Mise en place de consentements en odontologie prothétique en milieu hospitalier

Maëlys Cabrera

▶ **To cite this version:**

Maëlys Cabrera. Mise en place de consentements en odontologie prothétique en milieu hospitalier. Chirurgie. 2019. dumas-02285222

HAL Id: dumas-02285222

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02285222

Submitted on 12 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

Mise en place de consentements en odontologie prothétique en milieu hospitalier

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 09 juillet 2019

par

CABRERA Maëlys
née le 10 mars 1992
à AIX-EN-PROVENCE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur B. FOTI

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. RUQUET
Monsieur le Docteur P. TAVITIAN
Monsieur le Docteur T. DRAUSSIN

ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

Mise en place de consentements en odontologie prothétique en milieu hospitalier

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 09 juillet 2019

par

CABRERA Maëlys
née le 10 mars 1992
à AIX-EN-PROVENCE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur B. FOTI

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. RUQUET
Monsieur le Docteur P. TAVITIAN
Monsieur le Docteur T. DRAUSSIN

Faculté d'Odontologie
Aix*Marseille Université

ADMINISTRATION

Mise à jour : février2019

DOYENS HONORAIRES	Professeur	R. SANGIUOLO†
	Professeur	H. ZATTARA
	Professeur	A. SALVADORI
DOYEN	Professeur	J. DEJOU
VICE – DOYEN CHARGE DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION INITIALE	Professeur	J.D. ORTHLIEB
VICE – DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE LA RECHERCHE	Professeur	C. TARDIEU
DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE	Professeur	V. MONNET-CORTI
CHARGES DE MISSION RELATIONS INTERNATIONALES	Professeur	A. RASKIN
RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES	Madame	K. LEONI

LISTE DES ENSEIGNANTS

56ème SECTION :
DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Professeur	C. TARDIEU *	*Assistant*	H. AL AZAWI
Maître de Conférences	D. BANDON	*Assistant*	E. CASAZZA
Maître de Conférences	A. CAMOIN		
Maître de Conférences	A. CHAFAIE		
Maître de Conférences associé	I. BLANCHET		

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Maître de Conférences	M. LE GALL *	*Assistant*	M. BARBERO
Maître de Conférences	J. BOHAR	*Assistant*	I. CAMBON
Maître de Conférences	J. GAUBERT	*Assistant*	D. DORISON-BACHET
Maître de Conférences	C. PHILIP-ALLIEZ	*Assistant*	L. LEVY
		Assistant	R. MATTERA
		Assistant	M. VINAÏ

56.02 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

Professeur	B. FOTI *	*Assistant*	T. DRAUSSIN
Professeur	D. TARDIVO		

57ème SECTION : CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

57.01 CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

CHIRURGIE ORALE

Maître de Conférences	P. ROCHE-POGGI*	*Assistant*	R. CASTRO
Maître de Conférences	J. H. CATHERINE	*Assistant*	M. HADJ-SAID
Maître de Conférences	D. BELLONI	*Assistant*	Y. ROMANET
Maître de Conférences	F. CAMPANA		
Maître de Conférences associé	R. LAN		

PARODONTOLOGIE

Professeur	V. MONNET-CORTI *	*Assistant*	A. BOYER
		Assistant	C. DUMAS
		Assistant	S. MELLOUL
		Assistant	L. THOLOZAN

BIOLOGIE ORALE (Responsable Pr. Imad ABOUT)

Maître de Conférences	P. LAURENT	*Assistant*	C. LE FOURNIS

58ème SECTION : REHABILITATION ORALE

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur	F. BUKIET *	*Assistant*	B. BALLESTER
Professeur	H. TASSERY	*Assistant*	H. DE BELENET
Maître de Conférences	G. ABOUDHARAM	*Assistant*	A. DEVICTOR
Maître de Conférences	M. GUIVARC'H	*Assistant*	S. MANSOUR
Maître de Conférences	C. PIGNOLY	*Assistant*	L. MICHEL-ROLLET
Maître de Conférences	L. POMMEL	*Assistant*	V. PILLIOL
Maître de Conférences	E. TERRER		

PROTHÈSE

Professeur	M. RUQUET *	*Assistant*	N. CHAUDESAYGUES
Maître de Conférences	G. LABORDE	*Assistant*	M. DODDS
Maître de Conférences	M. LAURENT	*Assistant*	C. MANSUY-DALMAS
Maître de Conférences	G. MAILLE	*Assistant*	C. MENSE
Maître de Conférences	B.E. PRECKEL	*Assistant*	A. REPETTO
Maître de Conférences	G. STEPHAN	*Assistant*	A. SETTE
Maître de Conférences	P. TAVITIAN	*Assistant*	F. SILVESTRI
Maître de Conférences	A. TOSELLO		

FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

Professeur	J. DEJOU	*Assistant*	M. JEANY
Professeur	J. D. ORTHLIEB *		
Professeur	A. RASKIN		
Maître de Conférences	T. GIRAUD		
Maître de Conférences	A. GIRAUDEAU		
Maître de Conférences	B. JACQUOT		
Maître de Conférences	J. P. RÉ		

65ème SECTION :
BIOLOGIE CELLULAIRE

PROFESSEUR	I. ABOUT	RESPONSABLE PROFIL BIOLOGIE ORALE

* Responsable Profile

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bruno FOTI,

C'est un honneur de vous avoir comme
Président de jury de Thèse.
Je vous remercie pour votre enthousiasme,
votre accueil chaleureux et votre accompagnement
tout au long de mon cursus.
Je me souviendrai de ma première extraction
sous votre encadrement aux urgences.
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage
de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Michel RUQUET,

Je vous remercie d'avoir accepté sans hésitation
d'être jury de ce travail.
Merci aussi pour votre accompagnement et
vos conseils tout au long de mes années de clinique.
Vous avez su nous transmettre votre
passion pour la prothèse.

A Monsieur le Docteur Patrick TAVITIAN,

Merci de m'avoir fait l'honneur de
siéger dans ce jury.
Merci de nous avoir intéressé et donné l'envie
d'aller plus loin en implantologie.

A Monsieur le Docteur Thierry DRAUSSIN,

Je vous remercie sincèrement de votre
enthousiasme à diriger cette thèse qui
j'espère vous aura intéressé autant que moi.
Je n'ai pas eu la chance de profiter de votre expérience clinique,
mais je tenterai d'appliquer tous les conseils
que vous avez pu partager avec nous
lors de vos cours théoriques.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression
de toute ma gratitude.

Table des matières

Introduction…… 1

I. Consentement et information en odontologie…….. 3
1. Définition……..... 3
a. Le consentement éclairé……... 3
b. L'information…….…….... 4
2. Le cadre légal……... 5
a. Code Civil……..... 5
b. Code de la santé publique……..... 7
c. Code de déontologie……..... 11
3. Modalités et preuves de délivrance de l'information…… 11
a. Aspect juridique…… 11
b. Contenu de l'information……..... 12
c. Conserver une trace de l'information……..... 14
4. Spécificité de l'information……..... 20
a. Spécifique au patient……..... 20
b. Spécifique à l'acte thérapeutique……..... 23

II. Les moyens de l'information……... 26
1. Les documents pré prothétiques……..... 26
a. Les radiographies…….… 26
b. Les moulages d'étude…….. 30
c. Les photographies……..... 31
2. Le provisoire de seconde génération…….… 32
3. Essayage dents sur cire……..... 32
4. Mock up…….… 33
5. Digital Smile Design…….…. 33
6. L'apport de la CFAO…….… 34

III. Consentement éclairé en odontologie prothétique…….. 35
1. Le consentement éclairé en prothèse fixée……..... 35
a. Unitaire ……. 36
b. Plurale……..... 38
2. Le consentement éclairé en prothèse amovible …… 40
a. Prothèse amovible partielle résine ……... 40
b. Prothèse amovible partielle à plaque base résine…….. 42
c. Prothèse amovible totale ……... 44
3. Le consentement éclairé en prothèse supra implantaire ……..…. 46
a. Prothèse fixée supra implantaire ……..... 46
b. Prothèse fixée complète supra implantaire ……..... 48
c. Prothèse amovible supra implantaire ……... 50

Conclusion……. 52

Introduction

La prothèse est une discipline majeure dans l'exercice de la dentisterie. En effet, l'intérêt des dents ne se limite pas à leurs seules fonctions masticatoires, elles interviennent également dans la phonation et dans l'esthétique du visage par le soutien qu'elles apportent aux muscles de l'étage inférieur de la face, aux lèvres, par leur couleur, leur position et leur forme. Il apparaît donc indispensable de remplacer les dents manquantes et de consolider les dents délabrées.

Il existe différents types de prothèses (amovible, fixe, implantaire, unitaire, multiple…), chacune avec ses avantages et ses inconvénients. Il sera donc indispensable que le patient comprenne les options qui lui sont offertes pour qu'il puisse choisir. Compte tenu du coût parfois onéreux, de l'inconfort possible et des autres désagréments éventuels des prothèses dentaires, il est absolument nécessaire que le patient ait reçu toutes les explications en amont du traitement, et qu'il ne découvre pas la nature du travail lors de sa mise en bouche. D'autant plus, qu'aujourd'hui, les patients sont de plus en plus procéduriers, il est donc important pour le praticien de se couvrir d'éventuels protestations.

La notion de consentement a été abordée dans les jurisprudences de certains pays européens dans la première partie du XXème siècle. Ce consentement doit être libre, c'est à dire pris en l'absence de contrainte, et éclairé, c'est à dire précédé d'une information claire et appropriée. Ainsi le consentement aux soins participe à la « décision médicale partagée » qui correspond à l'un des modèles de décision médicale. Elle décrit deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont l'échange d'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord.

Le consentement aux soins occupe donc une place centrale dans le déroulement de la prise en charge du patient d'un point de vue clinique, juridique et éthique.

Aujourd'hui, tous les praticiens n'ont pas recours aux consentements, ou alors à des modèles de consentements préétablis et identiques quelque soit le type de prothèse. Il est de ce fait intéressant de les décliner, et de les différencier selon la nature du travail proposé.

Nous développerons ainsi dans un premier temps la notion de consentement et d'information en odontologie, d'un point de vue légal, ses modalités et preuve de délivrance de l'information et ses spécificités. Dans un second temps, nous détaillerons les différents moyens de l'information. Enfin, nous proposerons des formulaires de consentements éclairés adaptés pour chaque type de prothèses.

I Consentement et information en odontologie

1. Définition

a. Le consentement éclairé

Jusque dans les années 1970, le malade disposait essentiellement de deux libertés : le choix du médecin et le refus de soins. Ce choix déterminait un processus de confiance entre le médecin et son patient et amenait ce dernier à accepter le plan de traitement choisi par son médecin.

L'éthique médicale des Déclarations Internationales relatives à la Recherche Clinique, orientée le plus souvent dans le sens de la recherche biomédicale et des essais thérapeutiques a contribué à l'évolution du concept de consentement. La relation praticien-patient est moins affective et plus intellectuelle. La science, bien que plus technique et efficace, devient plus difficilement contrôlable, mais les progrès des techniques de communication ont rendu les connaissances médicales plus accessibles au public, démystifiant la toute-puissance « paternaliste » du médecin.

La relation médecin-patient se modifie profondément ; elle devient un cadre d'échanges, de débats et donc d'éducation à la santé. Cette évolution va amener peu à peu à considérer le patient comme un acteur du soin [1]. La question de la participation du patient n'est pas seulement posée en termes de consentement, mais d'appel à sa raison. C'est pourquoi la relation entre soignant et soigné est faite d'explications adaptées à chaque situation clinique. Ces évolutions amènent désormais les médecins à s'interroger sur le degré d'implication des patients dans les choix médicaux qui les concernent et sur leur capacité à prendre des décisions.

Depuis les années 1980, paternalisme et condescendance ont disparu de la pratique médicale. La relation médecin-malade fait partie intégrante de la démarche thérapeutique. La confiance et le respect, qui sont à la base de la relation qui s'installe entre deux personnes autonomes, déterminent la réussite du traitement. L'information et le consentement éclairé du patient en sont des données capitales [2].

L'obtention du consentement du patient est donc conditionnée par trois éléments :

- Les conditions préalables : Capacité du patient à prendre sa décision et les caractères libre et volontaire de cette décision.
- Les éléments de l'information : Contenu, recommandations du praticien et compréhension par le patient.
- Les éléments du consentement : Prise de décision et autorisation du patient [3].

b. L'information

Le petit robert définit l'information comme la transmission ou la réception de renseignements sur quelque chose ou quelqu'un, selon qu'on se place comme émetteur ou récepteur, à l'aide de mots, de son ou d'images.

Pour décider librement, le patient doit être clairement renseigné, et si ce dernier a le droit d'être informé, le médecin a le devoir d'informer : une information transparente, de qualité, simple mais complète. L'information doit donc être adaptée au patient, pour être comprise moralement, intellectuellement, et psychologiquement. L'objectif de l'information est de bien transmettre le message tout en portant une grande attention à la parole du malade. Ne pas aller au-delà de sa volonté librement exprimée [4]. L'information fait donc partie désormais de l'acte thérapeutique : « un bon médecin aujourd'hui, c'est un médecin qui a appris à informer » [5], il doit veiller à la compréhension des explications fournies.

Nous détaillerons plus loin le contenu de l'information et ses modalités de délivrance par le praticien au patient pour l'aider à prendre la décision de consentir ou non au traitement proposé.

2. Le cadre légal

Les premiers textes traitant de la responsabilité pénale du médecin ont été écrits dans le code d'Hammourabi (1793-1750 av. J-C). Il précise les sanctions qu'encourt le médecin en cas de mauvais résultats, la faute du chirurgien pouvant être sanctionnée par la mutilation du bras.

C'est ensuite Hippocrate (400 av. JC) qui évoque les premiers concepts de la relation médecin-malade, avec le célèbre « primum non nocere » rappelant que le médecin ne doit jamais nuire au patient. Ce principe associé à différentes valeurs telles que la fidélité, le service au malade quelles que soient ses origines, le secret et la discrétion ont constitué le fondement moral de l'acte médical pendant des siècles.

a. Code Civil

Le Code civil des Français, appelé usuellement «Code civil» regroupe les lois relatives au droit civil français c'est-à-dire l'ensemble des règles qui déterminent le statut des personnes (livre Ier), celui des biens (livre II) et celui des relations entre les personnes privées (livres III et IV). Il a été promulgué le 21 mars 1804, par Napoléon Bonaparte, modifié et augmenté à de nombreuses reprises à partir de la IIIème République, plus de la moitié des articles primitifs des titres II et III subsistent (plus de 1120 au début des années 2000 sur les 2281 articles d'origine).

Article 16-3 du Code Civil

« *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* ».

Le patient a donc le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin préconise. Cette liberté du patient est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information. L'information du patient est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information.

Arrêt Mercier (20 mai 1936)

L'arrêt Mercier précise que l'exercice de la médecine est inscrit dans le cadre juridique de la relation contractuelle. Il s'agit d'un arrêt de la Cour de Cassation, à propos du cas de Madame Mercier. Cette dernière, ayant bénéficié d'un traitement par radiothérapie, gardait des séquelles. Quelques années plus tard, Monsieur et Madame Mercier ont porté plainte, mais le délai de prescription délictuelle était dépassé. Le juge plaça donc l'affaire sur le plan civil, définissant la nature contractuelle de la relation médecin-patient. La plaignante pu ainsi être indemnisée.

Jusqu'en 1936, la relation médecin-malade est considérée comme une simple rencontre entre deux personnes. Après l'arrêt Mercier, cette relation est considérée comme un contrat entre le médecin, qui est alors tenu à une obligation de moyens (et non de résultats) et au secret professionnel, et le patient, qui doit s'acquitter du paiement des honoraires. Dans le cadre de ce contrat, le patient doit consentir aux soins qui lui sont prodigués ; ce consentement doit être libre, conscient et éclairé.

Le contrat de soins qui en découle est un contrat civil car l'exercice de la médecine constitue une profession libérale.

Article 1101 du Code Civil

« Le contrat [est] 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 ».

Les conventions, légalement formées, tiennent lieu de loi à ceux qui les ont conclues. Il en résulte que ce contrat relève toujours de la compétence des juridictions civiles et est soumis aux règles du code civil. Ce contrat est synallagmatique ou bilatéral, il fait naitre entre les parties des obligations réciproques et interdépendantes (Art 1102 du Code Civil). Le praticien a l'obligation de donner des soins comme le patient a l'obligation de le rémunérer et de ne pas aller à l'encontre de ses prescriptions. En cas d'inexécution d'une des parties, l'autre partie peut refuser d'exécuter la sienne. C'est un contrat résiliable unilatéralement. C'est une faculté

absolue pour le patient, alors que le praticien doit assurer la continuité des soins et répondre aux situations d'urgence.

Le contrat médical est conclu en considération de la personne avec laquelle il a été passé, en fonction du statut du chirurgien-dentiste et de la confiance que le patient lui accorde : il en découle le libre choix du praticien. Il est consensuel et continu : c'est à dire qu'il impose l'échange des consentements et ne se renouvellera pas à chaque séance mais est considéré comme acquis dès lors que le chirurgien-dentiste aura obtenu le consentement éclairé du patient. Ce contrat peut être verbal, l'écrit n'étant que la preuve des engagements réciproques, il prend effet dès la mise en relation du praticien avec son patient [6].

b. Code de la santé publique

Le Code de la Santé Publique (CSP) français, créé en 1953, a été refondu par ordonnance en 2000 pour la partie législative et par cinq importants décrets pour la partie réglementaire entre 2003 et 2005. Le CSP compte plus de 10 000 articles et détermine matériellement le champ du droit de la santé publique.

Il comporte en six parties, elles-mêmes divisées en livres, titres, chapitres et articles:

- Le droit des personnes en matière de santé ;
- Le droit particulier propre à certaines populations (mère - interruption volontaire de grossesse et aide médicale à la procréation - et enfant) ;
- Le droit particulier propre à certaines maladies (maladies mentales, sida) et dépendances (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie) ;
- Le droit des professions de santé (professions médicales, professions pharmaceutiques, auxiliaires médicaux) ;
- Le droit des produits de santé (médicaments, produits apparentés dont cosmétiques et dispositifs médicaux) ;
- Le droit des établissements et services de santé (droit hospitalier, laboratoires d'analyses de biologie médicale, transports sanitaires).

Le CSP est sans cesse modifiée du fait du progrès des idées, des techniques et de l'évolution du droit communautaire. Il traite notamment du devoir d'information du patient et de son consentement.

Article R.4127-35 du Code de la Santé Publique

«Le patient doit formuler son consentement après avoir reçu de la part du médecin, une information claire, compréhensible, adaptée à ses capacités de comprendre la nature des actes et prescriptions proposés, leur intérêt pour sa santé et les conséquences néfastes en cas de refus.»

Article R.4127-36 du Code de la Santé Publique

«Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.
Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42.»

Article L.1111-2 du Code de la Santé Publique

Le consentement doit être sous-tendu par une information concernant *« les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée sauf en cas d'impossibilité de la retrouver »*.

Dans le domaine de l'odontologie en particulier, il convient aussi de renseigner le patient sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion de soins ou d'activités de

prévention et des conditions de leur remboursement par les régimes obligatoires de l'assurance maladie.

Article L.1111-4 du Code de la Santé Publique

«Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Les actes médicaux justifiant ce consentement doivent être entendus au sens large: en commençant par l'examen clinique habituel dont certains gestes peuvent être désagréables, comprenant d'éventuelles investigations complémentaires, différents traitements, la surveillance du traitement et de ses suites; le consentement du patient porte également sur sa participation éventuelle à la formation d'étudiants ou de professionnels de santé.

Le consentement a donc deux fonctions : traduire la libre décision de la personne de participer aux soins et attester que le soignant a bien respecté un processus d'information de la personne sur la nature des soins ou de la recherche, ses objectifs, et les contraintes voire les risques subis [7].

Le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement est pour un médecin une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire. Enfin, la jurisprudence

de l'**arrêt Hédreul** indique que c'est aux professionnels de santé d'apporter la preuve qu'ils ont bien délivré l'information à leurs patients [2].

Article L. 1111-4, 5e alinéa du Code de la Santé Publique

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

Cependant, la **loi Kouchner** énonce que le représentant légal d'un majeur sous tutelle ne peut disposer du corps d'autrui. Pour cette raison, le consentement du patient doit toujours être recherché. Si le patient est hors d'état de s'exprimer, en situation d'urgence le médecin a la légitimité de décider, quitte à s'appuyer sur la décision du juge. Dans tous les cas, urgents ou non, lorsque le patient n'est pas en capacité, on pourra avoir désormais recours à ce que la loi du 4 mars 2002 appelle « la personne de confiance » désignée par le patient. Ce tiers sera associé aux décisions prises avec le médecin. Le recours au tiers de confiance n'est pas limité aux majeurs sous tutelle ou au mineur, mais peut s'appliquer pour tout patient qui le souhaite s'il en a désigné un [8].

Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.»

c. Code de déontologie

En France, la déontologie médicale est réglementée par le **code de déontologie** établi par décret et le Conseil de l'ordre des Médecins chargé du respect de ces dispositions (article 1er du décret). Ce code s'impose à tout médecin et chirurgien-dentiste.

Le code de la santé publique, en sa 4eme partie ayant trait aux professions de santé, contient en son livre Ier, titre II, chapitre VII, les codes de déontologie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

Il reprend notamment l'article R-4127-36 du CSP et l'article r.4127-41 Du CSP

« Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement»

Rester inactif serait en outre de nature à entraîner des poursuites pour non-assistance à personne en danger. En cas d'urgence ou d'impossibilité persistante de joindre la personne de confiance, la famille ou un de ses proches, le médecin doit intervenir comme il le juge nécessaire dans l'intérêt du patient.

3. Modalités et preuves de délivrance de l'information

a. Aspect juridique

En cas de litige, c'est au médecin qu'il incombera d'apporter la preuve de l'information du patient et de son consentement (arrêt Hédéracée : Cass. 25.02.97). Antérieurement cette preuve était à la charge du patient. Cet arrêt répond à l'article 1315 du Code Civil (CC) qui précise que « *celui qui se prétend libéré de son obligation doit prouver le paiement ou le fait qu'il a produit l'extinction de son obligation* ».

Le consentement peut être prouvé par tous les moyens (Cass. 14.10.97) : courrier écrit, nombre, dates et durée des consultations avant l'intervention, bilans et examens complémentaires préopératoires, fiche d'information cosignée, cassette audio visuelle [9]. La preuve testimoniale est possible, cependant le secret médical rend difficile d'apporter la preuve de ses paroles, surtout en l'absence de témoin ; en effet, l'assistante dentaire, la secrétaire ou tout autre salarié sous l'autorité du praticien ne peuvent légalement témoigner

selon la loi du 4 mars 2002 (art. L 1111-2 du CSP). La preuve peut cependant résulter « de présomptions de fait » (art. 1353 du CC), dans ce cas, l'appréciation reste réservée au Juge.

En conclusion seul l'écrit reste la preuve parfaite [10] du consentement éclairé du patient pour le plan de traitement établi. C'est pourquoi, si un document écrit n'est pas obligatoire il est judicieux de le conseiller, tout en sachant bien que l'information cosignée n'est pas une décharge de responsabilité pour le praticien, et que la démarche peut, a contrario, provoquer la méfiance du patient [11].

b. Contenu de l'information

L'information donnée par le médecin au patient est destinée à l'éclairer sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause, notamment d'accepter ou de refuser les actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique qui lui sont proposés [12].

- Une information loyale, claire et appropriée:

Les qualités requises de l'information donnée par le médecin sont énoncées par l'article 35 du Code de déontologie médicale: « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ».

Une information loyale est une information honnête. Une information claire est une information intelligible, facile à comprendre et une information appropriée est une information adaptée à la situation du patient. Les renseignements fournis au patient seront donc appuyés sur des connaissances établies, que ceux-ci doivent lui être expliqués de telle façon qu'il les comprenne, enfin que le médecin ne saurait se borner à lui donner des informations générales, mais doit adapter l'information à la situation propre à la personne soignée.

- Les renseignements à fournir :

L'information, en plus de répondre aux questions posées par le patient, doit prendre en compte la situation propre de chaque personne. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques :

- l'état du patient et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec et sans traitement ;
- la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagés ;
- leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés ;
- leurs conséquences et leurs inconvénients ;
- leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels ;
- les précautions générales et particulières recommandées aux patients ;
- les alternatives thérapeutiques éventuelles [12].

Il est évident que le domaine de la dentisterie opératoire ne peut faire l'objet pour chaque acte unitaire d'une « information protocolaire » [13]. Il est conseillé d'établir dès la première consultation un bilan global sur un document à remettre au patient, signalant notamment l'état antérieur (parodonte, obturations et prothèses déjà en bouche), les recommandations d'hygiène et traitements médicaux éventuels, les risques liés aux extractions dentaires envisagées, les risques inhérents aux reprises de traitement canalaire.

L'information doit ensuite plus particulièrement porter sur le diagnostic, la thérapeutique, les techniques envisagées, le suivi médical et le pronostic.

L'information doit également porter sur les suites possibles de son intervention thérapeutique, des « risques fréquents ou graves normalement prévisibles ». La jurisprudence récente (Cass. 15.06.04 et 26.10.04), complexe et peu claire, affirme par le mot « normalement » une position antithétique du terme « exceptionnel », ce qui est plus conforme à l'exercice médical [14].

Enfin, l'information doit également indiquer les alternatives thérapeutiques, les facteurs de réussite, les dangers encourus en cas d'abstention, et surtout ne pas négliger le devoir de conseil. Si la thérapeutique conseillée échoue, ce sera au patient de prouver qu'il a été mal avisé et il peut alors arguer de la perte d'une chance de guérison [4]. L'expression de

l'information doit être d'autant plus formelle que l'enjeu de l'acte médical est important, tout en gardant à l'esprit que, sur le plan juridique, il n'y a pas de petits actes médicaux.

- Les limites éventuelles de l'information :

Le premier arrêt du 7 octobre 1998 a précisé que le médecin est tenu de donner une information au patient « *hormis le cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé* ». Ces restrictions sont rapprochées de l'article 35 al. 2 du Code de déontologie médicale qui prévoit que « *dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans le cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination* ». Cependant, cette disposition n'est pas équivalente à la solution retenue par la Cour de cassation, car elle concerne l'hypothèse où l'état de santé du patient étant particulièrement péjoratif, il peut sembler préférable au médecin de ne rien lui dire. C'est en termes de « vérité » à dire ou non au malade que s'explique l'article 35 al. 2 du Code de déontologie médicale, tandis que l'arrêt de la Cour de cassation fixe les cas où, le patient ne pouvant ou ne voulant pas choisir, le défaut d'information ne pourra pas être reproché au médecin [12].

c. Conserver une trace de l'information

Que l'information soit donnée oralement ou avec l'aide d'un document écrit, elle doit répondre aux mêmes critères de qualité : elle doit être hiérarchisée, reposer sur des données validées et être compréhensible. Le médecin s'assurera que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il indique la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de sa proposition.

- La primauté à l'information orale :

Le dialogue qu'implique l'information nécessite qu'elle soit transmise oralement. L'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne. Il est nécessaire d'y consacrer du temps, de la disponibilité, et, si nécessaire, de la moduler en fonction de la situation du patient. Elle requiert un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes du patient. Elle peut

nécessiter d'être délivrée de manière progressive. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de recourir si besoin à un traducteur [12].

- L'information écrite : un complément à l'information orale :

Lorsque des documents écrits existent, il est souhaitable qu'ils soient remis au patient pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix. La fonction du document d'information est exclusivement de donner au patient des renseignements par écrit et ce document n'a pas vocation à recevoir la signature du patient [12].

Il est recommandé que l'information contenue dans les documents soit :

- Hiérarchisée, repose sur des données validées, et présente les bénéfices attendus des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels. Elle doit préciser les risques graves, y compris exceptionnels. Elle doit indiquer les moyens qui seront mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par le patient ;
- Synthétique et claire, sachant que le document remis au patient ne devrait généralement pas excéder 4 pages ;
- Compréhensible pour le plus grand nombre de patients ;
- Validée, par exemple par les sociétés savantes, selon des critères de qualité reconnus [12].

Les documents écrits doivent porter l'indication que le patient est invité à formuler toute question qu'il souhaite poser. L'utilisation d'autres supports (vidéo, multimédia, moulage, démonstration…) peut compléter utilement l'information orale et écrite. L'élaboration de ces supports doit répondre aux mêmes exigences de qualité que celle des documents écrits [12].

- L'évaluation de l'information donnée :

L'information donnée aux patients doit être évaluée. La satisfaction des patients à l'égard de l'information orale et des documents écrits sera d'abord appréciée. Il conviendra ensuite

de s'assurer de la bonne compréhension de l'information transmise en demandant par exemple au patient d'expliquer ce qu'il a retenu.

- Preuve de l'information :

Le médecin devant, pour aider le patient à décider de son consentement ou non, lui donner l'information adéquate, il doit faire la preuve qu'il l'a bien donnée. Bien que l'**arrêt Hédreul** ne statue pas sur les moyens de la preuve, il est estimé qu'il est plus facile au médecin de prouver qu'il a informé le patient qu'à ce dernier de démontrer qu'il ne l'a pas été. La remise d'un document d'information écrit, signé par le patient aux termes de laquelle il affirme avoir reçu l'information est finalement considérée comme seul moyen de se préconstituer une telle preuve.

En outre, cette évolution est considérée comme une source possible d'effets pervers pour deux raisons essentielles :

- la dimension émotive de tout ce qui touche à son corps, à sa santé, à sa vie peut entraîner une mauvaise compréhension de ce qui aura été dit au patient
- la signature d'un écrit témoigne que la confiance ne règne pas entre le médecin et le malade.

Un document écrit et personnalisé doit donc être établi de façon à montrer la réalité d'une information « éclairée ». Le consentement écrit peut en plus avoir des vertus pédagogiques et permettre d'accompagner le patient dans le choix thérapeutique [15].

Un délai de réflexion sera accordé au patient avant le début du traitement. Il n'existe pas de réglementation précise concernant ce délai de réflexion, il s'agit de bon sens. Plus le traitement est complexe, plus le délai de réflexion doit être long : 8 jours à 3 semaines, en fonction du type de soin chirurgical (intervention majeure mutilante faciale, par exemple) ou de l'importance et du coût des travaux de réhabilitation bucco-dentaire (prothèse, implants).

Le devis d'honoraires sera également cosigné par le soignant et le soigné. Un avenant sera ajouté à chaque modification de plan ou de moyens de traitement.

Le praticien est tenu d'indiquer ses tarifs de consultation et le montant des actes qu'il va réaliser. Il doit pouvoir répondre à toute demande d'information préalable et d'explication sur ses honoraires ou le coût d'un traitement.
Si le praticien est tenu d'informer son patient de son état de santé, du traitement envisagé, de son coût, de ses alternatives ainsi que des risques encourus, l'information ne porte que sur ce qui est prévisible.
Il est donc dans certains cas difficile d'établir un devis fixe dès la première consultation, celui ci peut évoluer au cours du traitement en fonction des complications.
Ainsi un devis est établi au regard de la situation clinique du patient, déterminée après tous les examens de bilans cliniques et d'imagerie nécessaires. Ce devis doit reprendre de manière chiffrée les éléments du plan de traitement qui aura été établi en tenant compte de la survenance des risques les plus prévisibles au regard des thérapeutiques à mettre en œuvre, ainsi que de l'état de santé du patient. Un second devis peut parfois être établi à ce stade, au titre d'une complication estimée probable mais non certaine, comme par exemple la fracture d'une dent pilier de couronne à déposer.

Dans le cas de situations cliniques complexes, si des soins absolument indispensables et inévitables à court terme, mais en générant un futur état clinique difficile, voire impossible à anticiper avec certitude en raison de la complexité des pathologies présentes et/ou potentielles, il est préférable de bien informer le patient de cette particularité afin qu'il en appréhende les conséquences. Le plan de traitement définitif précis ne pourra alors être conçu qu'après ré évaluation de la situation constatée en fin d'assainissement de la cavité buccale. On peut émettre à ce stade un devis de première intention qui intègrera le coût des déposes et des travaux transitoires, un nouveau devis sera donc établi en toute certitude après mise à plat clinique.

De même le patient doit pouvoir donner au patient une estimation du temps de traitement et des délais des dates de rendez vous.

- Certificat de conformité de la prothèse

La prothèse doit être livrée au chirurgien-dentiste avec une déclaration de conformité aux exigences essentielles. En effet le prothésiste doit garantir que les caractéristiques spécifiques de la prothèse soient en conformité avec toutes les exigences de la directive 93/42/CCE du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.

La déclaration de conformité établie par le prothésiste et remise au chirurgien-dentiste doit comprendre :

- le nom et l'adresse du fabricant,
- les données permettant d'identifier le dispositif en question,
- une déclaration selon laquelle le dispositif médical est destiné à l'usage exclusif d'un patient déterminé et les moyens d'identifier celui-ci (nom, code patient ou acronyme),
- le nom du professionnel de santé ou d'une autre personne autorisée qui a établi la prescription et, le cas échéant, l'établissement de soins concerné,
- les caractéristiques spécifiques du dispositif indiquées dans la prescription médicale correspondante,
- une déclaration selon laquelle le dispositif médical en question est conforme aux exigences essentielles mentionnées aux articles R. 5211-21 à R. 5211-23 du Code de la santé publique et, le cas échéant, l'indication des exigences essentielles auxquelles il n'a pas entièrement satisfait, avec mention des motifs.

A l'issue de l'acte prothétique, le chirurgien-dentiste remet au patient la déclaration de conformité du dispositif médical (article L. 1111-3 du Code de la santé publique ; devis unique). Cette déclaration doit également être versée au dossier médical et tenue à la disposition du patient (article R. 5211-51 du Code de la santé publique) [16].

Concernant les procédés de CFAO, si le praticien y a recourt, il est au même titre que les prothésistes considéré comme un fabricant de dispositifs médicaux, il doit alors satisfaire à toutes les obligations liées à cette qualité et se déclarer en tant que fabriquant auprès de l'ANSM.

- Traçabilité de la prothèse

Les prothèses dentaires sont des dispositifs médicaux fabriqués sur mesure. Leur fabrication nécessite la prescription d'un chirurgien dentiste qui précise les caractéristiques de conception pour chaque patient. De nouvelles dispositions introduites en 2009 et 2010 améliorent la traçabilité de la chaine de fabrication des dispositifs médicaux sur mesure et renforcent l'information délivrée aux personnes concernées par la pose d'une prothèse dentaire.

Tout comme la plupart des activités industrielles, la fabrication de prothèse dentaire est soumise à la mondialisation, et peut ainsi être réalisée à l'étranger, cependant le fabricant est responsable du travail final. Il doit donc pouvoir se justifier de la conformité de ses produits (n°de lot, origine).
Ainsi, la documentation technique de la prothèse dentaire contient les informations sur les matériaux et les méthodes de fabrication. Elle est établie par le fabricant et permet d'assurer notamment la traçabilité des produits auprès des autorités nationales, dont l'Afssaps pour la France
Depuis mars 2010, une nouvelle disposition renforce l'information des personnes qui se voient prescrire une prothèse dentaire, car elles peuvent dorénavant obtenir la déclaration de conformité, et disposer ainsi du nom et des coordonnées du fabricant de la prothèse dentaire [17].

Il est préconisé de mettre en place un carnet de prescription comportant trois feuillets, cela permet d'avoir un exemplaire pour le laboratoire, un autre pour le patient et le dernier servant de fiche navette.

4. Spécificité de l'information

a. Spécifique au patient

La place accordée à la personne humaine et à son consentement est l'une des préoccupations majeures des institutions sanitaires et sociales. Les personnes placées sous tutelle, et par conséquent juridiquement «incapables», doivent pouvoir exprimer leur volonté.

Cette attention accordée à l'expression du consentement s'inscrit dans le débat entre deux conceptions de la personne humaine : une approche «subjective» de cette personne s'oppose une conception «anthropologique» de celle-ci [18]:

- Approche subjective : La notion d'autonomie du sujet et sa capacité d'autodétermination sont privilégiées. Le consentement, en tant qu'expression de la volonté de la personne, est l'élément central servant à reconnaître la légitimité des mesures à adopter.

- Approche anthropologique : La notion de dignité de la personne est primordiale. L'autodétermination et l'expression du consentement, ne suffisent pas à légitimer une action, il faut prendre en compte les impératifs liés à la dignité, ce qui implique, au-delà du consentement du patient, de réserver une part d'appréciation à l'intervenant extérieur.

Les politiques publiques placent le patient au centre du débat, ne tranchent pas entre ces deux conceptions et tentent de trouver un compromis. Un consensus se profile autour de deux impératifs : prendre en compte les droits et la volonté du malade afin de le protéger sans jamais diminuer [19]. L'objectif est d'accroître la protection des personnes tout en privilégiant leur autonomie et leur capacité de consentement.

Les décisions de justice relatives à la capacité des personnes sont un garde-fou dans le domaine de la santé car elles permettent de distinguer les personnes dont la volonté doit impérativement être recherchée et respectée, de celles dont la volonté exprimée n'est pas décisive. Ainsi, le jugement d'un professionnel de santé sur la capacité d'une personne à consentir ou non aux actes de soins peut l'amener à envisager de ne pas tenir compte de sa

volonté exprimée : quand les soins sont nécessaires, il faudra recourir à une mesure de substitution pour parvenir à la décision définitive, telle que la désignation d'un tuteur ou l'hospitalisation forcée.

Le chirurgien-dentiste, dont les soins peuvent être indispensables même s'ils n'engagent pas le pronostic vital, n'est évidemment pas compétent pour décider de la capacité ou de l'incapacité d'un patient sur le plan juridique. Il existe nombre de cas où le patient est incapable d'exprimer un consentement valable : personnes souffrant de troubles mentaux, enfant mineur, personne dans le coma... ces patients doivent-ils être considérés comme psychologiquement ou légalement capables de prendre la décision ?

La capacité est l'aptitude à exécuter une tâche spécifique, manuelle, intellectuelle ou mixte. La capacité de décider est l'aptitude à analyser les éléments essentiels d'une situation et de choisir la réponse adéquate.

Une personne dite «incapable» n'est pas forcément inapte à tous les jugements, son incapacité affecte souvent seulement un certain type de prise de décision. En effet une personne peut être incapable de gérer sainement ses finances (prodigalité, achats compulsifs...) mais parfaitement capable de consentir à une dévitalisation dentaire en connaissance de cause après avoir reçu les informations nécessaires.

La capacité dépend des aptitudes intellectuelles de la personne, mais aussi de la façon dont ces aptitudes vont être ou non en adéquation avec le problème auquel elle doit faire face.

Il peut être difficile de juger de la capacité d'une personne, en raison de la distinction à faire selon les troubles psychologiques pouvant conduire à des modifications intellectuelles, de langage ou de mémoire chroniques et ceux qui se caractérisent par une réversibilité rapide de ces fonctions. Il convient d'évaluer la capacité du patient à comprendre et à réfléchir de façon cohérente sur le long terme.
Le concept de capacité dans la prise de décision est étroitement lié au concept d'autonomie. Les patients sont capables de prendre une décision s'ils peuvent comprendre l'information, la juger selon leurs propres valeurs et communiquer librement leurs désirs aux médecins.

Une personne bien informée, est plus à même de donner son consentement à un soin dentaire que ne le sera une personne sans expérience. Pour des raisons pratiques, il est nécessaire d'établir des seuils d'aptitude en-dessous desquels une personne sera considérée comme incapable de jugement [3].

Les textes qui traitent de la capacité s'articulent autour des normes qui la déterminent, c'est-à-dire des critères du jugement de capacité. En ce qui concerne le droit criminel, le droit civil et la médecine clinique, les normes de capacité se regroupent autour de diverses aptitudes à comprendre, à traiter l'information, et à raisonner sur les conséquences des actions menées.

En odontologie, une personne est considérée comme capable de jugement à partir du moment où elle est apte à comprendre la procédure thérapeutique, à peser les risques encourus ainsi que les avantages, et à prendre une décision à la lumière de toutes ces considérations. Si une seule de ces conditions fait défaut, on peut alors mettre en doute la capacité de cette personne à décider, consentir ou refuser. La question la plus délicate est celle de situer les personnes dont l'aptitude à la compréhension et à la réflexion est simplement diminuée mais sans avoir disparu : ces patients peuvent-ils encore adhérer en connaissance de cause à une proposition de soins ?

Les critères d'inaptitude retenus par les normes d'incapacité, classés par ordre décroissant sont les suivants :

1 - Inaptitude à exprimer ou communiquer une préférence ou un choix

2 - Inaptitude à comprendre la situation dans laquelle on se trouve et ses conséquences.

3 - Inaptitude à comprendre l'information pertinente.

4 - Inaptitude à apporter une raison.

5 - Inaptitude à apporter des raisons rationnelles (même si des raisons secondaires sont données).

6 - Inaptitude à apporter des raisons relatives aux risques et avantages (même si des raisons secondaires rationnelles sont données).

7 - Inaptitude à parvenir à une conclusion raisonnable (jugée raisonnable par une personne capable de jugement).

Ces normes se regroupent autour de trois sortes d'aptitudes et de capacités :

- La norme 1 se réfère à la simple aptitude à exprimer une préférence.
- Les normes 2 et 3 renvoient aux aptitudes à comprendre l'information et la situation dans laquelle on se trouve.
- Les normes 4 à 7 désignent l'aptitude à raisonner autour d'une décision sensible entraînant des conséquences importantes.

Ces normes sont toujours utilisées, seules, ou associées, pour déterminer l'incapacité. L'autonomie et l'aptitude mentale ne sont pas les seuls critères utilisés dans l'élaboration des normes de la capacité. L'âge, par exemple est souvent utilisé comme critère d'autorisation valide. Des seuils d'âge établis varient selon les normes de la communauté, selon le degré de risque impliqué, et l'importance des avantages éventuels.

Le praticien peut également rencontrer des difficultés pour établir une communication et la signature d'un consentement écrit avec des patients non francophones ou malvoyants.
La barrière linguistique ne doit pour autant pas dispenser le praticien de son devoir d'information. Dans le cas des patients non francophones, la situation la plus courante est que celui ci soit accompagné d'une tierce personne s'exprimant en français et pouvant s'assurer de la bonne compréhension du traitement. En cas d'impossibilité, une plateforme téléphonique référencée par la HAS met à la disposition des chirurgiens-dentistes des interprètes professionnels 24 heures sur 24 et sept jours sur sept dans toute la France.

b. Spécifique à l'acte thérapeutique

Considérant la nature unique de chaque cas, il n'est pas souhaitable de recommander l'adoption d'un formulaire de consentement uniforme. Les éléments d'information devraient être appréciés par le dentiste en fonction du traitement envisagé, de sa nature (nécessaire, thérapeutique, urgent ou électif), ainsi que des besoins, caractéristiques et attentes de chaque patient.

Le domaine de la prothèse étant assez large et regroupant de nombreux actes thérapeutiques différents avec des coûts inégaux il est nécessaire d'adapter les explications et ainsi le consentement à chaque acte réalisé.

Indépendamment de l'objectif de retrouver la fonction de mastication et l'esthétique, il sera nécessaire d'expliquer les conséquences de chaque situation. Il conviendra également d'évoquer avec le patient l'aspect bénéfice/risque de chaque intervention, les risques opératoires, et les éventuelles complications post opératoire. Le praticien devra lui proposer toutes les propositions thérapeutiques envisageables. Ces propositions seront expliquées avec des termes simples et appropriés à chaque patient.

- *L'édentement*:

Au delà de la perte d'une dent, les conséquences négatives d'un édentement partiel ou complet sont nombreuses. Il entraîne d'abord un fort déficit esthétique (dent manquante, perte de soutien des tissus mous) et fonctionnel et engendre souvent d'un sentiment d'inconfort. Il s'accompagne ensuite d'un déchaussement des dents antagonistes, de versions et déplacements des dents adjacentes cherchant à combler le vide, de caries et tassements alimentaires, et enfin d'une perte osseuse.

- *Les implants* :

Un implant permet de reconstruire de façon artificielle une racine absente. Avec la couronne fixée par dessus, l'implant apparaît comme la solution la plus confortable pour le patient qui retrouve les mêmes fonctions et sensations qu'une dent naturelle. De plus il n'exige aucune mutilation des dents adjacentes. Cependant cette solution reste la plus onéreuse, la plus longue et tous les patients ne sont pas « implantables ». En effet, la pose d'implant nécessite un certaine qualité et quantité d'os.

Par ailleurs, cet acte relevant du domaine de la chirurgie, certains risques sont présents: accident chirurgical (atteinte d'une dent adjacente, d'un nerf proche ou autre élément anatomique voisin), hémorragie ou douleur post-opératoire. Enfin, le risque de rejet n'est pas négligeable, même si les pourcentages de réussite sont importants.

- *La prothèse fixée* :

Il s'agit des couronnes ou des bridges. La prothèse fixée peut être réalisée lorsque les racines sont exploitables, elle présente l'avantage d'être fixe en bouche de manière définitive

et d'être ressentie comme partie intégrante du corps. Elles sont à privilégier pour reconstituer une dent très délabrée avec une racine solide.

- *La prothèse amovible :*

Il s'agit d'appareillage amovible. La prothèse amovible est choisie dans les cas où une prothèse fixée est impossible à réaliser. Cette solution permet de remplacer les dents manquantes, elle présente cependant de nombreux inconvénients :

- inesthétique : en effet la rétention se fait à l'aide de crochets métalliques parfois visibles
- inconfort : l'encombrement des appareils et les forces exercées sur les gencives peuvent demander un certain temps et beaucoup de patience au patient pour s'y habituer.
- Amovibilité : le patient devra retirer plusieurs fois par jour ses appareils pour les nettoyer, et se retrouve souvent confronter à son image.
- Délabrante : en effet, certaines situations imposent un meulage sélectif des dents.

La prothèse amovible présente cependant un avantage budgétaire non négligeable puisqu'on remplace toutes les dents manquantes d'une arcade avec un seul appareil. Elle est également modulable et permettra d'accompagner un patient vers un édentement complet.

Chaque dentiste devrait donc établir son propre formulaire de consentement, adapté à ses besoins, sa pratique, ses actes et sa patientèle. L'obligation d'information incombe au dentiste et à lui seul, il est donc conseillé de ne jamais déléguer celle ci à une tierce personne telle qu'une assistante ou une secrétaire.

II Les moyens de l'information

Une fois le diagnostic et les différentes propositions de traitements établis, il est nécessaire d'éclairer le patient sur la nature des soins envisagés, leurs différentes étapes, leur durée, les complications et risques éventuels ainsi que leur alternatives.
Pour cela il existe différents moyens d'informations concrets que le praticien doit mettre à disposition du patient.

1. Documents pré prothétique

a. Les radiographies

L'imagerie est un outil indispensable dans l'établissement d'un diagnostic précis.
L'imagerie bidimensionnelle est après l'examen clinique, l'examen complémentaire de première intention. Elle est représentée essentiellement par l'orthopantomogramme ou radiographie panoramique, examen extra-oral correspondant à un cliché de « débrouillage » de la région dento maxillaire et par l'imagerie intra-buccale avec les clichés rétro alvéolaires.

- L'orthopantomogramme constitue souvent le premier temps de l'examen radiologique dentaire, il donne une vision globale mettant en évidence les arcades dentaires dans leur globalité, les sinus, les maxillaires, les articulations, et les lésions ne pouvant pas être détectées lors d'un premier examen clinique.

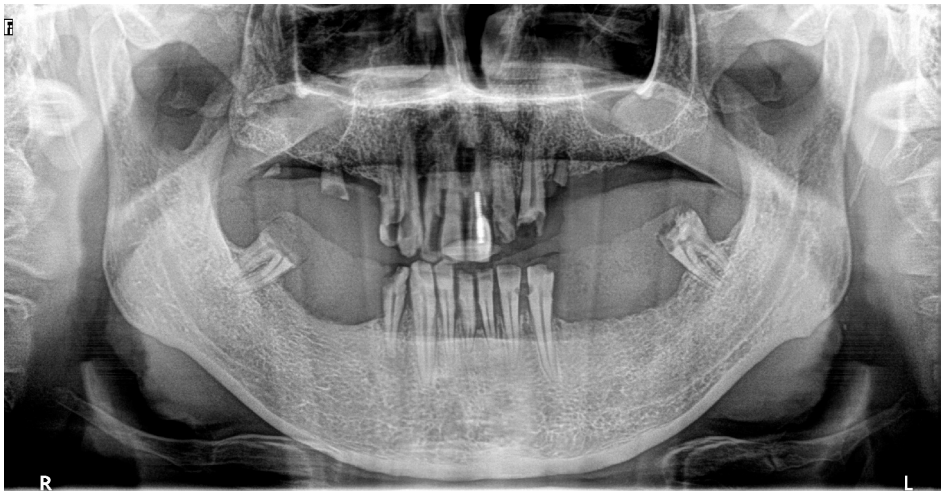


Figure 1 *: Radiographie panoramique ou Orthopantomogramme*

- Les clichés rétro alvéolaires se distinguent par leur précision, leur netteté et leur mensuration fidèle sans déformation. Centrés sur une à trois dents, ils permettent d'obtenir une image détaillée d'une dent ou d'un groupe de dents.

Ces examens bidimensionnelles permettent une analyse au niveau osseux et au niveau dentaire. Ils apparaissent comme des outils indispensables pour révéler, analyser et confirmer les situations suivantes.

- Les édentements :

Figure 2 *: Radiographie rétro alvéolaire d'une 27 manquante*

- Les traitements endodontiques :

Figure 3 *: Radiographie rétro alvéolaire du traitement endodontique d'une 24*

- Les implants :

Figure 4 *: Radiographie rétro alvéolaire d'un implant en place de 36*

- Les restaurations coronaires directes ou indirectes :

Figure 5 *: Radiographie rétro alvéolaire d'une restauration sur 16*

- Les prothèses conjointes :

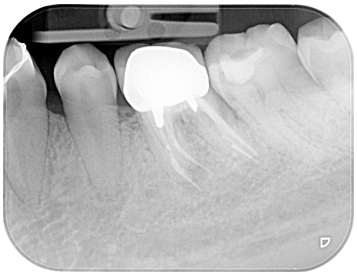


Figure 6 *: Radiographie rétro alvéolaire d'une couronne sur une 36*

- Les pathologies apicales :

Figure 7 *: Radiographie rétro alvéolaire d'une lésion apicale sur une 37*

- Les dents incluses :

Figure 8 *: Radiographie rétro alvéolaire d'une 13 incluse*

- Les caries :

Figure 9 *: Radiographie rétro alvéolaire de lésions carieuses secteur 2*

- Le tartre :

Figure 10 *: Radiographie rétro alvéolaire secteur 3 avec présence de tartre en mésial de 37*

- L'imagerie tridimentionnelle (3D) peut s'avérer nécessaire dans certains diagnostics (fractures, fêlures, recherches de canaux) ou dans la planification d'intervention (implantologie, endodontie). Le Cône Beam est l'examen 3D de référence dans cette discipline et permet une exploitation idéale des volumes osseux et une appréciation relative de la qualité osseuse.

b. **Les moulages d'étude**

Les moulages d'études sont des outils de références tout au long des travaux de réhabilitation, et de preuves en cas de recours. Ils permettent également au patient de visualiser directement les perturbations de sa denture. Ils constituent ainsi un support de communication idéal entre le praticien, le patient et le prothésiste sans compter sur son intérêt médico légal (élément de comparaison avant/après).

L'observation de ces moulages doit se faire en trois étapes :

- L'analyse de chaque arcade permet d'observer leur allure générale, le volume des procès alvéolaire, l'étendue et la classification des édentements, la position et la morphologie des dents bordant les édentements, les facettes d'usure, la profondeur de la voûte palatine, la forme et l'inclinaison de la zone rétro incisive et mylo hyoïdienne.

- L'analyse des moulages en opposition permet de visualiser les propriétés qu'offre l'occlusion, la recherche du plan d'occlusion, la Hauteur Occlusale Prothétique Utilisable (HOPU), les malposition et les égressions.

- L'analyse des moulages parallélisés permet d'analyser les axes d'insertion et les coronoplasties à réaliser…

c. Les photographies

La photographie doit être considérée comme un outil de diagnostic au même titre que les radiographies ou les moulages d'études. C'est une pièce à part entière du dossier médical qui constitue une preuve médico légale.
C'est un excellent support pour illustrer au patient l'état de la cavité buccale sous différents angles et ainsi leur expliquer les différentes options de traitement.
Elle est particulièrement intéressante pour les reconstitutions esthétiques complexes. Elle est aussi essentielle lors de la rédaction d'un certificat initial (en cas de traumatisme) ou dans des cas de supposés maltraitances.

Il sera intéressant de réaliser une séries de photographies :

- Photographies du visage, patient de face en occlusion, lèvre fermées,
- Photographies du visage, patient de profil en occlusion, lèvre fermées,
- Photographies du visage, patient de face en occlusion, sourire forcé,
- Photographies orale, patient de face en occlusion,
- Photographies orale, vue de droite en occlusion,
- Photographies orale, vue de gauche en occlusion,
- Photographies orale, patient de face, bouche entre-ouverte,
- Photographies orale, vue de droite, bouche entre-ouverte,
- Photographies orale, vue de gauche, bouche entre-ouverte,

2. **Le provisoire de seconde génération**

Une fois le plan de traitement établi, la phase de temporisation est indispensable pour valider le plan de traitement, autant d'un point de vue esthétique que fonctionnel.
Les prothèses transitoires ont pour objectifs de rendre la fonction (mastication, phonation, esthétique) et d'assurer un rôle biologique (protection de l'organe, du complexe dentino pulpaire pour une dent pulpée, du parodonte)

En plus de ces objectifs, les prothèses transitoires de seconde génération ont pour but de valider, si prévu dans le plan de traitement les modifications des paramètres occlusaux (DVO, OIM, plan d'occlusion) et esthétique (ligne du sourire…)

Ces prothèses apportent donc les informations sur la future intégration et valident le projet esthétique.

3. **Essayage dents sur cire**

L'essayage de la prothèse à l'étape dents sur cire permet au praticien comme au patient d'avoir une vision concrète de la future prothèse du point de vue esthétique et fonctionnelle.
Le contrôle esthétique est très important, le patient acceptera plus facilement une prothèse esthétique et fera plus d'efforts pour l'intégrer du point de vue fonctionnel.
Lors de cet essai, beaucoup de contrôles sont à effectuer, on doit s'assurer de la réussite esthétique avec le choix du montage des dents, leur inclinaison, leur forme, leur teinte, leur dimension…
Les essayages des maquettes se font d'abord séparément, on essaye la maquette supérieure puis la maquette inférieure, on contrôle notamment la rétention et la stabilité en statique et en dynamique.
Puis on procède à l'essayage des deux maquettes ensemble pour analyser leur rapport d'occlusion, la DVO, la coïncidence des points inter incisifs, la phonation…
Constituant la dernière étape avant la polymérisation il est indispensable que les maquettes conviennent au patient comme au praticien.

4. **Mock up**

Cette technique a pour objectif de valider le projet esthétique et constitue une maquette de prévisualisation en composite qui permet de valider en bouche le projet prothétique du point de vue esthétique, fonctionnel et psychologique.
C'est un artifice en composite issu d'une cire de diagnostic positionné en place, il sert de projet esthétique et de guide de préparation dentaire pour facettes en céramiques.

La façon de procéder est la suivante : le prothésiste réalise un wax up à partir des moulages d'études, une clef en silicone est fabriquée à partir de ce wax up.
La clef est remplie avec de la résine composite, puis placée en bouche sur les dents non préparées.
Cette maquette peut être portée par le patient pendant quelques jours, cela permet de valider la phonétique, l'occlusion…

5. **Digital Smile Design**

Le Digital Smile Design est un outil numérique qui à partir de photos exo et intra-buccale en statiques et en dynamiques permet d'analyser plusieurs éléments tels que les proportions faciales et dentaires du patient, les relations entre les dents, les gencives, les lèvres, la ligne du sourire….
Grâce à tous ces éléments un projet virtuel esthétique et fonctionnel est proposé au patient qui est alors impliqué dans l'ensemble du processus. Cela permet de simuler les objectifs de traitement à effectuer et de communiquer avec le patient sur le futur projet en s'adaptant à ses attentes.

Le Digital Smile Design aide l'équipe prothétique dès le diagnostic et pendant toute la durée du traitement, il améliore l'acceptation du résultat.

6. **L’apport de la CFAO**

La CFAO, Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur correspond à la chaine d’outils numériques coordonné qui permet l’enregistrement sous forme numérique des données cliniques et la modélisation virtuelle puis la fabrication de la pièce prothétique sur mesure.

Il existe 3 types de CFAO :

- CFAO directe : elle permet de concevoir et de réaliser la pièce prothétique en une seule séance au cabinet. Le praticien prend l’empreinte optique intra buccale, les données sont traités à l’aide d’un logiciel, la future pièce prothétique est modélisée puis usinée au cabinet et peut ainsi être posée dans la même séance.

- CFAO semi directe : elle correspond à la prise d’une empreinte optique par le praticien au cabinet, cette empreinte sera alors envoyé au laboratoire qui pourra concevoir l ‘élément prothétique.

- CFAO indirecte : le praticien réalise une empreinte classique qu’il envoie au laboratoire. A partir de cette empreinte, un maître modèle est coulé puis numérisé par le prothésiste qui réalisera la prothèse.

En dehors du fait que la CFAO apporte gain de temps et un confort de travail pour le praticien, elle permet pour le patient des explications argumentées avec une vision de leur bouche sur l’écran, ainsi qu’une vision de la future prothèse, les patients ont alors la sensation d’un traitement réellement « sur mesure ».

III Consentement éclairé en odontologie prothétique

1. Le consentement éclairé en prothèse fixée

a. Unitaire

Se référer au « Consentement aux soins prothèse fixée unitaire » p36

b. Plurale

Se référer au « Consentement aux soins prothèse fixée plurale» p38

2. Le consentement éclairé en prothèse amovible

a. Prothèse amovible partielle résine

Se référer au « Consentement aux soins prothèse amovible partielle résine » p40

b. Prothèse amovible partielle plaque base métallique

Se référer au « Consentement aux soins prothèse amovible partielle plaque base métallique» p42

c. Prothèse amovible totale

Se référer au « Consentement aux soins prothèse amovible partielle résine » p44

3. Le consentement éclairé en prothèse supra-implantaire

a. Prothèse fixée supra-implantaire

Se référer au « Consentement aux soins prothèse fixée supra-implantaire » p46

b. Prothèse fixée complète supra-implantaire

Se référer au « Consentement aux soins prothèse complète supra-implantaire » p48

c. Prothèse amovible complète supra-implantaire

Se référer au « Consentement aux soins prothèse complète supra-implantaire » p50

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE FIXÉE UNITAIRE

L'objectif de la prothèse fixée unitaire, appelée couronne, est de restaurer et de consolider une dent délabrée.
La couronne recouvre une dent cassée, abîmée ou très cariée, non reconstituable autrement. Ainsi elle redonne à la dent naturelle sa forme, sa taille et sa fonction.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,
- un fraisage de ma dent est indispensable pour la réalisation de ma couronne,
- le risque de fêlures ou fractures de la dent résiduelle existe. Le choix d'un ancrage comme assise d'une couronne constitue toujours un risque mécanique pour la racine. La fracture radiculaire peut conduire, à l'extraction de la dent,
- des douleurs post-opératoires prolongées peuvent subvenir sur une dent vivante, cette situation nécessitera alors un traitement canalaire,
- la couronne peut se desceller. Le re-scellement peut, généralement être effectué sans difficulté. Cependant avant toute nouvelle intervention, le dentiste doit analyser les causes d'échec et les conséquences du descellement. Si ce dernier constate la présence de caries ou si la couronne manque d'adaptation, elle devra être refaite,
- ma prothèse n'est pas incassable, les risques de fractures ou bris des éléments céramiques existent. Ces réparations peuvent être à mes frais,
- la prothèse a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la brosser, au même titre que mes dents naturelles ; une carie est toujours susceptible d'apparaître sous la couronne,

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre.

- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement,

- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse(s) fixée(s) unitaire(s).

Observations particulières :
….....
….....
….....

Fait à Marseille, le : ….....

Signature du patient ou de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE FIXÉE PLURALE

L'objectif de la prothèse fixée plurale, appelée bridge, est de remplacer une ou plusieurs dents en s'appuyant sur les dents adjacentes. Ainsi les dents bordant l'édentement seront préparées de sorte à recevoir les couronnes prothétiques qui serviront de support au(x) intermédiaire(s) remplaçant les dents absentes.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,
- un fraisage des dents piliers est indispensable pour la réalisation de ma prothèse fixée,
- le risque de fêlures ou fractures des dents résiduelles est possible, le choix d'un ancrage comme assise d'une couronne constitue toujours un risque mécanique pour la racine. Les cas de fractures radiculaires peuvent conduire, à l'extraction de la dent,
- des douleurs post-opératoires prolongées peuvent subvenir sur une dent vivante, cette situation nécessite alors un traitement canalaire,
- la prothèse fixée plurale peut se desceller. Le re-scellement est en général s'effectuer sans difficulté. Cependant avant toute nouvelle intervention, le dentiste doit analyser les causes d'échec et les dégâts provoqués par le décollement. Si ce dernier constate la présence de caries ou si la prothèse manque d'adaptation, elle devra être refaite,
- ma prothèse n'est pas incassable, le risque de fractures ou bris des éléments céramiques existent. Ces réparations peuvent être à mes frais,
- la prothèse a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la brosser au même titre que mes dents naturelles ; une carie est toujours susceptible d'apparaître sous la prothèse.

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,

- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement,

- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,

- j'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement par implant dentaire ou a une prothèse partielle amovible.

Ainsi donc :

- j'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse(s) fixée(s) plurale(s).

Observations particulières :
….....
….....
….....

Fait à Marseille, le : ….....

Signature du patient ou de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE AMOVIBLE PARTIELLE RÉSINE

L'objectif de la prothèse amovible est de remplacer les dents manquantes, de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire et de maintenir les dents restantes dans la bonne position. Elle se compose d'une base en résine qui soutient les fausses dents. Elle s'appuie sur les maxillaires, et est maintenue en place par des crochets qui servent d'ancrage en encerclant les dents supports. Cette prothèse moins résistante, moins stable et plus volumineuse qu'une prothèse à plaque base métallique, elle est réservée à un usage temporaire.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- cette prothèse n'est qu'une solution provisoire et ne constitue pas le traitement prothétique final,

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,

- les crochets peuvent parfois être visibles,

- un essayage de ma future prothèse sera fait pour vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cette séance, si je suis satisfait(e), j'aviserai mon dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse,

- il peut apparaître un inconfort initial. Cet inconfort peut se traduire par : des blessures, ulcérations, pressions au niveau des rebords de la pièce, douleurs sur les dents résiduelles, nausées, difficultés à avaler, à mastiquer, gène à la phonation, morsures des joues et de la langues.
  Dans ce cas plusieurs séances de doléances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse,

- une prothèse partielle résine n'est pas fonctionnelle comme des dents naturelles. Elle n'est pas fixée dans ma bouche, seulement stabilisée par les crochets. Aucune garantie de tenue n'est donc assurée. L'utilisation de colle pourra alors améliorer la tenue de ma prothèse,

- une gêne au niveau du palais est possible (nausées, diminution des sensations), liée à recouvrement par la résine. Cette zone assure la stabilité de la prothèse, sa modification entraînera donc un déséquilibre,

- la prothèse dentaire a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la retirer après chaque repas pour la nettoyer ainsi que mes dents résiduelles, ma gencive et ma langue. Une visite annuelle chez mon dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse,

- ma prothèse n'est pas incassable. Certains bris peuvent survenir tel que la fracture de la résine, d'un crochet, ou d'une ou plusieurs dents. Ces réparations peuvent être à mes frais.

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,

- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement,

- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,

- J'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement par implant dentaire ou a une prothèse fixée plurale.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de(s) prothèse(s) partielle(s) amovible(s).

Observations particulières :
….....
….....
….....

Fait à Marseille, le :….....

Signature du patient ou
de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE AMOVIBLE PARTIELLE PLAQUE BASE MÉTALLIQUE

L'objectif de la prothèse amovible est de remplacer les dents manquantes, de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire et de maintenir les dents restantes dans la bonne position. Elle se compose d'une plaque métallique, et d'une partie en résine qui soutient les fausses dents. Elle s'appuie sur les gencives, et est maintenue en place par des crochets qui servent d'ancrage en encerclant les dents supports.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,
- la plaque base métallique et les crochets peuvent parfois être visibles,
- un meulage sélectif et des préparations sur mes dents naturelles ou artificielles peuvent être nécessaires pour recevoir ma prothèse amovible,
- un essayage de ma future prothèse sera fait pour vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cette séance, si je suis satisfait(e), j'aviserai mon dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse,
- il peut apparaître un inconfort initial. Cet inconfort peut se traduire par : des blessures, ulcérations, pressions au niveau des rebords de la pièce, douleurs sur les dents résiduelles, nausées, difficultés à avaler, à mastiquer, gène à la phonation, morsures des joues et de la langues. Dans ce cas plusieurs séances de doléances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse,
- la prothèse dentaire a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la retirer après chaque repas pour la nettoyer ainsi que mes dents résiduelles, ma gencive et ma langue. Une visite annuelle chez mon dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse,
- ma prothèse n'est pas incassable. Certains bris peuvent survenir tel que la fracture de la résine, d'un crochet, ou d'une ou plusieurs dents. Ces réparations peuvent être à mes frais.

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,

- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner une modification du traitement,

- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,

- J'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement par implant dentaire ou à une prothèse fixée plurale.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse(s) partielle(s) amovible(s).

Observations particulières :
….....
….....
….....

Fait à Marseille, le : .....

Signature du patient ou
de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE AMOVIBLE TOTALE

L'objectif de la prothèse amovible totale est de redonner une dentition au patient tout en s'assurant de l'aspect naturel de ses expressions faciales. Elle a pour but d'améliorer et de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire. Elle se compose d'une partie en résine qui soutient les fausses dents, elle s'appuie sur les gencives, et pour le maxillaire au palais.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,

- un essayage de ma future prothèse sera fait pour vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cette séance, si je suis satisfait(e), j'aviserai mon dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse,

- il peut apparaître un inconfort initial. Cet inconfort peut se traduire par : des blessures, ulcérations, pressions au niveau des rebords de la pièce, nausées, difficultés à avaler, à mastiquer, gène à la phonation, morsures des joues et de la langues.
  Dans ce cas plusieurs séances de doléances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse,

- une prothèse dentaire totale n'est pas fonctionnelle comme des dents naturelles. Elle n'est pas fixée dans ma bouche, elle tient grâce à un effet de succion qui dépend de l'anatomie de mes maxillaires. L'utilisation de colle ou la pose d'implants pourront alors améliorer la tenue de ma prothèse,

- une gêne au niveau du palais est possible (nausées, diminution des sensations), liée à recouvrement par la résine. Cette zone assure le maintient de la prothèse, sa modification entraînera donc une perte de rétention,

- la prothèse dentaire a besoin de traitement d'hygiène. Il est nécessaire de la retirer après chaque repas pour la nettoyer ainsi que ma gencive et ma langue.
  Une visite annuelle chez mon dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse,

- ma prothèse n'est pas incassable. Certains bris peuvent survenir tel que la fracture de la résine, d'une ou plusieurs dents. Ces réparations peuvent être à mes frais.

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,

- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner la modification du traitement,

- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,

- J'ai été informé(e) de la possibilité de recourir à un traitement par implants.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse totale amovible.

Observations particulières :
….....
….....
….....

Fait à Marseille, le : ….....

Signature du patient ou
de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE FIXÉE SUPRA IMPLANTAIRE

L'objectif de la prothèse fixée supra implantaire appelée couronne ou bridge sur implant(s) est de remplacer une ou plusieurs dents absentes. Les implants remplacent la racine dentaire des dents manquantes et la prothèse est fixée sur ces implants. C'est la méthode de remplacement de dents absentes se rapprochant le plus de la dentition naturelle.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,
- ma prothèse n'est pas incassable, le risque de fractures ou bris des éléments céramiques existent. Ces réparations peuvent être à mes frais,
- la prothèse même fixée a besoin de traitement d'hygiène, qu'il est nécessaire de la brosser au même titre que mes dents naturelles. Une visite annuelle chez mon dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse.

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,
- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner la modification du traitement,
- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,
- J'ai été informé(e) de la possibilité dans certains cas de recourir à un traitement par prothèse amovible.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de(s) prothèse(s) fixée(s) partielle(s) supra implantaire(s).

Observations particulières :
….
….
….

Fait à Marseille, le : ….....

Signature du patient ou de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE FIXÉE COMPLÈTE SUPRA IMPLANTAIRE

L'objectif de la prothèse fixée complète supra implantaire est de redonner une dentition au patient tout en s'assurant de l'aspect naturel de toutes ses expressions faciales. Elle a pour but d'améliorer et de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire. Elle se compose d'une partie en résine qui soutient les fausses dents, elle est fixée sur les maxillaires par les implants.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,

- un essayage des dents de ma future prothèse sera fait dans la cire pour en vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cet essayage lorsque je serai satisfait de la position des dents et de l'esthétique, j'aviserai mon dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse,

- il peut apparaître un inconfort initial. Il peut se traduire par : une difficultés à mastiquer, gène à la phonation, morsures des joues et de la langues. Dans ce cas plusieurs séances de doléances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse,

- bien qu'il s'agisse de la solution la plus confortable, la prothèse fixée complète supra implantaire n'apporte pas les mêmes sensations que des dents naturelles,

- ma prothèse n'est pas incassable, le risque de fracture existe. Ces réparations peuvent être à mes frais,

- la prothèse dentaire fixée sur implants nécessite un entretien très rigoureux. Il est important de compléter le brossage quotidien par le passage du jet dentaire et éventuellement de brossettes interdentaires. Une visite semestrielle chez mon dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse.

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,

- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner la modification du traitement,

- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,

- J'ai été informé(e) de la possibilité dans certains cas de recourir à un traitement par prothèse amovible simple.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de prothèse fixée complète supra implantaire.

Observations particulières :
….
….
….

Fait à Marseille, le : ….

Signature du patient ou de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

CONSENTEMENT AUX SOINS
PROTHÈSE AMOVIBLE COMPLÈTE SUPRA IMPLANTAIRE

L'objectif de la prothèse amovible complète supra implantaire est de redonner une dentition au patient tout en s'assurant de l'aspect naturel de toutes ses expressions faciales. Elle a pour but d'améliorer et de restaurer l'esthétique et la fonction masticatoire. Elle se compose d'une partie en résine qui soutient les fausses dents, elle est clipsée sur les maxillaires grâce aux implants.

Je soussigné(e)....., né(e) le ….....
domicilié(e).....
agissant pour moi ou en qualité de.....
pour....., né(e) le : .....

Certifie avoir été informé(e) des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais que :

- la conception et la fabrication de ma prothèse nécessiteront plusieurs séances,

- un essayage de ma future prothèse sera fait pour vérifier la fonctionnalité et l'esthétique. A la fin de cette séance, si je suis satisfait(e), j'aviserai mon dentiste de procéder à la finalisation de ma prothèse,

- une prothèse dentaire totale n'est pas fonctionnelle comme des dents naturelles. Bien que stabilisée dans ma bouche grâce aux implants, les sensations et fonctions manducatrices restent diminuées,

- il peut apparaître un inconfort initial. Il peut se traduire par : des blessures, ulcérations, pressions au niveau des rebords de la pièce, nausées, difficultés à avaler, à mastiquer, gène à la phonation, morsures des joues et de la langues.
  Dans ce cas plusieurs séances de doléances peuvent être programmées pour procéder aux ajustements nécessaires de la prothèse,

- une gêne au niveau du palais est possible (nausées, diminution des sensations), liée à recouvrement par la résine. Cette zone assure la stabilité de la prothèse, sa modification entraînera donc un déséquilibre,

- ma prothèse n'est pas incassable, le risque de fractures existe. Ces réparations peuvent être à mes frais,

- la prothèse dentaire a besoin de traitement d'hygiène. Une visite annuelle chez mon dentiste est recommandée pour une vérification et un nettoyage de ma prothèse.

En outre :

- j'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature des soins prothétiques et de l'objectif à atteindre,

- je comprends que même si le pronostic de départ est bon, des complications peuvent survenir et entraîner la modification du traitement,

- je comprends que ma collaboration au traitement est essentielle (présence et ponctualité aux rendez-vous, maintien d'une bonne hygiène buccale et contrôles périodiques), sans quoi mon praticien sera susceptible d'interrompre mon traitement,

- J'ai été informé(e) de la possibilité dans certains cas de recourir à un traitement par prothèse amovible simple.

Ainsi donc :

- J'ai reçu une information claire, complète et appropriée,

- je fais cette démarche prothétique de façon volontaire et réfléchie, et je donne mon consentement pour la réalisation de(s) prothèse(s) amovible(s) complète(s) sur implants.

Observations particulières :
….....
….....
….....

Fait à Marseille, le : ….....

Signature du patient ou de son représentant :

Signature du Chirurgien Dentiste :

Conclusion

Le principe de consentement aux soins implique pour le praticien responsable de la prise en charge, deux démarches. Dans un premier temps, la délivrance d'une information éclairée : il doit expliquer au patient son état bucco dentaire, son évolution en cas d'absence de traitement, lui proposer le traitement unique ou le choix entre plusieurs traitements lorsque cela est possible, lui exposer ses avantages et ses inconvénients, les risques et les complications éventuelles. À ce stade le patient a besoin des devis approximatifs des différentes options de traitements. Lors de cette séance il n'est pas recommandé de commencer le traitement actif pour laisser un temps de réflexion au patient. C'est donc dans un second temps, que le praticien doit procéder au recueil du consentement du patient lequel doit être non seulement éclairé par l'information préalablement délivrée, mais également libre de toute pression ou contrainte.

L'information doit être délivrée par le praticien qui réalise l'acte médical. En cas de traitement pluridisciplinaire, chaque intervenant doit délivrer personnellement l'information qui relève de son domaine. Par exemple en cas de prothèse sur implant, un premier consentement doit être établi concernant la pose de l'implant par le praticien réalisant l'acte, puis un second consentement concernant la prothèse sur implant.

Ces informations doivent être conformes aux données acquises de la science, objectives et surtout compréhensibles par tous. Elles sont complémentaires, concomitantes à l'édition d'un devis daté puis signé par les parties mentionnant les cotations et les coûts détaillés pour tous les actes.

Le contenu de l'information ne doit pas se limiter à la rédaction du consentement écrit, mais doit être complété par une information orale avec plusieurs supports d'explications tels que les radiographies, photographies, moulages d'étude… Toutes ces explications doivent être adaptées à chaque patient, avec un vocabulaire vulgarisé.

Un patient pourra difficilement contester la décision thérapeutique ou réfuter son accord donné pour une réhabilitation, si le praticien respecte ces préconisations.

Au-delà de nos obligations légales, ces moments de communications avec le patient, trop souvent ressenties comme contrainte excessive et superflu, vont plutôt induire un cadre relationnel satisfaisant, faciliter sa coopération, sa confiance, tout en réduisant les contentieux imputables au titre d'un consentement éclairé allégué insuffisant.

BIBLIOGRAPHIE

1 - MOUTEL G. Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine : entre idéalismes et réalités cliniques. Paris : Ed L'Harmattan, 2003.

2 - MOUTEL G. Devoir d'information vis-à-vis des patients, risque et incertitude : évolution et enjeux éthiques. Etudes et synthèses, 2005. Disponible sur www.ethique.inserm.fr

3 - BEAUCHAMP T.L. – CHILDRESS J.F. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris : Ed. Les belles lettres, 2008.

4 - CRESSARD P. CNOM. Le Quotidien du Médecin. N°7831 du 27 octobre 2005.

5 - MAUGARD E. Le Quotidien du Médecin. N°6350 du 05 octobre1998.

6 - MOULEDOUS C. Implication de la loi du 4 mars 2002 sur l'exercice libéral en odontologie. Thèse Chir. Dent. n°2006-TOU3-3023. TOULOUSE, 2006.

7 - MOUTEL G. Information et consentement en pratiques de soins. Laboratoire d'éthique médicale et Médecine légale Univ Paris 5. Disponible sur www.ethique.inserm.fr

8 - MOUTEL G. - SFEZ L. - GODEAU P. - HERVE C. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients : l'an 1 de la démocratie sanitaire ? Le courrier de l'éthique, 2002, 2, 45-49.

9 - BERTRAND J.C. - CHIKHANI L. Le point de vue de l'expert judiciaire et du médecin de Cied'Assurances. Colloque du CMSCMFF/Orly. 1er avril 2006.

10 - LABORIER B. Économie et Droit. La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. n°17. Mai 2000.

11 - HERVE C. Directeur du Laboratoire d'Éthique Médicale. Paris V - Colloque du CMSCMFF. 1er avril 2006.

12 - Haute Autorité de Santé, Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Mai 2000. Disponible sur : www.anaes.fr

13 - BOCCARA E. Contrat de soins et consentement éclairé en Odontologie. Paris 1995.

14 - PENNEAU M. L'évolution de la jurisprudence en matière d'information. Colloque du CMSCMFF sur le Consentement éclairé du patient/Orly. 1er avril 2006.

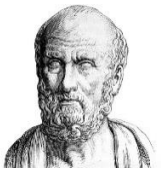
15 - COMMISSIONAT Y. Atelier du Colloque du CMSCMFF/Orly. 1er avril 2006.

16 - Traçabilité des dispositifs médicaux. 25 juin 2014. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/materiel-et-materiaux/tracabilite-des-dispositifs-medicaux.html

17 - Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Prothèses dentaires : une meilleure traçabilité – communiqué. 01 octobre 2010. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Protheses-dentaires-une-meilleure-tracabilite-Communique

18 - Haute Autorité de Santé, EYRAUD B. Vidal-Naquet P. Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesures de protection. Décembre 2017. Disponible sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00585650/document

19 - GRAND-LAFORÊT E. Le consentement du mineur. Laboratoire d'éthique médicale et Médecine légale. Juin 2006. Univ Paris 5. Disponible sur www.ethique.inserm.fr



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

CABRERA Maëlys – Mise en place de consentements en odontologie prothétique en milieu hospitalier

Th : Chir. dent : Marseille : Aix-Marseille Université : 2019

Rubrique de classement : Santé Publique

Résumé :
L'odontologie prothétique est une discipline majeure dans l'exercice de la dentisterie. Cela représente en moyenne 30% de l'activité d'un chirurgien-dentiste et 70% de son chiffre d'affaire. Devant une patientèle de plus en plus procédurière et du nombre de litiges qui ne cessent de croitre, la mise en place de consentements aux soins en odontologie prothétique s'avère être une étape essentielle afin de s'assurer de la prise de conscience du patient des différentes solutions prothétiques possibles.
L'évolution de la législation relative aux droits des patients contribue à l'amélioration de la relation patient-praticien en affirmant la participation du patient à la décision. Aucun acte ne peut être réalisé sans le consentement libre et éclairé du patient, traduisant l'accord entre celui-ci et le praticien sur les objectifs et les conditions de cet acte. Le recueil du consentement implique qu'au préalable une information orale de qualité ait été délivrée au patient.
Il est intéressant d'obtenir à l'écrit un consentement éclairé et adapté pour chaque type de prothèse tout en gardant à l'esprit que l'échange oral prime sur le formulaire afin de s'assurer de la bonne compréhension du traitement proposé.

Mots clés : prothèse dentaire, consentement aux soins, information du patient, odontologie prothétique

CABRERA Maëlys – Consents establishment in prosthetic service in hospital setting.

Abstract:
Dental prosthesis is a major discipline in a dental practice. This is around 30% of dental surgeon dentist activity and 70% of his turnover. In front of patients more and more litigious and the increase of disputes, establishment of consents documents in dental prosthesis is thus now more necessary than ever in order to check the patient knowledge about dental prosthesis suitable solutions.
The legislation evolution concerning patient's rights contributes to improving the patient-practioner relationship by bringing the patient into the decision.
No act can be performed without the free and informed consent of the patient, reflecting the agreement between the patient and the practitioner about the objectives and conditions of this act. The collection of consent implies that beforehand quality oral information has been delivered to the patient.
It is interesting to get a writing informed and adapted for the different types of prostheses consent, while keeping in mind that the oral communication predominate on the form to ensure a good understanding of the proposed treatment.

Key Words: dental prosthesis, consent to care, patient information

Adresse de l'auteur :
16 rue de l'abbé Féraud
13005 MARSEILLE