

Réhabilitations complètes implanto-portées et vieillissement de la prothèse : quelles responsabilités pour chaque partie? #3

Benoît Mottin-Fassot
Tarare



Statistiques liées aux sinistres en implantologie (1)

Rapports de la MACSF

La MACSF a publié en 2020 un rapport de la sinistralité de 2019. L'implantologie concerne 19,4 % de déclarations soit 298 déclarations. La MACSF catégorise ces déclarations en 3 groupes : le premier groupe concerne que la phase chirurgicale, correspondant à 35,6 % de l'ensemble des actes d'implantologie. La prothèse implanto-portée est mise en cause dans 85 déclarations, soit 27,5 %, de l'ensemble des actes d'implantologie. La majeure partie concerne les restaurations fixes, pour 41 déclarations. Ensuite, l'assureur avance un groupe mixte, où des manquements cumulés potentiels sont allégués dans les deux phases de la réhabilitation. Cela concerne 108 déclarations, soit 36 % des actes d'implantologie.

Enfin un groupe avec la mise en cause du matériel recense 2 déclarations, soit moins de 1 % de l'ensemble des actes d'implantologie. Le rapport 2021, sur la sinistralité de 2020, met en avant une baisse de la sinistralité de 11 %, en rapport avec le Covid. Toutefois, le Docteur Patrick Marchand constate une relative stabilité des litiges liés à l'implantologie depuis 3 ans. Les déclarations portent à 39 % sur la phase chirurgicale, à 27 % sur la phase prothétique uniquement et à 33 % sur la phase implanto-prothétique, et à 2 % sur la mise en cause du matériel.

Analyse de la sinistralité (2)

Ces rapports peuvent être intéressants pour un expert, car ils mettent en avant la diversité des reproches qui sont formulés au praticien, et qui couvrent la totalité des différentes composantes de l'implantologie. Rappelons que le chirurgien-dentiste est dans l'obligation contractuelle d'octroyer des soins conformes aux règles de l'art, et qu'en matière de prothèse dentaire, il engage sa responsabilité s'il procède à la pose de prothèses inadaptées. (Cass. Civ. I, 24 janvier 1990)

Concernant la responsabilité de la société implantaire, elle est très rarement mise en cause. Cela pour plusieurs raisons : les sociétés proposent des garanties sur leurs implants et sur les pièces prothétiques qu'elles fournissent. Rappelons que ces sociétés ont d'un point de vue médico-légal une obligation de sécurité-résultat. En pratique, c'est le praticien qui va essayer de se retourner contre la société implantaire, avec la notion de vice caché qui est applicable aux implants selon les articles 1641 et suivants du Code civil. Une décision récente de la cour de Versailles (Versailles, 3^e chambre, 27 février 2020 - n° 16/02877) émet un avis défavorable à la demande d'indemnisation d'un praticien contre une société d'implants pour vices cachés, même avec une expertise favorable au praticien. De plus, afin de vérifier l'obligation de sécurité de ces sociétés l'ANSM a procédé à un contrôle de 16 d'entre elles entre 2015 et 2018 (3).

L'analyse des motifs de déclarations sont des éléments qui peuvent être liés en partie au vieillissement des prothèses ou des patients eux-mêmes. En effet, au niveau de la littérature, il a été montré que le vieillissement physiologique sur un parodonte sain entraîne des lyses osseuses et des récessions gingivales, selon *Touzi et coll.* (4). Ce phénomène affecte aussi les tissus de soutien péri-implantaire, il est donc en partie physiologique que les bases prothétiques finissent par devenir visibles dans le temps. Concernant les péri-implantites, elles sont retrouvées chez 20 % des patients au suivi implantaire régulier et sans facteur de risque en moyenne selon la méta-analyse de *Lee et al.* en 2017 (5). *Dreyer et coll.* (6), en 2018, mettent en avant des taux bien supérieurs à 5 et 10 ans après la mise en place des implants, jusqu'au double pour les patients avec facteurs de risque ou sans suivi régulier. Actuellement, il n'y a pas de consensus avérés sur le meilleur traitement de cette pathologie.

Lors d'une expertise, tout le travail de l'expert va devoir reposer sur la notion d'imputabilité entre le préjudice subi par le patient (par exemple la péri-implantite ayant conduit à la dépose de l'implant ou sa pérennité) et un éventuel manquement du praticien, tant lors de la pose de l'implant que de la réalisation de la prothèse. L'expert pourra rechercher si la maintenance implantaire a bien été réalisée et décrite par le praticien par exemple.

Analyses d'expertises judiciaires mettant en cause la responsabilité du praticien après plusieurs années

Mise en cause de la responsabilité de Dr P. par Monsieur B. : à propos d'une prothèse amovible complète stabilisée sur quatre piliers Locator® après quatre années de port

Rappel des faits : Monsieur B. présente une édentation complète du maxillaire supérieur. A la mandibule 33 à 42 sont indemnes de restauration, 43 est couronnée, satisfaisante cliniquement et radiologiquement. Monsieur B. consulte le Docteur P., implantologue, sur avis du Docteur A., son dentiste, correspondant habituel du docteur P., début 2014. Après que tous les examens cliniques et radiologiques préopératoires aient été effectués, le Docteur P. propose à Monsieur B. soit la mise en place de 6 implants avec un bridge complet implanto-porté de type Branemark, soit la mise en place de 4 implants et la pose d'une prothèse complète implanto-stabilisée sur 4 attachements type Locator® sur implants. Le patient opte pour la deuxième solution, après signature des devis et consentement éclairé. Les implants sont posés en octobre 2014, un mois et demi après la consultation pré-implantaire, et un appareil provisoire complet est réalisé, non solidarisé aux implants.

Le praticien A., suite à un différend avec le patient, ne souhaite plus réaliser la prothèse d'usage. C'est donc le praticien implantologue, le docteur P., qui procède, suite à un nouveau devis pour un appareil complet du haut et un stellite du bas, à la réalisation des prothèses, en cinq séances, avec arc facial. Fin juillet 2015, les appareils sont posés et réglés en occlusion, avec des rendez-vous successifs de réglage occlusal. La courbe de Spee est accentuée par rapport à la prothèse provisoire qui n'en présentait pas une suffisante. Le patient se plaint que la langue n'est pas à sa place pendant ses vacances et qu'il ne peut plus chanter correctement à la chorale. Il retouche alors lui-même la prothèse avec des limes de menuisier et revient à de multiples reprises au cabinet, en octobre 2015, le Docteur P., après plusieurs séances de réglages, finit par rebaser la prothèse. Le patient ne se présente plus au rendez-vous proposé par l'assistante du Docteur P. Le patient n'a alors plus de suivi dentaire pendant une période de 5 ans, il est allé voir différents praticiens qui n'ont rien fait.

Une radiographie panoramique est jointe au dossier datant de 2017, où aucune lise osseuse n'est retrouvée autour des implants. Une première expertise réalisée en 2017 met en cause la responsabilité du Docteur P., en mettant en avant que ce dernier n'eût pas pris en compte la classe 3 du patient pour réaliser la prothèse d'usage. Le Docteur P. demande une contre-expertise, réalisée fin 2019, où le patient émet les doléances suivantes : son appareil ne correspond pas à la description qui lui en est faite, son appareil ne tient pas et il ne peut plus faire de chorale, il a du mal à parler, postillonne, à la bouche sèche en permanence et ne peut pas manger correctement.

Le jour de l'expertise, une péri-implantite est retrouvée sur les implants, qui n'était pas présente en 2017. L'expert conclut, pour cette expertise, à l'absence de mise en cause de la responsabilité du Docteur P. envers les soins prodigués sur Monsieur B. et conclut que c'est ce dernier, en retouchant les bords de la prothèse et en recollant les parties femelles des Locator® a causé l'instabilité de la prothèse d'usage.

Expertise judiciaire sur un bridge complet maxillaire

Rapports des faits : à la suite de la pose de prothèses complètes implanto-portées de 2010 posée à Ténérife, une patiente se présente en consultation en cabinet de stomatologie chez le Docteur P avec des doléances esthétiques et fonctionnelles concernant son bridge maxillaire (problème de prononciation des palatales) et une perte de DVO. Le praticien propose la mise en place de diskimplants au maxillaire et d'implants axiaux à la mandibule avec pose d'un bridge provisoire le lendemain de l'intervention sous anesthésie générale. Cela est réalisé en novembre 2010. La pose des bridges définitifs est réalisée en février 2011. À la suite de cela, les diskimplants sont déposés et reposés, et, pour synthétiser, 7 bridges provisoires sont réalisés et 3 bridges définitifs, sans honoraires complémentaires et deux prothésistes qui ne souhaitent plus participer à la réalisation des prothèses.

Deux réunions pluridisciplinaires sont organisées mais la patiente ne se présente pas et une quarantaine de rendez-vous ont été nécessaires à la réalisation de ces travaux. La patiente assigne une première fois le docteur P. en 2014 en expertise judiciaire où la responsabilité de ce dernier est engagée, l'expert judiciaire insistant sur le fait *qu'il aurait été souhaitable que les bridges soient vissés et non scellés et de ne pas avoir utilisé un articulateur semi-adaptable pour l'étude prothétique, ce qui constituait une insuffisance de moyens.*

Le praticien a une obligation de résultat dans la bonne conception et la confection de cet appareillage, c'est ce dernier qui doit valider le travail effectué par le prothésiste

Ce dernier proposait la dépose du bridge, la réalisation de sinus lift bilatéraux et la mise en place de 7 implants, la pose de 11 piliers et la réalisation d'un second bridge provisoire avant de réaliser le bridge d'usage, le tout pour un montant de 35000 €. Toutefois la patiente s'est tournée vers le docteur Z., qui entre 2016 et 2017 a procédé à la dépose des diskimplants, posé une barre d'Ackermann sur les 5 implants axiaux résiduels et

réalisé une première, puis une seconde prothèse complète amovible en résine stabilisée par des cavaliers. À la mandibule, ce dernier a déposé l'ancien bridge et remplacé un nouveau bridge céramo-métallique sur implants. Ces prothèses sont satisfaisantes sur le plan fonctionnel et esthétique, seule une visibilité des cols implantaires est à noter. L'occlusion est bonne et les douleurs de la patiente ne sont, selon les dires de l'expert, pas en lien avec la prothèse.

En 2018, cette dernière assigne une deuxième fois le docteur P. qui a réalisé les premiers bridges et l'expert judiciaire conclut en proposant à la patiente un approfondissement vestibulaire dans les secteurs postérieurs maxillaires et une greffe gingivale dans le secteur antérieur de 13 à 23, le vestibule ayant pratiquement disparu. La prise en charge de ces greffes n'est pas imputable aux soins du Docteur P., seule sa responsabilité est retenue pour la réfection des travaux prothétiques du Docteur Z. pour l'arcade maxillaire uniquement. L'expert judiciaire demande à faire appel à un sapsiteu psychiatrie. La patiente est considérée comme consolidée en décembre 2017.

Analyse de ces deux expertises

Analyse de la première expertise concernant la prothèse complète sur Locator®

Pour synthétiser, les reproches sont fondés sur la prothèse et non sur la mise en place des implants. Le patient a modifié lui-même la prothèse, ce qui peut être un motif

de rupture du contrat de soins, au sens où ce dernier *interfère avec le traitement réalisé par le Docteur P.* Par ailleurs, il a lui-même tenté de réparer une partie femelle de l'attachement, ce qui, selon l'expert a créé une instabilité supplémentaire à cause de la surépaisseur de la colle. Enfin l'expert insiste aussi sur la rupture du contrat de soins car le patient a refusé de venir au rendez-vous de contrôle proposé par le Docteur P.

En rapport avec le sujet qui nous intéresse, nous pouvons nous poser la question de la responsabilité de chaque partie dans cette affaire, et le lien avec le vieillissement de la prothèse. Le Docteur A., qui a orienté le patient vers l'implantologue, n'a pas de responsabilité vis-à-vis ni des implants, ni de la prothèse car ce dernier n'a pas réalisé la prothèse d'usage.

Rappelons que le but de l'implantologie consiste à obtenir une prothèse fixe, amovo-inamovible, ou stabilisée, fonctionnelle, esthétique et pérenne. Il n'est pas précisé si l'obligation de moyens (guide radiologique et chirurgical) a été respectée, toutefois l'ostéo-intégration des implants est obtenue selon le rapport d'expertise et il n'y a pas eu de casse de l'accastillage implantaire ou prothétique intermédiaire, en l'occurrence les piliers Locator®. Le système implantaire utilisé est *premium* et la traçabilité respectée, les examens radiologiques utilisés adéquats (cône beam). Il est intéressant de rappeler que le chirurgien-dentiste est en obligation de moyen sur la chirurgie qu'il réalise.

Concernant la prothèse : il est noté que le patient portait une prothèse transitoire, réalisée par le Docteur A., dont le Docteur P. s'est inspiré, en modifiant la courbe de Spee. Nous pouvons dire que ce dernier a donc réalisé un examen occlusal approfondi afin d'améliorer le concept prothétique pour la prothèse d'usage. De même nous nous situons dans l'obligation de moyen (Cass. Civ. I, 25 février 1997, communauté urbaine de Lyon et autre c/ caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon et autres) au niveau de la prothèse. En l'essence, celle-ci est associée à une obligation de sécurité de résultat de la part du chirurgien-dentiste lorsqu'il fournit un appareillage dentaire (Cass. Civ. I, 23 novembre 2004, Société le Sou Médical). C'est lui le responsable de la conformité de la prothèse qu'il place dans la bouche de son patient.

Le choix des moyens de liaison : pour une prothèse complète stabilisée sur implants, deux types d'attachement peuvent être mis en œuvre, les attachements axiaux type Locator® ou une barre de jonction type barre d'Ackerman. Sans rentrer dans une comparaison entre les deux systèmes, il est admis que la solidarisation des implants par une barre de jonction permet la répartition des charges occlusales à l'inverse des attachements de types axiaux qui travaillent seul, ce qui peut mener à des surcharges et à terme une perte de l'ostéointégration (7). Rappelons simplement que plus les forces occlusales sont appliquées selon l'axe de l'implant, meilleure est la répartition des forces sur le péri-implant et qu'il faut éviter les forces latérales (grade B, niveau 2 de preuve) (8).

Concernant le vieillissement de ces dispositifs, le système Locator® utilise une partie femelle en Teflon avec différentes rétentions qu'il est facile de remplacer, et la barre d'Ackerman des cavaliers en Teflon ou en métal (or) qui peuvent demander plus de manipulations pour être remplacés. Cependant, il peut être retrouver une usure du revêtement du pilier locator® en nitrure de Titane, même si le revêtement de ces derniers a été amélioré avec le Locator® RTX. Concernant la longévité de la prothèse, ces solutions amovo-inamovibles nécessitent des rebasages fréquents car la prothèse conserve un appui ostéo-muqueux. Nous pensons que ces informations doivent être apportées au patient dès le début de la consultation. Le praticien a une obligation de résultat dans la bonne conception et la confection de cet appareillage, c'est ce dernier qui doit valider le travail effectué par le prothésiste. En effet, si le travail est mal réalisé par un manque de précision du laboratoire, le chirurgien-dentiste doit refuser de poser la prothèse, d'où l'utilité des rendez-vous d'essayage dans le cas de réhabilitations complètes. Les prothésistes, eux, sont en obligation de résultat sur la conception par CFAO.

La présentation des alternatives thérapeutiques : l'expert précise que le Docteur P. a proposé au patient B. une solution fixe par 6 implants, et le patient était déjà porteur d'une prothèse adjointe conventionnelle. L'expert conclut que le devoir d'information et le recueil du consentement éclairé étaient respectés, tout comme le délai entre la consultation et la réalisation de la chirurgie d'un mois.

La prise en compte de la parafonction : le patient ne semble pas avoir de parafonction, hormis une tendance à la classe trois. Ces dernières doivent être prises en compte dès le début du traitement implantaire et prothétique car elles vont profondément affecter la longévité de la prothèse et donc potentiellement aboutir à un conflit. La principale parafonction qui accélère le vieillissement de la prothèse est le bruxisme. Patrick Simonet, dans *Bruxisme et Implantologie* (9) le définit comme des *activités fonctionnelles anormales et répétitives (parafonction) qui peuvent être diurnes (bruxisme de l'éveil et/ou nocturne (bruxisme du sommeil))*. Cela aboutit à des forces occlusales excessives qui pourraient être nocives à l'interface os implant, mais aussi au niveau

des pièces prothétiques. Simonet conclut en *l'absence d'étude scientifique permettant d'infirmer ou de confirmer ce qui a été énoncé précédemment et le manque de connaissance sur le seuil d'adaptation au-delà duquel une force peut devenir excessive pour un implant*. Dans une méta-analyse de 2015, analysant 7 études sur la relation entre les complications implanto-prothétiques et le bruxisme, *Zhou et al.* conclut à un taux d'échec plus important sur les prothèses implantaires des patients qui bruxent. (10). Pour synthétiser, Simonet et Duminil listent une multitude de problématiques à avoir en tête de la phase chirurgicale jusqu'à la phase prothétique chez le patient bruxeur.

Parmi celles qui concernent notre sujet, c'est-à-dire le vieillissement de la prothèse, les bonnes pratiques à adopter sont les suivantes, même si toutes ne font pas partie des données acquises de la science par manque de preuve à l'heure actuelle.

Essayer de déplacer le risque biologique (perte osseuse péri-implantaire) vers un risque mécanique (fracture de vis ou de la prothèse), qui serait plus facile à gérer. Pour cela, les auteurs recommandent d'utiliser des implants de plus gros diamètres et de multiplier

leur nombre, tout en essayant d'aligner les implants et de réduire l'inclinaison de l'axe implantaire.

Lors de la réalisation de la prothèse, **tenter de faire un compromis entre les matériaux les plus adaptés au bruxeur et les enjeux esthétiques**. Pour cela, ils recommandent d'utiliser la CFAO, qui a défaut d'être réparable en cas de fracture à l'inverse de la fonderie traditionnelle, présente l'avantage d'une meilleure passivité et la possibilité de la refaire à partir du fichier numérique initial. Rappelons que l'appareillage dentaire entre dans l'obligation de résultat, la prothèse devant être sans défaut (Cass. Civ I, 29 octobre 1985).

Lors de la phase de maintenance implantaire et dès la pose de prothèse d'usage : il faut **protéger la restauration prothétique par une orthèse occlusale**.

Analyse de la seconde expertise

Ce qui est intéressant de mettre en exergue, c'est la multitude d'acteurs présents lors de cette expertise. La patiente a consulté pas moins de 6 dentistes entre 2010 et 2017. Or l'article R4127-64 précise que *lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un*

malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. Cet article sert de référence juridique lors de plan de traitement complexe lorsque plusieurs spécialistes interviennent. Les différents échanges vont être la trame chronologique de référence pour l'expert, qui pourra alors vérifier que l'obligation déontologique de chacun ait bien été respectée. En outre, le profil psychologique de la patiente doit être pris en compte par l'expert. En effet, il est précisé dans le compte rendu que la patiente *souhaite mettre fin à ces jours*. L'expert doit alors vérifier que le contrat de soins, synallagmatique et intuitive personae a été respecté dans ce cas ou s'il y a un défaut d'information et de recueil du consentement pour en arriver à un tel préjudice psychique. En substance, en dehors de l'urgence, il n'y a pas d'obligation légale à poser les implants à cette patiente, avec une technique exotique que le praticien aurait dû prendre le temps d'expliquer et mettre en avant les pertes de chance possible associées.

Pour synthétiser, les reproches sont formulés sur la phase implantaire chirurgicale et prothétique. En effet, les diskimplants ont été déposés 6 mois à la suite de leur mise en place et reposés. L'implantologie basale n'est pas la technique d'implant la plus documentée, ni la plus utilisée, ces indications doivent rester restreintes. Quant au choix du type de restaurations prothétiques, l'expert avance que le Docteur P. aurait dû utiliser un bridge transviscé et non scellé. Les deux techniques, scellée comme transviscée, répondent aux données acquises de la science, d'après les recommandations de bonne pratique en odonto-stomatologie. Les auteurs s'appuient sur des *accords professionnels* concernant la réalisation de prothèses complètes transviscées sur implants pour faciliter le démontage et le nettoyage en cas de casse prothétique ou de problème sur un implant, même des années après la pose.

Analyse croisée

Les deux expertises concernent la réalisation de prothèses complètes sur implant, l'une amovible, l'autre fixe. Dans la première expertise, il s'est déroulé six années entre la mise en place de la prothèse et le rapport d'expertise. Dans la seconde, ce sont huit années qui se sont écoulées entre la pose de la prothèse d'usage et la fin de la procédure. Quand nous avons choisi le sujet de ce mémoire, nous voulions approfondir la notion de vieillissement de la prothèse. En réalité, nous nous rendons compte après plusieurs recherches qu'il s'agit de la durée des procédures et leur multiplicité qui peut conduire à une aggravation de l'état initial des patients au moment de leurs doléances. Par exemple, pour la première expertise concernant la prothèse maxillaire sur Locator®, le patient a déclenché une péri-implantite entre 2017 et 2020, ce qui va aggraver son problème initial. L'expert conclut à ce sujet : *Monsieur B. n'est pas consolidé et sa consolidation sera acquise quand les implants seront tombés ou enlevés. Monsieur B. se retrouvera dans son état initial, à savoir édenté complet au maxillaire. Il n'y a pas de date de consolidation en rapport avec les actes du Dr P.*

Pour la seconde expertise, la patiente est consolidée en 2017, quand la patiente *porte une prothèse complète maxillaire en résine de 14 éléments, remplaçant les 17 à 27 par des éléments résine avec un faux palais, avec deux attachements de type cavalier en Téflon en position 15 et 25.*

La consolidation correspond au moment où les lésions se sont fixées et ont pris un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il devient possible d'apprécier l'existence éventuelle d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique. (11) Le vieillissement d'une prothèse et la date de consolidation ne sont pas nécessairement liés, hormis si la prothèse est susceptible de faire évoluer les préjudices, ou aggraver l'état initial ce qui peut être le cas si cette dernière n'est pas réalisée selon les données acquises de la science. Auquel cas, il n'y aura pas la possibilité de fixer la date de consolidation le jour de la première expertise.

XO FLOW

LE PREMIER EQUIPEMENT DENTAIRE TOTALEMENT NUMERIQUE

Ne serait-il pas formidable que la dentisterie soit plus simple et intuitive ?

XO FLOW est un unit numérique doté d'applications dentaires spécifiques et d'un système de guidage des flux de travail.

Il est équipé d'un ordinateur, d'une connexion réseau et intègre d'autres solutions inédites en dentisterie.

Grâce à son interconnectivité avec d'autres périphériques, vous pourrez par exemple connecter et piloter à partir de l'écran tactile Navigator un scanner intra-oral et obtenir un ensemble hyper ergonomique, performant et unique pour votre cabinet.

L'unit fait l'objet de mises à jour logicielles régulières ce qui permet de proposer de nouvelles fonctionnalités comme l'Endo à mouvement réciproque.

Ce ne sont là que quelques-uns des nombreux avantages du passage au numérique.



“ L'intégration de mon scanner intra-oral directement au XO FLOW est une amélioration complète de la façon dont j'ai utilisé mon scanner au cours des dix dernières années. Je n'ai plus besoin de traîner le chariot du scanner dans la clinique et je peux afficher les images directement sur l'écran. ”

Dr. Gerard Tolila (Menton)



Scannez le code QR ci-dessous et voyez comment un IoS s'intègre de manière transparente à l'écran du navigateur.



Éléments à considérer lors d'une expertise implantaire sur une réhabilitation complète ancienne

Lors de ce type d'expertise, la mission de l'expert va être de savoir si les préjudices subis par le patient sont imputables à un manquement du praticien de manière directe et certaine, ou si le préjudice peut être lié à une cause externe, par exemple le vieillissement de la prothèse ou encore un aléa thérapeutique. Pour cela, l'expert devra essayer de déterminer l'état initial. S'il s'agit de la phase implantaire, l'état initial correspond le plus souvent à l'édentation antérieure. Étant donné que la plupart du temps, les implants finissent par ne plus être fonctionnel/et ou mobile et/ou en péri-implantite, l'état antérieur va être retrouvé *naturellement*. En revanche, il peut être plus compliqué de déterminer l'état initial quand le reproche porte sur la prothèse. En effet, une prothèse défectueuse peut amener à une péri-implantite, par exemple dans le cas d'une prothèse de type Branemark avec impossibilité de nettoyage par les brossettes interdentaires. À ce moment-là, l'expert doit tenter de déterminer si l'état initial correspond à la mise à jour des implants ou à l'état d'édentation antérieure.

Ensuite, l'expert devra chercher à savoir si le patient est consolidé. Pour qu'il y ait consolidation, il faut qu'il existe un préjudice. En cas d'impossibilité de fixer la date de consolidation le jour de l'expertise, il devra prévoir une nouvelle réunion 6 mois après pour tenter de fixer cette consolidation et d'en déduire les préjudices permanents.

L'expert devra vérifier si l'information délivrée a été intelligible, loyale et fidèle, et qu'elle respecte le contenu de l'article L.1111-2 du code de la santé publique. Par rapport à notre sujet, parler de la durée de vie de la prothèse implantaire entre dans le devoir d'information du praticien, et il devra rechercher si les complications prévisibles courantes (fracture de vis, fracture de cosmétique, mucosité, péri-implantite) ou plus rares (fracture de l'armature, fracture du col implantaire, perte de plusieurs implants.) ont été abordées.

Les alternatives thérapeutiques doivent être clairement abordées. De même, les taux de survie implantaire, souvent valorisants pour les praticiens, doivent être nuancés par les taux de succès prothétiques, parfois plus proches de la réalité clinique et des problématiques susceptibles d'engager la responsabilité du praticien. Ce dernier devra être au point scientifiquement sur les techniques utilisées à la fois en chirurgie implantaire et en prothèse implantaire.

En sus des différents éléments que nous avons développés plus haut concernant la prothèse implantaire, **l'évaluation de la pérennité d'une prothèse implantaire complète repose sur les éléments suivants.**

La longueur des implants : les implants courts peuvent être une alternative thérapeutique à considérer en fonction de chaque cas clinique, cependant la littérature s'accorde sur le fait que le taux de survie augmente pour des longueurs d'implant supérieures à 6 mm et lorsque la longueur des implants augmente.

Présence d'une extension : concernant la prothèse complète sur implant, une méta-analyse considère qu'une extension distale jusque 15 mm ne nuit pas à la pérennité de la prothèse et cette dernière doit être de la taille d'une prémolaire. En cas de parafonction, les extensions sont à proscrire. Il s'agit là de recommandations à niveau de preuve accord professionnel. Une autre méta-analyse de 2018 conclut à de moindres complications en l'absence de cantilever (12).

Diamètre des implants : les implants de moins de 3,5 mm de diamètre ne rentrent pas dans les recommandations de bonnes pratiques concernant la réhabilitation complète. Il n'y a pas de preuve scientifique à valider leur usage.

Implants angulés : ils ne semblent pas poser de problème sur la pérennité de la prothèse d'après Attias, dans

les recommandations de bonnes pratiques, qui note toutefois le manque d'étude à fort niveau de preuve. À l'inverse, une méta-analyse de 2020, reposant sur 9 études entre 2010 et 2019 vient à l'encontre des propos de l'auteur en concluant à des taux de fracture de vis et de pilier statistiquement significatifs plus élevés concernant les piliers angulés par rapport aux piliers droits. (13)

Le nombre d'implants pour la réalisation d'un bridge complet sur implants : un groupe de recherche ITI a analysé six méta-analyses pour tenter d'émettre des consensus. Ces derniers concluent à l'absence de différences statistiquement significatives sur les taux de survie implantaires et prothétiques pour un *full arch* entre moins de 5 implants et plus de 5 implants. Toutefois, ces résultats, à fort niveau de preuve, sont à nuancer au sens où les résultats sont en moyenne à 5,5 ans.

D'autre part, les auteurs estiment avoir besoin davantage d'études comparatives entre 4 et 6 implants. Par mesure de précaution, il apparaît prudent d'essayer de placer 6 implants pour une réhabilitation complète pérenne, bien évidemment en fonction du cas clinique et après avoir expliqué au patient le possible recours aux greffes. (14)

En sus de ces critères, nous pensons que le choix du matériau prothétique pour les réhabilitations complètes doit être pris en compte. En effet l'avènement ces dernières années de réalisations en zircone comme matériau d'infrastructure mérite de s'interroger. La littérature est consensuelle sur ce point : les bridges complets implanto-portés en zircone présentent davantage de complications (écaillage de céramique) que les bridges complets sur implant en céramo-métallique après 5 ans, d'après la méta-analyse de *Pieralli et coll.* de 2018 (15).

Lorsque le patient, qui devra prouver la faute, recherche la responsabilité civile de son ancien dentiste l'expert devra analyser que le devoir d'information ait bien été respecté, notamment sur les points suivants.

La maintenance implantaire : le suivi régulier est primordial, aussi bien clinique que radiologique. La maintenance implantaire sur les bridges complets sur implant n'est pas encore complètement standardisée par des protocoles validés par la littérature. L'expert, lors de la rédaction de son pré-rapport, devra rechercher un élément de preuve de la part du praticien sur l'entretien de cette prothèse implantaire. Cela peut être une fiche d'entretien des prothèses implantaires dans le dossier médical, tout comme une ordonnance de brosse associée à solution d'eau oxygénée par exemple, et une démonstration du nettoyage de la prothèse consignée dans le dossier médical.

La prise en compte du parodonte : la gestion des tissus mous doit être prise en compte dans le cadre d'un traitement implantaire global. C'est même un des principaux garants de la pérennité des implants et par extension de la prothèse. En effet, plus les implants sont protégés par de la gencive kératinisée, plus ils auront de chance d'être pérennes et de résister aux péri-implantites. Pour cela, l'expert pourra analyser le dossier médical et chercher si le praticien a pris en compte le biotype parodontal du patient. En l'absence, il peut être considéré qu'une gestion muqueuse par un approfondissement vestibulaire ou une greffe épithélio-conjonctive ou autre au moment de la mise à jour des implants favorise un environnement sain et une pérennité accrue de ces derniers.

La prise en compte des facteurs liés aux patients : comme le précise Davarpanah dans son livre *Implantologie* (16) *il est possible que des facteurs personnels de l'hôte soient à prendre en compte, bien plus que la science actuelle ne l'avait envisagé*. En effet, au-delà

des recommandations et contre-indications relatives ou strictes liées à l'implantologie, l'expert pourra rechercher si le praticien consciencieux a demandé d'autres examens biologiques afin d'assurer au patient un plus grand niveau de prédictibilité sur la survie de ces implants et de sa prothèse. Actuellement, le dosage de la vitamine D semble être un examen de plus en plus pertinent quand une pose d'implants multiples est envisagée, et qu'il existe des comorbidités comme le cholestérol. (17)

L'existence d'un projet prothétique et la réalisation de guides chirurgicaux : cela entre dans les recommandations de bonnes pratiques. Concernant la réalisation de la prothèse, l'expert devra rechercher si le praticien a procédé à un ou plusieurs essayages avant la pose de la prothèse d'usage.

La gestion de l'occlusion : l'expert devra rechercher si l'occlusion a été prise en compte au moment du projet prothétique. Par ailleurs, il devra aussi discerner le type d'occlusion en fonction de l'arcade antagoniste, à savoir si cette dernière est dentée ou porteuse de restaurations prothétiques fixes ou mobiles. En sus des recommandations de bonnes pratiques développées en amont, un traitement étiologique (gestion du stress) pourra être proposé par le praticien qui a élaboré le plan de traitement. Ce faisant l'expert pourra rechercher un courrier à un psychologue, par exemple.

Toutes ces problématiques entrent dans le faisceau de preuves que l'information a bien été donnée et le consentement recueilli, après une période de réflexions pour le patient. Ainsi il pourra apprécier le respect de la responsabilité contractuelle du praticien envers son patient, ou à l'inverse si un manquement en lien direct et certain avec le préjudice a été commis. La prise en compte de l'état antérieur et son influence sur le plan de traitement sont des variables sur lesquels l'expert devra apporter son analyse, en sus des paramètres cliniques.

En conclusion

Nous avons vu au travers de ces deux analyses d'expertise que les responsabilités du praticien en prothèse complète implantaire s'inscrivent dans une logique de temps.

Cela commence par une obligation d'information et se termine par une obligation de maintenance

Cela commence par une obligation d'information et se termine par une obligation de maintenance. La difficulté de l'expert dans ce genre de mission est multifactorielle : il aura à identifier les différents acteurs qui ont participé au plan de traitement du patient avec la notion de segment et leur responsabilité respective. Il aura à mettre en lumière, en fonction de la mission qui lui est proposée, si un manquement a été commis au niveau de la conception de la prothèse ou de la réalisation de la chirurgie, ou les deux.

Pour qu'il y ait indemnisation du patient, l'expert devra rechercher s'il y a une relation directe et certaine entre la faute et le dommage, ou à l'inverse si le préjudice du patient relève de l'aléa thérapeutique ou de l'accident médical non fautif.

De même, il devra avoir à l'esprit les différentes conceptions prothétiques actuelles qui s'orientent de plus en plus vers des solutions fixes, avec une réduction globale du nombre d'implant, et se poser la question de la conformité aux données acquises de la science de ces dernières. Concernant les patients, ces derniers peuvent se retrouver en perte de chance avec l'inertie des procédures et la timidité des confrères à intervenir. Toutefois les patients ont des droits mais aussi une responsabilité sur la pérennité de leur restauration implanto-portée, que l'implantologue doit ancrer dans leur esprit dès la première consultation, en rapport avec le caractère synallagmatique du contrat de soins qui les lie.

Le chirurgien-dentiste est dans l'obligation de moyens quant aux soins qu'il délivre en vue de la réalisation de la prothèse, cette dernière relève par sa conception et sa confection de l'obligation de résultat, au sens où il s'agit d'un acte technique dépourvu d'aléa. En revanche, la pose de la prothèse et sa maintenance où le chirurgien-dentiste est à la fois médecin et technicien, restent soumises à l'obligation de moyen.

En outre le chirurgien-dentiste a une obligation de maintenance, ainsi que la gestion de l'échec, parfois délicate à accepter après plusieurs années, sa responsabilité pouvant être mise en cause. Cela est d'autant plus vérifié que l'implantologie, d'un point de vue légale est considérée comme une technique de confort et esthétique. Les moyens techniques mis à disposition du chirurgien-dentiste s'accroissent chaque jour, il est donc dans l'obligation contractuelle d'une formation continue, afin de respecter son obligation de moyens, et d'être à jour sur les recommandations de bonnes pratiques et leur portée juridique qui évoluent sans cesse avec l'apport des nouvelles technologies. Il devra être attentif aux données actuelles de la science, qui peuvent parfois manquer de recul clinique pour être considérées comme de futures données acquises.

Enfin, en tant que jeune praticien, nous pensons que tous les patients ne peuvent être candidats à l'implantologie complexe et fixe, et qu'anticiper le profil psychologique de certains patients permet de travailler de façon sereine, comme le rappelle d'ailleurs l'article R 4127-35 alinéa 1 du code de la santé civile concernant notre obligation déontologique : *Tout au long de la maladie il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*

De même, noter dans le dossier médical et expliciter clairement au patient qu'il faudra prévoir une maintenance, parfois complexe et onéreuse pour les réhabilitations complètes implantaires, s'inscrit dans le devoir d'information de la part du chirurgien-dentiste.

Nous noterons l'importance et la durée de l'examen clinique initial et l'objectivité sur la durée de vie des prothèses implantaires, qui ne sont pas éternelles. Il pourrait être intéressant de développer un outil à visée des patients leur rappelant de consulter leur chirurgien-dentiste afin d'anticiper nombre de problématiques liées à la prise en charge tardive d'une complication en implantologie, un peu à la manière des orthodontistes qui peuvent suivre leur patient avec des photos prises par leur smartphone, les incitant à consulter en cas de doute de la part du spécialiste sur une photo.

Nous pensons aussi qu'un livret d'information personnalisable des principales complications réalisées par les sociétés d'implants, même si cela est peu marketing, pourrait parfois éviter certains conflits.

Bibliographie

1. *Rapports de Sinistralité MACSF 2019, et 2020 publié en 2021, Dr Patrick Marchand.*
2. *Bery A, Delprat L. Droits et obligations du chirurgien-dentiste. Éditions du puits fleuri. 2006, P219.*

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