

ASSUREZ UNE PROTECTION COMPLÈTE À VOS PATIENTS⁽¹⁾

en PRÉ & POST ACTE

Eludrilpério

Seul bain de bouche bactéricide traitant dosé à 0,20 % de Chlorhexidine

PRATIQUE

sans dilution, prêt à l'emploi

Flacon 1L

En cabinet
au fauteuil

SANS ALCOOL*

FABRIQUÉ EN
FRANCE



Antiseptique de référence⁽²⁾

CHLORHEXIDINE 0,20 %

Flacon 200mL

Sur prescription

Médicament
princeps

Remboursé
15%
Sec.Soc.

Traitement local d'appoint des affections parodontales

Médicament réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans. Traitement local d'appoint des affections parodontales liées au développement de la plaque bactérienne (gingivite et/ou parodontite), ainsi que lors de soins pré et post-opératoires en odontostomatologie.

La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents⁽²⁾.

(1) RCP - section 4.1. Eludrilpério est indiqué lors de soins pré et post-opératoires en odontostomatologie.

(2) HAS - Synthèse d'Avis de la Commission de la Transparence: bains de bouche à base de chlorhexidine et autres principes actifs. 13/01/2010.

*Eludrilpério ne contient pas d'éthanol.

Pierre Fabre
ORAL CARE

L'expertise,
un allié
incontournable

8

AO Paris,
après-midi
de rentrée

14

Le Comident
et l'ADF
se mobilisent

26

#059
JUILLET 2023

ASSUREZ UNE PROTECTION COMPLÈTE À VOS PATIENTS⁽¹⁾

en PRÉ & POST ACTE

Eludrilpério

Antiseptique de référence⁽²⁾
CHLORHEXIDINE 0,20 %

Avant
l'acte

PRÉPARER
l'acte

Abaiss
la charge
bactérienne

Pendant
l'acte

Au fauteuil

MAÎTRISER
l'environnement
microbien

Désinfection
de la bouche

Limiter
l'aérobiocontamination

Après
l'acte

PROTÉGER
le patient

Limiter
les
complications

Rémanence
8 à 12 heures⁽³⁾

Médicament réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans. Traitement local d'appoint des affections parodontales liées au développement de la plaque bactérienne (gingivite et/ou parodontite), ainsi que lors de soins pré et post-opératoires en odontostomatologie.

La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents⁽²⁾.



Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique des médicaments et les avis de CT en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Conditions de prescription et de délivrance : Médicament non soumis à prescription médicale.

- **Présentation Flacon 200 ml :** Remboursé à 15% par la sécurité sociale - Agréé collectivités.
- **Présentation Flacon 1L :** Non remboursé par la sécurité sociale - Agréé collectivités.

(1) RCP - section 4.1. Eludrilpério est indiqué lors de soins pré et post-opératoires en odontostomatologie.

(2) HAS - Synthèse d'Avis de la Commission de la Transparence: bains de bouche à base de chlorhexidine et autres principes actifs. 13/01/2010.

(3) RCP - Section 5.2 Propriétés pharmacocinétiques.

[8]

aonews-lemag.fr

AO
NEWS

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

Avis d'experts

Isabelle Kleinfinger

Corinne Lallam

Benoît Mottin-Fassot

Marie Lemaire



[14]

Save the date
AO Paris :
après-midi
de rentrée

[26]

Le Comident
et l'ADF
se mobilisent



Bel été

#059

JUILLET 2023

Alpha Omega news

LE MAG DENTAIRE
QUI NOUS RASSEMBLE

RÉDACTEUR EN CHEF - FONDATEUR

André Sebbag : docsebbag@gmail.com

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Jacques Bessade : dr.j@bessade.fr

RÉDACTEURS EN CHEFS ADJOINTS

Michèle Albou
Sydney Boulbil
Joël Itic
Jonathan Sellem

LA RÉDAC'

David Azaria, Xavier Bensaïd, David Bensoussan,
Jacques Bessade, Julien Biton, Marc Danan,
Hanna Kruk, Nathan Moreau

CHARGÉS DE RUBRIQUE

André Amiach, Alain Amzalag,
Nathalie Attali, Olivier Boujenah,
Patrick Chelala, Odile Chemla Guedj,
Renata Fonseca, Cyril Licha, Roman Licha,
David Naccache, Philippe Pirnay,
Jean-Pierre Salomon, Anne-Charlotte Theves

CHRONIQUEURS TEAM JEUNES

Michael Allouche, Maxime Benguigui,
Julien Biton, Yohann Brukarz, Coraline Dericbourg,
Jordan Dray, Thibaud Le Monnier, Léonard Sebbag,
Elsa Solal, Romane Touati, Yoram Zaouch

CORRESPONDANTS AO

Grenoble / Lyon : Corinne Attia
Marseille : Yonathan Attal
Montpellier : Gilles Zitoun
Nancy : Eric Fiszon
Nice : Franck Hagege
Paris : André Sebbag
Strasbourg : Thierry Roos
Toulouse : Patrick Bitoun
AO international :
www.alpha-omega.org
www.aonews-lemag.fr

MEMBRES HONORAIRES : René Arav,
Maurice Huneman, Daniel Rozencweig,
Claude-Bernard Wierzba

**SOCIÉTÉ ÉDITRICE ET RÉGIE EXCLUSIVE
DE LA PUBLICITÉ :** Ellem'com

ELLEM'
com

POUR CONTACTER LE JOURNAL :

Directrice de la publicité
et chargée de rédaction

Mylène Popiolek
ellemcom1@gmail.com

Pour tout changement d'adresse,
merci d'envoyer un mail à
ellemcom3@gmail.com

MISE EN PAGE PAR

1,2,3 ! Simone
www.123simone.com

IMPRESSION PAR

Imprimerie Planchenault (EF)

Cet imprimé est certifié PEFC™ 10-31-1240.

Ont contribué à ce numéro



Crédit photo couverture : © ryanking999 - stock.adobe.com

- ANDRÉ AMIACH
- YONATHAN ATTAL
- YOHANN BRUKARCZ
- LIONEL ELBAZ
- JOËL ITIC
- ISABELLE KLEINFINGER
- CORINNE LALLAM
- MARIE LEMAIRE
- PHILIPPE LÉVY
- SYLVAIN LE VAN
- ROMAN LICHA
- BENOÎT MOTTIN FASSOT
- DAVID NACCACHE



**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](http://www.aonews-lemag.fr)**



Zircone Prime : Performance & esthétique Gamme IPS e.max

IPS e.max est un dispositif médical de Classe IIA/CE0123 fabriqué par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ce dispositif médical ou sur l'étiquetage. Ce dispositif médical n'est pas remboursé par les organismes d'assurance maladie. AD0323



Découvrez notre
zircone Prime !

Faites confiance à IPS e.max® ZirCAD Prime lorsqu'il est
question de qualité, de longévité, de stabilité et d'esthétique.

ivoclar.com
Making People Smile

* Vous donner le sourire

ivoclar



C'EST NOUVEAU !

- 6 Le New Actéon, 3 philosophies clés
- 6 Allisone acquiert Spotimplant
- 6 François Loiseau, nouveau DG de Dentsply Sirona
- 6 Le Women Ambassadors Meeting GC

ÉDITO

- 7 *André Sebbag*

SCIENTIFIQUE : L'expertise, un allié incontournable

- 8 Protocoles émergents et données acquises de la science, *Isabelle Kleinfinger*
- 12 Incidences des maladies parodontales dans les traitements pluridisciplinaires : obligations et responsabilités, *Corinne Lallam*
- 15 Réhabilitations complètes implanto-portées et vieillissement de la prothèse : quelles responsabilités pour chaque partie ? *Benoît Mottin-Fassot*
- 18 L'Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM) dans le traitement du Syndrome d'Apnée Hypopnée Obstructive du Sommeil (SAHOS) chez l'adulte : prévention des litiges, *Marie Lemaire*

AO NOW

- 22 15 mai, Benjamin Fitouchi à Marseille
- 22 Un séminaire réussi à Tel Aviv Université
- 24 3 belles soirées à Strasbourg

LE MAG

- 25 **Entendu pour vous**
 - 25 Nouvelle édition du Best Of Implantology
 - 26 Le Comident et l'ADF s'engagent
- 27 **Rencontre avec...** Daniel Nahum, Directeur de Carena
- 28 **Le pivot et la dent dure**, *La revanche des orages*
- 29 **Save the date...** Prochains Entretiens de Garancière, 20-22 septembre, ce qui change !!
- 30 **Le monde tel qu'il est**
- 30 **Le billet étudiant**, *L'internat en odontologie*
- 30 **Selfies AO** avec Yohann Brucarz, Lionel Elbaz, Sylvain Le Van





Caring People. Improving Lives*

ACTEON

Le groupe Acteon® est heureux de dévoiler officiellement le **New Acteon®**, une initiative de transformation pluriannuelle, en marche depuis 2020, qui définit l'orientation du groupe pour la prochaine décennie.

Fort de plus de 70 ans de succès au service des professionnels de santé avec des **marques de renom, Pierre Rolland, Satelec®,**

Sopro®, de Götzen, Owandy et Prodont Holliger, le groupe Acteon® est entré dans une nouvelle phase accélérée d'innovation, d'expansion et de digitalisation au profit de ses clients dans le monde entier. **Le New Acteon® prend vie grâce à plus de 800 collaborateurs dévoués et passionnés à travers le monde, au service de centaines de milliers de professionnels de santé et de plus de cent millions de patients chaque année.**

Le **New Acteon®** repose sur trois philosophies clés :

- une organisation centrée sur l'humain et axée sur les besoins des patients et des professionnels de santé ;
- offrir des parcours de soins personnalisés, efficaces et économiques pour atteindre les résultats cliniques souhaités ;
- proposer des solutions de soins de santé innovantes, qui répondent aux besoins des patients tout au long de leur vie.

New Acteon® s'inscrit dans la révolution de l'information. La tendance actuelle est aux soins proactifs en utilisant les informations passées et présentes provenant de différentes sources pour réduire la fréquence et la gravité des problèmes de santé futurs, et ce, afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

Le concept **New Acteon®** vise à renforcer ses solutions cliniques avec des systèmes d'information pour obtenir de meilleurs résultats pour les patients tout au long de leur vie, et par conséquent, une valeur ajoutée pour nos partenaires cliniques et commerciaux.

En tenant compte du parcours complet du patient tout au long de sa vie, la nouvelle approche de **New Acteon®** est en outre rendue possible par l'**Acteon® Management Platform (AMP)**, qui est la colonne vertébrale de l'information reliant tous les produits, services et systèmes **Acteon®** en interne et avec des systèmes tiers. L'AMP fournira les bonnes informations, au bon moment et au bon endroit pour chaque partie prenante afin de prendre les meilleures décisions possibles pour chaque traitement dans le contexte du continuum de soins du patient. En fin de compte, l'AMP, en combinaison avec les produits et services d'**Acteon®**, améliorera l'efficacité, l'efficacité et réduira les coûts des soins de santé par rapport au passé. Le lancement de **New Acteon®** est une avancée incroyable pour l'un des noms les plus reconnus dans le domaine de la santé vers un avenir passionnant centré sur l'humain. Cependant, ce n'est que le début d'une ère d'innovation, de service et d'expansion au profit des professionnels de santé et des patients dans le monde entier.

**Prendre soin de tous. Améliorer les vies*

acteongroup.com

GC

Women Ambassadors Meeting

Réunion des ambassadrices de l'Initial LiSi Block

Les 1^{er} et 2 juin, des femmes chirurgiens-dentistes se sont réunies à l'occasion du **Women Ambassadors Meeting**, axé sur les dernières avancées de la dentisterie CAD/CAM. La réunion était spécifiquement basée sur l'**Initial LiSi Block** et visait à favoriser la connaissance et l'échange et à générer des idées pour la recherche future.

Grâce à des sessions interactives et des ateliers pratiques, les participantes ont pu découvrir les avantages du disilicate de lithium et acquérir des connaissances pratiques, ce qui a suscité l'enthousiasme général. L'Initial LiSi, un bloc CAD/CAM en disilicate de lithium déjà cristallisé connu des utilisateurs pour son opalescence exceptionnelle et réaliste et son adaptation précise, a été considéré comme adapté à de nombreux scénarios cliniques différents. En outre, il répond à une préoccupation importante des femmes professionnelles en leur permettant de gagner du temps. Avec la féminisation de la dentisterie, il y a un besoin accru de modèles féminins, en particulier dans la dentisterie numérique, où les femmes sont sous-représentées, a déclaré Earta Lauka, chef de produit chez GC Europe. Les participantes sont retournées à leur cabinet armées de nouvelles connaissances et d'inspiration, prêtes à explorer de futures collaborations, à se soutenir mutuellement et à offrir une plateforme unique aux femmes fortes et inspirantes qui façonneront l'avenir de la dentisterie.



<https://campaigns-gceurope.com/initial-lisi-block/?lang=fr>

Allisone acquiert Spotimplant, une IA spécialisée dans la reconnaissance d'implants

ALLISONE

Cette acquisition renforce la position d'Allisone dans le domaine de la dentisterie et permettra d'offrir une solution complète aux professionnels de la santé bucco-dentaire.

Grâce à sa technologie innovante, Allisone permet aux patients de mieux comprendre les résultats de leurs radiographies dentaires en utilisant la couleur pour mettre en évidence les éléments en bouche. Cette approche permet une meilleure implication des patients dans leur plan de traitement et renforce la confiance accordée à leur dentiste. Par l'acquisition de Spotimplant, Allisone s'ancre dans l'écosystème dentaire. **Spotimplant est une IA spécialisée dans la reconnaissance d'implants. Elle permet aux professionnels de santé d'identifier un implant inconnu et de commander les composants compatibles.** Spotimplant apporte une solution précieuse à un problème courant rencontré par la très grande majorité des dentistes : 81 % d'entre eux disent avoir déjà été confrontés à l'identification d'un implant inconnu, et 44 % ont même déjà commandé un mauvais composant dans le cadre d'une restauration d'un implant posé par un autre praticien*. Cette technologie permet au praticien de gagner en efficacité dans le soin apporté à leur patient. *Nous sommes ravis d'acquiescer Spotimplant*, a déclaré le docteur Lionel Elbaz, *CEO d'Allisone*. Cette acquisition renforce notre position dans l'IA dentaire et nous permet de fournir des solutions encore plus innovantes à nos utilisateurs. Grâce à l'expertise combinée d'Allisone et de Spotimplant, les professionnels de la dentisterie bénéficieront de solutions d'IA encore plus avancées et performantes pour améliorer la qualité des soins dentaires. Les patients pourront également profiter d'une prise en charge plus personnalisée et plus efficace. En septembre dernier, Allisone avait annoncé sa levée de fonds de 10 millions d'euros, avec cette acquisition seulement 6 mois plus tard, Allisone entend bien s'imposer pour devenir le leader de l'IA dans le domaine dentaire.

allisone.ai



François Loiseau, nouveau Directeur Général de Dentsply Sirona

DENTSPLY SIRONA

François Loiseau, précédemment vice-président et directeur général Grande-Bretagne et Irlande, succède à Olivier Lafarge et a pris la direction de Dentsply Sirona France depuis le 19 mars pour soutenir le développement du groupe et accélérer l'adoption d'une offre digitale par les professionnels de la santé bucco-dentaire. **Avec une expérience de plus de 15 ans au sein du groupe, François Loiseau dispose d'une solide expérience commerciale et d'une excellente connaissance de l'écosystème Dentsply Sirona.**

Lors de ses précédentes missions il a implémenté et déployé avec succès une approche commerciale et marketing novatrice en intégrant les nouvelles technologies digitales dans la stratégie globale.

Il aura pour mission de contribuer à la croissance durable du groupe en formulant une stratégie commerciale innovante, de proximité pour faire de Dentsply Sirona le partenaire privilégié des cabinets et des laboratoires dentaires pour des soins dentaires plus sûrs et plus efficaces. Avec un portefeuille produit complet et innovant, et une équipe de plus de 130 responsables commerciaux et experts produits déployée en régions, Dentsply Sirona est un acteur majeur sur le marché dentaire français.

Après 15 ans au sein de l'entreprise Dentsply Sirona dont les trois derniers en tant que Directeur Général en Grande-Bretagne, je suis très enthousiaste à l'idée d'accompagner les cabinets et les laboratoires dentaires en France dans leur transformation. Avec le soutien d'une équipe multidisciplinaire, formée et engagée, je suis impatient d'œuvrer à ses côtés pour la satisfaction de nos clients et pour engager de nouveaux utilisateurs grâce à la qualité, au recul clinique et à la performance de nos solutions. L'expertise clinique de nos équipes, l'écoute et l'échange seront des éléments fondateurs de notre réussite, tout comme notre offre globale et notre expertise en dentisterie digitale, déclare François Loiseau.

dentsplysirona.com



La vérité d'un jour n'est pas la vérité pour toujours. Voilà trois années, un fléau venu de Chine, envahissait la terre entière ! Un Coronavirus (SARS-cov2) encore inconnu déclencha une pandémie que notre siècle nouveau découvrit.

Au final, ce virus fera plus de 20 millions de morts. Certes, en 1919 la grippe espagnole détruisit la vie de 60 à 100 millions de personnes hélas sans l'aide d'aucun vaccin. La France en 2020 fut au cœur d'une controverse entre les *pro* et *anti* hydroxy chloroquine. Les dîners entre amis pouvaient être très tendus ! Dernièrement, dans ses éditions du 24,28, et 31 mai, *Le Monde* s'attardait sur la méthodologie, l'éthique, le cadre juridique, voire sur l'efficacité du fameux médicament. Plus tôt, en avril, le professeur Raoult dans sa dernière étude portant sur 30 423 patients s'est attaché à démontrer que son cocktail (HCQ et AZ) était efficace en termes de baisse de la mortalité. Sans surprise, des sociétés scientifiques éminentes ont signé une tribune pour dénoncer *ces travaux qui constituent le plus grand essai thérapeutique sauvage connu à ce jour*.

En sachant en outre que des prescriptions ont été poursuivies pendant plus d'un an, après la démonstration formelle de l'inefficacité de cette formule qui se voulait magique.

Déjà les premières études de l'IHU concentraient des critiques car l'essai clinique en 2020 ne disposait pas d'un groupe témoin aléatoire à qui on aurait

pu administrer un placebo. À l'époque également des résultats négatifs pour l'essai Solidarity confirmaient l'inefficacité du REMDESIVIR et du PLAQUENIL (HCQ)...

Pour sa défense, le professeur affirmait très récemment que *c'est juste une étude d'observation qui peut servir et servira pour l'HISTOIRE*.

Dans son histoire, la médecine en a connu d'autres !!! Les vérités se bousculent, se chahutent et se télescopent : autour d'elles, Greta Thunberg, qui les cristallise. Depuis cinq ans, elle appelle tous les jeunes à rejoindre son combat sur l'urgence du dérèglement climatique en manifestant tous les vendredis. Au début, l'ironie, la moquerie, faisaient la une de certains tabloïds. Le scepticisme d'antan se transforme en prise de conscience face aux bouleversements climatiques qui impactent déjà notre quotidien. La terre prendrait-elle sa revanche ? Après une pandémie qui a mis à l'arrêt la majorité de l'humanité, nous voilà presque tous prisonniers de gaz à effet de serre évoqué par le GIEC dès les années 1970.

Dans ce dernier numéro, les articles qui émanent du D.U. d'expertise en médecine dentaire, il faut se pencher sur celui développé par Isabelle Kleinfinger. Elle porte sa réflexion sur les protocoles émergeant et les données acquises de la science. Par définition, dit-elle, *un protocole émergeant relève*

de la connaissance médicale actuelle, qui n'aurait pas du fait de son innovation, pu faire l'objet d'un consensus scientifique.

Il n'est pas ici question de museler les intrépides, les forts en thème, les génies qui ont toujours des longueurs d'avance sur leurs congénères.

Les laboratoires de recherche sont faits pour cela. Prenons l'exemple de Stéphane Bancel qui est passé par bioMérieux puis Eli Lilly et qui dirige le groupe Moderna depuis 2011. Il a choisi de prendre le sentier escarpé des recherches sur l'ARN. En France, au même moment, d'autres équipes restaient sceptiques sur le projet. Et puis en 2020 le coronavirus a fait son apparition. Nous connaissons la suite.

La science, la médecine, voire la pensée, n'ont rien d'intangibles car la vérité déteste les carcans de tout genre.

Que la santé soit avec vous !
Et passez le plus bel été qu'il soit.

André Sebbag

Pour joindre nos partenaires

Association Dentaire Française	13	Eurotec	21	Pierre Fabre Oral Care	Sur couverture / 2° couv
www.adfcongres.com		Tél. 01 48 13 37 38 www.eurotec-dental.fr		Tél. 05 63 51 68 00	
Bien Air préférentiel	dossier scientifique	Ivoclar	face sommaire	Société des Cendres	29
Tél. 01 41 83 60 70 www.bienair.com		Tél. 04 50 88 64 00 www.ivoclarvivadent.fr		Tél. 01 49 61 41 41 www.sdc.fr	
Dentsply Sirona MIS	19	Kuraray	10	SDI	24
www.corporate.dentsplysirona.com		Tél. 01 56 45 12 51 www.dental-fr@kuraray.eu		Appel gratuit 00800 022 55 734	
Dexter	4° de couverture	Labo Carena	27	XO	16
Tél. 01 34 34 38 10 www.dexter.fr		Tél. 01 47 66 62 36 www.laboratoire-carena.com		www.xo-care.com	
Durr Dental	28	Melag France	3° de couverture		
Tél. 01 55 69 11 50 info@durr.fr		Tél. 01 30 76 03 00 info@melagfrance.fr			

L'EXPERTISE, UN ALLIÉ INCONTOURNABLE

en partenariat avec le D.U.* de Paris Cité

Isabelle Kleinfinger

Paris



Introduction

La notion de données acquises de la science est une notion essentielle car elle sert de référentiel professionnel, déontologique et juridique. En effet et bien que la loi Kouchner conditionne l'obligation de moyens au respect des connaissances médicales avérées, la mission qui est confiée par le magistrat à l'Expert comporte toujours cette même question clé pour engager la responsabilité du praticien : *Les soins ont-ils été attentifs, consciencieux, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale ?*

A priori, en cas de litige, la mise en œuvre d'un protocole thérapeutique qui ne répond pas aux standards du référentiel doit être considérée comme une faute. Dans quel champ faut-il considérer un protocole émergent ? Un écart irrémédiable à la norme ou une évolution scientifique qui trouvera une justification future ? Comment évaluer sa mise en œuvre ? Quelle conduite à tenir pour le praticien ?

Responsabilité médicale : le principe de la faute

Le régime contemporain de la responsabilité médicale trouve ses racines dans la jurisprudence et repose notamment sur l'arrêt Mercier rendu par la Cour de cassation le 20 mai 1936 et qui en définit la norme contractuelle. Le praticien est débiteur d'une obligation de moyens à l'égard du patient, qu'il ne peut pas s'engager à guérir, mais à qui il doit des soins *non pas quelconques* mais consciencieux, selon les données acquises de la science.

Le contrat médical est un contrat civil, régi par la liberté contractuelle et l'autonomie de volonté. C'est un contrat dynamique puisqu'il est synallagmatique mais également résiliable unilatéralement par l'une ou l'autre des parties. Il est d'autre part considéré comme *intuitu personae*, d'exécution continue, tacite et consensuel. Il implique un devoir d'information visant à obtenir un consentement éclairé de la part du patient. La loi Kouchner du 4 mars 2002, à travers l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, impose désormais ce

devoir d'information comme une obligation légale. Le manquement à cette obligation peut engager à elle seule la responsabilité du praticien auquel incombe la charge de la preuve qu'il peut rapporter par tous moyens, y compris par présomption. En théorie ce fondement légal et non plus contractuel du devoir d'informer, invite à envisager la sanction de l'obligation d'information de façon totalement indépendante de la notion de perte de chance.

Un rapport de la Cour de cassation datant de 2007, souligne pourtant que cette orientation apparaît encore à cette date bien éloignée des solutions juridictionnelles et il faut attendre l'arrêt de la Cour de cassation du 3 juin 2010 (1^{re} Civ., 3 juin 2010, Bull. 2010, I, no 128, pourvoi no 09-13.591) pour voir réaffirmer l'obligation légale du respect de l'être humain (article 16 du Code civil) et le consentement de l'intéressé chaque fois qu'il est envisagé de porter atteinte à l'intégrité de son corps (article 16-3, alinéa 2). L'arrêt affirme qu'indépendamment de toute appréciation de l'existence d'une perte de chance, l'obligation d'information relève d'une obligation légale (visa de l'article 1382 du Code civil). Et ces

Bien Air Dental

iCHIROPRO ULTIMATE IMPLANTOLOGY

SR IM
Chirurgie Implantologie

NOUVELLE APPLI. 2.3

DOCUMENTATION CLINIQUE COMPLÈTE

- Flux de travail entièrement digital pour une extrême simplicité
- Opérations multi-implants
- Séquences opératoires préprogrammées
- Rapport d'opération et dossier patient
- Interface multi-utilisateurs
- Lecteur de code-barres d'implants

ISQ

- Suivi de l'intégration osseuse et documentation du dossier patient avec les valeurs ISQ par Osstell

coDiagnostiX™

- Relié à CoDiagnostix (logiciel de planification d'implantologie)

Plus d'informations sur www.ichiropro.com

S W I S S M A D E

Isabelle Kleinfinger

- Docteur en Chirurgie Dentaire
- CES de Parodontologie, CES de prothèse fixée
- DU d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique - Paris VII
- DU de reconstruction pré-implantaire - Paris XI
- Ex-Assistante Hospitalo-Universitaire
- Directrice adjointe du DU Clinique d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique Cofondatrice de PACTimplant

Corinne Lallam

- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales Diplôme Universitaire de Parodontie Paris Descartes
- DEA de Biologie Orale et Ostéoarticulaire - Biomatériaux Diplôme de Doctorat de l'Université Paris Descartes
- Ex-Assistante hospitalo-universitaire Paris V Descartes
- Membre du bureau de la Société Française de Parodontie et Implantologie Orale
- Rédactrice en chef adjointe de la revue Réalités Cliniques
- Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire
- Membre de l'International College of Dentists
- Pratique privée : Exercice en Parodontie exclusive depuis 1996 (Boulogne Billancourt 92100)
- 2021 : Gestion Tissulaire pré et post implantaire. Dr Keller, Strasbourg.
- 2020 : Gestion des Tissus mous péri-implantaire, Centre de formation CTC à Vienne.
- 2019-2020 : DIU de Chirurgie Pré et Péri Implantaire Orale Paris Pitié Salpêtrière (Dr Goudot/ Samama)
- 2019 : 2nd Urban Regeneration Symposium, Budapest, Istvan Urban.
- 2018 : Participation au Symposium d'Ostéologie de Paris (Geistlich) et au Workshop

Marie Lemaire

- Pratique libérale, Loon Plage

Benoît Mottin Fassot

- Pratique libérale, Tarare

*D.U. d'Expertise en Médecine Dentaire

Directeur de l'enseignement :

Élisabeth SARFATI

Directeur pédagogique :

Patrick MISSIKA

Coordinateur pédagogique :

Elie ATTALI

principes étant posés, l'arrêt affirme que le non-respect du devoir d'information, cause nécessairement à celui auquel l'information était légalement due un préjudice que le juge ne peut laisser sans réparation.

La reconnaissance de la faute médicale s'appuie quant à elle, sur la réunion des trois éléments constitutifs de la responsabilité civile : une faute, un dommage ainsi qu'un lien de causalité entre la faute et le dommage. La responsabilité d'un praticien ne pourra donc être engagée à ce titre, que s'il est prouvé qu'il a commis une faute dans son obligation de moyens, la charge de la preuve incombant ici au patient. La loi Kouchner entérine la notion à l'article L.1142-1, du code de la santé publique.

Traditionnellement, deux fautes sont retenues en matière de responsabilité médicale.

La faute dite d'humanisme qui s'entend de la méconnaissance par le professionnel de santé, des règles éthiques et déontologiques encadrant sa relation avec le patient.

La faute dite technique qui vise l'inobservation des normes scientifiques régissant la profession. Les fautes techniques résultent d'une méconnaissance des règles de l'art et tiennent le plus souvent à une inattention, une imprudence ou une négligence lors du traitement, de sa mise en œuvre ou de la surveillance du patient. L'erreur de diagnostic ne constitue pas à elle seule une faute mais elle peut être reprochée au professionnel de santé qui n'a pas mis en œuvre les moyens nécessaires ni fait preuve d'une diligence suffisante.

La Cour de cassation met à la charge du praticien une obligation de précision du geste chirurgical ou de chirurgie dentaire. Dès lors, toute maladresse engage sa responsabilité et est par là même exclusive de la notion de risque inhérent à un risque médical. Le professionnel de santé a aussi l'obligation de recourir aux mesures d'asepsie permettant d'éviter la survenue d'infections nosocomiales. Dans ce domaine, la loi du 4 mars 2002 exige que le patient établisse l'existence d'une faute commise par le professionnel de santé et prouve que les mesures de prophylaxie étaient insuffisantes ou inadaptées au regard des actes médicaux pratiqués.

Pour caractériser la faute technique, l'expertise médicale est incontournable puisque seul un technicien peut déterminer si un professionnel s'est écarté des normes scientifiques. La faute technique est alors appréciée à la lumière des *données acquises de la science*, c'est-à-dire en l'état des connaissances scientifiques.

À cet égard, l'article L.1110-5 alinéa 5 du Code de la santé publique dispose que : *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.*

Et précise que : *Les actes de prévention, d'investigation ou de soins, ne doivent pas en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.*

Il en résulte que les diligences du professionnel de santé s'apprécient par rapport aux connaissances médicales révélées à la date de son intervention, c'est-à-dire par rapport aux pratiques et méthodes utilisées et publiées conformes à l'état des connaissances du moment. Un arrêt rendu par la première chambre civile de la Cour de cassation, le 5 avril 2018 (Cass. 1^{re} Civ. 5 avril 2018, n° 17-15.620) modifie néanmoins la jurisprudence puisqu'il est jugé que le professionnel de santé est fondé à invoquer le fait qu'il a prodigué des soins qui sont conformes à des recommandations émises postérieurement à l'acte litigieux et qu'il incombe, alors, à des médecins experts judiciaires d'apprécier, notamment au regard de ces

recommandations, si les soins litigieux peuvent être considérés comme appropriés.

Par conséquent, la faute sera appréciée au regard des données acquises de la science à la date des soins ; mais le professionnel de santé pourra se servir de données postérieures pour prouver le caractère approprié des soins.

Données acquises et protocoles émergents

Les données acquises de la science sont définies comme des techniques :

- ayant fait l'objet d'études cliniques multi centriques,
- ayant fait l'objet de publications dans une revue scientifique avec comité de lecture,
- enseignées dans des facultés de médecine et de chirurgie dentaire,
- faisant l'objet d'un consensus de la communauté scientifique.

À partir de 1946, de nombreuses jurisprudences ont semé le trouble en employant indifféremment les expressions données acquises de la science et données actuelles de la science. Il semble cependant que l'emploi de l'adjectif actuel résulte plus d'une inattention de rédaction que d'une volonté de modification du référentiel puisqu'en 2000 la Cour de cassation réfute spécifiquement son utilisation (Cour de cass. première chambre civile, 6 juin 2000) :

L'obligation pesant sur un médecin est de donner à son patient des soins conformes aux données acquises de la science à la date de ces soins [...] la troisième branche du moyen, qui se réfère à la notion, erronée, de données actuelles est dès lors inopérante.

La loi Kouchner du 4 mars 2002 modifie sensiblement la donne en insérant un article L. 1110-5 dans le Code de la santé publique dont l'alinéa 1^{er} évoque des connaissances médicales avérées. Ce nouvel adjectif renvoie à des connaissances reconnues comme vraies, authentiques, après examen. Une connaissance médicale doit donc être validée par un niveau de preuve scientifique suffisant ou par

une pratique devenue classique, pour passer du statut de connaissance médicale actuelle à celui de connaissance médicale acquise ou avérée.

Par définition, un protocole émergent relève de la connaissance médicale actuelle qui n'aurait pas, du fait de son innovation, pu faire l'objet d'un consensus scientifique.

Lors d'une controverse récente concernant l'utilisation de l'hydroxychloroquine dans le traitement de la Covid-19, la décision du Conseil d'État, 1^{re}-4^e chambres réunies, du 28/01/2021 est emblématique en ce sens qu'elle rappelle que la validation scientifique reste un élément déterminant et fondamental.

Ni à la date des 25 et 26 mars, ni à celle du 11 mai 2020, les données acquises de la science ne permettaient de conclure, au-delà des essais cliniques ou du cadre hospitalier prévu par les dispositions critiquées, au caractère indispensable du recours à l'utilisation de l'hydroxychloroquine, en dehors des indications de son autorisation de mise sur le marché et en l'absence d'une autorisation temporaire d'utilisation, pour améliorer ou stabiliser l'état clinique des patients atteints par la covid-19. À la date du 26 mai 2020, l'évolution des données acquises de la science ne permettait pas davantage de conclure au caractère indispensable d'un tel recours en dehors des essais cliniques.

Les données acquises ou les connaissances médicales avérées renvoient à des normes validées par l'expérimentation et la communauté scientifique. Elles constituent dès lors un standard de référence. C'est sur cette base que les juges apprécient l'existence d'un éventuel manquement du praticien susceptible d'engager sa responsabilité.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas- témoins Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversales, longitudinales).

Grade des recommandations (Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations - ANAES - 2000)

Admettre l'évolution des données acquises, c'est admettre que le référentiel standardisé peut avoir des limites.

La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie précise à l'article L. 161-37 une des missions de la Haute Autorité de la Santé (HAS) qui doit *élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire.*

Les recommandations de bonne pratique (RBP) étant définies comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans les circonstances cliniques données. Leur rédaction aboutit à un texte de synthèse des connaissances et des pratiques à partir des données de la littérature scientifique et de l'avis d'experts. La démarche consiste à identifier les niveaux de preuve scientifique fournis par la littérature et à formaliser des recommandations prenant en compte les informations compilées. (1)

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes : (2) (Fig. 1)

Grade A : la preuve scientifique est établie au moyen d'études de niveau 1 (essais cliniques randomisés en double aveugle, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées)

Grade B : la présomption scientifique est établie au moyen d'études de niveau 2 (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes)

Grade C : le niveau de preuve scientifique est faiblement établi au moyen d'études de niveau 3 (études de cas témoins) ou de niveau 4 (études comparatives comportant des biais importants, études rétrospectives, séries de cas, études épidémiologiques descriptives) Dans un document publié en 2013 par le collège de l'HAS (3), il est précisé que si cette gradation des recommandations est bien fondée sur le niveau de preuve scientifique, il ne présume pas obligatoirement du degré de force de ces recommandations.

En effet, on trouve des situations où malgré l'absence des données scientifiques, il existe néanmoins un consensus médical. Dans ce cas, des recommandations de grade C ou fondées sur un accord d'experts pourront apparaître comme fortes. La hiérarchisation des RBP est donc indépendante de leur gradation et est fondée autant sur le niveau d'évidence scientifique que sur l'interprétation d'experts, néanmoins les RBP devront explicitement distinguer les réponses soutenues par l'évidence scientifique de celles qui ne le sont pas.

Rôle et responsabilité de l'expert

L'expert médical doit éclairer le juge sur la question centrale de la conformité des soins. Il répond aux questions de la mission d'expertise sans extrapoler et commente l'application ou non des bonnes pratiques. Son avis est déterminant sur ce point mais le juge est souverain pour statuer.

Son statut d'expert implique une culture scientifique actualisée et critique mais son rôle est moins d'émettre un avis que de répondre précisément aux questions permettant de juger les responsabilités en cause.

On retiendra les 4 items suivants :

- dire si les actes, soins et traitements effectués par le praticien étaient pleinement justifiés, s'il a commis une erreur dans le traitement et s'il a exercé la surveillance suffisante, après les soins et traitements ;
- dire si ces actes et soins et leur suivi ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale ; dans la négative, analyser, de façon motivée, la nature des erreurs, imprudence, manque de précautions, négligences pré, per ou post séance, maladroites ou autres défaillances relevées ;
- analyser dans une discussion précise et synthétique l'imputabilité entre les faits dommageables, les lésions initiales et les séquelles invoquées en se prononçant sur : la réalité des lésions initiales, la réalité de l'état séquellaire, l'imputabilité directe et certaine des séquelles aux lésions initiales et en précisant l'incidence éventuelle de l'état antérieur ;
- dire si les complications survenues étaient évitables pour n'importe quel opérateur normalement diligent,
 - dire si le dommage survenu et ses conséquences étaient probables,
 - évaluer, le cas échéant le taux de risque opératoire,
 - dire si ces dommages sont la conséquence d'un échec des thérapeutiques mises en œuvre,
 - dire si ce dommage relève de l'accident médical non fautif,
 - décrire le mécanisme du dommage, déterminer si l'état de santé de la partie demanderesse a pu favoriser ou contribuer à sa survenue et/ou à la gravité des conséquences dommageables et déterminer dans quelles proportions,
 - dire si la prise en charge des complications a été conforme aux bonnes pratiques en la matière.

Il est donc interrogé sur la justification des soins, leur conformité, l'imputabilité du dommage et les caractéristiques du dommage.

Concernant la conformité des soins aux données acquises de la science, l'analyse rétrospective de la jurisprudence met en avant des différences de point de vue dans l'appréciation des experts quand il s'agit de la mise en œuvre de protocoles émergents ou innovants. Ainsi l'arrêt de la Cour de cassation, chambre civile 1, du 17 janvier 2018 se prononce sur une décision de la cour d'appel d'Orléans en 2016 en référence à des actes réalisés en 1999.

La juridiction du premier degré indique :
 ... il a également manqué de prudence et de délivrance de soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science en procédant immédiatement après l'extraction des racines de la molaire à l'implantation distale de l'implant ce qui ne permettait pas de fixer une prothèse dans des conditions satisfaisantes [...] l'expert relève qu'il est toujours préférable de différer la pose de l'implant après l'extraction. Il est clair qu'une telle assertion ne trouverait plus sa place dans une expertise actuelle car les indications de l'extraction-implantation Immédiate et l'évaluation du protocole ont pu faire l'objet de nombreuses études, suffisamment puissantes pour qu'il soit considéré comme connaissance médicale avérée. Pour autant, l'expertise ne se borne pas à la simple validation scientifique, elle doit considérer l'ensemble des éléments pouvant avoir contribué à la faute technique.

... qu'à l'issue de nouvelles expertises, M. Z... a été condamné à réparer, à hauteur des deux tiers, les préjudices subis par M^{me} X..., au titre d'un manquement à son obligation d'information, d'un recours immédiat après

Il est donc interrogé sur la justification des soins, leur conformité, l'imputabilité du dommage et les caractéristiques du dommage.

l'extraction des racines à l'implantation distale de l'implant, de l'absence d'établissement d'un compte rendu opératoire et de l'absence de suivi post-opératoire ; que la patiente a été tenue pour responsable de son dommage à hauteur d'un tiers, en l'absence de diligences pour se faire soigner.

En l'occurrence, c'est le mauvais positionnement de l'implant rendant son exploitation prothétique impossible qui est préjudiciable. Cette situation d'échec devant être mise au crédit

d'un défaut d'analyse pré-implantaire associé à un acte technique mal maîtrisé. De fait, si on peut s'interroger sur l'indication du protocole dans ce cas, le protocole lui-même ne doit pas ici être contesté.

Pour rester dans le domaine implantaire, le protocole de temporisation immédiate implanto-portée est un bon exemple de l'évolution des connaissances médicales et du décalage qui peut exister entre le moment où un protocole fait l'objet d'une première publication expérimentale et celui où il fera l'objet d'un consensus scientifique. Dans ce cas, la proposition du protocole est émise en 2004 (4), qualifiée par certains de pratique dangereuse dans une revue de la littérature en 2009 (5) pour finalement finir par être codifiée dans ses indications et mise en œuvre par un consensus d'experts en 2014. (6)

Si on ne se réfère qu'à la seule question *les soins ont-ils été conformes...*, il apparaît clairement que pendant 10 ans, la faute a pu être appréciée différemment, de ce point de vue, en fonction des experts. Mais on ne saurait négliger l'importance des autres questions qui sont posées à l'expert et qui permettent de rendre compte de la pertinence de l'analyse des éléments ayant conduit à la décision thérapeutique autant que de la compétence technique lors de la mise en œuvre du protocole. La réponse à la question clé de la validation scientifique n'est pas isolée mais s'inscrit dans le

questionnement global du respect de la démarche de soins. C'est l'ensemble de ces réponses qui fonderont la décision du juge.

En 2017, la Pr A. Buzyn, présidente du collège de la Haute Autorité de Santé et ministre des Solidarités et de la Santé, précisait : *Les recommandations de bonne pratique de la HAS n'ont pas à être opposables car la médecine est un art évolutif [...]* « Les médecins doivent connaître les bonnes pratiques et être capables de dire pourquoi, le cas échéant, ils s'en sont éloignés. C'est lorsque les praticiens ne justifient pas les raisons qui les ont fait s'écarter de ces recommandations qu'ils courent un risque judiciaire... Si elles demeurent une aide précieuse pour le médecin, les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé (HAS) ne constituent pas une obligation à suivre systématiquement au pied de la lettre. »

Ainsi, on le voit, il est admis un champ d'action possible pour le praticien qui conjugue recommandations, expérience et savoir-faire dans le choix de la thérapeutique qui lui semble la plus appropriée.

Ce choix se fonde sur une balance bénéfique /risque et doit être fait en concertation avec le patient par une information loyale et claire.

Protocoles émergents : conduite à tenir

Dans quelles conditions peut-on mettre en œuvre un protocole qui n'apparaît pas encore en tant que connaissance médicale avérée ?

L'exemple de la prise en charge d'un patient présentant une canine incluse interférant avec le site d'implantation en est une illustration. En effet, les situations cliniques de ce type sont rares du fait de la prise en charge orthodontique précoce qui permet un réalignement de la dent ectopique dans 100 % des cas. Ce taux de succès chute à 70 % quand la prise en charge est réalisée après 20 ans jusqu'à être nul quand le traitement intervient après 30 ans. (7) C'est pour ces patients que la situation devient complexe car l'alternative implantaire suppose l'extraction de la dent incluse avec un risque de délabrement qui complique le traitement.

Dans les situations les plus favorables l'extraction de la dent associée à une ROG permet une implantation différée à 4 mois. Mais dans d'autres cas où l'effondrement osseux est plus important, il sera nécessaire de faire appel à des techniques plus complexes, qui présentent sûrement une morbidité plus importante, mais qui, largement étudiées dans la littérature, sont considérées comme fiables et prédictibles. (8) Devant, la complexité d'une telle prise en charge, un protocole est proposé par Davarpanah et coll. en 2009 (9) qui consiste à réaliser l'implantation à travers la dent incluse. Si le protocole qui apparaît plus conservateur est séduisant, force est de constater que son assise scientifique est faible. On rappellera, à cet égard que le peu de situations cliniques concernées autant que leur singularité ne permettent pas d'obtenir d'études puissantes.

Comment justifier alors ce qui apparaît comme une hérésie et une atteinte au dogme de l'ostéointégration ? La littérature scientifique est pauvre et peu probante mais distingue favorablement l'implantation à travers une dent incluse des autres protocoles susceptibles de mettre en contact un implant et un organe dentaire en mettant en avant l'absence de contamination bactérienne et la situation d'ankylose. (10) Dans la seule série de cas dont on dispose (11) et qui répertorie un seul échec à 4 mois sur 32 implants posés avec un suivi de 1 à 8 ans, les auteurs s'interrogent sur les raisons de cette stabilité clinique sans pouvoir déterminer si c'est le fait d'un ancrage essentiellement mécanique ou si on peut invoquer un ancrage biologique secondaire mettant en jeu les tissus dentaires. Car effectivement, une étude animale (12) rend compte du phénomène en objectivant l'interposition de tissus minéralisés à la surface de l'implant, que ce soit en regard d'une effraction pulpaire ou au niveau de la racine. On parlera dans ce cas d'ostéodentine et d'ostéocement et plus globalement d'intégration minérale ou de dento-intégration. En l'état des connaissances actuelles, sans consensus d'expert encore publié, on doit considérer ce protocole comme un protocole émergent.

kuraray

Noritake

UNE FAMILLE FORTE

PANAVIA™

PANAVIA™ V5

Force et esthétique

PANAVIA™ Veneer LC

Le spécialiste des facettes

PANAVIA™ SA Cement Universal

La colle du quotidien

LA FORCE DU TRIO

Avec des préférences individuelles particulières et des besoins spécifiques pour chaque indication, il peut être difficile d'offrir une seule colle pour tout. Cependant, chez Kuraray Noritake Dental Inc. nous sommes convaincus que 3 systèmes différents de collage suffisent à répondre à tous les besoins des dentistes et aux désirs des patients.

EN SAVOIR +

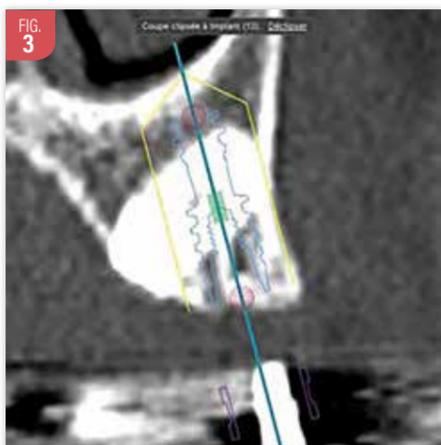


BORN IN JAPAN

Kuraray France, 63 avenue du Général Leclerc - 92340 Bourg La Reine - Dispositifs médicaux de classe IIa. CE 0197. dental-fr.eu@kuraray.com, kuraraynoritake.eu/fr/



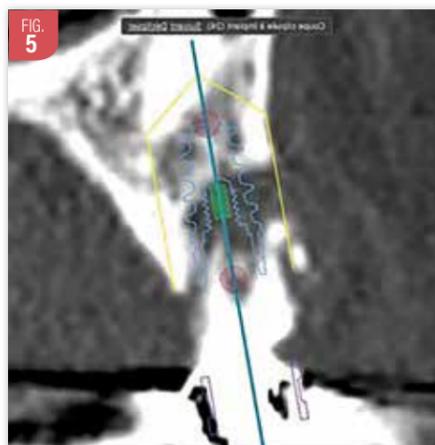
Canines incluses bilatéralement chez une patiente de 60 ans



Analyse pré-implantaire en 13
Ankylose et ancrage bicortical contre-indiquent l'extraction. La situation intra osseuse de la canine permet une bonne accessibilité et un ancrage transradiculaire franc, ce qui représente une situation favorable au regard de la littérature et de l'expérience acquise.



Analyse pré-implantaire en 23
Ankylose et ancrage bicortical contre-indiquent l'extraction. L'axe prothétique impose un protocole qui multiplie les facteurs de risques en termes de qualité d'ancrage et de complexité d'intervention. La situation est considérée comme peu favorable.



Analyse pré-implantaire en 24
Une implantation associée à un protocole de ROG est possible. L'alternative à l'implantation trans coronaradiculaire est complexe mais codifiée par la littérature scientifique.



Contrôle en 13 - On note l'absence de symptomatologie clinique et l'intégration esthétique et fonctionnelle de la couronne céramo-céramique scellée sur faux moignon transvisé en zirconie.



Contrôle radiographique en 13
Le jour de la pose de la prothèse d'usage



Contrôle radiographique en 23 et 24
Le choix de réaliser une extension mésiale reste un compromis qui pourra être argumenté comme le protocole le moins invasif et dont l'échec pourra être repris sans perte de chance pour la patiente.



Contrôle radiographique en 13
5 ans après la pose de la prothèse d'usage

Quelle conduite adopter en 2021 face à une telle situation clinique ? Pourra-t-on reprocher à un praticien d'avoir extrait la dent incluse plutôt que de l'avoir transfixée ? *Primum non nocere* ! L'article R. 4127-40 du Code de la santé publique rappelle : *Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.* De ce point de vue, dans le cas d'une canine incluse, chez un patient de plus de 30 ans pour lequel la traction orthodontique est un échec annoncé, il faut considérer que certaines situations d'ankylose bicortical contre indiquent l'extraction du fait du délabrement mutilant que cela impliquerait et imposent le choix d'une alternative thérapeutique pour traiter l'édentement canin. L'abstention de tout traitement chirurgical et le recours à une prothèse amovible sont toujours possibles, mais répondent rarement à la demande du patient. Une réhabilitation prothétique fixée nécessite l'analyse de la valeur intrinsèque des dents piliers et s'il s'agit de dents saines et indemnes de toute restauration, le choix qui impose un délabrement de ces dents doit être discuté et mis en perspective avec l'alternative implantaire. Même si le niveau de preuve scientifique est faible, l'analyse de la littérature renseigne sur le protocole et les situations d'échec. On se rend compte que si technicité et compétence sont requises, l'absence de douleur postopératoire

et la stabilité clinique des cas traités confèrent à cette approche conservatrice une place légitime dans le champ des solutions thérapeutiques.

La réflexion doit donc porter sur les alternatives thérapeutiques et interroger le rapport bénéfice/risque au regard de l'âge et de la compliance du patient, mais surtout au regard de l'analyse pré-implantaire qui validera la pertinence du traitement. L'axe prothétique étant matérialisé et superposé aux données osseuses du CBCT, il est nécessaire d'évaluer la complexité de l'intervention pour en cerner les risques. On étudiera notamment l'accessibilité à la dent incluse permettant d'y effectuer un ancrage mécanique stable, mais également la nécessité d'une régénération osseuse guidée vestibulaire ce qui, le cas échéant viendrait compliquer le protocole et ne correspondrait plus aux situations proposées dans les études de référence. Compte tenu des connaissances actuelles, un expert pourrait trouver alors imprudent la mise en œuvre d'un tel protocole et le praticien se voir reprocher de n'avoir pas recouru à des moyens fiables. Dans ce contexte, où la littérature scientifique n'a pas encore fait l'objet d'un consensus, il est nécessaire de s'assurer que le patient a bien compris les enjeux du traitement et le bénéfice attendu. Dans tous les cas, le risque d'échec et /ou de complication doit être évoqué et les conditions d'une ré-intervention doivent être définies clairement.

Il est recommandé de faire un courrier récapitulatif à l'attention du patient qui précisera le motif de la consultation, les éléments de diagnostic, les différentes solutions thérapeutiques et leur bénéfice/risque. Pour autant, même si une information renforcée est portée et que le patient a consenti clairement au protocole, une faute technique peut toujours être imputée, si l'expert considère que le praticien a failli à son obligation de moyens. Son analyse portera sur les éléments démontrant la rigueur de la réflexion ayant conduit à la mise en œuvre du protocole, sur la qualité de la prise en charge chirurgicale et postchirurgicale, sur l'expérience du praticien et sa formation.

En conclusion

Un praticien a le libre choix du traitement qui lui semble le plus approprié au cas de son patient tant qu'il reste dans le champ de conformité défini par son obligation de moyens. La loi Kouchner encadre cette obligation par le respect des connaissances médicales avérées donc éprouvées scientifiquement ce qui n'est pas le cas des protocoles émergents. Pour autant l'évolution du référentiel est admise et le professionnel de santé doit pouvoir argumenter et justifier de sa décision. Ainsi même si les avis des experts peuvent diverger sur le point de la conformité aux données acquises de la science, ils pourront converger sur l'analyse des différents éléments ayant conduit à la décision thérapeutique, la compétence dans la mise en œuvre du protocole autant que la capacité à assurer le suivi postopératoire. C'est la synthèse de toutes les questions posées dans la mission d'expertise qui fondera in fine la décision du juge.

Une jurisprudence récente permet dorénavant de considérer que si la faute doit être appréciée au regard des connaissances médicales avérées à la date des soins, la référence à des données acquises postérieurement à la date d'exécution pourra être invoquée pour démontrer le caractère approprié de la prise en charge.

Dans tous les cas, on se saurait déroger au devoir d'information qui doit permettre au patient d'adhérer au traitement en lui exposant clairement les enjeux et les bénéfices attendus de la mise en œuvre d'un protocole dont la prédictibilité n'a pas encore été démontrée scientifiquement.

Bibliographie

1. P. Simonet, P. Missika, P. Pommarède, *Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie Espace ID-2015*
2. A.N.A.E.S. *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000*

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

Corinne Lallam

Paris



Introduction

Dissocier parodonte et dents et /ou implants est impossible. Interdépendants les uns des autres, il est donc évident qu'une action sur l'un des tissus entraîne une répercussion sur l'autre. C'est pourquoi depuis le diagnostic jusqu'à la réalisation du plan de traitement et, même pour le suivi et maintenances, il est obligatoire d'informer nos patients des contraintes, conséquences de chaque acte et de l'importance de respecter une chronologie particulière dans le cadre de traitements pluridisciplinaires. Lorsque plusieurs compétences sont indiquées en orthodontie, implantologie, parodontie et prothèses, il est nécessaire parfois de déléguer mais l'essentiel est que chaque praticien impliqué dans le plan de traitement donne les informations utiles et réglementaires au patient. Dans le cas contraire, le préjudice peut entraîner un dommage qui conduirait à une faute devant être réparée.

Comment une maladie parodontale peut entraîner un préjudice dans un traitement d'orthodontie : connaître les données acquises

Les maladies parodontales provoquent une inflammation des tissus de soutien. Elles touchent 50 % au moins de la population adulte (1). Avec l'atteinte parodontale, de nombreuses migrations, égressions et malpositions se créent provoquant souvent une demande de la part du patient afin de les corriger pour des raisons esthétiques et fonctionnelles. Il est donc utile de se poser des questions sur les interrelations entre orthodontie et parodontie et sur les mesures thérapeutiques les plus efficaces à mettre en place pour les patients. Puisque tout traitement orthodontique favorise un changement de l'écologie bactérienne qui peut aggraver l'activité d'une maladie parodontale, il est donc considéré comme un facteur de risque temporaire compte tenu de la complexité à maîtriser les mesures d'hygiène et parce qu'il favorise la croissance de certains pathogènes parodontaux (2).

Le diagnostic clinique et radiographique de ces maladies parodontales est donc nécessaire avant de débuter tout traitement orthodontique sous peine de mettre en place des mouvements dans des tissus fragilisés et d'aggraver la parodontite (Fig. 1). L'orthodontiste doit donc analyser le parodonte cliniquement par un examen clinique, un sondage et radiographiquement grâce à une radiographie panoramique voire un bilan long cône complémentaire (ANAES 2002). Il doit traiter lui-même s'il en a la compétence, cette maladie parodontale ou adresser à un confrère compétent tout patient atteint de parodontite avant de commencer un traitement.

Un parodonte réduit mais stabilisé n'empêche aucunement un traitement d'orthodontie et plusieurs publications ont même mis en évidence un gain osseux notable lors de l'association des 2. Un mouvement orthodontique favorise un processus de remodelage qui engendre une apposition osseuse (3). Cependant, si la dent est amenée à être déplacée en regard de la lésion, la chirurgie de régénération osseuse devra être effectuée avant le déplacement orthodontique. En cas de chirurgie osseuse préalable, certains auteurs proposent une activation orthodontique précoce immédiatement ou dès 15 jours arguant que ces mouvements contrôlés activent la cicatrisation en augmentant le potentiel biologique, mais pour le moment la majorité des études préconisent d'attendre 4 mois (4).

Les mouvements orthodontiques peuvent être initiés à condition d'être lents avec des forces douces, continues et contrôlées et tous les types d'appareillage sont possibles. En cas de récurrence pendant le traitement orthodontique, il est nécessaire de désactiver les forces le temps nécessaire à stabiliser de nouveau la maladie parodontale.

Le praticien est responsable du suivi de son traitement. La maintenance parodontale est indispensable. Sa fréquence est adaptée au risque parodontal mais la plupart du temps elle varie entre 3 à 6 mois au maximum. Chaque praticien concerné par le traitement doit réévaluer à chaque séance que les critères de stabilité sont toujours d'actualité. Des radiographies de contrôles sont mises en place conjointement entre l'orthodontiste et le parodontiste lors des séances de maintenance.

Un dialogue constant entre les parties, par l'intermédiaire de courriers échangés et archivés, est

une sécurité pour s'assurer du bon respect des procédures par le patient et constituera toujours un faisceau de preuves favorable dans le cas où un litige les opposerait au patient.

L'analyse du morphotype parodontal est également un élément essentiel à considérer au cours des thérapeutiques orthodontiques. En effet, il s'agit d'éviter ou de minimiser les risques d'apparition ou d'aggravation d'anomalies parodontales comme une récession parodontale, et ce consécutivement à un déplacement dentaire. Leur prévalence est d'environ 10 % après un traitement (5). À cet effet, le diagnostic d'un biotype fin associé à des mouvements de vestibuloversion ou de rotation conduit souvent à demander une consultation au parodontiste pour évaluer les risques et en informer le patient. Il est même nécessaire parfois de décider d'une chronologie particulière afin qu'une prise en charge parodontale précède tout traitement d'orthodontie (Fig. 2).



FIG. 2
Avant tout traitement d'orthodontie, l'évaluation des risques parodontaux et notamment muco-gingivaux est nécessaire. Cette patiente a nécessité une greffe gingivale libre à la mandibule et un lambeau repositionné avec conjonctif enfoui au maxillaire avant tout déplacement orthodontique.

Dans le cadre des traitements orthodontiques en fonction de la présence d'autres facteurs de risque comme l'inflammation, le type de mouvement orthodontique, la traction d'un frein, une puissante tonicité musculaire ou certains traumatismes locaux, il est nécessaire de modifier la qualité et la quantité de ce biotype. Il faut toujours évaluer le rapport bénéfice-risque d'un traitement et adapter les thérapeutiques pour que le bénéfice soit toujours supérieur aux risques. Ainsi la modification préalable d'un biotype par une chirurgie muco-gingivale de renforcement et d'épaississement peut être indiquée faute de quoi l'apparition d'une récession sévère secondaire au traitement pourrait être assimilée non pas à un aléa thérapeutique mais surtout à un défaut d'information du patient sur les risques et à une mauvaise appréciation du diagnostic (Fig. 3).



FIG. 3
Une mauvaise appréciation des facteurs de risques (type de mouvement, biotype, freins, tonicité musculaire etc.) entraîne l'apparition ou l'aggravation d'une récession. Il faut anticiper les besoins chirurgicaux parodontaux avant ou après le traitement mais surtout en informer le patient.

Comment une maladie parodontale peut favoriser une péri-implantite, quelles obligations dans le traitement pluridisciplinaire.

Puisque 1 patient sur 5 présentera au moins 1 péri-implantite dans les 10 ans après leur mise en place, il est nécessaire de réaliser une prévention efficace. Même si l'étiologie principale est infectieuse, cette maladie reste multifactorielle et il existe des facteurs de risques référencés à prendre en compte. La maladie parodontale

en fait partie. 50 % de la population mondiale sera atteinte de maladie parodontale dont 11 % d'une forme sévère (6). La nouvelle classification des parodontites prend en compte la sévérité, l'étendue et la complexité mais aussi le risque de progression et les facteurs de risques regroupés au sein des grades. Ne pas tenir compte de la présence d'une maladie parodontale a fortiori, si elle n'est pas traitée et maintenue, est une faute. La maîtrise de l'écologie bactérienne par l'enseignement du contrôle de plaque, la désorganisation du biofilm par une thérapeutique non chirurgicale adaptée à chaque patiente et parfois même l'éradication de réservoirs bactériens persistants par une approche chirurgicale sont obligatoires.

Comme la plupart des dents perdues le sont pour une cause parodontale, une grande majorité des implants sont mis en place chez des patients au profil prédisposé aux pathologies inflammatoires parodontale et implantaire. Il est scientifiquement admis que le risque de développer une péri-implantite est 6 à 9 fois plus élevés chez les patients avec antécédents de maladie parodontale et 14 fois plus si cette parodontite est d'un grade élevé de progression (7). Il n'est donc pas possible de commencer tout traitement implantaire sans un assainissement préalable éradiquant tout réservoir bactérien parodontal. Une poche parodontale résiduelle supérieure à 5 mm reste un foyer bactérien potentiel à surveiller (8). La fréquence des maintenances parodontales et implantaire est à définir en fonction des risques du patient. Tout patient doit accepter cet assainissement et cette nécessité de suivi régulier. Les études estiment qu'un délai de 3 à 6 mois entre 2 maintenances, en fonction des besoins individuels, permet de prévenir et d'intercepter les complications péri-implantaires (9).

Même en notant le désaccord d'un patient, le praticien n'est pas exempté de responsabilité. Accepter un tel compromis n'est pas conforme aux données acquises de la science et aux règles de l'art. En cas de litige, tout défaut d'information sur les conséquences implantaire et dentaires d'une maladie parodontale non stabilisée est imputable au praticien et constitue une perte de chance dommageable pour le patient. De même la littérature confirme que les résultats à long terme sont directement liés à la compliance du patient en termes d'hygiène quotidienne, de réduction des facteurs de risques tel que le tabac et de sa régularité dans les séances de maintenances (10). Si la parodontite n'est pas stabilisée et la maintenance n'est pas respectée, la prévalence de péri-implantite sera 11 fois plus élevée (11). Le praticien a des devoirs vis-à-vis de son patient mais ce dernier se doit, une fois informé, de respecter les préconisations du professionnel. Il est donc important d'inclure dans le projet de plan de traitement le calendrier du suivi que le patient devra respecter ainsi que les contraintes d'hygiène orale telle que l'utilisation quotidienne de brossettes et/ou les contraintes d'hygiène de vie comme l'arrêt du tabac. Tout manquement du patient doit être noté et conservé dans le dossier médical.

L'insuffisance de hauteur de tissu kératinisé (< 2 mm) est associée à plus d'inflammation, un contrôle de plaque difficile, plus de saignement, des pertes d'attache supérieures et des récessions plus fréquentes (12). Il n'est donc plus possible de mettre en place des implants sans aménager les tissus mous pour obtenir une hauteur et une épaisseur suffisante et maintenir une santé péri-implantaire. En ce qui concerne l'épaisseur de tissu kératinisé autour des implants, l'évidence clinique semble quelque peu encore différente des données de la littérature. Plus la muqueuse est fine et plus le risque de récession est accru. C'est pourquoi le gold standard reste les lambeaux repositionnés avec ajout de tissu conjonctif soit avant, soit pendant la mise en place des implants (13). Intervenir après la mise en place des implants augmente la morbidité et est toujours plus compliqué et moins satisfaisant.

Si l'absence de tissu kératinisé n'est aujourd'hui pas encore admise comme un facteur de risque pour les péri-implantites, il est néanmoins évident qu'elle favorise une inflammation locale largement impliquée dans



FIG. 1
Avant tout traitement d'orthodontie, toute parodontite doit être stabilisée. Cette patiente a déjà commencé un traitement par gouttières alors même que son examen révèle des poches actives. Il convient d'abord d'assainir le parodonte par une thérapeutique non chirurgicale, de réévaluer les résultats et de décider si un abord plus chirurgical est nécessaire ou si la patiente peut reprendre et sera suivie par des maintenances régulières tous les 6 mois.

l'apparition et l'évolution de la pathologie. Il est donc recommandé d'avoir autour des implants un minimum de 2 à 3 mm de tissu kératinisé épais. La gestion des tissus mous est donc une compétence de l'implantologiste. Il paraît à ce jour loin des données acquises de la science de ne pas gérer une insuffisance de gencive dans un traitement implantaire.

Traitement prothétique : un parodonte préparé pour limiter les échecs et éviter les conflits

Les rapports étroits entre les limites d'une restauration et les tissus environnants expliquent l'obligation d'aménager le parodonte pour réunir toutes les conditions favorables à la stabilité biologique assurant le résultat esthétique. Les conditions de succès et de longévité sont principalement liées à l'absence d'infection péri-apicale, mais souvent les premières complications observées sur les dents support de prothèse sont d'ordre parodontal. L'apparition d'une inflammation chronique ou d'une récession parodontale, après un traitement restaurateur, compromet la santé parodontale et le résultat esthétique. Il est recommandé d'avoir un tissu gingival et non muqueux pour limiter le risque de récession et d'inflammation. La hauteur nécessaire de tissu gingival est de 5 mm (2 mm de gencive libre et 3 mm de gencive attachée). Dans tous les cas, la hauteur minimale sera de 3 mm et reste un prérequis indispensable. Si ce n'est pas le cas, une chirurgie muco-gingivale doit au préalable créer la quantité de tissu kératinisé suffisante. Une gencive épaisse augmente la stabilité à long terme et limite l'inflammation. Un biotype fin doit être modifié avant la prothèse définitive pour assurer un résultat esthétique pérenne, et ce, grâce à la réalisation d'une greffe de conjonctif enfoui associé ou non à un lambeau déplacé.

D'autre part, le respect de l'espace biologique, indispensable au maintien de la santé parodontale, nécessite parfois une intervention chirurgicale d'élongation coronaire ou un lambeau déplacé. Si le chirurgien-dentiste prothésiste n'a pas la compétence de réaliser cette chirurgie, il doit adresser son patient. La coordination est alors essentielle entre la mise en place des prothèses provisoires, la chirurgie, les délais de cicatrisation incompressibles de 8 à 12 semaines avant la réalisation des prothèses définitives. Un dialogue constant est nécessaire. L'exposition d'une limite, d'une racine dyschromique souvent est une doléance majeure entraînant un mécontentement source de conflit. Il faut alors pouvoir mettre en avant que les obligations de moyens intellectuels, de connaissances et techniques ont été respectées (14).

Pourquoi déléguer une partie du plan de traitement ?

La responsabilité est l'obligation de répondre de ses actions et de remplir un devoir voire parfois même de réparer un dommage. Pour cela, il est nécessaire d'avoir acquis des compétences conformes aux données acquises de la science et aux données actuelles. La capacité définit les limites de ce que le praticien est autorisé à faire par la loi. La compétence signifie que le professionnel de santé s'autorise à faire un diagnostic ou un traitement, en toute bonne conscience de son expérience et de son parcours, de sa formation, de ses connaissances.

L'article 4127-214 du code de déontologie précise ainsi que le chirurgien-dentiste a donc le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances notamment en participant à des actions de formation continue et le code de Santé Publique (Art L. 4143-1, loi N° 2004-806 du 9 août 2004) stipule que la formation continue est obligatoire pour tout chirurgien-dentiste et a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. Au-delà de sa formation académique, tout praticien doit prouver qu'il exerce selon les données actuelles et que sa formation le lui permet grâce à des conférences, la lecture de revues scientifiques, la participation à des formations universitaires plutôt que commerciales pour maintenir ses connaissances et les actualiser. (14)

L'article R 4127-32 du code de la santé publique dispose que lorsqu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient les soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu à l'aide de tiers compétent.

L'information sur le diagnostic et les risques inhérents à une maladie parodontale ou ses facteurs de risques relève de la compétence de tout chirurgien-dentiste. Cependant, le traitement ne relève pas toujours de sa compétence et peut être alors délégué. L'article R 4127-33 du Code civil précise que le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, des concours appropriés. (15) Il est obligatoire de donner au patient des informations médicales, sur les risques des actes réalisés, le taux de succès estimé, les autres traitements possibles et les possibilités d'échec mais aussi les conditions financières et de prise en charge. Toute personne prend alors avec le professionnel de santé et, compte tenu

des informations et des préconisations qui lui ont été fournies, les décisions concernant sa santé. Un défaut d'information est souvent la raison principale d'une mise en cause de la responsabilité d'un professionnel de santé. Celui-ci peut conduire à une perte de chance qui pourrait entraîner un dommage.

L'analyse du jugement de la cour d'Appel de Grenoble 13 mai 2014 (n° 12/04678), Décision précédente : Tribunal de grande instance de Grenoble, 13 septembre 2012, (N° 11/02830) est tout à fait l'illustration de cette problématique.

Il ressort du rapport d'expertise que l'ensemble des dents d'une patiente présentait une atteinte parodontale sévère qui devait être prise en charge dès que possible pour retarder au maximum l'élimination des dents atteintes. **Dans le jugement de la Cour d'appel il est rappelé qu'en s'abstenant d'alerter la patiente sur la dégradation généralisée de sa dentition, sur l'existence d'une parodontite, sur les mesures préventives à adopter de manière impérative et sur l'évolution de la maladie dont elle était atteinte, le dentiste, échouant à démontrer le respect de l'obligation**

d'information pesant sur lui, a fait perdre à la patiente, une chance d'adopter une hygiène de vie permettant de retarder la perte de ses dents. Informée, elle aurait pu tenter de remédier à cette habitude et, en tous les cas, adapter une hygiène bucco-dentaire de nature à retarder la perte de ses dents.

Selon l'article L1111-2 du code de la santé publique, toute personne a le droit d'être informée de 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, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Le non-respect du devoir d'information cause à celui auquel il est dû un préjudice ouvrant droit à réparation. Avec l'article 1147 du Code civil, la perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable ;

**CONGRÈS
INTERNATIONAL
ADF
28 NOV. - 2 DÉC.
2023**

**CINQ JOURS POUR
NE PLUS TOUCHER TERRE**

- ★ 100** SÉANCES DE FORMATION
- ★ 400** CONFÉRENCIERS
- ★ 350** EXPOSANTS INTERNATIONAUX

Tarif préférentiel jusqu'au 31 juillet.

**Inscription au programme scientifique
sur adfcongres.com**

**ASSOCIATION
DENTAIRE
FRANÇAISE**

**Comi
dent**

www.aonews-lemag.fr **Ellemcom Aonews**

en l'espèce, la faute du chirurgien-dentiste impliquait nécessairement que le traitement qui, à tort, ne fut pas effectué, aurait pu avoir une influence favorable sur l'évolution de la maladie.

La Cour de cassation rappelle ici que la disparition certaine d'une éventualité favorable constitue une perte de chance réparable (Civ. 1re, 21 nov. 2006). Le caractère incertain du résultat escompté ne constitue donc pas un obstacle à l'indemnisation, laquelle est possible si la chance, suffisamment sérieuse, a été effectivement anéantie par l'événement dommageable. (Civ. 1^{re}, 22 mars 2012, pourvois n° 11-10.935 et 11-11.237).

De plus, tout praticien ne pouvant prendre en charge une patiente, se doit de l'adresser à un autre confrère ; en s'abstenant de le faire, il induit une perte de chance pour cette dernière. Cela crée déjà cependant une responsabilité du confrère qui adresse le patient quant au choix et à la compétence de son correspondant. La responsabilité du médecin, ou 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.

La notion d'équipe et de confiance est donc essentielle et il est judicieux de déléguer à un correspondant de confiance.

Responsabilités et obligations des praticiens impliqués dans un traitement pluridisciplinaire

Depuis l'arrêt Mercier (1936), il existe une obligation de moyens du praticien et d'informations. Ce dernier doit donner des soins consciencieux et attentifs. Tout doit être mis en œuvre pour aboutir à un plan de traitement qui peut parfois être commun à plusieurs praticiens quand il est utile d'avoir des compétences différentes. En effet, il est nécessaire de connaître ses limites et donc de savoir parfois déléguer (Art 32 ; R. 4127-233 alinéa 1 & 2 du Code de la Santé Publique).

Lors de traitements pluri disciplinaires la responsabilité est *in solidum* c'est-à-dire : *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. (Code Civil., art. 1242).

Pour les traitements pluridisciplinaires, le contrat de soins se fera avec le patient pour chacun des praticiens impliqués par ce plan de traitement pluridisciplinaire puisque la responsabilité du parodontiste, de l'implantologiste, de l'orthodontiste, du dentiste prothésiste sera individuelle (Art 64 ; R4127-64 du code de la Santé Publique).

Ainsi, lorsqu'une équipe pluridisciplinaire se crée, il est nécessaire d'avoir une analyse commune des propositions thérapeutiques et d'évaluer la faisabilité ainsi que les risques et le pronostic. Chaque praticien va constituer un dossier médical et transmettre au patient une information claire, loyale, sincère et appropriée qui sera la synthèse de cette analyse. Si plusieurs praticiens prennent en charge le patient, il faut s'assurer que cette information a été donnée par chacun d'entre eux puisque le consentement est personnalisé et jamais délégué. Le praticien réalisant l'acte, même ponctuel, est tenu au même devoir d'information que le prescripteur. 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.

D'autre part, l'arrêt de la Cour de cassation, chambre civile 1 (Chambre civile 1, 17 janvier 2018 ; 16-27882) relève 3 points remarquables. Une dentiste a proposé à une patiente de se faire poser un implant par un confrère spécialiste en implantologie. Pour cela, elle a délégué l'extraction de la dent concernée à ce spécialiste et de lui confier l'ensemble des interventions plutôt que de commencer elle-même un processus qu'elle n'allait pas conduire à son terme.

La cour relève que cette décision ne constitue aucune faute de sa part. De plus, la cour estime qu'il sera relevé qu'un praticien faisant appel à un autre praticien exerçant dans une spécialité qui n'est pas la sienne n'a aucune directive à lui donner et ne peut être tenu responsable du choix thérapeutique de l'acte spécialisé. Dans cette affaire, le confrère spécialiste en implantologie a délégué à sa consœur le suivi pos-

topératoire ce qui lui a été reproché dans le jugement comme relevant d'un manquement à ses obligations : *Un médecin qui prend en charge le traitement d'un patient, ne peut s'exonérer de son obligation de suivi et de sa responsabilité en invoquant la faute d'un autre praticien.*

Le praticien qui coordonne doit donc s'assurer que le plan de traitement fait l'objet d'un accord commun, écrit et échangé entre les différents praticiens. Chacun se doit cependant d'obtenir le consentement éclairé du patient pour les actes dont il est responsable. L'envoi de comptes rendus per et postopératoires au dentiste coordinateur est indiqué et judicieux. **Le suivi est une obligation mais un challenge quand il est pluridisciplinaire.** Les confrères comme le patient doivent savoir qui est en charge des contrôles cliniques (cicatrisation, occlusion, étanchéité des soins, évolution de la perte d'attache...), radiographiques (interception des résorptions (Fig. 4), une évolution de la perte osseuse...) et à quelles fréquences. Chaque nouvel événement est précisé au reste de l'équipe et la continuité des soins maintenue.



Lors de la maintenance parodontale, le parodontiste réalise des radiographies de contrôle. A cette occasion, l'interception de résorptions sur 12 et 22 et d'une nécrose interne sur 13 doit être signalée au praticien traitant et à l'orthodontiste par un compte rendu écrit. Le patient est informé de cet état et un plan de traitement approprié ainsi qu'un calendrier des suivis doivent être clairement énoncés et compris par le patient comme par l'ensemble de l'équipe.

Conclusion

Soigner un patient nécessite de respecter des règles répondant au devoir d'humanisme et en particulier au devoir d'information. Du diagnostic au suivi en passant par le traitement, le praticien doit s'assurer de s'être appuyé sur tous les moyens mis à sa disposition pour remplir sa mission. Parfois, même il doit donc déléguer à un confrère ayant une autre compétence.

Bien que l'implantologie comme la parodontie ne soient pas reconnues comme des spécialités en soi, chacun doit évaluer sa propre compétence et faire appel parfois à un autre confrère plus spécialisé. Un traitement pluridisciplinaire oblige les membres de l'équipe à assumer personnellement leurs obligations mais en plus, à échanger toutes les informations nécessaires à son bon déroulement.

Bibliographie

1. Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke W, Taylor GW, Page RC, Beck JD, Genco RJ. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States : NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol* 2015 May ; 86 (5) : 611-22.
2. Kim SH, Choi DS, Jang I, Cha BK, Jost-Brinkmann PG, Song JS. Microbiologic changes in subgingival plaque before and during the early period of orthodontic treatment. *Angle orthod* 2012 Mar ; 82 (2) : 254-60.

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



PARIS

Save the date

5 OCTOBRE
14 heures

RENTRÉE AO PARIS

Après-midi exceptionnelle avec Charles Toledano et Olivier Étienne



Le traitement de l'usure

- Apprendre à diagnostiquer les étiologies de l'usure
- Se rassurer dans l'augmentation de la dimension verticale
- Réaliser des projets esthétiques et fonctionnels en bouche (Full Mock Up)
- Restaurer les arcades dentaires par des facettes 360° / overlays / veneerlays...

QUAND ? 5 octobre, accueil à partir de 13h30

OÙ ? Intercontinental Marceau

COMMENT ? Formation DPC avec Médéré Formation DPC

Inscriptions : alphaomegaparis.com

Tarifs non membre :

- avant le 06/08/2023 : 175 €

- à partir du 07/08/2023 : 270 €

Après-midi incluse dans la cotisation 2023

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'infirmier 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 transvisé et non scellé. Les deux techniques, scellée comme transvisée, 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 transvisées 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

Marie Lemaire

Loon-Plage



Introduction

La prise en charge des patients atteints de SAHOS par l'OAM, est une solution d'avantage prescrite par les médecins spécialistes du sommeil. Si les conditions cliniques sont respectées, son aspect peu encombrant et les résultats cliniques très satisfaisants en font une option de choix dans la thérapeutique.

Le praticien prenant en charge le patient qui lui est adressé pour une OAM s'expose néanmoins à des difficultés dans le cadre de la thérapeutique. Il est nécessaire, dans un contexte de plus en plus procédurier, d'identifier les sources de litige potentielles dans ce contexte.

Trois axes sont explorés dans ce travail : rappeler les responsabilités et obligations du praticien dans ce contexte ; identifier également ces sources de litiges pour mieux les prévenir et les gérer ; détailler les points sensibles qui sont très fréquemment mis en exergue dans le cadre conflictuel avec les patients.

Généralités, place du chirurgien-dentiste, responsabilités et obligations

Généralités

Le SAHOS est devenu depuis plusieurs années un enjeu de santé publique. De par sa prévalence croissante, les conséquences cliniques (1) qu'il engendre et l'influence sur la qualité de vie du patient, le SAHOS a fait l'objet de nombreuses études ces dernières années.

Trois niveaux de sévérité sont distingués dans cette pathologie : léger, modéré et sévère. Ces stades sont déterminés en fonction de plusieurs facteurs : l'index d'apnées hypopnées, les épisodes de somnolence indésirables et leurs répercussions, les éventuelles comorbidités associées. Ces facteurs sont évalués par le médecin spécialiste du sommeil. Deux traitements sont possibles dans la prise en charge du SAHOS ; la pression positive continue (PPC) et l'Orthèse d'Avancée Mandibulaire (OAM). À chaque niveau de sévérité correspond un traitement. L'OAM est proposée dans le cadre d'un SAHOS déterminé comme modéré et sans complications. Elle peut être également proposée en complément ou en cas d'échec de la PPC. L'OAM est réalisée par un praticien formé : chirurgien-dentiste, orthodontiste, chirurgien maxillo-facial, ORL. La prise en charge du patient est alors encadrée par une équipe pluridisciplinaire dans un plan de traitement commun, des rôles partagés et des responsabilités communes mais individuelles (2).

La prescription d'une OAM est conditionnée à un examen clinique et un enregistrement du sommeil réalisé par un praticien spécialiste du sommeil et à un examen spécialisé de la cavité orale et de son environnement, pour identifier les contre-indications.

Lors de la première consultation chez le chirurgien-dentiste, le patient doit donc être nécessairement adressé par un médecin qualifié de spécialiste du sommeil.

Place du chirurgien-dentiste : savoir faire

La prise en charge du traitement du SAHOS par le praticien réalisant l'OAM est très systématisée. Elle nécessite une rigueur particulière tant sur le plan clinique qu'administratif. La première consultation a pour but de dépister les contre-indications. Il est important pour un praticien formé de savoir les identifier afin de ne pas s'exposer à d'éventuels litiges.

Il existe 3 types de patients pour lesquels les OAM sont contre-indiqués :

- les patients mineurs,
- les patients présentant des apnées centrales du sommeil,
- les patients présentant des troubles respiratoires sévères autres que le SAHOS.

Ces contre-indications formelles relèvent de la responsabilité du médecin prescripteur, mais il est indispensable que ces informations soient analysées lors de la première consultation.

À cette étape, le praticien effectue l'anamnèse. Y seront évoqués les symptômes qui ont amené le patient à consulter le médecin spécialiste du sommeil. Ces symptômes seront repris par ailleurs pour évaluer l'efficacité du traitement par OAM. Une part non négligeable de cet entretien se portera sur les craintes et attentes du patient, afin de répondre et anticiper les éventuelles sources d'incompréhension. C'est une phase d'écoute active. L'anticipation de ces questions et la communication sont les clés pour désamorcer les éventuels aspects conflictuels.

Le praticien réalise l'examen clinique. Dans la cavité buccale, 3 prérequis cliniques ont été identifiés par la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).

- Un nombre suffisant de dents par arcade avec une valeur d'ancrage et une morphologie rétentive : le praticien doit s'assurer d'un ancrage osseux suffisant des dents présentes sur arcade, de manière à ce que les forces induites par l'OAM ne provoquent pas de mobilités dentaires à terme. Il doit également observer que la morphologie coronaire présente un bombé satisfaisant à la rétention de l'OAM.
- Un parodonte sain évalué cliniquement et radiologiquement. L'évaluation clinique parodontale se fait de manière minutieuse. Il est nécessaire d'effectuer des sondages parodontaux. L'évaluation radiologique de ce parodonte, doit être effectuée *a minima* par un panoramique dentaire complété au besoin par des clichés rétro-alvéolaires. L'hygiène orale du patient est à aborder, le port de l'orthèse pouvant susciter des complications parodontales si l'hygiène bucco-dentaire n'est pas satisfaisante.
- Une absence de dysfonction crano-mandibulaire sévère : un examen attentif des Articulations Temporo Mandibulaires (ATM) doit permettre d'objectiver d'éventuelles pathologies articulaires.

L'examen articulaire doit également décrire avec précision : l'amplitude d'ouverture/fermeture ; le chemin d'ouverture/fermeture : déviation, trajet en baïonnette ; le chemin de propulsion : déviation, quantification en mm de ce trajet. Un trajet de propulsion inférieur à 6 mm ne permettra pas de mettre en place une OAM avec un résultat clinique satisfaisant pour le patient.

Ces éléments cliniques sont primordiaux car tous sont susceptibles d'être sources de litiges. C'est pourquoi le spécialiste réalisant l'OAM doit y porter toute son attention. D'éventuelles mobilités dentaires, douleurs ou perte d'efficacité du traitement peuvent être évitées.

À l'issue de la première consultation, un bilan est établi. Si des soins sont à prévoir il faut impérativement qu'ils soient réalisés avant la conception de l'orthèse. Dans le cas où l'OAM est réalisée par un chirurgien-dentiste, trois cas de figure sont possibles.

- Le praticien réalisant l'orthèse pourra effectuer les soins dans le cas d'un patient faisant partie de sa propre patientèle.
- Le patient a un dentiste traitant, il convient de lui adresser avec un courrier précisant les soins à effectuer.
- Le patient demande à changer de chirurgien-dentiste. Si cette demande est effective, il conviendra au patient de demander la copie de son Dossier Médical à son ancien praticien, afin d'assurer la continuité et la qualité des soins (3).

À l'issue de ce bilan et dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire, le praticien adressera un courrier au médecin prescripteur afin de l'informer de la faisabilité d'une prise en charge par OAM. Ce bilan permet donc de poser l'indication ou la contre-indication de l'OAM, et de choisir le type d'orthèse.

Obligations et responsabilités

Dans ce contexte pluridisciplinaire, il est légitime de s'interroger sur la notion de responsabilités et obligations du praticien en cas de litige. Dans le cadre d'une recherche en responsabilité, il paraît peu probable que la responsabilité pénale soit engagée. Cependant la responsabilité civile peut l'être à différents titres.

La première consultation a pour but de dépister les contre-indications. Il est important pour un praticien formé de savoir les identifier afin de ne pas s'exposer à d'éventuels litiges

Tout d'abord en matière de **responsabilité contractuelle**. Comme dans le cadre de toute prise en charge, le praticien lorsqu'il accueille le patient nécessitant un traitement par OAM, souscrit un contrat de soins avec ce dernier. Le contrat de soins, légalement encadré par le Code Civil et le Code de déontologie, définit un accord passé entre deux volontés, entre deux personnes ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations. Ce contrat est

synallagmatique et implique le respect des obligations des deux parties y souscrivant.

Le respect du contrat de soins, établit notamment par l'arrêt Mercier, impose au chirurgien-dentiste acceptant la prise en charge d'un patient, de diligenter des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. Le contrat de soins est sous-tendu

par l'obtention du consentement éclairé du patient à la démarche thérapeutique. **L'obligation d'information** du patient trouve tout son sens dans ce contexte. C'est une obligation médicale qui se rattache au devoir d'humanisme et au respect de la dignité humaine. Il est mentionné dans le Code Civil (5) que *Celle des parties qui connaît une information dont l'importance est déterminante pour le consentement de l'autre doit l'en informer dès lors que, légitimement, cette dernière ignore ou fait confiance à son cocontractant et poursuit qu'il incombe à celui qui prétend qu'une information lui était due que l'autre partie la lui devait, à charge pour cette partie de prouver qu'elle l'a fournie*. Le manquement du praticien à l'obligation d'information peut constituer, alors, une cause d'annulation du contrat de soins. Dans l'aspect plus clinique de la prise en charge, le chirurgien-dentiste est tenu à une **obligation de moyens**. Plusieurs aspects de cette obligation de moyens doivent attirer notre attention : l'obligation de formation, l'obligation de suivi thérapeutique, l'obligation de sécurité.

La prise en charge des patients atteints de SAHOS par une OAM nécessite une **obligation de formation**.

L'American Academy of Sleep Medicine (AASM) et l'American Academy of Cranio Facial Pain (AACFP) ont émis un avis (6,7) relayé par la HAS à ce sujet. Cet avis considère qu'il est de la responsabilité du praticien d'acquiescer une formation spécifique à la prise en charge des patients atteints de SAHOS par OAM. Cette formation permet notamment au praticien d'anticiper au mieux les difficultés qui peuvent être rencontrées lors de cette prise en charge, notamment les troubles articulaires éventuellement afférents. Ce qui augmente l'observance du traitement par le patient, en réduisant le nombre d'effets indésirables. Il est de même précisé dans la nomenclature CCAM relatif à ce dispositif, qu'une formation spécifique est nécessaire en plus de la formation initiale (**Fig. 1**).

Le traitement du SAHOS par OAM par le chirurgien-dentiste ne se limite pas à la pose d'un appareillage, il nécessite une **obligation de suivi thérapeutique**. Les recommandations professionnelles (8, 9) établissent un suivi à court et long terme pour évaluer l'efficacité du traitement, et les éventuels effets indésirables. Un manquement à cette obligation peut engendrer de nombreuses conséquences. L'observance du traitement peut être impactée comme l'état de santé général du patient, des problèmes dentaires ou articulaires peuvent également survenir. L'ensemble de ces éléments peuvent constituer une source de litiges. Il faut rappeler que ce manquement à cette obligation peut venir du praticien, comme du patient.

FIG. 1

septembre 2016 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 14 sur 71

II. – A la subdivision « 11.05.02 Autres appareillages sur le crâne et la face », l'acte suivant est inscrit :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBT SS conditions	ACCORD préalable
LBLD017	<p>Pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire</p> <p>Pose d'une orthèse pour syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS)</p> <p>Comprend : la prise d'empreinte, la pose et le réglage de l'orthèse</p> <p>Indication : selon le rapport de la CNEDIMTS (Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé) - HAS - du 15 juillet 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patient présentant un indice d'apnées-hypopnées compris entre 15 et 30 événements par heure, en l'absence de signe de gravité associé, et au moins trois des symptômes suivants : somnolence diurne, ronflements sévères et quotidiens, sensation d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil, fatigue diurne, nycturie, céphalées matinales - en cas de refus ou d'intolérance au traitement du SAHOS par pression positive continue <p>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge selon les indications du rapport de la CNEDIMTS - non associable à un traitement par pression positive continue (PPC) (YYYY465) 	1	0	RC	

IV. – A la subdivision « 19.02.11 Soins prothétiques - Suppléments pour prothèse amovible », l'acte suivant est inscrit :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBT SS conditions	ACCORD préalable
YYYY465	<p>Supplément pour examen spécifique préalable et postérieur à l'acte de pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire dans le traitement du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil</p> <p>Ce supplément inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - interrogatoire - évaluation de la clinique mandibulaire - examen de l'état buccal - séances multiples d'adaptation et de réglages complémentaires 	1	0	RC	

Art. 2. – Les tarifs des actes nouveaux sont les suivants :

CODE	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
LBLD017	1	0	150,00
YYYY465	1	0	70,00

Extrait du JO du 28/09/2016 mentionnant les codifications CCAM des OAM

L'obligation de sécurité consistant à ne pas effectuer un acte ou soin susceptible d'être à l'origine de dommage supplémentaire par rapport à l'état initial du patient, peut également être engagée dans le cadre de cette prise en charge par OAM.

Un autre aspect de la responsabilité civile doit également être abordé : la responsabilité quasi délictuelle. Elle peut être évoquée lors d'une recherche en responsabilité, dans notre sujet si un dommage est observé de manière conséquente à la pose de l'OAM (dent mobile, douleurs articulaires...).

Dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire, le praticien doit également répondre à son devoir de confraternité, avec le praticien prescripteur et le chirurgien-dentiste traitant du patient, s'il diffère de celui qui réalise l'orthèse. La prévention des litiges dans la prise en charge du SAHOS par OAM peut se porter sur différents éléments. Il est néanmoins plus aisé de prouver une obligation de moyen, en attestant de sa formation ou d'un suivi thérapeutique par exemple. *A contrario*, apporter la preuve de l'information est beaucoup plus délicat. La suite de cet exposé s'attardera donc sur ces éléments qui pourront constituer un faisceau de présomption à la délivrance de cette information (10).

L'information

L'information du patient

Celui qui ne craint pas d'agir, ne craint pas de parler, Sophocle.

L'information dans le cadre de cette prise en charge est primordiale, la majorité des litiges afférents à ce traitement étant dus à un défaut d'information. Comme inscrit dans le code de Santé Publique à l'article 1111-2 *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements, et actions de prévention qui lui sont proposés [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.*

La prise en charge des patients atteints de SAHOS étant pluridisciplinaire, chaque praticien a sa responsabilité propre. Il est responsable de l'information délivrée concernant sa part du plan de traitement (11).

L'information se situe à trois niveaux.

En amont du plan de traitement

L'information se doit d'être délivrée lors de la première consultation. Elle est généralement orale et nécessite d'être claire, loyale et intelligible. Le principe de l'entretien individuel consacre la délivrance de l'information mais également le recueil des doutes et attentes du patient. Un entretien bien mené permet d'éviter de nombreuses sources de litiges. La loi du 4 mars 2002 consacre l'information sur les risques, à l'article 1111-2. Elle précise que l'information doit se faire sur les risques fréquents ou graves (même exceptionnels) normalement prévisibles.

L'information du patient reprend :

- les effets indésirables qui peuvent apparaître après la mise en place de l'OAM ;
- le tarif de l'orthèse ;
- les honoraires des séances via la remise du devis ;
- la prise en charge sous réserve de la présentation de la Demande d'Accord Préalable (DAP) remplie par le médecin spécialiste du sommeil (Modèle de l'OAM notamment) et par le spécialiste réalisant l'OAM (date de l'examen dentaire) ;
- Le délai d'acceptation de la DAP par l'assurance maladie.

L'information du praticien prescripteur s'effectue également à ce stade, un courrier doit lui être remis afin de lui signifier la faisabilité du plan de traitement préconisé. Une copie de ce courrier sera consignée au Dossier Médical du patient.

Au cours du plan de traitement

Comme le précise l'article L. 1142-4 du Code de Santé Publique : *Toute personne victime, ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins [...] doit être informée par le professionnel [...] concerné, sur les circonstances et les causes de ce dommage.* Par exemple, en cas de difficultés rencontrées par le praticien au cours de la titration, provoquant des douleurs articulaires ou des mobilités dentaires, le praticien a un délai de 15 jours pour s'en expliquer au patient. Cette information, si elle survient, doit être consignée dans le Dossier Médical.

À l'issue du plan de traitement

Le praticien réalisant l'OAM précise au patient qu'un suivi bisannuel est nécessaire. Il est important également de l'informer qu'en cas de soins, pose de prothèse fixée ou de prothèse sur implant chez le praticien traitant, il est nécessaire de revoir le patient afin d'adapter l'OAM aux changements morphologiques dentaires. Une in-

formation écrite peut, le jour du premier entretien, être remise au patient en complément de l'information orale. Cette fiche d'information reprenant les différents points abordés, sera par la suite adjointe en copie au dossier Médical du patient. À noter que le patient ne doit pas nécessairement y apposer sa signature.

À l'issue des étapes de titration, un courrier sera de nouveau adressé au médecin prescripteur. Ce qui lui permettra de convoquer le patient pour une polysomnographie de contrôle sous OAM, afin d'évaluer l'efficacité du traitement.

L'information sur les honoraires du praticien

Le devis représente de manière générale une obligation légale, déontologique, réglementaire et conventionnelle. Dans le cadre du traitement du SAHOS par OAM, le devis est unique car il n'existe pas d'alternative thérapeutique chez le praticien réalisant l'OAM. Le devis détaille le montant des honoraires demandé par le praticien pour l'ensemble des séances relatives à la réalisation de l'OAM.

Il reprend deux cotations qui doivent être impérativement associées. Ces cotations ont été codifiées au JO du 28 septembre 2016 (Fig. 1) :

- LBLD 017 comprend la prise d'empreintes la pose et le réglage de l'OAM,
- YYY465 qui comprend le premier entretien avec le patient, le bilan bucco-dentaire complet et les séances de titration de l'OAM.

Le montant des actes cités ci-dessus a été légalement déterminé (12).

L'acte LBLD 017 répond au forfait de base à 150 euros. Il peut y être associé un dépassement maximal autorisé de 130 euros non remboursable par l'assurance maladie. Le complément de cotation YYY 465 s'élève à 70 euros sans dépassement possible.

L'Assurance Maladie base donc son remboursement à 70 % des 220 euros correspondant au forfait de base (LBLD017 + YYY465). Concernant les patients bénéficiant du régime C2S, un devis doit également être fourni, sur le principe de l'égalité des soins pour tous.

Dispositifs médicaux pour soins dentaires, réservés aux professionnels de santé, non remboursés par les organismes d'assurance maladie, au titre de la LPP. Lisez attentivement les instructions figurant dans la notice ou sur l'étiquetage avant toute utilisation. **MIS C1** - Indications : le système est composé d'implants dentaires, de vis d'obturation, de piliers et d'autres composants prothétiques, ainsi que d'instruments chirurgicaux et prothétiques. Classes / Organisme certificateur : I, IIa et IIb / CE0483. Fabricant : MIS Implants Technologies Ltd. Rev 05/2023

LA RÉVOLUTION
DANS VOTRE
EMBALLAGE !

MIS C1 XD™

UN PROTOCOLE DE FORAGE COMPLET DANS CHAQUE EMBALLAGE.
TOUJOURS PLUS SIMPLE.

Votre implant MIS C1 est désormais livré avec des forets XD à usage unique. Ces forets MIS XD sont conçus pour une compatibilité et une stabilité optimales, alliant sécurité et simplicité.

L'information sur l'OAM

L'information sur le tarif de l'OAM

Cette information doit être délivrée au patient par le spécialiste mettant en place le dispositif. En effet, le devis remis au patient ne l'informe que sur le montant des actes réalisés au fauteuil. Le montant de l'OAM est à régler par le patient directement au laboratoire qui la conçoit. Il constitue un poste de dépense bien distinct des honoraires du praticien. La caisse d'assurance maladie n'homologue que quelques sortes d'OAM dans sa Liste de Produit et Prestation (LPP) (Fig. 2). La prescription d'une OAM n'ayant pas de code LPP délivré par l'Assurance Maladie n'ouvrira pas de droit à une prise en charge.

FIG. 2

Code LPP	Orthèse	Tarif TTC maximal conseillé par la CPAM
2497884	OAM, Resmed, NARVAL	459 €
2451474	OAM, Somnomed, AMO	459 €
2455325	OAM, Oniris, TALI	459 €
2465967	OAM, Série, Oniris, ONIRIS PRO	69 €
2462680	OAM, Fulcrum, OHA	274 €
2407378	OAM, Somnomed, SOMNODENT	459 €
2412971	OAM, 3J, OPM4J	250 €
2480330	OAM provisoire, BlueSom, BLUEPRO	60 €
2445232	OAM, Panthera, PANTHERA D-SAD	459 €

Tableau listant les OAM agréées inscrites et prises en charge par l'Assurance Maladie

La prise en charge de ce coût, réglé directement par le patient au laboratoire, s'effectue à 60 % par l'organisme d'assurance maladie et 40 % par la complémentaire. Dans le cas des patients bénéficiant de la C2S, une attestation de droits est à envoyer au laboratoire, qui se tournera vers l'assurance maladie pour la prise en charge de l'OAM.

L'information sur la composition de l'OAM

Il se doit d'être précisé dans le devis la nature des matériaux composant l'orthèse. Les fabricants de l'OAM doivent se conformer aux normes ISO 10993-1 : 2018, d'évaluation de bio-compatibilité des matériaux composant les OAM. Le praticien lors de sa phase d'information peut remettre au patient une fiche de sécurité précisant la nature des matériaux la composant.

À la livraison de l'OAM, le praticien remet au patient un certificat de conformité. Ce certificat matérialise que cette dernière est destinée à l'usage unique d'un patient déterminé, et qu'elle répond aux exigences essentielles. Un double de ce certificat doit être conservé dans le Dossier Médical. Il constitue un moyen de preuve en cas de contestation, par exemple sur le matériau utilisé.

Évolution de la réglementation

La réglementation européenne (13) s'est intensifiée concernant les Dispositifs Médicaux. Cette législation entrée en vigueur le 26 mai 2021 pour une harmonisation européenne demande aux fabricants de Dispositif Médicaux d'attribuer à chacun de leur dispositif un Identifiant Unique de Dispositif (IUD). L'OAM étant un Dispositif de classe I sur mesure, cet attribut devrait entrer en vigueur courant 2025 (Fig. 3). L'article L 1111-2 du Code de santé publique rappelle que : *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé, d'apporter la preuve que l'information a*

été délivrée à l'intéressé [...] La preuve peut être apportée par tout moyen. L'apport de la preuve de l'information incombe au praticien. Un seul élément parmi d'autres n'a pas de valeur probante. Il est nécessaire d'apporter un faisceau de preuves telles que les fiches d'information, le dossier Médical, les dates de rendez-vous laissant apprécier un délai de réflexion suffisant.

Consentement éclairé

Le consentement éclairé en lui-même

Art L. 1111-4 du Code de Santé Publique : *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.*

Après toute la phase d'information, l'étape du consentement libre et éclairé consacre la formation du contrat de soin. Tout acte de soins suppose le consentement de la personne concernée. Ainsi, il est précisé dans le Code Civil Article 16-3 : *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement médical de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.*

Le consentement des deux parties, patient et praticien, au contrat de soins est primordial. **Dans le cadre spécifique de la prise en charge des SAHOS par OAM, le consentement édité par la Mutualité d'Assurance du Corps Sanitaire Français (MACSF) et la Société Française de Médecine Dentaire du Sommeil (SFMD) est très complet (Annexe 1).**

- Il reprend plusieurs points primordiaux :
- le caractère intelligible de l'information : *Certifié avoir été informé clairement ;*
 - les conséquences en cas d'abstention et solutions alternatives à l'OAM ;
 - la réalisation d'une étude de la faisabilité du traitement après un bilan complet ;
 - les impératifs à mettre en œuvre pour une prise en charge optimale, de la part du patient et du praticien ;
 - l'importance d'un suivi thérapeutique double, chez le praticien poseur de l'OAM et le chirurgien-dentiste traitant ;
 - l'importance de la fréquence du suivi, chez le médecin spécialiste du sommeil, chez le poseur de l'OAM ;
 - l'importance des radiographies de contrôle ;
 - les effets indésirables liés au port de l'orthèse ;
 - la disponibilité du praticien aux différentes interrogations ;
 - le respect du délai de réflexion : *je fais la démarche de manière volontaire et réfléchie...* ;
 - l'information sur le coût et la remise du devis.

La date figurant sur le consentement éclairé doit correspondre à un délai de 15 jours minimum par rapport à la date de première consultation. Une durée inférieure exposerait le praticien, en cas de litige, à un non-respect du délai de réflexion. Le consentement éclairé une fois rempli et signé des deux parties, sera remis en copie au patient et consigné dans son Dossier Médical.

Le cas particulier de la Réglementation Générale de la Protection des Données (RGPD)

Depuis le 25 mai 2018, un nouveau règlement européen est entré en vigueur concernant la protection des données personnelles. Cette réforme a trois objectifs principaux :

- renforcer le droit des personnes notamment le droit à la portabilité de leurs données ;



- responsabiliser les acteurs traitants des données : responsables et sous-traitants ;
- crédibiliser leur régulation : grâce à un protocole renforcé entre les autorités de protection des données, dès lors que leur régulation prend un caractère international.

Ce cadre juridique est unifié pour l'ensemble de l'Union Européenne. Il a été édité par le Parlement européen par le biais du Règlement UE 2016/679.

La fabrication de l'OAM s'effectue dans un laboratoire dédié. Une fiche de données est communiquée par le praticien (Annexe 2). L'échange de données entre le praticien et le laboratoire doit répondre à ces prérogatives. Le praticien jouant le rôle d'intermédiaire entre le laboratoire et le patient, a l'obligation d'informer le patient du traitement possible des données personnelles qui lui seront communiquées. À ces fins, il est obligatoire de recueillir le consentement libre et éclairé du patient à ce sujet.

Il est préférable de proposer un consentement éclairé distinct du consentement relatif à la réalisation de l'acte médical en lui-même.

Dans ce cadre particulier, il est obligatoire d'expliquer au patient : le type de données qui seront recueillies, les finalités du traitement des données personnelles, et les modalités de conservation et d'accès à ces données. Le type des données recueillies est relatif à la fabrication de l'OAM : Nom Prénom, Numéro de Sécurité sociale (si C2S), données biométriques nécessaires. Sont recueillies également les données relatives au paiement : le type de diagnostic (SAHOS ou Ronflements), l'adresse mail (si paiement en ligne). Enfin est précisé le nom du prescripteur de l'OAM.

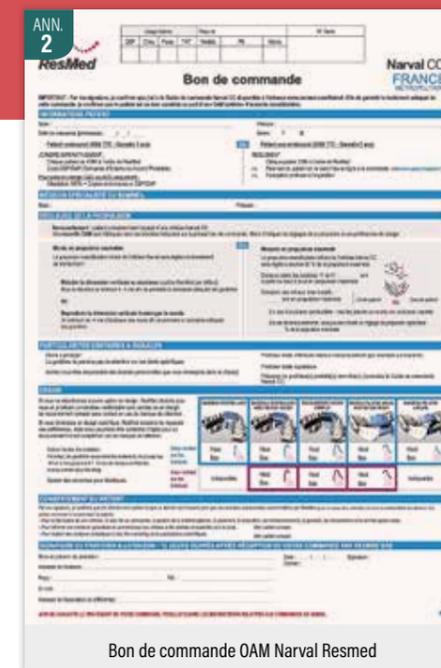
La finalité du traitement de ces données se répercute en trois phases.

La première phase d'exploitation de ces données concerne la fabrication de l'orthèse. Elle permet le suivi de la commande, la surveillance post-livraison, le paiement, la garantie et le remboursement, le Service après-vente. Cette phase ne nécessite pas le consentement du patient qui a été donné au préalable à la confection de l'OAM.

La deuxième phase de traitement des données, concerne l'identité praticien prescripteur de l'OAM. Il est nécessaire de recueillir le consentement du patient pour qu'un courrier puisse être envoyé au médecin prescripteur, afin de lui signifier la production de l'OAM pour la mise en place du traitement. Il est à noter que le praticien ayant réalisé l'OAM se doit de prévenir, via une correspondance, le médecin prescripteur de la prise en charge du patient adressé et la mise en place de ce traitement. La deuxième phase de traitement des données ne dispense en aucun cas le praticien qui pose l'OAM, de correspondre avec le confrère qui adresse le patient, dans le cadre de la prise en charge pluri disciplinaire.

La dernière phase de traitement des données correspond à la conduite d'analyse statistique à des fins de publications scientifiques et marketing.

La réglementation est très stricte concernant le recueil des données personnelles dans le cadre de recherche scientifique. La CNIL (5) a publié un texte officiel issu de la délibération n° 2018-153 du 3 mai 2018. Dans ce texte



est précisé que Le responsable du traitement s'engage à ne collecter que les données pertinentes adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. La conservation des données n'excède pas 5 ans. Dans le consentement éclairé relatif à la gestion des données, il est nécessaire de mentionner les personnes y ayant accès. Il est obligatoire également de notifier les voies de recours pour que le patient puisse retirer son consentement aux traitements de ses données comme il le souhaite.

Conclusion

Les sources de litige peuvent être nombreuses dans le cadre de la prise en charge du SAHOS par l'Orthèse d'Avancée Mandibulaire.

En reprenant les différentes responsabilités et obligations du praticien qui réalisera l'OAM, il est aisé de déterminer quelles sont celles qui seront facilement démontrables, et en quels termes. Il faut reconnaître que la systématisation de cette prise en charge, administrativement complexe, permet au praticien dûment formé, de bien gérer les difficultés cliniques. L'information et le consentement éclairé attentif, comme dans la majorité des prises en charge quelles qu'elles soient, restent le point noir à démontrer.

Le but de ce travail a été de se concentrer sur ces éléments, en tentant de les énumérer de manière exhaustive, pour mieux les appréhender. En accord avec la législation qui n'a de cesse d'évoluer pour protéger le droit des patients, les objets d'information sont multiples. Il conviendrait de systématiser l'information du patient, comme peut l'être la formation clinique, via des fiches d'information standards, exhaustives en complément de l'information orale. Cette information consacre le contrat de soins par le biais de l'obtention du consentement éclairé. Il est nécessaire, conformément à la Réglementation de la Protection des Données, d'informer le patient et de recueillir son consentement concernant l'exploitation de ses données.

À charge du praticien, de pouvoir constituer un faisceau de preuve concernant les informations qu'il a pu dispenser au patient. Cette responsabilité nécessite un Dossier Médical à jour avec la copie de tous les éléments pouvant contribuer à ce faisceau de présomption.

Bibliographie

1. W.Trzepizur, and F.Gagnadoux. *Epidémiologie Du Syndrome d'apnées-Hypopnées Obstructives Du Sommeil. Revue Des Maladies Respiratoires, Elsevier Masson SAS, 2014, pp. 568 - 77.*
2. Attali, Elie. *Aspect juridique du traitement pluridisciplinaire des SAHOS. Médecine du sommeil, Elsevier Masson SAS, 2017,14, pp. 193 - 94.*

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



A-dec,
le concept **"sur mesure"**
Parce que vous êtes
tous différents

Emma a choisi le Fauteuil 511 avec Unit 533



Créez votre cabinet à votre image



a dec[®]
reliablecreativesolutions[™]

Venez découvrir la gamme A-dec sur www.a-dec.fr

Benjamin Fitouchi nous enchante !

Nous voici donc (déjà) à la fin de la saison Alpha Omega. Alors oui c'est vite passé me direz-vous mais en même temps le temps passe plus vite quand c'est passionnant.

On a donc terminé avec une dernière soirée d'exception (outre le beau temps) avec un conférencier de talent, Benjamin Fitouchi. Notre confrère lyonnais est venu nous parler de la chirurgie guidée, de ses indications, et surtout nous éclairer sur une question que l'on s'est tous posé : objet marketing ou réel outil dans notre besace de chirurgien ? Les remarques et questions ont fusé et c'est cela qu'on aime ! Belle soirée qui a sûrement convaincu certains sceptiques !

Depuis, deux figures emblématiques de la dentisterie marseillaise se sont partagé la scène le 15 juin dans les salons du Newport pour notre grande journée : Stéfane Koubi et Patrice Margossian, compte rendu dans le prochain numéro !

Évidemment avant de vous laisser (provisoirement) on peut déjà vous annoncer une programmation de haut niveau pour la saison prochaine avec une rentrée le 7 septembre pour de nouvelles et passionnantes aventures AO.



Yonathan Attal



AO Tel Aviv University

JOURNÉE DU 15 MAI



La recherche sur les implants dentaires : passé, présent et futur

Séminaire à l'Université de Tel Aviv

Dans le cadre des événements du Conseil des Gouverneurs de l'Université de Tel-Aviv 2023, l'École de médecine dentaire de l'Université, a tenu un important séminaire sur le thème des implants, et en particulier du processus dit d'ostéo-intégration, à l'initiative de André Amiach, Gouverneur de l'Université et conseiller de l'École. La rencontre s'est déroulée le 15 mai dernier, en présence du Prof. **Karen Avraham**, Doyenne de la Faculté de médecine, du Prof. **Shlomo Matalon**, Directeur de l'École dentaire, des membres de l'Association française de l'Université de Tel-Aviv et de nombreux étudiants. Le séminaire, dont l'invité principal était le Prof. **Gérard Scortecchi** (Université Côte d'Azur), comportait quatre conférences d'experts, a été suivi d'une cérémonie de remise de bourses.

La dentisterie n'est pas seulement une profession, mais un art, a déclaré le Prof. Karen Avraham en ouverture du séminaire, qui a marqué le début des événements du Conseil des Gouverneurs de l'Université. Nous sommes fiers de l'éducation fournie à nos étudiants dans cette École. Merci de votre soutien sans lequel elle ne pourrait fonctionner, a-t-elle ajouté, s'adressant aux donateurs.

Un leader en Israël et bientôt dans le monde

Si vous voulez quelque chose suffisamment fort, cela devient une réalité, a déclaré André Amiach, pilier de l'École dentaire, s'inspirant de la célèbre phrase de Théodore Herzl, avant de projeter une vidéo retraçant

le long combat par lequel il est parvenu, avec l'aide d'Alpha Omega, et des amis français de l'Université, à reconstruire l'École pierre par pierre. *Merci encore à tous nos donateurs du monde entier qui ont consacré leur temps et leurs moyens financiers pour faire de l'École dentaire de l'Université de Tel-Aviv un leader dans son domaine en Israël et bientôt dans le monde. Mais le plus grand cadeau est pour moi votre présence ici et la pérennité de l'École, a-t-il ajouté en s'adressant aux nombreux étudiants venus suivre le séminaire.*

La première conférence a été présentée par le Prof. **Itzhak Binderman**, professeur émérite du département de biologie orale de l'École de médecine dentaire de l'Université de Tel-Aviv : *Empêcher la péri-implantite*

(perte progressive de l'os qui entoure l'implant à la suite d'une réaction inflammatoire) – l'ingénierie tissulaire des tissus mous et la barrière périostée comme protection biologique de l'os sous-jacent.

Il a expliqué que les implants se compliquent dans un tiers des cas (33,6 %), les principaux problèmes provenant des tissus et non pas des os, car de nombreux facteurs (plaque dentaire, fumée, problèmes glycémiques, etc.) sont susceptibles de provoquer une inflammation induisant la perte osseuse autour de l'implant.

Pour lutter contre ce phénomène, il a proposé une méthode pour prévenir l'effondrement de la barrière immunitaire et provoquer la régénération tissulaire.



Lutter contre la désintégration osseuse autour de l'implant

L'invité principal était le Prof. **Gérard Scortecci**, directeur scientifique du programme d'implantologie du département de chirurgie faciale de l'École de médecine dentaire de l'Université Côte d'Azur. Diplômé de la Faculté de médecine dentaire de Marseille, Le Prof. Scortecci est également professeur invité à l'Université de New-York et professeur clinicien en parodontologie à l'Université de Californie du Sud. Auteur de plus de 200 publications en français et en anglais, il est membre de l'American College of Dentists, de l'International College of Dentists, de l'International College of Oral Implantologists et de l'Association européenne pour l'ostéo-intégration. Il a été le fondateur et le premier président du Congrès Dentaire International de Nice-Côte d'Azur, et est détenteur de plusieurs brevets de systèmes d'implantation dentaire. Sa conférence, retransmise par zoom, portait sur les outils d'un nouveau concept de stimulation osseuse pour améliorer l'os avant l'implant. Selon lui la clé de la régénération osseuse est la promotion d'un nouvel apport sanguin qui facilite la création des cellules osseuses.

Quant au Prof. **Yankel Gabet**, Directeur du département d'anatomie et d'anthropologie de la Faculté de médecine de l'Université de Tel-Aviv, a présenté une conférence sur le mécanisme de l'inflammation et de l'ostéolyse (destruction du tissu osseux) induites par les particules de titane qui composent la vis de l'implant, et sa prévention. Il explique que les macrophages (globules blancs dont le rôle est d'ingérer et de détruire les particules nocives) ne sont pas capables d'éliminer les particules de titane dégagées par l'implant, et produisent en réaction une aggravation de l'inflammation qui provoque l'ostéolyse. Pour empêcher ce processus, le Prof. Gabet propose d'utiliser des molécules qui ciblent les ostéoclastes, cellules responsables de la résorption du tissu osseux qui participent à son renouvellement continu.

Un hydrogel qui imite le processus naturel de la régénération osseuse

Enfin, le Prof. **Lihl Adler Abramovich**, directrice du laboratoire des matériaux bio-inspirés et de nanotechnologie du département de biologie orale de l'École de médecine dentaire de l'Université de Tel-Aviv, a présenté la recherche qu'elle a dirigée en collaboration avec **Michal Halperin-Sternfeld**, le Prof. Yitzhak Binderman, et les D^{rs} **Rachel Sarig** et **Moran Aviv**, sur les matériaux bio-inspirés pour la régénération des tissus osseux. Les chercheurs ont notamment développé un hydrogel qui permet de reconstituer des fragments d'os manquant. Elle explique comment ils utilisent des peptides qui s'auto-assemblent et s'attachent sur l'échaffaudage osseux, imitant le processus naturel de la régénération osseuse.

Après avoir remercié tous les conférenciers, les étudiants présents et toute l'équipe ayant aidé à l'organisation de l'évènement, ainsi que le Prof. Matalon, arrivé à la fin de son terme comme Directeur de l'École, André Amiach a procédé à la cérémonie de remise des bourses: Olisya Rauchwerger (bourse financée par Michèle Albou), Oded Kanzoker (bourse financée par Sydney et Annie Boubllil), Alex Solodokin (bourse financée par Harry Hodara), et enfin Alon Shankor (bourse financée par Michelle et André Amiach).

Source : <https://www.ami-universite-telaviv.com>



Shlomo Matalon, Karen Avraham, André Amiach et Gérard Niznick



Le Prof. Itzhak Binderman



Au centre Yankel Gabet



La doyenne avec Marc Rothman, président de la Fondation Internationale AO et André



Des étudiants heureux



Avec la présidente internationale AO Gail Schupak



L'ancien doyen, Israel Kaffe, avec Michelle et André Amiach



Remise d'un diplôme au professeur Abramovitch

© Crédit photos : Noam Wind

Gérard Scortecci, abstract

L'ostéointégration des implants dentaires nécessite un apport sanguin suffisant. Dans les zones fortement résorbées, les artères périostées deviennent la principale source de sang.

La pose d'implants basaux dans les mâchoires atrophiées est difficile en raison de la mauvaise qualité osseuse et du volume réduit. Cela est encore plus compliqué chez les fumeurs. Des interventions telles que les greffes osseuses du Calvaria ou de l'os iliaque, le déplacement du nerf mentonnier et les élévations sinusales sont réalisées avant la pose des implants pour traiter les problèmes biologiques et anatomiques. Cependant, les patients sont souvent hésitants en raison du temps, du coût et des complications potentielles. Les greffes osseuses libres et les substituts peuvent augmenter le volume osseux, mais ils n'améliorent pas l'apport sanguin. Seules les greffes osseuses vascularisées pédiculées peuvent le faire. Les cicatrices postopératoires peuvent parfois entraver l'apport sanguin. Pour surmonter ces défis, des approches telles que les Osteotenseurs® pour l'activation des cellules souches et les membranes PRF ont été développées.

Grâce à l'application de nouvelles techniques, les personnes atteintes de handicaps buccaux peuvent maintenant bénéficier rapidement et en toute sécurité de dents fixes. Cet aperçu met en évidence les avantages des approches thérapeutiques innovantes qui peuvent remplacer et simplifier efficacement les procédures qui étaient auparavant complexes et invasives.

SDI | RIVA LIGHT CURE

VERRE IONOMÈRE DE RESTAURATION PHOTOPOLYMÉRISABLE
RENFORCÉ PAR ADJONCTION DE RÉSINE

LE VERRE IONOMÈRE FACILE À MANIPULER ET PLUSIEURS FOIS RECOMPENSÉ

VERRE IONOMÈRE PHOTOPOLYMÉRISABLE HAUTE VISCOSITÉ
MODIFIÉ PAR ADJONCTION DE RÉSINE

- **Consistance composite facile à sculpter**
- Adhère chimiquement aux tissus dentaires
- Embout orange évitant la prise à la lumière du jour et au scialytique
- **SANS BISPHÉNOL A**
- **NE COLLE PAS AUX INSTRUMENTS**



ionglass™
FORMULE BIOMIMÉTIQUE

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

SDI | YOUR OUR
SMILE. VISION.

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

AO Strasbourg

3 belles soirées à Strasbourg

À l'occasion de notre troisième soirée Alpha Oméga Alsace de l'année nous avons accueilli notre confrère parisien, **Frank Bellaïche**. L'ensemble des convives ont apprécié la chaleur et l'enthousiasme dégagé par notre conférencier qui nous a démontré qu'avec force, courage et ténacité, il nous est possible de réaliser notre rêve professionnel. Son exemple personnel en est une démonstration parfaite. Nos nombreux partenaires présents ont eux aussi été captivés par notre intervenant, soirée qui s'est terminée autour d'un magnifique buffet.



Pour écouter **Marc Grundman**, notre ami genevois, le 8 juin, plus d'une vingtaine de confrères et consœurs avaient fait le déplacement. Il faut dire que la thématique était ô combien d'actualité **Les nouveaux outils numériques en omnipratique**.



Le 15 juin dernier, AO Strasbourg a organisé une magnifique soirée avec plus de 60 praticiens venant du Haut-Rhin et de Moselle pour écouter notre conférencière responsable et enseignante du service de parodontie de l'Université Mc Gill de Montréal, **Véronique Benhamou** sur **La crête angulaire, un concept esthétique basé sur la biologie**. Je souhaite ici remercier de nouveau tous nos partenaires qui nous soutiennent tout au long de l'année. Bien évidemment, ce fut une soirée autour de nos 3 piliers, dans les règles de l'art Alpha Omega : l'excellence en dentisterie, avec une conférencière de haut niveau ; la fraternité avec la convivialité autour d'un buffet mêlant conférencier, participants et partenaires et enfin judaïsme avec l'excellent buffet caché dans les locaux de l'ORT Strasbourg.



Save the date

**Judi 7
septembre**

Medhi Merabet viendra
nous parler esthétique



Philippe
Lévy

Entendu pour vous



Best of Implantology 2023

Le meilleur de l'implantologie, toujours et encore !

Le 23 mars dernier, le congrès Best of Implantology 2023 a été une fois de plus un succès retentissant en dépit des aléas conjoncturels (NDLR, grève générale contre le régime des retraites) : **150 chirurgiens-dentistes présents, 50 en distanciels, 11 orateurs sur scène et 3 par visio-conférence et 17 partenaires motivés.**

Le succès de ce congrès de référence réside dans son concept : 14 conférences accessibles, actuelles et courtes de 15 mn type Ted's conference, des séances de questions-réponses toutes les 2 conférences et une convivialité avec des partenaires industriels dans un lieu et avec un traiteur prestigieux.

L'actualité de ce congrès a abordé les nouvelles tendances en particulier le développement du numérique qui facilite l'étude prothétique pré-implantaire et permet de réaliser

les prothèses provisoires avant la pose des implants. Une communication a fait le point sur les nouveaux implants et les techniques chirurgicales de chirurgie pré-implantaire greffes et sinus. Mais aussi deux conférences par des parodontistes ont précisé l'importance des tissus mous et les péri-implantites, et enfin une conférence originale sur l'intérêt des aligneurs en implantologie.

Pour laisser une trace des remarquables conférences, le **comité scientifique** constitué de **Patrick Exbrayat, Patrick Limbour, Philippe Russe** et présidé par **Patrick Missika** a pris l'initiative de renouveler l'édition inaugurée en 2022 et souhaite donc éditer un livre regroupant l'essentiel des présentations. Le Consensus de la Pratique Implantaire 2023 est mis en vente sur bestofimplantology.eu depuis juin et sera disponible pour le congrès de l'ADF prochain.

Réservez d'ores et déjà votre journée pour la 5^e édition du congrès Best Of Implantology, prévue le jeudi 21 mars 2024 avec toujours plus de nouveautés.

Alors restez en ligne sur bestofimplantology.eu et sur tous les réseaux sociaux ! Best Of met en lumière chaque année l'implantologie et AONews est heureux d'être partenaire média de ce congrès de référence !



Patrick Missika et Isabelle Kleinfinger



Georges Khoury et Marwan Daas



Anne Benhamou avec Gérard Lacroix (Praxis)



Philippe Monsénégo, Odile Marder (Geistlich) et Guillaume Drouet



Hello Hadi Antoun © et Laurence Bury (Septodont)



Jacques Attias Avec Ann Verledens (ZimVie)



Hervé Tarragano et Adrien Marinetti



Albert Pinto sur le stand Vatech



Antoine Bruneau et Gaël Millot



Anne, David Dilouya, Michael Corcos, Marwan et Corinne Touboul

Nos
3
prix



PRIX des
CHAPITRES

Pierre Fabre
ORAL CARE



PRIX
AO NEWS

HENRY SCHEIN®



PRIX
AO / J. BREILLAT

Dentsply
Sirona



Santé bucco-dentaire : une refonte de l'action publique est indispensable

Dans un manifeste qu'ils ont publié le 8 juin, le COMIDENT et l'ADF appellent les pouvoirs publics à se doter d'une stratégie nationale sur la santé bucco-dentaire.



Sur la plateforme purpoz.com (<https://purpoz.com/project/sante-bucco-dentaire-les-francais-meritent-mieux/collect/vos-contributions>), les deux organisations lancent une consultation d'ampleur pour donner la parole aux Français et interpeller les pouvoirs publics, afin que la santé bucco-dentaire ne soit plus le parent pauvre des politiques publiques en santé.

Contrairement à beaucoup de ses voisins européens, la France ne dispose pas de stratégie consolidée sur la santé bucco-dentaire. Comme le rappelait l'OMS en novembre 2022, les affections liées à la santé bucco-dentaire ont pourtant un impact direct sur des pathologies très lourdes (cancer, Alzheimer, AVC, maladies cardiovasculaires, etc.) et sont souvent évitables.

Malgré des enjeux majeurs de santé publique, la France reste concentrée sur des dispositifs, comme le

100 % santé, qui valorisent les soins prothétiques, au détriment des soins conservateurs, et dont la logique essentiellement financière ne répond que partiellement aux enjeux de santé publique d'accès aux soins et d'évolution du modèle de prise en charge. Les résultats de la France sur le taux de caries ou d'édentation, le recours trop irrégulier aux chirurgiens-dentistes, ou les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires montrent l'étendue du chemin qui reste à parcourir sur la question.

Le COMIDENT et l'ADF ont donc décidé de publier un Manifeste commun, dans lequel ils lancent un appel aux pouvoirs publics. Ce texte est complété par l'ouverture d'une plateforme de consultation en ligne, accessible à tous, et qui permettra de faire remonter des propositions d'actions. Les contributions recueillies au moyen de cette démarche innovante et participative permettront d'amener les pouvoirs publics à prendre conscience du poids des enjeux de la santé bucco-dentaire.

Le dispositif sera prolongé par l'organisation d'États-général de la santé bucco-dentaire à l'occasion du congrès de l'ADF 2023.

En novembre 2023, nous célébrerons les 18 ans de l'unique plan national de prévention bucco-dentaire. Comme le rappelait justement l'Inspection générale des Affaires sociales en 2013, notre pays navigue à vue sur la santé bucco-dentaire, a déclaré **Pierre-Yves le Maout**, président du COMIDENT.

La conception et la mise en œuvre d'une véritable politique publique de santé bucco-dentaire doivent passer par la définition d'objectifs ambitieux en termes de santé bucco-dentaire, tout particulièrement sur les publics à besoins spécifiques comme les personnes âgées, en situation de handicap ou de vulnérabilité sociale. Ces objectifs doivent être associés à des indicateurs et à une évaluation régulière.

Le pilotage de cette stratégie, de sa conception à son déploiement, doit être assuré par un organe de gouvernance rassemblant les parties prenantes du secteur, pour une meilleure coordination des efforts. Cette stratégie impliquant l'État dans la durée est la seule condition à une amélioration notable de la santé globale des Français ont ajouté **Julien Laupie** et **Doniphan Hammer**, les secrétaires généraux de l'ADF.



Manifeste de l'Association dentaire française et du COMIDENT

La dent peuple notre imaginaire collectif : dans les arts, les mythes, la littérature, elle incarne la vie, que l'on croque à pleines dents, parures du sourire, elles reflètent la bonne santé ; absentes, elles désignent l'indigence.

Tout devrait donc nous conduire à accorder à notre bouche la plus grande importance. Et pourtant, le constat est en France peu reluisant : nos enfants ont deux fois plus de caries que les petits Allemands, et nos seniors sont trois fois plus édentés que les Suédois. Et pour cause : seulement 43 % de la population consulte un chirurgien-dentiste au moins une fois par an, contre 85 % au Danemark et 80 % aux Pays Bas. À l'instar du surpoids et de l'obésité, la santé bucco-dentaire est un réel marqueur d'inégalités sociales dès le plus jeune âge et pour des patients à besoins spécifiques, comme les personnes en situation de handicap ou du troisième âge. Ainsi, 3 résidents d'EHPAD sur 4 ont un état de santé bucco-dentaire dégradé, qui ne leur permet pas de s'alimenter normalement. L'ensemble de ces constatations faisait dire à l'Inspection Générale des Affaires Sociales, en 2013, que la France navigue sans pilote sur la santé bucco-dentaire. Dix ans plus tard, la situation reste inchangée : en dépit d'une convention signée en 2018 par les syndicats (les CDF et l'UD) et l'Assurance maladie avec l'application notamment du 100 % santé, la France ne dispose toujours pas de stratégie sur le bucco-dentaire.

C'est ensemble, COMIDENT et Association Dentaire Française, que nous appelons les pouvoirs publics à se saisir de l'enjeu. La santé bucco-dentaire ne doit plus être le parent pauvre des politiques en santé. Une stratégie plus globale de santé publique est aujourd'hui nécessaire, pour avoir une vision large des enjeux et une approche coordonnée des moyens à mobiliser.

Vision large des enjeux, d'abord, car la carie n'est pas la seule problématique en dentisterie. Les maladies parodontales, souvent évitables, touchent 50 % de la population adulte et constituent avec d'autres pathologies bucco dentaires des facteurs de risque ou d'aggravation pour le diabète, certains cancers, les maladies cardiovasculaires ou bien encore la maladie d'Alzheimer.

Approche coordonnée des moyens à mobiliser, ensuite, car ils sont aujourd'hui éclatés entre plusieurs plans (vieillesse, cancer, nutrition, etc.) et non évalués. Pour y remédier, il faut rapprocher l'action des différentes strates de l'Administration et donner plus de moyens aux ARS¹, aux CPAM² et à la médecine scolaire dans les territoires ; enfin, il serait souhaitable que Santé Publique France intègre systématiquement la santé bucco-dentaire à ses actions, quand on sait que la prévention est un levier majeur de son amélioration. Ces actions de prévention sont aujourd'hui assumées par le secteur associatif, aussi bien du côté des professionnels de santé que des représentants de patients, qui œuvrent quotidiennement auprès de leurs communautés pour rappeler les bonnes pratiques en santé bucco-dentaire.

Les pathologies bucco-dentaires se caractérisent par leur caractère souvent évitable, à condition de mettre davantage de moyens sur la prévention. Le retard français est réel, certes, mais ne partons pas défaitiste : il n'est en rien une fatalité. Réunissons-nous donc, parties prenantes concernées, pour bâtir une stratégie nationale impliquant l'État dans la durée, au service d'une amélioration notable de la santé globale des Français.

1. Agences Régionales de Santé
2. Caisses primaires d'assurance maladie





Daniel Nahum

Directeur du Laboratoire de prothèses Carena

AONews. Daniel Nahum, vous dirigez le Laboratoire de prothèses Carena depuis quelques années, mais cette entreprise a été créée par un votre papa, René Nahum, que beaucoup de praticiens ont connu entre les produits Den Mat de blanchiment, 3I, puis Carena. Racontez-nous la genèse du laboratoire.

Daniel Nahum. Carena a en effet été créé en 2006 par René Nahum, expert-comptable, et Pierre Boublil, prothésiste dentaire, motivés tous les deux par le désir d'indépendance professionnelle, la volonté d'offrir des services de qualité supérieure et par l'observation d'une demande croissante en région parisienne. Initialement installé dans le 17^e arrondissement, au cœur de Paris afin d'être à proximité des cabinets et des centres dentaires, nous avons grandi et de ce fait déménagé les locaux à Levallois-Perret en 2019. Recruter et former un personnel qualifié est essentiel pour offrir des services de qualité. Le laboratoire est composé d'une équipe compétente de techniciens dentaires pour effectuer les différentes étapes de conception et de fabrication des prothèses dentaires.

Pierre est décédé en avril 2022, puis mon père René est décédé en janvier 2023. Ce fut une année difficile et forte en émotion pour Carena.

AON. Vous êtes donc tombés tout petit dans la marmite du dentaire...

D. N. Pas tant que ça ! Mon parcours dans le domaine de la prothèse dentaire a réellement commencé il y a neuf ans, lorsque j'ai rejoint le laboratoire de prothèse de mon père. J'ai toujours été fasciné par le mélange unique d'art et de science que représente ce domaine. Au fil des années, j'ai acquis une solide expérience dans la conception et la fabrication de prothèses dentaires ainsi que la logistique. Mon rôle dans le laboratoire a évolué au fil du temps. Au début, j'ai commencé par apprendre les bases du métier, travaillant aux côtés des techniciens expérimentés pour perfectionner mes compétences. Au fur et à mesure que je me suis familiarisé avec les différentes techniques et technologies, j'ai pris en charge des responsabilités croissantes, supervisant des projets et encadrant les nouveaux membres de l'équipe.

Aujourd'hui, en tant que propriétaire et gestionnaire du laboratoire, je suis responsable de la supervision globale des opérations. Cela inclut la gestion de l'équipe, l'assurance qualité des prothèses produites et le maintien des normes élevées établies par mon père et Pierre. Je m'efforce également d'innover en intégrant de nouvelles technologies (notamment avec une usineuse par assistance numérique) et en suivant les dernières avancées dans le domaine de la prothèse dentaire.

AON. Un nouveau projet vient de voir le jour avec la création d'une unité de fabrication française,

également à Levallois. Ça vous semblait indispensable pour l'évolution du laboratoire ?

D.N. Notre laboratoire propose initialement des prothèses fabriquées à l'étranger. Il était donc essentiel pour nous de présenter une fabrication française. **Cette fabrication locale offre l'avantage de la proximité géographique.** Cela permet une meilleure communication et une collaboration plus étroite entre les dentistes et les techniciens, favorisant ainsi une adaptation rapide aux besoins spécifiques des patients et une réponse plus efficace aux demandes urgentes.

AON. Vous avez souhaité également développer votre propre logiciel afin de fluidifier votre relation avec les clients. Dites-nous en plus.

D.N. Effectivement, le logiciel facilite la communication et la collaboration entre les dentistes et les prothésistes. **Il permet un échange rapide et sécurisé d'informations ce qui réduit les erreurs et les retards potentiels. Les praticiens peuvent envoyer les informations nécessaires aux prothésistes en quelques clics, et ces derniers peuvent suivre l'avancement des commandes plus facilement, ce qui réduit les délais et améliore la satisfaction des patients.** C'est une plateforme centralisée où les dentistes et les prothésistes peuvent stocker et gérer les données relatives aux patients et aux commandes. Cela permet d'avoir un accès rapide



aux informations pertinentes, de suivre l'historique des travaux réalisés et de simplifier la gestion administrative. Le logiciel garantit la confidentialité et la sécurité des données sensibles des patients. Les informations médicales et les fichiers d'imagerie sont stockés de manière sécurisée et peuvent être partagés uniquement entre les professionnels autorisés, conformément aux réglementations en matière de protection des données.

Je vous invite à venir nous rencontrer au 4 rue Raspail à Levallois, téléphone 01 47 66 62 36 !



Propos recueillis par M.P.

Nos valeurs

- ASSISTANCE
- QUALITÉ
- TARIFS
- GARANTIE

4 rue Raspail, 92300 Levallois-Perret
www.laboratoire-carena.com
01.47.66.62.36

Labo CARENA

Qui a dit que qualité et prix attractifs n'étaient pas compatibles ?



La revanche des orages

Sebastien Spitzer | Éditions Albin Michel

Hiroshima mon amère...

L'évocation d'Hiroshima me remémore l'époque, révolue, où j'étais sensible au cinéma d'auteur. Il fallait, pour avoir l'air branché, avoir vu, entre autres, *Hiroshima mon amour*, film au titre étrange et poétique malgré la référence évidente aux atrocités de la guerre.

Comment vivre après avoir propagé la mort ? À quelques détails près, c'est la véritable histoire de cet homme, le major Eatherly qui pilotait la plus grosse forteresse volante au monde de l'époque, un B-29 nommé Enola Gay. Il fera partie de l'escadrille qui largua la première bombe atomique à l'uranium, le 6 août 1945 au-dessus de Hiroshima faisant plus de 100 000 morts. Cette bombe, avec celle sur Nagasaki trois jours plus tard conduiront à la reddition du Japon. Le Japon était l'agresseur avec Pearl Harbour mais la paix valait-elle tous ces morts

civils, femmes, enfants, vieillards dont Claude Eatherly était l'un des responsables.

Par obligation militaire, pour obéir aux ordres, cette boule de feu fut larguée sur Hiroshima : *Cette boule est la chose la plus puissante, la plus aveuglante, et la plus brûlante jamais créée... depuis que l'homme est sur terre.* En fait, après des mois d'entraînement, aux États-Unis puis sur un caillou perdu au milieu du Pacifique, ce n'est pas lui qui fut désigné pour lâcher cette bombe dont il ne savait rien et que son chef, le colonel Tibbet appelait le « gadget ».

Il en garda un très fort ressentiment. Cet homme ordinaire, ce petit gars du Texas, engagé pour faire comme les autres, pour répondre à l'agression du Japon, de re-

tour aux États-Unis, est accueilli comme un héros après son exploit. Il était heureux, il avait épousé avant cette guerre, la belle starlette de cinéma, Anna, qui lui avait donné un fils. Cela n'avait pas été si simple au début, Anna était italienne et à cette époque les Italiens, les Allemands, les Japonais, même ceux qui vivaient depuis des années en Amérique, étaient considérés comme des fascistes et souvent enfermés dans des camps. Un juge compréhensif avait autorisé ce mariage.

Sebastien Spitzer nous décrit dix ans plus tard la culpabilité et la longue descente aux enfers de ce major Eatherly. Une voix vient constamment le hanter, la voix d'une de ses victimes japonaises imaginaire, Hanaé, qui résonne dans sa tête, un réquisitoire sur toutes les horreurs qu'elle a subi dans sa chair et découvert en



parcourant sa ville, Hiroshima, pratiquement rasée, les irradiations, les séquelles, la mort. Il est hospitalisé en psychiatrie, bourré de médicaments, assommé d'électrochocs, délaissé par sa femme qui ne peut supporter cette si longue dépression, lâché par sa hiérarchie, un militaire, ça ne se plaint pas.

À cette époque le stress post-traumatique était ignoré et surtout le commandement veut ignorer toutes les voix qui commencent à s'élever contre cet horrible massacre. Le Maccarthysme commence à poindre avec la guerre froide. *Hanaé a raison. C'était une bombe pour rien. C'était juste pour dire aux Russes qu'on était les plus forts avec la plus grosse bombe.*

Sebastien Spitzer est une de nos meilleures plumes, d'une grande sensibilité, d'une grande subtilité avec une écriture empreinte de poésie. Le roman commence ainsi : *la gloire est un mensonge, une rouille d'illusions. Poison. Folie. Et toi t'es qu'un pantin grotesque, un seigneur de pacotille. Eatherly se recroqueville sur sa chaise, la tête entre les mains.*

Il voudrait que ça s'arrête, que cette voix se taise. Lamentable roi d'un songe. Dieu du rien. Héros sans majuscule juché sur ton tas de cendres. Magnifique ! Je vous avais, dans ces colonnes, dit mon enthousiasme à la lecture des deux romans précédents de S. Spitzer : *Ces rêves qu'on piétine* et *Le cœur battant du monde*.

J'ai surtout été touché dans ce dernier opus par Hanaé et le récit de ce drame d'Hiroshima qui nous parle d'autant plus qu'on entend le bruit des bottes en Europe et qu'un docteur Folamour pourrait appuyer sur le bouton maléfique.

Joël Itic



AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

Aspiration Tyscor jusqu'à 75 % de réduction d'énergie*

Les systèmes d'aspiration respectueux et évolutifs



Le moteur radial réduit la consommation d'énergie jusqu'à 75%.*



La surveillance et la maintenance à distance via VistaSoft Monitor réduisent les émissions de CO₂.

Évolue avec le cabinet : de deux à douze praticiens, aucun remplacement d'appareil nécessaire.



Produits Dürr Dental éco-responsables.

Avec nos systèmes d'aspiration Tyscor, nous empruntons la voie d'un avenir plus propre. Nous rendons ainsi notre chaîne de production plus durable, tout comme votre cabinet.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.duerrdental.com

* Mesure réalisée sur le Tyscor VS 4 et sur une aspiration à canal latéral équivalente par l'institut Fraunhofer

Dispositif Médical de classe IIA CE0297. Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices. Produits non remboursés par les organismes de santé.

DÜRR DENTAL
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME



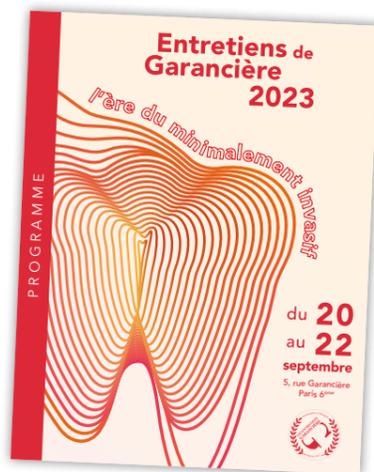
On vous retrouve en septembre pour un dossier sur le comblement alvéolaire

Save the date



Prochains Entretiens de Garancière 2023

20-22 septembre
Ce qui change !



Vivre autrement les Entretiens de Garancière 2023 !

Accédez,
pour la 1^{re} fois,
À LA JOURNÉE
PRESTIGE
EN DISTANCIEL



Assistez
à une émission
DE RADIO EN DIRECT
organisée par



Apprenez
en jouant avec
L'ESCAPE GAME
AU CŒUR DE
L'IMPRESSION 3D



Venez faire
la fête
À LA 1^{re} SOIRÉE
DE GALA
des Entretiens



Participez aux
SÉANCES DES
SUJETS DE SOCIÉTÉ
(sport et environnement)



Inscrivez vous
EN LIGNE (UNIQUEMENT)
sur notre nouveau site
WWW.ENTRETIENSDEGARANCIERE.FR



Découvrez le programme complet
et inscriptions sur le site



INSCRIVEZ-VOUS
EN LIGNE SUR

www.entretiensdegaranciere.fr



SOCIÉTÉ DES CENDRES
Depuis 1859

UN SOURIRE GARANTI 100% FRANÇAIS



NumériSmile

Toutes nos gouttières sont
conçues et fabriquées en France

- Accessibilité à une **plateforme sécurisée** pour réaliser ou suivre vos plans de traitement
- Pour plus de sérénité, vos plans de traitement peuvent être **élaborés par notre réseau d'experts français**
- **Accompagnement personnalisé** avec une équipe technique à votre écoute
- Aligneurs **esthétiques** grâce à leur **grande transparence** et des **matériaux de qualité**
- Notre promesse : **Traçabilité, Fiabilité et Efficacité d'exécution**





L'internat en odontologie

Bonjour à tous !

Qui parmi vous a déjà passé l'internat ? Pour ceux qui ne connaissent pas le système actuel, il s'agit d'un concours national non obligatoire pour les étudiants en 5^e ou 6^e année en dentaire. Plusieurs spécialités sont disponibles : l'orthodontie (3 ans), la chirurgie orale (4 ans) et enfin la médecine bucco-dentaire (3 ans). Le choix dépend de son classement. Il y a environ 400-500 participants.

Ce concours ressemble à celui de la première année de médecine. C'est une course, et plus particulièrement un marathon. On l'a rarement du premier coup. La recette

pour réussir est très bien connue, mais seulement quelques-uns la suivent à la lettre : chaque seconde de travail perdu n'est plus rattrapable. Mais cette fois-ci, fini les QCM ! C'est maintenant du rédactionnel, et dans un temps (très) limité !

Qu'y a-t-il de pire que le stress du concours ? Eh bien, le stress des résultats. Une fois ces derniers publiés, tout le monde se précipite sur le site officiel pour regarder la liste des admis. Étant publique, on ne peut pas s'empêcher de chercher le classement de nos amis. Beaucoup de surprises ! Chaque concours a sa

part de chance... C'est souvent l'argument utilisé pour le mieux classé qui ne travaille pas autant. En réalité, lui, il a compris le sujet.

Puis la vie reprend son cours, nous revoyons nos amis qu'on n'a pas vus depuis longtemps. Méconnaissables, l'un s'est laissé pousser la barbe, l'autre a un début de calvitie ! Nous reprenons ainsi goût à la vie. Le temps coule tel une rivière, et le déjeuner se fait enfin sans sablier.

De notre côté, cela fait 2 ans que nous le préparons et nous avons obtenu un classement qui nous permet de

choisir la spécialité Médecine Bucco-dentaire si on le souhaite. On vous donne la réponse au prochain édito ☺

À suivre...



Roman Licha et David Naccache
6^e année

Selfies AO



Membre de la jeune team AOnews



Chirurgien dentiste, fondateur de Allisone



Pratique libérale, implantologie exclusive IClinique



Le monde tel qu'il est

Part des **véhicules électriques** dans les immatriculations de voitures particulières neuves en 2021 : 65 % en Norvège, 14 % en Allemagne et 10 % en France.

La Roumanie représente 28 % des exportations de **violons** en dehors de l'Union Européenne.

Un hypermarché émet chaque année l'équivalent de 840 kilomètres de **tickets de caisse**.

Le **réseau ferroviaire** allemand comprend 33 500 kilomètres de lignes contre 29 000 en France.

Depuis 1984, la population de **Shanghai** a quadruplé, à plus de 27 millions d'habitants.

La **France**, c'est 15 % de la superficie, 15 % de la population et 17 % du PIB de l'Union Européenne.

Depuis 2010, les **loyers** ont augmenté de 16 % dans l'Union Européenne et les prix des logements, de 42 %.

1 hectare de **blé**, c'est 25 000 baguettes.

En 20 ans, la concentration de **particules fines** dans l'air en France a diminué de 40 %.

Principaux bénéficiaires de la **citoyenneté** d'un pays de l'Union Européenne en 2020 : 68 900 Marocains, 50 200 Syriens et 40 500 Albanais.

La Suède compte 221 800 **îles**, la Finlande, 188 000 et la Grèce, 6 000.

2 milliards de personnes n'ont pas l'**eau potable** à la maison

5 213 **bombes** ont été lâchées en 2018 par la coalition au-dessus de l'Afghanistan, un record.

10 % du **plastique** dans le monde est recyclé.

108 milliards d'**êtres humains** ont, jusqu'à présent, vécu sur Terre.

Nombre d'attaques mortelles de **requins** entre 2005 et 2017 : 59. Nombre de personnes décédées en prenant un selfie depuis 2012 : 259.

Le **bio** représente 6 % des terres cultivées en France contre 15 % en Italie et 23 % en Autriche.

90 % des foyers américains sont équipés de l'**air conditionné** contre 4 % en France et 1 % en Suisse.

90 % de la population mondiale a accès à l'**électricité**. C'était 70 % il y a 30 ans.

La France est le deuxième exportateur européen de **skis et snowboards** avec 11 % derrière l'Autriche, 38 %.

Votre dîner idéal réunirait...
Johnatan Cohen, les Daft Punk et Nina Simone autour d'un bon steak argentin préparé par Lionel Messi

Vos trois films incontournables...
Interstellar, Da Vinci Code, Le Pianiste

Vos livres fétiches...
Au revoir là-haut (Pierre Lemaitre), Le club des incorrigibles optimistes (Jean-Michel Guenassia), Un sac de billes (Joseph Joffo)

Une chanson de votre vie...
Within (Daft Punk)

Votre insulte favorite...
Mille millions de mille sabords

Votre madeleine de Proust culinaire...
La kobeba de ma grand-mère

Un héros...
Bruce Wayne

Salé ou sucré ?
Sucré sans hésiter

Une passion, un hobby ?
Pianiste à mes heures perdues

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sportif quand je trouve la motivation

Vos vacances de rêve...
Sur une île déserte à explorer

Accroc au net ou pas ?
Ça dépend des jours

Votre dernier coup de foudre...
Devant le miroir

Dans une autre vie, vous seriez...
Pilote de chasse

Une adresse à recommander...
Sandwicherie « Lebon L'authentique Casse-Croute » au 91 rue de Rennes

Votre dîner idéal réunirait...
Steve Jobs, Elon Musk et Michael Jackson

Vos trois films incontournables...
À la recherche du bonheur (G. Muccino), 300, Steve Jobs (D. Boyle)

Vos livres fétiches...
Mesurez ce qui compte (J. Doerr), Thinking fast and slow (D. Kahneman), Entreprendre dans l'incertitude (B. Horowitz)

Une chanson de votre vie...
Juicy (Notorious BIG)

Votre insulte favorite...
Pauvre con

Votre madeleine de Proust culinaire...
Le croissant

Un héros...
Steve Jobs

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
La peinture

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Les deux

Vos vacances de rêve...
Los Cabos

Accroc au net ou pas ?
Accro

Votre dernier coup de foudre...
Il y a 6 ans

Dans une autre vie, vous seriez...
Chanteur

Une adresse à recommander...
Epoca, petit restaurant italien qui fait d'exceptionnels Cacio e pepe. You should try!

Votre dîner idéal réunirait...
Lewis Hamilton, Federer, Tiger woods

Vos trois films incontournables...
In the mood for Love (Wong Kar Wai)
Le secret des poignards volants (Zhang Yimou)
Tigre et Dagron (Ang Lee)

Vos livres fétiches...
Les 7 habitudes (Covey), Skin (Mo Hayder), La guerre commence au delà de la mer (Murakami)

Une chanson de votre vie...
With or without you (U2)

Votre insulte favorite...
Branquignole

Votre madeleine de Proust culinaire...
Flan à la banane

Un héros...
James Bond

Salé ou sucré ?
Salé

Une passion, un hobby ?
Plusieurs passions : voyages, ski de rando, golf

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

Vos vacances de rêve...
Trek en Asie du sud est

Accroc au net ou pas ?
Totalemment accro au net !

Votre dernier coup de foudre...
Ma femme ☺

Dans une autre vie, vous seriez...
Skipper sur le Vendée Globe challenge

Une adresse à recommander...
Ma cantine le Neuilly's à Neuilly (rue de Longchamp)

We've got it all.

Tuttnauer peut répondre à tous les besoins de votre salle de Sté!



Tuttnauer fournit des solutions ergonomiques, économiques et automatisées de désinfection et de stérilisation, destinées à s'intégrer dans n'importe quel établissement médical, du plus petit au plus grand!

T-Edge 11

Votre cabinet a besoin de vos compétences et votre temps est précieux. C'est pourquoi je vais vous aider à libérer du temps.

- ✦ Stricte conformité aux normes internationales
- ✦ Capacités de stérilisation vérifiées en milieu clinique
- ✦ Écran tactile haute résolution
- ✦ Technologie originale innovante
- ✦ Interface simple à utiliser
- ✦ Conception élégante
- ✦ Excellente expérience utilisateur



L'autoclave de stérilisation totalement automatique **du début à la fin.**



THE X FACTOR*

BeautiBond Xtreme



Un vrai adhésif universel !

- Un flacon unique pour toutes vos restaurations directes et indirectes
- Sans charge et sans HEMA
- Un protocole rapide et simple
- Une manipulation aisée



Une équipe imbattable :

BeautiBond Xtreme se combine de manière idéale avec les composites de restauration éprouvés de la famille BEAUTIFIL :

BEAUTIFIL Flow Plus

Composite fluide injectable disponible en deux viscosités



- Restaurations de classe I à V
- Excellente thixotropie
- Manipulation aisée
- Polissage exceptionnel et rapide avec les disques à polir Super-Snap/X-treme et les polissoirs OneGloss M

Super-Snap X-TREME

Disques pour finition et polissage



- Épaisseur X-tra pour plus de rigidité, plus de sensation tactile et de longévité des disques
- Revêtement 3D garant d'un polissage plus lisse
- Lustrage X-treme avec une abrasivité X-tra fine
- Enduits d'alumine sur les 2 faces

Le service clients :
01 34 34 38 10



www.shofu.de/fr



Distribué par :

DEXTER
VECTEUR DE PROGRÈS

www.dexter.fr