

-97% DE SAIGNEMENTS OCCASIONNELS APRÈS 1 MOIS D'UTILISATION*

NOTRE SOLUTION

Arthrodont

EXPERT

GENCIVES IRRITÉES ?



SOIN D'ATTAQUE ANTI-PLAQUE

96% d'ingrédients d'origine naturelle



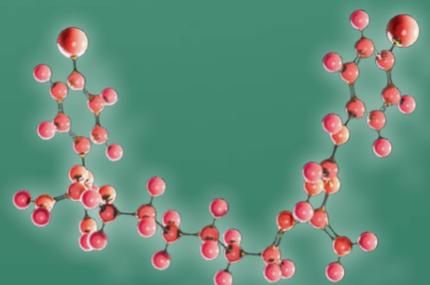
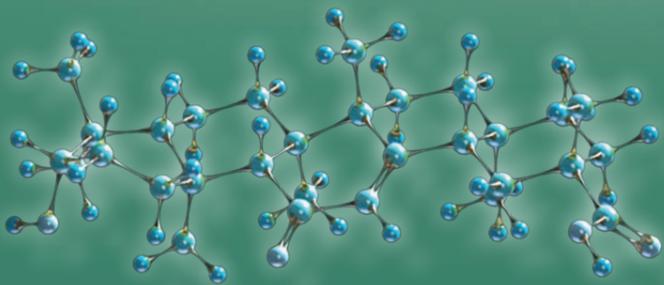
ACIDE GLYCYRRHÉTIQUE (0,7%)



DIGLUCONATE DE CHLORHEXIDINE (0,12%)

ACTIF APAISANT

ACTIF ANTIBACTÉRIEN



* Réduction des saignements occasionnels évalués par indice clinique auprès de 44 sujets après 1 mois d'utilisation.

Pierre Fabre
ORAL CARE

<https://www.pierrefabreoralcare-services.fr>

Arthrodont

GENCIVES & SOLUTIONS

Une gamme
recommandée par les dentistes*



NOUVEAU



93%
d'ingrédients
d'origine
naturelle

DISPONIBLE EN PHARMACIES ET PARAPHARMACIES

*Baromètre Chirugiens-dentistes,
enquête IMAGO Décembre 2022

Pierre Fabre
ORAL CARE

FABRIQUÉ
EN FRANCE



AO
NEWS
30 ans

aonews-lemag.fr

LE MAG DENTAIRE QUI NOUS RASSEMBLE

[8]

Les experts

en collaboration avec le DU
d'expertise médicale

Paris Cité

Chantal Delalande

Loïc Landuré

Catherine Mesgouez

Éric Serfaty

Éva Tolédano



[31]

Voyage de solidarité AO

[34]

Le point sur les aides optiques, 2^e volet

#065

MARS / AVRIL 2024

Ont contribué à ce numéro



Crédit photo couverture : adobe stock

- ESTELLE AMOYAL
- CORINNE ATTIA
- PAUL AZOULAY
- JACQUES BESSADE
- JULIEN BITON
- YOHANN BRUKARZ
- CÉCILE CARRIER
- GAUTHIER CHAPON
- CHANTAL DELALANDE
- CORALINE DERICBOURG
- JOEL ITIC

- MARIE JANNOT
- LOÏC LANDURÉ
- THIBAUD LE MONNIER
- ROMAN LICHA
- SALOMÉ MASCARELL
- CATHERINE MENEZ MESGOUEZ
- DAVID NACCACHE
- LAURA ET GRÉGOIRE RÉGOUBY
- LÉONARD SEBBAG
- ERIC SERFATY
- EVA TOLÉDANO



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





Le Smart Deal !*

Le nouveau scanner intraoral

- ✓ Intuitif
- ✓ Précis
- ✓ Rapide
- ✓ Économique
- ✓ Évolutif

Jusqu'au 31 mars

PACK ELETRA SMART

€^{TTC}

11 999

- Un scanner intraoral
- Un ordinateur portable
- 3 ans de garantie





LE SOURIRE EN PARTAGE



* le choix intelligent

Labocast 3D | 46-56 rue des Orteaux 75 020 Paris | 01 53 38 10 49 | labocast3d@labocast3d.fr | labocast3d.fr

C'EST NOUVEAU !

- 6 Itero, Lumina (Align)
- 6 Striate +, une membrane de collagène, Camlog Horizon
- 6 Kulzer développe les webinar
- 6 Grégory Scialom nous présente Eletra Smart



ÉDITO

- 7 André Sebbag

LES EXPERTS, en collaboration avec le DU d'expertise médicale de Paris Cité

- 8 Responsabilités du praticien face à une demande esthétique | *Chantal Delalande*
- 12 La responsabilité du dentiste « coach » en centre de santé | *Loïc Landure*
- 15 La gestion d'une contestation liée aux soins | *Catherine Mesgouez-Menez*
- 19 Approche juridique des aligneurs depuis l'apport de l'outil numérique | *Éric Serfaty*
- 22 Déresponsabilisation du praticien salarié en centre dentaire | *Éva Tolédano*



PRIX AO FRANCE

- 25 Épidermolyse bulleuse héréditaire en médecine bucco-dentaire : démarche thérapeutique et revue systématique de la littérature sur la réhabilitation prothétique | *Salomé Mascarell*



AO NOW

- 28 Paris, 11 janvier
- 30 Strasbourg, 24 janvier
- 31 Lyon, 25 janvier
- 31 Voyage de solidarité AO
- 32 AOPJ, 30 janvier



LE MAG

- 33 L'interview... | Laurent Elbeze
- 34 Le point sur... | Les aides optiques, 2^e volet
- 36 La parole aux assistantes | *Cécile Carrier*
- 37 Le pivot et la dent dure | *Joël Itic*
- 38 Le billet étudiant | Les dentistes 2.0
- 38 Le monde tel qu'il est
- 38 Selfies AO avec Cécile Carrier, Geoffroy et Laura Regouby





ALIGN

Le nouveau scanner intra-oral iTerolumina™

Doté d'un champ de capture 3x plus large dans une pièce à main 50 % plus compacte² permettant un balayage plus rapide et plus précis³, et une

visualisation supérieure⁴ pour une plus grande efficacité en cabinet.

Grâce à la nouvelle technologie iTero Capture Multi Directe™, le scanner iTero Lumina capture davantage de données de façon rapide⁵, facile¹ et précise³ tout en fournissant une qualité de diagnostic exceptionnelle et des rendus photoréalistes qui éliminent le besoin de photos intra-orales³.



Align Technology, qui conçoit, fabrique et vend le système d'aligneurs transparents Invisalign®, les scanners intra-oraux iTero™ et le logiciel CFAO exocad pour l'orthodontie numérique et la dentisterie restauratrice, a annoncé en début d'année le lancement du scanner intra-oral iTero Lumina™ qui propose un champ de capture 3x plus large dans une pièce à main 50 % plus compacte et 45 % plus légère, offrant une vitesse de scan plus rapide, une plus grande précision, une visualisation supérieure et une expérience de prise d'empreintes plus confortable⁶.

Doté de la technologie iTero de Capture Multi-Directe qui remplace la technologie d'imagerie confocale des modèles antérieurs, le scanner iTero Lumina :

- offre un champ de capture plus large et un scan multidirectionnel qui permet la capture simultanée à partir de plusieurs angles. Il est ainsi possible de capturer une surface plus large de dentition en un seul mouvement ininterrompu et de réaliser des prises d'empreintes plus fluides, plus rapides et plus précises³ ;
- offre un champ de capture plus profond jusqu'à 25 mm**, ce qui facilite la prise d'empreinte de régions buccales complexes comme les palais étroits ou profonds, les espaces édentés et les dents en éruption partielle avec un minimum de mouvements ;
- capture rapidement⁵, facilement¹ et précisément³ plus de données avec davantage de détails tout en fournissant une qualité de prise d'empreinte exceptionnelle et des modélisations 3D photoréalistes qui éliminent le besoin de recourir aux appareils photo numériques plus volumineux et aux écarteurs de joue requis pour les photos intra-orales classiques ;
- fournit une expérience de prise d'empreintes sans effort qui établit un nouveau niveau d'ergonomie et de confort et contribue à éliminer les obstacles à l'adoption et à l'utilisation⁷ ;
- offre une meilleure expérience au patient avec une pièce à main nettement plus compacte et légère², ce qui est particulièrement appréciable pour les patients enfants et adolescents.

www.itero.com/fr • www.aligntech.com/iterolumina

1. Par rapport au champ de vision du système d'imagerie iTero Element™ 5D avec lequel la distance de capture du scanner intra-oral iTero Lumina™ est de 12 mm*
 2. Par rapport à la pièce à main du système d'imagerie iTero Element™ 5D, sans le câble*.
 3. Il est scientifiquement prouvé que le scanner intra-oral iTero Lumina™ offre une meilleure précision* pour répondre à vos besoins en orthodontie clinique.
 4. Pour les cas Invisalign uniquement. D'après une enquête menée en septembre 2023 auprès de n = 22 utilisateurs ayant participé à une mise sur le marché restreinte au niveau mondial avec le scanner intra-oral iTero Lumina™ pendant une période moyenne de 6 mois, représentant à la fois des orthodontistes et des dentistes omnipraticiens formés à Invisalign en Amérique du Nord, au sein de l'UE et dans la région APAC, avec une échelle en 4 points permettant d'évaluer le niveau d'accord ou de désaccord avec les affirmations suivantes :
 « Le modèle 3D du scanner intra-oral iTero Lumina™ est comparable à celui d'une photo intra-orale » ; « Les scans photoréalistes du scanner intra-oral iTero Lumina™ permettent un examen clinique orthodontique comparable à ce que permettent les photos intra-orales » ; « Le modèle 3D supérieur du scanner intra-oral iTero Lumina™ élimine le besoin de prendre des photos intra-orales » et « Le modèle 3D supérieur du scanner intra-oral iTero Lumina™ favorise l'engagement des patients »*
 5. Par rapport à la pièce à main iTero Element™ 5D avec une tolérance AVE = ±0,1 fonctionnant à une distance de travail de 0 à 20 mm.
 6. Pour les praticiens et leur personnel : par rapport à d'autres scanners iTero™ dans leurs cabinets respectifs. D'après une enquête menée en septembre 2023 auprès de n = 22 utilisateurs ayant participé à une mise sur le marché restreinte au niveau mondial et ayant travaillé avec le scanner intra-oral iTero Lumina™ pendant une période moyenne de 6 mois, représentant à la fois des orthodontistes, des dentistes omnipraticiens formés à Invisalign et leur personnel, en Amérique du Nord, dans la région EMEA et dans la région APAC, avec une échelle en 4 points permettant d'évaluer le niveau d'accord ou de désaccord avec l'affirmation suivante : « Je préfère le scanner intra-oral iTero Lumina™ par rapport aux autres scanners iTero de mon cabinet en raison de l'expérience confortable qu'il offre lors de la prise d'empreintes. » Pour les patients : par rapport à la pièce à main du système d'imagerie iTero Element™ 5D.
 7. D'après une enquête menée en septembre 2023 auprès de n = 22 utilisateurs ayant participé à une mise sur le marché restreinte au niveau mondial et ayant travaillé avec le scanner intra-oral iTero Lumina™ pendant une période moyenne de 6 mois, représentant à la fois des orthodontistes, des dentistes omnipraticiens formés à Invisalign et leur personnel en Amérique du Nord, dans l'UE et dans la région APAC, avec une échelle en 4 points permettant d'évaluer le niveau d'accord ou de désaccord avec l'affirmation suivante : « L'expérience offerte par le scanner intra-oral iTero Lumina™ pendant la prise d'empreintes lève les obstacles en matière d'adoption et d'utilisation ».

Kulzer Academy présente Les After Workflow

360° sur l'adhésion : protocoles, astuces et nouveautés avec Elisa Caussin (6 février)

Ce 360° sur l'adhésion était basé sur les questions que se posent régulièrement les praticiens sur le sujet : revoir en une vingtaine de

questions les grands principes de l'adhésion dentinaire et amélaire pour mieux comprendre les enjeux du collage sur ces tissus, puis faire un tour d'horizon des nouveautés disponibles sur le marché qui permettent de gagner en efficacité, en rapidité ou en confort pour le praticien. Ont été évoqués les adhésifs MR, SAM et les nouveaux adhésifs universels, avec leurs indications respectives et des applications cliniques puis les composites : caméléons, bulk fill, fluides de hautes performances etc. qui permettent une réelle évolution dans le domaine de la restauration directe. La dernière partie fut consacrée à la restauration indirecte et notamment les protocoles de collage et de réparation des prothèses en bouche lorsque cela est indiqué. Chaque axe fut illustré par des schémas didactiques et des cas cliniques iconographiés. Ce webinaire s'est terminé par un échange questions/réponses avec les praticiens connectés et Elisa Caussin pour répondre de manière personnalisée à des problématiques quotidiennes. Pour accéder au replay du webinaire : <https://kulzer.fr/replay>

KULZER



www.kulzer.fr

BioHorizons Camlog lance Striate+

une membrane de collagène à la pointe de la performance

CAMLOG

La combinaison d'une manipulation supérieure, d'une durabilité optimale, d'une ostéoconductivité apparente et de résultats cliniques améliorés fait de Striate+ une membrane de choix pour la régénération osseuse et tissulaire avancée.

Ce produit assoit la position de BioHorizons Camlog en tant que fournisseur mondial de solutions régénératives pour la dentisterie implantaire et répond aux besoins d'une grande partie des cliniciens qui cherchent actuellement à améliorer les résultats de leurs procédures chirurgicales. Striate+ est disponible exclusivement auprès de BioHorizons Camlog.

L'absence de modification chimique ou de réticulation favorise

l'intégration de Striate+ dans les tissus mous environnants et peut contribuer à minimiser le risque de déhiscence de la plaie. La membrane Striate+ est entièrement résorbée par des processus physiologiques dans les 26 semaines. En d'autres termes, aucune autre intervention chirurgicale n'est nécessaire pour retirer Striate+.

De plus, Striate+ a fait preuve d'une excellente maniabilité et d'une grande facilité d'utilisation. Elle peut être appliquée sans hydratation préalable et se conformera et adhérera délicatement aux contours du défaut sans fixation, mais peut être stabilisée par suture et pose d'un pins si nécessaire.

Striate+ a une structure bicouche, avec une face rugueuse et une face lisse. La face lisse, composée de fibres de collagène densément emballées, agit comme une barrière à l'infiltration des cellules gingivales tout en permettant le passage de molécules bioactives. À l'inverse, la face rugueuse, composée de fibres de collagène faiblement réparties, fournit un support aux cellules ostéoprogénitrices pour déposer du tissu ostéoïde. Il en résulte une promotion active de la formation osseuse et une mise en place précoce des implants.



www.biohorizonscamlog.com/en/portfolio/biomaterials/membranes/striate

Eletra Smart, nouvelle caméra intraorale by Labocast 3D

Grégory Scialom, dites-nous quelles en sont les spécificités techniques et cliniques ?

G.S. Ce nouveau scanner intraoral Eletra Smart réunit tous les atouts qu'un praticien est en droit d'exiger de la dentisterie moderne : performances, rapidité, confort, légèreté... Une nouvelle technologie de pointe, la lumière structurée codée, qui offre une précision inédite et répond à toutes les attentes d'un praticien : espace de préparation, contre-dépouilles, contrôles d'occlusion, numérisations préopératoires, impression directe de modèles 3D, numérisation des empreintes... et j'en oublie sans doute ! Mais ce qu'il faut retenir avant tout, c'est qu'Eletra Smart produit des scans d'une arcade complète plus rapides et plus compacts avec une exactitude incroyable, en 1 minute à peine ! Et vous manipulerez Eletra aussi facilement que la pointe de votre stylo ! Une vraie nouvelle ère de l'imagerie dentaire qui garantit un confort maximal pour le praticien et le patient.

En quelques mots, parlez-nous du scanner Ray face que vous proposez aussi ?

G.S. Le scanner Rayface scanne en un instant le visage du patient. On peut ainsi analyser le sourire précisément, et fournir un plan de traitement tenant compte des traits du visage. Une avancée dans les traitements qui n'était pas possible avant aussi simplement ! Rayface est également un excellent outil de communication pour une consultation efficace grâce à la comparaison d'images réalistes avant et après. C'est très rassurant et convainquant pour le patient et c'est un fantastique outil de précision pour nos praticiens.

Labocast.fr

LABOCAST





Souvenons-nous : dans la discographie d'Henri Salvador, une chanson drôle, savoureuse et grinçante tentait de vanter les mérites *d'un plombier qui venait en aide à son voisin dentiste absent : Le blouse du dentiste* (1958). Tous les clichés du dentiste y sont caricaturés sur le ton de la rigolade et du pastiche. Boris Vian y excelle. Une chanson, bien française en somme, comme les paroliers d'avant-guerre aimaient décrire les peines et les joies du quotidien, et d'une France qui se cherchait. Une autre spécialité bien française est celle de vouloir être dentiste à la place du dentiste. Ne parlons pas des filous qui s'exercent à soigner sans diplôme !!

Voilà dix ans nous découvrons la spécialité de denturologue qui a disparu pour laisser la place au « denturiste ». De la voix de son président en France nous avons appris sur BFM Business qu'il proposait une formation aux prothésistes dentaires expérimentés pour leur donner un accès partiel à notre activité. L'objectif est de fabriquer les prothèses adjointes ou totales au laboratoire... dans l'unique but de soulager nos confrères de 30 % de leur temps de travail.

Cette noble intention se double de la volonté d'aller au domicile du patient, ou en EHPAD et puis de pratiquer des prix compétitifs... non pris en charge par la sécurité sociale. Dans sa lettre mensuelle le Conseil National de l'Ordre, après avoir déposé plainte, a attiré l'attention du législateur sur le risque d'une implantation de ces « professionnels » dans certains territoires désertés.

Faut-il signaler à M. Thierry Supplie qu'un praticien diplômé n'est pas obligé de pratiquer toutes les facettes de son savoir mais qu'il reste détenteur d'un diplôme qui sanctionne six années d'études... mais pas que ! Dans ces conditions, la formation « au métier de VTC à la prothèse amovible » a peu de chance de voir le jour en France. Dans le vaste domaine artistique et musical cela s'appelle le plagiat, qui donne suite à des actions en justice.

Plus sérieusement est le numéro que nous vous proposons qui s'appuie sur le DU d'expertise médicale de Paris Cité. En fait, l'ensemble des sujets abordés dans le dossier s'apparente à des réponses techniques et éthiques qui sont souvent l'objet de notre quotidien. La demande esthétique, le coaching en centre dentaire, la gestion d'une contestation liée aux soins, l'approche juridique des aligneurs et enfin la déresponsabilité du praticien salarié en centre dentaire sont les cinq thèmes abordés.

Où l'on touche du doigt l'obligation de compétence et son corollaire dans l'obligation d'une formation continue renouvelée.

Où l'on comprend que *l'homme jeune marche plus vite que l'ancien mais l'ancien connaît la route*. Dès lors, nous mesurons que le tuteur peut apporter une aide au jeune salarié car nous constatons que cet exercice est passé de 91 % en 2006 à 79 % en 2021... et qu'il va en augmentant.

Où l'on doit accepter qu'en cas de dommage avéré, il faudrait agir avec tact, professionnalisme, empathie et humanité : le retour à la confiance serait à ce prix.

Où l'on comprend que bientôt l'IA viendrait se substituer aux traitements multibagues !

Où l'on aborde la liberté du salarié vis-à-vis de l'employeur qui reste maître de son personnel.

Il faut remercier et féliciter Chantal Delalande, Loïc Landuré, Catherine Mesgouez Menez, Éric Serfaty et Éva Toledano d'avoir contribué avec leur mémoire à éclairer notre quotidien.

André Sebbag

Pour joindre nos partenaires

Airel page 17 Tél. 01 48 82 22 22 www.airel.com office@airel.com	Henry Schein France pages 11 et 30 Tél. 02 47 68 90 00 www.henryschein.fr	Pierre Fabre Oral Care Couv. et 2 ^e de couv. Tél. 05 63 51 68 00
Align Tech page 21 Tél. 0800 90 45 21 www.itero.com	Ivoclar page 10 Tél. 04 50 88 64 00 www.ivoclarvivadent.fr	Société des Cendres page 36 Tél. 01 49 61 41 41 www.sdc.fr
Biohorizons Camlog page 37 Tél. 02 47 68 95 00	Julie Software page 15 Tél. 01 60 93 73 70 www.julie.fr	SDI page 33 Appel gratuit 00800 022 55 734
Biotech Dental page 13 Tél. 04 90 44 60 60 www.biotech-dental.com	Kuraray page 24 Tél. 01 56 45 12 51 www.dental-fr@kuraray.eu	Sunstar Dossier scientifique Tél. 01 41 06 64 64 www.professional.sunstargum.com
Dentsply Sirona page 27 www.corporate.dentsplysirona.com	Labocast 3D Face sommaire Tél. 01 53 38 10 49 www.labocast3d.fr	ZimVie page 18 Tél. 01 41 05 43 43 zv.commandes@zimvie.com
Eurotec 4 ^e de couverture Tél. 01 48 13 37 38 www.eurotec-dental.fr	Melag France 3 ^e de couverture Tél. 01 30 76 03 00 info@melagfrance.fr	

Responsabilités du praticien face à une demande esthétique #1

Chantal Delalande
Paris



Introduction

La société dans laquelle nous évoluons est aujourd'hui gouvernée par la communication et la pression exponentielle des réseaux sociaux. L'esthétique du sourire devient une préoccupation importante pour de nombreux patients de tous âges et de toutes conditions. Le sourire, vecteur d'émotions, participe au rayonnement de la personnalité et devient un vrai passeport social.

L'esthétique du sourire désigne un ensemble de soins dentaires dont l'objectif est d'améliorer ou de restaurer l'apparence du sourire. Elle repose sur des critères d'harmonie et de proportions incluant les dents, les gencives et l'ensemble du bas du visage. Les soins peuvent répondre à un besoin médical comme le soin de carie, le remplacement d'une dent par une prothèse ou seulement à tendre vers une idéalisation du sourire motivés par des considérations personnelles sans but thérapeutique.

La responsabilité du praticien pour des soins esthétiques curatifs nécessaires pour la préservation du système buccodentaire est une responsabilité de droit commun et ce, en raison du caractère thérapeutique. Mais qu'en est-il pour des soins et prothèses dentaires face à une demande exclusivement esthétique ? Cette étude abordera uniquement ces traitements non curatifs, elle les définira, expliquera les grands principes pour répondre aux obligations spécifiques et discutera des responsabilités du praticien.

Définition et nature des traitements exclusivement esthétiques

L'esthétique regroupe l'ensemble des traitements d'embellissement du sourire. Ils permettent d'améliorer l'apparence des dents, des gencives et muqueuses en corrigeant certaines imperfections. Dans cette étude ils sont en réponse à une préoccupation personnelle du patient, ont donc un caractère facultatif et non thérapeutique.

C'est une pratique large comprenant différentes interventions après une analyse du visage, comme : redéfinir la ligne du sourire ; améliorer le plan frontal esthétique ; modifier le milieu inter-incisif ; améliorer le soutien des lèvres ; augmenter la dimension verticale ; modifier la proportion centrales/sourire ; améliorer les proportions

LE CHOIX DE L'EFFICACITÉ

0,12%
CHLORHEXIDINE



PRÊT À L'EMPLOI

MÉDICAMENT REMBOURSÉ À 15%
Flacon 300 ml

SANS ALCOOL*

PAROEX
Digluconate de chlorhexidine à 0,12%

TRAITEMENT D'APPOINT DES INFECTIONS BUCCALES ET DES SOINS POST-OPÉRATOIRES EN STOMATOLOGIE

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. **POUR ADULTES ET ENFANTS DE 6 ANS ET PLUS.**

Mentions légales disponibles sur le site : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>
Médicaments non soumis à prescription médicale - Agréé aux collectivités

*Paroex ne contient pas d'éthanol comme excipient

SUNSTAR
FRANCE

Visa 23/10/69798127/PM/001 - Octobre 2023

Dossier coordonné par Jacques Bessade

Chantal Delalande

- Certificate of Göteborg University (implantologie, Professeur Bränemark)
- Certificate of Boston University (parodontie, implantologie)
- Certificate of Loma Linda University Californie (implantologie)
- DU d'implantologie chirurgicale et implantaire Paris V (Hôpital Cochin)
- Pratique libérale, Paris

Loïc Landuré

- DU de formation continue
- DU d'études cliniques spéciales en parodontologie et réhabilitation orale
- Praticien salarié, Brest

Catherine Mesgouez

- Diplôme d'Études Approfondies, Biologie orale et ostéo-articulaire. Biomatériaux, Université Paris VII Denis Diderot
- Diplôme de Doctorat, Biologie orale et ostéo-articulaire. Biomatériaux et biofonctionnalité. Approches physiopathologiques des odontoblastes, Université Paris VII Denis Diderot
- MCU-PH temps plein, UFR d'Odontologie Université Paris Cité, Service d'Odontologie Hôpital Rothschild APHP

Éric Serfaty

- Postgraduate en orthodontie Tufts University Boston
- Master Of Sciences In Dentistry Tufts University Boston
- Attaché de consultation à l'hôpital Saint-Louis
- Consultant au centre de réhabilitation orale de l'hôpital américain
- Spécialiste qualifié en orthopédie dento-faciale

Éva Tolédano

- Pratique libérale, Paris

DU d'Expertise en Médecine Dentaire Paris Cité

Directeur de l'enseignement :

Élisabeth SARFATI

Directeur pédagogique :

Patrick MISSIKA

Coordinateur pédagogique :

Elie ATTALI

antérieures/sourire ; améliorer la forme des dents ; améliorer l'état de surface des dents, la teinte, leur alignement ; améliorer l'épaississement gingival ou même de combler des rides et ridules autour de la bouche. Pour ce faire, ces traitements vont comprendre : des blanchiments dentaires, des coronoplasties, des collages composites, des facettes, des couronnes céramiques, des aligneurs transparents, des injections d'acide hyaluronique, des chirurgies parodontales comme l'alignement des collets, des aménagements gingivaux, greffe gingivale.

L'idéalisation du sourire correspond à un besoin de plus en plus présent dans notre société : celui de conserver un sourire impeccable, d'avoir des dents blanches parfaitement alignées, esthétique sans doute influencée par des critères socioculturels. Un beau sourire s'inscrit aussi dans une démarche de jeunisme. Il existe actuellement **deux principales motivations d'intervention : la création d'un nouveau sourire ou sa restauration après un certain âge**. La première correspond à une quête d'identité et de socialisation et la seconde intervient généralement après 40 ans pour maintenir une dentition en bon état.

Responsabilités du praticien

La responsabilité juridique est l'obligation de répondre de son comportement devant la justice et d'en assumer les conséquences civiles, administratives, pénales et disciplinaires soit envers la justice soit envers la société. Le droit distingue deux responsabilités : la responsabilité civile et la responsabilité pénale. La responsabilité civile a pour but de réparer un dommage subi par la victime, la responsabilité pénale a pour but de pénaliser le coupable. C'est surtout la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui a strictement encadré la profession médicale et a renforcé les obligations du praticien envers le patient. Le praticien est tenu de respecter certaines obligations bien définies.

Un ensemble de recommandations de bonnes pratiques professionnelles délivrées par Haute Autorité de Santé (HAS) sont développées pour permettre aux professionnels de faire évoluer leur pratique et d'améliorer la qualité et les résultats des interventions. Elles ne sauraient dispenser les professionnels d'exercer leur discernement dans l'élaboration et le choix des traitements qu'ils estiment le plus approprié en fonction de leur propre diagnostic et des attentes du patient. Pour tout plan de traitement, les responsabilités du praticien sont engagées et il devra donc respecter les règles déontologiques, éthiques et juridiques. Il doit répondre à certaines obligations et le manquement de ces obligations entraîne des fautes professionnelles.

Responsabilité d'obligation de compétence

En premier lieu le professionnel se doit d'être formé aux dernières avancées tant théoriques que pratiques et devra avoir les compétences appropriées pour réaliser le plan de traitement choisi sinon devra référer son patient à un confrère ayant la compétence requise. Il devra donc reconnaître ses limites et savoir adresser à un praticien plus compétent tout en assurant la maîtrise du plan de traitement. Une mise à jour de ses connaissances à travers des formations continues s'avère indispensable pour soigner conformément aux données acquises de la science. La formation continue est obligatoire et sous le contrôle du conseil de l'Ordre. Le praticien est responsable de sa capacité à entreprendre un traitement qui est très spécialisé dans le domaine esthétique.

Responsabilité d'obligation de prise en charge

Avant tout traitement, la première consultation est primordiale car au-delà de la connaissance de l'état de santé du patient, le praticien doit être à son écoute. C'est un moment de partage entre le praticien et le patient, une relation de confiance doit s'établir. Le questionnaire médical demeure une étape obligatoire et incontournable

avant la réalisation de tout acte de soin dentaire ou prescription même dans le cas où le patient se trouverait dans une situation d'urgence. Il permet d'évaluer l'état de santé du patient et la faisabilité des soins.

Le praticien reprendra tout le contenu du questionnaire oralement pour s'assurer de la bonne compréhension des questions par le patient. Ce questionnement permettra au praticien d'approfondir les réponses consignées et de connaître ensuite l'état psychologique ou d'anxiété dans lequel se trouve le patient. Le document devra être daté et signé par le patient ce qui engage sa responsabilité quant aux informations mentionnées. La responsabilité du praticien est de cerner les demandes du patient, de connaître son état de santé pour pouvoir prendre en charge les soins nécessaires à la réhabilitation de sa cavité buccale.

Le domaine esthétique est un domaine hautement sensible qui sollicite une appréciation très subjective, propre à chacun et à son vécu et met en jeu toute la complexité des relations humaines. Une prise de conscience de l'importance des enjeux psychologiques et de leurs conséquences doit survenir.

Il faut garder en mémoire que le beau ne peut être strictement codifié comme le rappelle Hegel car la beauté, comme fruit de l'imagination et des sentiments, ne peut être une science exacte. L'étape fondamentale de l'approche psychologique consistera pour le praticien à discerner la justification de la demande esthétique du patient. Il est important d'évaluer ce que cache cette exigence afin d'écartier tout risque lié à des problèmes d'identité ou des problèmes pathologiques.

Il y a 2 types de demandes.

- Une demande justifiée : la disgrâce est réelle, le désir d'amélioration est important, le praticien sait qu'il pourra aider son patient et lui apporter une amélioration.
- Une demande injustifiée ou pathologique faisant apparaître un malaise intérieur ou psychologique de la part du patient. Lorsqu'on observe une discordance entre la réalité du trouble et la disgrâce, le praticien devra se montrer très prudent car quoi qu'il fasse la nouvelle image de ce patient ne le satisfera pas. Il risque d'être en position d'échec, non pas d'un échec technique ou de mauvaise réalisation, mais d'un échec d'appréciation de l'imaginaire du patient.

Le praticien n'est pas un magicien, il reste le maître d'œuvre, il doit garder le sens de la limite et parfois l'imposer au patient. Souvent la demande du patient est de réparer une mauvaise image de lui-même et de le rendre aimable aux yeux des autres, par conséquent, une transformation d'ordre esthétique valorisant l'image corporelle s'inscrit dans une quête du regard de l'autre. Les patients souffrent le plus souvent d'un décalage entre leur apparence physique et ce qu'ils aspirent à être au fond d'eux-mêmes, la demande esthétique vise donc à harmoniser l'être et le paraître.

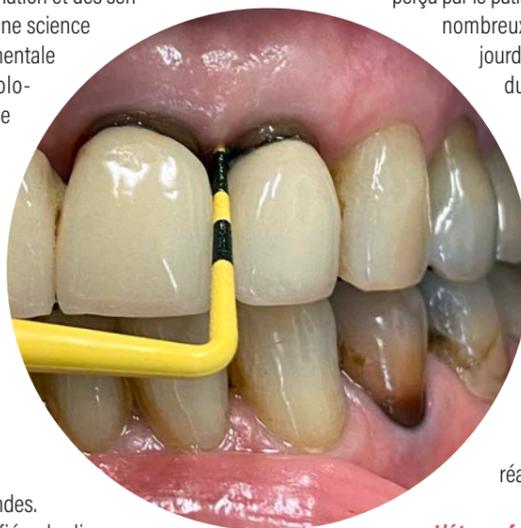
Dans ce combat de l'être et de paraître, les soucis d'apparence l'emportent souvent, parfois même au détriment de la santé. La responsabilité du praticien en est d'autant plus accrue. L'approche psychologique représente alors une étape fondamentale lors de toute réhabilitation esthétique et va souvent définir la réussite et le contentement réciproque à l'issue du traitement.

La responsabilité du praticien est de mener à bien son traitement, il doit répondre à une demande justifiée,

détecter et réduire des attentes irrationnelles ou pathologiques plus ou moins réalisables et être capable de refuser d'accéder au désir du patient si ce dernier est en inadéquation avec les recommandations de bonnes pratiques et/ou les possibilités techniques de son cas clinique. **Il a une responsabilité de discernement pour établir la justification du traitement.**

Sur le plan légal, il est donc important de pouvoir justifier l'indication qui doit améliorer l'esthétique, il est donc indispensable d'être extrêmement vigilant sur le déroulement des étapes et de fixer l'état initial du patient lors de la première consultation par des photos, des radiographies et des moulages représentant les modèles d'étude. L'approche psychologique va aller au-delà des premières consultations, elle doit accompagner chaque étape clinique en instaurant des rapports personnalisés avec le patient pour contribuer à la satisfaction réciproque à l'issue du traitement. Ainsi l'étape du plan de traitement et de l'approche psychologique se révèle capitale. La matérialisation du résultat final doit pouvoir se concrétiser avant toute préparation dentaire mutilante c'est le rôle déterminant du schéma esthétique qui fixera les formes, profils, contours, et limites des restaurations définitives. Le patient est actif et participe au schéma esthétique ce n'est seulement qu'après son consentement éclairé que les étapes définitives pourront être envisagées.

Ainsi seront mis en adéquation le sentiment du beau perçu par le praticien beau = naturel, et celui du beau perçu par le patient beau = perfection. De nombreux outils numériques aujourd'hui sont à la disposition du praticien : Digital Smile Design, Easy (Esthetic Analysis by Smile Academy), Romexis Smile Design (Planmeca), Clincheck pour Invisalign... Ce sont des outils magnifiques de communication mais la difficulté pour le praticien est de ne pas vendre un rêve à son patient qu'il ne pourra réaliser.



L'étape fondamentale de l'approche psychologique consistera pour le praticien à discerner la justification de la demande esthétique du patient il est important d'évaluer ce que cache cette exigence afin d'écartier tout risque lié à des problèmes d'identité ou des problèmes pathologiques.

Responsabilité du devoir d'information

Une fois le diagnostic établi, tout traitement dentaire doit faire l'objet d'une information claire, loyale et appropriée auprès du patient afin de lui permettre de consentir aux soins en toute connaissance de cause.

Cette information doit porter sur :

- l'état de sa santé avec un diagnostic ;
- les investigations et traitements ou actions préventives proposées ;
- le rapport bénéfices / risques : risques inhérents à la prothèse (inadaptation, esthétique) et risques inhérents aux soins (échec du traitement, endodontie, rhizolyse, paresthésie, hémorragie...)

Selon l'article R4127-40 du code de déontologie médicale, le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions pratiquées comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit de faire courir au patient un risque injustifié. Il est du devoir du praticien de prévenir son patient des risques prévisibles ou exceptionnels qu'entraînent les soins ;

- les autres solutions possibles.

En application de l'article 35 du code de déontologie médicale, le praticien délivrant les informations, doit s'assurer que le patient a compris les explications

données. Cette information doit être comprise et le praticien doit respecter un délai de réflexion de la part de son patient, les soins ne peuvent débuter le jour de la première consultation sauf en cas d'urgence. La charge de la preuve de l'obligation d'information pèse sur le praticien (arrêt de la Cour de cassation 25 février 97, cour d'appel de Toulouse 18 février 2008 et cours d'appel de Paris 10 octobre 2008).

Pour la jurisprudence, il y a défaut d'information lorsque le praticien qui a rencontré le patient a pratiqué le soin sans l'avoir avisé. **Le dommage découlant d'une violation du devoir d'information n'est pas le préjudice corporel lui-même mais la perte de chance d'avoir pu refuser l'intervention.**

Ainsi, le défaut d'une seule information utile pourrait constituer pour le praticien un manquement à son obligation d'information.

Responsabilité contractuelle

Le praticien devra établir un devis écrit, émis en double exemplaire, qui est une obligation légale résultant de l'article L.1111-3 du code de la santé publique qui impose une information du patient sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion de la prise en charge de ces soins.

L'article des 63 22 -30 du C SP stipule qu'entre la remise du devis détaillé de l'intervention daté et signé, un délai de réflexion de 15 jours au minimum doit être respecté et ce, pour que le patient puisse donner son consentement éclairé et éventuellement prendre un deuxième avis. Le patient devra avoir connaissance non seulement des actes proposés mais des actes à prévoir à la suite des traitements (comme une prothèse d'usage à la suite d'une extraction et prothèse temporaire mais également le renouvellement si nécessité d'un renouvellement périodique). Il doit avoir connaissance des autres traitements possibles avec les avantages et inconvénients.

Le praticien est donc responsable de l'information du traitement, de la compréhension de son patient et de son acceptation tant thérapeutique que financière et est soumis à cette obligation contractuelle. Le contrat est également bipartite. Le patient s'engage également à respecter les protocoles, à savoir : le respect des rendez-vous, les soins d'hygiène, le respect des médicaments et ses engagements financiers.

Responsabilité de la tenue du dossier médical

La loi du 4 mars 2002 a consacré un droit d'accès direct du patient à l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues à quelques titres que ce soit par des professionnels ou établissements de santé, dès lors qu'elles sont formalisées ou ont fait l'objet des échanges écrits entre professionnels de santé, à l'exception des informations recueillies auprès de tiers n'entrant pas dans la prise en charge thérapeutique.

Seul l'article L.1111-15 du CSP portant réforme de l'hôpital impose à tous les professionnels de santé de tenir un dossier médical : il s'agit du dossier médical personnel (DMP). *Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des dispositions des articles L.1111-4 et L.1111-2, et selon les modalités prévues à l'article L.1111-8, chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.*

La loi du 4 mars 2002 ne crée pas l'obligation de tenir un dossier médical mais vise l'accès direct du patient aux données médicales concernant sa santé dans des conditions qui supposent de facto l'existence d'un dossier médical.

Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes n'exige pas la constitution d'un dossier médical mais vise implicitement son existence dans plusieurs articles :

- l'article R.4127-207 du code de la santé publique prévoit la protection des fiches cliniques ;
- l'article R.4127-229 du code de la santé publique mentionné l'existence des certificats et des attestations ;
- l'article R.4127 du code de la santé publique définit le contenu du dossier médical.

Le code de déontologie des médecins précise qu'indépendamment du dossier du suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle. Cette fiche est confidentielle et comporte des éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. L'article L.1111-7 du code de la santé publique (CSP) autorise l'accès direct du patient à son dossier médical.

En pratique libérale, le contenu du dossier médical est déterminé par un arrêté du 5 mars 2004 qui homologue les recommandations émises par l'ANAES en février 2004, sur le dossier patient. On peut également se référer aux recommandations de la HAS sur l'accès aux informations concernant la santé d'une personne publiée en décembre 2005. Par conséquent, le praticien est dans l'obligation de tenir un dossier médical qui permet un

suivi cohérent de son patient et grâce aux informations médicales écrites, il pourra assurer une meilleure communication avec des tiers. **En cas de suivi de soins par un tiers ou de litige, le suivi des actes médicaux répertoriés dans le dossier médical du patient est indispensable, et est de la responsabilité du praticien.**

Responsabilité de la réalisation des actes

Les soins doivent être réalisés conformément aux données acquises de la science. Selon l'article R. 41 27 -32 du code de la santé publique : *dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement aux patients des 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 compétents. Article R 41 27- 233 : ce sont des soins dont les données sont connues ayant fait l'objet de publications elles doivent avoir reçu l'assentiment de la partie la plus considérable de la communauté scientifique.*

On peut se référer aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la HAS qui s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Le praticien restera toujours responsable du type de reconstitution en fonction de chaque situation clinique.

Dans le respect du serment d'Hippocrate qui réclame de ne pas infliger aux patients une souffrance morale ou physique inutile selon la formule *primum non nocere*, il faut que le praticien s'inscrive dans une volonté d'économie tissulaire pour réaliser les traitements proposés. Les connaissances et les techniques dont nous disposons en progrès constant, permettent aux praticiens de réaliser des traitements qui peuvent aller même au-delà de l'attente du patient.

Il devra donc toujours garder à l'esprit d'éviter le surtraitement avec la nécessité de respecter ce serment. Sa responsabilité est dans les choix de ses plans de traitement, des moyens mis en œuvre et de la réalisation de ses traitements selon les données acquises de la science.

La responsabilité du praticien est donc présumée

La demande esthétique grandissante a poussé à l'émergence d'un nouveau concept de dentisterie restauratrice moins invasif et plus conservateur. Ce concept peut être mis en pratique aujourd'hui par l'apparition de la dentisterie esthétique adhésive. Le praticien doit tenir compte de gradient de traitement et garder comme objectif principal la préservation des tissus avec un traitement *a minima* invasif et conservateur. C'est une dentisterie mini invasive et les restaurations sont biomimétiques afin de reproduire les caractéristiques mécaniques et esthétiques des tissus dentaires.

Pour répondre à cette demande esthétique grandissante l'appréciation du fondement réel de celle-ci et la maîtrise raisonnée des matériaux et des techniques avancées en odontologie esthétique sont indispensables. C'est en ce sens que les magistrats ont rappelé récemment que les actes de soins n'étaient soumis qu'à une obligation de moyens, l'acte médical supporte un aléa et l'échec de traitement est toléré si le praticien effectue des soins conformément aux données acquises de la science.

Pour les prothèses, la responsabilité du fabricant-producteur est engagée dès lors que le produit est défectueux et qu'il n'y a aucune faute de la part du praticien. Mais dans son arrêt du 29 février 2000, la première chambre civile de la Cour de cassation a condamné un chirurgien-dentiste au motif que la prothèse dentaire présentait des défauts et que le praticien est tenu de fournir un appareillage dentaire sans défaut, une telle obligation étant de résultats. La responsabilité du praticien est donc présumée.

Le chirurgien-dentiste est lié aux patients par un contrat de soins et il est le seul à avoir des obligations de résultat envers lui, à l'inverse le prothésiste n'a d'obligation que vis-à-vis du praticien dans le cadre d'un contrat de fourniture. Le patient n'ayant aucun lien contractuel avec le prothésiste, c'est au praticien d'assumer la responsabilité du fournisseur sauf en cas de faute avérée. Dans ce cas le praticien pourra appeler le laboratoire de prothèse dans la cause.

Cette obligation de moyens est applicable aux soins prothétiques ainsi que le rappelle la jurisprudence de la Cour de cassation du 31 octobre 2012 (cf. Cass, 1^{re} civ 31 oct. 2012 n°11- 21.633 ; Cass, 1^{re} CIV20 mars 2013 n° 12-12300). L'acte médical thérapeutique supporte l'aléa thérapeutique mais il y a un risque d'évolution de la jurisprudence avec la fabrication des prothèses par le praticien, par la prévisualisation du traitement avec l'utilisation d'outils informatiques, par le caractère facultatif du traitement.

Le praticien doit se montrer extrêmement vigilant et en aucun cas donner une copie de cette prévisualisation qui pourrait entraîner une obligation de résultat. Aujourd'hui la nouveauté de ces outils informatiques ne permet pas de trouver de jurisprudence sur des litiges traités mais à l'avenir la prudence s'impose.

Discussion

Aujourd'hui la société évolue vers un accroissement d'une volonté procédurière, nous pouvons donc assister à une augmentation du nombre de litiges. Le patient insatisfait pourra engager une procédure puisque l'insatisfaction d'un patient peut signifier dans son esprit un manquement du respect du contrat initial avec le praticien. Il faut considérer une différence importante entre la dentisterie esthétique curative qui est tenue à une obligation de moyens et la dentisterie exclusivement esthétique facultative qui est tenue à une obligation de moyens renforcés quasiment de résultat car peut mutiler et par son caractère facultatif, est soumis à une obligation de non-dégradation esthétique. Elle doit améliorer l'état initial.

Le risque d'une évolution d'obligation de résultat est très présent, les litiges naissent souvent de l'incompréhension entre le professionnel qui est prestataire de services et le patient qui est consommateur de soins notamment pour tous les soins qui touchent de près ou de loin l'esthétique. Mais aujourd'hui le seul fait que le résultat esthétique des prothèses ne soit pas à la hauteur de l'espérance

Découvrez le flux de restauration directe Ivoclar



#fasterbetterstronger*

*rapidemeilleurrésistant



DEMANDEZ VOTRE KIT*

Une méthode de travail plus rapide et plus efficace : essayez la gamme de produits de restauration directe Ivoclar et profitez d'une démonstration personnelle. Une occasion de booster votre pratique.

* Un kit par chirurgien-dentiste. Offre réservée à la France métropolitaine. Le kit d'essai gratuit contient les échantillons suivants : 2 OptraGate Junior, 1 OptraGate Small, 1 OptraGate Regular - 1 seringue Tetric Prime 1 g, teinte A2 - 1 spirale OptraGloss

Bluephase, Adhese Universal, OptraGloss & les composites de la gamme Tetric sont des dispositifs médicaux de Classe IIA / CE0123 fabriqués par Ivoclar Vivadent AG. OptraGate est un dispositif médical de Classe I / CE fabriqué par Ivoclar Vivadent AG. Vous êtes invités à lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne ces dispositifs médicaux ou sur leur étiquetage. Ces dispositifs médicaux ne sont pas remboursés par les organismes d'assurance maladie. A0723

ivoclar.com

Making People Smile*

* Vous donner le sourire

ivoclar

LE DENTAIRE A SON RECONDITIONNÉ

POURQUOI LE RECONDITIONNÉ HENRY SCHEIN EST FAIT POUR VOUS ?



ÉCO-RESPONSABLE

UN MATÉRIEL DE HAUTE TECHNOLOGIE À FAIBLE IMPACT



ÉCONOMIQUE

30 À 40% MOINS CHER QU'UN MATÉRIEL NEUF



GARANTI

BÉNÉFICIEZ D'UNE GARANTIE MINIMALE DE 6 MOIS



FIABLE

UNE REMISE À NEUF BASÉE SUR PLUS DE 60 POINTS DE CONTRÔLE

un concept
PRACTICE GREEN



du patient ne saurait en lui-même suffire à engager le praticien. C'est ce que rappelle un jugement du tribunal judiciaire de Toulouse du 19 octobre 2021. Le praticien ne peut être astreint à une obligation de résultat même s'il s'agit d'interventions non curatives.

En effet, les textes et la jurisprudence sont clairs et parfaitement logiques en matière d'actes à visée esthétique, l'obligation du professionnel de santé est une obligation de moyens, comme pour les autres actes médicaux qu'il pratique, puisque :

- ils sont réalisés sur le corps humain et donc soumis à des réactions imprévisibles ;
- la médecine n'est pas une science exacte et toujours sujette à aléa thérapeutique ;
- le « résultat » d'un acte esthétique est obligatoirement apprécié de manière différente, car subjective, selon les personnes. La responsabilité ne peut pas être fondée sur un sentiment.

Conclusion

Dans une société où l'esthétique est une préoccupation grandissante, les attentes du patient deviennent très exigeantes, parfois les demandes sont extravagantes avec des délais immédiats. Les litiges naissent souvent de l'incompréhension entre le professionnel de santé et le patient qui parfois vient à oublier que son praticien est un soignant et non un magicien.

Plus que jamais dans ces traitements esthétiques, la responsabilité du praticien peut être engagée par un manquement de respect à ses obligations selon les codes de déontologie et de procédure civile. La vigilance est un prérequis pour ne pas voir sa responsabilité engagée dans un certain nombre de procès. En effet la jurisprudence apprécie l'obligation de moyens de façon plus stricte en matière de soins esthétiques dans la

mesure où les prothèses esthétiques visent non pas à rétablir la santé mais à apporter une amélioration et un réconfort esthétique à une situation jugée insupportable par le patient. Il est donc très important que le praticien fixe l'état initial et ne laisse pas en possession du patient une prévisualisation informatique qui ne serait qu'un outil d'étude de traitement et non pas un résultat. C'est pour cela que l'obligation de moyens est dite renforcée.

L'intervention doit rester proportionnée au regard de la disgrâce constatée et le praticien doit veiller à apporter une réelle amélioration esthétique.

Dans la majorité des procès retenant un préjudice esthétique, la responsabilité du praticien est souvent engagée pour faute technique ou manquement au devoir d'information ou les deux.

Il existe un ensemble de critères sur lesquels les experts se basent pour réaliser une évaluation objective des préjudices esthétiques lors de litiges. L'indemnisation des patients découle de cette évaluation.

Bibliographie

1. *Conception et pose d'une prothèse dentaire : une obligation de moyens pour le chirurgien-dentiste, Stéphanie Tamburini, Juriste MACSF.*
2. *Évaluation de la demande esthétique Simon Tirlet Attal, ID31 septembre 2008.*

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



PETITE ANNONCE

Cause prochaine retraite, chirurgien-dentiste encore en activité vend murs et cède clientèle, Vincennes.

Cabinet au 1^{er} étage (avec ascenseur) dans immeuble moderne, accès indépendant à l'étage, 93 m², comportant 1 cabinet équipé et 2 pièces prêtes à être équipées, possibilité d'une 4^e. Grande entrée, une pano 3D, salle de stérilisation, salle de repos, balcons.

Quartier très commerçant à Vincennes

Prix: 750 000 € tout inclus

Pour tout renseignement, tél. 0 614 695 584 ou jean.nizard@orange.fr



CONTACTEZ-NOUS POUR PLUS D'INFORMATION SUR LE MATÉRIEL DISPONIBLE EN RECONDITIONNÉ

La responsabilité du dentiste *coach* en centre de santé #2

Loïc Landure

Brest



Introduction

Que l'on soit garagiste, enseignant ou chirurgien-dentiste, les jeunes apprentis, élèves ou collaborateurs sont souvent amenés à demander conseil, savoir-faire, coup de main. Ce partage d'expérience acquise est un avantage pour leur pratique. Cela va leur permettre une progression et prise d'assurance plus rapide.

La profession de chirurgien-dentiste, dénommée médecine dentaire, est définie par le législateur, à l'article L.4141-1 du CSP en ces termes : *la pratique de l'Art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L.4127-1.*

Notion de dentiste *coach* ou formateur

On peut définir le dentiste *coach* comme un dentiste qui va accompagner le dentiste junior dans son début de pratique.

Les situations cliniques peuvent être très différentes :

- un praticien en exercice libéral et son collaborateur ;
- un enseignant du CHU et ses étudiants, non-diplômés ou parfois déjà diplômés, dans le cadre d'un DU, par exemple ;
- un praticien salarié expérimenté d'un centre de santé partageant ses acquis avec un praticien nouvellement diplômé.

L'homme jeune marche plus vite que l'ancien. Mais l'ancien connaît la route (proverbe africain).

Ici, je vais m'intéresser à ma situation actuelle. En effet, après vingt ans d'exercice libéral, j'ai rejoint il y a deux ans un centre de santé, dans lequel je suis salarié. L'équipe dirigeante m'a missionné pour aider, accompagner les jeunes praticiens, chirurgiens-dentistes, inscrits au conseil de l'Ordre et salariés du groupe. Il m'arrive donc d'aider, montrer un geste lors d'une intervention en intervenant dans la bouche du patient. **On peut se poser alors la question : quid de la responsabilité du dentiste *coach* et du dentiste *junior*, tous deux salariés d'un centre dentaire ?**

Évolution de la pratique dentaire

Les centres de santé dentaire

La majorité de la pratique de chirurgie dentaire en France est libérale. Mais, les centres de santé se développent et permettent à de nombreux jeunes praticiens de débiter leur exercice.

Selon ce rapport, la percée du salariat se poursuit. Sur l'ensemble des chirurgiens-dentistes en exercice, la part des libéraux exclusifs bien que très majoritaire, diminue progressivement de 91 % en 2006, 86 % en 2013 à 79 % en 2021. Cette évolution se fait au profit de l'exercice mixte et de l'exercice salarié notamment en centre de santé. L'exercice hospitalier exclusif reste marginal, moins de 1 %.

Cadre juridique et conventionnel des centres dentaires

Le code de la Santé Publique La Loi Hôpital Patient Santé Territoire, dite Loi HPST, Loi Bachelot, a été promulguée le 21 juillet 2009. Elle découle de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et peut se résumer en quatre grands titres :

- la modernisation des établissements de santé ;
- l'amélioration de l'accès à des soins de qualité ;
- la prévention et la santé publique ;
- l'organisation territoriale du système de santé.

Elle supprime l'agrément de l'autorité administrative, jusqu'ici obligatoire, pour y substituer la présentation par le centre d'un projet de santé et d'un règlement intérieur. Elle simplifie la création et le contrôle des centres de santé, qui peuvent être gérés par des mutuelles, des collectivités locales ou des associations à but non lucratif.

Le contrat de soins

Lorsqu'un praticien accepte de soigner, prendre en charge son patient, naît alors un contrat, c'est le contrat de soins.

Un peu d'histoire, naissance du contrat de soins

Jusqu'au XVIII^e siècle, le praticien est assimilé à Dieu. Le patient a la charge de la preuve. La responsabilité médicale n'existe pas.

Au XIX^e siècle, la responsabilité devient délictuelle par l'arrêt du 18 juin 1835, l'arrêt Thouret-Noroy (*Chambre des Requêtes, 18 juin 1835*) qui a rendu applicable aux médecins les dispositions des articles 1382 et 1383 du Code Civil.

Au XX^e siècle, on peut parler de relation paternaliste entre le praticien et son patient.

En 1936, avec l'arrêt Mercier, la responsabilité devient civile et contractuelle. Il s'agit d'un *contrat tacite*, fondant l'obligation de moyen du médecin et par là même, la notion de consentement et donc d'obligation d'information. En 1997, l'arrêt Hedreul (*Cass., 1^{er} civ., 25 fév. 1997, n° 94-19.685*), il incombe au praticien qui doit prouver par tous les moyens que l'information a été transmise avec description des risques : c'est le renversement de la charge de la preuve.

Au XXI^e siècle, la relation praticien - patient devient d'égal à égal.

En 2002, la Loi du 4 mars 2002 dite *Loi Kouchner* réaffirme la responsabilité pour faute et le lien de causalité entre la faute et le préjudice.

- Elle prévoit une indemnisation de l'aléa thérapeutique. Art L. 1142-4 à 1142-24 du CSP
- La prescription est de 10 ans à la date de consolidation. Art L. 11142-28 du CSP.

- Il y a une obligation d'assurance. art.L. 1142-2 CSP
- Elle permet au patient d'accéder à son dossier médical. Art L. 1111-7.

En 2010, par l'arrêt du 3 juin 2010 (*Cass. 1^{er} Civ., 3 juin 2010, I, n° 128, pourvoi n° 09-13.591*) l'obligation d'information est élargie, par respect de la vie privée et de la dignité humaine, y compris les risques encourus même si l'intervention est vitale.

Et par l'arrêt du 14 octobre (*Cass. 1^{er} chambre civ., 14 oct. 2010, Bull. 2010, I, n° 128, pourvoi n° 09-69.195*), la responsabilité pour faute prend la suite de l'obligation de moyens. La responsabilité médicale devient une responsabilité légale et n'est plus uniquement contractuelle.

En 2012, dans un rapport d'information du Sénat, les notions de fiabilité, de confort et du caractère esthétique sont légitimement susceptibles d'être attendus.

Deux articles du Code civil donnent la définition juridique du contrat :

- l'article 1101, qui définit le contrat comme *une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose ;*
- l'article 1134 : *les conventions légalement formées tiennent lieu de Loi à ceux qui les ont faites.*

Ce contrat médical est un contrat civil et non commercial, tacite, à titre personnel, synallagmatique, régi par la liberté contractuelle à titre onéreux ou gratuit.

Ce contrat engage deux volontés :

- celle de soigner ou prodiguer des soins *non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la Science ;*
- celle d'être soigné ou s'engager (si consentement) à recevoir les soins proposés, à exécuter les prescriptions et à les honorer.

Particularité importante à ce contrat de soins, il est d'exécution continue, mais le patient peut mettre un terme à ce contrat à tout moment. L'existence du contrat de soins engage la responsabilité médicale du praticien.

La responsabilité

La responsabilité peut se définir par son origine latine, du verbe latin *respondere*, se porter garant, et du substantif *sponsio*, une promesse solennelle.

À quoi bon promettre quand on n'est pas obligé de tenir ? (Pierre Véron, Les marchands de santé, 1862)

Lors de son exercice, le chirurgien-dentiste peut engager à la fois sa responsabilité pénale, sa responsabilité disciplinaire et enfin sa responsabilité civile, dans cet ordre si on respecte la hiérarchie des normes. La responsabilité civile est divisée en deux branches : contractuelle et délictuelle (et quasi-délictuelle).

Toute infraction entraîne une sanction.

Conditions de mise en œuvre de la responsabilité, le triptyque : faute, dommage, lien de causalité



La faute professionnelle est souvent définie comme le manquement à une obligation ou le non-respect des engagements à réaliser certaines choses.

Toute faute en lien direct et certain de causalité avec une complication, quelle que soit sa gravité, engage la responsabilité du praticien. On peut faire remarquer que l'établissement du fait générateur, engageant la responsabilité d'un acteur de santé, requiert beaucoup de précaution tandis que la causalité, quant à elle, est moins certaine que dans d'autres domaines, puisque la santé est le résultat d'un équilibre précaire. Ainsi, la faute médicale n'est pas nécessairement à l'origine du dommage.

La responsabilité pénale ou punitive

Dans le cadre pénal, par l'article 121-1 du Code pénal, *nul n'est responsable pénalement que de son propre fait.* En matière de santé, on peut ajouter également que selon l'article 16-3 du Code civil, *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale.* La responsabilité pénale peut être recherchée contre tout médecin ou professionnel de santé quel que soit son mode d'exercice.

La responsabilité pénale est individuelle. C'est la personne elle-même qui est poursuivie et cette responsabilité n'est pas assurable.

Dans le cas d'un exercice en entreprise, selon l'article 121-2 et l'article 121-3 du Code pénal : *Les personnes morales, à l'exclusion de l'État, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121-4 à 121-7, des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants.* La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits.

Est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation.

Il peut y avoir une notion d'auteur direct et d'auteur indirect, il s'agit alors du professionnel qui n'a pas causé directement le dommage, mais a créé ou contribué à créer la situation qui a permis sa réalisation.

Le mécanisme de la responsabilité pénale

Elle suppose que des poursuites soient engagées à l'initiative du Procureur de la République. Celui-ci décide des suites données aux plaintes, dénonciations, ou enquêtes de police. Il peut donc classer sans suite, renvoyer directement l'auteur de l'infraction devant la juridiction de jugement, ou requérir l'ouverture d'une information confiée à un juge d'instruction. Pour qu'il y ait une condamnation, il ne suffit pas qu'il y ait faute. Il faut que cette faute soit en lien de causalité certain avec le dommage.

Les infractions

Les infractions sont classées suivant leur gravité croissante : en contravention, jugée devant un Tribunal de Police ; en délit, jugé devant un Tribunal Correctionnel, en crime, jugé devant la Cours d'Assises.

On peut citer cinq infractions :

- Faux certificat (art. 441-8) est celui qui fait état de faits inexacts, dissimule ou certifie faussement l'existence d'une maladie, d'une infirmité ou d'une cause de décès.
- Violation du secret professionnel (art. 226-13 et 214) : c'est le fondement de la relation médecin-malade. Elle s'applique même après la mort du patient.
- Non-assistance à personne en péril (art. 223-6) qui dit : quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril, l'assistance que sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.
- Atteinte volontaire à l'intégrité corporelle et à la vie (art. 222.9 à 15) : il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain, qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Sont inclus, les actes sans but thérapeutique comme des recherches biomédicales sur volontaires sains, ou les prélèvements d'organes entre vifs qui font l'objet d'un encadrement juridique spécifique. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, sauf lorsque son état rend nécessaire une intervention thérapeutique, à laquelle il ne peut consentir. Néanmoins, le consentement d'une personne sur l'intervention de son corps n'est pas un fait justificatif si celle-ci est illicite.
- Atteinte involontaire à l'intégrité corporelle et à la vie : le Code Pénal réprime l'homicide et les blessures causées par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence, imposé par la Loi et les règlements.

	2013		2021	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Libéral	34 590	86 %	33 194	79 %
Mixte	1 817	5 %	2 830	7 %
Salarié hospitalier exclusif	298	1 %	397	1 %
Salarié hospitalier non exclusif	103	0 %	330	1 %
Salarié non hospitalier	3 464	9 %	5 280	13 %
Ensemble	40 272	100 %	42 031	100 %

Source : RPPS 2013-2021

La responsabilité ordinale

Tout comme en pénal, le chirurgien-dentiste est responsable de ses actes et ne peut s'en dédouaner. *Le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit (art. R4127-209 du code de la santé publique).* La responsabilité disciplinaire du praticien est engagée lorsqu'il commet un manquement aux règles déontologiques encadrant sa profession.

Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes est détaillé dans une section du code de la santé publique.

Mécanisme de la faute ordinale

Depuis la Loi du 4 mars 2002, il y a obligation de tentative de conciliation lorsque la plainte est déposée auprès du conseil départemental de l'Ordre (art. L.4123-2 du CSP). Cette responsabilité ordinale est recherchée contre les chirurgiens-dentistes, inscrits au tableau du conseil de l'Ordre, qui auront enfreint les dispositions du Code de déontologie.

Le conseil départemental n'a pas de pouvoir disciplinaire. Les plaintes contre les chirurgiens-dentistes doivent être transmises au conseil régional qui a compétence disciplinaire en première instance. On parle de chambre disciplinaire présidée par un magistrat de l'ordre administratif. Les séances sont publiques et les parties peuvent se faire assister d'un avocat. L'appel d'une décision se fait devant la chambre disciplinaire nationale qui siège auprès du conseil national. Elle est présidée par un conseiller d'État. Les décisions de la chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours en Conseil d'État.

Les sanctions

Les sanctions qui peuvent être prononcées à l'issue de la procédure sont personnelles, même si le professionnel est salarié.

Les peines possibles découlant d'une faute disciplinaire sont les suivantes :

- l'avertissement,
- le blâme,
- l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis,
- l'interdiction permanente d'exercer,
- la radiation du tableau de l'Ordre.

Dans le cadre de la responsabilité disciplinaire, chaque praticien sera jugé pour les manquements déontologiques commis.

La victime ne peut en attendre aucune « réparation » à part peut-être, une satisfaction morale.

Cas particulier des chirurgiens-dentistes hospitaliers : ils seront traduits devant la chambre disciplinaire par différentes voies (le Ministre de la Santé, le préfet, le procureur de la République, le directeur de l'ARS et le conseil national ou départemental).

La responsabilité civile ou réparatrice

Cette notion de responsabilité civile est fixée par les articles 1240 et 1241 du Code civil : *tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.*

La responsabilité civile a pour fonction de réparer un dommage.

On distingue donc :

- la responsabilité contractuelle : elle peut être définie comme celle qui sanctionne le dommage subi lors d'une inexécution, d'une mauvaise exécution ou encore d'une exécution tardive du contrat ;
- la responsabilité délictuelle (ou extracontractuelle) qui sanctionne quant à elle, les dommages causés à autrui en dehors de tout lien contractuel.

La responsabilité pour faute du professionnel de santé

La faute peut intervenir à trois stades : lors du diagnostic, lors du choix du traitement, et lors de sa mise en œuvre.

La faute éthique : notion d'humanisme

L'information complète doit être donnée au patient par n'importe quel moyen. L'article L.1111-2 CSP : *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 et cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.* Il s'agit d'un faisceau de preuves (dossier médical, consentement signé, prospectus, supports vidéo par exemple). Ainsi le consentement éclairé du patient sera donné au praticien. On peut remarquer que cette information n'est due qu'au patient et non à son entourage, sauf s'il n'est pas à même de consentir. Il y a

une notion de personne capable (7^e Civ, 6 décembre 2007, pourvoi n° 06-19.301).

Selon les tribunaux : *informer, c'est permettre au patient de donner un consentement éclairé, mais il n'est pas obligatoire de convaincre.* Le patient informé peut aussi refuser le traitement. Ce refus circonstancié doit être consigné par écrit. En effet, la preuve du refus serait difficile à apporter sans écrit. En cas de refus, le praticien doit inciter le patient à consulter un deuxième praticien, avant de maintenir son refus.

La responsabilité civile a pour fonction de réparer un dommage

La faute technique

Obligation de moyens : obligation pour le praticien d'apporter toutes ses capacités pour exécuter l'obligation. Cela signifie aussi qu'un patient ne doit pas attendre de son chirurgien-dentiste un résultat déterminé, compte tenu des aléas possibles que comporte un acte médical. La preuve d'une faute est généralement à charge du patient.

Obligation de résultat : obligation de parvenir à un résultat donné. En matière médicale, cette obligation ne s'applique que pour certains domaines. En odontologie, elle s'applique aux matériaux de prothèses, à la qualité et à la sécurité du matériel utilisé. Mais elle peut être engagée dès lors que le résultat attendu par le patient n'est pas présent, et c'est à ce dernier qu'il incombe d'en apporter la preuve.

La responsabilité sans faute en matière de santé

Le régime de la responsabilité pour faute est écarté dans les deux cas prévus par l'article L. 1142-1, I, du code de la santé publique, à savoir : la responsabilité du fait des infections nosocomiales et la responsabilité du fait des produits de santé.

La responsabilité sans faute intervient, donc, dans des conditions particulières et la réparation du préjudice est alors bien souvent collective.

BIOTECH DENTAL
RÈGÉNÉRATION

Une gamme COMPLÈTE DE SOLUTIONS DE RÉGÉNÉRATION OSSEUSE ET TISSULAIRE

MEMBRANES
Nea Cova™
Collprotect® membrane
Jason® membrane
Permamem®
NOVAMag®

MATRICES DE RECONSTRUCTION TISSULAIRE
Novomatrix™
Mucoderm®

DISPOSITIFS HÉMOSTATIQUES
Collacone®
Collafleece®

ESTHÉTIQUE
Pluryal - Acide Hyaluronique

PHOTOBIO-MODULATION
ATP38®

SOLUTION DE RÉGÉNÉRATION OSSEUSE MODÉLISÉE
Your3DCage™

SUBSTITUTS OSSEUX
Collapat® II
Cerabone®
Cerabone® plus
MinerOss® X
MinerOss® XP
Guidor® Easy-Graft Crystal +
Guidor® Easy-Graft Classic +
Maxresorb®
Maxresorb® inject

LA GAMME DE RÉGÉNÉRATION **botiss** VIENT COMPLÉTER NOTRE GAMME DE BIOMATÉRIAUX

BIOTECH DENTAL

Biotech Dental - 305, Allées de Craponne - 13300 Salon-de-Provence, France. S.A.S. au capital de 24 866 417 € - SIRET : 795 001 304 00018 - N° TVA : FR 31 79 500 13 04 - RCS Salon de Provence 795 001 304 N° Ident. TVA: FR 31 79 500 13 04.

RÉF: BDRÉG-VIP-FR-RÉV.01_02/2024

Le concept d'équipe médicale agissant de façon concomitante

Après avoir étudié la responsabilité médicale du chirurgien-dentiste exerçant à titre libéral et seul, on peut maintenant se projeter vers la situation où deux chirurgiens-dentistes interviennent de façon concomitante sur un patient.

Le dentiste *junior* soigne avec le dentiste *coach*, accompagnés de leur assistante dentaire. Déjà en 1959, le Professeur René Savatier, qui fut l'un des plus éminents commentateurs de la jurisprudence en matière de responsabilité civile médicale écrivait : *nous vivons au temps de l'équipe et de l'équipement*.

L'art. R4127-64 du code de la santé publique nous rappelle : *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.*

Lorsque le consentement éclairé du patient est obtenu par l'équipe médicale, les bases de responsabilité ont été posées par l'arrêt Welty (*Cour de cassation, 1^{er} Civ., 18 octobre 1960, Bull. 1960, I, n° 442*) : *le chirurgien, investi de la confiance de la personne sur laquelle il va pratiquer une opération, est tenu, en vertu du contrat qui le lie à cette personne, de faire bénéficier celle-ci pour l'ensemble de l'intervention, de soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science ; il répond dès lors des fautes que peut commettre le médecin auquel il a recours pour l'anesthésie, et qu'il se substitue, en dehors de tout consentement du patient, pour l'accomplissement d'une part inséparable de son obligation.*

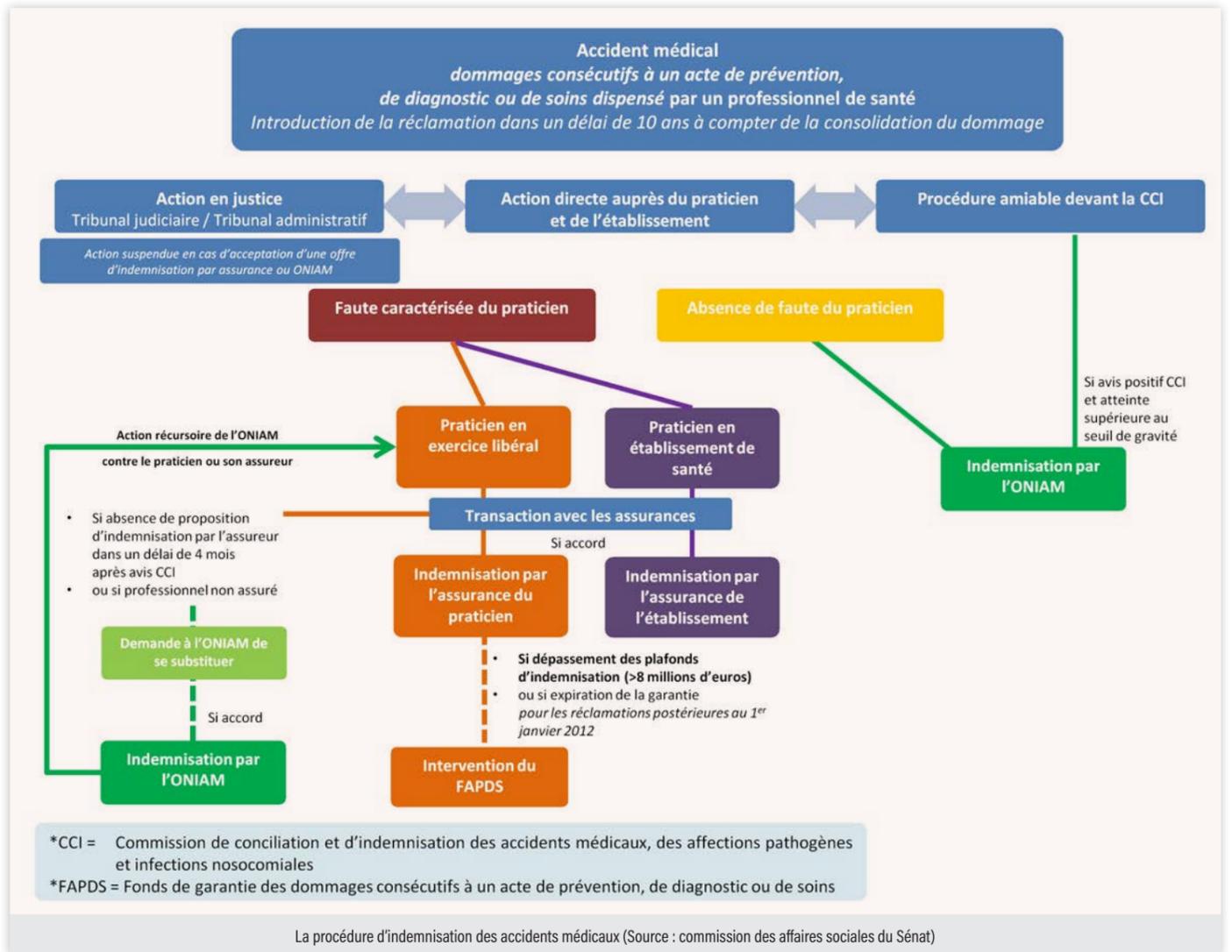
Quid de la responsabilité civile du chirurgien-dentiste coach salarié d'un centre dentaire ?

La situation du chirurgien-dentiste exerçant sa profession au sein d'un établissement de soins privé devrait conduire à la mise en jeu de sa responsabilité personnelle dès lors qu'il exerce son art en toute indépendance (*R. 4127-95 du code de la santé publique*). L'arrêt Boksenbaum du 4 juin 1991 (*1^{er} Civ., 4 juin 1991, Bull. 1991, I, n° 185, p. 122, pourvoi n° 89-10.446*), marque l'effacement du contrat médical individuel devant le contrat de soins établi avec l'établissement.

Le commettant (c'est-à-dire l'employeur) est responsable du fait des dommages causés par son préposé (salarié) dans les fonctions auxquelles il l'a employé (article 1242 du Code civil).

La jurisprudence a longtemps douté de l'application de ce principe pour les professionnels de santé salariés, en raison de l'indépendance dont ils disposent dans l'exercice de leur art. Mais la question est aujourd'hui tranchée par plusieurs arrêts de l'Assemblée plénière de la Cour de cassation du 9 novembre 2004. Dès lors, le médecin salarié d'un établissement de santé privé échappe donc à toute responsabilité civile personnelle pour les dommages causés aux patients dans le cadre de l'exercice de sa mission.

Un abus de mission est retenu très rarement par la jurisprudence. Cela suppose la réunion de trois critères cumulatifs,



définis par l'Assemblée plénière de la Cour de cassation dans un arrêt du 19 mai 1988 :

- des agissements hors fonction (sur des indices objectifs tels que le temps et le lieu de l'action, les moyens procurés au préposé par ses fonctions, etc.) ;
- une absence d'autorisation de l'employeur (qui doit être établie par celui-ci) ;
- un acte commis à des fins étrangères, voire contraires, aux attributions du préposé.

À propos de l'indemnisation en responsabilité civile

Pour être indemnisable, le dommage doit être certain, avéré et mesurable.

Le droit prévoit ensuite deux formes de réparation au dommage.

- La réparation en nature. C'est le mode de réparation idéal quand il est possible. C'est de replacer le patient dans la situation exacte avant l'acte dommageable. Mais ce mode de réparation n'est pratiquement jamais retenu en matière de dommages corporels. En effet, il est rarement possible de revenir à l'état antérieur.
- La réparation pécuniaire. Elle prévoit le versement de dommages-intérêts compensatoires à la victime, par le praticien. Le dommage n'est donc pas effacé mais uniquement compensé. La victime peut ensuite utiliser les fonds versés comme elle l'entend. Il s'agit du mode de réparation le plus employé dans le domaine médical. Les fonds versés sont alors supportés par son assurance responsabilité civile profession-

nelle ; et s'il est salarié, par l'assurance en responsabilité civile professionnelle de son employeur.

En dentaire, l'intervention du fonds de garantie des dommages (FAPDS) est rarement sollicitée, la somme des réparations du dommage n'excédant pas les 8 millions d'euros.

Conclusion

Pour rappel, la responsabilité du chirurgien-dentiste peut être engagée sous différents régimes qui sont la responsabilité pénale, ordinaire et civile.

Si les responsabilités pénale et ordinaire sont individuelles, dans notre situation, la responsabilité civile sera supportée par l'entreprise. Il faut cependant que le *coach* et le praticien *junior* soient *missionnés* par leur contrat de travail qui les lie à leur employeur et qu'ils agissent dans les limites définies dans la rédaction de ce même contrat.

On peut rappeler dans ce contexte que, dans le cadre d'un contrat de travail :

- l'employeur a des obligations, vis-à-vis de ses salariés, définies par les art.s L4121-1 à L4121-5 du Code du travail. Citons l'article L4121-1 du code du travail *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs avec une mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ;*
- mais réciproquement les travailleurs ont des obligations définies par l'article L4122-1 du Code du travail. *Conformément aux instructions qui lui sont données par*

l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir.

La mauvaise conscience générale permet à chacun de se gratifier d'une bonne conscience individuelle : ce n'est pas moi qui suis responsable, puisque tout le monde l'est (Simone Veil, Une Vie).

Bibliographie

1. D.E.A.M.L.D. Dr Alain BÉRY, Expertise et responsabilité médicale, mode d'emploi, *Le Fil Dentaire*, vol. N° 79, p. 24-27, janvier 2013.
2. RPPS 2013-2021 - Traitement ONDPS. Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives, novembre 2021

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



PARIS
Save the date

Prochaine soirée AO Paris, jeudi 27 juin

Philippe FRANÇOIS

De l'échec au succès : le choix des biomatériaux

L'échec de certaines thérapeutiques entreprises en dentisterie restauratrice ou prothétique nous arrive tous chez certains patients. À partir d'un cas clinique d'échec multifactoriel, un certain nombre de leçons pourront en être tirées pour tendre vers plus de succès en se posant la question de savoir si tout peut se compenser uniquement par le choix des bons matériaux ?

Lieu : Intercontinental Marceau | Horaires : accueil dès 19h30, conférence 20h30
Tarif : non-membre 160 €, et gratuit pour les membres à jour de la cotisation 2024

www.alphaomegaparis.com



Catherine Mesgouez-Menez
Paris



Introduction

Les patients sont devenus de véritables consommateurs de soins et sont de plus en plus exigeants. Ils réclament un résultat, en particulier pour les traitements coûteux et non pris en charge (parodontologie, implantologie, esthétique). Ils demandent que le résultat soit au niveau de leurs investissements financiers. Le patient bénéficie souvent avec ses contrats d'assurance d'une assistance juridique qui lui permet de contester un traitement sans faire d'avance de frais d'avocat, ni de consignation en cas d'expertise judiciaire : la contestation est donc aujourd'hui facile et gratuite ! De fait, le taux de sinistres déclarés auprès des assurances professionnelles est en constante augmentation. Pour toutes ces raisons les professionnels de santé doivent être formés, ou du moins informés, sur la gestion des contestations.

Face à cette réalité, les grandes instances telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Haute Autorité de Santé (HAS) émettent des recommandations destinées à améliorer et faciliter la communication et les relations soignant/patient.

La contestation est une situation généralement émotionnellement très forte et redoutée par les praticiens. Lors de la survenue d'un conflit il faut faire face rapidement et efficacement, mais sans précipitation, ce qui impose à tous d'être préparés en amont et donc de connaître ses devoirs, ses obligations mais aussi ses droits.

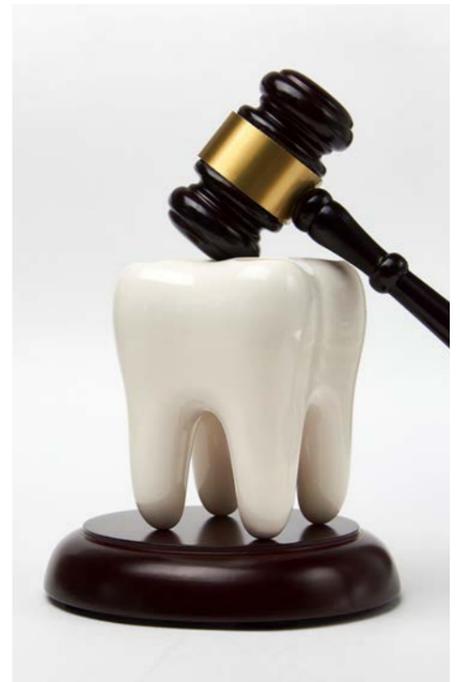
d'engager la responsabilité des praticiens. Par ailleurs pour apprécier si le praticien a commis une faute, **l'expert et le juge doivent se replacer dans l'état des connaissances scientifiques à l'époque des faits ce qui est régulièrement rappelé par la Cour de cassation.**

L'évolution de l'art médical s'est faite aussi dans un cadre enrichi par la multiplication de règles. De nombreux documents visant à la standardisation et l'homogénéisation des pratiques et des protocoles sont élaborés régulièrement par la HAS ou des sociétés savantes (ADF...) et sont mis à la disposition des praticiens. Ces documents sont considérés simplement comme une aide dans la mise en œuvre des stratégies thérapeutiques. Ces recommandations, si elles ne sont qu'indicatives, sont néanmoins recommandées. Leur non-respect n'entraîne

donc pas systématiquement la reconnaissance par le juge d'une faute du praticien, à condition que celui-ci puisse expliquer et justifier pourquoi il s'en est écarté. Il pèse donc aujourd'hui sur les praticiens une obligation d'actualisation permanente de leurs connaissances professionnelles. Le rôle de la formation continue et des sociétés scientifiques est donc primordial pour assurer aux praticiens une mise à niveau régulière de leurs connaissances tant théoriques que pratiques et pouvoir exercer dans les conditions requises par la loi.

Obligation de résultat et de sécurité

Si l'obligation de moyens est la règle, même en matière de prothèse (*Cass, civ. 1^{re}, 20 mars 2013, n° 12-12-300*), **il existe une exception lorsque le praticien fabrique lui-même ses pièces prothétiques** (par CFAO, via un laboratoire de prothèse dont il est l'exploitant et pour lequel il s'est déclaré comme tel auprès de l'ANSM). La jurisprudence admet que dans ce cas, le praticien est débiteur d'une obligation de résultat. Le praticien doit fournir une pièce prothétique sans aucun défaut et qui correspond aux caractéristiques de la commande.



Obligations contractuelles du chirurgien-dentiste

L'obligation d'information

L'obligation d'information est prévue par l'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique (CSP). C'est le préalable indispensable à l'obtention du consentement éclairé du patient. Il appartient au praticien de démontrer l'exécution de cette obligation. L'information peut être délivrée oralement, par l'intermédiaire de documents très divers (fiches ou plaquettes d'information, schéma, vidéos, etc.). Elle doit être claire, complète et adaptée au patient et présente tout au long des soins.

L'obligation de moyens

Par l'Arrêt Mercier du 20 mai 1936 la responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste est marquée par une obligation de moyens. L'existence du contrat de soins implique des engagements réciproques et une obligation pour les praticiens qui ne peuvent s'engager à guérir leurs patients de mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour y parvenir. Si les actes et soins ont été consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale la faute ne pourra pas être retenue.

Les données acquises de la science renvoient à des normes validées à des techniques et des choix thérapeutiques basés sur :

- des études cliniques à long terme : au moins 5 ans ;
- des publications scientifiques dans des revues à comité de lecture ;
- des techniques enseignées dans les facultés de chirurgie dentaire ;
- des techniques ou thérapeutiques faisant consensus de la communauté scientifique. Ce dernier point étant toujours difficile à obtenir.

Elles constituent une base de références pour permettre aux juges de statuer d'un éventuel manquement susceptible

**AVEC JULIE,
ÇA COMMENCE
BIEN**

Vous êtes dentiste, pas informaticien.

**UN ACCOMPAGNEMENT COMPLET,
SIMPLE, EFFICACE.**

Avec Julie, vous avez choisi la référence des logiciels pour les dentistes. Grâce à son nouveau process d'accompagnement à l'installation, Julie prend en charge la reprise de vos données, le paramétrage et la formation. Vous appréhendez de vous lancer ? Pas de panique, Julie met en place un soutien renforcé pendant les premières semaines. Et, en guise de bienvenue, Julie vous offre 3 mois d'utilisation gratuite de sa plateforme d'e-learning ainsi qu'un accès permanent au site myJulie sur lequel vous trouverez de nombreux articles, tutoriels, conseils experts ou techniques.

Prêts à vous simplifier la vie ? Contactez-nous sur julie@julie.fr.

julie
solutions

Le conflit : l'éviter à tout prix !

Même si le praticien assume correctement toutes ses obligations plusieurs situations peuvent amener à la contestation : l'existence d'un dommage avéré ou le mécontentement du patient et sa volonté d'obtenir réparation. Tous les praticiens ont connu des échecs au cours de leur carrière. Le patient a fait confiance et le résultat n'est pas à la hauteur de ses attentes, ce qui est alors important c'est de gérer ces situations correctement.

Que faire en cas de dommage avéré ?

En odontologie les dommages rencontrés le plus fréquemment sont :

- une perforation radiculaire,
- une perforation du plancher inter-radicaire,
- l'atteinte du nerf alvéolaire inférieur lors de chirurgies,
- l'erreur de dent lors de soins ou d'avulsion,
- en implantologie : au stade chirurgical (implant au niveau du sinus), erreur lors de la mise en fonction.

Le dialogue et la communication sont alors primordiaux !

Ce que dit la loi

L'article 35 du code de déontologie médicale (article R. 4127-35 du CSP) et l'article L.1111-2 du CSP disposent que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'information doit être claire, loyale, appropriée... Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, tout établissement ou professionnel de santé est tenu d'apporter, à la personne qui s'estime victime d'un dommage lié à sa prise en charge, les explications et informations nécessaires.

Mon médecin doit-il m'informer de l'existence d'un dommage lié aux soins ? C'est la question que peuvent se poser bon nombre de patients. De leur côté les professionnels de santé, craignant la judiciarisation d'un aléa thérapeutique ou d'une erreur médicale, éprouvent des difficultés à en faire l'annonce à leurs patients. Cependant cette information répond à une obligation éthique, légale et déontologique, elle est donc obligatoire. Si cette étape est bien menée, elle aidera à la relation soignant/patient et permettra de maintenir ou de restaurer la confiance. Elle contribue aussi à assurer la continuité des soins. Cette situation, qui requiert un équilibre entre professionnalisme, empathie et humanité, est souvent difficile à gérer.

Conseils pour le praticien quand l'incident se produit

Il est préférable de prévenir le patient dès que l'incident se produit (exemple : fracture d'un instrument endodontique dans un canal) même si la HAS recommande de la faire dans les 24 heures et l'article L1142-4 du CSP dans un délai de 15 jours maximum.

- L'annonce doit être assurée par le professionnel qui a pris en charge le patient.
- Si nécessaire, la présence d'un interprète doit être organisée.
- Si la prise en charge est pluriprofessionnelle toutes les équipes doivent élaborer ensemble un plan de soins commun.

Lors de cet entretien il faut :

- ne pas se précipiter et resté factuel ;
- être bien à l'écoute du patient ;
- faire preuve d'empathie ;
- dédramatiser au maximum la situation et être le plus rassurant possible ;
- expliquer les faits le plus simplement possible ;
- faire bien comprendre que cette situation, certes désagréable, a été envisagée et anticipée et qu'une solution a été bien réfléchie en amont ;
- ne jamais couper la communication : exprimer des regrets avec sincérité et empathie et, en cas d'erreur avérée (ex : erreur de dents). C'est un des éléments clés du processus d'annonce qui participe à la re-

connaissance du dommage et contribue à sceller une relation de confiance ;

- éviter les phrases choc telles que : Je ne peux rien pour vous ; Contactez mon assurance après tout elle est faite pour ça ; Vous êtes vraiment un cas ; Je vous adresse à un confrère plus compétent ;
- ne jamais désigner un responsable qu'il s'agisse de soi-même, de collègues, de l'administration ou d'un professionnel extérieur ;
- ne jamais reconnaître de responsabilité médico-légale, ni s'engager sur une éventuelle indemnisation. Les reconnaissances de responsabilité ne sont pas opposables à l'assureur de responsabilité civile qui conserve la maîtrise de l'indemnisation : L'assureur peut stipuler qu'aucune reconnaissance de responsabilité, aucune transaction, intervenues en dehors de lui, ne lui sont opposables. L'aveu de la matérialité d'un fait ne peut être assimilé à la reconnaissance d'une responsabilité. (article L124-2 du Code des assurances).

Et il faut accepter que la complication soit chronique !

Conseils pour le praticien concernant le suivi des soins et la gestion du conflit

- Proposer un référent et des rendez-vous de suivi.
- Maintenir le contact avec le patient, lui proposer un délai de prise en charge. Il faut l'informer et lui expliquer toutes les phases du plan de reprise en charge thérapeutique.
- Ne pas demander d'honoraires supplémentaires, se posera alors la question du temps au bout duquel le dommage survient.
- L'annonce et les rendez-vous de suivi doivent être tracés dans le dossier médical ainsi que : la date, l'heure et le lieu du rendez-vous ; l'identité des personnes présentes (côté établissement et côté patient) ; le nom du référent ; les faits présentés ; les questions soulevées et les réponses fournies.

L'objectif de cette traçabilité est principalement d'attester de la délivrance de l'information dans l'hypothèse où cette preuve serait demandée en cas de contentieux. Il est indispensable, même si cela peut être difficile, d'établir rapidement après tout incident le dialogue. Une communication efficace et franche peut très souvent éviter des procédures à la fois lourdes et coûteuses et surtout une dérive vers une plainte.

Une fois cette annonce délicate effectuée plusieurs scénarios sont possibles. Ces mêmes scénarii sont également envisageables en cas de mécontentement du patient et de sa volonté d'obtenir réparation.

Le patient accepte la situation et conserve sa confiance au praticien

Le praticien va alors mettre en place un plan de traitement, proposé sans frais supplémentaires pour le patient. Le fait de ne pas demander d'honoraires supplémentaires permet le plus souvent de résoudre le conflit.

Le patient souhaite être traité par une nouvelle équipe

Dans cette situation le patient demande un remboursement sans envisager d'action en justice. Il faut alors mettre en place un **accord transactionnel**. Cet accord est défini à l'article 2044 du Code Civil (CC) : *La transaction est un contrat par lequel les parties, par des concessions réciproques, terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître. Ce contrat doit être consigné par écrit.* Le protocole d'accord transactionnel est un instrument de résolution des litiges qui remplit la fonction d'alternative à la machine judiciaire et se doit d'être sécurisé. Cet accord est reconnu officiellement par l'institution judiciaire et signifie que le conflit est définitivement réglé et qu'il ne sera plus possible de contester le point précis du litige ultérieurement devant un juge, un tribunal, pourvu qu'il ne soit pas déséquilibré. Cette force juridique est confortée par la possibilité de recourir à l'homologation du protocole *a posteriori* par un juge afin qu'il devienne exécutoire. Dans ce cas, le protocole aura la même valeur qu'une décision de justice.

Conseils pour le praticien

Lors de la rédaction du document d'accord transactionnel il est important de préciser l'historique des faits qui ont conduit au litige, la position du patient ainsi que la position du praticien concernant ce conflit. Les termes de l'accord devront être détaillés. Si le recours à un avocat n'est pas nécessaire, il est tout de même préférable de demander conseil auprès de son Assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP). Toute transaction intervenant en dehors de l'assureur lui est inopposable (article L.124-2 du Code des assurances).

Et si malgré tout, les problèmes commencent ?

Que ce soit à l'issue de l'annonce d'un dommage ou par le simple mécontentement du patient une règle d'or : lorsqu'un conflit se présente **il faut maintenir la communication car quand la communication coupe... les problèmes commencent et la contestation s'installe.**

Si le conflit s'engage entre un praticien et son patient plusieurs situations seront rencontrées.

Plainte au Conseil de l'Ordre

Le patient peut adresser un e-mail ou un courrier au Président du Conseil Départemental de l'Ordre (CDO) : c'est la saisine des instances ordinales. Le CDO prendra contact avec le praticien pour une réunion de conciliation en application des articles L. 4123-2, R-4127-233 et R.4127-259 du CSP. Suite à cette conciliation qui est obligatoire, une solution amiable est le plus souvent trouvée et règle définitivement le litige. L'Ordre Départemental des Chirurgiens-Dentistes n'a pas pour mission d'expertiser ni d'indemniser les patients. Il ne peut porter de jugement sur la qualité des travaux réalisés ni s'ériger en expert.

Le Conseil de l'Ordre ne peut pas non plus obliger un praticien à verser une indemnité financière au plaignant, ni l'obliger à reprendre le traitement.

En pratique

Le Président du CDO après avoir accusé réception de la plainte déposée par le patient, doit convoquer dans un délai d'un mois les parties pour un entretien de conciliation. En cas d'accord un procès-verbal sera signé signifiant l'abandon de la part du patient de toute nouvelle action en rapport avec le conflit.

Si la conciliation n'aboutit pas le CDO doit transmettre la plainte à la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI).

La CDPI peut alors infliger au praticien une sanction disciplinaire (avertissement, blâme, interdiction temporaire ou définitive d'exercer, radiation) ou aussi débouter le patient de sa demande. Si la plainte est abusive, la Chambre Disciplinaire a la possibilité d'exiger du plaignant le versement d'une amende ou des dommages et intérêts au praticien. Le praticien condamné, ou le patient débouté, peuvent faire appel des décisions devant la Chambre Nationale Disciplinaire puis, le cas échéant, d'un pourvoi devant le Conseil d'État.

Demande d'indemnisation auprès de l'assurance responsabilité civile professionnelle du praticien

Si le patient demande un remboursement ou une indemnisation du fait du litige, il est alors absolument nécessaire de faire une déclaration de sinistre à son assurance RCP. C'est l'assureur (en tant que dominus litis) qui va alors gérer le dossier et les suites éventuelles à donner. Après analyse des pièces fournies, une expertise amiable pourra alors être diligentée voire une expertise contradictoire. Ce rôle incombe d'abord à la compagnie d'assurances du praticien, qui peut être saisie. Dans ce cas, la compagnie d'assurances mandate un expert qui confirmera ou

infirmera le bien-fondé de la requête. Le cas échéant, la compagnie d'assurances proposera une indemnisation. En cas de désaccord le patient pourra contester auprès des tribunaux compétents. 20 % des dossiers sont classés sans suite actuellement. Ce chiffre selon les données de la MACSF reste stable depuis plusieurs années.

En pratique

- Adresser au plus vite un courrier à son assurance RCP en rappelant les circonstances du litige et en joignant la copie du courrier du patient (demande d'indemnisation) ou du courrier de l'avocat chargé de représenter les intérêts du patient.
- Demander l'autorisation au patient de transmettre son dossier à l'assureur (préciser les coordonnées).
- Un impératif : rester sobre dans les termes employés pour les courriers.
- Ne pas correspondre avec l'avocat en direct.

Plainte et assignation par voie d'avocat du praticien traitant

Il est aussi possible que dans un litige le patient décide de mettre en cause son praticien en intentant une action civile auprès du Tribunal judiciaire afin d'obtenir une indemnisation financière. Il peut aussi par voie d'avocat solliciter le juge afin qu'il ordonne une mesure d'expertise (article 143 du Code de Procédure Civile (CPC)). La façon la plus classique en termes de responsabilité médicale est alors l'assignation en référé.

La mesure d'expertise est ordonnée s'il existe un motif légitime à conserver ou à établir, avant tout procès, la preuve des faits dont pourrait dépendre la solution du litige (article 145 du CPC). La décision rendue par le juge s'appelle une ordonnance. L'ordonnance est essentiellement

la désignation d'un expert judiciaire qui le plus souvent (mais ce n'est pas obligatoire au civil) est choisi sur la liste des experts agréés près la Cours d'appel du territoire concerné. Elle est exécutoire de plein droit à titre provisoire. Attention, le juge des référés ne tranche pas le fond de l'affaire il ne se prononce pas sur les responsabilités.

L'expert et le juge doivent se replacer dans l'état des connaissances scientifiques à l'époque des faits ce qui est régulièrement rappelé par la Cour de cassation

Conseils pour le praticien lors de la réception d'une assignation en référé

- Adresser rapidement un courrier à son assurance RCP avec une copie de l'assignation, en rappelant le plus précisément les circonstances du litige.
- L'avocat désigné par l'assurance est chargé de représenter le praticien lors de l'audience.

Conseils pour le praticien si une expertise est ordonnée

- Transmettre dès réception la convocation à l'assurance RCP, avec une copie du dossier médical le plus complet possible et surtout sans modifications.
- Être disponible pour préparer l'expertise avec le praticien conseil de l'assurance RCP et éventuellement l'avocat.
- prévoir d'être présent à l'expertise.

L'expertise est la clé de voute du processus d'indemnisation. C'est le point de rencontre entre le milieu médical et le milieu judiciaire. C'est le CPC qui régit les droits dans le domaine de l'expertise (articles 263 à 284-1).

L'expert judiciaire est un technicien choisi et commis par le juge en raison de sa qualification pour donner son avis sur des faits nécessitant des connaissances techniques et des investigations complexes. Ses conclusions ont pour rôle d'éclairer le tribunal ou la cour sur des questions de fait, afin qu'il puisse trancher le litige. L'expertise consiste pour l'expert à examiner une question de fait qui requiert son avis et sur laquelle les constatations ou une simple consultation ne suffiraient pas à éclairer



le juge, et à donner un avis purement technique, sans porter d'appréciation d'ordre juridique. Dans les cas de procédures complexes plusieurs experts de spécialités différentes pourront être nommés. Le déroulement d'une expertise est très formalisé et doit avant tout respecter le principe du contradictoire, c'est la règle d'or, une règle stricte sur laquelle les magistrats ne transigent pas. C'est à la partie demanderesse d'apporter les preuves de sa demande et donc de la faute commise par le praticien, du préjudice supposé mais également du lien de causalité entre les deux. Le praticien devra apporter les preuves pour sa défense.

Différents points vont être abordés au cours de cette expertise :

- l'information donnée au patient ;
- le plan de traitement proposé ;
- le devis ;
- le consentement éclairé ;
- si les soins ont été prodigués selon les données acquises de la science ;
- l'évaluation des préjudices.

L'expertise se déroule sous le principe du contradictoire en plusieurs étapes incontournables :

- l'expert CONVOQUE les parties par LRAR (et leurs conseils par lettre simple) ;
- l'ACCEDIT : c'est l'expression utilisée par les experts judiciaires pour désigner la réunion contradictoire qu'ils organisent avec les parties avant de clore le rapport que l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui les a nommés, leur commande de déposer au secrétariat du tribunal ou à celui de la Cour d'appel, selon le cas. Cette réunion a pour but, d'informer les parties des déclarations qui ont été faites à l'expert, du contenu des documents qu'il a réunis, de les tenir informées des constatations qu'il a pu réaliser et de permettre ainsi, aux parties, de formuler leurs observations ;
- suite à la réunion d'expertise un PRÉ-RAPPORT qui est un document de synthèse sera envoyé aux parties (avocats et médecins). Cette étape est aujourd'hui quasi automatique dans les cas de responsabilité médicale. L'expert y donne un avis sur chaque point mentionné dans de la mission et donne une orientation des conclusions définitives ;
- suite à la réception de ce pré-rapport les parties peuvent émettre des observations ou des réclamations appelées DIRES à l'expert (art. 276 du CPC) dans un délai généralement fixé entre 4 et 5 semaines ;
- l'expert doit obligatoirement répondre aux dires (art. 276 du CPC) en prenant en compte les observations formulées par les parties. Il le fera dans son RAPPORT DÉFINITIF qui est adressé au juge et aux parties. La procédure en référé est alors clôturée.

Conseils pour le praticien lors d'une expertise

Lors de l'Accedit :

- garder son calme en permanence et lors des échanges avec le patient ;
- pas de polémiques avec la partie adverse ;
- être courtois ;

- être concis, clair, le plus précis et le plus objectif possible dans les réponses formulées ;
- ne pas avoir une attitude professorale vis-à-vis de l'expert ;
- n'émettre aucune appréciation sur la thérapeutique mise en cause ;
- ne faire aucun commentaire sur des confrères qui seraient également intervenus dans les soins.

Suite à l'expertise :

- en cas de dires, il faut faire part rapidement à son assurance RCP des objections et préciser les détails techniques nécessaires à éclairer l'expert ;
- ne jamais répondre directement à l'expert, tous les échanges se font via les avocats.

Que se passe-t-il après l'expertise ?

- Si le rapport est défavorable au praticien une transaction pourra être envisagée par son assurance RCP afin d'indemniser le patient.
- Si le patient souhaite maintenir sa plainte, le praticien va alors être assigné « au fond » pour demander une réparation financière du préjudice subi. Il y aura une audience avec plaidoiries des avocats du patient et du praticien. Le jugement définitif indiquant les sommes allouées au patient ou éventuellement au praticien sera ensuite déposé au greffe du tribunal.
- En cas de désaccord sur ce jugement chaque partie pourra engager une nouvelle procédure auprès de la Cour d'appel.

Quoi qu'il en soit pour que la responsabilité civile du praticien soit engagée et pour indemniser le dommage il faudra obligatoirement : UNE FAUTE, UN PRÉJUDICE, ET UN LIEN DE CAUSALITÉ DIRECT entre les deux. On n'indemnise jamais un préjudice à venir, il doit être acquis. Il n'y a pas non plus de responsabilité collective ; chaque praticien est responsable de ses propres actes.

Cas exceptionnel de la procédure devant les juridictions pénales

Cette procédure rare en odontologie a pour but de sanctionner le praticien. Une plainte est déposée par le patient auprès du Procureur de la République. L'instruction est alors confiée à un juge d'instruction qui peut faire appel à des officiers de police judiciaire pour l'enquête. Les infractions les plus couramment répertoriées en odontologie sont la violation du secret médical, l'atteinte volontaire à la personne (mutilation : traitements invasifs non justifiés en particulier les avulsions non justifiées, les traitements endodontiques sans indications thérapeutiques...), mise en danger de la vie d'autrui (non-assistance de personne en danger : ne pas appeler les secours en cas de malaise).

Mais la responsabilité pénale du praticien peut être aussi engagée pour les infractions suivantes :

- atteinte involontaire à la vie ou à la personne : blessure ou décès du patient ;
- exercice illégal de la médecine ;
- faux et usage de faux : établissement de faux certificats ;
- certificats de complaisance.

Si la responsabilité pénale du praticien est reconnue il sera condamné et la sanction sera établie en fonction de la faute : amende, emprisonnement avec sursis,

IGN[®], l'allié de l'hygiène

La décontamination de l'eau des sprays et la désinfection des units dentaires.



FABRIQUÉ EN FRANCE

Dispositif médical : Classe IIa – Organisme notifié : SZUTEST (2195)
Fabricant : Airel, France
www.airel-quetin.com – choisirfrancais@airel.com – 01 48 82 22 22

emprisonnement ferme. De plus si la victime se constitue partie civile, elle pourra obtenir également une indemnisation financière de la part du praticien reconnu fautif. **L'assurance RCP indemnise les patients lors des procédures civiles en revanche, elle ne couvre pas les praticiens en cas de faute pénale. Ils devront personnellement assumer les sanctions.**

Autres procédures : la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux

La loi Kouchner a créé un nouveau droit qui est l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux sans que la responsabilité du praticien soit mise en cause : **c'est l'aléa thérapeutique. Il s'agit d'une responsabilité sans faute, et c'est la solidarité nationale qui prend en charge l'indemnisation.**

C'est une situation rarissime en odontologie car cette indemnisation ne peut intervenir que si le dommage présente une certaine gravité :

- décès ou taux de déficit fonctionnel permanent (DFP) égal ou supérieur à 24 % ;
- incapacité temporaire de travail supérieure à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- à titre exceptionnel des troubles graves dans la vie quotidienne y compris économiques.

La victime, son représentant légal ou ses ayants droit en cas de décès peuvent saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI). Cette saisine est gratuite. La CCI a pour mission de favoriser la résolution des conflits entre usagers et professionnels de santé directement par conciliation

ou en désignant un médiateur. L'avis des CCI facilite l'indemnisation. Suivant la décision rendue par la CCI, c'est l'assurance du professionnel qui indemnise la victime ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM).

Cas particulier : les événements indésirables graves liés aux soins

Tous les Événements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS) doivent être déclarés aux autorités sanitaires pour être analysés afin de comprendre leur origine et ainsi éviter qu'ils se reproduisent. Cela permet aussi de développer un partage d'expériences aux niveaux régional et national. Les EIGS doivent être déclarés et analysés par tous les professionnels de santé quel que soit leur secteur d'exercice : en établissement de santé, en ville ou dans le médico-social.

La réglementation : le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIGS en précise les modalités de déclaration par les professionnels, les établissements de santé ou services médico-sociaux à l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente. Les obligations de déclaration varient selon les produits ou pratiques concernés.

La déclaration peut être faite dès que se pose la question du rôle éventuel d'un produit de santé dans de la survenue d'un effet indésirable ou d'un incident. Les signalements sont alors examinés par le réseau de vigilance correspondant dans le respect de la confidentialité et du secret médical.

Conclusion

En cas de conflit, les patients le plus souvent portent plainte au niveau des Conseils Départementaux de l'Ordre ou font une demande d'indemnisation auprès de l'assurance RCP de leur praticien.

Il s'agit d'une responsabilité sans faute, et c'est la solidarité nationale qui prend en charge l'indemnisation

Même si le taux de sinistres déclarés auprès des assurances professionnelles est en constante augmentation, les assignations en référé et au fond en représentent un faible pourcentage car dans la majorité des conflits une solution amiable est trouvée.

Malgré tout, pour la sérénité de son exercice au quotidien, il appartient au praticien de suivre quelques conseils.

1^{er} conseil : la tenue du dossier médical. Un dossier doit être clair, lisible, actualisé notamment sur l'état de santé général du patient susceptible d'évoluer. Il est préférable de séparer les données comptables, médicales et administratives.

2^e conseil : l'information

- L'information doit être systématique (sauf exceptions), complète.
- C'est au praticien prescripteur, et avec lequel le patient conclut le contrat de soins, d'informer le patient.
- En cas de traitement pluridisciplinaire le praticien réalisant l'acte est tenu au même devoir d'information que le prescripteur.

- Le dialogue praticien-patient doit perdurer pendant toute la relation de soins.
- L'information orale est primordiale, elle doit être exprimée avec des mots simples adaptés au patient. Le praticien doit veiller à la bonne compréhension par le malade des informations qu'il lui fournit.
- L'information ne doit pas comporter de tromperie, ni de dol (aucun fait susceptible de conduire le patient à ne pas consentir ne devrait lui être caché).

3^e conseil : attention au choix de la compagnie d'assurances. Bien lire les contrats proposés. Vérifier que la totalité de la pratique est bien assurée notamment la prothèse, la chirurgie et l'implantologie.

Bibliographie

1. *Guide OMS 9782111395572-fre.pdf.*
2. *HAS annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf.*

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

Conçu pour l'**X**trême : stabilité primaire et santé péri-implantaire

Implants
TSX™



Pour plus d'informations, veuillez contacter votre représentant commercial local ou envoyez un e-mail à l'adresse ZV.commandes@ZimVie.com

Sauf indication contraire, comme indiqué ici, toutes les marques déposées et tous les droits de propriété intellectuelle sont la propriété de ZimVie Inc. ou d'une filiale et tous les produits sont fabriqués par une ou plusieurs des filiales dentaires de ZimVie Inc. (Biomet 3i, LLC, Zimmer Dental, Inc., etc.), commercialisés et distribués par ZimVie Dental et par ses partenaires de commercialisation autorisés. Pour plus d'informations sur le produit, consultez l'étiquette individuelle ou la notice du produit. L'autorisation et la disponibilité du produit peuvent être limitées à certains pays/certaines régions. Ce document est destiné exclusivement aux cliniciens et il n'inclut aucun avis ni recommandation médicaux. Toute distribution à un autre destinataire est interdite. Ce document ne peut être ni copié ni réimprimé sans l'autorisation écrite expresse de ZimVie. ZV0975FR REV A 04/23 ©2023 ZimVie. Tous droits réservés. 

Conçu pour l'**X**cellence
Quand l'implantation immédiate rencontre la confiance clinique

L'implant TSX est la nouvelle génération héritée de l'implant TSV® largement éprouvé.

Les implants TSX sont conçus pour la santé péri-implantaire, l'implantation immédiate en post-extractionnel et les protocoles de mise en charge immédiate ainsi que pour assurer une prévisibilité de pose et une bonne stabilité primaire dans tous types d'os.

Intégré aux flux numérique complet ZimVie et conçu pour une polyvalence chirurgicale et prothétique, l'implant TSX renforce l'engagement de ZimVie visant à simplifier les procédures et à optimiser les protocoles de mise en pratique.



SOLUTIONS DENTAIRES ZimVie

Approche juridique des gouttières d'alignement dentaire (aligneurs) depuis l'apport de l'outil numérique #4

Éric D. Serfaty
Paris



Introduction

Tout praticien en exercice, inscrit régulièrement au tableau de l'ordre des CD, a une obligation de moyen vis-à-vis de ses patients (*arrêt mercier 20 mai 1936, 1^{re} chambre civile CC*) dans le cadre du contrat de soins qui les unit. Le contrat de soins est un contrat civil, non commercial, tacite, à titre personnel (*intuitu personae*), synallagmatique, consensuel, onéreux ou gratuit, d'exécution continue qui engage le praticien et son patient avec des obligations réciproques.

Actuellement, l'obligation de moyen du praticien fait face à une exigence grandissante des patients et s'orienterait davantage vers une « quasi-obligation de résultat ».

La demande des patients

La plupart des patients passent beaucoup de temps sur Internet et les réseaux sociaux à la recherche d'informations et subissent en retour une forte pression « marketing » des laboratoires qui prônent sans aucun contrôle scientifique, les avantages de leurs dispositifs médicaux. Dans cet article nous aimerions évoquer, entre autres, le cas particulier des gouttières amovibles transparentes d'alignement dentaire. Deux situations différentes sont apparues pour les gouttières d'alignement utilisées par les patients.

Gouttières d'alignement vendues directement au public

Cas particulier des laboratoires étrangers qui vendent directement les gouttières d'alignement orthodontiques au public sans aucun contrôle. De fait, la réglementation actuelle n'interdit pas la publicité pour ce type de dispositif médical faisant partie des exceptions énoncées à l'article L. 5213-3 du CSP. Ils sont considérés, par un arrêté du 21 décembre 2012 comme présentant un faible risque pour la santé humaine. Ce n'est pas la position du Conseil National de l'Ordre qui a déjà alerté le ministère de la santé et l'assurance maladie pour tenter de stopper cette dérive (*lettre N° 20, ONCD sept-oct. 2022*). En l'état actuel de la législation, **aucun recours n'est envisageable par le patient en cas de dommage lié à l'utilisation de ces gouttières sans aucun contrôle clinique direct d'un professionnel de santé.**

Gouttières d'alignement par Chirurgien-Dentiste (CD)

L'utilisation de ces gouttières d'alignement orthodontique par des CD suppose qu'ils se sont formés de façon adéquate à la prévention, au diagnostic et aux traitements orthodontiques par gouttières d'alignement conformément aux obligations de formation continue (obligatoire depuis le 1/01/2016) qui leur permet avec leur expérience clinique d'avoir les compétences préalables nécessaires à leur utilisation dans le meilleur intérêt du patient et de son traitement.

De préférence, pour rester objectif sur les qualités et défauts intrinsèques des Dispositifs Médicaux (DM), il faudrait idéalement que la formation soit assurée par des organismes neutres et objectifs et pas directement par les fabricants eux-mêmes dont le seul but affiché est de vendre le plus possible. Les praticiens doivent garder tout leur sens critique en gardant à l'esprit qu'ils se retrouvent seuls responsables de tous leurs actes cliniques et qu'ils sont seuls engagés avec une obligation de moyen face à leur patient. En pratique, ils ont la capacité de réaliser tous les actes de soins dans la cavité buccale dans les limites définies par le code de déontologie des CD et le code de la santé publique.

La multiplication et la complexité croissante des actes diagnostics, cliniques et de prévention en chirurgie dentaire rendent impossible de savoir tout faire et de maîtriser toutes les techniques. Faire le mieux possible pour son patient implique de savoir déléguer et adresser le patient à un autre confrère plus expérimenté dans le domaine si besoin (*art. 4127-204 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et art. R 4127-32 du CSP*). Il y a aussi et surtout un devoir d'information qui permette aux patients d'émettre un consentement éclairé préalable au traitement (*arrêt Teyssier, cour de cass 28/01/1942, loi Kouchner du 4/03/2002*).

En matière d'esthétique ce consentement éclairé se retrouve renforcé : il faudra expliquer tous les risques possibles et pas seulement les plus courants. En cas de dommage et de mise en cause du praticien par son patient, ce sera au chirurgien-dentiste d'apporter la preuve qu'il a bien informé son patient (*arrêt Hedreul, cour de cass, 25/02/1997*) en lui donnant non seulement toutes les informations concernant les gouttières d'alignement mais aussi toutes les alternatives thérapeutiques avec leurs conséquences (*loi Kouchner 4/03/2002*).

Le patient doit pouvoir choisir en son âme et conscience : consentement éclairé du patient (*arrêt Teyssier 28/01/1942 cour de cass et article 16-3 du CC*) après une information complète du CD qui doit être simple, intelligible, loyale, claire et appropriée (*loi Kouchner du 4/03/02 et code de déontologie des CD*). L'information délivrée au patient porte notamment sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles (l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique). Depuis 2010, le patient peut aussi évoquer le préjudice moral autonome d'impréparation qui est de plus en plus utilisé par les avocats et les magistrats et qui indemnise le patient (par une somme forfaitaire) du défaut de préparation aux conséquences du risque qui s'est réalisé (*Cour de Cass, 1^{re} chambre civile, 3/06/2010, 09-13.591, Legifrance*).

Jusqu'à présent, la position des juridictions était divergente quant à l'étendue de l'indemnisation pour défaut d'information. Par un arrêt du 25 janvier 2017, la première chambre civile de la Cour de cassation a tranché sur la question : deux indemnités cumulatives peuvent être accordées, l'une au titre d'une perte de chance et l'autre au titre d'un préjudice moral autonome d'impréparation.

Pour rappel, l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique précise que :

- l'information délivrée au patient porte notamment sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ;
- en cas de litige, il appartient au professionnel [...] d'apporter la preuve que l'information a été délivrée [...] (*Arrêt Hedreul 25/02/1997 cour de cassation*). Cette preuve peut être apportée par tous moyens.

Fourniture des gouttières par le laboratoire au CD ou à l'orthodontiste

En revanche, le laboratoire qui fournit les gouttières aux praticiens (dispositif médical) est soumis à une obligation de résultat (*cass 1^{re} CC du 29/10/1985*). Si la responsabilité du CD est mise en cause, il pourra engager une **action récursoire** contre le laboratoire si le DM est défectueux. Dans le cas particulier des gouttières, le défaut éventuel de fabrication des gouttières ne pourra être constaté que quelques mois après le début du traitement ; ce qui altérera la confiance du patient vis-à-vis du traitement et du praticien.



Le futur des gouttières d'alignement orthodontique et déjà le présent pour certaines est d'être fabriquées à partir d'empreinte classique ou d'empreinte numérique du patient et d'une intelligence artificielle (IA). Cette IA va simuler à l'avance l'ensemble des futures étapes du traitement avec les gouttières, avec toutes les étapes intermédiaires du futur traitement orthodontique, qui seront soumises à la validation préalable du chirurgien-dentiste qui n'a pas toujours la formation adéquate ou l'expérience clinique pour valider le plan de traitement proposé et surtout nul ne peut contrôler l'IA utilisée. Ceci pose le problème évident de responsabilité en cas de défaut de l'IA et de mise en cause de la responsabilité du praticien. Avec un traitement « fixe multibagues », le praticien peut immédiatement intervenir dans la bouche du patient et procéder aux corrections qui s'imposent. Avec les gouttières d'alignement, le praticien devra reprendre des empreintes, les renvoyer au laboratoire, attendre la fabrication des gouttières ou de gouttières supplémentaires pour résoudre (si possible) le problème. À ce stade, si l'information préalable du praticien n'était pas suffisante pour préparer le patient psychologiquement ou si l'IA utilisée par le laboratoire est défectueuse pour les prédictions de traitement attendues, **qui sera responsable pour la partie IA ?**

Qu'est-ce que l'intelligence artificielle ?

Définition de l'intelligence artificielle

C'est un ensemble de théories et de techniques mises en œuvre en vue de réaliser des machines capables de simuler l'intelligence humaine. L'intelligence artificielle dans la santé consiste à utiliser des modèles d'apprentissage automatique pour rechercher des données et découvrir des informations permettant d'améliorer les résultats en matière de santé. Elle collecte, trie et analyse les données, apprend et s'ajuste de manière autonome. La santé est un domaine de prédilection pour l'utilisation et le développement de l'intelligence artificielle. L'accumulation des données (Data), la puissance accrue des ordinateurs et l'avènement des techniques d'apprentissage ouvrent déjà des possibilités considérables d'application sur la pratique des professionnels de santé : aide au diagnostic, aide à la prescription médicamenteuse, techniques d'apprentissage par reconnaissance d'images, etc.

Le futur des gouttières d'alignement orthodontique et déjà le présent pour certaines est d'être fabriquées à partir d'empreinte classique ou d'empreinte numérique du patient et d'une intelligence artificielle (IA). Cette IA va simuler à l'avance l'ensemble des futures étapes du traitement avec les gouttières, avec toutes les étapes intermédiaires du futur traitement orthodontique, qui seront soumises à la validation préalable du chirurgien-dentiste qui n'a pas toujours la formation adéquate ou l'expérience clinique pour valider le plan de traitement proposé et surtout nul ne peut contrôler l'IA utilisée. Ceci pose le problème évident de responsabilité en cas de défaut de l'IA et de mise en cause de la responsabilité du praticien. Avec un traitement « fixe multibagues », le praticien peut immédiatement intervenir dans la bouche du patient et procéder aux corrections qui s'imposent. Avec les gouttières d'alignement, le praticien devra reprendre des empreintes, les renvoyer au laboratoire, attendre la fabrication des gouttières ou de gouttières supplémentaires pour résoudre (si possible) le problème. À ce stade, si l'information préalable du praticien n'était pas suffisante pour préparer le patient psychologiquement ou si l'IA utilisée par le laboratoire est défectueuse pour les prédictions de traitement attendues, **qui sera responsable pour la partie IA ?**

Définition du Machine Learning

Le Machine Learning grâce aux algorithmes, est une technologie d'intelligence artificielle permettant aux ordinateurs d'apprendre sans avoir été programmés explicitement à cet effet. Pour apprendre et se développer, les ordinateurs ont toutefois besoin de données (datas) à analyser et sur lesquelles s'entraîner. De fait,

la Data (donnée) est l'essence du Machine Learning, et c'est la technologie qui permet d'exploiter pleinement le potentiel des Datas.

L'algorithme sans données (data) est aveugle et les données (data) sans algorithme sont muettes.

Mais il faut garder à l'esprit que les Datas dans le secteur de la santé sont la propriété exclusive des patients et que nul ne peut les utiliser sans l'accord explicite des patients après information préalable (*article L 1110-4 du CSP*). Aujourd'hui l'intelligence artificielle est en développement dans presque tous les secteurs : du système bancaire à la justice prédictive, la médecine, la médecine dentaire, etc. Avec l'utilisation des algorithmes, plus les datas (données) seront nombreuses, exactes et bien labellisées, plus l'intelligence artificielle sera qualitative, performante et exacte dans ses analyses et prédictions.

Exemple d'IA dans le domaine de la justice

En ce qui concerne la justice prédictive, le projet « data Just » avait vu le jour en France par un décret du 27 mars 2020. Ce décret avait autorisé la création d'un algorithme pouvant évaluer l'indemnisation des préjudices corporels à la disposition des magistrats et du public. L'expérimentation de ce projet a duré deux ans. Cependant ce projet complexe a été sujet à de nombreux débats et réflexion : il a finalement été annulé en janvier 2022 suite à une décision du ministère de la justice. Dans cet exemple représentatif, l'utilisation de cette IA a été finalement refusée par l'ensemble des acteurs (magistrat et ministère de la justice). Ce qui prouve bien que la mise en place et l'utilisation de l'IA sont des sujets très controversés.

Discussion sur l'IA et la responsabilité

Niveau européen

Le Parlement européen demande que les citoyens disposent d'un droit de savoir, d'un droit de recours et d'un droit d'obtenir réparation lorsque l'Intelligence Artificielle est utilisée pour des décisions touchant des personnes, ce qui peut poser un risque important pour les droits et les libertés des individus ou porter préjudice à ces derniers. L'IA est une évolution incontournable, mais quid en termes de responsabilité ? Qui sera responsable en cas de dommages liés à l'intelligence artificielle ? Qui devra indemniser la victime en cas de dommage ? Selon l'article 1240 du Code Civil : « *tout fait quelconque de l'individu qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* », c'est l'obligation d'un individu à réparer un dommage dont il est la cause.

Est-ce que l'IA pourra réparer un dommage ? Celui qui la possède et l'a mise en place ? Autre ? **La question est fondamentale car il ne peut y avoir de dommage sans réparation dans le Code civil.**

La responsabilité du fait des choses rend responsable le praticien qui possède l'objet, au cas où l'objet est respon-

sable du dommage. Lorsqu'on utilise de l'intelligence artificielle dans l'élaboration d'une prévention, d'un diagnostic ou d'un plan de traitement, il existe alors comme une sorte de délégation du praticien vers l'intelligence artificielle pour réaliser des choses en dehors de son contrôle. S'il y a erreur de l'IA, qui est responsable dans ce contexte : le praticien ? L'intelligence artificielle ? Existe-t-il un statut juridique particulier pour l'intelligence artificielle ?

Le sujet est en plein débat au niveau de la Cour européenne de justice qui semble avoir statué vers le refus d'attribuer un statut juridique particulier à l'intelligence artificielle dans le domaine de la responsabilité. Il y a toujours un triptyque indissociable : faute, dommage et lien de causalité non discutable entre les deux. La responsabilité du praticien n'est reconnue qu'en cas de faute et de dommage avéré avec un lien de causalité non discutable entre les deux et ensuite, conformément au Code civil, il faudra dédommager la victime : réparer le dommage.

Le Parlement européen a finalement émis une résolution sur la politique industrielle européenne globale sur l'intelligence artificielle et sur la robotique le 12 février 2019. L'idée de reconnaître une personnalité juridique à l'intelligence artificielle a été abandonnée pour se placer maintenant dans une position d'observation afin de pouvoir dans le futur adapter le droit et la responsabilité civile pour tenir compte de l'intelligence artificielle. Dans le projet de règlement sur ce sujet de l'union Européenne présenté en avril 2021, le règlement n'a pas retenu sa personnalité juridique.

Ce règlement vient poser les grands principes en matière d'intelligence artificielle avec la distinction de quatre niveaux d'intelligence artificielle classés par ordre de risques décroissants : risques inacceptables, élevés, faibles et risques minimes.

Les IA avec un risque inacceptable sont interdites
Les IA avec un risque élevé ou faible devront pouvoir être contrôlées et respecter un code de conduite.

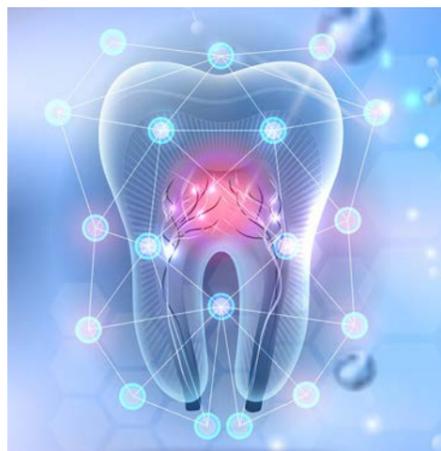
Les IA avec un risque minime ne feront l'objet d'aucune exigence

La commission européenne a rendu un rapport le 19 février 2020 portant sur les conséquences de l'intelligence artificielle et elle considère que la responsabilité du fait des choses ne devrait pas s'appliquer dans le cas de l'intelligence artificielle. En effet, personne ne dirige ou possède l'IA : elle est intrinsèquement évolutive dans le temps.

Le régime qui semble plus favorable semble être le régime de la responsabilité sans faute, celle du fait d'autrui (pas du fait des choses), permettant d'imputer les frais du dommage à celui qui était le mieux placé, avant le dommage, pour contracter l'assurance destinée à garantir le risque.

La responsabilité sans faute : responsabilité du fait d'autrui (art. 1242 du CC). On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui de fait de personnes dont on doit répondre.

Pour bien comprendre de quoi il s'agit, voici un exemple de responsabilité du fait d'autrui : le plus classique, ce sont les parents vis-à-vis des enfants. Les parents n'ont pas fait de faute et pourtant ils doivent répondre des actes commis par leur enfant.



En France

La loi N° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique a introduit une **obligation d'information** à la charge des professionnels utilisant une intelligence artificielle (IA) en matière de santé (article L 4001-3 CSP).

Elle vise en premier à protéger le professionnel de santé dans **sa responsabilité** : s'il n'avait pas suivi les recommandations d'une IA, sa responsabilité ne pourrait être engagée qu'en cas de faute avérée de sa part (tryptique : faute, dommage et lien de causalité non discutable entre les deux), et après avoir vérifié l'absence de défaut de l'algorithme (IA). C'est un point essentiel. Elle introduit le principe d'une **garantie humaine en santé**, défini comme la *garantie d'une supervision humaine de toute utilisation du numérique en santé, et l'obligation d'instaurer pour toute personne le souhaitant et à tout moment, la possibilité d'un contact humain en mesure de lui transmettre l'ensemble des informations la concernant dans le cadre de son parcours de soins.* Ce qui implique que le praticien soit compétent et formé dans le domaine où il choisit d'utiliser l'intelligence artificielle pour la prévention, le diagnostic ou le traitement de son patient.

Ce principe défend la *nécessité de préserver la maîtrise finale du professionnel de santé, en interaction avec le patient, pour prendre les décisions appropriées en fonction de chaque situation spécifique* et permettre d'obtenir un deuxième avis médical en cas de doute sur les recommandations thérapeutiques de l'algorithme (IA).

Elle met en place **l'exigence d'explicabilité de l'algorithme** dans le but de préserver le rôle du professionnel de santé dans le parcours de soins d'un patient et de son autonomie décisionnelle qui passe par sa capacité à comprendre comment et pourquoi une proposition a été faite par un algorithme. L'explication pourrait être différenciée selon le public visé, en particulier pour le patient comme l'impose en France la loi sur le devoir d'information du patient préalable à tout acte médical : information simple, loyale, intelligible, claire

et appropriée (loi Kouchner du 4/03/2002, article 1111-4 du CSP, article 16-3 du CC).

S'il existe une responsabilité du fournisseur de la solution mettant à disposition la solution d'intelligence artificielle, cela sous-entend aussi de développer la formation des professionnels de santé sur les apports de l'intelligence artificielle en santé et l'utilisation des données de santé générées au cours du parcours de soins. Elle prévoit que le patient ou son représentant légal soit informé préalablement au recours à un algorithme d'aide à la décision médicale dans son parcours de soins et que soit garantie l'effectivité du recueil du consentement d'un individu à l'utilisation de ses données de santé (art L1110-4 du CSP) : le non-respect du secret médical d'un patient est une infraction pénale en France

Il y a aussi la problématique de la certification des algorithmes dans le domaine de la santé qui est actuellement soumise en France et à l'échelle européenne aux règles de droit commun applicables aux dispositifs médicaux. La difficulté est que cette certification s'adresse habituellement à un produit final délivré sous une forme constante alors que les technologies d'intelligence artificielle sont par nature évolutives

dans le temps. Quand bien même une législation serait adoptée, quid des IA utilisées par des laboratoires localisés à l'étranger ? Quelle Cour de Justice serait compétente ? Cette certification pourrait s'appuyer sur des normes mixtes de qualité sur la façon dont un système doit être conçu et dont le code doit être rédigé par les développeurs. Cette certification devrait évoluer mais elle n'existe pas aujourd'hui d'où la nécessité d'une utilisation très prudente et très contrôlée de l'IA par des professionnels de santé compétents et formés qui ne devraient pas utiliser l'IA sans procédure de contrôle humain systématique.

Cas particulier des gouttières prescrites par les orthodontistes ou CD pratiquant l'ODF

En accord avec le sujet de cet article, il faut apporter une attention aux validations à l'aveugle des propositions thérapeutiques de fabrication

des gouttières d'alignement orthodontiques fortement suggérées par les laboratoires fabricants (souvent à l'étranger) et générées par une IA dont nous n'avons aucune connaissance, aucun contrôle et pour laquelle aucun recours n'est possible. Pour nos patients en demande de traitement ODF par gouttière, nous devons rester prudents et éthiques pour pouvoir prodiguer des soins diligents, attentifs et conformes aux données acquises de la science en accord avec notre obligation de moyen.

Conclusion

La responsabilité civile peut être engagée lorsque trois conditions sont réunies : un dommage, un fait générateur et un lien de causalité certain, direct et exclusif entre

le dommage et le fait générateur (Code civil). L'objectif principal de la responsabilité civile étant de permettre la réparation suite à un dommage, les enjeux en matière de réparation du dommage avec l'apparition et l'utilisation extensive de l'Intelligence Artificielle (IA) sont considérables et pleins de conséquences pour l'avenir. Nous ne sommes qu'au début d'une saga juridique, pleine de rebondissements potentiels avec des enjeux financiers hors du commun.

La Cour de Justice européenne est au milieu d'une réflexion globale sur l'intelligence artificielle qui conclue aujourd'hui à l'impossibilité d'attribuer un statut juridique classique à l'IA comme la *responsabilité du fait des choses* qui impliquerait automatiquement la responsabilité de celui ou celle qui dirige ou possède la chose : **personne ne dirige ou possède l'IA.**

Pour les magistrats, on fait plutôt face à une situation de « délégation » de l'homme vers l'Intelligence artificielle qui implique d'utiliser le modèle juridique de la *responsabilité sans faute* celle du fait d'autrui (pas du fait des choses). C'est une opinion qui devra ensuite être discutée et peut-être ratifiée par chacun des pays européens. La législation Française avec la loi N° 2021-1017 du 2 août 2021, relative à la bioéthique, évolue en introduisant une obligation d'information à la charge des professionnels utilisant une intelligence artificielle (IA) en matière de santé (article L 4001-3 CSP). Le législateur tente aussi de comprendre la nouvelle situation en accord avec les professionnels de santé et de légiférer au mieux pour la meilleure protection possible des patients : l'enjeu est considérable en matière de santé publique pour le présent et surtout l'avenir.

Avec l'Intelligence Artificielle non contrôlée en matière de santé, nous prenons le risque d'entrer dans une ère où le praticien pourra potentiellement déléguer une partie de ses soins à l'IA et perdre partiellement le contrôle des soins prodigués à ses patients. Le corolaire à cette évolution est une interrogation légitime sur les conséquences en termes de responsabilité et de réparation du dommage.

Bibliographie

1. Larousse : intelligence artificielle https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/intelligence_artificielle/187257
2. Acteurs publics : <https://acteurspublics.fr/articles/exclusif-le-ministere-de-la-justice-renonce-a-son-algorithme-datajust>

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

Si votre thèse a reçu la mention très honorable, vous pouvez déposer votre candidature jusqu'à 2 ans après votre soutenance.

Les résumés des thèses seront publiés dans la revue AONews.

Thèse à envoyer en pdf au Dr André Sebbag, docsebbag@gmail.com

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE



iTero™

Un nouvel horizon pour votre cabinet

- **Maillage et reproductibilité** : le scanner iTero a une **précision inégalée**.
- **60 secondes** : c'est le temps qu'il faut au scanner iTero pour réaliser une arcade, une rapidité qui permet de **réduire de 20% le temps de prise d'empreinte***.
- **Support illimité** : avec entre autre un service client local **disponible 5j/7**, des **formations illimitées** et le **stockage Cloud illimité**.



Scannez pour en savoir plus.

Déresponsabilisation du praticien salarié en centre dentaire #5

Éva Tolédano

Paris

Introduction

Les chirurgiens-dentistes sont soumis à différentes obligations dans le cadre de leur exercice professionnel, et ceux ne respectant pas les obligations imposées par le contrat de soins pourront voir leur responsabilité engagée.

La responsabilité est le devoir de répondre de ses actes, toutes circonstances et conséquences comprises, c'est-à-dire d'en assumer l'énonciation, l'exécution et par suite la réparation voire la sanction lorsque l'obtenu n'est pas attendu. La responsabilité pourra être civile, pénale ou déontologique.

La responsabilité du salarié n'est normalement pas engagée en civil, c'est le centre dans lequel il exerce qui assumera la faute lors d'une procédure civile. Le commettant (c'est-à-dire l'employeur) est responsable du fait des dommages causés par son préposé (salarié) dans les fonctions auxquelles il l'a employé (art. 1242 du Code civil). Le salarié qui agit dans le cadre de la mission qui lui est impartie par l'employeur, et qui n'en outrepassa pas les limites, ne commet pas de faute personnelle susceptible d'engager sa responsabilité dans la réalisation d'un dommage (arrêts de l'assemblée plénière de la cour de cassation du 9 novembre 2004). Nous allons dans un premier temps rappeler ce qu'est la responsabilité disciplinaire puis civile ainsi que les obligations du chirurgien-dentiste. Ensuite nous mettrons en exergue la déresponsabilisation du chirurgien salarié en centre, au travers d'un exemple de procédure.

La responsabilité disciplinaire

La faute disciplinaire est un manquement juridique aux règles de la déontologie dentaire. C'est la violation d'une règle juridique ou d'une règle morale. Ces fautes ont un principe en rapport avec l'activité professionnelle. Les manquements au code de déontologie ne relèvent que de la juridiction disciplinaire. Les instances disciplinaires sont indépendantes des instances pénales, la même faute peut servir de base à des poursuites différentes : l'une pénale, l'autre disciplinaire.

L'article L4126-5 du code de la Santé Publique stipule que l'exercice de l'action disciplinaire ne met obstacle :
- ni aux poursuites devant les tribunaux répressifs (action pénale) dans les termes du droit commun ;
- ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit.

Les sanctions sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer l'art dentaire. En matière disciplinaire, de même qu'en matière pénale, chacun doit répondre personnellement de ses actes. Le statut de salarié ne permet pas au professionnel de santé d'être couvert par son employeur en cas de manquement/faute.

La responsabilité civile

Le droit civil règle les litiges entre particuliers. La responsabilité médicale a pour finalité de réparer le préjudice que l'on a causé à autrui par l'octroi de dommages et intérêts. Elle regroupe la responsabilité contractuelle, qui s'applique lorsque le dommage résulte de l'inexécution d'une obligation contractuelle et atteint un contractant, et la responsabilité délictuelle.

Pour mettre en œuvre cette responsabilité, trois conditions doivent être réunies :

- un fait dommageable qui peut être défini par la faute ou le fait des choses ou de préposés, c'est-à-dire l'inexécution d'une obligation découlant du contrat de soins ;

- un préjudice ou un dommage pouvant être physique, matériel ou moral ;
- un lien de causalité direct et certain.

La loi du 04/03/2002 (article L1142-28 du code de la santé publique) a modifié les règles de prescription, **la victime a désormais un délai de 10 ans à compter de la date de consolidation du dommage au lieu de 30 ans auparavant.**

Il convient d'étudier les différents éléments permettant d'engager la responsabilité civile du praticien. Les différentes conditions de la responsabilité du chirurgien-dentiste.

Toute responsabilité repose sur la présence de trois éléments : un dommage, un préjudice et un lien de causalité.

Le fait générateur du dommage

Il est défini par rapport aux stipulations du contrat qui existent entre les parties. **Trois faits générateurs sont prévus par le Code civil : la faute, le fait des choses, et le fait d'autrui.**

La faute

La faute civile consiste en un manquement à une obligation ou à un devoir pré existant. En l'espèce, dans la pratique de l'art dentaire, la faute s'apprécie comme toute conduite s'écartant du standard de référence admis par la profession.

Deux types de fautes sont alors à distinguer : la faute technique et la faute d'éthique médicale

La faute technique

Ces fautes s'articulent autour de la notion de données acquises de la science définies par l'arrêt mercier de 1936 et repris dans le code de Déontologie.

Elle correspond à une méconnaissance des normes techniques qui s'appliquent en matière médicale. Initialement mise en exergue par l'arrêt Mercier, il s'agit de manquement à l'obligation de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. La loi du 4 mars 2002 a repris cette notion en remplaçant le terme de données acquises par celui de données avérées de la science (art. 1110-5 du code de la santé publique). Ainsi le chirurgien-dentiste doit se référer aux bonnes pratiques ou règles de l'art qui sont de plus en plus réglementées. Le code de la santé publique renvoie souvent aux règles édictées par les autorités administratives. La haute autorité de Santé élabore les Références médicales Opposables (RMO). L'ANSM définit également quelques grands principes notamment en matière de prescription de médicaments. Elles prennent alors la forme de recommandations de bonne pratique ou de références médicales. Elles peuvent également résulter de publications dans des revues médicales, des conférences de consensus, etc.

Ainsi les praticiens doivent suivre une formation continue afin de mettre à jour leurs connaissances et se former aux dites recommandations qui évoluent sans cesse.

On peut relever quatre catégories de fautes médicales.

- La faute de diagnostic : À titre liminaire, il est essentiel de définir la notion de diagnostic. Il s'agit d'un processus par lequel le clinicien regroupe les signes observés et les rattache à une pathologie dans un cadre nosologique donné. Il résulte donc ici de l'examen attentif de la cavité buccale (dents, parodonte, muscles) ainsi que l'anamnèse médicale. L'élaboration du diagnostic peut être également complétée par d'autres examens techniques tels que radiographies,

moulages, examens biologiques, photographies. Le praticien tient compte aussi de la psychologie du patient.

Il s'agit d'une obligation de moyen, le praticien doit mettre en œuvre tous les moyens nécessaires, techniques et intellectuels, pour élaborer son diagnostic. S'il s'avère que les moyens mis en œuvre par un chirurgien-dentiste compétent et diligent n'ont pas été mis en œuvre, sa responsabilité sera susceptible d'être engagée.

Il convient de différencier l'erreur de diagnostic qui n'est pas considérée comme fautive de la faute. Ainsi une erreur de diagnostic peut être considérée comme fautive si l'on peut démontrer que le praticien a fait preuve de négligences, d'attention ou n'a pas recouru aux moyens techniques adaptés et nécessaires à l'élaboration du diagnostic.

- La faute dans le choix du traitement : Selon l'article R4127-210 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste, et l'article R4127-238 : *Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.* Il dispose d'une liberté de choix thérapeutique et en outre libre dans ses prescriptions qui doivent toujours répondre aux données acquises de la science. Il doit être amené à réaliser un choix thérapeutique qui prend en compte les indications et contre-indications de l'acte à réaliser et toujours évaluer la balance bénéfice-risque afin d'entamer la thérapeutique la plus adéquate. La liberté dans le choix thérapeutique ne doit en aucun cas faire courir un risque injustifié au patient.

La faute peut être une prescription d'un traitement inefficace, une erreur de posologie ou une prescription médicamenteuse contradictoire. Il peut également s'agir d'un traitement inadapté à l'état du patient, une absence de traitement ou à l'inverse un excès de traitement. Le praticien est libre d'effectuer le traitement de son choix, en respectant néanmoins le principe bénéfices/risques codifié dans le code de la santé publique (Art L.1110-5).

- La faute dans la réalisation d'un acte médical ou chirurgical : L'acte devient fautif à partir du moment où le praticien exerce une thérapeutique qui ne respecte pas les données acquises de la science définies par l'Arrêt mercier de 1936. Cela correspond à un manquement de l'obligation de sécurité de résultat en matière de soins chirurgicaux. La cour de cassation estime que *toute lésion d'une structure non concernée ne peut être en rapport qu'avec la maladresse chirurgicale et toute maladresse de chirurgie engage la responsabilité.* La faute technique est définie comme une faute professionnelle.

- La faute de surveillance, de suivi et de continuité des soins : Le chirurgien-dentiste doit s'assurer du succès du traitement et dans le cas inverse prendre en charge les échecs.

La faute d'éthique médicale

L'exercice de l'art dentaire est depuis l'Antiquité marqué par des exigences morales. Le chirurgien-dentiste est tenu d'informer et de conseiller son patient. C'est la violation du devoir d'humanisme médical. Elle correspond à un ensemble d'actions ou d'abstentions de la part du praticien prévu par différents codes juridiques tel que le Code civil, le code de la santé publique ou encore le code de déontologie médicale.

Cette faute va concerner plusieurs situations comme le refus de soins, l'expérimentation de techniques non approuvées, la mauvaise conservation du dossier du patient ou encore la violation du secret professionnel. Deux fautes d'éthique médicale sont cependant à mettre en avant du fait de leur récurrence : la violation de l'obligation d'information et le défaut de consentement.

Le fait des choses

La responsabilité du fait des choses est fondée sur l'article 1384 al. 1 du Code civil : « 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 ».

Le fait d'autrui

Le chirurgien-dentiste doit répondre de la faute commise par un membre de son équipe, car c'est lui qui a conclu le contrat avec le patient.

Le préjudice

Il peut être défini comme le dommage causé à un tiers d'une manière volontaire ou involontaire. Le droit commun prévoit l'obligation de réparation intégrale du dommage de la part du responsable. Le but étant de rétablir la situation dans laquelle la victime se trouverait si le préjudice n'avait pas eu lieu. Pour cela la jurisprudence distingue deux types de préjudices : le préjudice matériel et le préjudice moral. Elle prévoit également une seconde distinction entre le préjudice initial qui correspond au dommage subi par la victime immédiate et le préjudice par ricochet qui est subi par répercussion du préjudice initial.

Le lien de causalité

Il s'agit du troisième élément nécessaire pour engager une responsabilité dans les règles de droit commun. Il peut être défini comme la corrélation entre le fait générateur du dommage et le dommage. Les tribunaux vont avoir recours au concept de perte de chance (associé au défaut d'information) à chaque fois qu'ils sont confrontés à une incertitude sur le lien de causalité entre le fait générateur et le dommage.

Pour mieux comprendre ces notions des responsabilités, il nous faut exposer les obligations qui lient le chirurgien-dentiste et son patient.

Les obligations du chirurgien-dentiste

Le défaut d'information

Le devoir d'information du patient est l'un des principaux vecteurs de mise en cause de la responsabilité des professionnels de santé. Historiquement, la notion de responsabilité pour faute dans le cas d'un défaut d'information du malade a été introduite par l'arrêt Teyssier du 28 janvier 1942 rendu par la cour de cassation, qui condamna un praticien qui n'avait pas prévenu son patient ni de la nature exacte de l'opération qu'il allait subir et de ses conséquences, ni du choix qu'il aurait pu avoir par d'autres méthodes. Il s'agit du respect de la personne et de sa dignité.

En 1997, la cour de Cassation annonce : *Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette information.* De cela découle une exigence d'information de plus en plus forte sur tous les contentieux qui touchent la santé.

La preuve repose donc sur le praticien en précisant que cette preuve concerne aussi bien l'existence de l'information délivrée au patient que son contenu. L'information doit être claire, complète, loyale et appropriée (nécessaire à l'obtention du consentement de son patient).

Le défaut de consentement du patient

Le chirurgien qui interviendrait sur son patient sans son consentement s'expose à des sanctions civiles voire pénales.

Ainsi tout défaut de consentement qui porterait préjudice au patient engage la responsabilité du praticien. *Le consentement éclairé du patient aux soins préconisés aussi bien en ce qui concerne le diagnostic que le choix de la thérapie et la réalisation des soins pré et post-dentaires et la surveillance de ceux-ci (Cassation, 1^{re} chambre civile arrêt n° 56 du 20 janvier 2011).*

L'information sur le coût est un préalable au consentement. Le professionnel de santé manque à son devoir d'information dès lors qu'il ne remet pas un devis pour les travaux à effectuer. Le praticien commet une faute s'il ne recueille pas le consentement éclairé du patient sur le montant des soins alors que ceux-ci *auraient dû faire l'objet d'une entente directe avec le patient avant la réalisation des soins, conformément au code de déontologie (CA Paris 20 oct. 2000).*

La continuité des soins

Le chirurgien-dentiste est dans l'obligation d'apporter un suivi et une continuité dans les soins qu'il fournit dès lors qu'il commence un traitement.

L'article R.4127-232 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes précise que : *Or le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition de ne jamais nuire de ce fait au patient, de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles. Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'art R4127-211.*

Interrompre les soins de façon volontaire constitue donc une grave faute professionnelle sanctionnée et qui engage alors la responsabilité du praticien. Le patient peut rompre le contrat qui le lie et donc arrêter les soins en cours. Dans ce cas, le praticien a pour devoir d'orienter son patient vers un autre confrère et s'il peut, faire signer à son patient un écrit précisant la volonté du patient lui-même d'arrêter les soins.

La responsabilité du praticien quant au matériel utilisé

Le chirurgien est responsable de la qualité des instruments qu'il utilise. La jurisprudence est très claire à ce sujet et précise qu'il est tenu d'une obligation de sécurité résultat dont il ne peut se libérer qu'en prouvant l'existence d'une faute étrangère, telle par exemple, le défaut intrinsèque du matériau utilisé (*CA de Grenoble, arrêt du 5 mars 2002*). Il doit fournir à son patient un appareil prothétique qui doit répondre à l'usage qu'en attend le bénéficiaire, tout en précisant qu'il appartient au patient de prouver l'existence d'une faute dans la réalisation des soins ou d'un défaut dans la fourniture de la prothèse, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. La cour de cassation le confirme par l'arrêt du 4 février 2003. Il est responsable *en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigations ou de soins* (*CC arrêt du 9 novembre 1999*).

Les obligations du chirurgien-dentiste dans le cadre de l'exercice de sa profession vont de l'obligation de moyens vis-à-vis de ses patients dans les soins prodigués à l'obligation de sécurité résultat pour le matériel qu'il utilise et les prothèses qu'il pose.

Il y a également l'obligation de traçabilité (matériaux, produits, instruments). L'article 1386-6 al 1 du Code Civil précise que si le producteur ne peut être identifié, c'est le vendeur loueur ou tout autre fournisseur professionnel qui est responsable du défaut de sécurité du produit, dans les mêmes conditions que le producteur. Ainsi conserver une trace de la provenance du matériel utilisé au cours des soins permet de se retourner contre le producteur du produit défectueux ayant causé un dommage au patient.

Obligation de secret professionnel

Le code de santé publique précise qu'il faut *veiller à ce que les personnes qui les assistent dans leurs travaux soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel* (assistante, secrétaire...).

Désresponsabilisation en tant que praticien salarié en centre de santé

Le salarié, à l'instar du professionnel libéral, est un employé. De ce fait, il est soumis aux règles et au fonctionnement établis par le centre qui l'emploie. Il n'est pas décisionnaire. L'employeur est responsable des dommages causés par le salarié dans les fonctions auxquelles il l'a employé. La jurisprudence a longtemps douté de l'application de ce principe pour les professionnels de santé salariés, en raison de l'indépendance dont ils disposent dans l'exercice de leur art. Mais la question a été tranchée par plusieurs arrêts de l'Assemblée plénière de la Cour de Cassation du 3 novembre 2004. En effet, de par son exercice en centre, le praticien salarié n'est pas libre à bien des égards :



Le salarié se voit faire signer de plus en plus de chartes de bonnes conduites et protocoles de soins

On peut se demander si ses chartes ne servent pas au centre de leviers pour se dédouaner des fautes en cas de procédures civiles qui sont jusqu'à présent couvertes par l'employeur. Jusqu'à présent il faut justifier d'un abus de mission, retenu très rarement par la jurisprudence et qui suppose la réunion de trois critères cumulatifs, défini par l'Assemblée plénière de la cour de cassation dans un arrêt du 19 mai 1988 :

- des agissements hors fonction (sur des indices objectifs tels que le temps et le lieu d'action, les moyens procurés au préposé par ses fonctions, etc.) ;
- une absence d'autorisation de l'employeur (qui doit être établie par celui-ci) ;
- un acte commis à des fins étrangères voire contraires aux attributions du préposé. Au regard de ces critères, le fait de commettre une faute dans l'exercice de ses fonctions ne suffit évidemment pas à caractériser un abus de mission du salarié.

Le salarié n'a pas part dans l'embauche

Il ne choisit ni son assistante ni les secrétaires. Il n'est pas leur employeur. Ainsi il n'a pas l'autorité nécessaire pour les former au secret médical, ni pour les former au respect vis-à-vis de l'accueil des patients. Lorsque le contact à l'accueil est désagréable, la suite des soins au fauteuil en est impactée. Néanmoins le salarié a l'obligation de former les assistantes et les contrats pro.

Le salarié n'a pas la main sur les appels

Dans certains centres les appels sont gérés par des call center qui ne sont pas formés à l'art dentaire. Ainsi des appels d'urgence de patients ne sont pas relayés au praticien, et il peut être dit au patient qu'il n'y a pas de caractère urgent à leur demande, mettant en péril la suite des soins par une méconnaissance de l'art dentaire. De cela découle un mécontentement des patients de ne pas avoir été rappelé, entendu, conseillé ou même reçu. Cela peut engendrer une plainte de manque d'aménité et de défaut d'humanité. Le salarié ne gère pas la maintenance du matériel. Il peut simplement relayer les défauts et attendre que cela soit traité, parfois longuement car dépendant des budgets mensuels alloués.

Le salarié n'a pas le choix du laboratoire

Pour autant le salarié est responsable de la prothèse qu'il pose. Cela peut entraîner des délais un peu longs de fait de nombreuses séances afin d'obtenir une prothèse optimale et de ce fait allonger le délai de traitement d'un patient et son mécontentement.

Le salarié n'a pas toujours le choix du matériel

À titre d'exemple il a été décidé dans des centres l'usage de lime à usage unique pour répondre à la crise covid, au détriment des limes utilisés jusqu'à présent. Le salarié pourra être tenu responsable en cas de fracture de lime quand bien même il n'a pas eu le choix de ce matériel.

Le salarié doit informer des formations qu'il souhaite réaliser et doit attendre le retour de la validation ou invalidation de la demande

Il est souvent demandé au salarié d'avancer les frais pour sa formation qu'il ne pourra pas déduire du fait de son statut de salarié, ou d'en assumer une partie des frais.

Le salarié ne recueille pas le consentement du patient

La responsable de centre présente les devis et recueille le consentement et la signature des devis. Dans le cas où ce consentement ne figurait pas dans le dossier (erreur de scannage, perte de document) la responsabilité du salarié est engagée.

Prenons maintenant comme exemple le cas d'une procédure civile et déontologique d'une praticienne de centre.

La patiente se présente avec une fracture composite sur la 16. Le composite sera refait. La patiente revient 1 mois plus tard en rendez-vous d'urgence, hyperhémie de la 16 pas de sondage il est décidé de réaliser le traitement de dévitalisation. La patiente ratera deux rendez-vous puis l'endodontie sera finalement réalisée. Puis la pose de la couronne avec inlay core. La patiente reviendra 2 mois après en urgence avec douleur sur la dent. La praticienne décide de déposer la couronne et temporiser sous provisoire. La patiente secouée par cette séance d'urgence décide qu'elle ne veut plus être reçue par la praticienne. Nous sommes fin juillet.

Début août la patiente va voir un autre praticien du centre qui lui proposera d'aller voir un endodontiste. La praticienne va recevoir un coup de fil lors de ces congés d'été du responsable du centre pour lui dire que la patiente allait chez un endodontiste qu'il connaît.

La praticienne n'a pas eu le choix du correspondant chez qui était adressé le patient. Elle n'a pas pu lui adresser un courrier ou s'entretenir avec lui. Elle n'a aussi reçu aucun compte rendu de la part de son confrère.

Elle n'aura aucune suite de ce qu'il s'est passé jusqu'à fin septembre où elle recevra un recommandé à son nom au centre lui demandant le dossier médical et les radiologies. Elle apprendra à ce moment que le confrère n'était initialement pas prévenu que c'était le centre qui adressait la patiente et réglait les factures. Cela a engendré que le spécialiste ait tenu des propos anti déontologiques sur le dentiste salarié à la patiente et deviendra par la suite son dentiste conseil. La patiente demandera début août de s'entretenir avec le responsable du centre. Celui n'a pas pris le sérieux de la situation. Cela a augmenté le mécontentement de la patiente. La patiente a demandé au centre son dossier médical et radiologique. Le dossier a été remis mais pas

les radiographies. La praticienne n'aura aucune information de cela jusqu'au 29/09, lorsqu'elle recevra un recommandé à son nom.

Elle remettra à ce moment les rétro-alvéolaires et la pano ainsi que le dossier médical. Il lui sera reproché la non remise du dossier médical sous 8 jours.

La praticienne n'aura pas le choix de son avocat. Le même avocat réalisera la procédure civile qui incombe au centre et la procédure disciplinaire.

Dans sa ligne de défense, la praticienne devra accepter les choix imposés par la direction tel que :

- interdiction de déposer une plainte pour comportement anti confraternel à l'endodontiste devenu dentiste conseil ;
- interdiction de contester le choix de l'expert (l'avocat de la plaignante a demandé au juge de choisir parmi 3 experts parisiens quand l'avocat de la praticienne voulait demander un expert de province. Le centre a refusé la contestation) ;
- interdiction de contester le choix de l'expert quand l'avocat de la praticienne a mis en avant que l'expert et le dentiste conseil endodontiste écrivaient dans la même revue scientifique. La praticienne n'aura aucune suite quant à la plainte civile. Elle aura une amende disciplinaire qu'elle devra régler elle-même.

Ainsi de sa pratique en salarial la praticienne aura dû renoncer à beaucoup de ses libertés dans sa pratique et dans sa défense.

Conclusion

La responsabilité du salarié est engagée en procédure disciplinaire et pénale.

La responsabilité du salarié n'est à ce jour pas engagée en procédure civile, c'est son employeur qui est responsable du fait des dommages causés par le salarié dans les fonctions auxquelles il l'a employé.

Néanmoins, nous pouvons nous demander si la responsabilité civile du salarié ne sera pas amenée à être modifiée à l'avenir, dans des cas particuliers, désengageant l'employeur de sa responsabilité civile (charte de bonnes pratiques, etc.). De plus, de par son activité salariée, le praticien en centre n'est ni libre ni maître de son exercice ou de sa défense en cas de litiges. Il peut être tenu responsable de manquement lié au fonctionnement des centres de santé. Ainsi, il y a une désresponsabilisation du praticien salarié tant du point de vue de la procédure civile, que d'une procédure disciplinaire.

On pourrait pour résoudre en partie ce problème envisager d'avoir un praticien référent (de même qu'il existe une assistante référente) dans chaque centre, prenant part au recrutement et à l'embauche du personnel, mais aussi au choix du laboratoire de prothèse, et à l'achat du matériel. Il pourrait prendre les décisions après validation des autres praticiens exerçant dans le centre. Il serait également tenu informé en cas de litiges avec un patient, ce qui permettrait d'éviter quelques dérives liées à la méconnaissance des obligations légales des praticiens.

La présence d'un dentiste référent ne résoudrait pas l'ensemble des désresponsabilisations du dentiste salarié, mais pourrait les diminuer. Néanmoins, cela soulèverait sûrement alors la question de la responsabilité du praticien référent versus celle du centre ou des praticiens non référents.

Bibliographie

1. Stéphanie Tamburini (05/03/2021) *quelles responsabilités pour un professionnel de santé salarié*. MACSF.
2. Beatrice Aknine, (2018) *le respect des obligations légales et réglementaires du chirurgien-dentiste*. Revue orthop Dento Faciale 2018, 52 : 235-253.

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

KATANA™ Zirconia

POUR DES RESTAURATIONS FIDELES A LA REALITE



Les matériaux en zircone de Kuraray Noritake sont exceptionnels dans la mesure où ils sont produits selon un processus interne de bout en bout - depuis la production de poudre jusqu'au pressage des disques, au pré-frittage et à l'étiquetage. Cela nous permet de contrôler chaque étape du processus et de garantir une pureté inégalée des matériaux, conduisant à la meilleure qualité de produit possible. Les excellentes propriétés du matériau vous permettront d'obtenir un résultat naturel et agréable à l'œil, même directement après le frittage.





**Prix
AO
France
2023**

Épidermolyse bulleuse héréditaire en médecine bucco-dentaire :

démarche thérapeutique et revue systématique de la littérature sur la réhabilitation prothétique



**Lauréate :
Salomé
Mascarell**

**Directrices de thèse :
Dr^s Lisa Friedlander
et Hélène Citterio**

Université Paris Cité

Introduction

L'épidermolyse bulleuse héréditaire (EBH) est une maladie rare, touchant entre 700 et 1000 individus en France. Cette pathologie se caractérise par une fragilité cutanéomuqueuse entraînant la formation de bulles en réponse au moindre contact mécanique, affectant la peau ainsi que les muqueuses, y compris la muqueuse orale. Une approche pluridisciplinaire tout au long de la vie des patients s'avère impérative afin de leur assurer un suivi médical, psychologique et social adapté.

Le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, dirigé par le Professeur Lescaille, se positionne en tant que Centre de Compétence pour les Maladies Rares (CRMAR) et accueille les patients souffrant d'EBH. Ces derniers bénéficient d'une prise en charge bucco-dentaire complète au sein de consultations spécialisées en maladies rares, sous la responsabilité du Docteur Friedlander. Certains patients ont rencontré des difficultés lors du suivi, marquées par des interruptions de soins, en particulier en raison de douleurs per-et post-opératoires, d'un désintérêt progressif pour leur santé bucco-dentaire, et d'une insatisfaction vis-à-vis des solutions thérapeutiques proposées. La réhabilitation prothétique de ces patients a soulevé des interrogations, notamment en ce qui concerne le choix des types de réhabilitations, pour lesquels un consensus scientifique fait actuellement défaut.

En collaboration avec la responsable de la discipline de réhabilitation prothétique, le Docteur Citterio, nous avons entrepris une étude approfondie de la problématique de la réhabilitation prothétique chez les patients atteints d'épidermolyse bulleuse héréditaire. Par le biais d'une revue systématique de la littérature, nous avons analysé le niveau de preuve et l'état de l'art traitant de cette thématique spécifique, dans le but de formuler des recommandations reproductibles permettant de fournir aux cliniciens des lignes directrices cliniques.

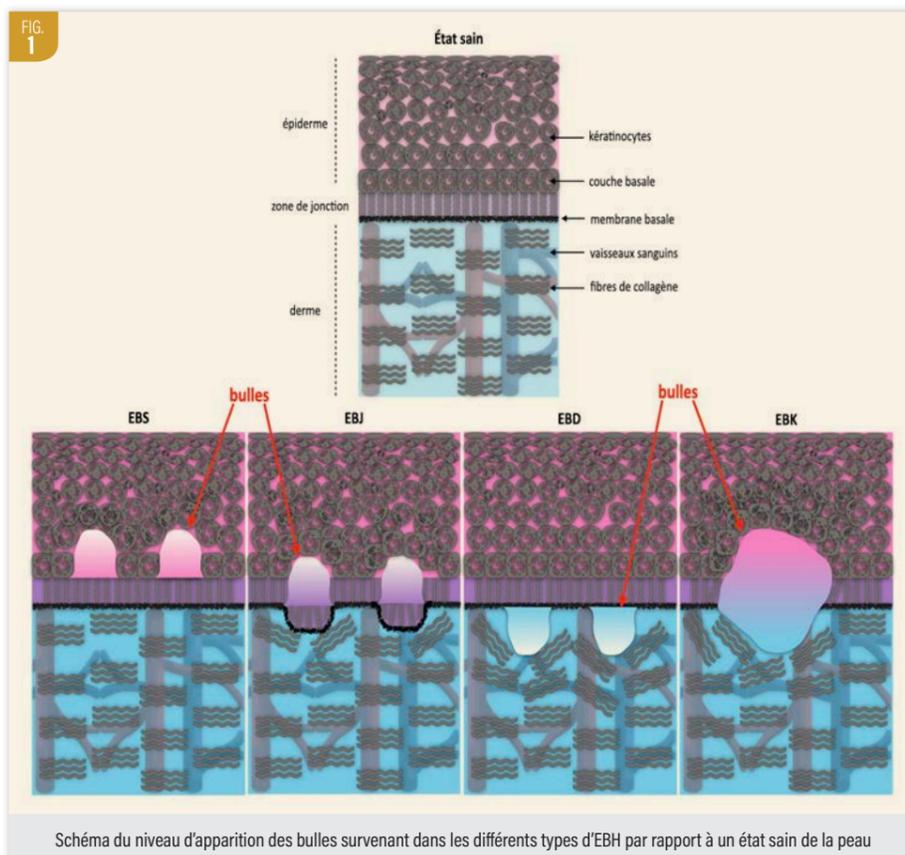


Schéma du niveau d'apparition des bulles survenant dans les différents types d'EBH par rapport à un état sain de la peau

L'épidermolyse bulleuse

Définition

L'EBH présente de nombreuses formes qui sont classées en 3 groupes : EBH simple (EBS), EBH jonctionnelle (EBJ) et EBH dystrophique (EBD). Cette classification est topographique en fonction de la localisation plus ou moins superficielle de la formation des décollements. Une forme multiple, le syndrome de Kindler (EBK), est également décrite (Fig. 1).

Atteintes cliniques caractéristiques

Les premiers signes de l'EBH apparaissent le plus souvent en période néonatale ou dans la petite enfance. La présence caractéristique de bulles cutanées et muqueuses est également un signe clinique présent dans d'autres pathologies, notamment bulleuses, nécessitant un médecin ou dermatologue spécialisé et renseigné sur l'EBH. Le diagnostic précis est établi, après une biopsie cutanée au niveau d'une bulle récente et sa périphérie.

L'élément clinique caractéristique de tous les types d'EBH est l'atteinte cutanée avec une fragilité mécanique de la peau et des muqueuses avec formation de bulles qui sérodent et laissent des cicatrices atrophiques de façon localisée ou généralisée. Le système musculo-squelettique est aussi impacté par l'EBH, majoritairement dans les formes récessives d'EBS, d'EBJ et d'EBD. Au niveau acral, on retrouve la formation d'un réseau dans l'espace interdigital qui mène à une pseudo-syndactylie progressive pouvant aller jusqu'à un enroulement de l'extrémité sur elle-même avec déformation « en moufle ». Ces retentissements musculosquelettiques provoquent une réduction de l'aptitude à la manipulation fine et perte de la préhension digitale.



Fibrose en réseau avec perte de dextérité digitale chez un patient atteint d'EBJ



Microstomie chez un patient présentant une EBD sévère

Consécutivement, l'hygiène bucco-dentaire devient difficile avec présence abondante de plaque dentaire conduisant à l'apparition de gingivite et de caries rampantes. Une étude a également observé une prévalence plus importante de la parodontite dans les EBH de Kindler.



Inflammation gingivale et mobilités des molaires chez une patiente atteinte d'EBK

La complication majeure de l'atteinte cutanée de l'EBH est le carcinome épidermoïde (ou cancer spinocellulaire ou carcinome à cellules squameuses). Les cancers cutanés se développent préférentiellement aux zones de cicatrisation atrophique chronique. Des infections, notamment staphylococciques, peuvent également apparaître au niveau des lésions cutanéomuqueuses. La microstomie et l'implication du tractus gastro-intestinal dans les différents types d'EBH entraînent une morbidité considérable avec des difficultés à l'alimentation et des sténoses sévères (œsophage, intestin grêle) causant une dénutrition.

Prise en charge bucco-dentaire

Cette maladie chronique rare n'a, à ce jour, aucun traitement curatif et possède un caractère dégénératif tout au long de la vie de l'individu. La douleur intense fait partie du quotidien des patients atteints d'épidermolyse bulleuse puisque la moindre friction sur la peau ou les muqueuses peut engendrer la formation ou l'éclatement d'une bulle, notamment en interne puisque le passage d'un aliment peut provoquer des blessures dans la bouche ou l'œsophage. Les actes bucco-dentaires peuvent être iatrogènes pour les muqueuses orales et occasionner des douleurs et des lésions aux patients atteints d'EBH.

En effet, la moindre traction jugale ou labiale lors d'un examen dentaire peut engendrer l'apparition ou la rupture de bulles muqueuses, les soins peuvent aussi induire des lésions gingivales. L'environnement buccal septique peut également conduire à une surinfection des lésions des muqueuses orales. Le recours à des solutions atraumatiques de la part du médecin bucco-dentaire est le seul garant de la compliance du patient pour un suivi dentaire régulier. Il faut éviter au maximum la formation de lésions muqueuses et privilégier la prévention par le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire (HBD). Dans les cas les plus sévères d'EBH, le chirurgien-dentiste doit savoir adapter gestes et instrumentation à la microstomie.

Les choix thérapeutiques notamment de réhabilitation prothétique doivent anticiper l'aggravation de la limitation d'ouverture buccale — par fibrose des tissus mous — tout en respectant les attentes fonctionnelles et esthétiques des patients.

Revue systématique de la littérature

Matériels et méthode

Une réhabilitation prothétique adaptée est primordiale — d'autant plus pour les patients atteints d'EBH qui sont sujets à des pertes dentaires prématurées — car permet d'avoir des répercussions positives bien plus larges que la seule sphère orofaciale à l'échelle du patient atteint d'EBH : amélioration de l'esthétique et de l'estime de soi, amélioration de la capacité à mâcher et avaler et diminution des douleurs orales. Il en découle une amélioration de l'état nutritionnel, le maintien d'une dentition fonctionnelle permettant une mastication efficace diminuant alors les dommages au niveau des tissus mous buccaux et œsophagiens lors de la déglutition, l'amélioration de la phonétique qui participe à la socialisation. Pourtant, chez l'adulte, aucun consensus scientifique n'est disponible concernant le choix de la réhabilitation prothétique la plus adaptée pour les patients atteints d'EBH. C'est ce manque de données scientifiques qui nous a poussés à faire une revue systématique de la littérature concernant la réhabilitation prothétique des patients atteints d'EBH avec cette question scientifique : quel est le niveau de preuve des articles traitants de la réhabilitation prothétique de patients atteints d'EBH ?

Nous avons élaboré une équation de recherche large : (epidermolysis bullosa [MeSH Terms]) AND ((dentistry [MeSH Terms]) OR (Dental Prosthesis [MeSH Terms])). Nous avons respecté les recommandations PRISMA, nous permettant d'identifier 147 études entre 1965 et 31 juillet 2022, à partir des bases de données officielles Pubmed, Cochrane et Web of Science ainsi que les sites google scholar et clinicaltrial en raison de la thématique très circonscrite.

Résultats

Vingt-trois études répondant aux critères d'inclusions définis en amont : (a) patient atteint d'EBH (b) traitement prothétique détaillé (c) résultat et/ou suivi décrits. Afin d'éviter des doublons et par souci de comparabilité des études, la synthèse des résultats a été dissociée entre les rapports et série de cas et les revues systématiques. Concernant les revues systématiques, elles reprenaient toutes les cas déjà analysés comme rapports de cas et les 4 avaient des objectifs très similaires avec des répétitions dont 2 revues qui étaient en réalité les mêmes mais une était la mise à jour de l'autre. Nous avons donc décidé d'extraire les données des 19 rapports de cas pour l'analyse protocolisée. Les rapports de cas étaient constitués de 64 patients correspondant à 80 réhabilitations prothétiques (uni ou biimaxillaire).

Les caractéristiques de la population de cette revue systématique étaient des patients âgés de 7 à 55 ans.

Avec près de 9 patients sur 10 souffrants d'un édentement complet.

Nous avons ensuite fait la synthèse des difficultés évoquées par les différents auteurs lors de la réhabilitation prothétique liées à l'EBH avec les difficultés les plus rencontrées et les plus complexes à gérer au niveau prothétique : (85 %) microstomie et fragilité muqueuse (30 %) ankyloglossie et oblitération du vestibule (5-10 %) atrophie osseuse, hypoplasie amélaire, anxiété des soins, caries rampantes, mauvaise hygiène, manque de complaisance et pathologies concomitantes.

En ce qui concerne les modalités de réhabilitation, il est observé une prédominance significative des réhabilitations implanto-portées, comptabilisant 85 % des cas, tandis que les réhabilitations amovibles et dento-portées représentent respectivement 10 % et 5 % des réhabilitations étudiées.

Les revues systématiques sélectionnées présentaient un niveau de preuves (échelle GRADE) modéré car elles ont été uniquement réalisées sur des cas cliniques ou séries de cas — sans analyse de leur qualité — suggérant un risque de biais de publication et de preuves insuffisantes des résultats. L'échelle de Pierson, Bradford Hills et Ottawa Newcastle modifiée semblait plus adaptée afin d'évaluer la qualité des différents rapports de cas et série de cas sélectionnés. Logiquement, les séries de cas présentaient une meilleure qualité que les rapports de cas avec un seul. Au sein des cas cliniques avec un seul patient décrit, ceux jugés de mauvaise qualité étaient principalement les articles où les étapes cliniques n'étaient pas décrites et non soutenues par des données de la littérature. Les articles de meilleure qualité scientifique se sont révélés être des séries de cas d'une même équipe avec des réhabilitations essentiellement implanto-prothétiques.

Discussion

Ce travail permet donc de répondre à notre question de recherche en considérant qu'unitairement chaque article ne revêt pas un niveau de preuve scientifique suffisant mais qu'analysés ensemble, cette revue systématique permet d'avoir un échantillon représentatif de la réhabilitation prothétique des patients atteints d'EBH avec la réhabilitation implanto-portée reposant sur les meilleures preuves scientifiques permettant d'en déduire des conduites à tenir.

Sur l'ensemble des rapports/séries de cas, les 64 patients suivis décrivaient principalement des effets fonctionnels et esthétiques bénéfiques avec un impact positif sur qualité de vie et leur santé générale. Au niveau fonctionnel les études révélaient qu'après la réhabilitation prothétique les patients avaient pu adopter un régime alimentaire solide grâce à une fonction masticatoire retrouvée ou

acquise. Ces éléments justifient l'importance d'une réhabilitation prothétique afin de permettre aux patients atteints d'EBH d'avoir un apport nutritionnel suffisant et une bonne fonction masticatoire qui sont des éléments indispensables pour éviter une dénutrition qui est une complication majeure de cette pathologie. Au niveau esthétique, ces mêmes patients ont été satisfaits de l'apport esthétique que conférerait la prothèse à leur visage avec une amélioration de l'estime de soi.

Pour le choix du plan de traitement prothétique, lorsque cela est possible, les réhabilitations conjointes conventionnelles ne présentent pas de contre-indications particulières. Cependant, nous constatons que les patients vus en consultation présentent souvent des édentements non compensés nécessitant une solution amovible ou assistée par implants. Dans le cadre de réhabilitation prothétique amovible d'usage, du fait de la microstomie et de la fragilité muqueuse, l'insertion et l'appui d'une prothèse amovible semblent iatrogènes pour les tissus mous.

Nous suggérons donc, dans la mesure du possible et en accord avec le patient, le recours à des solutions prothétiques assistées par implants pour compenser les édentements chez les patients atteints d'EBH. Les choix pour la réhabilitation d'une arcade avec une solution implanto-prothétique sont multiples : bridge complet transvisé sur implant, bridge complet scellé sur piliers implantaires, prothèse amovible complète supra-implantaire, prothèse complète amovo-inamovible avec barre de jonction transvisée et prothèse clipsée sur la barre. La PACSI présente un avantage économique indéniable et d'ordinaire l'hygiène bucco-dentaire peut s'avérer plus simple pour les patients. Seulement, la perte de la dextérité digitale dans certains cas d'EBH sévère peut rendre difficile l'insertion/désinsertion de la PACSI.

De plus, la PACSI nécessite une certaine hauteur prothétique minimale qui peut ne pas être atteinte en raison de la microstomie du patient. Les solutions fixées sur implants (bridges implanto-portés) semblent plus adéquates puisque la surface d'appui muqueux est réduite, elles ne nécessitent pas d'être insérées et désinsérées quotidiennement et permettent un confort fonctionnel et esthétique. L'HBD doit être possible pour le patient notamment grâce à des embrasures permettant le passage de brossettes. De plus, sur les 52 réhabilitations fixées sur implants de cette revue, tous les bridges ont été réalisés avec une arcade courte (limite distale deuxième prémolaire). Dans les articles les plus récents, les solutions transvisées sont préférées car permettent le recours à des solutions implanto-prothétiques à rattrapage d'axe. En effet, ces dernières années les laboratoires impliqués dans la confection des implants et de l'acastillage implantaire ont développé de nouvelles solutions permettant de rattraper l'axe défavorable d'un implant ou palier à une microstomie. Ainsi dans le cadre d'une microstomie, un

puits d'accès angulé en vestibulaire ou mésial (notamment dans les secteurs distaux) permet de faciliter l'accès à la vis prothétique mais peut demander une gestion esthétique au composite du puits d'accès après mise en charge de la prothèse.

La CFAO semble être un outil d'avenir pour la réhabilitation prothétique assistée par implants pour les patients atteints d'EBH permettant de planifier la pose d'implants, éventuellement préparer des guides chirurgicaux, réaliser les empreintes grâce à des caméras intra-orales et réaliser des prothèses fixées sur implants avec puits d'accès angulés facilitant la mise en place — en communication étroite avec le prothésiste —. Toutefois, dans les cas de microstomie sévère, les caméras intra-orales demeurent trop volumineuses et ne lèvent pas la problématique de la limitation d'ouverture buccale. L'approche sectorielle (empreintes et prothèses) reste parfois la seule possible malgré son manque de précision.

Conclusion

Chaque individu souffrant d'épidermolyse bulleuse héréditaire (EBH) doit faire l'objet d'une évaluation personnalisée, privilégiant des solutions durables adaptées à sa situation. Dans cette démarche d'individualisation des soins, il est ainsi recommandé, notamment pour les patients atteints d'EBH présentant une édentation totale, d'opter pour des solutions prothétiques transvisées sur implants. Cette recommandation s'appuie sur la capacité de ces dispositifs à permettre une planification, une conception, une fabrication et une adaptation assistées par ordinateur de la prothèse.

En perspective, les avancées technologiques futures viseront à réaliser des prises en charge complexes tout en minimisant au maximum les intrusions dans la sphère orale. Ce faisant, le patient demeure au centre du traitement, bénéficiant de thérapies axées sur la planification, l'anticipation et la résolution des éventuelles difficultés grâce à l'assistance informatique. Cette approche vise à faciliter les soins bucco-dentaires en limitant les perturbations dans la cavité buccale.

Les patients atteints d'EBH se révèlent être des candidats idéaux pour de telles thérapies à distance, étant donné que la moindre intervention dans la bouche peut entraîner des lésions. Ainsi, ces approches technologiques offrent une solution adaptée et prévenante pour répondre aux besoins spécifiques de cette population vulnérable.



TPbox
innovante & évolutive

Découvrir Approfondir Maîtriser

e-learning & présentiel





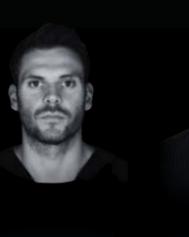
Dr Sébastien Melloul
Nice



Dr Marcel Decrequy
Calais



Dr Grégoire Vercruyse
Lille



Dr Matthieu Declercq
Lille



Dr David Norré
Bruxelles



préinscription & renseignements

Démarrage du parcours → **le 10 juin 2024**

Parcours de formation
CHIRURGIE GUIDÉE



Fait partie d'une



TROUVER LE PARTENAIRE DE VOS LIMES DE MISE EN FORME ? DÉFI RELEVÉ.

X-Smart® Pro+ Moteur d'endodontie avec localisateur d'apex intégré

Avec un localisateur d'apex intégré et la technologie Dynamic Accuracy™, le moteur offre des performances optimales en rotation continue et en réciprocity – la puissance allant jusqu'à 7,5 Ncm et 3 000 tr/min.

Le moteur X-Smart Pro+ dispose d'une LED intégrée de 10 lumens, d'un mini-contre-angle réglable sur 360° et d'une gaine métallique de pièce à main entièrement autoclavable. Le moteur d'endodontie X-Smart® Pro+ vous permet de vous concentrer sur la procédure et non sur les instruments et s'adapte facilement à votre pratique, avec une bibliothèque de limes de mise en forme entièrement personnalisable.



Carole Leconte enflamme AO Paris !

En janvier dernier s'est tenue la conférence de notre amie Carole Leconte portant sur la Reconstruction Osseuse Guidée (ROG). Ce fut une belle soirée pour commencer l'année avec également la remise du prix de thèse AO France / Dentsply Sirona. Si vous avez raté cette masterclass, Julien Biton, Thibaud Le Monnier et Léonard Sebbag vous en ont préparé le compte rendu !

Le constat du Docteur Leconte est simple : tous les biomatériaux marchent. Chacun a ses avantages, ses inconvénients, ses contraintes... mais tous fonctionnent. Le praticien est focus sur la technique et le volume, mais finalement ce qu'on cherche en implantologie (et donc en reconstruction osseuse) c'est l'ostéointégration de l'implant, avec un positionnement 3D cohérent, rien de plus.

Il est acté que l'os autogène est le gold standard. Mais en réalité les ostéocytes meurent à partir du moment où l'os est prélevé. L'os autogène devient donc *un biomatériau génial*.

Mais alors comment fonctionne la cicatrisation ? Que se cache derrière tout cela ? Pour y voir plus clair il est intéressant d'observer le **Bone to Implant Contact (BIC)**. Quel matériau a ses particules en contact étroit avec l'os natif et induit grâce au phénomène de cicatrisation de l'os vivant ?

Le biomatériau est une matrice mais toutes les matrices ne se valent pas. Ce que l'on constate c'est que le **traitement physico-chimique du substitut semble plus important que l'origine du donneur**.

Concrètement

Lorsqu'il y a beaucoup de collagène, la biostimulation est supérieure c'est-à-dire le chimiotactisme, la migration et l'adhésion cellulaires sont augmentés.

Une structure minérale avec des porosités préservées associée à une bonne résistance mécanique et élastique semblent être des critères intéressants. Enfin, le matériau doit être délipidé car les résidus de lipides deviennent cytotoxiques après le passage aux rayons gamma (ce procédé permet d'obtenir un matériau stérile). On comprend donc bien qu'un biomatériau rempli de lipides, revient à mettre en place un volume cytotoxique et inflammatoire impliquant alors une cicatrisation de mauvaise qualité ou retardée.

Il existe trois grands critères d'évaluation : clinique, radiologique et histologique.

Cliniquement, un os saignant, compact, ne présentant pas ou peu de résorption sur les têtes de vis sont tant d'éléments indiquant un os néoformé de qualité. **Il faut garder à l'esprit que le remaniement cellulaire dépend du patient et aujourd'hui la meilleure barrière reste le ramus.** Celui-ci est le moins cassant même lorsqu'il est fin. Radiographiquement le praticien doit rechercher une formation d'une néocorticale périphérique associée à la disparition de l'ancienne corticale ainsi qu'une trabéculatation dans la masse.

Histologiquement, des carottes prélevées en per op peuvent être analysées afin de rechercher de l'os néoformé en surface ainsi que d'observer le BIC. **Le BIC est en soi, le meilleur remède contre la péri implantite !**

Cliniquement et techniquement, certains points ont été abordés aux grès des cas cliniques.

Quelle gestion du saignement per opératoire ?
L'utilisation d'une anesthésie adrénalinée à 1/200 est suffisante afin de limiter l'ischémie des vaisseaux sanguins.

Qu'en est-il de la réalisation de perforations corticales ?

Une étude de 2014 (*Dorigatti et col.*) s'intéresse au sujet. Le groupe de patients sans perforation donne un os plus immature avec de larges espaces, peu de néoformation osseuse et une présence majorée de tissus fibreux à l'interface. Les premières traces d'ostéointégration os receveur/greffon ne sont observées que par endroits. En réalité, **la perforation de la corticale permet la libération de plus de 22 BMP aidant et stimulant la cicatrisation.** Ces perforations font 2 mm alors que précédemment celles-ci étaient plutôt de 0,4 mm (attention cependant à ne pas trop perforer la corticale et de se retrouver dans l'impossibilité de pincer notre membrane).



Réalisation d'une ROG associée à une lame de corticale allogénique

Quid de mélanger ?

Carole Leconte mélange souvent des biomatériaux xénogène et allogène, même si elle a une **préférence pour l'os allogénique sous la forme de cortico-spongieux en petites particules.** Dans sa pratique, elle proscrit le sérum physiologique pour hydrater son biomatériau mais préfère utiliser le sang du patient directement prélevé sur site (*l'eau salée c'est bon pour faire des pâtes !*).

Quelle membrane de collagène ?

Elle a presque tout testé et a arrêté son choix sur les membranes Creos qui semblent être plus résistantes.

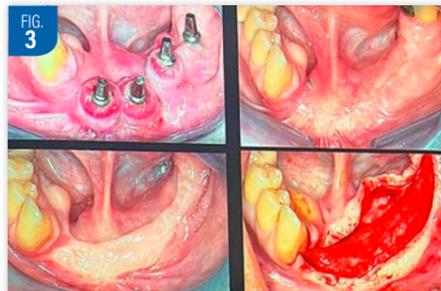
Quels pins ?

Il existe de nombreuses formes de pins. Les pins Mesinger présentent une bonne tenue notamment en lingual. Quoi qu'il en soit, un bon pins est un pins fin et surtout à fond !

Sur des cas complexes, quel ordre ?

Une ROG est d'abord réalisée (lors de la dépose des anciens implants ou sur un défaut important). Une greffe de gencive a lieu à 6 mois ce qui permet encore la maturation de la ROG (la résorption est limitée sous une greffe épithélioconjonctive) avant la pose d'implants 2,3 mois plus tard. Lors de la chirurgie implantaire, on peut se retrouver avec une crête

osseuse remaniée ayant une forme de hamac. **Il ne faut pas hésiter à corriger et greffer par-dessus et ainsi faire du deux temps chirurgical.** Ce processus de remaniement est tout à fait physiologique et dépend de nombreux facteurs. Il est important de rester humble face à la résorption car le patient qui a résorbé la greffe du confrère résorbera tout aussi rapidement la nôtre.



Étapes d'une reconstruction suite à un échec implantaire

Le délai de ré intervention est parfois pointé du doigt (pose des implants trop longtemps après donc l'os a disparu) mais en réalité **80 % des modifications du volume apparaissent pendant les 8 premiers mois ;** 8 premiers mois où il est compliqué de venir poser nos implants dans un os greffé encore immature.

Une ROG n'est pas de l'os. Le patient cicatrise en construisant de l'os si : le matériau est bon, la technique est bonne et que la santé du patient est bonne.

Le facteur patient est vraiment primordial, il faut savoir repérer les patients à risque et ne pas hésiter à tester leurs biologiques. Il est donc important de garder à l'esprit **qu'il ne s'agit pas d'une question de volume mais bien de qualité et donc de biologie.**

La soirée s'est terminée tardivement, Carole Leconte se prêtant aux nombreuses questions/réponses de l'assemblée.

ALCOOL - TABAC
JUNK FOOD
CÉLIBATAIRES
PERTE DE POIDS
FEMMES CAUCASIENNES
HOMMES >70ANS
ATCD FAMILIAUX OSTÉOPOROSE
CIRRHOSE FOIE
CROHN
PR
ATCD DE PARODONTITE

MANQUE D'EXERCICE PHYSIQUE
MÉNAPAUSE <45ANS
FAIBLE APPOINT DE CALCIUM-MG
PLUS DE 4CAFES PAR JOUR
EXCES DE SODAS
SOUSDOSAGE DE LEVOTHYROX
CORTICOIDES
CARENCES VIT D/C/K2
STRESS

Exemples de patients à risque

NFS
GLYCÉMIE
BILAN LIPIDIQUE
CRP
ALBUMINEMIE, PRÉALB
FERRITINE

GGT
PHOSPHATASE ALCALINE
VIT C, D, B6, B9, B12, D

TSH PTH T4
CALCÉMIE
MAGNESIUM ABS ATOMIQUE

Exemple de bilan sanguin



Julien Biton



Thibaud Le Monnier



Léonard Sebbag



Carole Leconte avec André Sebbag et l'équipe de Dentspy Sirona (Peggy Roussel, Mihaela Crisan et François Loiseau) partenaire du prix de thèse AO France



Julien Biton, 1^{er} cotisant 2024, avec Catherine



Audrey Ohayon entourée de Franck Sebban et Patrick Lellouche



Salomé Mascarell, lauréate, avec l'une de ses directrices de thèse, Hélène Cittério



Carole entourée de Serge Zagury et Franck Bellaïche (nouveau membre du bureau)



Jacques Bessade, Jean-Pierre Curiel, Brigitte Erghott et Carole



Jean-Pierre et Philippe Monsénégo



La présidente Géraldine Fima Liti entourée de l'équipe Global D



Au centre Kadya Sy et Alexandre Tahar



Stéphane Marburger (Yélo Dental), Franck et Julien avec notre intervenant



Patrick Attar et Daniel Ittah



Sacha Mellul, Xavier Bensaïd et Sydney Boulbil



Ludovic Ache



Avec Yaël Lellouche



Serge, Michel Niddam, Laurent Temmam et Ary Karsenty



Joseph John Baranes (président conseil Ordre départemental Paris) bien entouré !



Nicolas Obtel (lauréat) et ses fans !



Belle surprise de retrouver Claude Bernard Wierzba, avec sa fille Stéphanie, Franck, Marion Canonica et la présidente



Dan Zerbib et Cyril Perez avec Shira Amiel Assayag



Alain Chalom et Steeve Tapiero



N. Obtel avec son directeur de thèse, Nathan Moreau et André Sebbag



Michael Aboulker entouré de Yohan Boussard (DPI) et Lionel Puderbeutel

Félicitations aux 5 lauréats du prix de thèse AO France / Dentsply Sirona

Nicolas Obtel, Salomé Mascarell, Thibaud Le Monnier, Clarisse Chen et Marie Jannot (absente) avec François Loiseau (Dentsply Sirona) et le président du jury, André Sebbag



Faites un geste pour la planète :
**REGROUPEZ VOS
COMMANDES !**



**PRACTICE
GREEN**

1

JE PASSE COMMANDE
AUPRÈS DE MON CONSEILLER

2

JE CHOISIS MA DATE
DE LIVRAISON

3

JE COMPLÈTE MA COMMANDE
AUTANT DE FOIS QUE JE LE SOUHAITE

4

JE REÇOIS TOUS MES
PRODUITS EN UNE SEULE FOIS !



Éric David, 1^{er} conférencier 2024 pour le chapitre Strasbourg

La soirée a débuté, comme nous en avons malheureusement pris l'habitude, par une intervention en direct d'Israël d'un de nos anciens membres Remy Metzger. Il nous a fait un point sur la situation de la société civile qui se révèle très solidaire vis-à-vis des familles endeuillées et des victimes, mais aussi vis-à-vis des combattants courageux.

Puis ce fut le tour de notre conférencier Éric David. Il s'est spécialisé en implantologie et parodontologie, et dans l'esthétique du sourire. Il est responsable du service d'implantologie du CHI de Villeneuve-Saint-Georges (94), directeur du Diplôme Universitaire d'Implantologie de l'Université d'Evry-Val-d'Essonne, et directeur du Diplôme Universitaire d'implantologie Orale et Maxillo-faciale de l'Université Paris est Créteil.

Il est venu à Strasbourg nous parler des sinus en implantologie : **le sinus est-il un obstacle ?**

Éric David nous a d'abord présenté sa gestion des extractions et des alvéoles, qui par un apport d'os allogénique, permet d'éviter beaucoup d'interventions dans le sinus (lift).

Les soulevés de sinus par voie crestale (Summers) sont une solution simple pour augmenter la hauteur d'os néoformé. Au-delà de 3 mm, l'abord latéral s'impose.

La qualité de cette présentation, argumentée par la littérature faisant foi, a séduit l'auditoire attentif à 100 %. Merci à Éric David pour son désir de transmettre avec générosité et humilité.

Thierry
Roos



Rémy Metzger en direct d'Israël avec le président Philippe Lévy



Éric David



Une audience attentive

L'approche pluridisciplinaire de la réhabilitation du sourire avec Albert Pinto

Nous mettons tout en œuvre pour que la qualité de nos conférenciers soit sublimée par un accueil chaleureux et une ambiance confraternelle et amicale autour d'un cocktail dînatoire apprécié. Nos fidèles partenaires répondent encore présents et nous les en remercions chaleureusement. Cette année, nous avons d'ailleurs décidé de rajouter une « cotisation bienfaiteur » pour les membres qui

ont envie de nous soutenir et de s'impliquer encore plus dans nos actions caritatives. **Commencer notre nouveau cycle de conférences 2024 en compagnie d'Albert Pinto a bien sûr été un grand honneur car ce chantre de l'esthétique, de l'élégance et de la recherche de la perfection, a donné une dimension particulière à cette première soirée de l'année.**

Nous avons eu le plaisir de recevoir de nouvelles recrues attirées par l'aura d'Albert et les commentaires des participants à l'issue de la conférence ont été unanimes et dithyrambiques ! Albert maîtrise parfaitement son sujet et les différentes disciplines nécessaires pour une réhabilitation esthétique du sourire (ortho, chirurgie paro, implanto, prothèse, cosmétique...). Vous l'aurez compris : ce virtuose à l'œil acéré nous a bluffés et nous

Corinne Attia
Présidente



lui sommes sincèrement reconnaissants d'avoir accepté de venir à Lyon pour nous « enchanter ». À suivre prochainement notre conférence sur le thème : Créez une équipe gagnante avec Cyril Gaillard.



Une partie du bureau avec Albert. Félicitations à Romane Touati, membre du bureau et toute jeune maman d'un petit Amos



Samuel Bouchoucha (trésorier) avec Chloé Dahan



Sarah, Johanna Benchetrit et Jonathan Hakimi



Estelle Amouyal, en charge des comptes rendus !



Arnaud Michel entouré par Andréa Melki et Sarah Benchetrit



Marc Berdoug, Erika Rousset, Arnaud Allegrini et Pierre Ange Guglielmi



Notre doyen Bernard Dratler avec Julien Klein



Nos partenaires Dentall Project et Crown Céram



Hervé Touati avec Samuel



Brigitte Farahat et David illouz



Notre ami orthodontiste Hervé Poulet

Cette conférence a porté sur l'approche pluridisciplinaire de la réhabilitation du sourire, un sujet d'une importance capitale dans notre pratique quotidienne.

Notre conférencier a brillamment abordé les différentes disciplines impliquées dans le processus complexe de restauration du sourire. De la dentisterie restaurative à la chirurgie muccogingivale et implantaire, en passant par la prothèse dentaire et l'orthodontie, chaque aspect a été méticuleusement exploré pour répondre aux demandes esthétiques variées des patients. Lorsqu'un patient se présente avec une demande esthétique, notre objectif est de rechercher une harmonie

et un équilibre personnalisés, loin de toute tendance à vouloir cloner une apparence célèbre. Pour cela, nous nous appuyons sur une analyse approfondie du contexte esthétique global, en utilisant divers outils tels que les photos du patient, les logiciels comme les Digital Smile Design (DSD), les scanners 3D, les empreintes Wax up, et le dessin. Pour commencer, l'analyse faciale nous permet d'examiner les lignes de référence, telles que la ligne interpupillaire, la ligne intercommissurale et la ligne médiane mais aussi les proportions du visage, l'angle naso-labial, le type de profil et les éventuelles disharmonies. Puis lors de l'analyse dento-labiale, nous évaluons la position du bord libre des incisives centrales (sourire à courbe

positive ou négative), la longueur des dents, la gencive marginale et la ligne du sourire. En ce qui concerne l'analyse buccale, nous examinons les proportions dentaires (longueur, largeur), les embrasures, la position des points de contact, l'axe des dents, les lignes de transition, l'état de surface, les caractérisations du bord libre, la luminosité et l'opalescence. Albert Pinto a illustré ses propos par plusieurs cas cliniques, mettant en lumière les solutions thérapeutiques envisageables. Chaque cas nécessite une approche pluridisciplinaire coordonnée, garantissant au patient une prise en charge optimale et personnalisée. La planification esthétique devient capitale avant toute réhabilitation prothétique. La coordination avec les

spécialistes est donc primordiale pour guider le positionnement idéal des couronnes dentaires, ainsi que celle des contours gingivales. La décision thérapeutique ne pourra être validée qu'une fois la prévisualisation acceptée par le patient et l'équipe soignante. Cette conférence nous a non seulement permis d'approfondir nos connaissances, mais surtout de renforcer notre engagement envers nos patients, en offrant des soins dentaires de qualité.

Estelle Amouyal



Voyage de solidarité AO en Israël du 5 au 12 mai

À l'initiative de Marion Ammar, présidente AO Marseille

- ♦ **TARIF** : 2600 € en chambre double, 500 € de supplément en single (assurance médicale & rapatriement)
- ♦ **TARIF sans hôtel** : 1435 €
- ♦ **Le tarif comprend** : Vol A/R Elal de Paris ou Marseille, 7 nuits au Dan Panorama, Bus VIP et accompagnateur tout au long du séjour, et guide pour les visites, 5 déjeuners (snacks) + 2 dîners (BBQ et dîner final dans un restaurant de Tel Aviv)
- ♦ **Le tarif ne comprend pas** : dons pour le BBQ, visite de Jérusalem, shabbat plein à l'hôtel et tout ce qui n'est pas inscrit dans le programme.
- ♦ **Renseignements auprès de Marion** : marionammar@hotmail.com

DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SHABBAT	DIMANCHE
Tel-Aviv	Tel-Aviv	Tel-Aviv	Tel-Aviv	Tel-Aviv	Tel-Aviv	Tel-Aviv	
	Bénévolat agricole	Bénévolat agricole	Visite du Sud d'Israël touché le 7 octobre avec le journaliste et guide Michael Illouz	Bénévolat agricole	Journée libre		
Accueil et transfert à l'hôtel Welcome drink	Visite de Tel Aviv		Visite du Kibboutz Yad Mordekhai. Qu'est-ce qu'un kibboutz ? Rencontre avec des habitants à Netive Haassara		ou	Shabbat libre	Retour vers l'aéroport
Erev Yom Hashoa	Une compréhension d'Israël en 3 étapes : Rothschild, les débuts du Sionisme - Florentine, Street Art - La place des Otages	Conférence Alpha Omega	Visite de Sederot, une ville sous les missiles Rencontre avec des habitants, site de Nova		option visite guidée à Jérusalem		
Conférence d'introduction	Et des rencontres...		BBQ dans une base de Tsahal	Dîner final			
	Soirée libre	Soirée libre					
Hôtel Dan Panorama Tel-Aviv	Hôtel Dan Panorama Tel-Aviv	Hôtel Dan Panorama Tel-Aviv	Hôtel Dan Panorama Tel-Aviv	Hôtel Dan Panorama Tel-Aviv	Hôtel Dan Panorama Tel-Aviv	Hôtel Dan Panorama Tel-Aviv	

Introduction à la chirurgie plastique parodontale avec Grégoire Chevalier

À l'occasion de la dernière conférence Alpha Oméga Paris Jeunes, le mardi 30 janvier dernier, nous avons eu le privilège d'accueillir le Dr Grégoire Chevalier à Garancière.

Grégoire Chevalier, parodontiste exclusif en pratique libérale à Paris, Chef de Clinique en Parodontologie à l'Hôpital Charles-Foix, et enseignant au sein du Diplôme Hospitalier de Parodontologie et d'Implantologie, a partagé son expertise avec plus de 80 étudiants lors de la conférence *Introduction à la chirurgie plastique parodontale*.

La présentation du Dr Chevalier, articulée autour de dix conseils essentiels et d'études de cas chirurgicaux, a offert aux participants une première approche détaillée vers la pratique de la chirurgie plastique parodontale. En utilisant des supports visuels comprenant six films datant des 3 derniers mois, il a offert aux participants une expérience presque en direct de l'application de sa technique chirurgicale, tout en mettant en lumière les concepts fondamentaux nécessaires pour aborder cette discipline avec confiance et sérénité.

Il nous a prodigué une série de 10 conseils essentiels lors de sa présentation :

1. Jamais de greffe sans thérapeutique étiologique.
2. Recruter des patients compétents.
3. Démarrer par des cas simples.
4. Connaître ses limites.
5. Porter les loupes tous les jours.
6. Utiliser le fil et le matériel appropriés.
7. Prendre toutes ses chirurgies en photo.
8. Travailler la géométrie de ses sutures.
9. Refaire toute suture incorrecte.
10. Travailler son endurance en tant que praticien.

La chirurgie plastique parodontale se déploie en trois grandes catégories, chacune dotée de techniques spécifiques et de considérations cliniques distinctes.

Chirurgies de substitution tissulaire : cette approche vise à restaurer les tissus parodontaux sans nécessiter un recouvrement complet des zones traitées. Elle comprend des techniques telles que les lambeaux déplacés apicalement, les greffes épithélio-conjonctives de substitution et les élongations coronaires. Elles consistent en la création de tissu kératinisé, autrement dit le changement de muqueuse alvéolaire en tissu kératinisé.

Chirurgies de recouvrement : contrairement à la première catégorie, le recouvrement implique le placement de tissus pour couvrir (partiellement ou entièrement) les zones avasculaires. Parmi les techniques associées, on retrouve les lambeaux déplacés coronairement et latéralement, les greffes de conjonctif enfoui et les greffes épithélio-conjonctives de recouvrement.

Chirurgies liées à l'implantologie : cette catégorie se concentre sur les interventions parodontales liées à la présence d'implants dentaires. Elle inclut des techniques telles que les lambeaux déplacés apicalement et coronairement, ainsi que les greffes de conjonctif enfoui et les greffes épithélio-conjonctives.

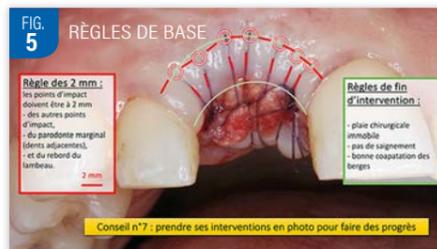
Le Dr Chevalier insiste sur plusieurs conseils essentiels pour garantir le succès des interventions de chirurgie plastique parodontale.

- **Préparation préalable des patients :** avant toute intervention chirurgicale, il est impératif de préparer les patients sur le plan parodontal. Cela implique un diagnostic précis avec bilan rétro-alvéolaire long cône et sondage, ainsi que la mise en œuvre d'une thérapeutique étiologique, garantissant ainsi l'indication appropriée de la chirurgie (Fig. 1).



FIG. 3 ÉCHELLE DE DIFFICULTÉ

Liste non exhaustive	OK	ATTENTION	ALERTE
Santé générale	Bonne santé	Antidépresseurs, diabète	Tobac
Contrôle de plaque	IP < 30%	Difficulté locale	IP > 20%
Facteurs liés au patient	Demande esthétique	Raconnaître	Évolue
Maintenance parodontale	Régulière	Irregularité	Instabilité
Médecine	Équilibré	Ris	
Site	Antérieur	Postérieur	
Facteurs liés au site	Obstacles anatomiques	Sans obstacle	Exposés
Tissu kératinisé	Présence	Absence	
Papilles	Large	Fines	
Facteurs liés à la récession	Nombre	Unitaire	Multiples
Classification	Classé	RT1	RT2 RT3
Tous dentaire	JAC intacte	Lésion d'usure	



- **Sélection des patients compétents :** un aspect souvent sous-estimé mais crucial est la sélection de patients compétents. Il est essentiel de reconnaître que les compétences et les comportements des patients jouent un rôle déterminant dans le succès des interventions. En effet, toutes les actions entreprises lors de la prise en charge initiale des patients se révèlent être des investissements précieux pour les procédures ultérieures de chirurgie plastique.

Par exemple, il est bien établi que le brossage traumatique constitue l'un des principaux facteurs de récurrence après une greffe gingivale. Ainsi, il est impératif de prendre en considération les compétences et les habitudes d'hygiène bucco-dentaire des patients dès le début de leur suivi. De plus, il est important de souligner que la cicatrisation après une greffe de gencive est un processus délicat et fragile. Le consentement éclairé des patients revêt donc une importance capitale, car il permet de les informer sur les réalités de l'intervention et d'établir des attentes réalistes quant aux résultats possibles. Il est essentiel de souligner qu'il n'existe aucune garantie de recouvrement à 100 %, même avec des techniques chirurgicales avancées. Les compétences des patients peuvent être regroupées en trois catégories distinctes.

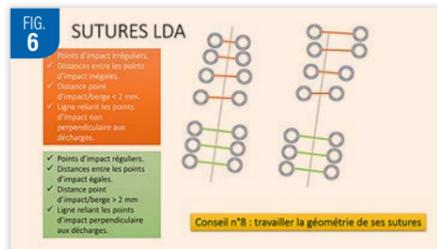
Compétences parodontales : elles englobent la capacité des patients à maintenir un contrôle efficace de la plaque dentaire, à effectuer un brossage non traumatique et à respecter les recommandations de délais de maintenance parodontale.

Compétences chirurgicales : il s'agit notamment de la capacité des patients à gérer leur anxiété avant et pendant l'intervention, à rester immobiles pendant la durée nécessaire de la procédure et à suivre les instructions post-opératoires pour assurer une guérison optimale.

Compétences intellectuelles : elles impliquent la capacité des patients à avoir des attentes esthétiques raisonnables, à comprendre les pronostics des interventions chirurgicales et à consentir de manière éclairée à la procédure proposée.

Il est essentiel que les praticiens évaluent soigneusement les compétences et les attentes de leurs patients dans chacune de ces catégories afin de garantir le meilleur résultat possible et d'éviter les complications post-opératoires.

- **Démarrer par des cas simples :** il nous encourage à débiter par des cas simples pour réduire l'anxiété, à la fois du praticien et du patient. Il recommande



également une veille bibliographique continue pour rester à jour sur les dernières avancées et techniques en chirurgie plastique parodontale (Fig. 2).

- **Connaître ses limites :** la conscience des limites personnelles est cruciale pour garantir des résultats optimaux et éviter les complications. Chaque cas doit être évalué avec soin, en tenant compte de la complexité technique et pratique des interventions (Fig. 3).

Les défis les plus significatifs, quels que soient les cas, sont invariablement liés aux incisions (en épaisseur partielle) et aux sutures (utilisant du fil 6.0 sur des tissus très fins). Ces procédures exigent à la fois un effort manuel et intellectuel considérable. Il est primordial de s'exercer régulièrement, idéalement sous des loupes d'au moins x2,5, afin de perfectionner ses compétences. La présence d'un tissu kératinisé adéquat est également essentielle pour garantir le succès des greffes.

En ce qui concerne les incisions et les sutures, leur caractérisation précise et leur exécution méticuleuse sont essentielles pour assurer une cicatrisation optimale.

Incisions

Effort intellectuel

Il est crucial de caractériser chaque incision en détail, en spécifiant sa situation (par exemple, intra-sulculaire), sa trajectoire (par exemple, rectiligne) et la direction de la lame (par exemple, perpendiculaire à l'os).

Effort manuel

Une pratique progressive est recommandée, notamment en s'exerçant à lever des lambeaux à chaque extraction (Fig. 4) et en réalisant une année minimum de chirurgie en pleine épaisseur avant de se lancer dans des cas en épaisseur partielle. **G. Chevalier insiste : on ne peut commencer la chirurgie plastique parodontale**

qu'avec une grande maîtrise de la pleine épaisseur. La documentation photographique de chaque étape est vivement conseillée, de même qu'un compagnonnage dans le cadre d'un Diplôme Universitaire (DU) si possible.

Sutures

Effort intellectuel

La caractérisation minutieuse des sutures est essentielle, en tenant compte de la géométrie des points d'impact pour positionner correctement les tissus et en assurant une immobilisation suffisante pour éviter les saignements et les caillots épais.

Effort manuel

Une pratique progressive est également recommandée pour les sutures, en commençant par suturer de manière soignée toutes les extractions, en utilisant une précelle de Baky dans la main gauche.

Concernant le conseil numéro 6 sur l'utilisation du bon matériel, il est essentiel que tout chirurgien-dentiste désireux de faire de la chirurgie plastique parodontale dispose des instruments appropriés. Instruments indispensables :

- Les pinces Castroviejo et De Baky sont indispensables pour manipuler tout fil de suture inférieur à 4.0.
- Les ostéotomes, tels que les modèles « Allen, de Zuccheli et de Sculean », sont nécessaires pour réaliser des tunnels précisément.

Choix du fil de suture, deux facteurs doivent être pris en compte lors du choix :

- La forme de la pointe, qui peut être une micropointe ou tapercut.
- La nature du fil, avec des options telles que le Vicryl rapide, qui ne glisse pas bien pour les sutures multiples, le Prolène, qui offre une meilleure glisse ce qui complique la tenue des nœuds, et le Monocryl 5-0 résorbable, qui constitue un compromis idéal entre les deux.

Il est crucial que les points d'impact des sutures soient positionnés à 2 mm :

- Des autres points d'impact.
- Du parodontite marginal (dents adjacentes).
- Du rebord du lambeau.

Enfin, des règles strictes (Fig. 5) doivent être suivies pour conclure une intervention avec succès : la plaie chirurgicale doit être immobile ; il ne doit y avoir aucun saignement résiduel ; les berges de la plaie doivent être correctement coaptées. Ces directives garantissent un processus de guérison optimal et contribuent à la réussite globale de l'intervention chirurgicale.

Enfin, les conseils 7 à 10 soulignent l'importance de documenter chaque intervention, de travailler la géométrie des sutures (Fig. 6), de se concentrer sur les techniques de chirurgie mini-invasive et d'endurance, et de corriger toute suture incorrecte.

La conférence s'est terminée par un moment de questions/réponses privilégiées avec le conférencier.



Gauthier Chapon

Marie Jannot



Grégoire Chevalier avec le bureau AOPJ



Laurent Elbeze, fondateur de Stu'Dent Formation

Julien Biton est allé à la rencontre de Laurent Elbeze, ancien président AO Toulouse & fondateur de la formation Stu'Dent

AONews. Cher confrère ma première question est simple, qui est Laurent Elbeze ? Quel est votre parcours ?

Laurent Elbeze. Un personnage atypique... dyslexique, je suis fier d'avoir réussi à être dentiste... De fil en aiguille, j'ai commencé à être impliqué dans la vie associative étudiante, puis moniteur, chargé d'enseignement, président d'AO Toulouse, et grâce à la confiance de certains, assistant hospitalo universitaire... ce qui m'a donné le goût de la transmission... Maintenant je suis fier d'avoir, avec Cathy Gerber, créé Stu'dent Formation, qui est un centre de formation à Toulouse, mais qui accueille des confrères de la France entière.

AON. Aujourd'hui vous avez un exercice orienté vers la dentisterie esthétique, comment en êtes-vous arrivé là et avez-vous eu un ou plusieurs mentors ?

L.E. Beaucoup de gens m'ont encouragé et aidé. Je pense notamment à Alain Auther qui m'a vraiment donné ma 1^{re} chance... D'autres cliniciens sont aussi des exemples que j'essaie de suivre.

Actuellement ma locomotive est surtout poussée par un groupe d'amis avec qui nous avons créé une certaine bienveillance. Grégory Camaleonte, Gauthier Weisrock et Christophe Ghrenassia en font partie... Je pense aussi à Gil Tirlet qui, même si je ne suis pas un de ces disciples, est toujours de bons conseils.

AON. Vous avez monté votre cabinet, le cabinet dentaire d'Occitanie et vous avez passé le cap du laboratoire de prothèse intégré au cabinet, une grande tendance en ce moment dans les cabinets de groupe. Qu'est-ce que ça vous apporte au quotidien ? Est-ce que votre exercice a été transformé grâce à cela ?

L.E. Joker... ! On y voit tous les avantages... dont le fait d'avoir les prothésistes à demeure. Avec le recul (plus de 12 ans) on a écrémé les difficultés aussi (c'est compliqué de gérer des salariés sans vraiment connaître le métier de prothésiste...).

AON. Vous qui faites principalement de l'esthétique, est-ce que vous travaillez en numérique ? Si oui pourquoi et si non pourquoi ne pas sauter le pas ?

L.E. Bien sûr que le numérique a une part importante dans mon exercice. Mais pas dans un objectif de vendre des plans de traitement mais vraiment d'optimiser les protocoles.

AON. Vous êtes donc le président et fondateur de Stu'Dent Formation, qu'est-ce qui vous a donné envie de monter cet organisme ?

L.E. J'ai toujours eu l'amour de la transmission. Je pense aussi que les gens qui m'entourent me font confiance dans les formations que je propose. Stu'Dent Formation s'est créé naturellement... c'est mon ADN.



Laurent Elbeze avec Cathy Gerber

AON. Vous enseignez aussi dans des diplômes universitaires d'esthétique en France et en Belgique. Pour vous la formation privée c'est complémentaire à ce type de formation ? Quels sont les plus et les moins de chacune des deux options ?

L.E. Outre l'honneur de participer à des DU, c'est pour moi identique : des dentistes qui ont envie d'améliorer leur quotidien au cabinet dentaire.

AON. Quels types de formations proposez-vous ?

L.E. En tant que formateur, l'éclaircissement et taches blanches, et usures dentaires. Chez Stu'Dent Formation, les formations sont assez larges, de l'esthétique à la paro, en passant par la radioprotection et le CBCT...

AON. Quel profil postule pour vos formations : plutôt praticiens expérimentés ou les petits nouveaux qui sortent de la fac ? Est-ce que ces formations s'adressent à tous ?

L.E. Les deux profils ! C'est intéressant d'avoir dans une même salle des confrères qui ont de l'expérience et d'autres qui viennent en chercher... Parfois cela nous pousse, nous formateurs, dans nos retranchements...

AON. Enfin quel conseil donneriez-vous à nos jeunes confrères qui voudraient démarrer en dentisterie esthétique ?

L.E. D'être patient et pas brûler les étapes. Le plus dur est de se familiariser avec les morphologies...

Se former et se lancer, et surtout se faire plaisir !

Propos recueillis par
Julien Biton



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**



AVEC CAPSULE À ACTIVATION FACILE



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

Les aides optiques | 2^e volet

Paul Azoulay

Dans ce second volet concernant les aides optiques (retrouvez le 1^{er} dans AOnews #62), nous vous proposons une introduction du Dr David Bensoussan, l'un des utilisateurs précurseurs en France de ce type de matériels. Il nous expose son point de vue, en particulier sur les microscopes opératoires. Bonne lecture

Le microscope opératoire (MO)

Ce n'est pas une alternative aux loupes, mais un équipement indispensable en endodontie conventionnelle et chirurgicale. En dentisterie générale et en chirurgie parodontale c'est un plus incontestable. De la même façon que nous n'envisageons pas de regarder les étoiles et les planètes à l'œil nu, il en va de même à partir du moment où on cherche à être le moins mutilant possible.

Pour bien voir il faut grossir, et quand on grossit il faut éclairer le champ de vision.

Si on voit ce que l'on doit faire, on a une chance de réussir, en revanche si on ne voit pas correctement, l'échec est au bout de l'instrument.

Le MO a été introduit de façon routinière en dentisterie depuis maintenant plus de 3 décennies. Les premiers à l'avoir utilisé sont les endodontistes pour la microchirurgie. En effet le MO (microscope opératoire)

permettait d'avoir le grossissement et l'éclairage coaxial, ce qui est indispensable pour aller travailler à l'extrémité des racines, pour faire une ostéotomie à minima, arriver à ne réséquer que quelques millimètres de la racine, préparer une cavité à retro et la remplir avec un matériau d'obturation adapté.

Bien évidemment l'instrumentation a dû s'adapter et il est toujours très étonnant de voir un monde jusque-là inconnu de nous.

Son utilisation s'est rapidement étendue à l'endodontie par voie conventionnelle, qu'elle soit de première intention pour la recherche des entrées canalaires ou pour le retraitement lors de l'élimination des obstacles iatrogènes.

Toujours en fonction de son type d'exercice on optera pour le matériel le plus adapté : grossissement par paliers ou zoom, distance de travail et binoculaires

inclinables ou fixes. C'est un poste important sur lequel il y a peu d'usure, donc ne pas hésiter sur la qualité des optiques et de l'éclairage, ni sur le confort d'utilisation. Quand on travaille plusieurs heures par jour sous microscope on ne le regrette pas.

La possibilité de prendre de la documentation (photo et/ou vidéo) est un plus incontestable, qui présente un intérêt médico-légal, la possibilité de communiquer aisément avec les patients ou les praticiens référents. De plus, c'est un outil qui nous permet de progresser dans notre exercice en devenant plus exigeant. Se dépasser, c'est la seule course qui ne finit jamais pour plagier une campagne publicitaire d'un constructeur automobile.

Comme pour tout, il y a une courbe d'apprentissage qui est d'autant plus courte que l'usage est fréquent. Mais

la dentisterie contemporaine ne peut pas faire l'impasse sur son utilisation quotidienne et les industriels doivent continuer à développer une instrumentation adaptée.

La précision du geste augmente de façon significative, les suites et les résultats postopératoires tant en dentisterie conservatrice qu'en chirurgie. Certains résultats n'étaient pas envisageables il y a 40 ans.

L'avantage principal du MO est que quel que soit le rapport de grossissement il n'y a pas de fatigue oculaire car on regarde à l'infini.

En conclusion : changez de métier et entrez dans le monde de la microdentisterie et de la microchirurgie !

David Bensoussan

Les microscopes*

3 MC-CONCEPT CJ OPTIK

Depuis 2007, CJ-Optik est devenue l'une des sociétés les plus performantes dans le domaine de la microscopie dentaire. Ergonomie, lumière LED, stabilité, optique performante, connectique étudiée sont les qualités principales de leurs trois modèles : Modèle Flexion Basic, Modèle Flexion Advanced et Modèle Flexion Advanced Sensor Unit.



www.3mc-concept.fr
01 47 09 60 18 | contact@3mc-concept.fr

KAELUX

Le PRIMA DNT PARO-ENDO de KAELEX by LABOMED est un microscope opératoire performant, optimisé et simplifié possédant des optiques de qualité allemande, un éclairage LED ultra-performant et de différents réglages. Totalement modulable, il est utilisable en toutes positions. L'éclairage se coupe automatiquement lors de la mise en position haute du bras. Un potentiomètre rotatif permet de régler l'intensité lumineuse.



www.kaelux.com
06 89 58 46 91 | info@kaelux.com

ODENTIK EXAM-VISION

Microscope de marque Global A Série avec un nouveau système de contrôle AXIS TM, performant et entièrement évolutif, compact et design, simplifie la prise en main et optimise l'ergonomie, disponible en 4 ou 6 niveaux de grossissement, image d'une précision remarquable, diagnostics plus précis, éclairage Led ou Xénon. 3 filtres de série : neutre, orange et vert. Ses 5 fixations possibles vous garantissent une mise en place optimisée.



odentik-medical.fr
04 32 62 01 49 | secretariat@odentik.fr

UNINOVIA ADMETEC

La gamme ALLTION : ANGEL 100 poignée multifonctions, AM-5000 VF tout d'un grand, AM-2000V essentiel pour tous et l'AM-6000 lz plus abouti.



www.uninovia.fr
07 72 22 56 90 | contact@uninovia.fr

VET Vision Equipment Technology

Spécialistes depuis 15 ans pour le conseil, la commercialisation, l'installation et la formation des microscopes opératoires dentaires, nous proposons des démonstrations digitales privées des produits en direct de notre show-room. On vous explique en direct toutes les possibilités et toutes les fonctions disponibles sur nos gammes : ZEISS : OPMI PICO, EXTARO 300 et OPMI PRO ERGO, LEICA : M320 et M 320 Tube bas et LABOMED : PRIMA Mu et PRIMA DNT.



www.v-e-t.fr
04 50 73 88 63 | infos@v-e-t.fr

ZEISS

Avec le ZEISS EXTARO® 300, votre vision sera augmentée, votre posture sera améliorée et votre efficacité préservée. Un microscope dentaire peut également optimiser votre vision et réduire la fatigue oculaire. L'OPMI Pico contribue activement à éviter les tensions de la nuque et du dos. L'OPMI PROergo en est l'illustration. Le mécanisme Free Float Magnetic System permet des manœuvres sans effort.



www.zeiss.fr/med
01 34 80 20 00 | med.fr@zeiss.com

ZUMAX

La conception compacte du Zumax OMS 2050 offre une multitude de fonctionnalités, notamment un grossissement par zoom continu, un éclairage LED intégré aux couleurs vraies et une intégration de caméra 4K en option. Haute qualité d'image grâce à une excellente optique. Offre une liberté de mouvement pendant le travail. L'éclairage LED du microscope opératoire comporte quatre tailles de spots lumineux réglables, ce qui vous permet de mieux voir les zones touchées.



www.diffusion-laser.com
06 11 41 70 20 | contact@nf-diffusion.com



Les caméras sur lunettes loupes*

BISICO SURGITEL

Caméra Surgitel chirurgicale HD

La SurgiCam® HD peut être équipée de trois options de grossissement : 2x, 3x, 5x. Enregistrez et diffusez vos procédures du point de vue d'un clinicien. Le système vidéo SurgiCam HD monté sur loupe de SurgiTel permet à un clinicien d'enregistrer les procédures tout en encourageant une posture de travail saine et sûre.



www.bisico.fr | 04 90 42 92 92
svce.commercial@bisico.fr

DESIGN FOR VISION France

Distribué par 4 MED

Cette NANOCAMHD est facile d'utilisation. Possibilité d'ajouter une vidéo haute définition 1080p et des photos au dossier des patients. Diffusion à l'ensemble de l'équipe. Systèmes à trois objectifs interchangeables : 2,5x, 3,5x et grand angle pour s'adapter au grossissement utilisé par le chirurgien. Un outil précieux pour l'enseignement. Éclairages : LED Day-Lite® UltraMini et couleur corrigée pour améliorer les images vidéo. Microphone avec fonction de mise en sourdine. Poids total de la caméra avec l'éclairage : 42,5 g. Fonctionnement mains libres avec confirmation audio d'enregistrement, pause.



www.designsforvision.fr
01 60 44 05 05
info@designsforvision.fr

EYE RESOLUTION

Caméra Vidéo pour lunettes loupes binoculaires, haute résolution, grossissement x3, qui ne pèse que 12 g. Image haute définition qui fournit un streaming vidéo en direct ainsi que la possibilité d'enregistrer des photos ou des vidéos. Avec une résolution HD de 1280x720, c'est un très bel outil pour communiquer avec son patient, référer des patients, archive médico-légale, formation entre collègues etc. Construction en métal durable, désinfection facile, microphone incorporé.



www.eye-resolution.fr
02 97 44 02 09
contact@eye-resolution.fr

ODENTIK EXAM-VISION

La caméra OXO 4K sur loupes vous accompagne lors de vos interventions. Un concentré d'ergonomie, d'innovation et de précision dans 38 grammes seulement avec une qualité d'image professionnelle. Capteur Sony IMX377 et objectifs 4k avec Lens de 25 ou de 16 mm, au choix. Grâce au stabilisateur électronique de l'image, l'EIS stabilise vos gestes pour réduire les tremblements. Grâce à la connexion Wi-Fi, téléchargez toutes vos prises de vue directement sur votre smartphone. La caméra est vendue avec la batterie.



www.odentik-medical.fr
04 32 62 01 49
secretariat@odentik.fr

THOMMEN MEDICAL STARMED

STARCAM est une caméra haut de gamme qui permet des enregistrements haute résolution conformes aux normes médicales, des images fixes d'une résolution allant jusqu'à 13 millions de pixels et une stabilisation d'image numérique. En tant que première caméra Full HD portable au monde, StarCam permet de documenter les traitements et les opérations du point de vue du praticien, fournissant ainsi du matériel exceptionnel pour les présentations, la formation et les procédures cliniques.



www.thommenmedical.com
01 83 64 06 35 | christophe.
bouffartigues@thommenmedical.fr

Scialytiques avec caméra grossissante*

ADPG IMPORT

Distributeur exclusif de G.COMM

IRIS VIEW, c'est le nouveau scialytique à Leds avec caméra vidéo intégrée Full HD qui permet d'agrandir et de visualiser la zone opératoire (combinaison de 8 lentilles LED), de filmer et d'enregistrer l'intervention, de régler les fonctions à distance, sans changer son mode de travail ou de suivre un long apprentissage. Équipé d'une caméra vidéo avec résolution Full HD (1920 x 1080 px) dotée d'un autofocus avec un zoom optique 30x. Une rotation de 180° du clavier de commande permet à l'opérateur de l'utiliser de différentes positions et rend plus facile la sélection des 3 programmes préenregistrés.



www.adpg-import.fr
04 90 84 00 94 | contact@adpg.fr

EKLER

2 modèles : ELIO HDM (microscope) et le modèle ELIO HD60 (pour l'omnipratique). Vidéos de présentation à consulter sur le site. Éclairage scialytique avec caméra intégrée Elio SD40 Ekler



www.ekler.fr
01 34 80 64 90 | info@ekler.fr

FARO

Concept visio eva v-cam

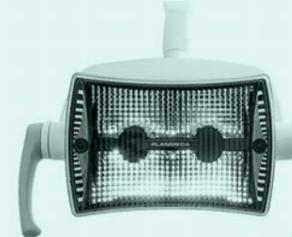
La performance de l'éclairage conjuguée à l'exigence d'une caméra 4k de dernière génération. Filmez vos interventions. Libérez votre salle de soins grâce au zoom puissant et la qualité d'image. Visualisez comme un microscope, mise au point d'une profondeur importante et permanente sur l'ensemble de la zone. Protection juridique et archives : avec un simple clic sur votre pédale pour les actes et soins de votre choix. Éclairage scialytique avec caméra et appareil photo intégré Eva V-Cam 4K Faro



www.farofrance.com
03 85 77 96 80
farofrance@farofrance.com

PLANMECA

La lampe Planmeca Solanna® est réputée pour ses caractéristiques d'éclairage supérieures et sa facilité d'utilisation. Deux caméras 4K entièrement intégrées ont été ajoutées pour créer Planmeca Solanna® Vision afin de prendre des images et des vidéos avec un zoom numérique et des microphones intégrés. Vous pouvez enregistrer les séances de traitement et utiliser ces enregistrements, par exemple pour éduquer vos patients, pour consulter vos collègues ou pour documenter les informations de traitement. Tout est automatiquement stocké dans le logiciel Planmeca Romexis® pour un accès facile.



www.planmeca.com
02 07 79 55 00
sales@planmeca.com

ZENIUM

ZYO II est une lampe scialytique à Leds. Face aux nouveaux protocoles médicaux intégrant la vidéo pour assister les chirurgiens-dentistes dans leurs interventions, ZYO est l'outil par excellence inventé pour répondre à leurs attentes y compris celles de plusieurs facultés dentaires. Respectueux de la morphologie du corps, ZYO II est doté d'une caméra 4K ou Full HD numérique avec un zoom puissant et devient le matériel de diagnostic très précis pour informer le patient. Il permet de travailler en indirect via un moniteur d'une manière plus ergonomique.



www.zenium.fr
03 83 55 67 37 | contact@zenium.fr

Conclusion

Dans un monde dentaire qui se projette de plus en plus vers un exercice numérique, le praticien se doit d'être encore plus critique pour la qualité de ses actes cliniques qui restent, principalement encore pour l'instant, du domaine des process manuels. Pour pouvoir vérifier la valeur du résultat de son travail, chaque praticien aura de plus en plus besoin de s'appuyer sur toutes les opportunités que les dispositifs de grossissements et la lumière lui apporteront.

Plus que jamais toutes ces aides optiques seront les garantes d'un travail sans reproche et avec le moins de défauts possibles. Les progrès permis grâce aux LED pour la lumière et l'optique et le numérique pour une qualité exceptionnelle de l'imagerie nous offrent une panoplie d'outils remarquable qui nous fait progresser dans nos actes quotidiens. Nous vivons déjà dans le tout petit, nous avancerons désormais dans le monde de l'ultra-petit et au plus près des réalités cliniques. L'avenir thérapeutique s'ouvre en grand...

Paul
Azoulay





SOCIÉTÉ DES CENDRES

Depuis 1859

FORMATIONS LASERS

Découvrez nos lasers diodes et erbium, des outils indispensables pour des interventions dentaires efficaces et confortables.



FORMATIONS : L'UTILISATION DES LASERS
DANS VOTRE PRATIQUE QUOTIDIENNE

LYON

21 JUIN 2024

PARIS

13 JUIN 2024

Pour en savoir plus, contacter la SDC : +33 (0)1 49 61 41 41
ou votre commercial de secteur.



www.sdc.fr

DOCTOR
SMILE

La parole aux assistantes



J'ai repris avec le plus grand plaisir cette page destinée à mes collègues assistants et assistantes dentaires. J'ai pris le parti de communiquer sous forme de brèves et nous serions ravis avec le journal de vos réactions en tant que lecteurs à nous adresser pour rendre cette page encore plus interactive...



Cécile Carrier – Assistante dentaire dans un cabinet libéral, négociatrice en commission paritaire pour la formation professionnelle (vice-présidente) et en commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation pour les cabinets dentaires chez Force Ouvrière

La prime de secrétariat remplacée par le module administratif

La prime de secrétariat a disparu en janvier 2022, elle a été remplacée par le module administratif. Elle était sujette à de nombreux conflits entre employeur/salarié, n'étant pas cadrée et chacun l'interprétait à sa façon... Donc cela a abouti, après réflexion collègue employeur et collègue salarié, à la création de ce module.

Clin d'œil d'assistante : souvent cette prime était accordée pour reconnaissance, pour des raisons diverses et variées mais sous un autre format !

vous changez d'employeur, cette prime ne vous sera plus attribuée et vous serez dans l'obligation de passer le module administratif pour en bénéficier.

Le module administratif, mention complémentaire, sera rémunéré selon un forfait, sur le salaire de base.

Vous pouvez consulter sur Légifrance :
https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000041480294

Qu'est-ce que le module administratif ?

Module de 100 heures dans lequel seront développées les compétences suivantes :

- accueil,
- rédaction, saisie de documents,
- comptabilité,
- aide à la gestion d'entreprise,
- secrétariat technique.

Pour les assistantes, ce que vous devez savoir.

- Si vous avez plus de 50 ans et vous justifiez de plus de 5 ans de la prime de secrétariat, de fait elle vous est acquise. Cependant vous devez faire un courrier cosigné avec votre employeur à la CPNEFP (Commission Paritaire Nationale et de la Formation Professionnelle) pour demander la validation de ce module.
- Si vous avez obtenu la prime de secrétariat avant janvier 2022 et que vous êtes toujours dans le même cabinet, celle-ci sera conservée telle quelle. Mais si



Quid du préavis de 10 jours ?

Pour le préavis de 10 jours sans justificatif, en cas de démission pour un contrat CDD ou CDI, cet avantage n'existe plus. Dorénavant la réduction du préavis se fera sur 30 jours calendaires, avec un justificatif. Ce délai court à partir du jour où le salarié informe son employeur.

Interruption du préavis en cours d'exécution

Le salarié ayant au moins 6 mois de présence dans l'entreprise qui trouve un emploi avant l'expiration du préavis déjà entamé peut, sur présentation de justificatif, réduire son préavis à 30 jours calendaires. Ce délai court à partir du jour où le salarié informe son employeur, par écrit daté accompagné du justificatif.

Petite annonce

Cède cabinet au 1^{er} juillet 2024
cause retraite, région Nord Seine et Marne limitrophe Oise,
proche Roissy CDG. Très forte demande dans ce secteur.

Présentation de la patientèle possible, prix à négocier.

sbdenta@orange.fr



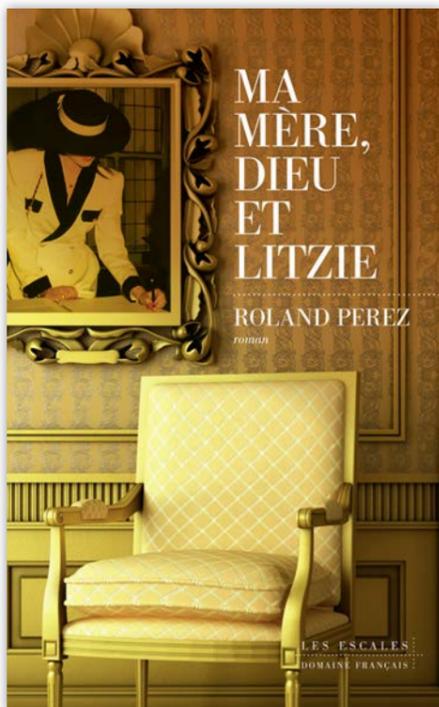
Ma mère, Dieu et Litzie



Roland Perez | Éditions Les Escales

La différence entre une mère juive et un pitbull ? Parfois le pitbull peut desserrer son étreinte...

Roland Perez, célèbre avocat et animateur de radio et de télévision, nous livre avec ce roman à nouveau autobiographique la suite du drôlissime *Ma Mère, Dieu et Sylvie Vartan*. À cinq ans, Roland ne marche toujours pas. Il a un pied bot. L'opération à sa naissance a été un échec et les médecins affirment qu'il ne pourra jamais marcher. Il vit dans une HLM du XIII^e arrondissement de Paris avec sa famille juive séfarade d'origine marocaine. Roland ne peut sortir, si ce n'est dans les bras de sa mère. Très croyante et surprotectrice, (en tant que mère juive, ne serait-ce pas un pléonasse ?) elle le garde à l'écart du monde extérieur. L'appartement est devenu son territoire, et c'est en regardant la télévision qu'il découvre le monde... et Sylvie Vartan. Grâce à l'acharnement et la foi profonde de cette mère juive qui se battra contre vents, marées et médecins, elle consultera les plus grands spécialistes et alors qu'il a six ans, un miracle se produit : il réussit enfin à marcher ! Quelques décennies plus tard il deviendra même l'avocat de Sylvie Vartan !



Dans cette suite, c'est sa vie d'étudiant et de jeune avocat que l'auteur nous retrace avec la même sensibilité, la même verve et le même humour. Esther, sa mère est toujours omni présente, c'est ainsi qu'elle prépare ainsi tous les shabbats : *de la tchoutchouka qu'elle préparait le vendredi, des poivrons en lamelles qu'elle faisait griller des heures durant, des pommes de terre en dés qu'elle baignait dans la harissa, des aubergines revenues à la poêle ou encore du mélange d'œufs, de thon et de mayonnaise qu'on étalait sur la hallah moelleuse, encore chaude, qu'Esther confectionnait chaque vendredi matin. Lorsqu'elle pétrissait la pâte, elle n'oubliait jamais d'implorer Dieu pour qu'il protège ses enfants, son mari et qu'il guérisse nos proches malades. Sainte Esther ! Certains, j'en suis sûr, reconnaîtront ici leur mère !*

Litzie va s'éteindre trop jeune mais reste immortelle dans le cœur de son mari. Roland Perez lui dédie des pages émouvantes et d'une grande tendresse. L'amour de ses enfants le maintiendra debout, c'est ainsi qu'il s'adresse à eux après le décès de leur mère : *Ecoutez-moi bien, les enfants. C'est comme si on venait de nous amputer d'une jambe, mais c'est pas pour autant qu'on ne va pas marcher, courir et sauter des obstacles ! Il y en a qui gagnent des marathons avec une seule jambe.*

Roland Perez a une belle plume et contrairement à ce qu'on pourrait penser en lisant ce qui précède, son histoire ne tombe jamais dans le pathos, au contraire c'est une leçon d'humanité et d'amour, racontée avec humour. Litzie vit en lui, elle est sa bonne étoile, elle continue de guider ses pas, comme une présence miraculeuse.

Nos sages disent quand quelqu'un meurt : tant qu'on parle de la personne disparue, elle continue à vivre parmi nous.

Joël
Iitic



C'est Esther encore, qui va jouer les entremetteuses entre les deux étudiants, Roland et Litzie pendant les Pâques juives. Elle est sous le charme de la jeune femme, lui est en pâmoison. Mais Litzie est mariée. Ainsi commence leur grande histoire d'amour. Malgré des va-et-vient amoureux, Litzie après son divorce, s'amourache un temps du meilleur ami de Roland, qui lui, trop timide pour lui avouer son amour, papillonne au gré de flirts éphémères. Roland et Litzie vont enfin se trouver, ils vont même associer leurs vies professionnelles et ils auront trois enfants.

Litzie est solaire, éblouissante, pleine du bonheur de vivre. Ils filent le parfait amour jusqu'à ce que la maladie s'immisce dans leur vie. Frappée d'un cancer foudroyant,

AUGMENTATION DES TISSUS MOUS



NovoMatrix™ Matrice de reconstruction tissulaire – Le matériau de nouvelle génération

NovoMatrix™ Matrice de reconstruction tissulaire est une matrice dermique acellulaire produite à partir de derme porcine indiquée pour l'augmentation tissulaire.

Le processus de fabrication breveté LifeCell™ permet de conserver l'intégrité biomécanique du tissu d'origine, ce qui est critique pour supporter la régénération tissulaire.

Indications

- Augmentation du tissu attaché autour des dents et des implants
- Reconstruction de la crête alvéolaire pour la restauration prothétique
- Régénération tissulaire guidée en cas de défauts de récession pour le recouvrement radiculaire

Caractéristiques du produit

- Épaisseur toujours égale des tissus (1 mm)
- Préhydratée
- Source contrôlée

www.biohorizonscamlog.com

Avant toute utilisation, les praticiens doivent examiner toutes les informations sur les risques, qui peuvent être trouvées dans les instructions d'utilisation jointes à l'emballage de chaque matrice de reconstruction tissulaire NovoMatrix™. NovoMatrix™ est une marque de LifeCell™ Corporation, une filiale d'Allergan. ©BioHorizons. Certains produits présentés ou décrits dans la présente publication ne sont pas disponibles dans tous les pays.

Pour toute commande et pour tout renseignement veuillez composer
le 02 47 68 95 00



Save the date

Convention internationale AO

alphaomega@ortra.com



AO
JERUSALEM
2024
Where Tradition
Meets Innovation

STAND WITH US

24-28 DECEMBER
2024





Les dentistes 2.0

Auparavant, la question du parcours d'études d'un chirurgien-dentiste était bien moins préoccupante. Après 6 années d'études, en passant par le concours commun aux études de médecine, nous devenons diplômés. Une grande majorité préférerait exercer l'omnipratique dans des cabinets libéraux de 1 ou 2 fauteuils avec une assistante dentaire polyvalente qui cumulait les fonctions d'assistante dentaire et de secrétaire médicale. Les patients voyaient ces cabinets davantage comme une maison médicale à taille humaine, avec un dentiste qui les suivait jusqu'à la retraite. Aujourd'hui les mœurs ont changé.

La notion de spécialité en dentaire commence à prendre de plus en plus d'ampleur. Des endodontistes, des parodontistes, des pédodontistes, des orthodontistes, des implantologistes, des chirurgiens oraux se réunissent dans des structures complexes, qui font plus penser à des cliniques privées dorénavant. Certains dentistes n'hésitent pas à se définir comme « expert en dentisterie esthétique » en réponse aux nouveaux besoins de la société actuelle.

La densité de dentistes à Paris est tellement importante par rapport à la province qu'il est important de se différencier pour pouvoir remplir son planning.

Pour cela, la bataille sur les réseaux sociaux, la rédaction d'articles ou encore la participation à des conférences fait rage !

D'autres préfèrent au début de leur exercice la facilité, et n'hésitent pas à travailler dans un centre dentaire. Il semblerait que de nombreux centres dentaires peinent aujourd'hui à recruter des dentistes expérimentés.

Ainsi, nous pensons que l'omnipratique dans les grandes villes se meurt. Cependant, certaines zones dites « déserts médicaux » manquent encore

cruellement de dentistes, où l'omnipratique cette fois-ci prime.

Alors, où irez-vous travailler ? ☺



Roman Licha,
6^e année



David Naccache,
interne

Selfies AO



Votre dîner idéal réunirait...
Amies et bien sûr à l'improviste

Vos trois films incontournables
Esprits rebelles (John N. Smith)
Intouchables (Naccache et Tolédano)
Léon (Besson)

Vos trois livres fétiches
Le cercle des poètes disparus (Nancy Kleinbaum)
Chiens perdus sans collier (Gilbert Cesbron)
Guy Gilbert

Une chanson de votre vie
Je te donne

Votre insulte favorite
Euh j'en ai pas

Votre madeleine de Proust culinaire
Tarte citron meringuée

Un héros... réel ou imaginaire
Justice

Salé ou sucré ?
Les deux mon cap'tain

Une passion, un hobby ?
Le travail, procrastiner

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Ni l'un ni l'autre

Vos vacances de rêve
Des livres et une cabane dans les bois

Accro au net... ou pas ?
Du tout

Votre dernier coup de foudre
Une personne exceptionnelle

Dans une autre vie, vous seriez
Une est déjà bien assez !

Enfin, une adresse à recommander
Le Cadichon Charbonnière, Les bains (69)



Votre dîner idéal réunirait...
Elvis, Joséphine Baker, Scott Fitzgerald
et Michel Serrault pour le fun

Vos trois films incontournables
La cité des anges (Brad Silberling)
Fight club (David Fincher)
Moulin Rouge (Baz Luhrmann)

Vos trois livres fétiches
Les Enténébrés (Sarah Chiche)
L'inachevée (Sarah Chiche)
Les alchimies (Sarah Chiche)

Une chanson de votre vie
Somewhere over the rainbow

Votre insulte favorite
Tu es intelligent... mais asymptotique !

Votre madeleine de Proust culinaire
Le gigot d'agneau de ma grand-mère Olga

Un héros... réel ou imaginaire
De tout temps, la femme

Salé ou sucré ? Salé

Une passion, un hobby ?
Le champagne !

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Sur tous les terrains !!

Vos vacances de rêve
Les années 90 en Bretagne

Accro au net... ou pas ?
Juste ce qu'il faut...

Votre dernier coup de foudre
Ce matin, en disant bonjour à ma femme

Dans une autre vie, vous seriez
Laura ☺

Enfin, une adresse à recommander
Domaine de champagne Fredestel, village de Trépail,
au cœur de la montagne de Reims



Votre dîner idéal réunirait...
Une petite table dans un bistrot parisien avec mon mari et
E. Hemingway, à refaire le monde jusqu'au lever du jour

Vos trois films incontournables
Minuit à Paris (Woody Allen)
Sur la route de Madison (Clint Eastwood)
Rocky (Sylvester Stallone)

Vos trois livres fétiches
L'alchimiste (Paolo Coelho)
L'Eternel Combat (P' Sami Sandhaus)
Enseignements sur l'Amour (Thich Nhat Hanh)

Une chanson de votre vie
Somewhere over the rainbow

Votre insulte favorite
Jamais ! c'est une faiblesse

Votre madeleine de Proust culinaire
Les bons petits plats de mon père

Un héros... réel ou imaginaire
L'altruiste

Salé ou sucré ? Salé

Une passion, un hobby ?
Le champagne, le mien bien sûr, Kairos !

Sportif sur canapé... ou sur le terrain ?
Terrain ! Du ring de boxe au court de tennis

Vos vacances de rêve
La route 66 sur ma Harley Davidson

Accro au net... ou pas ?
Accroc non, mais par nécessité...

Votre dernier coup de foudre
Le 15/01/2009

Dans une autre vie, vous seriez
La même !

Enfin, une adresse à recommander
Le restaurant le Cénacle à Toulouse, 1 étoile Michelin, un
jeune chef prometteur et mon champagne à la carte !



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.

PREMIUM® CLASS EVOLUTION



MELAG, LE CHOIX DE LA CONFIANCE

Les +

Gain de Temps et d'Énergie

Nouveau système de Séchage DRYtelligence®

Jusqu'à 80% de temps économisé

Process optimisé

Accueil de charges de 9 à 70 Kg !

Traçabilité intégrée

La série Evolution dispose d'un logiciel de traçabilité



Équipement fabriqués
suivant normes et directives :

2006/42/CE (Directive Européenne)

EN 285 (Grands Stérilisateur)

EN 13 060 (Petits Stérilisateur)

EN 11607 - 2 (Thermosoudeuses)

DIN EN ISO 15883 (Appareils de Nettoyage & Désinfection)

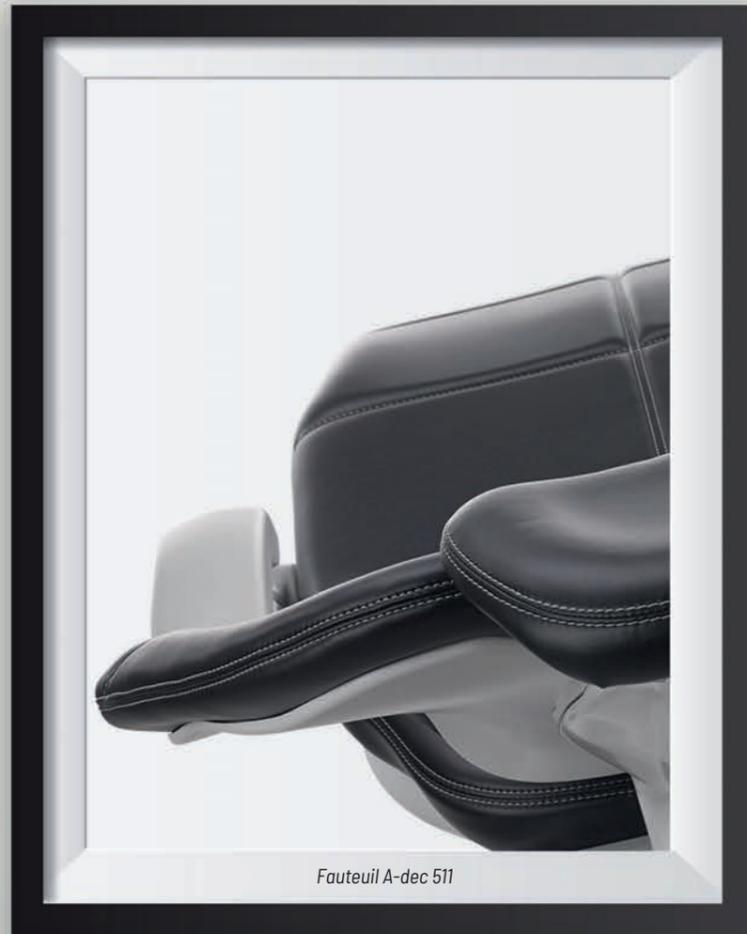
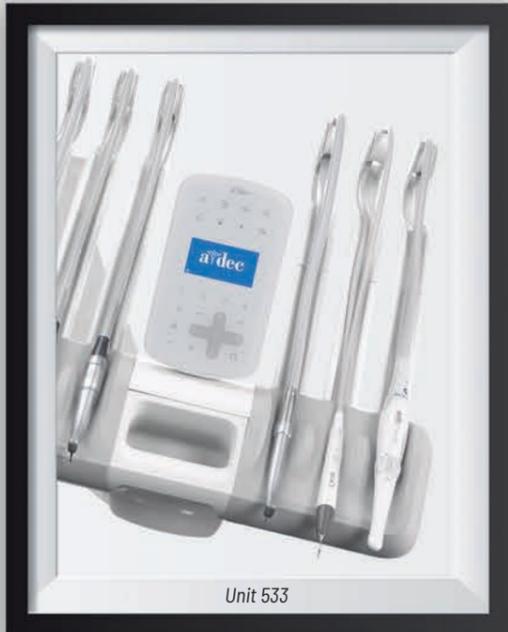
93/42/CEE Classe IIa (Directive Européenne Produits Médicaux)

CONTACT : 01 39 98 35 20 | info@melagfrance.fr

www.melagfrance.fr

60 a dec®

MOVING DENTISTRY FORWARD



A-dec, 60 ans d'innovation au service de l'art dentaire

a dec®
reliablecreativesolutions™

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