(Tableau III)**. Ce tableau décisionnel fait référence aux recherches et opinions le plus souvent décrites ou citées dans la littérature, sans toutefois que les preuves aient toujours été apportées.

La progression des résorptions radiculaires cesse généralement à l'arrêt du traitement actif [42]. La pérennité des dents affectées par une résorption radiculaire ne semble pas compromise si cette résorption ne dépasse pas 4 mm, que le support parodontal est satisfaisant et qu'un équilibre fonctionnel et occlusal a été trouvé [43].

Pour mémoire, cette conduite à tenir thérapeutique se double d'une obligation d'information :
- avant traitement : informer le patient des risques de résorption radiculaire et rédiger un contrat de soins, qu'il est souhaitable de faire signer ;
- en cours de traitement : informer le patient en cas d'apparition de résorptions radiculaires ;
- après traitement : informer le patient de l'éventuelle existence de résorptions radiculaires et lui faire des propositions thérapeutiques pour pallier les conséquences des résorptions.

Quand les résorptions peuvent être considérées comme importantes, l'orthodontiste doit prévenir son assurance en responsabilité civile professionnelle, qu'il a l'obligation légale d'avoir contractée.

Approche juridique des résorptions radiculaires en orthodontie
Force est de constater une évolution sociétale forte de la relation entre le patient et son praticien. De spectateur des décisions paternalistes prises par son praticien, le patient s'informe par lui-même et est devenu un acteur du système de soins.
La révolution numérique de l'accès aux sources d'information [44] a favorisé l'évolution du patient d'un statut passif à celui d'un consommateur de soins, dont les exigences pour les soins dispensés se sont alignées sur celles observées dans le reste du domaine consumériste [45].

L'évolution par le droit de la relation patient-praticien
La « Loi Kouchner » [46] du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a traduit juridiquement la modification des relations existant entre les patients et les professionnels de santé. Elle a acté juridiquement la modification de la nature et du contexte de la décision médicale. Le droit prend ainsi une place plus importante dans le colloque singulier entre le patient et le praticien, avec l'objectif d'un rééquilibrage de la relation médicale au profit de l'autonomie du patient.

La judiciarisation de la relation médicale témoigne du développement des exigences sociales de transparence, de réparation et de sécurité sanitaire. On observe une « rencontre de la médecine évoluant vers plus d'efficacité et de technicité et du droit progressant vers une protection accrue des individus [47] ».

Les livres [48,49,50,51] et les très nombreux articles consacrés aux relations entre droit et médecine bucco-dentaire, publiés dans des revues consacrées tant au droit qu'à la médecine bucco-dentaire (ou à l'orthodontie), témoignent de l'intérêt constant et commun de ces deux disciplines.

De la minimisation du phénomène des résorptions radiculaires par Allan Brodie dans les années 50 : « les résorptions radiculaires sont aux traitements d'orthodontie ce que les cicatrices sont au traitement chirurgical », nous sommes passés à une société en voie de judiciarisation, où toute personne qui s'estime victime d'un dommage entend obtenir réparation par une indemnisation. *A. Bery et L. Delprat* [48] citent un exemple, tiré du rapport 2007 de l'assureur MACSF, des possibilités de dérive de cette évolution de la relation patient-praticien : après avoir interrompu son traitement orthodontique au bout du premier semestre, un patient a reproché à son ancien praticien, douze ans après, le résultat jugé insatisfaisant du traitement orthodontique.

Le principe de la responsabilité médicale de l'orthodontiste
Un évènement indésirable comme l'apparition de résorptions radiculaires [52] peut être la source d'un préjudice pour le patient bénéficiaire du traitement orthodontique.
Classiquement le droit français stipule que le régime de la responsabilité civile est appliqué dès lors qu'il y a un préjudice, une faute, et un lien de causalité entre cette faute et le préjudice. C'est à la victime d'apporter la preuve de ces trois éléments (articles 1382 et suivants du Code Civil).

Le contrat médical
Ce contrat a été consacré en médecine bucco-dentaire par l'arrêt du 17 mars 1967 de la Cour de Cassation : « *Le contrat qui se forme entre le chirurgien-dentiste et son patient entraîne, pour le premier, l'obligation de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et les données de la science. Le praticien est responsable des suites dommageables des soins si, eu égard à cette obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs.* »

Obligations mises à la charge de l'orthodontiste
La responsabilité de l'orthodontiste peut être mise en cause s'il manque à ses obligations contractuelles. En pareil cas, et selon l'article 1147 du Code civil : « *Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part.* »

C'est au patient d'apporter la preuve de l'inexécution d'une des obligations nées du contrat. Pour s'exonérer de sa responsabilité, l'orthodontiste doit justifier qu'il n'a pu exécuter cette obligation en raison d'une cause étrangère, qui ne peut lui être imputée.

Les obligations auxquelles est soumis l'orthodontiste peuvent être des obligations de moyens ou de résultat. En médecine bucco-dentaire, une obligation de résultat ne s'applique que pour les seules conceptions et réalisations prothétiques.
Alain Bery et Yves Soyer [53] précisent cependant que « *un certain nombre d'obligations de moyens tendent à glisser vers une obligation de résultat et plus particulièrement : sécurité, conformité, matériovigilance, déchets, stérilisation, satisfaction et amélioration, suivi thérapeutique et, bien évidemment, information.* »

Engagement de la responsabilité civile de l'orthodontiste
L'orthodontiste peut voir sa responsabilité civile engagée soit du fait de son acte thérapeutique, soit du fait de l'information qu'il a fournie à son patient [54].

L'acte thérapeutique de l'orthodontiste engage sa responsabilité sur deux aspects :
- la responsabilité liée aux dispositifs et aux matériaux employés [55],
- la responsabilité liée à l'acte thérapeutique lui-même.

Facteurs de risques mécaniques	Faible	Modéré	Sévère
FORCE APPLIQUÉE Consensus thérapeutique non démontré statistiquement	Forces continues et légères	Mécanique « lourde »	Forces importantes et mécanique « lourde
NATURE DU MOUVEMENT	Tous les mouvements	Ingression « Va et vient » Rotation Version prolongée	Mouvement rapide Torque important
DURÉE DU TRAITEMENT	Supérieure à 6 mois	Longue mais prévue	Trop longue ou arrêts intempestifs du traitement
AMPLITUDE DU MOUVEMENT		IMPORTANTE (encombrement)	Amplitude du mouvement +++ Béance antérieure +++ Supraclusion +++ (non démontré statistiquement)
TYPE D'APPAREIL			Rapport Charge/Flexion +++ Port irrégulier des auxiliaires de traitement
TERRITOIRE DE DÉPLACEMENT		Proximité de dents incluses Chirurgie orthognathique à proximité	Racines ayant eu des RR par des dents incluses Dents lésées lors d'une chirurgie orthognathique

TABLEAU II – LES FACTEURS DE RISQUE MÉCANIQUES [13,28]

RISQUE FAIBLE	**Traitement après information et consentement éclairé du patient** - Rééducation fonctionnelle avant traitement - Prévision d'un contrôle radiologique par rétroalvéolaires à 6/8 mois puis tous les 6 mois des incisives supérieures - Maîtrise de la thérapeutique employée - Respect de la planification du traitement
RISQUE MODÉRÉ	**Traitement avec précautions spécifiques** **Information et consentement éclairé du patient** - Rééducation fonctionnelle avant traitement - Evaluation et thérapeutique de soutien parodontal - Limitation du temps de traitement - Surveillance radiologique accrue (status complet pré-thérapeutique, puis clichés rétroalvéolaires tous les 6 mois sur les dents antérieures) - Limitation des mouvements exposant à la résorption radiculaire - Forces légères interrompues - Désocclusion par cales - Suivi, contention longue et équilibration occlusale
RISQUE SÉVÈRE	**Compromis thérapeutique ou absence de traitement** **Information et consentement éclairé du patient** - Limitation des objectifs de traitement (fonctionnels et esthétiques) - Pas de mouvements inducteurs de résorption radiculaire - Surveillance radiologique accrue - Cales de désocclusion - Contention longue voire définitive - Equilibration occlusale - Dans les deux cas, prévision éventuelle à la place ou en relai de l'ODF : prothèse (implant) et/ou chirurgie orthognathique

TABLEAU III – RECOMMANDATIONS EN FONCTION DU RISQUE [13,28]

Philippe Amat

L'orthodontiste peut, aussi, voir sa responsabilité civile engagée du fait de l'information qu'il a fournie à son patient [54]. L'information du patient concernant l'acte médical est un des fondements du contrat médical. Une bonne information met à la disposition du patient toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation et à éclairer sa prise de décision, afin que lui (et sa famille quand il est mineur) donnent leur consentement éclairé aux soins envisagés.

Cette obligation d'information se double d'une obligation de formation continue [56], et l'approche factuelle [36] est une des voies de cette formation continue. La durée de la responsabilité de l'orthodontiste vis-à-vis de son patient étant trentenaire à partir du moment où celui-ci peut ester en justice, durée à laquelle il convient de rajouter les actes effectués durant le temps où le patient était mineur, Alain Béry et Laurent Delprat [57] écrivent qu'« *il apparaît nécessaire de conserver les dossiers pendant la même période afin d'avoir un argumentaire de défense. Il s'agit d'une procédure de précaution et non d'une obligation légale* ».

La jurisprudence des résorptions radiculaires

La jurisprudence regroupe l'ensemble des décisions de justice relatives à une question juridique donnée [58]. Il s'agit donc de décisions précédemment rendues, qui illustrent comment un problème juridique a été résolu. La jurisprudence est constituée d'abord des décisions rendues par les hautes cours nationales, mais aussi, avec un poids moindre, de celles rendues par des cours [59].
Nous limiterons notre propos aux jugements les plus récents et les plus édifiants. Nous nous sommes appuyés sur deux sources bibliographiques :

- Légifrance [60], le service public de la diffusion du droit par l'Internet,
- Doctrine [61], le moteur de recherche des avocats et juristes.

Pour chaque décision, nous avons résumé les points clés.

Jurisprudence de la Cour administrative d'appel de Bordeaux, 5 novembre 2013, n° 12BX00929
Une patiente a obtenu la reconnaissance de la responsabilité du Centre hospitalier universitaire de Toulouse dans l'apparition de résorptions radiculaires et de mobilité de ses incisives centrales mandibulaires.

La responsabilité a été retenue car :

- le praticien était un étudiant non diplômé en orthodontie ;
- il a appliqué des forces trop fortes et dans des directions différentes, méconnaissant en cela les principes thérapeutiques reconnus ;
- il n'a pas pris en compte la plainte douloureuse exprimée fin 2005, qui aurait dû l'alerter et le conduire à vérifier qu'il n'y avait pas de résorptions radiculaires et à adapter sa thérapeutique.

La Cour administrative d'appel de Bordeaux a également retenu un défaut d'information sur les risques et les éventuelles conséquences et complications de ce traitement, notamment les résorptions radiculaires, qui sont un risque connu de ce type de traitement, surtout chez les adultes. Elle a relevé que le traitement d'orthodontie était à visée esthétique, n'était pas indispensable, de sorte que M. Y disposait d'une faculté raisonnable de refus et qu'elle a ainsi perdu une chance de se soustraire au risque de mobilité dentaire et de résorption des racines qui s'est réalisé.

Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2e chambre – formation à 3, 29 avril 2013, 08MA05155, Inédit au recueil Lebon
Une patiente, mineure au moment de son traitement orthodontique, a obtenu la reconnaissance de la responsabilité du Centre hospitalier de Cannes, pour défaut d'information de toutes les conséquences, même exceptionnelles, connues d'un tel traitement, notamment du risque de rhizalyse (le Centre hospitalier de Cannes n'ayant pas apporté la preuve qui lui incombait de la délivrance de cette information).

Tribunal de grande instance de Marseille, 1re chambre civile, 10 juillet 2014, n° 12/11823
Un patient, âgé de 8 ans au début de son traitement orthodontique le 17 mai 1994, a obtenu la reconnaissance de la responsabilité de son orthodontiste, dans l'apparition d'une sévère rhizalyse de ses incisives. L'orthodontiste a été reconnu fautif de n'avoir réalisé aucune radiographie entre mars 1994 et octobre 2002, faute qui est en lien de causalité avec la rhizalyse constatée chez le patient puisque cette omission a empêché le praticien de suspendre le traitement.

Approche éthique des résorptions radiculaires en orthodontie

La réflexion de l'éthique professionnelle porte sur les valeurs qui motivent les conduites professionnelles. Représentant l'idéal professionnel, ces valeurs sont transcrites et actualisées sous forme de devoirs et d'obligations (par exemple, le secret médical dans les professions de santé) au sein d'un Code de déontologie. À l'échelon de l'activité professionnelle, la réflexion éthique personnelle a, elle, pour objectif d'aider à résoudre les situations complexes et à prendre la bonne décision, vertueuse, face à un conflit de valeurs.

L'approche de l'éthique professionnelle doit reposer à la fois sur la dimension morale (il ne peut s'agir d'ignorer les principes) et sur la dimension éthique (quelle décision est la meilleure dans le cas présent ?). Lorsque cette réflexion devient collective et fait l'objet d'une formalisation, la démarche devient déontologique, dans un sens large.

Le praticien est confronté au quotidien à des interrogations d'ordre éthique, par exemple, déterminer ce qui est bon ou pas pour son patient et quelles sont les limites d'un traitement qu'il ne peut accepter de dépasser, même face à la demande insistante d'un patient. Comment peut-il concilier le coût élevé de certaines thérapeutiques, utiles au cas spécifique d'un patient, avec des situations d'exception ?
L'éthique aide le chirurgien-dentiste à déterminer la frontière entre le bien et le mal, l'acceptable et l'inacceptable [62] et à respecter l'aphorisme du chef de l'école de Cos : Primum non nocere [63] (« avant tout, ne pas nuire »).

Pour rester dans le cadre restreint d'un article, nous limiterons notre propos à l'aspect éthique des recommandations de bonnes pratiques (RBP).
De multiples autres aspects de la pratique orthodontique soulèvent des questions d'éthique comme le transfert du patient après un litige au sujet de la survenue de résorptions radiculaires ; l'éthique du choix thérapeutique, dont le cas d'un patient mineur qui refuse une thérapeutique, contraignante, mais moins à risque d'apparition de résorptions radiculaires [64] ; aspects éthiques de la transition de l'information du patient à l'éducation thérapeutique ; aspect éthique de l'application des données acquises de la science [65] ; dangers de l'approche factuelle, quand elle est dévoyée de son objet ; éthique et démarche qualité [66], etc.

Ethique : une dimension à part entière dans les évaluations de la HAS

Consciente des enjeux éthiques de ses travaux et publications, la HAS a publié un communiqué de presse [67] pour la présentation de son guide, L'évaluation des aspects éthiques à la HAS68 : « *Les sujets que la Haute Autorité de Santé (HAS) est amenée à traiter peuvent parfois soulever d'importants enjeux éthiques. Dans cette perspective, la HAS a réalisé un guide qui précise la place de l'éthique dans ses travaux et qui aidera à prendre en compte les aspects éthiques dans ses évaluations lorsqu'ils permettent d'éclairer la décision publique.* »

Dilemmes éthiques posés par les RBP

Si les recommandations de bonne pratique de la HAS ne sont pas des règles de droit, elles concourent aux données acquises de la science. De ce fait, les professionnels de santé sont tenus de se conformer à ces RBP, sous peine de voir leur responsabilité engagée. Ainsi, en cas de litige, le non-respect des RBP fait présumer la faute médicale, et le praticien doit prouver le bien-fondé de sa décision, expliquer pourquoi il a choisi de déroger à ces recommandations et l'avoir mentionné dans le dossier médical du patient. Même si le Pr Agnès Buzyn, présidente du collège de la Haute autorité de santé a réaffirmé le rôle primordial des RBP dans l'exercice quotidien. « *Les médecins doivent connaître les bonnes pratiques*, a-t-elle précisé, *et être capables de dire pourquoi, le cas échéant, ils s'en sont éloignés.* » et reconnu que « *Les recommandations de bonne pratique de la HAS n'ont pas à être opposables car la médecine est un art évolutif* [69] », les RBP sont de fait opposables. Cette appréciation a toujours été sans ambiguïté de la part des juridictions de l'ordre judiciaire, tant pénales que civiles [70]. Ce point soulève d'importantes questions d'éthique. Les soins d'orthodontie n'engageant a priori pas le pronostic vital, pour que la démonstration soit pleinement explicite, nous prendrons un exemple de RBP en cardiologie.

Les éléments principaux en sont tirés de l'article de F. Diévart [71]. Il explique : *« En 2005, les jugements du Conseil d'état permettent de conclure que le médecin doit se conformer aux RBP, sauf à être en mesure d'apporter la preuve du caractère inapproprié de celles-ci à la situation particulière de son patient.*
Une force de loi confirmée par le Conseil d'état le 27 avril 2011. Surtout, le Conseil d'État écrit dans un de ses attendus préalables à la décision : « Si les recommandations de bonne pratique sont censées représenter aux yeux des autorités publiques l'état des connaissances sur les données acquises de la science, il est faux, voire hypocrite, d'affirmer que le médecin a le choix de les suivre ou non ».
Parmi tant d'autres possibles, seul un exemple sera fourni qui illustre un cas où les RBP peuvent, non seulement ne pas être en accord avec les données acquises de la science, mais être potentiellement dangereuses : « En 2009, l'European Society of Cardiology (ESC) a publié des recommandations pour la prise en charge du risque cardiaque peropératoire chez des patients devant avoir une chirurgie non cardiaque.
En 2011, deux ans après cette recommandation, Don Poldermans, qui avait présidé le groupe de travail de la RBP a été démis de ses fonctions universitaires et hospitalières pour fraude lors de la publication des résultats d'études qui avaient été prises en compte pour établir la RBP. L'exclusion de ces résultats truqués a inversé les conclusions de la RBP et l'ESC a attendu 2014 pour actualiser ses recommandations.
Cette situation scandaleuse a fait l'objet d'un article de la presse grand public aux États-Unis en janvier 2014, et il a été estimé par modélisation, d'après des données transitoirement disponibles sur le site Internet de l'ESC, que le maintien de cette recommandation après que la fraude a été dénoncée pourrait être responsable de 800 000 décès en Europe. »

Force est de constater que le praticien de santé et son patient peuvent être confrontés à une situation paradoxale. La promesse tacite des RBP de proposer les meilleurs soins possibles à un patient donné peut ne pas être tenue et le suivi des RBP peut être délétère. L'engament éthique est donc rompu. Les RBP ne peuvent avoir force de loi, sauf à prévoir des procédures permettant de les remettre en cause.

Après cet exemple glaçant de cardiologie, revenons à l'indispensable approche éthique des RBP en orthodontie. La vigilance du praticien et des sociétés scientifiques doit rester de mise. Imaginons le cas d'un orthodontiste confronté au choix de la meilleure thérapeutique, sur les plans médical et éthique, à proposer à une jeune adolescente de 14 ans. Elle a terminé sa croissance staturale et céphalique (réglée à 11 ans) et elle présente d'importants facteurs de risque de survenue de résorptions radiculaires, dont une brièveté marquée des racines de ses incisives maxillaires. Enfin, elle présente une dysmorphie de classe II division 1 dentaire (surplomb incisif de 6 mm) et d'une classe II squelettique avec prognathie maxillaire et légère rétrognathie mandibulaire. Après un exposé complet des éléments d'un consentement éclairé, le praticien conseille à la patiente et à sa famille, l'approche qui lui semble présenter le meilleur rapport bénéfice/risque, consistant à associer le traitement orthodontique à une chirurgie orthognathique d'avancée mandibulaire.

Imaginons qu'une RBP de la HAS, nouvellement publiée, édicte que la chirurgie orthognathique d'avancée mandibulaire doit être uniquement réservée aux patients dont le surplomb incisif est supérieur à 8 mm, alors que la jeune patiente présente un surplomb de seulement 6 mm. Un tsunami éthique pour… 2 mm. Cet exemple purement orthodontique, associé à la lecture de celui de cardiologie, fait pleinement prendre conscience de l'impérieuse nécessité du rôle à jouer des sociétés scientifiques et des lanceurs d'alerte vis-à-vis des décisions prises par nos organismes de tutelle [72].

Conclusion

En tant qu'orthodontistes, nous avons conscience du privilège que constitue notre engagement dans la relation patient/praticien, un colloque singulier unique qui, dans un climat d'éthique et de confiance, facilite la transmission des connaissances scientifiques et nous aide à proposer à nos patients les traitements les mieux adaptés à leurs besoins et valeurs, en limitant le plus possible les effets iatrogènes, tels les résorptions radiculaires apicales externes.

Bibliographie

1. *Approche éthique et juridique des résorptions radiculaires en orthodontie. Mémoire pour le diplôme universitaire d'expertise en médecine dentaire. Amat P. Paris Univ. Diderot – Paris 7, 2018.*
2. *Root resorption in bicuspid intrusion. À scanning electron microscope study. Harry MR, Sims MR. Angle Orthod. 1982 Jul ; 52 (3) : 235-58.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur
www.aonews-lemag.fr

Émilie Broyet

Comparaison entre les centres dentaires et les cabinets libéraux

Émilie Broyet
Paris

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (ou loi HPST) découle de la révision générale des politiques publiques et a notamment comme objectif l'amélioration de l'accès à des soins de qualité.

Elle simplifie la création et le contrôle des centres de santé, qui peuvent être gérés par des mutuelles, des collectivités locales ou des associations à but non lucratif. Parmi ce troisième type de structure, va apparaître un nouveau concept, le « low-cost » dentaire. En affichant des prix très attractifs dans un contexte de crise économique, ce type de centre dentaire connaît une expansion que rien ne semble brider. Des enseignes multiplient les ouvertures à Paris et dans les grandes agglomérations.

Les médias se penchent sur ce nouveau phénomène permettant apparemment l'accès aux soins pour tous. Une initiative décrite comme bénéfique autant pour les patients que pour les praticiens y exerçant : ceux-ci, n'ayant plus les charges administratives de gestion du cabinet, se consacrent uniquement aux soins.

Si la déontologie demeure un socle pour la pratique du chirurgien-dentiste, existe-t-il des différences en matière de responsabilité civile ou disciplinaire en fonction du mode d'exercice ?

La justice a été, à de multiples reprises, saisie par les syndicats et les instances ordinales pour évaluer l'éventuelle concurrence déloyale de ces structures par rapport à l'utilisation de la publicité. Un certain nombre d'interrogations sont soulevées quant au mode de fonctionnement de certains centres dentaires dits « low-cost » : si une rationalisation des moyens mis en œuvre conduit à des économies d'échelle, le respect des principes éthiques fondamentaux et la relation patient-praticien doivent rester la base des bonnes pratiques dentaires. Au vu de certaines affaires médiatisées dernièrement, certains auraient peut-être entraperçu un vide réglementaire dans la loi, permettant une exploitation mercantile de notre système de santé sans contrôle possible des pouvoirs publics.

Les cabinets libéraux et les centres de soins dentaires sont-ils sur un pied d'égalité ?

Cadre juridique et conventionnel des centres dentaires

Le code de la Santé Publique

La loi Bachelot, promulguée le 21 juillet 2009, supprime l'agrément de l'autorité administrative, jusqu'ici obligatoire, pour y substituer la présentation par le centre d'un projet de santé et d'un règlement intérieur. Le projet de santé doit inclure « des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique » et les centres doivent être « *créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publique* ». La loi précise que « *les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés* ».

Ainsi, la loi HPST définit un nouveau régime de création des centres de santé : une simple déclaration à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et un projet de santé suffisent à obtenir un numéro FINESS ouvrant droit au remboursement des soins par la sécurité sociale. L'ARS ne peut ainsi plus s'opposer juridiquement à l'ouverture d'un centre de santé et garde uniquement un rôle d'inspection et de contrôle. L'objectif était de favoriser l'ouverture des centres de santé tout en gardant leur mission première, mais elle crée en réalité un vide réglementaire.

Le code de la Sécurité Sociale

LE CADRE CONVENTIONNEL

Un accord national a été signé le 8 juillet 2015 par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et l'assurance maladie pour une durée de 5 ans.

Les objectifs de la convention sont :
- un renforcement de l'accès aux soins dentaires sur l'ensemble du territoire pour les plus démunis, par la création d'un contrat visant à maîtriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques ;
- l'organisation, la coordination des soins, la valorisation de la qualité et de l'efficience des pratiques médicales avec notamment la tenue d'un dossier médical et un engagement en matière de prévention ;
- la modernisation des relations dématérialisées entre les centres et la CPAM.

L'atteinte de ces objectifs est encouragée par une rémunération forfaitaire, qui peut par exemple être majorée en fonction du taux de précarité des patients du centre (patients CMU-C et AME). Ils perçoivent également des subventions de la CPAM en application de l'article L162-32 du Code de la santé publique : « *les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre* ».

LES OUTILS DE CONTRÔLE

En cabinet libéral, les caisses d'assurance maladie disposent de plusieurs sources d'information pour mener des contrôles d'activité. La télétransmission et l'informatisation ont rendu ces outils performants avec l'identification du praticien et de ses actes sur chaque feuille de soins.

Les relevés SNIR (Système National Inter-Régimes) permettent de connaître le volume d'actes global par praticien.
Les TSAP (Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens) permettent aux caisses et aux syndicats de connaître le volume et la répartition des actes. Ils permettent d'identifier un professionnel ayant une activité atypique ou de sélectionner des professionnels sur la base de certains critères.
Le SIAM (Système Informationnel de l'Assurance Maladie) a pour but d'améliorer la connaissance statistique tant globale qu'individuelle des acteurs du système de santé ainsi que la pertinence des contrôles réalisés. Il fonctionne par thèmes : activité d'un praticien, cumul d'actes, respect de la réglementation,… (*SABEK, 2004*).

LA PROBLÉMATIQUE DES CENTRES DENTAIRES

L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) souligne dans son rapport de 2016 que « lorsque les soins sont réalisés dans un centre de santé dentaire, les extractions statistiques vont être beaucoup plus difficiles pour plusieurs raisons :
- le numéro FINESS est affecté au centre dentaire, et non à un praticien déterminé, puisque les soins sont facturés par le centre et remboursés au centre par les caisses. C'est donc le gestionnaire du centre qui est connu de la caisse et non le praticien salarié ;
- les feuilles de soins télétransmises devraient être cosignées par le gestionnaire et le praticien avec leurs cartes respectives, mais que cette validation a souvent été déléguée au personnel administratif sans contrôle par rapport aux actes réellement réalisés ;
- alors que l'analyse des profils d'activité des dentistes libéraux permet de déceler d'éventuelles atypies de pratique dans les actes réalisés, pour les centres de santé, aucun suivi de profil n'est réalisé en routine. Il faut que le praticien conseil aille sur place pour sortir la liste des patients reçus par le dentiste présent le jour du contrôle et la compare à la liste des actes réalisés et facturés.

> Le praticien contreviendra à sa déontologie si la communication est publicitaire

La responsabilité médicale

La responsabilité civile

Elle concerne uniquement le chirurgien-dentiste exerçant en libéral. C'est une responsabilité contractuelle : un contrat synallagmatique se conclut entre le praticien, qui a une obligation de moyens, et le patient, qui a l'obligation de suivre les prescriptions du praticien et de le rémunérer.
La loi du 4 mars 2002 a reformulé la nature de cette obligation de moyens avec une référence aux « *connaissances médicales avérées* » et réaffirme la responsabilité pour faute du praticien (*Sabek, 2003*). Elle a imposé au chirurgien-dentiste la souscription d'une assurance professionnelle en responsabilité civile.

La responsabilité du praticien salarié en centre dentaire

Depuis le 4 juin 1991, l'arrêt Boksenbaumu de la cour de cassation dispose que : « *le contrat de soin est conclu entre la clinique et le patient* ». Le praticien bénéficie d'une immunité civile et c'est l'établissement de santé qui sera responsable des actes du praticien. (*Bernard, 2010*). Cette décision a été confirmée par la cour de cassation en décembre 2005 : **le praticien salarié n'engage pas sa responsabilité mais celle de son employeur, il est donc exonéré de sa responsabilité face à un dommage à un tiers.**
Rappelons que la loi relative aux centres de santé impose que les praticiens y soient salariés.

La responsabilité disciplinaire

Tout chirurgien-dentiste doit être inscrit au tableau de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes pour pouvoir exercer et a l'obligation de respecter le Code de Déontologie. L'article L. 4121-2 du Code de la Santé Publique dispose que : « *l'Ordre des chirurgiens-dentistes veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art dentaire et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L.4127-1* […] ». C'est la pratique du chirurgien-dentiste qui doit être déontologique, indépendamment de son mode d'exercice ou de la structure de soins.

Publicité et concurrence déloyale

La déontologie

L'article R.4127-215 du code de la santé publique établit que : « *La profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont notamment interdits :*
- *l'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale,*
- *tous procédés directs ou indirects de publicité* […] ».

Concernant sa plaque professionnelle, les seules indications qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer à la porte de son immeuble sont ses noms, prénoms, sa qualité, sa spécialité et les diplômes, titres ou fonctions reconnus par le Conseil National de l'Ordre. (Art. R.4127-218) Il y est également précisé que « *ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession* ».
Concernant les centres de soins, l'article L.6323-1 indique sans trop de précisions : « *L'identification du lieu de soins à l'extérieur des centres de santé et l'information du public sur les activités et les actions de santé publique ou sociales mises en œuvre, sur les modalités et les conditions d'accès aux soins ainsi que sur le statut du gestionnaire sont assurées par les centres de santé* ».

Voici l'exemple de deux centres dentaires dans le 17e arrondissement de Paris, à une rue l'un de l'autre :

Émilie Broyet

Et à Levallois-Perret, où pour comparaison intéressante on retrouve à côté de la plaque du centre dentaire celles de professions libérales médicales exerçant dans le même immeuble :

Il paraît difficile d'accepter que pour un chirurgien-dentiste la plaque doive être de dimensions discrètes alors qu'à proximité de son cabinet, le centre dentaire inscrit son nom et son numéro de téléphone en lettres géantes sur bandeaux et panneaux.

L'Ordre national des chirurgiens-dentistes a publié en 2016 une charte ordinale relative à la publicité et à l'information dans les médias. « *Le praticien contreviendra à sa déontologie si la communication est publicitaire, c'est-à-dire si elle a pour but de promouvoir sa pratique ou son cabinet […]. Le recours à certains supports peut être, en soi, publicitaire, et ce, indépendamment du contenu du message qui est diffusé. En effet, par l'utilisation de ces procédés, l'information s'impose à des personnes qui ne l'ont pas demandée ou recherchée.*
[…] *L'apposition de grands panneaux dans les rues d'une ville ou sur des véhicules qui « se contentent » de mentionner les coordonnées d'un cabinet médical a été jugée publicitaire.* […] »

La couverture médiatique de certains centres

Dès l'annonce de leur ouverture, certains centres dentaires « low cost » ont bénéficié de nombreux reportages télévisés et d'article de presse.
Dans *Le Monde*, du 9 mars 2012, on peut lire : « *Sous l'appellation Dentexia, des cabinets de soins dentaires à bas prix se multiplient dans la région lyonnaise. Le premier a ouvert au mois de janvier dans le chic 6e arrondissement de Lyon* […]. *Le deuxième doit démarrer le 12 mars dans le quartier des hôpitaux, à Grange- Blanche* […]. *Un troisième site est prévu le 2 avril à Vaulx-en-Velin* […]. « *La santé dentaire pour tous* ». *Tel est l'objectif affiché sur le site internet de Dentexia, qui dit vouloir « mettre la santé bucco-dentaire à la portée de tous en pratiquant des prix près de trois fois inférieurs à ceux couramment constatés ». Par exemple, le centre propose un forfait d'un montant de 970 euros pour la pose d'un implant, contre une moyenne de l'ordre de 2000 euros. Avantage pour le public : réduire considérablement la part non remboursée des soins dentaires les plus chers.* […] »

De nouveau dans Le Monde du 4 octobre 2012, sous le titre « *Dans le nord, Dentifree inaugure un centre dentaire low-cost* », on retrouve à nouveau des informations très précises, rappelant celles d'un devis : « *Alors que le débat s'anime sur le coût de la santé, des centres dentaires réussissent à baisser les prix de 40 %, provoquant la colère des libéraux. Pour remplacer une molaire par un implant dentaire, il vous en coûtera 1 160 euros. Soit 60 euros de scanner, 500 euros pour un implant, 100 euros pour un pilier dentaire et 500 euros pour une couronne céramique. Sur son site internet (http://www.dentifree-lille.com/), Dentifree Lille affiche plusieurs exemples d'actes de ce type* […] »
Et donne un exemple pour un patient : « *Son nouveau devis devrait être de 3000 euros, soit 2 000 euros de moins que le devis de son dentiste habituel.* […] »

Dans La Voix Du Nord, du 18 septembre 2013, est écrit : « *La zone d'activité de la Cessoie accueille désormais un cabinet dentaire spécialisé dans les maladies des gencives (Dentifree). Avec une idée phare : les dents qui se déchaussent et le dentier ne sont plus une fatalité, même quand on n'a pas les moyens. Comment proposer des implants moins chers ? […] Le défi d'offrir des prix inférieurs de 40 % en moyenne […] Nicolas Thibert ironise un peu sur les pratiques des dentistes : « Ici, pas de tableaux de maîtres, les chaises de la salle d'attente ne sont pas très luxueuses, ce n'est pas immense… »*.
Dans un article paru dans 20 minutes le 12 septembre 2014, on peut lire : « *Le centre dentaire Saint Lazare pourra proposer des couronnes à 390 € et des implants à 970 €, deux fois moins chers que chez un dentiste traditionnel.* ».
Ces articles fournissent un nombre d'informations très précises pouvant être assimilées à de la publicité gratuite, et pour certains, à un dénigrement des cabinets libéraux.

Les actions en justice

Dans le Chirurgien-Dentiste de France du 13 juin 2013, Sabek déclare : « *La médecine dentaire ne peut être exercée comme un commerce. C'est un fondement déontologique dont l'objectif est de protéger le patient. D'où l'interdiction de la publicité et de toute démarche promotionnelle qui finit par assimiler le patient à une marchandise.*
Avec le Conseil national de l'Ordre, la CNSD (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires) a décidé de poursuivre tout écart des règles déontologiques, qu'il soit le fait des praticiens des centres (ce qu'on a rarement vu) ou des dirigeants. Ces derniers agissent au mépris de l'éthique qui gouverne la médecine bucco-dentaire : publicité tapageuse, opérations promotionnelles, refus de soins, référence à des prix de prothèse qui seraient plus avantageux que des moyennes inventées pour déconsidérer l'exercice libéral, etc.
On ne peut laisser ces structures violer les principes déontologiques et dénaturer la relation du chirurgien-dentiste avec son patient. Au-delà, ces pratiques, commises derrière l'écran associatif, constitue une concurrence déloyale à l'égard des libéraux. Comment accepter que pour le chirurgien-dentiste libéral, la plaque soit discrète et que, dans la même rue, le panneau d'un centre dentaire couvre un mur entier, avec bandeaux lumineux, lettres géantes, etc. ? Ni le bon sens, ni le droit ne l'admettent. Et la jurisprudence est constante et abondante en la matière ; les principes déontologiques sont opposables non seulement aux chirurgiens-dentistes, mais également à toute structure qui les emploie, quelle que soit sa forme juridique ».

Le 11 septembre 2013, le tribunal condamne en première instance pour concurrence déloyale et publicité une association loi 1901 pour le développement de l'accès aux soins dentaires (ADDENTIS). Cette dernière avait mis sur son site internet des articles et reportages télévisés qui « relayaient l'ouverture du centre de santé dentaire d'une manière particulièrement avantageuse, visant manifestement à promouvoir les nouveaux services proposés et à inciter le public à s'y rendre ».

La sanction de 1500 € à payer au Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD) et à la CNSD était accompagnée d'une injonction de cesser tout acte publicitaire de concurrence déloyale qu'il soit matériel ou virtuel. L'association ADDENTIS a fait appel de ce jugement et la cour d'appel infirme le jugement en févier 2016. Les magistrats ont donc considéré que le code de déontologie ne s'appliquait qu'aux dentistes salariés de l'association et que celle-ci pouvait donc faire une campagne publicitaire.

L'Ordre national et les syndicats se pourvoient en cassation. **Le 26 avril 2017, la cour de cassation confirme que le code de déontologie n'est pas opposable à l'association (personne morale) qui emploie un chirurgien-dentiste.**
Mais elle condamne la réclame promotionnelle en tant que concurrence déloyale.

Le 19 septembre 2017, la cour d'appel applique la jurisprudence de la cour de cassation consacrée par les deux arrêts du 26 avril 2017. Elle condamne la société DENTEXIA (alors en liquidation judiciaire) pour l'utilisation « *d'une signalisation particulièrement voyante tant par la dimension des panneaux que par la couleur et l'éclairage des inscriptions donnant une apparence commerciale au local. Les indications […] dépassent la simple information objective […] la mention « santé pour tous » […] constitue un slogan publicitaire* ».

Le 26 avril 2017, la cour de cassation confirme que le code de déontologie n'est pas opposable à l'association (personne morale) qui emploie un chirurgien-dentiste.

Ces procédés caractérisés sont de nature à favoriser l'activité des chirurgiens-dentistes employés par l'association et sont « constitutifs, comme tels, d'actes de concurrence déloyale au préjudice des praticiens exerçant la même activité hors du centre de santé » (*CDF, Sabek, 2017*).

Les modes de fonctionnement de certains centres et les dérives possibles

Montage juridique

Ces centres de santé « low-cost » dirigés par des associations loi 1901 bénéficient de la fiscalité des associations. La loi du 1er juillet 1901 précise qu'une association ne peut légalement distribuer de bénéfice à ses membres, sinon elle devient une société créée de fait. Une association peut faire du commerce, mais elle doit réinjecter les bénéfices dans l'activité de la société.
Plusieurs sites (arcad-dentaire.fr, synergie-dentaire.com) se sont intéressés au montage juridique de certains centres « low-cost » qui dissimulent des liens avec des entreprises à but purement lucratif, dont les dirigeants étaient les mêmes.
« *Les associations sont gérées grâce au support de sociétés, qui sont, elles, commerciales. Les sociétés facturent des frais de gestion et de relations publiques aux associations (formation des salariés, produits, matériel, immobilier, etc.). Les associations engendrent donc des profits ensuite recueillis par ces sociétés, contrôlées par les mêmes acteurs que ceux des associations* […] *ces bénéfices, quand ils existent, peuvent être appréhendés par le biais des salaires de certains dirigeants dont des amis ou la famille composent l'association ou par surfacturation à l'association de fourniture, de prestations ou de loyers.* »
Ainsi, certaines associations loi 1901 serviraient d'écrans à des sociétés commerciales de prestations de service, pour siphonner les bénéfices.

Zones d'installation des centres low-cost

Il est difficile de trouver des chiffres précis sur le nombre de centres dentaires.
La CNAMTS dénombrait 228 ouvertures entre 2012 et 2015.
Le rapport de l'IGAS relève 73 nouveaux centres en 2016.
La FSDL a établi un zonage des ouvertures de certains centres dentaires entre 2012 et 2015 : sur 69 centres, 63,7 % ont ouvert en zone très ou surdotées, et seulement 1,6 % dans les zones sous et très sous-dotées. Cette analyse des lieux d'implantation semble un peu différente de leur propagande sur l'accès aux soins pour les plus démunis.
Sur une simple recherche Google dans un quartier du 17e arrondissement de Paris, quartier pourtant a priori bien pourvu en chirurgiens-dentistes, on trouve 3 centres dentaires à proximité les uns des autres.

Mode de fonctionnement du low-cost

Le principe du low-cost est d'enlever tout ce qui va être superficiel dans le produit ou le service. En l'appliquant au domaine de la santé dentaire, le besoin premier est donc le soin.

Lors de la première consultation dans un cabinet libéral, un certain temps va être consacré par le praticien lui-même à l'accueil du patient et à la mise en place de la relation de confiance. Cette approche relationnelle, chronophage, prenante psychologiquement et financièrement, est pourtant essentielle au bon établissement de la relation thérapeutique.

Dans un système low-cost, les temps d'échanges et de communication avec le patient avant et après le début des soins vont être réduits au maximum, afin d'augmenter la productivité et le regroupement des actes. Les protocoles appliqués allongent les durées de rendez-vous, sans tenir compte de l'avis du patient, qui peut se retrouver à subir de longs temps de fauteuil. Le taux d'utilisation du fauteuil sera ainsi maximisé ; mais dépouillée de sa dimension humaine, l'offre de soins s'approche d'un aspect mercantile (*arcad-dentaire, 2016*).

Le site analyse ensuite l'organisation du centre, qui est basée sur une analyse rigoureuse de la production et l'application de protocoles, s'apparentant au taylorisme, pour fournir un rendement

Émilie Broyet

maximum. Le pôle administratif gère la relation avec le patient pour ce qui est de la gestion des dossiers, des plannings de rendez-vous, des devis, des encaissements,…. Le pôle clinique est constitué de plusieurs binômes de chirurgiens-dentistes et d'assistantes dentaires par fauteuil. Le praticien est déchargé de toute tâche autre que le soin et donc une productivité accrue.

Les cabinets low-cost copient les fonctionnements de la grande distribution, en adaptant les méthodes à la spécificité de l'exercice : sélection des patients en fonction de la rentabilité des soins à réaliser, coaching des praticiens pour une optimisation de la productivité,… Et avec une force de frappe importante concernant les achats de prothèses, d'implants et de matériel en grande quantité, leur permettant d'obtenir des tarifs sur leurs commandes de fournitures qu'un praticien libéral seul dans son cabinet n'aura jamais (*T. Soulier, CDF juin 2013*).

L'ensemble des syndicats dentaires signait à ce même moment une lettre ouverte au président de la Fédération nationale des centres de santé en rappelant la perversité induite par le système low-cost : ne sélectionner que les actes les plus rentables ou les réaliser en grand nombre pour changer la donne économique. Dans les cabinets libéraux, 2/3 des actes réalisés sont des actes de prévention et de soins à des tarifs opposables très sous évalués au regard des obligations de qualité, de sécurité et d'évolution des techniques. Le reste des actes à honoraires libres (prothèse, implants, orthodontie,…) permettent d'équilibrer les déficits engendrés par les soins (*Le CDF, 2013*).

> Les cabinets low-cost copient les fonctionnements de la grande distribution

Modification de la loi HPST

L'ordonnance du 12 janvier 2018 réaffirme une gestion non lucrative mais ouvre leur création et leur gestion à des sociétés purement commerciales, ce qui paraît étonnant après le scandale Dentexia ou le rapport de l'IGAS. La non-distribution des bénéfices y est clairement inscrite, mais rien ne semble pour autant empêcher des contrats reliant le centre à des sociétés de services ayant le même gestionnaire. **Elle inscrit que toute forme de publicité en faveur des centres de santé est interdite.**

Le centre devra préalablement remettre à l'ARS un engagement de conformité dont le contenu sera fixé par un arrêté du ministère chargé de la santé. L'ARS n'a toujours qu'un rôle d'enregistrement, mais le texte de loi renforce le pouvoir de contrôle a posteriori et de sanction.

L'arrêté du 27 février 2018 établit quant à lui très précisément un ensemble de caractéristiques relatives au projet de santé (notamment un diagnostic des besoins du territoire), au fonctionnement (pour l'hygiène et la sécurité des soins) et aux informations financières (sur les charges et les sources de financement). C'est donc l'ensemble de l'article L6323-1 du code de la santé publique qui est réécrit, afin de refonder totalement les dispositions législatives et de mieux encadrer les activités des centres de soins. Mais les garde-fous ne semblent pas suffisamment adaptés pour éviter de nouveaux dévoiements mercantiles de notre système de santé.
En dépit des alertes du conseil de l'Ordre et des syndicats dès 2010, les pouvoirs publics et les médias semblent toujours croire en cette émergence soudaine de philanthropes dentaires sauvant la santé publique, contre le corporatisme des dentistes libéraux et ses lieux communs bien ancrés, et ce malgré le scandale sanitaire, financier et humain de Dentexia… Seul espoir en vue, une proposition de loi visant à rétablir l'agrément préalable des ARS avant l'ouverture d'un centre vient d'être déposée par un député LR de Meurthe-et-Moselle. Elle viserait aussi à aligner les règles de déontologie des professionnels exerçant en centre sur celles applicables aux cabinets libéraux et à réguler les activités des centres afin qu'elles ne soient pas exercées comme un commerce… Mais l'équité semble encore loin…

Bibliographie

Livres, revues et périodiques

1. *M. Bernard « 160 questions en responsabilité médicale », éditions Elsevier 2010*
2. *IGAS : Rapport N°RM2013-119P : « les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain » ; Rapport N° 2016-075R : « L'association Dentexia, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions »*

Sites internet

3. *www.ameli.fr/sites/defaults/files/documents/5440/documents/accords-centres-sante-dentaires_assurance-maladie.pdf*
4. *http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-dappel-de-paris-18-fevrier-2016-n-1319101-centre-de-sante-dentaire-publicite-deontologie-concurrence-deloyale/*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

Un exemple de dérive : Dentexia

En mai 2016, la ministre des affaires sociales et de la santé a saisi l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'une mission relative aux centres de santé dits « low-cost ». Le rapport de juillet 2016 intitulé « *l'association Dentexia, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions* » est la première partie de cette mission et a été rendu public.

L'association Dentexia gérait en direct cinq centres dentaires et indirectement un centre de santé dentaire et deux cabinets libéraux en SELARL, sur les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Ile-de-France.

La mission de l'IGAS a analysé le fonctionnement de l'association Dentexia, et a constaté « *plusieurs anomalies financières et juridiques. Elle a également considéré que l'organisation et la gestion s'éloignaient d'un fonctionnement associatif « à but non lucratif ». À titre d'exemple, le président de l'association occupait plusieurs mandats dans des sociétés privées, qui étaient prestataires de l'association. La mission a également relevé des pratiques commerciales qui, pour certaines, pouvaient contredire les objectifs assignés par la loi relative aux centres de santé : la promotion des soins était faite par des assistantes « cliniciennes », chargées dans le même temps de faire signer des prêts au sein même des centres de santé. Il était également demandé aux patients de signer un certificat attestant que tous les soins avaient été réalisés, avant de commencer la réalisation du traitement dentaire. La gestion structurellement déficitaire de l'association et l'augmentation du montant des dettes ont abouti à la liquidation judiciaire prévisible de sept des structures gérées directement ou indirectement par l'association Dentexia.* »

La mission démontre que le président de l'association assurait des mandats dans plusieurs sociétés privées dont trois ont été placées en liquidation judiciaire, deux sont en cours de liquidation au moment du rapport et trois fonctionnaient toujours.

L'IGAS s'interroge sur les objectifs de gestion désintéressée, « *qui fondent à la fois les principes de fonctionnement d'une association à but non lucratif, et les missions des centres de santé, percevant des remboursements de l'assurance maladie :*

- *les honoraires du président s'élevaient à 114 000 € en 2015,*
- *les honoraires dits de « management commercial » en 2015, d'un montant de 268 800 €, se rapportaient à des honoraires versés à la société Créer Patrimoine, société dont le président est gérant,*
- *les procédures récurrentes de liquidation judiciaire suscitent des interrogations sur le mode de gestion des sociétés prestataires de l'association, où le président occupe des mandats.* »

Enfin, le rapport souligne certaines consignes adressées aux praticiens y exerçant : « réduire le nombre de séances pour arracher plusieurs dents, réduire le nombre de séances pour poser davantage d'implants en une fois, donner des consignes notamment sur le fait de ne pas expliquer au patient ce qu'on lui fait au fur et à mesure des soins dispensés dans une même séance. »

Il ressort également que, alors que le profil moyen pour un dentiste libéral est d'environ 135 couronnes dento-portées pour 25 couronnes sur implant, soit un ratio de 5,4, dans certaines structures Dentexia, le ratio est voisin de 1,4…

350 plaintes de patients ont été adressées aux instances ordinales entre 2012 et 2016 concernant des soins non conformes ou non terminés, du surtraitement, de l'abus de faiblesse…

267 plaintes judiciaires ont été déposées en juin 2016, au pénal et au civil, pour principalement des motifs d'escroquerie, de tromperie, de blessures et de violences volontaires.

Lors de la clôture de la mission de l'IGAS, aucune information judiciaire n'était encore en cours, seule l'enquête préliminaire avait débuté. La mission conclut que « *des informations sont remontées sur l'ouverture de nouveaux centres, dont les pratiques étaient présentées comme similaires. (L'IGAS) aura dans un deuxième rapport à proposer des mesures pour éviter que de tels fonctionnements ne se renouvellent, pour garantir la sécurité des patients, qui ne disposent pas toujours des informations utiles avant de commencer un traitement dentaire et se trouvent alléchés par les tarifs réduits qui leur sont proposés initialement. La mission attire l'attention des décideurs sur la nécessité de définir rapidement des critères de vigilance pour activer des contrôles ciblés […] sur tout centre dentaire présentant un risque de dérive commerciale* ».

La deuxième partie de la mission confiée en mai 2016 à l'IGAS était d'apporter une réponse plus globale sur la régulation de cette offre de soins afin d'éviter que ne se créent à l'avenir des structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins des patients.

Le rapport de janvier 2017 intitulé « *les centres de santé dentaire : propositions pour un encadrement améliorant la qualité des soins* » n'a quant à lui jamais été rendu public.

En avril 2018, le conseil de l'Ordre rappelle qu'il s'est vu signifier un refus d'accéder à ce rapport « fantôme » de l'IGAS par la Cada (Commission d'accès aux documents administratifs). Ce refus a été motivé par le fait que ce rapport devait constituer un document préparatoire aux textes de réforme des centres de santé et que de ce fait il n'était pas encore communicable.

17 octobre 2019

Faculté de Chirurgie Dentaire - Strasbourg

Regards croisés en implantologie

1er congrès PEERS FRANCE

Une journée complète avec **7 conférences** et **5 ateliers cliniques** pour vous permettre d'acquérir des connaissances et optimiser votre pratique implantaire sur des sujets innovants, applicables au quotidien.

Cette journée, ouverte à l'ensemble des praticiens investis dans l'implantologie, vous permettra de découvrir, échanger et améliorer votre pratique.

Inscription et programme sur :

www.congres-peers.fr

THE DENTAL SOLUTIONS COMPANY™*

*Le partenaire de toutes vos solutions dentaires

Dentsply Sirona

MELAG France
Expert en Hygiène

CE QUI NOUS ANIME...

L'ÉVOLUTION

Équipement fabriqués suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)
EN 285 (Grands Stérilisateurs)
EN 13 060 (Petits Stérilisateurs)
EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)
DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)
93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

BIENTÔT DISPONIBLE SUR App Store

BIENTÔT DISPONIBLE SUR Google play

CONTACT : 01 30 76 03 00 | info@melagfrance.fr

www.melagfrance.fr

Constance Léger

Le reste à charge zéro : le Code peut-il sauver la déontologie ?

Constance Léger
Paris

Consentement et surtraitement, « zéro reste à charge » et population vulnérable

Comment le code de déontologie assure le consentement du patient et le protège du surtraitement ? Faut-il le faire évoluer pour atteindre ces objectifs ?

Le cadre juridique du consentement

Article R 4127-236 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, aux conditions définies aux articles L.1111-2 et suivants ».
Article L1111-2 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

Sur le fond, et comme nous le prouve la décision de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes du 9 février 2017, le code tel qu'il existe actuellement suffit à poursuivre et condamner un praticien pour un défaut d'information et l'absence de recueil d'un consentement réellement éclairé. Revenons sur cette jurisprudence ordinale : dans ce litige, qui porte sur un traitement estimé à 24 180 euros par le devis du praticien, la chambre a estimé que l'information destinée à la patiente était insuffisante, arguant que « *la description d'une réhabilitation prothétique complexe […] ne peut être faite sans écrits, dessins, photos, schémas, et sans un document signé des deux partis.* »

Cette (rare) décision ordinale amène les réflexions suivantes :
En pratique les condamnations pour ces motifs sont exceptionnelles, et sont généralement prononcées dans des litiges où d'autres manquements sont mis à jour (ici par exemple, et de façon non exhaustive : « *absence de devis conforme, ristourne, négligence concernant l'absence de reprise des traitements endodontique, défaut d'aménité, irrégularité des chèques* »…). L'assise juridique du consentement est en tout cas indiscutable.
Ce litige est à l'initiative de la patiente, qui présente deux particularités :
- elle exerce une profession médicale, et est donc en capacité de s'informer par elle-même,
- elle règle ses soins, et est donc directement concernée par leur coût.

Cela pose la question du contrôle éventuellement possible du recueil du consentement pour deux types de patients (qui sont parfois les mêmes) :
- patients ayant peu de culture médicale et/ou étant soigné dans une langue qu'ils maîtrisent peu ou pas ;
- patients ne réglant pas leurs soins, n'ayant donc pas conscience de leurs coûts et n'étant pas concernés par des dépassements de frais non initialement prévus.

Pour cette population (parfois doublement) vulnérable, le code et l'organisation du système de santé paraissent aujourd'hui inadéquats à la protection de leurs droits. Cela est illustré par la jurisprudence ordinale : la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, dans sa décision du 13 février 2014, a condamné un praticien à une interdiction d'exercice de deux ans, pour avoir (entre autres) fait subir à des patients dont certains bénéficiaires de la CMU des soins « *inutiles et mutilants », par « une pratique de sa profession profondément dévoyée consistant à profiter du dispositif de solidarité nationale que constitue la CMU ainsi que de la confiance e de la situation de faiblesse de ses patients pour leur imposer des travaux prothétiques inutiles [ici par exemple et entre bien d'autres choses, la dévitalisation et le couronnement de 17 dents saines chez une patiente] et aurait, en outre, commis dans la réalisation de ces soins des fautes thérapeutiques graves ayant entraîné de grandes souffrances* ».

Population vulnérable, et population vulnérabilisée par le zéro reste à charge

Les patients aux faibles moyens de compréhension (qu'ils maîtrisent ou non la langue dans laquelle ils se font soigner) nécessitent des précautions particulières pour les protéger de dangers dont ils n'ont pas forcément conscience eux-mêmes. Nous pourrions imaginer la création d'un **« conseil » gratuit, au service de la population**, auxquels les patients pourraient (sur la base du volontariat tout d'abord, puis avec incitation par un meilleur remboursement le cas échéant) soumettre les traitements qui leur sont proposés. L'existence même de ce Conseil (donné par des praticiens agréés par le conseil de l'ordre et rémunérés par la sécurité sociale) pourrait avoir la vertu première d'amener les praticiens à mieux analyser les situations cliniques et à proposer des plans de traitements réellement conformes aux besoins du patient et aux données acquises de la science, et ce d'autant plus si un plan de traitement « retoqué » pouvait entraîner un contrôle renforcé de l'activité du praticien.

Dans le contexte actuel de volonté politique de dissimuler aux patients les frais réels de leur système de santé défaillant, la profession appelle de ses vœux un **reste à charge pédagogique**. Ce financement, même symbolique, par le patient, oblige forcément à la réflexion avant de s'engager dans des soins, responsabilise le patient quand à son implication dans la réussite de son traitement, et permet la matérialité de la maturation de cette réflexion par la signature d'un devis.

Enfin, il est temps que les politiques prennent conscience que l'absence d'engagement financier, qui n'a qu'un fondement idéologique et non rationnel (car si la santé n'a pas de prix, elle a bien évidemment un coût), **met le patient en danger** : en effet l'acceptation d'un devis et l'engagement à régler des soins qui en découle sont une marque forte et peu discutable de consentement. En l'absence de reste à charge (et donc souvent dans les faits en l'absence de devis), comment contrôler celui-ci ?
- Faut-il imaginer le recueil du **consentement du tiers payant** pour les cas où ce tiers financerait la majorité du traitement ? Pour des questions de confidentialité, ce consentement ne peut être demandé à un tiers privé ou une mutuelle, qui sont pourtant en train de devenir les financeurs majoritaires du système de santé (du moins jusqu'à l'avènement d'une réforme fondée sur le bon sens et l'éthique et non sur certains intérêts financiers) ;
- Ou le recueil d'un **consentement externalisé, à un tiers régulateur neutre** ? Lequel pourrait prendre la forme d'une validation de traitement par des dentistes agréés par le Conseil de l'Ordre et rémunérés par la Sécurité Sociale (rémunération qui serait aisément compensée par les économies réalisées en évitant les surtraitements).

L'extension des prises en charges des frais médicaux par des tiers, voulue et accélérées par les pouvoirs publics, fait de cette question une urgence sanitaire. Si ce retour à un mode « d'entente préalable » peut sembler une régression, il apparaît aujourd'hui comme une protection nécessaire des patients face au risque de surtraitement.
Dans le code, cela pourrait s'inscrire dans un article tel que : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché et obtenu dans tous les cas, aux conditions définies aux articles L.1111-2 et suivants. L'engagement du patient dans son traitement, qui marque son consentement, est acté par sa participation financière à ce dernier, qui ne peut être intégralement pris en charge par un tiers. Ce consentement individuel n'empêche pas la société de vérifier à chaque fois qu'elle l'estimera nécessaire la justification des soins proposés.* ».
Ou bien, si les pouvoirs publics s'obstinent à infantiliser la population en maintenant opaque le financement de leurs soins, le sibyllin article R 4127-246 « *L'existence d'un tiers garant tel qu'assurance publique ou privé, assistance, ne doit pas conduire le chirurgien-dentiste à déroger aux prescriptions de l'article R 4127-238 », lequel affirme que « Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.* », pourrait gagner en clarté et en utilité en se posant en garde-fou dans une relation patient-praticien de plus en plus envahie par des tiers (payants, contrôleurs, prescripteurs, indicateurs de praticiens…). Par exemple : « *Le chirurgien-dentiste est et demeure seul prescripteur des soins qu'il estime nécessaires. Nul tiers, personne physique ou morale, ayant ou non un intérêt financier dans le traitement du patient, ne saurait intervenir d'une quelconque façon que ce soit sur le traitement entrepris et accepté par le patient.* »

Rappelons que dans son rapport portant sur l'association Dentexia, l'IGAS sollicite la « *solidarité nationale* » pour réparer les dégâts sanitaires considérables causés. Il est légitime que cette solidarité s'accompagne d'un droit de regard sur l'indication des soins et leur qualité. Il est par ailleurs regrettable que le rapport de l'IGAS de novembre 2017 (portant sur *L'évaluation de la généralisation du tiers payant*) ne se soit intéressé qu'à l'aspect technique du tiers-payant généralisé sans explorer les *changements comportementaux induits* chez les patients (désengagement du traitement ?) et chez les praticiens (rigueur dans le recueil du consentement ? surtraitement ?).
Les praticiens en sont déjà conscients, et les leçons à tirer des patients actuellement en tiers payant intégral ne manquent pas : le « zéro reste à charge » s'avérera fatalement extrêmement coûteux, sanitairement (surtraitement) et financièrement pour l'ensemble de la population. Les seuls qui en tireront bénéfice seront les assureurs et les employeurs peu scrupuleux de chirurgiens-dentistes, tout cela au détriment des patients, des finances publiques, et des praticiens (qui ne semblent plus avoir le droit de s'enrichir par leur exercice, contrairement aux actionnaires des centres de santé).
Si le Ministère de la Santé cherche un symbole fort de l'implication de la solidarité nationale au service de la santé bucco-dentaire, pourquoi ne pas lancer un reste à charge zéro pour les brosses à dents plutôt que sur la prothèse ? Ou même, sur une vraie consultation de prophylaxie, facturée à un prix réel qui permettra d'en faire un vrai bénéfice pour le patient, et d'impliquer des praticiens compétents ?

La liberté tarifaire au service d'un exercice intègre

Le cadre juridique de la liberté tarifaire des praticiens

Le code de déontologie semble tout à fait explicite et vigoureux sur cette question :
- article R 4127-201 : « *Entente directe entre le patient et le chirurgien-dentiste en matière d'honoraires* » ;
- article R 4127-204 : « *Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins […] ainsi que la sécurité des patients. […] il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose* » ;
- article R 4127-240 : « *Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation son, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières* ».

Pourtant, et en totale ignorance la déontologie médicale, les médecins (en 1945) puis les dentistes ont perdu le droit de fixer le montant de leurs honoraires. La médecine a vu ensuite l'émergence d'un secteur 2 préserver un certain niveau de compétence pour les spécialistes mais a quand même assisté à la paupérisation de son corps professionnel (et, parallèlement, à l'augmentation d'accès aux soins pour les patients et la dégradation de la prise en charge). Pour les dentistes, il n'y a pas eu de création de secteur 2. L'Assurance Maladie Obligatoire a proposé par le biais de la NGAP une liste d'actes thérapeutiques remboursables et fixe leur tarif (pour une partie d'entre eux). Si le chirurgien-dentiste ne se voit pas à proprement imposer une thérapeutique, cela peut déjà l'inciter, consciemment ou non, à privilégier les actes répertoriés dans la nomenclature, même s'il garde la possibilité de proposer et facturer des actes en « hors nomenclature ».

Par la suite, l'AMO a fait évoluer les actes répertoriés dans la nomenclature, les a précisés, étendus jusqu'à en faire une liste presque ex-

Constance Léger

haustive des pratiques dentaires, sans en faire évoluer les tarifs pendant plusieurs décennies. Les renégociations actuellement en cours proposent une réévaluation des soins (à des montants qui restent encore totalement déconnectés de leur coût réel) et le plafonnement des tarifs prothétiques (qui en fait des actes réalisés « à perte » pour les dentistes rigoureux). La nouvelle convention va vers la systématisation des actes les plus invasifs (dévitalisation-couronne) au dépit de tout bon sens et au mépris des besoins réels des patients. Il est urgent de revenir à une pratique dans laquelle, quel que soit le contenu de la séance, la rémunération reste honorable, de telle sorte qu'étant prescripteur et exécuteur, cela n'influe pas sur la décision thérapeutique. Avec moins de démagogie et plus de pédagogie, la société comprendrait qu'elle a tout à y gagner (tant pour la santé des individus que pour la maîtrise du budget de santé publique).

Sortir des injonctions paradoxales

Il est évident et légitime que les honoraires du chirurgien-dentiste doivent être calculés afin d'assurer la pérennité du cabinet (qui nécessite souvent des investissements lourds que le praticien est le seul à assumer) ainsi qu'un revenu correspondant au niveau de qualification et de responsabilité d'un praticien. Les chirurgiens-dentistes sont soumis dans leurs examens, diagnostics, et traitements, à une obligation de moyens. Or quel est le premier de ces moyens si ce n'est d'avoir le temps d'examiner son patient, de réfléchir au traitement qui lui serait le plus adapté, de prendre le soin de le lui expliquer, de le réaliser dans les règles de l'art, d'en assurer le suivit consciencieux ? Le temps, sans doute parce qu'il échappe d'avantage aux contrôles administratifs que des fiches de prothèses et des références de céramiques ou de bacs à ultrasons, est totalement absent des considérations des pouvoirs publiques. Les tarifs imposés sont par essence même non déontologiques.

Ils sont aussi la négation de ce que doit être réellement toute relation médicale. En tarifant les actes réalisés, **l'Assurance Maladie Obligatoire s'est désintéressée de la pratique déontologique. Quelle facturation existe aujourd'hui pour l'établissement et l'explication d'un diagnostic ? D'un plan de traitement ? Du recueil du consentement ?** Pourtant, dans les litiges mettant en doute le consentement, les enquêtes s'intéressent aux durées et au nombre de rendez-vous. Ce temps est-il censé être bénévole ? Quel bénévole a aujourd'hui les moyens de mettre son temps et un plateau technique dont le coût peut aller jusqu'à plusieurs centaines d'euros de l'heure à disposition d'une population qui, par ailleurs, le pressurise financièrement ?

Pourtant ce n'est pas par libéralisme outrancier que les fondements de la déontologie affirment que le praticien fixe lui-même ses honoraires avec tact et mesure. Il est le seul à pouvoir évaluer, dans cette triade très particulière qui réuni un patient singulier, ses besoins de soins et leur aspect technique, et un praticien avec ses compétences et son équipement, le temps et les frais que nécessitera le traitement envisagé. Les actes à tarifs imposés sont donc aberration déontologique autant qu'une aberration pratique. Seul le montant du remboursement accordé par la société peut être décidé par cette dernière.

Par ailleurs le mauvais remboursement entraîne un renoncement aux soins par effet pervers d'illusion de la gratuité du soin « nécessaire ». Par exemple, **il est plus difficile de faire comprendre aux patients la nécessité d'un assainissement parodontal (non pris en charge par la sécurité sociale)**, alors qu'une couronne (qui n'est pas forcément justifiée et en tout cas certainement pas prioritaire chez un patient souffrant de parodontite) sera mieux acceptée. Le remboursement par la sécurité sociale, bien que déconnectée de toute considération de ce que sont « les données acquises de la science », fait encore figure aux yeux des patients de validation par une autorité extérieure.

Dans son obligation de moyens, le chirurgien-dentiste est censé se conformer à ces données acquises. Quelle peut être cette réalité avec des tarifs qui le privent de son premier moyen (le temps) ? Prenons l'exemple des tout nouveaux BBD (Bilans Bucco Dentaires) des retraités, dont le montant est fixé à 30 euros par la Sécurité sociale. Ce tarif fait figure d'aumône pour la consultation d'un praticien qui met ses compétences et son plateau technique à disposition de son patient durant environ 45 minutes. Selon le coût horaire du cabinet, 30 euros correspondent à 6 à 18 minutes de temps de fauteuil : c'est absolument dérisoire face aux ambitions affichées de cette campagne d'incitation de bilan et de dépistage. Cette mesure (coûteuse) est donc au mieux inutile, et bien souvent néfaste à sa santé pour un patient qui croit ainsi être suivi quand il n'a pas pu faire l'objet d'un examen rigoureux ni bénéficier des explications nécessaires à son implication dans sa santé. Il est grand temps d'investir avec audace et lucidité dans la prévention.

En imposant un tarif, on impose une qualité (forcément mauvaise au regard du temps qui peut être consacré à l'acte) ou (ce qui est encore plus inquiétant et pervers) on entraîne le praticien vers un exercice où son équilibre financier sera lié à l'aggravation de l'état de ses patients. Tout ceci avec la bénédiction des pouvoirs publics, qui n'ont en tête que de baisser le prix des couronnes quand, en 2019 en France, il est tout à fait possible de ne plus en faire du tout. En tout état de cause, (article R 4127-233) « *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science* ». Les dentistes ne pourront donc pas se réfugier derrière l'excuse du bas-coût pour légitimer des soins de piètre qualité, qui resteront (de même que les tarifs imposés…) toujours non conformes à leur déontologie.

Quelle protection pourrait alors offrir l'article R 4127-232 : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles* » ? Le praticien peut-il l'invoquer si dispenser ses soins met en danger l'équilibre financier de son cabinet ? (n'est ce pas une raison professionnelle ?). Comment qualifier le dispositif de CMU de solidarité nationale quand il se fait principalement au détriment du revenu d'un seul individu ? Revenir à une réelle liberté de tarifs serait aussi un atout pour lutter contre les **déserts médicaux**, par régulation de l'offre et de la demande, sans que la qualité des soins soit une variable d'ajustement du marché.

À minima, la création d'un **secteur 2** en médecine dentaire, depuis longtemps réclamée par la profession et qui respecterait le droit des patients à choisir leur niveau de prise en charge semble urgente. Ouvrant droit à honoraires libres sur justifications de compétences particulières dans tel ou tel domaine, il pourrait être accordé en contrepartie de contrôles qualitatifs fréquents et sanctionnant (par exemple, perte du secteur 2 en endodontie si les résultats d'un contrôle des dossiers patients mettent en évidence une insuffisance de qualité sur ces traitements). […]

[*L'intégralité de ce mémoire est disponible sur le site dr-constance-leger.chirurgiens-dentistes.fr*]

Anne-Elisabeth Raymond

La responsabilité spécifique et partagée du parodontiste : quel constat ?

Anne-Elisabeth Raymond
Meudon

Introduction

La Responsabilité médicale est souvent au cœur de l'actualité avec l'affaire récente de l'anesthésiste de Besançon ou encore de la jeune Naomi Musenga. Cette dernière après plusieurs appels téléphoniques auprès des services d'Urgence est décédée. Quelle est la part de la responsabilité spécifique de l'opératrice, est-ce une négligence ? De celle de la responsabilité partagée au sein des équipes médicales pour ces deux affaires médiatiques, est-ce lié à un dysfonctionnement ou à un défaut de transmission des informations médicales ?
Le parodontiste en exercice libéral travaille également avec de nombreux intervenants médicaux en fonction de l'évolution de la maladie parodontale. Quelle est la part de la responsabilité spécifique et partagée du parodontiste ?

La responsabilité médicale est l'obligation de réparer une faute, de remplir une charge, un engagement. Elle est contractuelle, individuelle et spécifique entre le patient et le parodontiste. Le traitement des maladies parodontales, c'est-à-dire de l'ensemble des tissus de soutien de la dent, est souvent un préalable indispensable lors de soins pluri disciplinaires complexes. La stabilisation et l'évolution des parodontites sont en relation avec l'état de santé général du patient. **Ainsi, la responsabilité du parodontiste peut être également partagée *(in solidum)* au sein d'une équipe médicale.**

Historiquement, l'émergence de la responsabilité médicale est liée à l'arrêt Mercier de la Cour de Cassation du 20 mai 1936 (*Cass, Civ, 20 mai 1936, Mercier, D.P.1936.1.8*) et à l'obligation de moyen. Au fil du temps et après plusieurs interrogations, il y a eu la Loi du 4 mars 2002 (*Loi n° 2002-303, Loi Kouchner*) qui a renforcé les obligations juridiques du praticien.

« *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé…* ».
Mais au-delà de ses obligations juridiques, la responsabilité médicale a avant tout une valeur éthique, d'avantage prononcée ces dernières années : « *La personne malade à droit au respect de sa dignité.* »
En pratique, comment articuler l'absence de reconnaissance légale de la parodontie et sa pratique clinique ? Peut-on continuer à envisager la parodontie comme une spécialité à part entière ou faut-il continuer à l'enseigner avec d'autres modules chirurgicaux ? En France, avec l'évolution des connaissances, de la formation continue, le champ initial de compétences du parodontiste a tendance à s'élargir… dès lors, il en va de même pour sa responsabilité.

La responsabilité spécifique du parodontiste et ses obligations juridiques

La faute peut être traitée en matière civile le plus souvent mais aussi en matière pénale lorsqu'une conciliation à l'amiable avec un praticien de recours a été impossible. Parfois, par voie judiciaire pénale et civile lors d'un décès d'un patient suite à une faute. La faute est le fait dommageable : « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.* » [1]. La réparation d'un préjudice n'est pas seulement subordonnée à la double existence d'un dommage et d'un fait générateur de responsabilité. Le dommage doit également se rattacher au fait générateur par un lien de causalité. Il faut que le fait générateur de la responsabilité ait été la cause efficiente du dommage de manière directe et certaine.

> La responsabilité du parodontiste peut être également partagée *(in solidum)* au sein d'une équipe médicale.

L'origine de la faute revêt trois principaux aspects :
- soit un aspect technique : un diagnostic - une indication thérapeutique erronée, un aspect technique défaillant, une maladresse - une imprudence, un non-respect des règles d'asepsie…,
- soit un aspect relationnel entre le patient et le praticien : par un manquement au devoir d'information et au recueil du consentement préalablement aux soins accompagnés d'une perte de confiance du patient envers son parodontiste,
- soit un aspect éthique : par un manquement d'humanisme, une atteinte à l'intégrité de la personne avec le retrait d'un organe dentaire sain (ODF), par non-respect du secret professionnel.

Avec la réforme de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) devenue la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), les actes de parodontie restent des actes de prévention dont les honoraires sont pour la plupart non pris en charge par la sécurité sociale, exceptés pour les patients diabétiques. Une codification des actes de parodontie a été mise en place au sein des cabinets libéraux, elle est récente. Ses dernières modifications et applications datent du 1er avril 2019. La maladie parodontale a une influence reconnue sur certaines pathologies générales par l'ANAES. En effet, l'évolution de la maladie parodontale peut entraîner des récidives de lésions gingivales et osseuses impliquant un suivi clinique et radiologique, une maintenance parodontale périodique pour stabiliser le parodonte. Il existe également de nombreux facteurs de risque des parodontites (d'ordre systémique, hormonale, génétique ou encore le tabac…) et le traitement parodontal est souvent long et coûteux parfois apparenté à de l'esthétisme (greffe de gencive dans les secteurs antérieurs)… Pour les traitements chirurgicaux en parodontie, les obligations juridiques de sécurité sont renforcées. L'utilisation de bio matériaux doit s'appuyer sur des publications scientifiques, des études longitudinales à long terme, consensus scientifique… De même pour les techniques chirurgicales à visée esthétique.
Les obligations juridiques en matière de soins en parodontie tels que le devoir d'information, le contrat de soins et le recueil du consentement devront être renforcées.

La responsabilité *in solidum* : la médecine et les traitements complexes multidisciplinaires

La responsabilité *in solidum* du latin : solidairement a juridiquement plusieurs sens. Au sein d'une collectivité, il s'agit du lien d'entraide unissant tous ses membres. Au sein d'une équipe dirigeante, communautés de vues, d'action et de destin s'unissent, au moins à l'égard des tiers, les membres du groupe. Pour les membres d'un gouvernement, il s'agit d'une obligation politique, on parlera de responsabilité collective. C'est le dernier sens qui nous intéressera d'avantage en médecine : le rapport d'obligation, le lien particulier entre les sujets passifs (débiteurs) ou actifs (créanciers) de l'obligation et de manière spécifique pénalement l'obligation pour chacun des auteurs, coauteurs et complices d'une même infraction ou d'infractions connexes de payer la totalité des dommages-intérêts et des frais, avec la possibilité de demander ensuite à chacun des autres le remboursement de ce qui a été payé pour lui.

Une succession ou une concordance de plusieurs fautes engendre une responsabilité in solidum lors de traitements pluri disciplinaires. « *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.* » [2]

L'équipe médicale du parodontiste (assistante, remplaçant), les protocoles techniques (utilisation de bio matériaux normé CE ou NF) sont de la responsabilité spécifique de tout professionnel de santé. La faute consiste à avoir choisi un tiers imprudemment pour aider à réaliser l'acte promis au patient, c'est la « culpa in eligendo ». Il convient de s'assurer de la compétence, de la qualification du tiers. Depuis la mise en place des recommandations de bonne pratique concernant le diagnostic et le traitement des parodontopathies, la maladie parodontale est considérée comme un facteur de risque d'autres maladies ou situations cliniques. Le diagnostic (clinique, radiologique, microbiologique et marqueurs biologiques), les moyens thérapeutiques et la stratégie de prise en charge sont également détaillées. Le parodontiste orchestrera de nombreux traitements pluridisciplinaires entre chirurgiens-dentistes, orthodontistes ou médecins : c'est la responsabilité in solidum. De cette définition, découle la notion et l'obligation de contrat entre un professionnel de santé et son patient.

Les principales caractéristiques du contrat de soins du parodontiste émanant du code civil et applicables pour les soins de parodontie, excepté les urgences, sont :

- être en capacité de contracter (personne majeure, responsable, non placée sous tutelle), le libre choix du professionnel de santé. Le contrat est résiliable unilatéralement lors de refus de soins ou de perte de confiance par exemple. « *Chacun est libre de contracter ou de ne pas contracter, de choisir son cocontractant et de déterminer le contenu et la forme du contrat dans les limites fixées par la loi. La liberté contractuelle ne permet pas de déroger aux règles qui intéressent l'ordre public.* » [3]
- un contrat « *intuitu personae* », vis-à-vis d'une personne et le praticien exécute personnellement le contrat, les soins et le suivi thérapeutiques ; l'exécution est souvent continue. « Le contrat est un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations. « *Le contrat à exécution instantanée est celui dont les obligations peuvent s'exécuter en une prestation unique. Le contrat à exécution successive est celui dont les obligations d'au moins une partie s'exécutent en plusieurs prestations échelonnées dans le temps.* » [4]
- un contrat avec un engagement réciproque entre le parodontiste et le patient. « *Le contrat est synallagmatique lorsque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres.* » [5]
- un contrat financier avec une forte recommandation de la mise en place de devis pour les actes de parodontie de prévention, de traitement et d'esthétisme non remboursé par la sécurité sociale. « *Le contrat est à titre onéreux lorsque chacune des parties reçoit de l'autre un avantage en contrepartie de celui qu'elle procure.* » [6]
- un contrat tacite, implicite avec un délai de réflexion d'acceptation du devis. Un contrat consensuel avec un consentement écrit co-signé.

Lors de traitement pluri disciplinaires un contrat et le recueil du consentement doivent être réalisés par chaque professionnel de santé. La loi du 4 mars 2002 a considérablement renforcé le recueil du consentement libre, éclairé du patient dans son intégrité. Le consentement a plusieurs formes : implicite, verbal, écrit. Il en sera rediscuté au chapitre suivant. L'arrêt de la Cour de Cassation du 3 novembre 2016 (6bis) est venu confirmer **la règle selon laquelle la responsabilité du médecin ne peut qu'être personnelle et non pas collective**. En effet, la patiente n'a pu apporter la preuve que la compresse avait été oubliée au cours de l'intervention de 2004 ou 2005. La mise en cause d'une responsabilité personnelle implique l'identification certaine du professionnel (ou de l'établissement) auquel la faute est imputable.

En médecine libérale, la faute doit être prouvée par le plaignant. La Cour de cassation justifie sa position en relevant qu'il s'agit d'une responsabilité personnelle fondée sur une négligence fautive ; ce qui est différent d'une faute avec une présomption d'imputabilité. Le praticien qui adresse à un autre confrère se doit d'informer dans la limite de ses compétences

Anne-Elisabeth Raymond

le traitement complémentaire, de réaliser une analyse commune pour la mise en œuvre et la finalité de la thérapeutique parodontale choisie. Il existe également une responsabilité éthique des différents intervenants.

La notion de « chef » au sein d'une équipe médicale, de praticien référent

Chaque professionnel de santé peut être amené à répondre des fautes qu'il a personnellement commises. Mais la responsabilité du médecin, ou encore celle du chirurgien-dentiste, est parfois engagée à propos d'actes qu'il n'a pas accomplis lui-même, lorsqu'il est considéré comme le chef d'une équipe médicale. Sa responsabilité est liée au fait que le patient n'a pas contracté avec chacun des membres de l'équipe mais seulement avec lui et « *qu'il doit répondre des personnes qu'il se substitue en dehors du consentement de son patient pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation.* » [7]

Cependant même dans le cas où le patient a contracté avec d'autres médecins de l'équipe et où il n'existe pas de lien de subordination au sein de celle-ci, le médecin peut engager sa responsabilité en l'absence de prudence et de diligence quant au domaine de compétence du praticien avec lequel il a concouru à une intervention [8] dans la mesure où il a ainsi manqué à ses devoirs généraux. Le médecin, comme le chirurgien-dentiste, peuvent être tenus des fautes commises par des membres du personnel de l'établissement de santé. La Cour de cassation a retenu qu'en vertu de l'indépendance professionnelle dont le médecin bénéficie dans l'exercice de son art, il répond des fautes commises au préjudice des patients par les personnes qui l'assistent lors d'un acte médical d'investigation ou de soins, alors même que ces personnes seraient les préposées de l'établissement de santé où il exerce » [9]. Ces dernières agissent en effet dans ce cas sous son contrôle direct et non plus sous le contrôle de l'établissement qui les emploie.

Plusieurs réflexions en matière de droit à partir de cas de responsabilité médicale in solidum peuvent être évoquées :

- la jurisprudence s'adapte progressivement à la société actuelle mais sans céder à la compassion envers les victimes, où se situe l'équité entre le patient et le praticien ?
- existe-t-il un droit des laboratoires, cliniques, structures hospitalières et un autre droit du professionnel de santé en exercice libéral… Ils sont pourtant tous soumis à la même responsabilité civile personnelle.

La notion de capacités, de compétences et la problématique du statut légal du parodontiste

La capacité est l'aptitude de quelqu'un dans un domaine précis. En chirurgie-dentaire, elle correspond au Diplôme d'État en chirurgie-dentaire, également à une obligation ordinale d'inscription au tableau de l'ordre et à une assurance de Responsabilité Civile Personnelle (RCP). La capacité et la compétence sont proches pour le praticien qui s'interroge sur les limites de son exercice. La capacité définit les limites de ce que le praticien est autorisé par la loi à faire. La compétence signifie pour le professionnel de santé ce qu'il peut s'autoriser lui-même à faire, en toute bonne conscience de son expérience et de son parcours. La compétence d'un professionnel de santé est liée à ses connaissances approfondies dans une matière, ce dernier est capable de bien juger par son expérience et par son savoir-faire technique. Pour le chirurgien-dentiste, l'évolution des techniques et de la science oblige à une formation continue tout au long de sa vie professionnelle. Les conférences, la lecture de revue scientifiques, la participation à des formations universitaires plutôt que commerciales permettent de maintenir ses connaissances scientifiques, de les actualiser. La compétence est le fruit à la fois de la formation initiale, de la formation continue et de l'expérience personnelle en situation clinique.

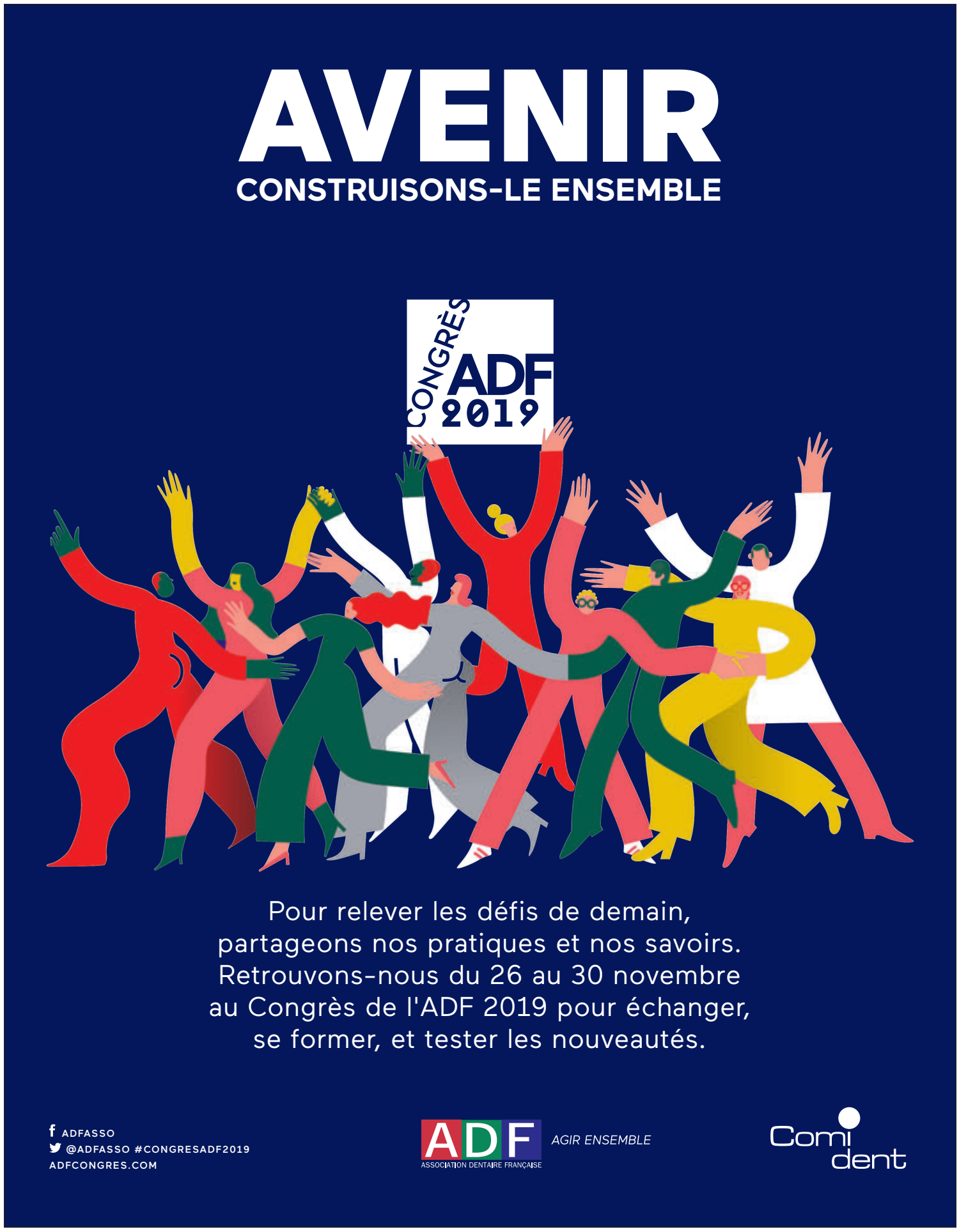
Au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire, la capacité et les compétences des différents intervenants sont essentielles. Le diagnostic, le traitement et le suivi du patient dépendent étroitement de la cohésion du projet commun de l'équipe médicale. Il convient pour chaque intervenant de connaître ses limites, ses capacités et compétences mais aussi celles de ses confrères afin d'ajuster au mieux le plan de traitement pluri disciplinaire du patient commun. Cette obligation morale, éthique au service de la science paraît indispensable à l'évolution et au suivi des données cliniques du patient.
La confiance du patient sera maintenue également avec un renforcement de l'information entre lui et le praticien mais également au sein de toute l'équipe médicale tout le long de son suivi parodontal.
La communication et la cohésion de l'équipe médicale permettront de répondre au mieux au traitement complexe du patient et de ses différentes évolutions possibles. La responsabilité spécifique et partagée du parodontiste en sera d'autant plus épargnée.

La problématique de la reconnaissance du statut légal du parodontiste

La réforme des Universités a modifié le parcours des étudiants en chirurgie-dentaire. Ainsi, l'enseignement de la parodontologie a évolué. La spécialité de la parodontie, en tant que telle, peut se prévaloir de très peu de diplômes : un certificat d'étude supérieur (CES de parodontologie) permettant l'acquisition d'unité d'enseignement (UE) et des crédits européens capitalisables (ECTS). Ce CES de parodontologie (regroupé en mention médecine buccale depuis 2010) reste relativement théorique, il a une durée d'un an, est dispensé par une Université d'Odontologie et accessible à tout titulaire du diplôme de chirurgien-dentiste. Il est reconnu par le Conseil de l'Ordre national comme un Diplôme National du groupe B. [10]

L'évolution de la spécialité de parodontie, la reconnaissance légale

Depuis 2013, seulement trois spécialités sont reconnues en Odontologie après l'obtention du concours d'internat et la validation d'un troisième cycle long : l'orthopédie dento faciale, la chirurgie orale, et la médecine buccodentaire. [11]



Anne-Elisabeth Raymond

Le troisième cycle long des études odontologiques, dénommé internat en odontologie, est accessible par un concours national aux étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle des études odontologiques. Les étudiants nommés à l'issue du concours en qualité d'interne en odontologie peuvent accéder à des formations qualifiantes de troisième cycle dont la liste est fixée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat. Après validation de ce troisième cycle et soutenance d'une thèse, les internes obtiennent en plus du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire un diplôme mentionnant la qualification obtenue. À défaut d'être titulaire d'un des titres énoncés ci-dessus, les formations et l'expérience professionnelle du praticien peuvent être prises en considération par une commission de qualification dans la spécialité concernée.

Contrairement à l'arrêté du 19 novembre 1980 portant sur l'approbation du règlement relatif à la qualification des chirurgiens-dentistes en orthopédie dento-faciale, il n'est prévu aucun délai pour la présentation des dossiers de demande de qualification par les praticiens ne disposant pas des titres ouvrant droit directement à la qualification. Cela a pour conséquence que tout praticien, à quelque moment que ce soit de son parcours professionnel, pourra demander la qualification qu'il souhaite. Son dossier sera alors soumis à la commission de qualification concernée, qui examinera sa formation et son expérience professionnelles.

Par ces dernières recommandations du Conseil de l'Ordre, nous comprendrons que suivant la pratique clinique du parodontiste, ce dernier pourra demander :

- soit une spécialité en chirurgie orale (ancien DESCB), en particulier s'il complète son activité en implantologie, stomatologie (extraction, comblement de sinus, reconstruction osseuse partielle),
- soit en médecine bucco-dentaire qui relève de la prise en charge des populations à risque (médicales, psychique ou technique complexe) et de la gestion des conséquences de pathologies générales sur la sphère oro-faciale.

Mais ces deux spécialités reconnues ne correspondent pas uniquement à la parodontie et demandent une formation complémentaire, une ouverture du champ de compétences initial du parodontiste. Alors que cette spécialité de parodontie est enseignée au sein des différentes Universités d'Odontologie et valorisée en pratique clinique dans certains pays européens avec la formation de personnel médical telle que des hygiénistes, nous pouvons nous interroger sur l'absence de reconnaissance légale de cette discipline à part entière. L'année 2018 a également été marquée par la publication d'une classification de référence en parodontologie : la classification de Chicago qui caractérise la sévérité et la complexité des parodontites, remplace celle de l'Armitage de 1999. Cette nouvelle classification intègre les pathologies d'ordre général (diabète, obésité, arthrose, sclérose, neutropénie…) ainsi que des facteurs de risque ayant un impact variable sur les parodontites ; la parodontie « se médicalise » d'avantage avec le temps. Quelles sont finalement les compétences/capacités du parodontiste, quelle est l'évolution de sa responsabilité professionnelle d'un point de vue légal et quelles sont les nouvelles orientations de la parodontie ?

> La parodontie « se médicalise » d'avantage avec le temps

L'expert et la parodontie

Les différents types d'expertise sont l'expertise amiable, l'expertise judiciaire civile ou pénale ou administrative, l'expertise de Sécurité Sociale, l'expertise pour présomption d'imputabilité des pathologies supposées d'origine professionnelle. Nous nous intéresserons aux expertises judiciaires et plus particulièrement civiles qui affectent le plus grand nombre de chirurgiens-dentistes. Le juge demande à l'expert, désigné le plus souvent à partir de la liste des experts près la cour d'appel du secteur géographique, un rapport « technique » dans le domaine médical pour l'éclairer sur le litige, les fautes, les dommages, le lien de causalité, la responsabilité, le préjudice et l'indemnisation éventuelle. Il repose sur le principe du contradictoire entre les deux parties.

A travers plusieurs exemples de jurisprudence, nous essaierons de mettre en lumière les obligations juridiques renforcées du parodontiste.

Cas d'expertise

Par ordonnance de référé au TGI d'Antony est demandé en 2016, un rapport d'expertise sur des sensibilités dentaires apparues après une séance de détartrage. La patiente explique avoir consulté tous les 6 à 12 mois, chez différents chirurgiens-dentistes pour un nettoyage de sa denture en raison de l'apparition de tartre ; elle dit n'avoir jamais souffert de ses dents et n'avoir jamais eu d'autres soins dentaires que ces nettoyages réguliers. La patiente explique avoir eu de fortes douleurs gingivales et des sensibilités avec apparition de taches blanches au niveau des Incisives centrales suite à son dernier soin chez le Dr A. De son côté le praticien A. révèle avoir utilisé son matériel habituel : ultrasons, cupule et pâte à polir et que la patiente n'a pas exprimé de doléances pendant son unique séance de détartrage.

L'expert aura retenu que :

- le chirurgien-dentiste aurait dû réaliser ses soins gingivaux en plusieurs séances et non en une seule fois, afin de réévaluer la santé gingivale du patient, de prodiguer des conseils d'hygiènes bucco-dentaire, et ainsi de réaliser « *un acte consciencieux par rapport aux données de la science* » ;
- le chirurgien-dentiste aurait dû informer le patient de sa maladie gingivale et éventuellement l'adresser vers un spécialiste en parodontie utilisant des curettes manuelles en complément ;
- l'état initial et les différents certificats des anciens chirurgiens-dentistes ne peuvent aboutir de façon certaine à l'absence de taches blanches sur les incisives centrales supérieures avant les soins. Le retrait du tartre ayant pu révéler leur existence ;
- l'origine de ces taches blanches dentaires entraînant des sensibilités thermiques peut s'apparenter à une hypo minéralisation de l'émail (MIH) et nécessitera des séances régulières d'application de vernis fluorés permettant la reminéralisation. Ces actes ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et la CMU de la patiente. Ces lésions de l'émail sont souvent anciennes dans la maturation de l'émail ;
- l'expert ne peut pas affirmer de façon directe et certaine que la faute (le détartrage) est à l'origine du dommage (hypersensibilité dentaire) et donc la responsabilité du chirurgien-dentiste n'est pas engagée ;
- néanmoins, on quantifiera des souffrances endurées physiques et morales (1,5 sur une échelle de 7), un préjudice esthétique de par la présence de taches blanches au niveau de dents antérieures très visibles (3) mais dont l'imputabilité n'est pas certaine et directe avec le soin de détartrage.

Ce cas d'expertise de 2016 met en avant :

- l'affirmation des obligations en particulier du devoir d'information, et de l'obligation de moyen par un manquement de sérieux et de précaution dans les soins diligentés ;
- le lien de causalité doit être direct et certain entre la faute et le préjudice ;
- l'importance de la tenue du dossier médical avec des données radiographiques et cliniques pour mettre en évidence l'état initial du patient.

Puis le magistrat rendra un jugement à partir de ce rapport d'expertise. Une limite au pouvoir souverain d'appréciation des faits, reconnue par le juge du fond est apportée par la Cour de cassation si l'essence du rapport de l'expert est désavouée. Il existe « *une obligation faite au juge de ne pas dénaturer les documents de la cause* » lorsque le rapport est clair et précis, sans ambiguité. [12]

Cas d'expertise pluri disciplinaire

Expertise ORL/parodontie : un abcès dentaire et ses conséquences ophtalmiques

CA de Douai, 14 juin 2007, RG 05/02844. Depuis 1991, M. X. Est atteint d'une cécité totale bilatérale des suites d'une gangrène gazeuse qui s'est développée à la faveur d'un abcès dentaire non soigné. Chirurgien-dentiste (soins d'urgence), médecin généraliste, médecin ORL-stomatologue. Erreur de diagnostic (amygdalite), retard de prise en charge. Perte de chance d'échapper à une infirmité et aggravation de l'état antérieur.

La jurisprudence retient avec constance lors de la présence de plusieurs praticiens fautifs in solidum, une répartition de la dette proportionnelle à la gravité des fautes et à la responsabilité (parfois inégale) de chacun des professionnels.

Expertise orthodontie/parodontie

À travers différents cas d'expertise impliquant un orthodontiste et un parodontiste, les problèmes majeurs soulevés par les patients sont l'apparition ou l'aggravation de récessions parodontales, les résorptions radiculaires, la récidive des malpositions et les problèmes de responsabilité du résultat esthétique dans le temps par la mise en place d'une contention… L'information du patient devra être renforcée, l'état initial clinique et radiographique devra être soigneusement consigné dans le dossier du patient. Il est également important de noter le profil psychologique du patient adulte notamment en cas de forte demande esthétique. On peut également s'interroger sur la responsabilité partagée du parodontiste qui met en place une contention après un traitement orthodontique. Qui est responsable de la récidive des mobilités dentaires engendrant une nouvelle mal position ?

Le cas de jurisprudence [13] entre une patiente et un orthodontiste au sujet de l'absence de mise en place de contention post-traitement avec retrait de dents saines et la récidive de sa pathologie soulève plusieurs points :

- le lien de causalité direct et certain entre la faute et le préjudice,
- la notion de perte de chance,
- le respect de l'intégrité humaine.

Ce cas se rapproche fortement de cas cliniques de parodontie et de la responsabilité du parodontiste spécifique : pose de contention pour éviter tout risque de mobilités secondaires en fin de traitement parodontal, retrait de certaines dents ayant un pronostic parodontal affaibli lors de restauration prothétique complexe ou pour la mise en place d'implant dentaire dans des conditions osseuses favorables. De plus au cours des actes d'orthodontie, d'implantologie et de parodontie, les dépassements d'honoraires ou des actes sont non pris en charge par la sécurité sociale. Il existe un impact financier certain chez le patient. Actuellement, une augmentation nette de la sinistralité chez ses professions auprès de leur compagnie d'assurances est ainsi à noter. Existe-t-il une responsabilité partagée entre le parodontiste et l'implantologue : quand extraire des dents saines avec un parodonte affaibli en vue d'une mise en place d'implants ?

Nous retiendrons à travers ces différents cas de jurisprudence, une affirmation des obligations juridiques du parodontiste :

- en particulier du devoir d'information et du recueil du consentement éclairé du patient,
- une obligation éthique (respect de l'intégrité physique et psychique),
- une obligation de moyen et de sécurité (biomatériaux et autres dispositifs, prescription),
- une responsabilité civile professionnelle renforcée (en particulier lors de traitements chirurgicaux complexes),
- une obligation de confidentialité et de conservation des données médicales du patient lors de dossier médical partagé.

Conclusion

Les dernières lois de modernisation du système de santé *(Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dont la version a été consolidée au 31 mars 2018)* interpellent par son titre : « *rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée* »… Elle concerne les grands axes de la politique de santé en matière de prévention, de coordination des différents professionnels de santé.

L'évolution du mode d'exercice du parodontiste, dont les actes de soins sont pour la plupart des actes de prévention de la maladie parodontale et qui sont souvent réalisés en partenariat avec un réseau de professionnels de santé, invite à s'interroger sur la continuelle évolution de sa responsabilité partagée… Le parodontiste a également intérêt à se tenir au courant des nouvelles techniques et des nouveaux matériaux afin d'avoir une connaissance pointue liée à l'évolution des données médicales et de pouvoir informer le patient d'éventuel risque lié à ces pratiques d'où l'importance de la formation continue.

En guise de réflexion plus générale, la parodontie, discipline à part entière enseignée, doit-elle faire l'objet d'une reconnaissance légale ? Ou être regroupée vers une des trois spécialités existantes en particulier la chirurgie orale ou la médecine-bucco-dentaire en fonction de sa pratique clinique ?

Avec l'évolution des connaissances, de la formation continue, le champ initial de compétences du parodontiste a tendance à s'élargir… dès lors, il en va de même pour sa responsabilité spécifique et partagée.

Bibliographie

1. *Code Civil., art. 1240*
2. *Code Civil., art. 1242*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

Comment travaillez-vous aujourd'hui ?

Digitalisez vos flux de travail pour :

L'OMNIPRATIQUE
L'ORTHODONTIE
L'IMPLANTOLOGIE

Vivez avec votre époque
en choisissant

MSDENTAL
La référence des espaces dentaires.

Tél : 01 30 67 61 60 · contact@groupemsd.com · **www.msdental.fr**

Romain Tachet

Encadrement des dispositifs médicaux

Romain Tachet
Colombes

Introduction

Les dispositifs médicaux composent un marché très large, hétérogène avec un caractère innovant très prononcé. Malgré les risques sanitaires que peuvent engendrer certains de ces dispositifs médicaux, un encadrement au niveau européen n'a été que récemment mis en place, à partir des années 90 par des directives européennes. Certaines catégories de ces dispositifs médicaux faisaient jusqu'alors en France l'objet de dispositifs réglementaires partiels aboutissant à leurs homologations [1].

Il s'agit donc de **directives européennes** : des textes réglementaires rédigés par le conseil de l'Union Européenne qui définissent des objectifs communs pour les états membres. Ces états, comme la France, transcrivent ces exigences dans leur droit national. La première directive européenne définissant et encadrant les dispositifs médicaux, et plus précisément les dispositifs médicaux implantables actifs a été la directive 90/385/CEE. La directive 93/42/CEE qui concerne les dispositifs médicaux au sens large s'en est largement inspirée. Initialement publiée en 1993, cette dernière a été modifiée en 1998, 2000, 2001, 2003 et finalement par la directive 2007/47/CE de 2007. La **dernière mise à jour** est « la version M5 » : la 93/42/CEE modifiée par les publications ultérieures.

La finalité du texte est de garantir les performances et la sécurité des produits mis sur le marché européen tout en proposant un socle commun en adéquation avec la libre circulation des marchandises. Le respect des exigences de la directive est matérialisé par le marquage CE, valable pour les dispositifs fabriqués en Europe et partout ailleurs dans le monde.

Définition

Est considéré comme dispositif médical [2] : tout instrument, appareil, équipement, logiciel, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostique et/ou thérapeutique, et nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci.

Le dispositif médical est destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins de :
- diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou d'atténuation d'une maladie,
- diagnostic, contrôle, traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap,
- d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique,
- maîtrise de la conception, et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Un dispositif médical actif [3] est défini comme : tout dispositif médical dépendant pour son fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute autre source d'énergie que celle générée directement par le corps humain ou la pesanteur.

Un dispositif médical implantable actif [4] est défini comme : tout dispositif médical actif qui est conçu pour être implanté en totalité ou en partie, par une intervention chirurgicale ou médicale, dans le corps humain ou, par une intervention médicale, dans un orifice naturel et qui est destiné à rester après l'intervention. Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro constituent un sous-ensemble de dispositifs médicaux. Ils ont été définis et réglementés secondairement en 1998 lors de la première modification de la directive 93/42/CEE.

Un dispositif médical de diagnostic *in vitro* [5] est défini comme : tout dispositif médical qui consiste en un réactif, un produit réactif, un matériau d'étalonnage, un matériau de contrôle, une trousse, un instrument, un appareil, un équipement ou un système, utilisé seul ou en combinaison, destiné par le fabricant à être utilisé *in vitro* dans l'examen d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons de sang et de tissus, uniquement ou principalement dans le but de fournir une information :
- concernant un état physiologique ou pathologique ou
- concernant une anomalie congénitale ou
- permettant de déterminer la sécurité et la compatibilité avec des receveurs potentiels ou
- permettant de contrôler des mesures thérapeutiques.

Les récipients pour échantillons sont considérés comme des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. On entend par « récipients pour échantillons » des dispositifs, qu'ils soient sous vides ou non, spécifiquement destinés par leur fabricant à recevoir directement l'échantillon provenant du corps humain et à le conserver en vue d'un examen de diagnostic *in vitro*.
On y distingue également des dispositifs destinés à l'autodiagnostic, à savoir tout dispositif destiné par le fabricant à pouvoir être utilisé par des profanes dans un environnement domestique.

Classement des dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont répertoriés en quatre classes selon leur niveau de dangerosité [6] :
- Classe I (ex : gants d'examen, seringues sans aiguille, lèves personne…)
- Classe IIa (ex : aiguilles pour seringue, tensiomètres, thermomètres…)
- Classe IIb (ex : implant dentaire, oxymètres, moniteurs de signes vitaux…)
- Classe III (ex : Bio-oss, prothèses de hanche, stents…)

La classe I distingue les dispositifs intégrant une fonction de mesurage Im ainsi que les dispositifs stériles Is.
Les aspects regardés du dispositif médical à classer sont sa finalité (dispositif thérapeutique, de diagnostic, chirurgical), le caractère invasif, le caractère actif, la durée d'utilisation, les parties du corps concernées. Autant d'aspects qui caractérisent la dangerosité potentielle du dispositif médical. Ce classement est utilisé par les états membres de l'Union Européenne pour définir les exigences réglementaires uniformes applicables à un dispositif médical et aux activités du fabricant en fonction de sa dangerosité. En fonction de la classe et de la procédure choisie, tout ou partie de ces activités sera contrôlé par un organisme notifié.

En France, le LNE/G-MED est l'organisme notifié habilité par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), pour effectuer toutes les opérations d'évaluations visées par les directives européennes relatives aux dispositifs médicaux. Les fabricants ont le libre choix de leur organisme notifié avec lequel ils passeront un contrat de prestation sans lien avec le lieu où se trouve leur siège social. Les organismes notifiés sont donc en concurrence. Ils sont environ 80.

Présentation des procédures d'évaluation de la conformité des dispositifs médicaux

Ces procédures permettent aux fabricants de démontrer le respect des exigences de la directive, matérialisé par le marquage CE du dispositif et la **déclaration CE de conformité** faite par le fabricant.

Les procédures d'évaluation distinguent trois activités :
- phase de recherche et développement,
- phase de production,
- contrôle final

Indépendamment de la procédure choisie, le fabricant devra :
- gérer une documentation technique, appelé aussi dossier de conformité, contenant une description du dispositif, les moyens mis en œuvre pour répondre aux exigences de la directive, des détails sur la conception, l'analyse des risques, les rapports d'essais, l'évaluation clinique.
- mettre en place des processus obligatoires pour garantir que les dispositifs mis sur le marché seront suivis et qu'en cas de problème, des actions adaptées seront mises en œuvre.

CLASSE I : DÉCLARATION CE DE CONFORMITÉ

C'est le cas le plus simple, défini dans l'annexe VII, le fabricant est seul responsable de la déclaration de conformité du produit, il devra gérer le dossier technique et mettre en place les procédures obligatoires.

« *La déclaration CE de conformité est la procédure par laquelle le fabricant ou son mandataire établi dans la Communauté qui remplit les obligations du point 2 ainsi que, pour les produits mis sur le marché à l'état stérile et les dispositifs ayant une fonction de mesurage, celles du point 5, assure et déclare que les produits concernés satisfont aux dispositions de la présente directive qui leur sont applicables.* » [7] « *Le fabricant établit la documentation technique décrite au point 3. Le fabricant ou son mandataire établi dans la Communauté tient cette documentation, y compris la déclaration CE de conformité, à la disposition des autorités nationales à des fins d'inspection pendant une durée d'au moins cinq ans à compter de la date de fabrication du dernier produit.* » [8] « *La documentation technique doit permettre d'évaluer la conformité du produit aux exigences de la directive…* » [9]

Les dispositifs de classe I intégrant une fonction de mesurage ou mis sur le marché à l'état stérile demandent une assurance de la qualité de la production, limitée aux aspects « métrologie » ou « stérile ».

L'annexe VII est donc à compléter pour les classes Is et Im au choix, par un protocole d'assurance qualité [10], un protocole de contrôle final par l'organisme notifié [11], un protocole d'assurance de la qualité de la production [12] ou bien un protocole d'assurance de qualité des produits [13].

CLASSE IIA ET IIB

La procédure définit dans l'annexe II hors point 4 [14] est commune aux dispositifs médicaux de classe IIa et IIb. Le fabricant doit créer un dossier technique et mettre en place les processus obligatoires. Il met également en place un système complet d'assurance qualité, contrôlé par un organisme notifié.

« *Le fabricant veille à l'application du système de qualité approuvé pour la conception, la fabrication et le contrôle final des produits concernés, tel qu'il est décrit au point 3, et est soumis à la vérification prévue aux points 3.3 et 4 et à la surveillance CE prévue au point 5* » [15]

« *Le fabricant introduit une demande d'évaluation de son système de qualité auprès d'un organisme notifié.* » [16] « *L'organisme notifié procède périodiquement aux inspections et aux évaluations appropriées afin de s'assurer que le fabricant applique le système de qualité approuvé et fournit un rapport d'évaluation au fabricant.* » [17]

Tout comme pour la classe I, un fabricant de dispositif médical de classe IIa peut faire une auto-déclaration de conformité [18] à compléter avec l'une des trois procédures suivantes impliquant un contrôle par un organisme notifié :
- contrôle final : selon l'annexe IV, on parle de vérification CE. Le contrôle pouvant être effectué sur chaque produit ou par prélèvement statistique. Il permet de vérifier la bonne mise en œuvre des mesures décrites dans le dossier technique,
- assurance qualité de la production [19],
- assurance de la qualité des produits [20].

Pour les dispositifs médicaux de classe IIb un examen CE de type est nécessaire [21]. C'est la procédure par laquelle un organisme notifié constate et atteste qu'un échantillon représentatif de la production en question satisfait aux dispositions pertinentes de la présente directive. En cas de succès l'organisme notifié délivre un certificat d'examen de type, valable 5 ans. L'annexe III est à compléter avec l'une des trois procédures de contrôle par l'organisme notifié suivantes :
- un protocole de contrôle final par l'organisme notifié [22],
- d'assurance de la qualité de la production [23],
- ou bien d'assurance de qualité des produits [24].

Romain Tachet

CLASSE III

Concernant les dispositifs médicaux de classe III, l'annexe II s'applique entièrement : en plus d'un système de management de qualité complet, la conception est examinée par l'organisme notifié qui délivre un certificat d'examen CE de la conception, d'une durée limitée à 5 ans.

« *L'organisme notifié examine la demande et, si le produit est conforme aux dispositions applicables de la présente directive, délivre au demandeur un certificat d'examen CE de la conception. L'organisme notifié peut exiger que la demande soit complétée par des essais ou preuves supplémentaires, afin de permettre l'évaluation de la conformité aux exigences de la directive. Le certificat contient les conclusions de l'examen, les conditions de validité, les données nécessaires à l'identification de la conception approuvée et, le cas échéant, une description de la destination du produit.* » [25]

Cette procédure est la plus exigeante, elle est justifiée par les risques liés aux dispositifs médicaux de classe III. On retrouve dans cette classe des dispositifs implantables, de maintien de la vie, chirurgicaux, qui peuvent provoquer le décès du patient en cas de défaillance ou de mauvaise conception.

Dispositifs implantables actifs
Les dispositifs implantables actifs régis par la directive de 1990 correspondent en fait à la classe III définie en 1993.

Dispositifs médicaux à diagnostic in vitro
Pour les dispositifs médicaux à diagnostic in vitro, il n'existe pas de règles de classification, et seuls les dispositifs correspondant à des paramètres biologiques listés en annexe II de la directive 98/79/CE sont soumis à des procédures de certification spécifique. Pour les autres, la procédure d'évaluation de la conformité se déroule sous la seule responsabilité du fabricant. Le nouveau règlement en préparation devrait introduire une telle classification.

Normes harmonisées
Le fabricant doit in fine avoir démontré que les risques résiduels sont acceptables au regard des bénéfices attendus pour le patient. Certaines évaluations (par exemple la biocompatibilité) et certaines catégories de dispositifs médicaux, sont décrites dans des normes européennes harmonisées (EN), qui sont de plus en plus souvent à caractère international (EN et ISO).
La conformité à ces normes vaut présomption de conformité aux exigences essentielles qu'elles couvrent. Cependant, le recours par le fabricant à un référentiel alternatif est possible en justifiant qu'il est équivalent ou supérieur. Ces normes sont élaborées par les organismes européens de normalisation le Comité Européen de Normalisation (CEN) et le Comité Européen de Normalisation Électrotechnique (CENELEC), et la liste des normes européennes harmonisées est publiée par la Commission européenne.

Avantage et limite de la législation actuelle
Parmi les points forts principaux, il faut tout d'abord rappeler que l'approche réglementaire choisie a permis en quelques années de réglementer globalement un secteur extrêmement vaste et hétérogène, qui n'avait été réglementé que dans peu de pays, même si cela avait été le cas en France très partiellement avec l'homologation de certains dispositifs médicaux et l'enregistrement des réactifs de biologie médicale. Il faut aussi insister sur le fait que cette législation repose sur des principes convergents au plan international. Par ailleurs, le principe de totale libre circulation des dispositifs médicaux a rendu possible leur réglementation rapidement par le choix d'une approche qui ne mobilisait pas directement des ressources importantes pour les autorités compétentes. Malgré ce contexte, la France a décidé de se doter dès la création de l'Afssaps en 1998 d'une direction spécifique en charge de l'évaluation des dispositifs médicaux.

Enfin, il est unanimement reconnu que le système réglementaire s'est avéré très favorable à l'innovation.

Par contre, le système souffre d'un manque global de transparence et d'un cloisonnement entre les acteurs que sont, autour du fabricant, l'organisme notifié et l'autorité compétente qui sont en règle générale dans des pays différents. Ceci génère des freins considérables à la gestion des dossiers puisque les informations sur les opérateurs et les produits sont dispersées et accessibles seulement à la demande. Si le manque de transparence est un handicap pour l'efficience de la surveillance du marché, il en est un aussi pour la confiance dans le marquage CE des utilisateurs et des patients. En effet, les dispositifs médicaux ne sont pas accompagnés d'un résumé officiel de leurs caractéristiques et des évaluations notamment cliniques effectuées. La liberté laissée au fabricant dans ces démarches de certification CE peut aboutir à des problèmes de santé publique d'échelle mondiale.

Si le système a eu le mérite de pouvoir se déployer sur ce marché très vaste et hétérogène, c'est donc au prix de textes de rédaction très générale qui nécessitent beaucoup d'interprétations. Couplée à une totale déconcentration des procédures d'évaluation, cette législation générale, pose de grands problèmes de lisibilité et d'harmonisation des interprétations par les très nombreux organismes notifiés (environ 80). Il serait nécessaire de compléter les règlements généraux par des textes d'applications ou des guides dédiés à des domaines particuliers (logiciels, implants,...).

Arthrodont
ENOXOLONE 1%
Décongestionnant et antalgique au cours des affections gingivales et blessures par prothèse
chez les enfants de plus de 3 ans et chez les adultes.
GINGIVITES - LÉSIONS PARODONTALES
Numéro 1 des prescriptions*
DENTIFRICE A l'ENOXOLONE ANTI-INFLAMMATOIRE
pour freiner le cercle vicieux des affections gingivales

Antalgique
+
Décongestionnant
À utiliser en brossage quotidien dès 3 ans
Pierre Fabre ORAL CARE
pierrefabre-oralcare.fr
Notre science au service de la santé bucco-dentaire
* Données xponent Mars 2017.
Pour une information complète sur le produit, veuillez consulter la base de données publiques des médicaments : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr - 229057 - 17/09/69865070/PM/001 - Février 2019.
Pierre Fabre Consumer Health Care
UNE DIVISION PIERRE FABRE MÉDICAMENT

Romain Tachet

Affaire des prothèses mammaires PIP

Le point de départ de cette nouvelle législation à venir est la triste et médiatique affaire des prothèses mammaires Poly Implant Prothèse (PIP).

Cette entreprise française a trompé pendant des années l'organisme notifié qu'elle avait mandaté pour recevoir le marquage CE, en dissimulant l'utilisation d'un gel de fabrication artisanale non-conforme contenant des produits toxiques. Voici un résumé chronologique des faits.

En 2000, Les autorités sanitaires Américaines, la Food And Drug Administration (FDA), suite à une inspection dans les locaux de PIP, jugent que les règles de fabrication des implants salins ainsi les locaux ne sont pas conformes et interdisent l'importation aux États-Unis de l'ensemble des prothèses mammaires PIP. L'AFSSAPS n'en a pas été informé.

La première condamnation de l'entreprise intervient en Grande-Bretagne où elle est reconnue coupable de fabrication de « prothèses défectueuses » en 2006 et doit verser 1,4 million d'euros de dommages et intérêts aux plaignantes. Cette information n'est alors pas transmise aux autorités sanitaires françaises. Ce qui sème le doute sur la mise en œuvre du principe de veille sanitaire et surtout interpelle sur le respect de l'obligation d'information, de suivi et vigilance incombant à la société PIP. Il n'y a pas d'incertitude possible, la société savait qu'elle soumettait les porteuses de prothèses à un risque qui était bien révélé et connu. Cette même année, une clinique nantaise alerte L'AFSSAPS du taux de rupture anormalement haut de ces prothèses.

En 2008 l'AFSSAPS est alertée par certains chirurgiens-plasticiens, qui constatent eux aussi dès cette année-là un taux anormal de rupture des prothèses mammaires PIP. En février 2010, un nouveau courrier de chirurgiens signalant des cas suspects de rupture de prothèse est adressé à l'AFSSAPS. L'AFSSAPS décide alors de procéder à une inspection dans les locaux de l'entreprise. Des lots non conformes sont trouvés. Le retrait et la suspension de mise sur le marché ainsi que la distribution et de l'exportation des prothèses PIP sont décidés. Une cellule de vigilance est alors créée par l'AFSSAPS, elle vise à améliorer la sécurité et la qualité des matériaux, des technologies médicales et des dispositifs médicaux dont se servent les chirurgiens-plasticiens dans l'exercice de leur métier.

Il sera mis en évidence par la suite que la société fabriquait frauduleusement elle-même son gel à base d'huile de silicone alimentaire et industrielle afin de baisser significativement le coût de production.

Pour éviter que l'organisme notifié, en l'occurrence la filiale française du certifieur allemand TÜV Rheinland, ne s'aperçoive de ces fraudes, des documents étaient falsifiés et lors des visites toujours programmées du site de productions, les fûts de matière première prohibés étaient dissimulés de manière à ce que tout soit en règles.

Le 10 décembre 2013, le Tribunal correctionnel de Marseille déclare le fondateur de la société PIP coupable de « tromperie aggravée » et d'« escroquerie » pour avoir vendu entre avril 2001 et mars 2010 des prothèses mammaires défectueuses. Une peine de 4 ans de prison ferme et 75000 euros d'amende est ainsi prononcée, condamnation dont le prévenu fait appel, l'appel étant suspensif.

Le 14 novembre 2013, le tribunal de commerce de Toulon a condamné TÜV à verser 3400 euros à 1700 autres plaignantes, en attendant les expertises pour déterminer le préjudice subi par chacune d'entre elles. Ce dernier a estimé que l'entreprise avait « *manqué à ses obligations de contrôle et de vigilance* ». Mais, devant la cour d'appel d'Aix-en-Provence, l'entreprise allemande, qui avait dû verser 5,8 millions d'euros, avait finalement obtenu gain de cause. La cour de cassation casse et annule ce dernier jugement et renvoie l'affaire devant la Cour d'Appel de Paris. L'affaire est toujours en cours.

Le 20 janvier 2017, le Tribunal de Commerce de Toulon condamne solidairement le certificateur Tüv et sa filiale française « *à payer à chacune des intervenantes une provision d'un montant de 3 000 euros* ». Soit un total de 60 millions d'euros aux quelques 20 000 plaignantes.

Cette décision va dans le même sens que le premier jugement concernant d'autres plaignantes rendu par cette juridiction en 2013. Le tribunal de commerce de Toulon observe que TÜV Rheinland n'a pas vérifié « *l'adéquation entre les achats des divers composants nécessaires et la fabrication des implants mammaires* ». Cette vérification « *se trouve être une base primordiale et incontournable du contrôle qu'imposent les directives européennes aux organismes notifiés* ».

Le tribunal souligne aussi que « *certains membres du personnel de TÜV Allemagne n'étaient pas titulaires de l'agrément ou l'habilitation pour intervenir dans le cadre des visites annuelles obligatoires* », et note que « *si la moindre inspection inopinée avait été effectuée par TÜV [...] la fraude aurait facilement été décelée* ».

Par une décision du 2 mai 2016, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence confirme la condamnation de Jean-Claude Mas, Président fondateur de la société PIP. Il est reconnu coupable de faute aggravée et d'escroquerie, et se voit ainsi condamné à 4 ans de prison ferme, à payer une amende de 75000 euros et à une interdiction définitive d'exercice dans le domaine de la santé et la gestion d'une société.

Enfin, par un jugement en date du 29 janvier 2019, le tribunal administratif de Montreuil a reconnu pour la première fois la responsabilité de l'État dans l'exercice de sa mission de contrôle de police sanitaire des activités de la société PIP (Poly Implant Prothèse).

« *Si la défense se prévaut de l'absence de certaines données de commercialisation et d'un retard pris par la société PIP dans la transmission des informations commerciales, ou encore de l'absence de remontées de la part de l'organisme notifié TUV ou de la dissimulation intentionnelle du produit par les dirigeants de la société PIP, ces circonstances ne sont pas suffisantes pour exonérer l'État de sa responsabilité pour cette même année du mois d'avril au 18 décembre 2009* ». Le bilan sanitaire du scandale PIP en France est sans appel : au 31 mars 2015, l'ANSM comptabilisait plus de 18000 femmes ayant dû se faire explanter. En tout, 5776 dysfonctionnements sont signalés à l'ANSM avec notamment des ruptures de prothèses et deux cancers sont également diagnostiqués sans lien certain avec les prothèses PIP.

Face aux risques éventuels inhérents aux dispositifs médicaux, dans l'intérêt des patients et des consommateurs, il est essentiel que tous ces dispositifs fassent l'objet d'une évaluation rigoureuse de leurs caractéristiques en matière de sécurité et de performances avant de pouvoir être commercialisés sur le marché européen. La révélation de ce scandale sanitaire mondial aura au moins eu le mérite d'être à l'origine du changement du système des inspections au niveau européen. Le 22 octobre 2013, le Parlement européen a commencé à travailler sur deux projets de règlements concernant les dispositifs médicaux avec comme but de renforcer le contrôle des dispositifs médicaux sur le marché européen.

Mais pour cela, le secteur devrait être doté d'une réelle gouvernance par les autorités compétentes avec la commission européenne, non seulement réglementaire mais aussi technique et scientifique, en interaction plus directe avec les opérateurs de la certification que sont les organismes notifiés. Ceci sous-entend cependant que certains pays consacrent à l'avenir plus de ressources à la régulation de ce secteur important pour la santé publique, comme l'a fait la France lors de la création de l'AFSSAPS puis de l'ANSM. Enfin, si la législation actuelle est favorable à l'innovation, notamment grâce à son caractère adaptable, elle n'est pas adaptée à la nécessaire surveillance de ces nouveaux dispositifs médicaux par les autorités compétentes en charge de la sécurité sanitaire au plan national. Les autorités compétentes ne découvrent aujourd'hui le plus souvent les innovations qu'*a posteriori*. C'est pour cela que l'Afssaps avait mis en place une démarche spécifique de veille et d'accompagnement de l'innovation afin d'anticiper la gestion de nouveaux risques potentiels.

Nouvelle législation

Il s'agit d'apporter des renforcements significatifs des exigences et des contrôles par de nouveaux règlements, applicables sans transposition, qui se substituent aux trois directives historiques couvrant à la fois les dispositifs médicaux mais aussi les dispositifs médicaux à diagnostic in vitro. Ainsi les deux règlements (UE) 2017/45 et 2017/46, publié en 2017 seront applicables en 2020.

La définition des dispositifs médicaux qui a été modifiée, a un champ d'application encore plus large, inclus donc de nouveaux produits. Les règles de classifications y sont modifiées. Une vingtaine de règles ont été ajoutées ou modifiées. De nombreux dispositifs vont ainsi passer dans la classe supérieure car ces nouvelles règles plus larges et plus strictes sont à prendre en compte pour chacune des classes, la règle la plus élevée l'emportant comme pour les précédentes directives. On note par exemple le passage dans la classe III pour les implants mammaires anciennement IIb.

La documentation technique à tenir par le fabricant est alourdie par une surveillance après commercialisation ou le cas échéant à une surveillance clinique après commercialisation accrue. Le durcissement est donc net pour les fabricants, il l'est tout autant pour les organismes notifiés.

La démarche de certification les concernant est plus sévère et spécifique à leur champ d'action. Cela aboutit à la diminution significative de leur nombre, mais aussi accroît leur niveau de compétence et de fiabilité. La diminution de leur effectif peut cependant avoir une incidence directe sur leur réactivité face à une augmentation croissante du nombre de dispositifs médicaux concernés.

Des audits inopinés systématiques du fabricant en plus des audits initiaux, de surveillance et de renouvellement du cycle de certifications représentent l'avancée la plus nette.

Conclusion

L'encadrement des dispositifs médicaux par les différentes directives européennes des années 90 a permis de réglementer rapidement un secteur jusque-là quasiment sans contrainte juridique.

Les libertés des fabricants sur le choix des protocoles pour obtenir la conformité CE ainsi que l'autonomie qui leur est laissée dans la gestion des dossiers à fournir ont grandement contribué l'innovation et à la compétitivité des fabricants de dispositifs médicaux en Europe.

Mais ces libertés ont laissé entrouvertes la voie à des dérives aux conséquences internationales et qui montrent ainsi les limites de ces directives. La simple obligation pour le fabricant de mettre en place des processus obligatoires pour garantir que les dispositifs mis sur le marché soient suivis et qu'en cas de problèmes des actions soient mises en œuvre, ne garantit malheureusement pas dans les faits que ce soit réalisé. Cela est rendu possible par le manque de transparence et le cloisonnement entre les différents acteurs en jeu, et le manque de communication entre les autorités compétentes des différents États. L'avenir nous dira si les nouveaux règlements européens arriveront à gommer ces défaillances sans toutefois avoir des conséquences sur la compétitivité et la réactivité des fabricants dans un secteur innovant évoluant très vite.

Bibliographie

1. *Art. L 665-1 du code de la santé public créé par la loi n° 87-575 du 24 juillet 1987*
2. *Art. 1 de la directive européenne 93/42/CEE*

Toute la bibliographie est à retrouver sur
www.aonews-lemag.fr

Prix AO J. Breillat 2018

Partenaire du prix LABOCAST

Diagnostic différentiel des calcifications cervicales de découverte fortuite à la radiographie panoramique ou au CBCT

Lauréate : Laura Jaussaud

Faculté : Paris 5

Directeur de thèse : Nathan Moreau

La région cervicale peut être le siège de nombreuses calcifications d'étiologies variées, tant physiologiques que pathologiques. Ces dernières peuvent se présenter sous la forme de radio-opacités uniques ou multiples, de forme et volume variables, visibles à la radiographie panoramique et au cone-beam (CBCT). L'objectif de cet article est de présenter les principales calcifications cervicales selon leur nature histologique et leur localisation. Le diagnostic différentiel de ces calcifications est présenté au sein d'un algorithme décisionnel à destination des chirurgiens-dentistes non spécialistes.

Classification histologique des calcifications cervicales

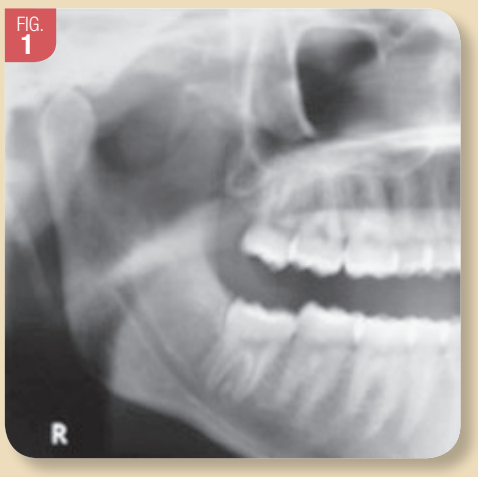
Calcifications des structures osseuses

Syndrome d'Eagle

Le processus styloïde est une fine saillie osseuse au niveau de la face inférieure de l'os temporal en dessous du pore acoustique externe à orientation antéro-médiale. La longueur normale chez l'adulte est comprise entre 20 et 30 mm. Le syndrome d'Eagle est défini par l'association d'une élongation du processus styloïde associée à une douleur cervicale. Le patient rapporte alors une douleur cervicale atypique (dont la localisation précise varie d'un patient à l'autre) décrite comme sourde, constante et lancinante, fréquemment aggravée par la déglutition ou le bâillement. Celle-ci serait liée à la compression ou l'irritation des structures voisines, dont parfois l'artère carotide, à l'origine d'authentiques dissections carotidiennes [1].

La radiographie panoramique **(Fig. 1)** et l'imagerie tridimensionnelle (CBCT ou TDM) permettront d'objectiver l'élongation du processus styloïde (au-delà de 40 mm).

FIG. 1



Calcifications des cartilages laryngés

Calcification de la corne supérieure du cartilage thyroïdien

Le cartilage laryngé le plus souvent visible sur une radiographie panoramique ou sur une imagerie 3D est la corne supérieure du cartilage thyroïdien. Sa calcification est complète vers l'âge de 70 ans. Radiographiquement, elle se présente sous la forme d'une radio-opacité bien définie, conoïde, allongée, d'environ 4 mm de diamètre, en regard du bord inférieur de C4 chez l'homme et légèrement plus haut chez la femme.

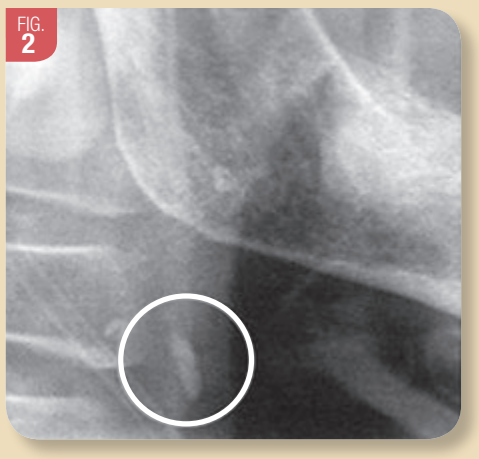
Calcification du cartilage triticé

Le cartilage triticé est un cartilage pair et symétrique du larynx, situé au milieu du ligament thyro-hyoïdien latéral, tendu de la grande corne de l'os hyoïde à la corne supérieure du cartilage thyroïde. Il jouerait un rôle dans le renforcement structurel du ligament thyro-hyoïdien latéral [2].

Ce cartilage se calcifie chez 5 % des hommes et 12 % des femmes, devant visible sur une radiographie panoramique, sous la forme d'une radio-opacité ovale, de contours bien définis et réguliers, en regard de C3-C4 **(Fig. 2)**. Le diagnostic différentiel sera à faire avec une plaque d'athérome carotidien calcifiée de même localisation mais dont la forme est plus souvent oblongue et irrégulière, souvent sous forme de deux lignes parallèles [2].

Atteinte des structures vasculaires

FIG. 2



Athérosclérose

Au cours de l'évolution des dépôts athéromateux dans l'athérosclérose, les plaques athéromateuses anciennes ont souvent tendance à se calcifier. Lorsqu'il s'agit de plaques d'athérome carotidien, celles-ci peuvent devenir visibles à la radiographie panoramique, principalement dans la région de la bifurcation carotidienne (à hauteur de C3-C4). Elles se présentent généralement sous forme de radio-opacités irrégulières linéaires ou curvilignes parallèles entre elles **(Fig. 3)**. Parfois leur aspect est bien plus hétérogène [3]. Leur détection précoce est primordiale, en particulier chez les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires non corrigés. Face à la découverte de radio-opacités cervicales compatibles avec des plaques d'athérome carotidien calcifié, le

FIG. 3

chirurgien-dentiste devra adresser le patient vers son médecin traitant ou vers un cardiologue pour mettre en place des mesures préventives (antiagrégants plaquettaires) pour prévenir le risque d'accident vasculaire cérébral ischémique [3].

Hémangiome

L'hémangiome est une lésion vasculaire tumorale bénigne congénitale apparaissant durant la première année de vie et régressant avec l'âge. Radiographiquement, 96 % des hémangiomes de la face et du cou sont radioclairs mais dans certains cas, il est possible d'observer des thrombolithes (calcifications intravasculaires) au sein d'un hémangiome, sous la forme quasi-pathognomonique d'une alternance de bandes concentriques radio-opaques et radioclaires [4].

Atteinte des structures lymphatiques

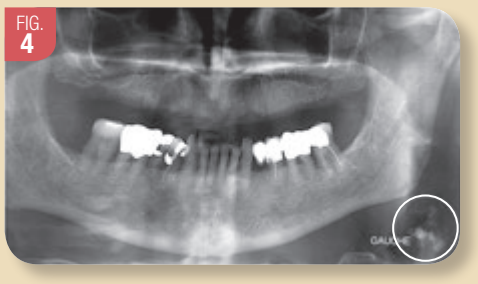
Calcification des ganglions lymphatiques

La région cervicale est le siège d'un vaste réseau de ganglions lymphatiques, drainant l'intégralité de la région cranio-faciale. Dans de rares cas (1 % de la population), les ganglions lymphatiques peuvent se calcifier, témoignant d'une pathologie active (ou des séquelles d'une pathologie ancienne) soit bénigne (tuberculose, sarcoïdose, amyloïdose, infection aiguë traitée) soit maligne (lymphome traité par radiothérapie, carcinome thyroïdien, adénocarcinome) [5]. Ces calcifications peuvent être multiples ou isolées, de forme variable et irrégulière, aux contours bien définis **(Fig. 4)**. Elles se présentent généralement sous un aspect de « haricot » ou de « chou-fleur ».

Calcification des tonsilles palatines

Les tonsillolithes sont de petits amas de tissu calcifié formé au sein de la crypte tonsillaire, pouvant évoluer ou converger pour former

FIG. 4



une calcification plus volumineuse. Lorsque les calcifications sont superficielles, l'examen clinique retrouvera de petits nodules blancs ou jaunâtres au sein des cryptes tonsillaires. Les tonsillolithes sont objectivables à la radiographie panoramique sous forme d'amas de petites radio-opacités arrondies ou ovalaires bien délimitées superposées à la branche montante mandibulaire **(Fig. 5)**. À l'imagerie tridimensionnelle, ces calcifications sont situées dans la partie médiale de l'oropharynx, derrière le pilier antérieur du voile du palais [6].

Calcification des tonsilles linguales

À l'instar des tonsillolithes palatins, les tonsillolithes linguaux se présentent à la radiographie panoramique sous la forme de petites

FIG. 5

calcifications rondes ou en bâtonnets, en avant du bord antérieur du carrefour aéro-digestif [7].Elles sont souvent superposées avec le corps de la mandibule ou en dessous de l'angle mandibulaire dans les tissus mous.

Atteinte des structures glandulaires

Calcification des glandes salivaires

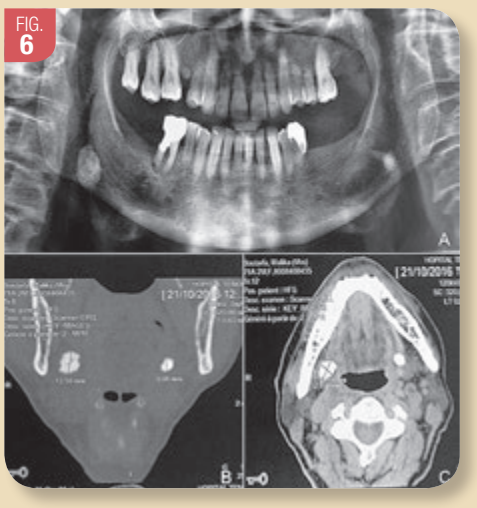
Sialolithes

Les lithiases salivaires (ou sialolithes) peuvent siéger au niveau du canal excréteur de la glande ou au sein du parenchyme glandulaire des glandes salivaires principales et accessoires. La glande submandibulaire est la plus fréquemment atteinte (80 % des cas) avec des sialolithes objectivables sous la forme de radio-opacités linéaires ou globulaires homogènes, localisées entre la symphyse mentonnière et l'angle mandibulaire. Les lithiases parotidiennes sont également visibles au niveau de la région angulo-mandibulaire à la radiographie panoramique **(Fig. 6A)**, dont la nature est aisément confirmable à l'imagerie 3D (CBCT ou TDM) en coupe coronale **(Fig. 6B)** ou axiale **(Fig. 6C)**.

Syndrome de Gougerot-Sjögren

Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une exocrinopathie auto-immune occasionnant une sécheresse oculaire et buccale, ainsi que des calcifications du parenchyme paro-

FIG. 6



tidien dans 29 à 35 % des cas. Ces calcifications peuvent être visualisées en imagerie tridimensionnelle, sous la forme de petites radio-opacités n'excédant pas 2 mm, de forme ronde régulière [8].

Atteinte des tissus mous cervicaux

Calcification du ligament stylo-hyoïdien

Le ligament stylo-hyoïdien s'étend de l'extrémité du processus styloïde à la corne inférieure de l'os hyoïde et participe à la stabilisation de l'os hyoïde durant les fonctions oropharyngées. La calcification excessive ou anormale du complexe stylo-hyoïdien (ligament stylo-hyoïdien et processus styloïde) est retrouvée radiographiquement dans 1,4 à 30 % de la population générale et est le plus souvent bilatérale (75 % des cas) [9]. La plupart des patients ne présentent aucun symptôme mais 1 à 10 % d'entre eux rapportent des douleurs, secondaires à la compression ou irritation de structures voisines (de façon similaire à celles décrites dans le syndrome d'Eagle). Radiographiquement, la calcification du ligament stylo-hyoïdien peut apparaître comme une élongation osseuse du processus styloïde pouvant s'étendre jusqu'à la corne inférieure de l'os hyoïde dans certains cas **(Fig. 7)**, mais elle peut également ne concerner que la partie médiane du ligament sans affecter le processus styloïde. Au total, douze schémas de calcification ont été rapportés selon le degré de calcification et les régions du ligament affectées [4].

Diagnostic différentiel des calcifications cervicales à l'imagerie panoramique ou CBCT

Les principales caractéristiques sémiologiques des différentes calcifications cervicales et leurs étiologies respectives sont résumées dans un arbre décisionnel d'aide au diagnostic différentiel **(Fig. 8)** [10].

FIG. 7

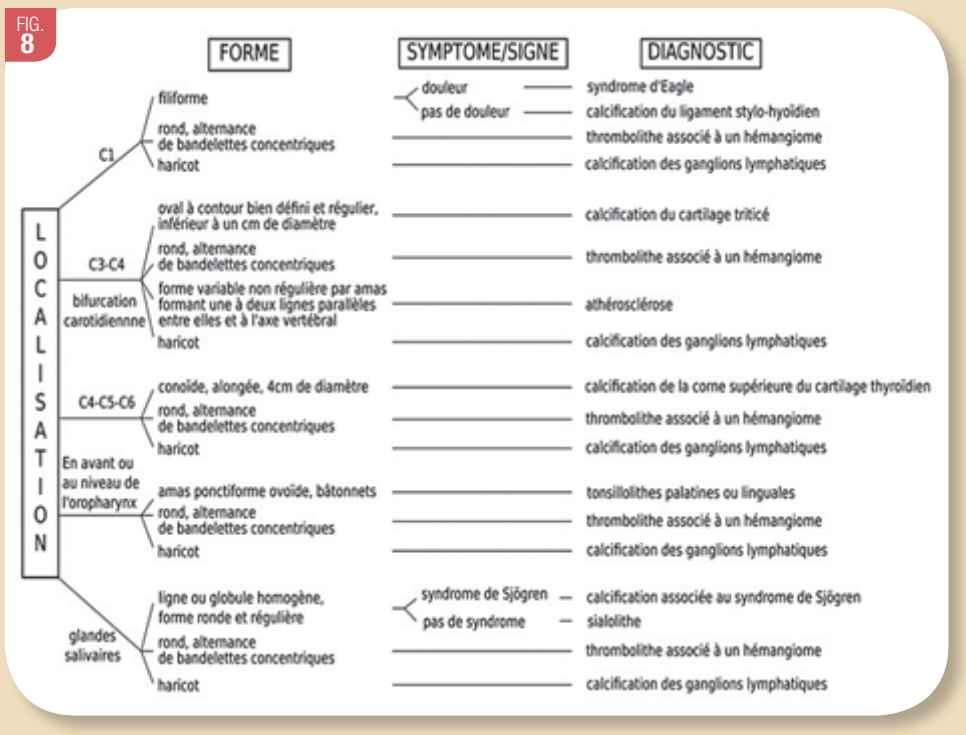
Conduite à tenir du chirurgien-dentiste face à la découverte fortuite d'une calcification cervicale

Face à la découverte fortuite d'une calcification cervicale, le chirurgien-dentiste devra s'attacher à déterminer les caractéristiques cliniques et radiographiques de cette dernière. La prise en charge dépendra de l'étiologie présumée, de la localisation de la calcification et de la symptomatologie fonctionnelle associée.

Schématiquement 4 grandes options thérapeutiques sont possibles [10] :

- abstention thérapeutique (calcification des cartilages laryngés, hémangiome) ;
- surveillance (calcification du ligament stylo-hyoïdien, tonsillolithes) ;
- geste local (exérèse d'une lithiase dans le canal submandibulaire) ;
- adressage pour prise en charge spécialisée (calcification ganglionnaire [selon l'étiologie suspectée], athérome carotidien, syndrome d'Eagle).

FIG. 8



Conclusion

La région cervicale peut être le siège de nombreuses calcifications d'étiologies variées, de sévérité et de prise en charge variables.

Ces calcifications étant objectivables sur des examens radiographiques bucco-dentaires de routine, le chirurgien-dentiste se doit de connaître les principales étiologies de telles calcifications cervicales, afin d'assurer une prise en charge appropriée le cas échéant. Compte tenu de la gravité potentielle de certaines étiologies de calcifications cervicales (syndrome d'Eagle pouvant entraîner une dissection carotidienne, athérome carotidien et risque d'AVC secondaire, ganglion calcifié d'une pathologie maligne…), le diagnostic et la prise en charge de telles calcifications doivent être une préoccupation de tout chirurgien-dentiste quels que soient son mode et sa spécialité d'exercice.

Bibliographie

1. *Sveinsson O, Kostulas N, Herrman L. Internal carotid dissection caused by an elongated styloid process (Eagle syndrome). BMJ Case Rep. 2013 ; 2013.pii : bcr2013009878*
2. *Carter LC. Discrimation between calcified triticeous cartilage and calcified carotid atheroma on panoramic radiography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000 ; 90 (1) : 108-10.*

Toute la bibliographie est à retrouver sur **www.aonews-lemag.fr**

Marseille

SOIRÉE DU 21 MAI

L'apnée du sommeil, une pathologie à ne pas négliger

Jean-Luc Guetta

Pour notre dernière soirée scientifique avant les vacances, nous avons accueilli Nathalie Dumont, maxillo-faciale, et Michael Achache, ORL pour traiter d'une pathologie importante : l'apnée du sommeil.

En premier lieu nous avons eu la présentation du site rofim.doctor. Puis, Michel Achache nous a expliqué le pourquoi des apnées du sommeil ainsi que leurs traitements chirurgicaux :
- amygdalectomie et adénoïdectomie,
- chirurgie vélaire (ronchopathie principalement),
- septoplastie et turbinoplastie,
- chirurgie des amygdales (laser, robot).

Nathalie Dumont nous a ensuite présenté les traitements à l'aide des orthèses. Nous avons retenu les orthèses du labo Resned [Les Narval orm/Equinox (en rétention) ; du labo Tali (les OMT, en propulsion) et celles du labo Somnomed Orthosom (les Somnodent) en rétention avec système de butée et les orthèses AMO en propulsion +/- élastique antérieur].

Un toujours grand merci à nos fidèles partenaires : Invisalign (Caroline Gaite), LYRA (David Legroux), Crownceram (Judicaël Chelly), Pierre Fabre Oral Care (Élisabeth Ollive), Crinex (Sophie Provin), Dexter (Frédéric Cabre), AXA (Alain Taïeb) et Doctolib.

La présidente Laura Lévy avec Elsa et les intervenants Nathalie Dumont et Michael Achache

Laura Achache et Léa Mozziconacci

Les historiques sont toujours présents, et c'est chouette !

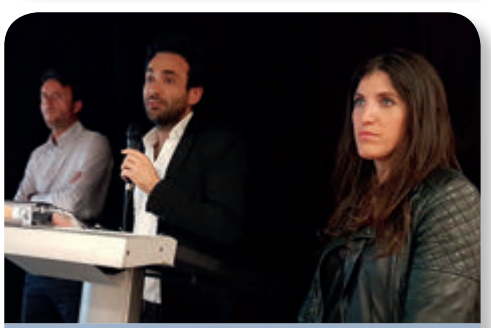
Fred, Laura et Elsa

Élodie entre Thierry et Marc

Cyrielle Lévy et Marion Ammar

Une jolie brochette avec Jérémie Delouya

Brigitte et Cécile



L'équipe de rofim.docto

Nice

SOIRÉE DU 6 JUIN

Bertrand Khayat, un invité exceptionnel à Nice

Franck Hagège, Président AO Nice

Le jeudi 6 juin dernier, nous avons eu l'honneur de recevoir notre ami Bertrand Khayat. Après plusieurs tentatives pour trouver une date, nous avons pu finalement organiser cette soirée de prestige avec un praticien exceptionnel mais aussi un homme d'une grande simplicité qui a accepté notre invitation sans hésiter malgré son planning très chargé.

Quel conférencier ! Quel magnifique sujet ! Quelle superbe iconographie !!! Et surtout quelle aisance dans le discours, tout y était : le verbe, les tours de main, le message posé et fort sur le bénéfice de la chirurgie endodontique. Quand un praticien aime son métier avec passion, l'enthousiasme est communicatif. Toute la salle participe et Bertrand n'hésite pas à vous interpeller pour rendre la présentation interactive, ainsi la conférence devient vôtre et le plaisir d'être présent est multiplié.

Merci encore à nos partenaires sans qui rien n'est possible, Merci à nos membres fidèles et aux praticiens qui nous rejoignent de plus en plus nombreux à chaque réunion.

Merci aux membres du bureau pour l'organisation et la perspicacité quant à la programmation éclectique et toujours basée sur l'excellence en dentisterie.

Samantha Pietri et Catherine Ricci

Franck Afota, Bertrand Khayat, Franck Hagege

Bertrand et notre ami Jordan Serrano

Nos fidèles partenaires

CRÉÉ PAR SDI
POLA
SYSTÈME AVANCÉ DE BLANCHIMENT DES DENTS

PLUS BLANC.
PLUS LUMINEUX.
POUR VOUS.

EMMENER CHEZ SOI UN SYSTÈME D'ÉCLAIRCISSEMENT DES DENTS EN AMBULATOIRE

POLADAY
- Forte hydratation
- À partir de 30 minutes une fois par jour
- Libération de fluorure
- Disponible avec peroxyde d'hydrogène à 3% et 6%

POLANIGHT
- Forte hydratation
- À partir de 45 minutes une fois par jour
- Libération de fluorure
- Disponible avec peroxyde de carbamide à 10% et 16%

COMPOSITES | VERRES IONOMÈRE | BLANCHIMENT
APPAREILS | CIMENTS | ADHÉSIFS | RIVA STAR
MORDANÇAGE | SEALANT | AMALGAMES | ACCESSOIRES

SDI DENTAL LIMITED
appel gratuit 00800 022 55 734
REJOIGNEZ-NOUS SUR
FACEBOOK.COM/SDIFRANCE

SDI
YOUR SMILE. OUR VISION.

Biodentine™ n'est pas
une protection pulpaire
comme les autres !

Biodentine™

Substitut dentinaire bioactif

Septodont - 58, rue du Pont de Créteil - 94107 Saint-Maur-des-Fossés Cedex. Tél. : 01 49 76 70 02 - Fax : 01 49 76 70 78
www.septodont.fr

Dispositif médical de Classe III réservé à l'usage professionnel dentaire, non remboursé par les organismes d'assurance maladie au titre de la LPPR, **à l'exception du coiffage pulpaire (acte codifié HBFD010 : parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage direct).** Marqué CE et Organisme certificateur CE0459 GMED. Fabricant : Poudre + Liquide : Septodont France / Spatule : Medistock - France. Lire attentivement les instructions d'utilisation figurant sur la notice ou l'étiquetage avant toute utilisation.

septodont

Communication France - 10310S - Juillet 2019

La gestion du stress oxydatif en implantologie

avec Élisa et Joseph Choukroun

Patrick Chelala et Cyril Licha

Encore une belle soirée pour AO Paris avec un duo de conférenciers père/fille sur un sujet original.

La péri-implantite ainsi que la résorption osseuse après greffe sont des complications rencontrées quotidiennement dans nos cabinets. Elles sont parfois rencontrées plusieurs années après mise en charge des implants, alors que tout allait bien jusque-là. La littérature scientifique montre que le facteur déclencheur de la péri-implantite n'est pas uniquement bactérien ; elle est l'œuvre de facteurs combinés.

Le remodelage osseux est permanent, en fonction des contraintes mécaniques. Si l'os est trop ou trop peu stimulé, on a un déséquilibre entre destruction et formation osseuse : la balance est négative, on observe une résorption.

L'angiogenèse dépend de la vascularisation de la matrice. Il ne faut pas de tension sur les tissus mous pour ne pas perdre la vascularisation périostée en créant une ischémie. La perte de cette vascularisation en cas de tension crée un stress oxydatif, car elle entraîne une accumulation d'oxydants, aussi appelés radicaux libres. L'ADN cellulaire est endommagé, entraînant la mort cellulaire et la perte osseuse.

Pour bien comprendre, revenons à la biologie !

On distingue deux facteurs de risque qui sont trop peu considérés en cabinet : le cholestérol et la vitamine D. Le cholestérol est délétère pour la santé osseuse. Il en existe deux types : le HDL (« bon cholestérol » car antioxydant) et le LDL (« mauvais cholestérol » car oxydant). Un taux élevé de LDL entraîne une apoptose des ostéoblastes, créant ainsi un os gras, au métabolisme ralenti. En préopératoire, Élisa Choukroun recommande un taux de LDL inférieur à 1,4 g/L.

80 % des patients sont déficitaires en vitamine D. Cela s'explique car nous ne voyons pas suffisamment le soleil. La vitamine D agit à la fois sur le métabolisme osseux, possède une action sur l'immunité, joue sur la cicatrisation et est anti-inflammatoire. Il faut donc prescrire un dosage de la vitamine D et du cholestérol avant chaque pose d'implant pour tous les patients en demandant le cholestérol total, le LDL, et la 25 OH D2 + D3. En cas de déséquilibre, il faut alors adresser au médecin traitant pour gérer les déséquilibres du bilan biologique.

Chez les patients fumeurs ou diabétiques, les complications sont plus fréquentes car ils subissent un stress oxydatif chronique. Chez le diabétique, ce stress est causé par l'hyperglycémie, tandis que chez les fumeurs, c'est la fumée qui est en cause (et non pas la nicotine). La fumée de cigarette inhibe la synthèse de la vitamine D, d'où l'intérêt de demander si les patients fument et fréquentent des fumeurs. Les patients fumeurs et diabétiques sont donc très à risque au niveau de la vitamine D.

D'autres profils de patients sont à risque : les plus de 65 ans, les fumeurs, les personnes à la peau foncée (car la mélanine et la vitamine D entrent en compétition pour l'absorption des UVB), les patients dépressifs, les obèses et les patients qui sont allergiques aux pénicillines. Ces derniers présentent quatre fois plus d'échecs que les autres. En effet, cette allergie est intimement liée à la déficience en vitamine D.

La vitamine D augmente donc la production d'antioxydants. Le taux normal de 30 ng/mL est insuffisant car elle va être consommée lors de la chirurgie. On préfère ainsi être entre 50 et 70 ng/mL pour rester dans des valeurs normales après l'intervention. Il faut tester tous nos patients, même ceux qui ne sont pas à risque.

La prescription sera de 2000 UI d'emblée et en fonction des résultats du bilan sanguin, elle pourra être adaptée jusqu'à 8000 UI par jours. Une supplémentation 2-3 semaines en pré opératoire est considérée comme suffisante, en accord avec les délais de programmation implantaire.

Ils seront ensuite tous supplémentés pendant 3 à 6 mois sur la même dose puis à vie à 2000 UI. La toxicité de la vitamine D est très rare, et apparaît à partir de 100-110 ng/mL : nous sommes donc très loin de ces valeurs !

À la fin d'une chirurgie, nous avons tendance à vouloir fermer le site opératoire avec des lambeaux. Sans s'en rendre compte, à vouloir fermer hermétiquement, on crée des tensions sur le site opératoire.

Lever un lambeau à des avantages : stimulation du périoste, amélioration de l'angiogenèse. Cependant, la mobilité de ce lambeau après la chirurgie n'est pas souhaitée. En effet, quand les patients parlent, mangent, vivent, cela entraîne une mobilité de ce lambeau. Il faut 30 jours pour avoir 70 % de ré-attachement

Élisa et Joseph Choukroun avec le président

René Arav avec Jean Pierre Fogel, Sydney Boublil et la commerciale de Pierre Fabre Oral Care

Jacques Bessade et Géraldine Fima Lilti

Jo Choukroun entouré de Franck Sebban, André Amiach et Michel Naman

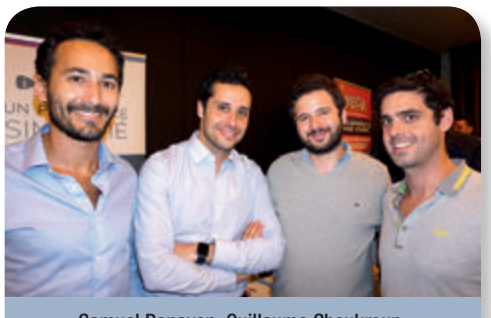
Praticiens de père en fils et fille !

Alain Abitbol, Laurent Temmam, Yael Lellouche, Serge Zagury et Daniel Hattab

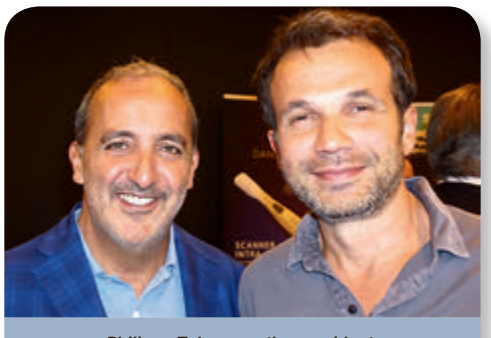
Patrick Lellouche avec Jordan Elbaz (Sydel Gestion)

Franck avec Ilana et Jacob Amor et Nicolas Frydman

Karine et Éric David, Vincent Ronco et Serge



Samuel Banayan, Guillaume Choukroun, Mickael Aboulker et Jonathan Semtob



Philippe Tabo avec the president

du périoste et 45 jours pour une attache complète. On peut utiliser le « soft-brushing » pour remplacer les incisions périostées qui sont traumatisantes. Dans tous les cas, l'allongement du lambeau doit être généreux pour obtenir cette laxité supplémentaire.
La solution : la réalisation d'un point matelassier horizontal à 1,5 cm des berges permet de reporter la tension à distance. Il est un indicateur pour le patient en post-opératoire : si le patient sent une tension sur les sutures, c'est qu'il fait un mauvais mouvement. Ces sutures doivent être maintenues pendant 4 semaines. Le monofilament résorbable est ainsi indiqué. Élisa utilise le « Glycolon by resorba ». Tant que le périoste n'est pas rattaché, la vascularisation n'est pas optimale. Il faut toujours essayer de fermer sans tension, et tirer sur les lèvres et joues pour vérifier en fin d'intervention. La tension provoque une ischémie de la corticale et frotte les éventuelles greffes.

La vestibuloplastie est une solution prévenant la péri-implantite car elle élimine les tensions. Elle est réalisée par une injection de PRF liquide dans les tissus au préalable, puis une incision en épaisseur partielle dans le vestibule. Le tissu conjonctif exposé est ensuite recouvert par une membrane de PRF suturé. On obtient alors une cicatrisation de seconde intention qui tend vers la première intention, car ce n'est pas de la gencive, mais le PRF qui assure la fermeture. Le choix du biomatériau est essentiel.

L'origine tissulaire la plus acceptée est l'humain. On trouve ensuite, dans l'ordre, le porcin, l'équin et enfin le bovin. Ce dernier est l'origine la plus utilisée, mais également la moins compatible avec l'organisme. Quand on greffe un os humain, il perd du volume. Il y a une oxydation du collagène qui compose l'os, ce qui entraîne une perte de volume. On peut rajouter de la xénogreffe pour garder ce volume (conseillé pour les grosses reconstructions).

En cas d'excès de tension exercée par la gencive, le remodelage osseux est perturbé. C'est ce qu'il se passe après extraction. Il faut maintenir la gencive à distance, et l'os se reforme dans l'espace disponible.

La technique SSA développée par Gary Finelle permet de maintenir la gencive à distance des berges, et d'éviter ce phénomène de compression de l'os qui entraîne une résorption. Il ne faut pas fermer les lambeaux si cela implique la création de tension. Il vaut mieux laisser ouvert, ou suturer en apical pour éloigner la tension des berges.

Quand on pose un implant, il exerce une pression permanente sur l'os. La nature de cet os a alors un rôle très important :

- l'os spongieux est élastique et se laisse faire en compression, même avec un torque élevé,
- l'os cortical est indéformable, l'implant comprime en force. C'est un acte agressif.

C'est la raison pour laquelle la péri-implantite arrive plus à la mandibule : l'os est plus corticalisé. Le support bi-cortical est donc à proscrire. Quand on a un os dense corticalisé, il ne faut pas visser et dévisser plusieurs fois, tarauder, ou poser avec un torque élevé, car toutes ces actions créent un stress énorme. Il faut toujours surforer l'os dense pour prévenir la résorption.
Une autre astuce consiste à poser l'implant en sous crestal, pour éloigner l'implant de l'os cortical.
De plus, Les implants coniques sont plus compressifs que les implants cylindriques au niveau cortical.
Avec de l'os humain greffé, l'os néoformé pousse au contact du biomatériau. Le phénomène est le même, peu importe la provenance du biomatériau (bovin, synthétique, autogène). Plus on a de « couches » différentes, plus l'os est rigide. Un os greffé comporte plusieurs couches, il est donc plus rigide et a un comportement cortical. Il faut donc surforer, ne pas torquer l'implant, et toujours penser au surforage crestal. L'os formé n'a aucune raison de se résorber sauf si on cause la résorption avec une contrainte.
Former un os physiologique est un défi : ce n'est qu'avec l'aide du sang ou du PRF que l'on pourra l'obtenir une régénération. L'utilité du PRF est multiple. Il permet :

- la fermeture sans tension des sites opératoires (en laissant ouvert sans exposer le site),
- le comblement d'une alvéole,
- la maîtrise de la consistance du matériau de greffe (S-PRF et sticky bone),
- la réalisation de grandes membranes,
- un effet antioxydant,
- une angiogenèse facilitée sur le site d'intervention, par l'injection préopératoire de PRF liquide après anesthésie locale par exemple,
- certains recouvrements radiculaires sans prélèvement conjonctif.

En conclusion, les docteurs Choukroun nous ont offert une très belle conférence et nous ont donné les clefs pour appliquer dès demain au cabinet, leurs visions de la dentisterie.

Ils nous ont montré que pour prévenir un échec, potentialiser une cicatrisation, réussir une greffe, il faut revenir aux basiques : revenir à la biologie !

Owandy
RADIOLOGY

NOUVEAU F.O.V
12x10 cm

Visitez notre site
www.imax3d.fr

i-max 3D
L'IMAGERIE 3D ACCESSIBLE À TOUS

- Compacte et légère : 66kg
- 3D Cone Beam
- Multi FOV : de 12x10 à 5x5 cm
- HD : 87µm
- CAD/CAM ready
- Guides chirurgicaux
- Budget maîtrisé

Découvrez notre gamme complète de produits : www.owandy.com

Owandy
RADIOLOGY
2, rue des Vieilles Vignes
77183 Croissy-Beaubourg
FRANCE
Tél. + 33 (0) 1 64 11 18 18
info@owandy.com
www.owandy.com

Dispositif médical de classe Ib / CE0051. Veuillez lire attentivement les instructions figurant dans la notice d'utilisation.
Produit non remboursé par les organismes de santé. Fabricant : Owandy Radiology SARL

STRATIFICATION EN DEUX COUCHES, OU EN MONOCOUCHE: À VOUS DE CHOISIR AVEC LA GAMME CLEARFIL MAJESTY™

CAS CLINIQUE CLEARFIL MAJESTY™ ES 2

Nicolas Lehmann

Couleurs utilisée : A2D et A2E

/KurarayNoritakeFrance

CLEARFIL MAJESTY™ ES-2

Le seul système de teintes approuvé par VITA™, qui couvre 15 teintes classiques VITA™ avec seulement cinq teintes émail et dentine. Un composite qui fera de vos restaurations un succès prévisible. ES-2 Premium est disponible en seringue ou en capsules pour les restaurations directes pour toutes les classes de cavités des dents antérieures, postérieures et des facettes directes.

Pour plus d'information, prenez rendez-vous avec le responsable régional de votre secteur !

Vanessa Barré - *Région Nord-Ouest*
vanessa.barre@kuraray.com
T. 06 76 07 60 09

Cristele Da Costa - *Région Ile de France*
cristele.dacosta@kuraray.com
T. 06 83 95 66 11

Christophe Commaux - *Région Sud Est*
christophe.commaux@kuraray.com
T. 06 80 59 25 53

Dominique Terracol - *Région Rhône-Alpes Auvergnes*
dominique.terracol@kuraray.com
T. 07 88 39 16 98

Emmanuel Bourdageau - *Région Nord*
Emmanuel.bourdageau@kuraray.com
T. 07 88 69 35 17

Brenda van de Watering - *Pour les autres regions*
brenda.vandewatering@kuraray.com
T. 06 84 34 68 87

dental-fr@kuraray.com, www.kuraraynoritake.eu/fr

Le Portugal et Porto sont devenus le nouvel eldorado pour les touristes français

Voilà deux ans que nos quatre confrères Stéphane Abitbol (Paris), Michel Knafo (Toulouse), Philippe Lévy (Strasbourg) et Thierry Meyer (Marseille) avaient fait le pari d'organiser la nouvelle Convention Européenne à Porto. Cette destination ne présentant aucun chapitre AO dans le pays, le challenge était osé !

Les quatre jours de cette réunion internationale a mobilisé des confrères de toute l'Europe, de l'Angleterre, de la côte est et ouest des États Unis, du Canada, ainsi que d'Israël.

Il faut saluer, et remercier nos quatre mousquetaires qui avec méthode, acharnement et don de soi ont su créer un moment de fraternité et de convivialité.
L'excellence scientifique de la journée de formation continue a ravi la salle comble de confrères français et anglophones.

La réunion des présidents de tous les chapitres (19) a permis de fixer les projets caritatifs externes, ainsi que ceux destinés aux facultés de Jérusalem et Tel-Aviv.
La prochaine convention 2021 se déroulera à Jérusalem.

À bon entendeur... !

André Sebbag

Une magnifique Convention Européenne à Porto

Thierry Meyer, AOMP

La Convention Européenne Alpha Omega s'est déroulée du 26 au 30 juin dans la ville qui a vu naître le vin éponyme : Porto, Portugal. **Plus de 200 personnes venues d'Allemagne, de Belgique, du Canada, de France, d'Israël, de Suède, de Suisse, des USA** se sont rencontrées et ont renforcé les liens entre les chapitres.

Alpha Omega Marseille a démontré une fois de plus son caractère exceptionnel avec la délégation la plus nombreuse et la plus joyeuse. Chacun a pu constater la présence de nombreux étudiants ou jeunes dentistes dont la vitalité a animé cette convention pour le plus grand bonheur de tous. Le jeudi matin, 3 bus à impériale nous ont fait découvrir la ville muse de JK Rowling, la créatrice d'Harry Potter alors que l'après-midi une balade en bateau sur le Douro nous a permis de connaître les dessous des 6 ponts de Porto.

La journée d'activités s'est terminée avec la visite de la fameuse la cave de Calem et un spectacle de Fado. La fin d'après-midi a également vu une vingtaine d'étudiants et de jeunes dentistes s'échapper pour participer à une session d'initiation aux joies du surf avec 3 moniteurs lusitaniens. Une tempête de rires a rapproché sans sommations tous les participants.

Vendredi s'est déroulée la journée de formation, pendant les conférences, les accompagnants sont partis à la découverte des ruelles de Porto à bord de 13 Tuk-Tuk.

Le professeur **Adam Nulty** est venu de Manchester-UK nous faire une présentation enthousiaste sur la dentisterie digitale. Empreinte optique, impression 3D, Smile Design, skyns, chirurgie guidée... Conférencier reconnu et primé à de nombreuses reprises, son expertise et sa passion ont captivé l'audience. Pour en savoir plus : www.idda.org

La présentation du **Dr Nuno Sousa Dias**, revenu tout spécialement de l'IDC Herzliya, a ébloui les omnipraticiens et les orthodontistes. Même les plus exigeants, ceux qui trouvent toujours quelque chose à redire sont restés sans voix ou plutôt ne sortaient de leur bouche que des sons formant une mélodie dithyrambique. À la fin de sa conférence une file d'attente composée purement de la gent féminine nous rappelait cette donnée naturelle injuste : certains ont le physique, le talent et le charisme.

En fin d'après-midi, nous nous sommes rendus à la synagogue Kadoorie Mekor Haim pour accueillir le chabbat, notre âme et notre cœur ont longuement vibré quand nous avons entendu les prières chantées avec tant de ferveur dans cette communauté de Porto qui renaît de ses cendres.

Le repas du vendredi soir a rassemblé plus de 220 personnes dont beaucoup de jeunes gens. Toutes ont aidé en cuisine et tous ont partagé avec allégresse un couscous mémorable qu'Ottolenghi lui-même aurait adoubé avec grand plaisir. Cette Kitchen session imprévue aura également contribué à rapprocher les dames AO qui se sont portées spontanément volontaires pour le bon déroulé de la soirée. La soirée de Gala s'est déroulée dans les magnifiques salons du Sheraton. Après le dîner et les discours de bon aloi, une grande DJ, grande par la taille environ 1,85 m, une jeune DJ, jeune dans le métier, c'était peut-être sa première soirée a tenté vainement de réussir au moins un enchaînement cohérent. Peine perdue !

Pour conclure, de l'avis général, les 4 mousquetaires ont fait le job et la happy convention à bien mérité son nom. Les sourires, les mines réjouies, les éclats de rires, les déclarations dithyrambiques, l'amitié voire l'amour qui flottait dans l'air resteront longtemps dans les mémoires !

Dans les caves du Porto Callem

Magnifique soirée de gala !

Des beaux gosses à Porto !

Réunion studieuse des présidents des 19 chapitres

Nos quatre mousquetaires en présence du doyen Adam Stabholz et du nouveau président de Henry Schein international

Trois heures de conférence du professeur Adam Nulty (Manchester)

Paris Lyon Marseille supportent le Maguen David Adom

De San Francisco à Marseille, Lyon et New-York

La délégation allemande avec Philippe Lévy

Marseille Provence

Anglais et israéliens mêlés

Nos amis de Toronto

Strasbourg et New-York réunis

En famille avec Adam Nulty

Toulouse en forme

Une récompense pour les quatre mousquetaires

Jean-Luc et ses fans (Marseille)

Un nouveau chapitre s'ouvre en Suède

MSDental se présente au dentiste expo 2019

Dès son entrée, le visiteur pouvait faire face à l'immense stand MSDENTAL, sur lequel il a pu découvrir des nouveautés et tester les flux de travail numériques en omnipratique, orthodontie ou implantologie. L'évolution des pratiques, l'innovation et la digitalisation des flux de travail en dentisterie est une des priorités pour MSDENTAL et un domaine dans lequel ce distributeur excelle. Ainsi, dans le « théâtre de l'innovation », la présentation de leur ingénieur d'application/spécialiste high-tech, Stéphane Jacques sur « *Les flux numériques au service des dentistes. Comprendre les nouveaux enjeux et outils de la dentisterie numérique.* » a été vivement applaudie.

MSDENTAL a également eu l'idée d'inviter les fabricants en leur proposant une place sur son propre stand : A-dec, Acteon, Dürr Dental, Melag et NSK font partie de ceux qui ont répondu présents, en se côtoyant en bonne intelligence sur la zone neutre de ce distributeur commun. Fauteuils, meubles, imagerie 2D, imagerie 3D, piezotomes, autoclaves, instruments rotatifs, caméra de prise d'empreinte optique et usineuse faisaient partie des produits présentés. Les visiteurs ont été accueillis et conseillés par l'équipe MSDENTAL et par les spécialistes produits des fabricants présents.

Le visiteur a également découvert les œuvres exposées sur le stand (peintures, collages - créations graphiques, photographies). En effet, pour cette première édition, MSDENTAL a décidé de jouer à fond avec la maxime du congrès « L'art dentaire se réinvente » en mettant en scène les œuvres de ceux qui pratiquent l'art autant que l'art dentaire. Le visiteur a donc pu admirer les œuvres de praticiens reconnus dans le domaine artistique en tant que peintre ou photographe professionnel.

Grâce à ses actions, MSDENTAL a démontré, une fois de plus, son goût pour l'innovation.

Bluephase PowerCure : une nouvelle génération de lampes à photopolymériser

Bluephase PowerCure est la Bluephase la plus intelligente jamais vue ! Cette nouvelle lampe à photopolymériser LED haute performance allie fiabilité et temps d'exposition court de seulement trois secondes lorsqu'elle est utilisée en combinaison avec le système 3s PowerCure.

La Bluephase PowerCure est livrée avec un assistant de polymérisation automatique qui « garde un œil sur l'utilisateur » : elle détecte les mouvements accidentels de la lampe et reconnaît le risque que cela peut présenter pour la fiabilité du procédé de polymérisation. Si la restauration risque de ne pas être correctement polymérisée, la lampe avertit l'utilisateur par vibration et prolonge automatiquement le temps d'exposition. Si la lampe s'éloigne trop de la position d'origine, Bluephase PowerCure interrompt automatiquement le cycle d'exposition afin qu'il puisse être répété correctement ? grâce à la technologie Polyvision. Ses avantages sont évidents : les professionnels qui recherchent la fiabilité, la facilité d'utilisation et le gain de temps obtiendront ce qu'ils recherchent grâce à Bluephase PowerCure.

Liberté dans le choix de l'intensité lumineuse pour des résultats de polymérisation optimaux

Les performances de polymérisation sont influencées par la position de la lampe à photopolymériser, mais pas seulement. L'intensité lumineuse émise par la lampe a également un effet déterminant sur la qualité de la restauration et la profondeur de la polymérisation. La nouvelle Bluephase PowerCure dispose de trois programmes de polymérisation différents qui peuvent être librement sélectionnés pour répondre aux besoins d'une variété de situations : en plus du mode High Power de 1200 mW/cm², elle offre un mode Turbo et un mode 3s. En mode turbo, la lampe produit une intensité lumineuse de 2000 mW/cm². Ce mode est donc particulièrement adapté à la polymérisation des matériaux de collage dans le cadre des restaurations indirectes. En mode 3s, Bluephase PowerCure émet une intensité lumineuse de 3000 mW/cm², ce qui permet de réduire le temps d'exposition à trois secondes pour les restaurations directes de dents définitives de classe I et II polymérisées par voie occlusale. Avec des temps d'exposition aussi courts, le risque d'erreurs lors de la photopolymérisation est également réduit. Des temps d'exposition de trois secondes peuvent être appliqués si Bluephase PowerCure est utilisée en combinaison avec les produits du système 3s PowerCure.

Un système bien conçu

Le système innovant 3s PowerCure comprend, outre la nouvelle Bluephase PowerCure, le composite modelable Tetric PowerFill, le composite fluide Tetric PowerFlow et l'adhésif Adhese Universal. Les deux composites de restauration peuvent être appliqués par couches allant jusqu'à 4 mm et réduisent considérablement le nombre d'étapes de travail nécessaires à la réalisation d'une restauration, ce qui permet aux professionnels dentaires d'accroître encore leur efficacité au quotidien.

Bluephase®, Tetric® et Adhese® sont des marques déposées par Ivoclar Vivadent AG. Bluephase, Tetric et Adhese Universal sont des dispositifs médicaux de Classe IIA/CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur l'étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie.

Pour plus d'informations, veuillez contacter : Ivoclar Vivadent SAS – Tél. 0450886400

Dentsply Sirona aide 15 villages indigènes avec des traitements dentaires dans la région de Xingu

Une technologie de qualité et des matériaux haut de gamme : Dentsply Sirona fournit un équipement complet afin d'aider des peuples indigènes de l'Amazonie brésilienne à recevoir des traitements dentaires. Pour ce faire, une équipe de Doutores Sem Fronteiras (en français Médecins Sans Frontières) s'est rendue dans la région du Mato Grosso à la mi-mai 2019. C'est à cette période de l'année que se déroulent les jeux traditionnels de Xingu, le plus grand événement sportif officiel de la région. Quelque 600 athlètes et plus de 3 000 visiteurs provenant de 15 villages indigènes étaient présents.

L'un des objectifs de l'organisation brésilienne Doutores Sem Fronteiras (Médecins Sans Frontières) est d'amener la médecine dentaire dans les régions reculées de l'Amazonie. Une équipe de sept dentistes s'est rendue à Kalapalo, et ces derniers ont été assistés par Dentsply Sirona, et en particulier par des appareils CEREC, ainsi que par des instruments et des matériaux modernes de médecine dentaire.

De nombreux hommes, femmes et enfants ont reçu un traitement dentaire avant les jeux : les indigènes, qui sont davantage familiarisés avec les arcs et les flèches, ont découvert les caméras intra-orales et les machines d'usinage. Certains ont eu la surprise de se voir poser une prothèse dentaire en un temps record. De plus, certains patients ont bénéficié de traitements endodontiques ou de lésions carieuses réalisés en douceur à l'aide d'instruments et de matériaux modernes, le tout dans un environnement climatique exigeant, avec une alimentation électrique fournie par des générateurs. Les soins dentaires ne sont pas une évidence pour les indigènes brésiliens. Le dentiste le plus proche est souvent trop éloigné, ou ils n'ont pas les moyens de s'offrir de traitement. L'offre de traitements dentaires gratuits a donc été très bien accueillie.

Là-bas, il a été convenu que les Doutores Sem Fronteiras reviendraient l'année prochaine.

NOUVEAU : Biofilm Discloser – Le révélateur de plaque en 2 tons de EMS

Parce que vos patients ont besoin de voir pour comprendre, Biofilm Discloser est la solution idéale pour sensibiliser, motiver et éduquer vos patients à suivre vos instructions d'hygiène buccale ! Facile à appliquer, il vous permettra de visualiser tout le biofilm et de l'éliminer rapidement et efficacement avec la technologie AIRFLOW® et la poudre PLUS de EMS. Présenté sous forme de pastilles pré-imbibées, le Biofilm Discloser divulgue le biofilm en 2 tons : rougeâtre pour le biofilm récent et bleu pour le biofilm mature. La mise en évidence du Biofilm est une étape déterminante dans le protocole de prévention et maintenance parodontale : Guided Biofilm Therapy. Plus d'info sur : **www.ems-dental.com**

7es rencontres inter-DU d'implantologie Lyon, Paris 7, Rennes

29 juin à Lyon à la Faculté d'Odontologie, Campus de la Buire

Sous la présidence de Patrick Missika et Philippe Russe

Jacques Bessade

Organisé par Patrick Exbrayat, Directeur du DU d'implantologie de Lyon, cette journée a vu s'affronter 10 étudiants des trois DU de Rennes, Lyon et Paris VII. Disposant chacun de 30 minutes, ils ont présenté leurs travaux dans le cadre du mémoire concluant le cycle de 2 années d'enseignement théorique et clinique en chirurgie et prothèse implantaire. 10 sujets différents et passionnants ont été brillamment traités, dont quelques-uns feront l'objet, dans un prochain numéro, d'une publication dans un numéro spécial de notre revue.

L'ensemble des étudiants de ces trois DU doit être félicité pour la qualité de leur présentation, l'excellent esprit dans lequel cette « compétition » s'est tenue et, au-delà, l'excellence de leur démarche qui illustre l'exemplarité de ces 3 diplômes qui mettent en valeur la démarche académique du traitement implantaire, telle que l'on aimerait la voir dans toutes les formations universitaires Françaises.
La lauréate, Marie Philbert, (Paris 7) a traité de la mise en charge immédiate et de la chronologie du traitement chez l'édenté complet maxillaire. Le deuxième prix a été attribué à Ahmed Rabiey, également de Paris 7, traitant de l'apport du numérique dans la planification esthétique et fonctionnelle. Enfin, Hugues Soubie, de Rennes a eu la troisième place pour avoir traité des rapports de la chirurgie implantaire et de la prothèse valvulaire.

Les gagnants ont été récompensés par les partenaires Nobelbiocare et Zimmer Biomet. Une soirée de gala au Grand Hôtel-Dieu, nouvellement restauré, a conclu en beauté cette très belle journée.

Les 3 lauréats entourés de P. Exbrayat, P. Missika et P. Russe

L'amphi bien rempli

Les 3 gagnants entourés des Drs Limbour, Fromentin, Kleinfinger et Exbrayat

Étudiants et enseignants de Paris 7

Santé bucco-dentaire : ensemble, donnons-nous les moyens de réussir !

Réunis à l'issue de l'Assemblée Générale du COMIDENT, le 20 juin dernier, dans les salons de l'Aéro-Club de France, les acteurs de la santé bucco-dentaire ont fait le point sur les grands enjeux d'avenir pour la filière.

Faire de la santé bucco-dentaire une priorité pour les politiques de santé publique

Alors que de plus en plus d'études démontrent des liens entre la santé bucco-dentaire et des pathologies lourdes, comme le cancer, les maladies cardiovasculaires ou Alzheimer, l'ensemble des participants (France Assos Santé, Union Dentaire, les CDF, FSDL, UNPPD, etc.) ont souligné l'impérieuse nécessité d'accélérer le changement de paradigme sur la santé bucco-dentaire.

« *Le virage préventif, s'il est entamé, doit se poursuivre et s'ancrer dans la durée. Le retard accumulé par la France, si on la compare à ses voisins européens, notamment, nous oblige. Les moyens mis sur la table par les pouvoirs publics constituent un premier pas qu'il faut maintenant amplifier* », a notamment rappelé Henri Rochet, Président du COMIDENT.

Mettre le patient au cœur du dispositif, insuffler un esprit de filière

Dans le même temps, tous les intervenants ont réaffirmé que la « révolution de la prévention » ne pourrait se faire qu'avec les patients et le concours de toutes les parties prenantes du secteur.
Le respect mutuel et la confiance dans l'intelligence collective font partie de l'ADN du COMIDENT qui appelle l'ensemble de l'écosystème à approfondir les collaborations entre acteurs pour mieux défendre la santé bucco-dentaire.

Henri Rochet, déclare : « *nous devons aujourd'hui insuffler un véritable esprit de filière : c'est la condition sine qua non pour que la santé bucco-dentaire, encore trop souvent mise de côté par les politiques publiques de santé, figure aux premiers rangs des priorités en matière de santé publique. Cela passera par un dialogue continu entre tous : industriels, chirurgiens-dentistes, prothésistes dentaires, assistants dentaires, chercheurs, patients, assurance-maladie et complémentaires santé* ».

Le **COMIDENT**, association loi 1901 déclarée le 28 novembre 1974, est depuis 2005 **l'unique organisation regroupant les fabricants et distributeurs de matériels, matériaux dentaires et nouvelles technologies** au service des professionnels du secteur dentaire et des patients (**https://www.comident.fr/**).

Marwan Daas,
Président scientifique du congrès ADF 2019

Propos recueillis par Marc Danan

Marwan Daas avec l'équipe du congrès ADF 2019 : (de g. à dr.) Joël Trouillet et Julien Laupie (secrétaires généraux), Serge Armand (président) et Tchilalo Boukpessi (secrétaire scientifique)

AONews. Marwan, rappelle-nous ton parcours et... comment devient-on Président scientifique d'un congrès de l'ADF ? !!

Marwan Daas. Diplômé en 1993 à Paris 5, j'ai gardé une activité d'enseignement et de recherche ce qui m'a permis aujourd'hui d'être MCU-PH à Paris Descartes et d'avoir un exercice libéral. Cette double activité est pour mes étudiants et moi-même une vraie richesse sur le plan personnel et professionnel.
Le Pr Serge Armand, président du congrès de l'ADF, m'a choisi comme président scientifique certainement par amitié, mais surtout parce que j'ai une vision globale de notre profession et les qualités pédagogiques pour construire un programme scientifique qui répond à la problématique clinique et à la vie professionnelle quotidienne des praticiens.

AON. Quelles seront les originalités du programme 2019 ?

M. D. Le programme 2019 sera dynamique, interactif et pratico-pratique avec des séances courtes, et encore une fois des communications qui accompagnent l'omnipraticien dans sa pratique quotidienne. Avec une réelle ouverture à l'International, des conférenciers reconnus auront surtout le rôle de transmettre des messages didactiques, pédagogiques et des protocoles reproductibles pour l'omnipraticien. Pour la première fois, nous aurons une grande participation de nos amis prothésistes. Sans oublier des séances d'orthodontie que je trouvais indispensable.

AON. Avez-vous prévu des parcours ? Des séances traitant d'un même thème, permettant de se former aussi bien d'un point de vue théorique que pratique...

M.D. Au-delà de la théorie et des travaux pratiques nous avons intégré des séances télévisées en rapport avec les thématiques abordées afin que les congressistes puissent voir en direct les astuces cliniques et les moyens pour reproduire le geste et les actes. Ces parcours sont regroupés sur une journée et demie, et sur plusieurs thématiques.
Deux Master Class, avec Gil Tirlet (dentisterie contemporaine) **et Virginie Monnet-Corti** (traitement des récessions gingivales autour des dents et des implants) viennent compléter ces parcours avec des protocoles reproductibles. Si les praticiens prennent le temps de venir au Congrès, il faut qu'il leur apporte un vrai plus !

AON. Pluridisciplinarité et transversalité est-ce l'évolution de la dentisterie ?

M.D. En réalité la majorité de nos traitements fait appel à plusieurs disciplines, le but des thématiques transverses est justement de prendre le meilleur de chaque discipline pour assurer et proposer le meilleur traitement à nos patients. Ce qui reste notre objectif principal en tant que praticien soignant. Donc ce n'est pas vraiment une évolution car nous avons toujours eu, ou nous devons avoir cette approche globale. C'est pourquoi nous souhaitons mettre l'accent sur cette approche globale et cette pluridisciplinarité pour mieux réussir nos traitements.

AON. Plusieurs séances internationales sont organisées, quelles sont les têtes d'affiche ?

M.D. J'ai voulu en effet avec mon comité scientifique donner une dimension internationale à notre congrès en invitant des conférenciers reconnus, grands cliniciens et ayant une approche pédagogique. Il y a plusieurs équipes dans différentes disciplines.

Par exemple :
- esthétique et implant : Galip Gurel (Turquie), Éric Van Dooren (Belgique), Nitzan Bichacho (Israël) ;
- numérique : Andrew Agnini et Mario Imburgia (Italie) ;
- endodontie : Philip Thomson (Royaume-Uni) et Miguel Marques (Pays-Bas)
- estauration et Implantologie : Mathias Kern et Arndt Happe (Allemagne)

Ces séances internationales seront regroupées sur 2 journées continues en fin de semaine afin de permettre à nos amis anglophones d'associer à la fois formation et loisirs, et donc leur permettre de découvrir Paris ! Cette ouverture vers les pays anglophones va nous permettre également de mettre en valeur nos conférenciers français, d'un niveau excellent, en leur offrant une traduction simultanée.

AON. Omnipraticien et ODF ?

M.D. L'orthodontie est certes une spécialité en odontologie mais elle fait partie de notre arsenal thérapeutique et si on veut être transversal il faut l'intégrer dans notre programme comme une vraie discipline.

D'autant plus que beaucoup d'omnipraticiens réalisent leurs traitements orthodontiques et souhaitent connaître les avancées dans ce domaine comme par exemple les nouvelles techniques par gouttières proposées actuellement par l'industrie.

Le but est encore une fois de transmettre, lors de ce congrès, des messages clairs avec les indications et les limites des différentes propositions thérapeutiques.

AON. Un dernier mot sur les prothésistes dentaires ?

M.D. Le succès de nos traitements est lié à un travail d'équipe : praticien, assistante dentaire et nos amis prothésistes qui ont une place primordiale. Pour cette raison j'ai voulu les associer dans notre congrès à part entière en leur donnant des responsabilités de séances, des communications et des interventions en direct. **C'est une première et je me réjouis de cette belle collaboration.**

Tout savoir sur le congrès

L'objectif de chaque Comité scientifique est de réussir « son » Congrès annuel et d'en faire profiter un nombre toujours plus important de confrères et consœurs. Afin de les y aider, l'Association Dentaire Française entend multiplier les sources d'information grâce au développement des nouveaux médias.
Pour ceux qui aiment feuilleter un programme imprimé, le poser sur leur bureau, le reprendre et y cocher une séance à ne pas rater, l'ADF propose l'Avant-programme, le Guide du Congrès (présentation des séances du programme scientifique) qui leur sera envoyé fin septembre et le Catalogue de l'exposition (envoyé en octobre).

À télécharger sans attendre, un outil indispensable, complet et mis à jour au quotidien : l'appli 2019 !

Nouveauté 2019 : la réalité augmentée. Découvrez des interviews exclusives au fil des pages, en utilisant l'application Snapress.

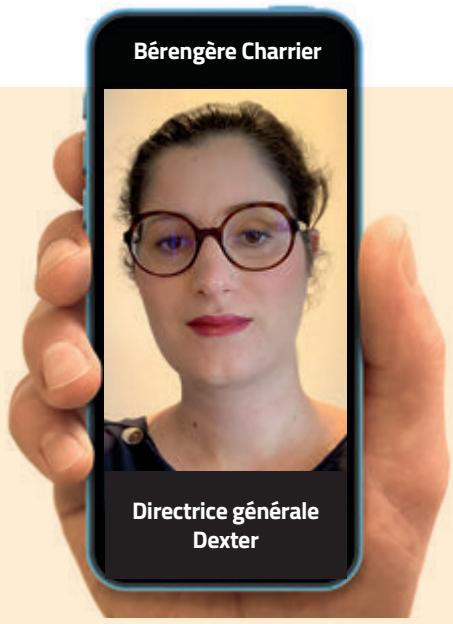
Pour ceux qui préfèrent regarder sur leur ordinateur ou leur tablette, toutes les réponses à leurs questions sont sur le site adfcongres.com. Mis à jour quotidiennement, il ne faut pas hésiter à le consulter régulièrement pour être au courant de l'actualité du Congrès.

Président du Congrès 2019 : Serge ARMAND
Comité scientifique : Marwan DAAS, Président
Tchilalo BOUKPESSI, Secrétaire scientifique
Membres :
Michel BARTALA / Prothèse fixée
Vincent BLASCO / Biologie recherche
François BODIC / Odontologie conservatrice
Sam BOUKARI / Médecine et chirurgie orale
Karim DADA / Implantologie
Sylvie DUPONT / ODF
Caroline FOUQUE / Parodontologie
Olivier FROMENTIN / Prothèse amovible – Occlusondontie
Alexis GAUDIN / Endodontie
Delphine MARET / Organisation pro. et médico-légale
Alexia MARIE-COUSIN / Odontologie pédiatrique

Comité de l'Exposition
Commissaire général :
Guillaume BAUDRY
Membres :
Carine BENEDICTUS
Nicolas BRILLAUD
Jean-Christophe CHAGNON
Didier COCHET
Xavier DIAZ
Dimitri GOUTMANN
Jean-Pierre JOSEPH
Arlette LEFRANCQ-LUMIÈRE
Arnaud PEMZEC
Lucie ROULEAU
Vivian STEMMER

CONGRÈS ADF 2019

Selfie AO



Votre dîner idéal réunirait...
Ma famille, mes amies et les personnes trop tôt disparues

Vos 3 films incontournables
Fight Club, Dirty Dancing, le Seigneur des Anneaux

Vos 3 livres fétiches
Stefan Zweig (tous ces livres), *Azteca* (Gary Jennings), *Amkoullel L'enfant Peul* (Amadou Hampate Ba)

Une chanson de votre vie : *La vie en rose* d'Édith Piaf

Votre insulte favorite : En voiture : C_ _ _ _ _D

Votre madeleine de Proust culinaire : La bohémienne

Un héros... réel ou imaginaire : ???

Salé ou sucré ? Définitivement salé

Une passion, un hobby ? La cuisine

Sportif sur canapé...ou sur le terrain ?
Sur le canapé et le terrain

Vos vacances de rêve : Repos et plongée

Accro au net... ou pas ? Un peu

Votre dernier coup de foudre ?
L'échographie de ma future fille

Dans une autre vie vous seriez... Un homme

Enfin, une adresse à recommander... Biarritz

Votre dîner idéal réunirait...
Le Pape François, ma femme et mes filles

Vos 3 films incontournables
Le Parrain, Le Nom de la Rose, Platoon

Vos 3 livres fétiches : *Les Piliers de la Terre* (Ken Follett), *Le Camp des Saints* (Jean Raspail), *Les Grands Initiés* (Édouard Churé)

Une chanson de votre vie : *Ne me quitte pas*

Votre insulte favorite : La ferme !

Votre madeleine de Proust culinaire : Les plats de ma mère

Un héros... réel ou imaginaire : Lucky Luke

Salé ou sucré ? Salé mais pimenté

Une passion, un hobby ? La course à pied, la lecture

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sur le terrain mais pas assez

Vos vacances de rêve : Safari

Accro au net... ou pas ? À fond

Votre dernier coup de foudre ? Piloter un avion

Dans une autre vie vous seriez...
Au sein d'une ONG au fin fond de l'Afrique

Enfin, une adresse à recommander...
Baalbeck, l'ancienne Heliopolis des Romains

Votre dîner idéal réunirait... Tous mes amis

Vos 3 films incontournables
Scarface, Pretty woman, Pulp fiction

Vos 3 livres fétiches
Belle du seigneur, L'attrape cœur, Le journal d'Anne Frank

Une chanson de votre vie : *Me and Mrs jones !*

Votre insulte favorite : Fuck you

Votre madeleine de Proust culinaire
Le moelleux au chocolat

Un héros... réel ou imaginaire
Le prince charmant

Salé ou sucré ? Sucré et salé

Une passion, un hobby ? Chanter danser faire la fête !

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ? En alternance

Vos vacances de rêve : Sea and sun...

Accro au net... ou pas ? Accro pas addict

Votre dernier coup de foudre ? *A long time ago*

Dans une autre vie vous seriez... Smooth Singer

Enfin, une adresse à recommander...
Le Brach (Paris 16), un lieu convivial et chaleureux où on se sent comme à la maison !

ODILE CHEMLA GUEDJ

Vous et votre argent

CABINET ODILE CHEMLA-GUEDJ - EXPERT COMPTABLE - COMMISSAIRE AUX COMPTES - 5 RUE ERLANGER - 75016 PARIS - TÉL. 01 84 25 14 25

Un oubli, une erreur dans votre déclaration ? Comment faire ?

Vous avez fait votre déclaration de revenus largement dans les délais, mais vous vous rendez compte que vous avez oublié de télédéclarer des revenus, ou, au contraire, avez omis une réduction ou un abattement, ce qui a impacté le montant déclaré. Que faire ?

Le droit à correction

Une télécorrection directement en ligne. Un contribuable « étourdi » peut parfaitement corriger sa déclaration de revenus en ligne, et pour ce faire, vous ne serez pas seul, car le fisc va vous accompagner dans votre démarche. Cet accès est réservé aux contribuables qui ont déclaré leurs revenus en ligne, au moyen du service de déclaration en ligne disponible sur http://www.impots.gouv.fr.

Bon à savoir. Ce service est disponible à partir de la page d'accueil du site http://www.impots.gouv.fr, en cliquant sur le lien « *Corriger ma déclaration en ligne de 2018* » ou via votre espace « *Particulier* ».

Corriger quoi ? Vous pouvez corriger les éléments liés à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux. Vous avez donc la possibilité de modifier les informations relatives à vos revenus, bénéfices et charges, les personnes à charge de votre foyer fiscal, vos réductions et crédits d'impôts,...

Corriger... ou pas ?

Une erreur en votre faveur... Ne rien faire ? Si vous vous rendez compte que vous payez moins d'impôt que prévu parce que vous avez fait une erreur dans votre déclaration professionnelle n° 2035, il peut être tentant d'attendre votre avis d'imposition pour vérifier si le fisc s'est rendu compte de cet oubli...

Une erreur involontaire... Dès lors que la nature et le montant des écarts constatés permettent de penser qu'il s'agit d'une erreur involontaire, le fisc opère une relance amiable. Il vous adresse un simple courrier pour vous proposer de procéder vous-même à la régularisation de votre déclaration, sans pénalité ni intérêt de retard, dans les 30 jours.

Une tolérance. À condition que vous soyez de bonne foi, aucun intérêt de retard n'est dû si l'insuffisance des chiffres déclarés n'excède pas 5 % de la base d'imposition retenue après rehaussement.

Mais en cas de mauvaise foi, attention ! Par contre, si le fisc vous considère de mauvaise foi et démontre que vous avez volontairement cherché à éluder l'impôt, l'impôt dû sera majoré de 40 % (80 % en cas de fraude).

Bon à savoir. Avec le nouveau droit à l'erreur, si le fisc détecte une erreur de bonne foi dans le cadre d'un contrôle, les intérêts de retard seront réduits de 30 %, et si vous rectifiez de vous-même une erreur commise de bonne foi, ces intérêts seront réduits de 50 %.

Une erreur en votre défaveur... Si vous vous apercevez qu'une erreur s'est glissée dans votre déclaration et que cela a conduit à augmenter le montant de l'impôt dû, contactez votre centre des impôts et envoyez une déclaration rectificative. Si la déclaration initiale peut encore être modifiée, la déclaration rectificative viendra la remplacer et l'avis d'imposition initial sera correct.

Un dégrèvement. Mais si la déclaration initiale ne peut plus être rectifiée, l'impôt sera calculé sur des bases erronées. Alors, le fisc devrait vous accorder un dégrèvement (éventuellement accompagné d'intérêts moratoires). Et s'il n'est pas tenu compte de vos modifications, vous devrez formuler une réclamation contentieuse par LRAR qui ne suspend pas votre règlement, car pour obtenir un sursis de paiement, il faut en faire la demande...

Et pour une erreur sur la déclaration n° 2035 ? Si l'erreur provient de votre déclaration n° 2035 et si c'est vous qui l'avez établie, il vous faudra faire, si nécessaire, une déclaration n° 2035 rectificative et une déclaration n° 2042 rectificative. Par contre, si votre déclaration n° 2035 est faite par votre AGA ou votre expert-comptable, ces derniers devront la rectifier et vous devrez effectuer votre déclaration n° 2042 rectificative.

Une erreur de moins de 5 % en votre faveur et de bonne foi ? Nul besoin de rectifier. Au-delà, à vos risques et périls ! Et pour une erreur en votre défaveur, faites la correction directement en ligne et vous obtiendrez un dégrèvement si votre avis d'imposition est déjà établi.

Odile CHEMLA GUEDJ
Expert Comptable - Commissaire aux Comptes
Coordonnées : *5 rue Erlanger - 75016 PARIS*
Tél. 01 84 25 14 25

Un pas en avant

Stand ADF 1M02

FujiCEM™ Evolve de GC

Le CVIMAR dernière génération ergonomique et fiable.

Dr J. Tapia, Espagne

Scellement d'inlays, onlays C&B à base de métal, de résine et tout céramique haute résistance, des tenons fibres de verre, céramique et métallique et de tous inlays céramique. Classe IIa. Dispositif médical pour soins dentaires non remboursés par la sécurité sociale réservés aux professionnels de santé. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. Organisme certificateur n°0086. Distribué par GC France.

GC France
8 rue Benjamin Franklin
94370 Sucy en Brie Cedex
info.france@gc.dental
www.france.gceurope.com

OFR062019

Julie
-SOLUTIONS-

L'ESPRIT TRANQUILLE.

26 000 UTILISATEURS JULIE SIMPLIFIENT LEUR QUOTIDIEN.
ET VOUS ?

Gestion automatique des actes CCAM

Création rapide de vos plans de traitement en favoris

Agenda optimisé et personnalisable

Gestion administrative simplifiée et documents numérisés

Des modules interconnectés (imagerie, laboratoire, stérilisation et stocks)

Suivi de votre activité grâce à un tableau de bord

Découvrez le logiciel en action et nos nouveautés en exclusivité au Congrès ADF 2019 !
www.julie.fr/congresadf

COM-APADF19-1907-01-A

dynamik@julie.fr 01 60 93 73 70 www.julie.fr