



Devoir d'information en implantologie : évaluation de la compréhension des patients au sein du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Bordeaux

Amandine Elise Delmas

► To cite this version:

Amandine Elise Delmas. Devoir d'information en implantologie : évaluation de la compréhension des patients au sein du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Bordeaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02632354

HAL Id: dumas-02632354

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02632354>

Submitted on 27 May 2020

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.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2020

Thèse n°22

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Amandine, Elise DELMAS

Née le 17/02/1994 à Agen (47)

Le 07 Mai 2020

**DEVOIR D'INFORMATION EN IMPLANTOLOGIE :
EVALUATION DE LA COMPREHENSION DES PATIENTS AU
SEIN DU POLE DE MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCO-
DENTAIRE DU CHU DE BORDEAUX**

Sous la direction du Dr Elise ARRIVE

Membres du jury :

Président	Pr Sylvain CATROS,	Professeur des Universités
Directeur	Dr Elise ARRIVE,	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	Dr Cyril SEDARAT,	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	Dr Christophe BOU,	Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
02/12/2019

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTÉ UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie	Mr DELBOS Yves	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. CATROS Sylvain	57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. SEDARAT Cyril	57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELB OS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Jean-François	PELI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

Mr	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle	Anaïs	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Severine	DESCAZEUX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
Mr	Louis	HUAULT	Fonction/dysfonctions, imagerie, biomatériaux	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
Mr	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PILEU	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
Mr	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mr	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

Remerciements

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Sylvain CATROS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Directeur Adjoint – Chargé de la recherche de l'UFR des Sciences Odontologiques

Sous-section Chirurgie Orale 57-01

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous remercie d'avoir accepté la réalisation de mon étude au sein de votre service de chirurgie orale mais également d'avoir participé à l'établissement du questionnaire d'hétéro-évaluation.

Veillez trouver par ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A notre Directeur de thèse,

Madame le Docteur Elise ARRIVE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prévention Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-02

Vous me faites l'honneur et la gentillesse de diriger cette thèse.

Je vous remercie pour votre implication dans ce travail.

Merci pour votre disponibilité, votre patience, votre efficacité et votre soutien dans la réalisation de cette étude de la conception du protocole à l'analyse des données jusqu'à sa correction finale. Je n'aurais pu la mener à bien sans votre précieuse aide.

Soyez assurée de ma profonde considération et de mon infinie gratitude.

A notre Rapporteur de thèse,

Monsieur le Docteur Cyril SEDARAT
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Parodontologie 57-01

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré, et ce, dès le début de cette thèse jusqu'à sa relecture finale.
Merci pour votre enseignement, tout au long de ces années d'études, aussi bien en amphithéâtre qu'auprès des patients à l'hôpital.
Merci pour votre accompagnement, votre bienveillance à mon égard : les vacances hospitalières à vos côtés m'ont énormément apporté et m'ont donné goût à la parodontologie.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.*

A notre Assesseur,

Monsieur le Docteur Christophe BOU
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Sous-section Prévention Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-02

*Vous me faites le privilège de faire partie du jury.
Pourtant très sollicité vous n'avez pas hésité à intervenir afin que ce travail puisse aboutir alors même que je pensais devoir abandonner ce sujet qui me tenait pourtant à cœur.
Veuillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.*

A l'ensemble de l'équipe de chirurgie orale du PQR,

Praticiens hospitaliers, assistants, internes, docteurs venus réaliser le diplôme universitaire d'implantologie

Je vous remercie d'avoir rendu possible la réalisation de cette étude en acceptant que je puisse intervenir auprès de vos patients. Merci d'avoir su vous rendre disponible pour répondre à mes questions et m'avoir permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions.

Merci également au Dr Fénélon Mathilde de m'avoir aidé dans la réalisation de mon questionnaire d'hétéro-évaluation.

Aux aides soignantes et secrétaires du PQR,

En particulier Hélène, Patricia, Linda et Annabelle

Je vous remercie pour votre implication dans mon travail qui m'a permis de réaliser un maximum d'entretien. Mais surtout merci pour votre bonne humeur alors même que j'ai pu constater de près la difficulté de vos métiers.

Patricia : Merci pour ces échanges à cœur ouvert.

Aux interviewés de cette thèse, qui ont su m'accorder de leur temps mais aussi leur confiance afin de recueillir l'intimité de leurs propos.

A l'UFR d'Odontologie de Bordeaux,

Merci pour la formation que vous nous offrez.

Merci aux enseignants et assistants pour la transmission de votre savoir et pour m'avoir donné goût au métier de Chirurgien-Dentiste.

Aux dentistes qui m'ont fait découvrir leur pratique et à ceux qui m'ont fait confiance lors de mes premiers pas dans le métier,

Une pensée particulière au Dr Ibanez Thomas.

A mes parents,

Maman,

Silence et absence n'effaceront jamais l'amour que tu m'as donné.

Mère courage, je te remercie de m'avoir élevée, construite, de t'être battue pour que je puisse me réaliser.

Si aujourd'hui nos chemins sont différents, ce lien qui nous unit, aussi douloureux soit-il actuellement, personne ne pourra le rompre.

Tu resteras la femme de ma vie et ce travail je te le dédie.

Papa,

Si ce n'est pas toujours simple et que les moments passés ensemble sont rares, je garde en mémoire ces interminables parties de badminton, les sorties en vélo, les courses à la nage où il faut bien l'avouer j'étais loin devant toi et les parties de pétanque où sans hésitation tu étais le meilleur. Pour tous ces moments je te dis merci.

Merci également à toi Martine de t'être occupé de moi comme si j'étais ta propre fille lors de ces années passées ensemble, d'épauler papa au quotidien et d'avoir contribué à créer une certaine structure familiale avec Laëtitia et Mathis.

Philippe,

Dix années à t'occuper de moi, me faire découvrir le monde à travers de merveilleux voyages qui resteront ancrés en moi à jamais. Les cours de physique et d'anglais, « Ratou », les parties d'échecs, de dames et de batailles navales, les vacances à Luchon et Arcachon : que de souvenirs ! Il aura fallu que je prenne de l'âge et du recul pour réaliser la chance que j'ai eu de te rencontrer. Si je n'ai pas toujours été tendre avec toi, je m'en excuse et espère que tu ne me tiens pas rigueur de ces rébellions d'enfant/ado.

Une chose est sûre : merci pour tout !

J'espère te revoir un jour, ici ou côté Océan Pacifique...Pingou.

A ma famille,

Du Lot-et-Garonne et des quatre coins de France,

Des grandes tablées du dimanche à « la Tuque » aux Noël's chez Papi et Mamie à Valence-d'Agen en passant par les vacances d'été en Corse : Merci pour ces souvenirs d'enfance.

A ma belle-famille,

Véritable famille d'adoption, merci pour votre accueil, votre soutien et surtout votre amour.

A mes amis,

Anciens comme nouveaux et tout particulièrement :

Mélissa,

20 ans d'amitié, vécu similaire même à distance. Merci d'être toujours là lorsque j'en ai besoin, pour les bons comme les mauvais moments. Ne change pas. Tu es la meilleure.

Justine et de manière générale la famille Cousin de puymarcel,

Merci pour ces samedis après-midi un week-end sur deux et tous les souvenirs d'enfance qu'ils ont permis de graver en moi.

Nicolas. D, Angèle et Johanna,

Compagnons de galère de TPs, de partiels et même de gardes. Vous avez embelli ces années d'études. Malgré l'éloignement j'espère que nous garderons toujours contact. Je vous souhaite le meilleur.

Mathieu et Vincent,

La fine équipe ! Sans vous les vacances hospitalières n'auraient pas eu la même saveur. Je suis heureuse que nous continuions à nous voir régulièrement, échanger, rigoler, partager ces moments simples de vie ensemble.

Léa,

Si c'est vers d'autres contrées que ta poursuite d'étude t'a menée, le plaisir de te voir est toujours le même lors de tes retours au Pays. Je ne te remercierai jamais assez d'avoir fait entrer dans ma vie cette merveilleuse boule d'amour (et de poils).

A toi, mon Nicolas, mon Amour,

Toi qui partage tout de ma vie depuis 5 ans : mes doutes, mes peines, mes désillusions mais aussi mes victoires et mes joies.

J'admire ta force, ton courage et ton petit côté « I won't do what you tell me ! ».

Merci d'être toujours présent pour moi quels que soient les obstacles, les coups durs, en restant fidèle à toi-même : juste et droit.

Merci de supporter mes « ronchonneries », mes goûts musicaux, qui selon toi sont plus que douteux, mais surtout merci de me faire rire et de prendre si bien soin de moi.

Merci tout simplement de faire mon bonheur au quotidien.

Merci d'être toi.

Je t'aime.

A Figaro,

A toutes les personnes chères à mon cœur qui m'attendent au ciel,
*J'espère que vous êtes fiers de moi. Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté
ici-bas.*

Nous nous retrouverons. Je vous aime.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	15
1.1. Le devoir d'information des professionnels de santé.....	15
1.1.1. Le contenu de l'information	16
1.1.2. Qui doit délivrer l'information et de quelle manière?.....	16
1.1.3. Qui doit recevoir l'information ?.....	17
1.1.4. Quelle doit être la forme de l'information ?.....	17
1.1.5. En cas de litige.....	17
1.2. L'implantologie dentaire.....	20
1.2.1. Objectifs, intérêts et évolution.....	20
1.2.2. Sinistralité et implantologie.....	21
1.2.3. Objectifs de l'étude.....	23
2. MATERIEL ET METHODE	24
2.1. Schéma de l'étude	24
2.2. Critères d'éligibilité	24
2.2.1. Critères d'inclusion	24
2.2.2. Critères de non-inclusion.....	24
2.2.3. Critères d'exclusion	25
2.3. Critères d'évaluation	25
2.3.1. Critère d'évaluation principal	25
2.3.2. Critères d'évaluation secondaires.....	27
2.3.3. Autres données recueillies	28
2.4. Déroulement de l'étude	28
2.4.1. Calendrier de la recherche.....	28
2.4.2. Réalisation pratique de l'étude.....	28
2.5. Aspects statistiques.....	29
2.5.1. Calcul de la taille de l'étude.....	29
2.5.2. Méthodes statistiques employées	30
2.6. Données	30
2.6.1. Confidentialité des données.....	30
2.6.2. Gestion des données	30
2.7. Considérations éthiques et réglementaires	30
3. RESULTATS.....	31
3.1. Diagramme de flux	31
3.2. Description de l'échantillon	32
3.3. Analyse de l'auto-évaluation.....	34
3.4. Analyse de l'hétéro-évaluation.....	35
3.5. Comparatif entre auto et hétéro-évaluation	38
3.6. Etude de la validité du questionnaire d'auto-évaluation	39

4. DISCUSSION.....	41
4.1. Compréhension de l'information.....	41
4.2. Au sujet de la validité du questionnaire d'auto-évaluation	42
4.3. Limites de l'étude.....	42
4.4. Perspectives d'évolution	45
5. CONCLUSION.....	46
6. BIBLIOGRAPHIE.....	47
7. ANNEXES.....	50

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Schéma de l'étude.....</i>	<i>29</i>
<i>Figure 2 : Diagramme de flux.....</i>	<i>31</i>

<i>Tableau 1 : Thèmes devant être abordés lors de la délivrance de l'information accompagnés des critères à restituer</i>	<i>26</i>
<i>Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 3 : Analyse de l'auto-évaluation de la compréhension à partir de l'échelle EVA</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 4: Analyse de la compréhension par question par l'enquêteur en pourcentage (%) .</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 5 : Fréquence des critères mentionnés par les patients</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 6 : Analyse de la compréhension par question par l'enquêteur avec l'algorithme en 0/1.....</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 7 : Analyse de la sensibilité et de la spécificité du questionnaire d'auto-évaluation..</i>	<i>40</i>

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADF : Association Dentaire de France
- AFI : Association Française d'Implantologie
- AHU : Assistant Hospitalier Universitaire
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNEOS : Compagnie Nationale des Experts en Odonto-Stomatologie
- CSP : Code de la Santé Publique
- DU : Diplôme Universitaire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- M.A.C.S.F : Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français
- ONCD : Ordre National des Chirugiens-Dentistes
- RAC0 : Reste A Charge 0
- SFCO : Société Française de Chirurgie Orale

1. INTRODUCTION

1.1. Le devoir d'information des professionnels de santé

Historiquement, la relation patient-praticien a reposé sur un modèle paternaliste qui semble aujourd'hui désuet.(1) Ce schéma unidirectionnel de la relation, avec en position centrale le praticien, seul détenteur du savoir et décisionnaire de la prise en charge médicale, est à présent insuffisant.

Si avec l'arrêt Thouret-Noroy du 18 juin 1835, le praticien perd son statut privilégié en redevenant un simple citoyen pour qui les dispositions des articles 1382 et 1383 du Code civil lui sont aussi applicables (2), il faudra attendre un siècle plus tard pour que la responsabilité alors délictuelle laisse place à une responsabilité médicale civile contractuelle avec l'arrêt Mercier du 20 mai 1936. (3)

Cependant, ce n'est qu'au cours de la seconde moitié du XXème siècle, accompagnée par les grandes avancées médicales mais aussi les scandales sanitaires, le développement de l'instruction et l'accès à l'information, que l'obligation d'information s'est imposée en droit de la santé.

Elle s'est développée au fur et à mesure des différents rendus judiciaires pour finalement être encadrée par la loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé aussi appelée Loi Kouchner, qui fut intégrée au Code de la Santé publique (CSP) et au code de déontologie médicale.(4)

L'article L.1111-2 du CSP stipule que « *Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé* » mais l'article L.1111-4 souligne également qu'« *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* ».(5)(6)

Le « consentement » fait référence à l'accord du patient et le terme « éclairé » renvoi aux informations qu'il doit recevoir.(7) Effectivement, l'accord du patient sur les soins qui lui sont proposés ne peut avoir de valeur si les informations nécessaires à sa prise de décision ne sont pas délivrées et comprises. Il semble alors légitime de se poser les questions suivantes :

Quel doit être le contenu de l'information ? Par qui, pour qui et comment l'information doit-elle être donnée ? Quel doit être son mode de délivrance ?

Pour y répondre, « *Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé* » comme l'indique l'Article L1111-2 du CSP, les plus récentes datant de 2012.(8) L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes a également réalisé une charte au sujet du consentement éclairé datant de juin 2014.(9)

1.1.1. Le contenu de l'information

Ainsi nous savons que l'information doit porter sur l'état de santé de la personne, la description, le déroulement et l'organisation spatio-temporelle du ou des soins proposés, les intérêts et bénéfices escomptés, l'urgence éventuelle, les inconvénients, les complications et risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, les suites opératoires accompagnées de conseils et précautions à prendre, les médications et examens complémentaires nécessaires, les alternatives thérapeutiques si elles existent, le suivi à entreprendre et ses modalités mais également les conséquences prévisibles en cas d'abstention thérapeutique. L'information ne se limite pas à des aspects purement médicaux puisque le devoir d'information s'étend également au coût de la thérapeutique et à ses conditions de prise en charge par l'assurance maladie. Un devis d'honoraire doit ainsi être remis au patient. Il sera nécessaire d'y ajouter un avenant s'il y a modification dans le plan et les moyens de traitement. (2)(8)(9)(10)(11)

1.1.2. Qui doit délivrer l'information et de quelle manière?

L'obligation d'informer incombe à tous les professionnels de santé. (7)(11) Dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, chaque intervenant informe la personne des éléments relevant de son domaine de compétence. En outre l'obligation d'information incombe au prescripteur de l'acte mais aussi à celui qui l'exécute. Un praticien qui se verrait adresser un patient afin de réaliser la pose d'un implant dentaire par exemple n'a pas à présumer que l'information relevant de ses compétences a déjà été donnée par le confrère prescripteur. (8)

L'information doit être délivrée oralement au cours d'un entretien individuel comme le stipule l'article L1111-2 du CSP car c'est de cette manière qu'elle peut être adaptée aux particularités propres à chaque patient. Cet entretien doit être réalisé dans un lieu calme, propice à l'échange et le praticien doit s'efforcer de répondre aux questions posées par le patient. Des documents informatifs personnalisés et simples peuvent être utilisés et remis au patient mais ils ne doivent être qu'un complément, une aide à la compréhension et à la prise de décision, ils ne sont pas à considérer comme une décharge de responsabilité. (9)(12)

En revanche, un document financier doit obligatoirement être remis. Par ailleurs, concernant le recours à un dispositif implantable, le praticien doit remettre au patient un passeport implantaire mentionnant l'identification du dispositif médical utilisé, le lieu et la date d'utilisation ainsi que le nom du praticien.(9) L'Ordre National des Chirugiens-Dentistes (ONCD) propose un document type sur son site en ligne.(13) Pour les dispositifs médicaux sur mesure, comme les prothèses dentaires, une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés doit être remise en fin de traitement.(9)

1.1.3. Qui doit recevoir l'information ?

C'est le patient. L'entretien doit être individuel mais le patient peut, s'il le souhaite, être accompagné. Pour les cas particuliers que représentent les mineurs et les majeurs protégés, ils sont en droit de recevoir l'information s'ils le désirent. En ce sens le praticien se doit de la leur délivrer de manière adaptée à leurs niveaux de compréhension mais il doit également, de façon plus complète, la donner à leurs représentants légaux.(9)

1.1.4. Quelle doit être la forme de l'information ?

L'article R4127-35 du CSP mentionne que « *l'information doit être loyale, claire et appropriée* » et que le médecin « *tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » (14)

L'information doit être délivrée dans l'intérêt seul du patient, être exempt de dol et c'est en ce sens qu'elle doit être loyale.

Par ailleurs, la clarté implique d'éviter l'emploi de termes trop techniques afin que l'information puisse être intelligible par tout le monde.

Enfin, elle doit être appropriée au patient et à son état à la fois physique et mental. (1)

1.1.5. En cas de litige

Suite à l'affaire Hédreul, depuis 1997 pour le praticien libéral et 2000 pour le praticien hospitalier, un renversement de la charge de la preuve s'est opéré. Ainsi il revient désormais au praticien d'apporter la preuve que l'information a été donnée et le consentement du patient recueilli.

L'arrêt du 14 octobre 1997 précise cependant que « *la preuve de cette information peut être faite par tous moyens* ».(15) Même si le recueil du consentement éclairé du patient par écrit avec apposition de sa signature n'est pas légalement obligatoire, sauf cas particuliers prévus par la loi comme le prélèvement d'organes, tissus, cellules et produits de corps humain, il est pourtant fortement recommandé en implantologie. Des documents types ont d'ailleurs été réalisés par l'AFI ou encore la M.A.C.S.F, un des principaux assureurs des chirurgiens-dentistes (Annexes 1 et 2).

Si de tels documents peuvent être facilement contestables, ils s'ajoutent cependant aux preuves montrant que l'obligation d'information a été accomplie.

L'élément essentiel, en revanche, à ne pas négliger, est le dossier médical du patient. En effet, ce qu'il sera recherché en cas de litige est sa tenue. Il doit être à jour, le plus complet et le plus détaillé possible retraçant la chronologie des soins et faisant état du bilan préopératoire effectué : questionnaire médical, examen exo et endobuccal, examens complémentaires effectués et échanges avec les correspondants. Une trace de la ou des consultation(s) préopératoire(s) doit être conservée ainsi que leur contenu. Leur nombre ainsi que le délai de réflexion accordé avant l'intervention seront appréciés.

(1) Le devis signé ne doit pas être oublié.

Dans le cadre d'un conflit entre patient et praticien, en cas de manquement au devoir d'information, après de nombreuses évolutions jurisprudentielles, à présent, deux préjudices peuvent être invoqués : celui de la perte de chance et celui du préjudice moral d'impréparation.(16)(17)

Si l'arrêt Teyssier du 28 janvier 1942 consacre l'obligation d'information et reconnaît son manquement comme faute aboutissant à la réparation de l'entier dommage, l'arrêt Jugnet du 7 février 1990 apporte une modification en introduisant la notion de perte de chance. Celle-ci donne lieu à une réparation mais correspondant à une « portion » de l'entier dommage, laissée à l'appréciation des juges de fonds, compte tenu du lien indirect entre le dommage subi et le défaut d'information. (18)

Ainsi jusqu'en 2010, le seul motif pouvant être évoqué afin de prétendre à une indemnisation pour manquement à l'obligation d'information était celui de la perte de chance de refuser l'acte médical et donc de se soustraire au risque qui a eu lieu. Sous réserve cependant que l'acte médical ne soit pas absolument nécessaire, seul à pouvoir améliorer l'état du patient et en l'absence de faute technique avérée.(19)

Si une faute technique du praticien était mise en évidence le patient recevait la réparation de l'entier dommage en lien avec la faute technique, le défaut d'information ne pouvant se surajouter à cette condamnation.

De ce fait, s'il y avait absence de faute technique et que l'acte était indispensable le patient ne pouvait prétendre à une indemnité, pourtant non informé du risque alors survenu.

C'est pourquoi, en 2010 la cours de Cassation adopte une nouvelle position et s'appuie sur les articles 16, 16-3, alinéa 2 et 1382 du Code civil pour reconnaître que le juge ne peut laisser sans réparation le non-respect du devoir d'information.(20) Ce qu'elle confirme en 2012 en évoquant « *le préjudice moral résultant d'un défaut de préparation psychologique aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle* ». (21) Le fondement contractuel de l'indemnisation est ainsi abandonné.

La Cours de cassation précise cependant que ce préjudice dit d'impréparation ne peut être reconnu qu'à la condition que le risque soit connu et se soit effectivement réalisé.(22)(23) Par ailleurs ce préjudice ne peut être soumis à réparation si aucune requête n'a été formulée par le plaignant.(24)

L'arrêt du 25 janvier 2017 marque un tournant concernant l'indemnisation pour manquement au devoir d'information puisqu'il met en exergue la possibilité de cumuler des dommages et intérêts au titre de la perte de chance et du préjudice moral d'impréparation.

Deux ans plus tard l'arrêt du 23 janvier 2019 accorde outre la réparation de l'entier dommage pour faute technique celle du préjudice d'impréparation.(25)

Ces rendus successifs font état de l'importance accordée à l'information du patient et confirment la place centrale qu'elle doit avoir dans notre pratique.

1.2. L'implantologie dentaire

1.2.1. Objectifs, intérêts et évolution

L'implantologie dentaire représente une avancée majeure dans nos solutions thérapeutiques. La mise en place dans l'os maxillaire ou mandibulaire de racine(s) artificielle(s) pour supporter une prothèse supra-implantaire ayant pour objectif de remplacer une ou plusieurs dents absentes, permet de contourner bien des contraintes. En effet, il est ainsi possible de s'affranchir de la préparation des dents adjacentes à l'édentement mais aussi des désagréments liés au port d'une prothèse amovible tout en rétablissant les fonctions de mastication, phonétique mais également le confort et l'esthétique.(26)(27)

Ce n'est qu'à partir des années 1980 que l'implantologie orale connaît un véritable tournant avec l'introduction du Titane et du concept d'ostéointégration par Branemark.

Comme l'explique ce dernier, l'ostéointégration est *«une jonction anatomique et fonctionnelle directe entre l'os vivant remanié et la surface de l'implant mis en charge»*.(28) Elle se traduit par l'obtention et le maintien de la stabilité implantaire, nécessaire au succès fonctionnel des prothèses supra-implantaires.

Aujourd'hui, la reproductibilité des résultats et le succès à long terme des implants dentaires, sous réserve d'un suivi régulier et d'une hygiène buccale stricte, font de l'implantologie dentaire une thérapeutique fiable faisant partie intégrante de la médecine dentaire.(29)

De ce fait, de plus en plus de chirurgiens-dentistes se forment à cette discipline et l'utilisation de l'implant dentaire a pris sa place dans le champ de l'omnipratique. On constate ainsi une augmentation du nombre d'implants dentaires posés en France de 110 000 en 2002 à 400 000 en 2012, comme le soulignent les études du Millenium Research Group.

En outre, un nombre de plus en plus important de patients s'oriente vers ce type de thérapeutique.(30)

1.2.2. Sinistralité et implantologie

Tous les ans, l'un des principaux assureurs des chirurgiens-dentistes, avec 27860 sociétaires sur les 42348 praticiens dénombrés en France en 2018, répertorie et analyse les déclarations de sinistre effectuées par les professionnels de santé faisant suite à des réclamations de patients.(30)

Il en ressort que le taux de sinistralité des chirurgiens-dentistes, souscrivant à cet assureur, ne cesse d'augmenter chaque année : 5,61% en 2015, 6,02% en 2016, 6,50% en 2017 et 7,09% en 2018.(31)
(32)

Par ailleurs, comme le souligne le directeur général délégué de cette assurance, « *En cette période de crise économique, l'essentiel des réclamations porte sur les actes pour lesquels le reste à charge est important* ».(30) L'implantologie, qui reste actuellement un acte non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire pour sa phase chirurgicale et dont la participation financière, dans le cas où elle existe, reste très faible pour la phase prothétique, ne fait pas exception à la règle.

C'est ainsi que le rapport de l'année 2011 fait état d'une augmentation de 48% du nombre de litiges déclarés concernant les réhabilitations implantaire par rapport à l'année précédente.(33) Les trois années suivantes ont connu une augmentation progressive de la sinistralité dans cette discipline et l'année 2015 accuse une nouvelle envolée avec +31% de déclarations par rapport à l'année 2014.(30)

Bien que les années suivantes aient connu une stabilisation dans les chiffres, avec même une baisse des déclarations en 2017 dans ce domaine, une nouvelle hausse de 9% est constatée en 2018 et l'implantologie représente un taux de 19% de l'ensemble des sinistres thérapeutiques en odontologie.(34)

Par ailleurs, le directeur du comité dentaire de cette assurance souligne que lorsque la justice est saisie, plus de 60% des décisions concernant les chirurgiens-dentistes se soldent par une condamnation.(30)

Or l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes constate que la mauvaise compréhension des informations fournies par le praticien au patient constitue une des causes de doléances les plus fréquentes.(35)

Déjà en 2007, de manière plus générale sur l'ensemble des chirurgiens, le défaut d'information représentait 35% des motifs de condamnation et arrivait en première position devant la technique opératoire.(36)

La délivrance de l'information par le praticien ne doit donc pas être négligée. D'autant plus que les patients sont souvent confrontés à des informations confuses fournies par les médias et l'industrie, qui ne reflètent pas toujours les données empiriques fondées sur les preuves.(37)

Une étude en 2011 a révélé que les brochures d'informations sur les implants dentaires, réalisées par les fabricants d'implants au Royaume –Uni, n'étaient généralement axées que sur les aspects positifs de cette thérapeutique. En effet, il en ressort que le traitement par implant dentaire est décrit de manière positive, en insistant sur le traitement et ses avantages. Beaucoup moins d'informations sont données sur les inconvénients et les risques potentiels de complications ou d'échec, y compris les problématiques engendrées par la maladie parodontale ou la consommation de tabac.(38)

Les notices d'information fournies par les fabricants d'implant dentaire ne doivent donc pas être uniquement invoquées pour donner aux patients toutes les informations dont ils ont besoin afin de donner leur consentement éclairé.(38)

Une autre étude, de l'université d'Hong Kong publiée en 2015 dans « journal of dentistry », révèle que les personnes ayant acquis des informations sur les implants dentaires par le biais de brochures informatives, des médias ou encore de proches (amis ou famille) surestiment la thérapeutique implantaire, aussi bien sur la fonction des implants dentaires que sur leur longévité.(39)

Si l'implantologie est une thérapeutique fiable, la stabilité implantaire dépend néanmoins de plusieurs facteurs tels que le clinicien, l'hôte et l'implant en lui-même, ce que les patients n'imaginent pas toujours.(40)

Pour la communauté professionnelle il est donc impératif de savoir si les patients sont correctement informés afin de répondre à leurs attentes, tout en leur expliquant ce qui peut être fait de manière réaliste.(41)

Aujourd'hui, le chirurgien-dentiste peut avoir recours à une multitude d'outils afin de présenter et expliciter le traitement envisagé : les photographies, les modèles en plâtre, les vidéos explicatives, les documents écrits éventuellement agrémentés de schémas...

Cependant, la délivrance d'informations ne prouve en rien leur compréhension par le patient.

Aussi, l'envie d'avoir recours à la thérapeutique implantaire et la position d'infériorité possiblement ressentie par le patient qui avouerait ne pas avoir saisi ce qu'il lui a été dit, peuvent le freiner dans sa quête de compréhension et le pousser à acquiescer des éléments pourtant incompris.(42)

Or, le professionnel de santé doit s'assurer que l'information a été comprise afin que le consentement au soin puisse avoir une valeur.

C'est dans cette perspective que s'inscrit l'étude menée au pôle de médecine et de chirurgie bucco-dentaire du CHU à Bordeaux durant les mois de mars et avril 2019.

1.2.3. Objectifs de l'étude

Le but de cette étude était de concevoir une méthode d'évaluation de la compréhension des patients, en s'appuyant sur une étude réalisée en chirurgie orthopédique, lors de la phase préopératoire en implantologie dentaire qui permettrait :

- d'identifier les points sur lesquels il est nécessaire de compléter l'information,
- d'étayer le dossier médical du patient, faisant état des démarches mises en œuvre pour s'assurer de la compréhension de ce dernier concernant la thérapeutique qui va être employée
- d'être utilisé par le praticien pour faire une auto-évaluation de sa pratique après analyse des réponses aux questions dans un but d'amélioration de la communication.

Pour ce faire, l'objectif principal de ce travail était d'évaluer la compréhension des patients sur les informations délivrées par le praticien.

L'objectif secondaire était d'évaluer la validité d'un questionnaire d'auto-évaluation (Annexe 3), simple d'utilisation en pratique quotidienne, pour apprécier la compréhension des patients à la suite d'un entretien préopératoire en implantologie dentaire.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique à l'issue d'une première ou deuxième (après réalisation du cône beam) consultation en implantologie, en s'inspirant de celle réalisée en chirurgie orthopédique au CHU de Nancy en 2014.(43)

2.2. Critères d'éligibilité

2.2.1. Critères d'inclusion

La population cible comprenait l'ensemble des sujets majeurs consultant pour la pose d'un ou plusieurs implants dentaires au sein du pôle odontologie de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux, du 19 mars 2019 au 18 avril 2019.

2.2.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient :

- refus par le patient de participer à l'étude
- personne placée sous tutelle ou curatelle
- personne présentant un trouble psychiatrique ou cognitif sévère ne permettant pas sa participation à l'étude
- personne ne pouvant répondre seule au questionnaire ou à l'entretien semi-directif (personne ne parlant pas ou ayant une mauvaise compréhension du français)
- patient mineur
- patient consultant pour la pose d'implant d'ancrage temporaire orthodontique
- patient qui ne s'est pas présenté à son rendez-vous
- patient n'étant pas venu pour ou n'ayant pas eu une consultation préopératoire en implantologie (erreur lors de la prise de rendez-vous, rendez-vous reporté, changement de plan de traitement)

2.2.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- patient ne souhaitant plus participer à l'étude
- patient ayant répondu au questionnaire d'auto-évaluation mais ne souhaitant pas être enregistré lors de l'entretien semi-directif
- patient agité lors de l'entretien

2.3. Critères d'évaluation

2.3.1. Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal était la compréhension des patients sur les différentes informations délivrées par le praticien à la suite d'une consultation préopératoire en implantologie dentaire auto évaluée par auto-questionnaire (Annexe 3) et hétéro-évaluée par entretien semi-directif (Annexe 4).

Le questionnaire d'auto-évaluation (Annexe 3) a été élaboré en se basant sur les recommandations de la HAS , de l'ADF (12) et de la SFCO (26) formalisant l'information devant impérativement être transmise au patient.

Il comprenait 10 questions portant sur les thèmes devant être abordés lors de l'information au patient. (Tableau 1)

Questions	Compréhension concernant :	Critères à restituer
1	l(es)'intérêt(s) du remplacement de la ou des dent(s)	- Rétablir la fonction (mâcher, parler correctement) - Esthétique - Risque de migration/ version des dents adjacentes/antagonistes
2	le matériel qui va être posé (durant la phase chirurgicale et la phase prothétique)	- Implant dentaire - Vis de couverture - Pilier de cicatrisation - Pilier définitif - Couronne/bridge/PAC implanto-portée
3	le déroulement de la thérapeutique en terme d'étape (s) et de durée dans son ensemble	- Mise en charge immédiate/ 1 temps chirurgical/2 temps chirurgical
4	les avantages de la solution implantaire	- Solution fixe/ confort - Solution non délabrante vis à vis des dents adjacentes à l'édentement - Esthétique (crochet, châssis d'une PAP)
5	les inconvénients de la solution implantaire	- Coût - Durée (sauf si mise en charge immédiate) - La chirurgie et son post-opératoire
6	les alternatives à la solution implantaire	- Prothèse amovible - Bridge - Abstention thérapeutique
7	les conseils post-opératoires	- Poche de glace - Antalgiques - Alimentation : tiède et molle, pas sur la zone opérée - Ne pas fumer - Brosse à dent chirurgicale - Bain de bouche après 24H - Compresse si saignement
8	les risques et complications possibles (immédiates et tardives)	- Infection/ péri-implantite - Perte de l'implant - Trouble de la sensibilité (si secteur postérieur mandibulaire)
9	le coût et la prise en charge de la thérapeutique implantaire	- Acte non pris en charge par la sécurité sociale - Coût
10	le suivi médical	- Contrôle clinique et radio 2 fois par an les 3 premières années - Contrôle clinique et radio 1 fois par an les années suivantes

Tableau 1 : Thèmes devant être abordés lors de la délivrance de l'information accompagnés des critères à restituer

Une échelle de note de type analogique a été utilisée afin que le patient fasse une estimation de sa compréhension concernant chacun des items référencés précédemment à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA). La note EVA moyenne par item a ensuite été calculée.

La référence était l'évaluation par l'enquêteur lors d'un entretien semi-directif avec le patient. L'entretien reprenait chacun des items du questionnaire d'auto-évaluation et s'assurait de leur compréhension à l'aide de critères à restituer, critères préalablement élaborés après concertation avec le Pr Catros et le Dr Fénélon (Tableau 1). Le nombre de critères restitués, même dans un langage profane, déterminait la compréhension du patient.

Le nombre de critères à restituer, par item n'était pas uniforme pour l'ensemble des patients. En effet, il a été déterminé au cas par cas afin de correspondre à la réalité clinique de chacun. Pour exemple, un patient édenté total pour qui il était prévu de réaliser une prothèse complète stabilisée sur implant n'a pas eu à mentionner le risque de version des dents adjacentes ou antagonistes à l'édentement puisqu'il n'en avait plus.

Afin de pouvoir tout de même réaliser un comparatif, les nombres de critères ont été traduits en pourcentage de compréhension avec le raisonnement suivant : 2 critères restitués sur 4 attendus correspondaient à 50% de compréhension sur cette question, de même pour 1 critère restitué sur 2. En outre, 4 critères sur 4 et 5 critères sur 5 signifiaient tous deux 100% de compréhension.

Le niveau d'exigence a ensuite été élevé au maximum, en partant du principe que le patient devait avoir saisi l'ensemble des informations qui lui ont été délivrées. Ainsi seulement si le patient restituait l'ensemble des critères correspondant à son cas, l'information était considérée comme comprise.

2.3.2. Critères d'évaluation secondaires

Les critères d'évaluation secondaires étaient la sensibilité (capacité à identifier la présence de problèmes de compréhension) et la spécificité (capacité à identifier l'absence de problèmes de compréhension) de chaque item du questionnaire d'auto-évaluation afin de déterminer la validité du questionnaire d'auto-évaluation.

2.3.3. Autres données recueillies

A l'aide de l'auto-questionnaire, des données sur :

- le sexe
- l'âge
- le niveau d'étude
- la profession

des participants ont été recueillies.

De même que des données sur l'existence de connaissances sur les implants dentaires préalables à la consultation, leurs sources, ainsi que la présence d'implants dentaires en bouche chez les participants.

Le nom du praticien ayant délivré l'information a également été recueilli.

2.4. Déroulement de l'étude

2.4.1. Calendrier de la recherche

L'enquête s'est déroulée du 19 mars 2019 au 18 avril 2019 du lundi au vendredi en incluant de 0 à 10 patients par semaine, qui n'ont été vu qu'une seule fois au cours de l'enquête.

Une période d'essai permettant de mettre au point le déroulement de l'étude (de l'invitation du patient à y participer à la semi-direction de l'entretien par l'enquêteur) a été observée du 14 au 18 mars 2019.

2.4.2. Réalisation pratique de l'étude

Après consultation de l'agenda par l'enquêteur auprès du secrétariat, chaque semaine, l'ensemble des patients majeurs consultant pour de l'implantologie dentaire ont été repertoriés ainsi que leur date et heure de rendez-vous. Une vérification quotidienne de l'agenda par l'enquêteur était effectuée afin de prendre en compte toutes modifications.

Le jour du rendez-vous, une fois le patient enregistré auprès de l'accueil, l'enquêteur s'est présenté à lui afin de lui exposer l'étude, ses objectifs et lui proposer sa participation après vérification des critères d'éligibilité.

La consultation d'implantologie fut ensuite menée par un senior, un AHU, un praticien présentant le DU d'implantologie ou un interne en chirurgie orale. L'enquêteur était absent lors de ces consultations afin, d'une part, de ne pas impacter les comportements du praticien et du patient du fait de sa présence et, d'autre part, pour des contraintes techniques.

A l'issue de cette dernière, le patient ayant accepté de participer à l'étude était invité à rejoindre l'enquêteur dans une pièce du service.

Les objectifs de l'étude lui ont été rappelés. Le traitement informatisé des données recueillies au cours de cette recherche le concernant, ainsi que ses droits d'accès, d'opposition et de rectification lui ont été exposés.

Son accord de participation a été donné de manière orale et sa non-opposition a été documentée dans son dossier médical dans un second temps.

Avant de se voir attribuer le questionnaire d'auto-évaluation, ce dernier a été anonymisé en lui attribuant un code d'identification.

Puis l'entretien semi-directif était réalisé et enregistré par l'enquêteur, après accord du patient, afin d'évaluer sa compréhension en fonction de critères à restituer. L'enquêteur s'est efforcé de répondre à l'ensemble des questions soulevées par le patient.

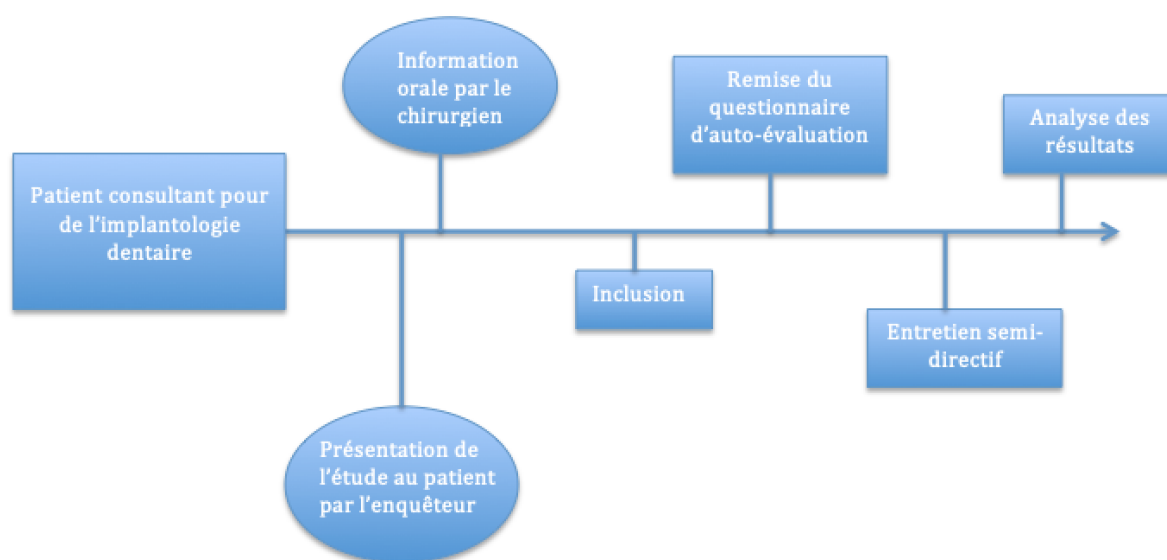


Figure 1 : Schéma de l'étude

2.5. Aspects statistiques

2.5.1. Calcul de la taille de l'étude

Il n'existait pas d'étude sur ce sujet pouvant apporter des données préliminaires pour un calcul de taille d'échantillon. Notre étude représentait ainsi une étude exploratoire et la taille de l'échantillon a été fixée arbitrairement à 30 patients.

2.5.2. Méthodes statistiques employées

Les variables qualitatives ont été décrites en terme d'effectif et de pourcentage.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, moyenne, écart-type, quartile, médiane, minimum et maximum.

Sensibilité et spécificité ont été calculées pour chaque item. Une bonne sensibilité a été privilégiée par rapport à la spécificité.

Les données ont été analysées avec le logiciel Microsoft Excel.

2.6. Données

2.6.1. Confidentialité des données

Chaque patient s'est vu attribuer un code confidentiel d'identification composé du numéro codé indiquant l'ordre d'inclusion des patients (2 chiffres) et d'un code lettre (4 lettres) anonyme construit à partir des initiales de ses nom et prénom.

A l'issue de la recherche, les données recueillies sur les personnes qui s'y sont prêtés ont été codifiées.

2.6.2. Gestion des données

Les données ont été saisies par l'étudiante Amandine Delmas dans le cadre de sa thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en chirurgie dentaire sur Microsoft Excel.

2.7. Considérations éthiques et réglementaires

Cette recherche ne rentrait pas dans la définition de recherche impliquant la personne humaine au sens décrit dans l'article R1121-1 du Code de la santé publique et donc ne nécessitait pas d'avis du comité de protection des personnes.

La recherche suivait la méthodologie de référence MR004.

3. RESULTATS

3.1. Diagramme de flux

Quatre vingt deux patients majeurs ayant pris rendez-vous pour une consultation préopératoire en implantologie dentaire au PQR ont été répertoriés sur la période du 19 mars au 18 avril 2019. Pourtant, seulement 32 patients ont pu être inclus. Finalement 2 patients ont ensuite été exclus.

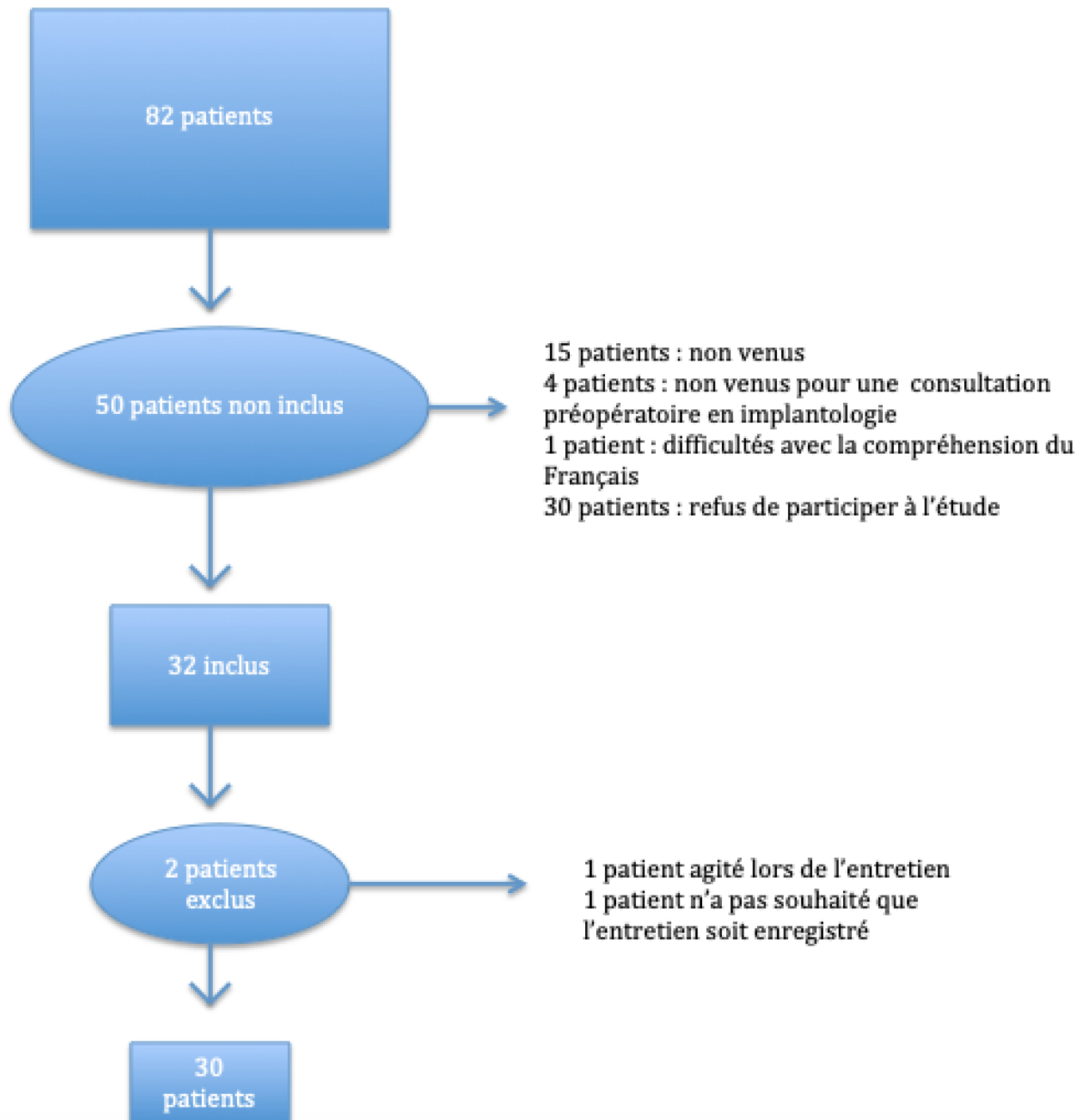


Figure 2 : Diagramme de flux

3.2. Description de l'échantillon

La majorité de notre échantillon était composé de femmes (Tableau 2). Le plus jeune participant avait 22 ans et le plus âgé 81 ans, la moyenne d'âge était de 61,5 ans (+/-14) et l'âge médian de 65,5.

Les seuls cas pour lesquels le recours à l'implantologie n'était pas lié à une perte de dent mais à une absence de ces dernières sur l'arcade concernaient les deux plus jeunes patients (cas d'agénésie dentaire et de canine incluse).

La moitié de notre échantillon était issu de l'enseignement supérieur et 23 patients sur 30 n'avaient pas de lien de par leur profession avec le milieu médical (Tableau 2).

Le nombre de patients inclus dans l'étude par les internes, les intervenants dans le cadre du DU d'implantologie et les ASH/séniors était sensiblement le même. Dans 80% des cas l'inclusion a été réalisée à l'issue de la seconde consultation.

Par ailleurs, 9 patients sur les 30 interrogés avaient déjà eu recours à la pose d'implant dentaire et pour les deux tiers de notre échantillon la pose de plusieurs implants était prévue.

Aussi, sur les 27 patients ayant déclaré avoir bénéficié d'informations sur les implants dentaires avant la consultation, 21 ont été informé par leur dentiste dont 2 par les médias également, les 4 patients restant par leur entourage.

	Nombre de patients/ 30	Pourcentage (%)
Sexe		
Homme	11	36,7
Femme	19	63,3
Age (années)		
- 30	2	6,7
30 - 44	1	3,3
45 – 59	9	30
60 – 74	14	46,7
75 et +	4	13,3
Niveau d'étude		
Ecole primaire	2	6,7
Brevet des collèges	4	13,3
BEP / CAP	5	16,7
Baccalauréat	4	13,3
Enseignement supérieur	15	50
Profession		
En lien avec le secteur médical	7	23,3
Sans emploi ou lien avec le secteur médical	23	76,7
Inclusion par		
Interne	10	33,3
DU implanto	9	30
AHU/Sénior	11	36,7
Information préalable sur les implants		
Oui	27	90
Non	3	10
Implant dentaire en bouche		
Oui	9	30
Non	21	70
Moment de l'inclusion		
Après la première consultation	6	20
Après la seconde consultation	24	80

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon

3.3. Analyse de l'auto-évaluation

Les éléments des questions 7, 8 et 10, qui correspondaient respectivement aux conseils post-opératoires, risques/complications et suivi ne furent pas abordé par l'équipe médicale à ce stade des soins, excepté pour trois patients pour qui les risques et complications ont été exposés à cause de pathologies ou traitements pouvant interférer avec la thérapeutique implantaire.

Les autres questions furent traitées pour l'ensemble des patients inclus dans l'étude.

La moyenne de l'auto-évaluation était globalement élevée pour tous les items puisque les notes les plus basses étaient à 7 et concernaient la durée et les inconvénients de la thérapeutique implantaire (Tableau 3).

L'écart entre les notes maximales et minimales était important pour l'ensemble des questions, excepté la première où l'étendue était de 4. Résultats à pondérer cependant avec ceux des écarts-types. En effet, pour la question 4 notamment, relative aux avantages de la thérapeutique implantaire, la dispersion par rapport à la moyenne était faible. En revanche les réponses étaient plus hétérogènes pour la question 3 (Tableau 3).

La médiane, qui n'est pas sensible aux valeurs extrêmes comme la moyenne, était plus élevée que cette dernière pour l'ensemble des items et ses résultats faisaient état d'une note de la compréhension élevée de manière générale sur l'ensemble des questions. En effet, pour 4 questions sur 7 traitées 50% des données étaient égales à 10 et le résultat le plus faible, qui correspondait à la question 5, mettait malgré tout en exergue que 50% des données étaient supérieures à 8. Par ailleurs, les chiffres du 3^{ème} quartile révélaient que pour chacune des questions, au moins 25% de notre échantillon avait donné une note de 10/10 à sa compréhension.

Questions	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	Médiane	1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile
1	9	1	6	10	10	8,5	10	10
2	8	3	0	10	9	7	9	10
3	7	3	0	10	9	6,5	9	10
4	9	2	0	10	10	8	10	10
5	7	4	0	10	8	5	8	10
6	8	3	0	10	10	8	10	10
7					-			
8					-			
9	8	4	0	10	10	8	10	10
10					-			

Tableau 3 : Analyse de l'auto-évaluation de la compréhension à partir de l'échelle EVA

3.4. Analyse de l'hétéro-évaluation

L'évaluation de la compréhension par l'enquêteur, en prenant en compte chacun des éléments attendus, révélait que les mieux compris étaient ceux relatifs aux alternatives thérapeutiques (question 6), aux intérêts du remplacement des dents (question 1) et aux avantages de la solution implantaire (question 4) (Tableau 4).

En revanche le pourcentage moyen de compréhension était de seulement 37% pour les inconvénients, avec une médiane de 33%. Par ailleurs, 75% de notre échantillon avait une compréhension inférieure à 67% pour cet item.

Les résultats les plus hétérogènes concernaient les questions 5 « inconvénients », 3 « durée de la thérapeutique » et 9 « coût et prise en charge ».

Bien que non informés à ce stade des soins du suivi, 7 patients sur les 9 ayant déjà eu recours aux implants n'avaient, selon eux, jamais été informés de la nécessité d'entreprendre un suivi et n'en avaient jamais fait.

Les risques et complications possibles n'étaient également pas abordés pour le moment par les praticiens, cependant, lors de nos entretiens avec les patients nous avons constaté que nombreux pensaient que les implants étaient voués à durer à vie, qu'il ne pouvait y avoir de complications, que tous leurs problèmes dentaires seraient résolus grâce à cette thérapeutique ou encore qu'une fois en place il n'y avait pas de soins particuliers à leur accorder en matière d'hygiène.

Questions	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	Médiane	1 ^{er} quartile	2 ^{ème} quartile	3 ^{ème} quartile
1	88	22	33	100	100	67	100	100
2	69	21	40	100	75	50	75	87,5
3	80	41	0	100	100	100	100	100
4	86	21	50	100	100	67	100	100
5	37	32	0	100	33	0	33	67
6	91	23	0	100	100	100	100	100
7					-			
8					-			
9	73	34	0	100	100	50	100	100
10					-			

Tableau 4: Analyse de la compréhension par question par l'enquêteur en pourcentage (%)

En analysant plus en détails chaque critère attendu, concernant la première question, la fonction en terme de mastication mais aussi d'élocution était le premier critère à être énoncé devant l'esthétique et les risques de migration des dents (Tableau 5).

Au sujet du matériel employé, l'implant et la prothèse implanto-portée étaient systématiquement verbalisés, ce qui n'était le cas que moins d'une fois sur deux pour le pilier de cicatrisation et le pilier définitif et une fois sur 4 pour la vis de couverture. Par ailleurs, 80% des patients connaissaient le nombre d'étapes nécessaires jusqu'à la pose de la prothèse supra-implantaire (Tableau 5)

Le confort notamment en terme de solution fixe était l'avantage évoqué par l'ensemble de notre échantillon pour la solution implantaire alors que l'esthétique n'était rapportée que par 61% des patients.

Le prix de la thérapeutique était le premier inconvénient énoncé par les patients suivi de la durée des soins pour un tiers des patients. Enfin le caractère chirurgical de l'acte était mentionné par 7 patients sur 30. Quarante pour cent des patients ne savaient pas que l'implantologie était un acte non pris en charge par l'assurance maladie.

Les alternatives que sont le bridge et la prothèse amovible étaient déclarées de manière équivalente par les patients avec des fréquences élevées, bien que 4 patients sur 30 n'aient pas cité la prothèse amovible (Tableau 5)

Questions	Critères	Effectif Total	Effectif	Fréquence
1	Fonction	30	28	0,93
	Esthétique	18	16	0,89
	Migration	24	18	0,75
2	Implant	30	30	1
	Vis de couverture	4	1	0,25
	Pilier de cicatrisation	30	11	0,37
	Pilier définitif	30	12	0,40
	Prothèse implanto-portée	30	30	1
3	Nombre d'étapes	30	24	0,80
	Ne sais pas	30	6	0,20
4	Esthétique	23	14	0,61
	Confort/fixe	30	30	1
	Non délabrante	10	9	0,90
	Coût	30	16	0,53
5	Durée	30	10	0,33
	Chirurgie	30	7	0,23
6	Bridge	10	9	0,90
	Prothèse amovible	30	26	0,87
7		-		
8		-		
9	Acte non pris en charge	30	18	0,60
	Coût	30	26	0,87
10		-		

Tableau 5 : Fréquence des critères mentionnés par les patients

En ne considérant l'information comme comprise uniquement si l'ensemble des critères attendus par question était restitué par le patient, l'on obtenait les résultats tels que présentés dans le tableau 6.

Ils étaient inférieurs à ceux obtenus en comptabilisant les réponses de chaque item (Tableau 4), excepté pour la question 3 relative à la durée de la thérapeutique.

Les éléments correspondant aux inconvénients de l'implantologie dentaire (question 5) étaient les moins bien rapportés avec seulement 10% des patients les ayant compris.

En revanche, la durée des soins et les alternatives à la solution implantaire étaient les notions les plus claires avec respectivement 24 et 25 patients sur 30 ayant rapporté l'entièreté de ce qui était attendu dans leur cas (Tableau 6).

Questions	Nombre de patients/ 30 ayant compris	% Patients ayant compris
1	22	73
2	7	23
3	24	80
4	20	67
5	3	10
6	25	83
7	-	-
8	-	-
9	17	57
10	-	-

Tableau 6 : Analyse de la compréhension par question par l'enquêteur avec l'algorithme en 0/1

3.5. Comparatif entre auto et hétéro-évaluation

La mise en parallèle des résultats de l'auto-évaluation (Tableau 3) et de l'hétéro-évaluation (Tableau 6) permettait de constater le différentiel entre ce que les patients estimaient avoir compris et ce qu'il en était réellement.

C'est ainsi que les questions 1 et 4 pour lesquelles la note moyenne sur l'EVA était de 9 avec une médiane de 10, que nous pouvions considérer comme une estimation très haute de compréhension, n'étaient en réalité bien comprises que par, respectivement, 73 et 67% des patients.

La différence était encore plus importante pour la question 2 où la moyenne de l'EVA était de 8 avec une médiane de 9 et le pourcentage de patients ayant saisi les données délivrées de 23%.

En revanche, la durée des soins faisait partie des notes les plus faibles par les patients alors qu'elle correspondait au deuxième pourcentage de patients ayant bien compris les informations, le plus élevé, derrière les alternatives.

Les inconvénients pouvant être attribués à la thérapeutique implantaire avaient quant à eux obtenu l'estimation la plus faible et le nombre de patients les ayant compris le plus bas. Cependant, un écart non négligeable existait puisque la note moyenne était de 7, avec une médiane de 8 et le pourcentage de patients les ayant intégrés de 10.

Une surestimation de la compréhension relative au coût des soins et à leur prise en charge (moyenne EVA égale à 8 et médiane à 10) par rapport à la compréhension réelle, qui ne concernait que 57% des patients, était observée.

3.6. Etude de la validité du questionnaire d'auto-évaluation

L'étude de validité du questionnaire d'auto-évaluation à travers les calculs de sensibilité, qui dans notre cas correspondait à sa capacité à détecter la présence d'un problème de compréhension, et de spécificité, permis d'obtenir les résultats présentés dans le tableau 7.

Concernant la question 1, pour une note EVA inférieure ou égale à 6, le questionnaire détectait 12% des personnes n'ayant pas saisi les informations et à la question 9, 62%.

Pour la question 2, 9% des patients n'ayant pas intégré les données furent détectés pour des notes EVA allant de 0 à 4. Il y eut ensuite une augmentation progressive de la sensibilité jusqu'à un maximum de 65%.

Les résultats de sensibilité au seuil de 9 étaient équivalents pour les questions 1, 2, 5 et 6, plus bas pour les questions 4 et 9 (40% et 38%) et plus élevé pour la troisième (83%).

A l'inverse de la sensibilité, la spécificité diminuait lorsque le seuil d'EVA augmentait et de manière générale ses résultats étaient meilleurs.

C'est ainsi que jusqu'à un seuil d'EVA égal à 7 par exemple, le questionnaire détectait 91% des personnes n'ayant pas de problème de compréhension pour la question 1, 86% pour la question 2, 75% pour la 3^{ème}, 85% pour la 4^{ème}, 67% pour la 5^{ème}, 92% pour la 6^{ème} et 88% pour la 9^{ème}.

	Q1		Q2		Q3		Q4		Q5		Q6		Q9	
EVA	Se	Sp	Se	Sp	Se	Sp	Se	Sp	Se	Sp	Se	Sp	Se	Sp
0	0	1	0,09	1	0,17	0,92	0,1	1	0,15	0,67	0,2	0,92	0,15	0,94
≤ 1	0	1	0,09	1	0,17	0,88	0,1	1	0,15	0,67	0,2	0,92	0,15	0,94
≤ 2	0	1	0,09	1	0,17	0,83	0,1	1	0,15	0,67	0,2	0,92	0,23	0,88
≤ 3	0	1	0,09	1	0,17	0,83	0,1	1	0,19	0,67	0,2	0,92	0,23	0,88
≤ 4	0	1	0,09	1	0,17	0,83	0,1	1	0,19	0,67	0,2	0,92	0,31	0,88
≤ 5	0	1	0,17	1	0,17	0,79	0,2	0,95	0,3	0,67	0,4	0,92	0,31	0,88
≤ 6	0,12	0,95	0,26	1	0,17	0,75	0,2	0,95	0,37	0,67	0,4	0,92	0,31	0,88
≤ 7	0,25	0,91	0,35	0,86	0,5	0,75	0,2	0,85	0,41	0,67	0,6	0,92	0,31	0,88
≤ 8	0,37	0,82	0,48	0,71	0,5	0,54	0,3	0,75	0,52	0	0,6	0,8	0,38	0,82
≤ 9	0,62	0,64	0,65	0,43	0,83	0,46	0,4	0,2	0,63	0	0,6	0,56	0,38	0,71

Tableau 7 : Analyse de la sensibilité et de la spécificité du questionnaire d'auto-évaluation

4. DISCUSSION

4.1. Compréhension de l'information

Notre étude révèle l'existence d'une tendance à la sur-estimation des patients de leur compréhension. En effet, le patient rapporte avoir compris alors que l'enquêteur s'aperçoit du contraire. D'après notre ressenti, les patients ont tendance à sélectionner l'information dont ils ont besoin à priori et négligent le reste de l'information délivrée qu'ils considèrent comme bien compris. Les objectifs inconscients seraient de ne pas retarder la prise en charge ou de ne pas se voir enlever cette alternative thérapeutique, très désirée par les patients reçus en consultation. Nous pouvons prendre l'exemple d'une patiente qui ne se focalisait que sur une seule chose, le délai de la thérapeutique, l'important pour elle étant de terminer le traitement implantaire le plus vite possible, les autres éléments d'information ne l'intéressant pas forcément.

Les éléments les plus surestimés étaient le matériel et les inconvénients liés à la thérapeutique.

L'étude met cependant en évidence la sous-estimation de leur compréhension par les patients, autrement dit le fait que le patient pense avoir peu compris alors que l'enquêteur observe une bonne compréhension, pour l'item relatif à la durée du traitement. Par contre, nous avons observé une bonne correspondance entre les notes des patients et enquêteur pour la question relative aux alternatives.

Par ailleurs, bien qu'un écart ait été constaté entre ce que le patient pense avoir compris et ce qu'il en est réellement au sujet du matériel, nous pensons que cet écart aurait été plus important si nous avions recherché les dénominations exactes des matériels utilisés. Dans notre étude, seuls ont été recherché le nombre de pièces mises en bouche et leurs positionnements les unes par rapport aux autres. En effet, des patients pensaient que l'implant correspondait à la partie visible, autrement dit à la couronne sur implant et appelaient le véritable implant, le pivot ou pilier ou encore « la fixation dans la mâchoire ». D'autres percevaient l'implant comme un tout, autrement dit l'ensemble que sont en réalité l'implant, le pilier et la couronne sur implant. C'est ainsi que plusieurs patients s'imaginaient « avoir une dent en bouche » le jour même de la pose d'implant.

L'alternative thérapeutique est l'item ayant obtenu les résultats les plus élevés en matière de compréhension. Néanmoins, le critère « abstention thérapeutique » n'a finalement pas été comptabilisé car il n'a pas été abordé par les praticiens lors des consultations. En tenant compte de cette alternative, nous supposons que les résultats auraient été moins bons. En effet, seuls 4 patients sur 30 ont mentionné cette possibilité.

Les résultats obtenus pour la question relative au coût et à la prise en charge des implants dentaires, peuvent être partiellement expliqués. En effet, sur les 12 patients qui n'étaient pas au courant de la non prise en charge de l'implantologie dentaire par l'assurance maladie, 5 faisaient partie d'un même organisme pour la part sécurité sociale et la part complémentaire, la réponse au devis par cet organisme était donc globale, les patients n'avaient pas ou n'ont pas cherché à connaître les détails de ce qui était remboursé.

4.2. Au sujet de la validité du questionnaire d'auto-évaluation

Dans notre étude, la place accordée aux résultats de sensibilité était supérieure à celle des résultats de spécificité. En effet, il est préférable de ne pas détecter une bonne compréhension plutôt que de ne pas déceler une mauvaise. Autrement dit, nous pensons qu'il vaut mieux répéter deux fois les choses plutôt que de partir du principe que les notions sont acquises alors que ce n'est pas le cas.

C'est ainsi que, malgré des résultats de spécificité globalement élevés, au vu des résultats de sensibilité qui étaient a contrario très faibles, nous pouvons en conclure que le questionnaire seul ne permet pas de détecter un problème de compréhension.

En effet, si nous avions eu une bonne sensibilité avec un score égal à 7 par exemple, nous aurions pu nous dire qu'au-delà de cette valeur les patients ont compris, ce qui n'est pas le cas ici, même pour des valeurs supérieures, et ce pour l'ensemble des questions, donc ce n'est pas avec le questionnaire d'auto-évaluation seul que l'on peut savoir si le patient a saisi les informations ou non.

L'entretien pour vérifier ce qui est assimilé s'avère indispensable.

En outre, nous devons souligner le fait que l'enquêteur ait été régulièrement sollicité par les patients pour expliciter, détailler davantage le questionnaire d'auto-évaluation. Par ailleurs, l'enquêteur a parfois dû recentrer les patients sur ce qui leur était demandé. En effet, certains d'entre eux, en avançant dans les questions, ne notaient plus en fonction de ce qu'ils estimaient avoir compris ou non mais en fonction de s'ils étaient satisfaits ou non, par exemple de la durée des soins ou du prix.

4.3. Limites de l'étude

Le premier biais est le fait que les patients étaient inclus dans cette étude avant la consultation préopératoire, le jour du rendez-vous après leur admission dans le service, ce qui a pu les rendre plus attentifs aux explications du praticien et donc surestimer la bonne compréhension des items par rapport à des patients non avertis. En effet, nous avons essayé lors de la période d'essai de présenter l'enquête aux patients à l'issue de la consultation mais nous avons accusé un double échec.

Tout d'abord ce n'était pas réalisable techniquement au vu de la configuration du service car il fallait attendre les patients derrière la porte de la salle de soins pour être sûr de ne pas manquer leur départ. Or, plusieurs consultations en implantologie avaient lieu aux mêmes horaires ou à des horaires rapprochés dans des salles de soins différentes, ce qui limitait considérablement les possibilités d'inclusion des patients dans l'étude par jour. Par ailleurs, il était beaucoup plus difficile d'aborder et de convaincre les patients de participer à l'enquête une fois leur rendez-vous avec le praticien terminé car bien souvent leur seul désir à ce moment-là était de rentrer chez eux. Il a donc été choisi de présenter l'enquête et ses objectifs aux patients dès leur arrivée, une fois enregistrés auprès de l'accueil, juste avant de patienter en salle d'attente.

Le deuxième biais est que les praticiens connaissaient les questionnaires et plus généralement l'étude et ont pu orienter leurs explications en fonction des éléments attendus ou être plus vigilants à vérifier la compréhension des patients qu'ils ne l'auraient fait en routine.

Par ailleurs, l'enquêteur était absent lors des consultations pour des contraintes techniques, afin d'optimiser au maximum les chances d'inclusion des patients, et dans le but de ne pas influencer le comportement du praticien et du patient par sa présence. Ceci implique qu'il n'y ait pu avoir de vérification exacte de ce qui a été dit.

Un autre élément à souligner est le moment où le patient a été inclus dans l'étude. En effet, 6 l'ont été à l'issue de la première consultation en implantologie, les autres lors de la deuxième, une fois le cône beam effectué. Nous pouvons imaginer que le praticien peut ne pas avoir détaillé certaines choses lors de la première consultation, qu'il compte développer lors de la seconde. Aussi il est possible que les patients se posent des questions à l'issue de cette première consultation auxquelles le praticien pourra répondre lors de la seconde. Il est également probable que les patients inclus après la seconde consultation, se soient renseignés en dehors de ce qui leur a été dit lors des entretiens.

Aussi notre étude a été réalisée exclusivement avec une population de CHU, entraînant ainsi un biais de sélection. En effet il pourrait exister une différence avec la population consultant dans des cabinets privés. Il est également important de souligner que les patients ayant accepté de participer à l'enquête étaient en majorité des retraités, des personnes issus de l'enseignement ou en lien avec le milieu médical, ayant donc du temps à nous consacrer et étant sensibilisés à ce type de démarche. Autrement dit, nous pouvons nous attendre à un taux de compréhension plus bas dans la population générale.

L'interprétation des résultats doit aussi tenir compte du nombre limité de patients inclus dans notre étude, occasionné par les restrictions de temps et le caractère qualitatif d'une partie de l'étude.

En outre, certains patients avaient déjà eu recours à l'implantologie dentaire, ils connaissaient donc le déroulement de la thérapeutique.

Nous aurions pu étudier les facteurs pouvant influencer le pourcentage de bonnes réponses tels que l'âge des patients, le niveau d'étude atteint ou encore le fait d'avoir déjà eu recours à la thérapeutique implantaire mais notre étude était basée sur un schéma de type qualitatif avec un faible échantillon et n'était donc pas adapté à l'emploi de tests statistiques.

Enfin, une dernière limite de notre enquête, et non des moindres, est celle relative à nos questionnaires et en particulier aux éléments de réponse attendu.

En effet, certains patients ne mentionnaient pas forcément ce qu'ils avaient compris mais ce qui faisait sens pour eux.

C'est ainsi que, dès la première question, relative aux intérêts de remplacer les dents, la problématique de l'esthétique se pose. Cette notion reste très subjective. Alors que pour certains patients elle est primordiale et sera citée avant la fonction, pour d'autres elle n'a pas lieu d'être évoquée. Par ailleurs, il est difficile pour nous de définir à partir de quand elle rentre en jeu. Est-ce que l'on se base sur les critères définis par la sécurité sociale pour les couronnes dento-portées où le patient souhaitant bénéficier d'une couronne céramométallique sur sa deuxième prémolaire ne pourra bénéficier du RAC0 par exemple...alors même que certains patients vont évoquer l'importance de l'esthétique pour une molaire ?

Dans notre étude, nous avons décidé arbitrairement que ce critère était attendu à partir du moment où, lors du sourire, l'absence de la ou des dents était visible. Ainsi les patients ayant déjà en bouche une prothèse amovible, avec un crochet non visible, n'ont pas eu à le mentionner.

La question du coût de la thérapeutique implantaire est également subjective. Le prix n'est pas systématiquement rapporté comme un inconvénient. Pour certains c'est un gage de qualité, pour d'autres, le coût n'est pas élevé. Par ailleurs un patient souligne lors de l'entretien qu'un bridge réalisé dans le privé lui revenait aussi cher qu'un implant à l'hôpital.

L'inconvénient de la durée n'est pas toujours ressenti comme tel et donc mentionné par tout le monde. Une patiente souligne le fait que cela fait dix ans qu'elle vit avec son appareil amovible et donc qu'il lui importe peu d'attendre encore quelques mois, une autre explique, que pour avoir vécu de manière interposée la mise en place d'une prothèse amovible, il lui semble que si on exclut les périodes d'attente il y a beaucoup moins de manipulations, d'ajustements.

Par ailleurs, il n'y avait pas le même nombre de critères attendus par question par conséquent il était plus aisé d'obtenir de bons résultats pour la question 3 par exemple, relative à la durée de la thérapeutique où seulement un élément restitué permettait d'obtenir 100% de compréhension, que pour la question 2 où un minimum de quatre critères était attendu.

Nous devons également rappeler qu'à ce stade des soins, tout n'a pas été abordé par les praticiens ce qui ne nous permet pas de tirer de conclusions sur l'ensemble des notions devant être explicitées aux patients. Pour autant, au sujet de ces notions non évoquées par le praticien, nous avons constaté lors des entretiens que la perception qu'avaient les patients des implants dentaires était en adéquation avec celle décrite dans l'étude qualitative datant de 2015 réalisée à Hong Kong à ce sujet (39). En effet, il en ressort une surestimation de leur fonction et de leur longévité.

4.4. Perspectives d'évolution

Afin d'aller plus loin dans notre démarche, nous pourrions faire évoluer notre étude en évaluant la satisfaction des patients aussi bien en terme de quantité que de qualité de l'information qui leur a été transmise.

Par ailleurs, nous pourrions également évaluer l'anxiété des patients pour voir si celle-ci impacte leur compréhension et si oui, à quel degré.

En outre, la création d'une plaquette informative adaptable aux différents cas cliniques pourrait être créée. A l'issue de cela, une nouvelle enquête pourrait être réalisée pour constater ou non une amélioration de la compréhension grâce à ce support, qui serait un complément à l'information orale.

De manière générale, pour faciliter la délivrance de l'information et sa compréhension, avec les possibilités que nous offre le numérique à l'heure actuelle, un support interactif pourrait être mis en place pour accompagner l'information lors de la consultation préopératoire avec le professionnel de santé.

5. CONCLUSION

Le recueil du consentement éclairé du patient avant tout acte médical est une obligation pour les professionnels de santé et l'implantologie dentaire ne fait pas exception à la règle. Pour se faire l'information doit être délivrée mais également comprise afin que le patient puisse choisir d'avoir recours ou non à la thérapeutique proposée en toute connaissance de cause. L'exercice n'est pas aisé pour le praticien qui doit veiller à ce que son discours soit le plus clair possible, évaluer et s'adapter au niveau de compréhension de chaque patient, reformuler, tout ceci dans une limite de temps imposée par la consultation. Pour autant il n'est pas assuré que le patient ait réellement saisi les données qui lui ont été transmises.

L'étude que nous avons menée révèle qu'il existe une variation entre compréhension perçue et réelle, avec une tendance à la surestimation des patients de leur compréhension.

Par ailleurs, le questionnaire d'auto-évaluation ne peut être utilisé à lui seul pour s'assurer d'une bonne compréhension, l'échange avec le praticien reste donc primordial.

Pour évaluer la compréhension des patients, l'entretien individuel approfondi semi-dirigé utilisé en recherche pourrait être pratiqué en clinique.

Après création et intégration à la consultation préopératoire en implantologie d'une plaquette informative ou d'un support interactif modulable, adaptable au cas clinique du patient, il serait intéressant de réaliser une nouvelle enquête afin d'apprécier si la mise en place de ce dispositif a permis d'améliorer la compréhension reçue par les patients en implantologie orale, au sein du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Bordeaux.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Abellard V. L'évolution de l'obligation d'information, vers une remise en cause de la nature de la relation médecin-patient. *Droit Déontologie Soins*. mars 2005;5(1):91-118.
2. Ambrosini DJ-C. Devoir d'information et consentement éclairé du patient. In: *Le livre blanc de la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale française* [Internet]. 2006. p. 177-86. Disponible sur: http://www.sfscmfco.fr/wp-content/uploads/file/livreblanc/chap4-5_DevoirInforma.pdf
3. Duval-Arnould D. Le médecin confronté au juge civil. *Laennec*. 2011;59(1):7-21.
4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Art.11 « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté » [Internet]. Legifrance. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/article_11
5. Code de la Santé Publique. Article L1111-2 du Code de la santé publique. [Internet]. Legifrance. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927568&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
6. Code de la Santé Publique. Article L1111-4 du Code de la santé publique [Internet]. Legifrance. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204>
7. Berenholc C, Berenholc S, Jacotot D. *Droit en odontologie*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie, 23-842-A-02. 2008;
8. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandation de bonne pratique. [Internet]. HAS. 2012. Disponible sur: www.has-sante.fr
9. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Charte ordinaire Le consentement éclairé [Internet]. odc35. 2014. Disponible sur: <http://www.odcd35.fr/documents/14070213483763.pdf>
10. Romdane H, de Mello G. L'implantologie dans le champ juridique et déontologique - 1. Les obligations du chirurgien dentiste. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2008;14(2):85-95.
11. Béry A. Information et consentement. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Odontologie/Stomatologie, 23-842-A-04, 2005, Médecine buccale, 28-960-K-10, 2008.
12. Bery A, Boiteux JP, Collet G, Dumont M, Falise N, Froment J, et al. Référentiel n°9 Information et recueil du consentement du patient. ADF (Association Dentaire de France). 2001;18.
13. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Passeport chirurgie implantaire [Internet]. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. 2016 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/pratiques-professionnelles-vigilances/implantologie.html>

14. Code de la Santé Publique. Article R4127-35 du Code de la santé publique [Internet]. Legifrance. 2004 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912897&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
15. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 95-19609 oct 14, 1997.
16. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Le retour musclé de la perte de chance et du défaut d'impréparation. 2017;(156):35-8.
17. Deletre N. L'obligation d'information en matière de responsabilité médicale [Internet]. legavox. 2014. Disponible sur: <https://www.legavox.fr/blog/maitre-nicolas-deletre/obligation-information-matiere-responsabilite-medicale-16440.htm>
18. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 88-14797 févr 7, 1990.
19. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 00-15572 févr 4, 2003.
20. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 09-13591 juin 3, 2010.
21. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 11-17510 juill 12, 2012.
22. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 11-22384 sept 26, 2012.
23. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 12-22123 janv 23, 2014.
24. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 15-11339 juin 15, 2016.
25. Cours de Cassation. 1ère chambre civile. 18-10706 janv 23, 2019.
26. Société Française de Chirurgie Orale. Information médicale concernant les implants [Internet]. 2019 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/infos_medicales/PDFS/fiche_implant_2019_11.pdf
27. Association Française d'Implantologie. L'implantologie en quelques mots... [Internet]. Disponible sur: <http://www.asso-francaise-implanto.fr/sites/afi/pages/medias/documents/implantologie-en-quelques-mots.pdf>
28. Branemark P, Zarb G, Albrektsson T. Tissue-integrated prosthesis : osseointegration in clinical dentistry. Quintessence International. Chicago; 1985. 350 p. (Quintessence Pub Co; 1 edition).
29. Davarpanah M, Szmukler-moncler S, Agachi A, Caraman M, Khoury P. Echecs et complications en implantologie. le fil dentaire [Internet]. 5 juill 2010 [cité 5 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/implantologie/echecs-et-complications-en-implantologie/>
30. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Une sinistralité à la hausse en implantologie. janv 2017;(154):14-7.
31. Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français. Responsabilité civile professionnelle. Rapport sur le risque des professionnels de santé (chiffres 2016). Une sinistralité en hausse. 2017 oct.

32. Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français. Le groupe MACSF publie son rapport annuel sur le risque des professionnels de santé. 2019 oct.
33. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Une augmentation alarmante de la sinistralité. mars 2013;(115):4-9.
34. Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français. Rapport annuel sur le risque médical des chirurgiens-dentistes [Internet]. MACSF. 2019 [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/risque-des-professions-de-sante/C/chirurgiens-dentistes#3>
35. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Règlement des différends. [cité 13 janv 2020]; Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reglement-des-differends.html>
36. Sassoon D. Prévention et gestion du conflit médecin-patient. Chir Main. avr 2007;26(2):67-87.
37. Tepper G, Haas R, Mailath G, Teller C, Zechner W, Watzak G, et al. Representative marketing-oriented study on implants in the Austrian population. I. Level of information, sources of information and need for patient information. Clin Oral Implants Res. oct 2003;14(5):621-33.
38. Barber J, Puryer J, McNally L, O'Sullivan D. The contents of dental implant patient information leaflets available within the UK. Br Dent J. févr 2015;218(4):E7-E7.
39. Wang G, Gao X, Lo ECM. Public perceptions of dental implants: a qualitative study. J Dent. juill 2015;43(7):798-805.
40. Davarpanah M, Szmukler-moncler S, Khoury P, Jakubowicz-Kohen B, Martinez H. Manuel d'implantologie clinique-2e édition Concepts, protocoles et innovations récentes. Rueil-Malmaison : CdP. 2008.
41. Pommer B, Zechner W, Watzak G, Ulm C, Watzek G, Tepper G. Progress and trends in patients' mindset on dental implants. I: level of information, sources of information and need for patient information: Progress and trends in patients' mindset on dental implants. Clin Oral Implants Res. févr 2011;22(2):223-9.
42. Bartala M. Trouver un équilibre dans la communication pour la rendre claire, exhaustive, efficace. Par quels procédés ? Orthod Fr. mars 2017;88(1):87-91.
43. Giudici K, Gillois P, Coudane H, Claudot F. Oral information in orthopaedics: How should the patient's understanding be assessed? Orthop Traumatol Surg Res. avr 2015;101(2):133-5.

7. ANNEXES

Annexe 1: Premier exemple de consentement

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

**Document élaboré par l'Association Française d'Implantologie - AFI et
validé par la C.N.E.O.S. (Compagnie Nationale des Experts en Odonto-Stomatologie).**

NOM	PRENOM
Date de naissance	Profession
Adresse	N° de téléphone

Je soussigné(e)

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

Je sais :

1. que la mise en place chirurgicale d'implants est possible mais qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement.
2. que les traitements classiques par prothèse fixée (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) sont possibles dans mon cas.
3. quels sont les risques éventuels ainsi que les suites opératoires classiques et ceux qui résultent d'un échec.
4. qu'en cas d'échec sur un ou plusieurs implants, ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.

En outre,

5. 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 de l'intervention et de l'objectif à atteindre.
6. je sais qu'il est nécessaire de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation ; puis, annuellement par la suite.

Ainsi donc,

7. je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchie sachant que le risque médical existe.
8. je sais que le traitement chirurgical par implants n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale et qu'en conséquence, aucune prise en charge n'est possible par les Caisses d'Assurance Maladie.

Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible.

Fait à _____, le _____
Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Annexe 2: Deuxième exemple de consentement

CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE EN IMPLANTOLOGIE

Document élaboré par

Selon préconisation de la Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français - Groupe M.A.C.S.F.

NOM

Date de naissance

Adresse

PRENOM

Profession

N° de téléphone

"Je soussigné(e),

ou

"Je soussigné(e), agissant en tant que responsable légal de

- Certifie avoir été informé(e) clairement des spécificités des réhabilitations implanto-portées qui me sont proposées:

- Des traitements alternatifs classiques par prothèse conjointe (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) sont possibles dans mon cas.
- La mise en place chirurgicale d'implants est possible mais aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement.
- Des risques éventuels existant et des suites opératoires classiques, ainsi que de ceux qui résultent d'un échec.
- De la nécessité de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation ; puis annuellement par la suite.
- Des procédures d'hygiène et d'entretien des sites implantaire qui sont nécessaires et m'ont été conseillées.
- En cas d'échec sur un ou plusieurs implants (insuffisance d'ostéo intégration), ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.
- Le fait de fumer nuit à la cicatrisation buccale et réduit le taux de succès des implants.

- Certifie en outre avoir eu le temps de la réflexion et avoir pu poser toutes les questions relatives à l'intervention.

- ☐ Je suis satisfait(e) des réponses apportées.
- ☐ Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention, de son déroulement et de l'objectif à atteindre.

- Ainsi,

- Je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchie, sachant que le risque médical existe.
- J'ai été informé(e) que le traitement chirurgical par implants dentaires, quoique inscrit à la Classification Commune des Actes Médicaux, reste actuellement un acte non pris en charge (NPC) par L'Assurance Maladie Obligatoire ; que de ce fait, il n'y a aucune prestation financière de la part des Caisses d'Assurance Maladie.

Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible notamment sur les risques les plus fréquents et les plus graves, j'accepte en conséquence le plan de traitement annexé.

Fait à _____, le _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Annexe 3 : Questionnaire d'auto-évaluation

Questionnaire d'auto-évaluation

Vous venez de participer à une consultation d'implantologie dentaire. Nous souhaiterions maintenant recueillir votre ressenti sur cet échange, en terme de clarté quant aux informations qui vous ont été délivrées afin que vous puissiez faire votre choix d'avoir recours aux implants dentaires ou non en toute connaissance de cause.

1. Etes-vous :
☐ un homme ☐ une femme
2. Quel âge avez-vous ?
3. Niveau d'études atteint :
école primaire
brevet des collèges
BEP/CAP
baccalauréat
enseignement supérieur
4. Quelle est votre activité professionnelle ?
5. Aviez-vous déjà eu des informations sur les implants dentaires avant cette consultation ?
Oui Non

Si oui, précisez par quel (s) moyen(s) ?
6. Avez-vous déjà des implants dentaires en bouche ?
7. Sur une échelle de 0 à 10, sachant que 0 signifie une incompréhension totale et 10 une compréhension parfaite de toutes les informations délivrées par le praticien, veuillez estimer votre compréhension au sujet des différents items suivants :

L'intérêt du remplacement de la ou des dent(s)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Le matériel qui va être posé : pour la phase implantaire et pour la phase prothétique
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

La durée estimée de la thérapeutique dans son ensemble (de la pose de l'implant à la pose de la prothèse supra-implantaire définitive)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Les alternatives à la solution implantaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les avantages de la solution implantaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les inconvénients de la solution implantaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les conseils post-opératoires	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les risques et complications possibles (immédiates ou tardives)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le coût et la prise en charge de la thérapeutique implantaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le suivi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION

Annexe 4 : Grille d'hétéro évaluation

1. Le docteur vous a expliqué l'intérêt du remplacement de la ou des dent(s)

Eléments attendus	Réponses patient
Rétablir la fonction (mâcher, parler correctement)	
Esthétique*	
Risque de migration/version des dents adjacentes/antagonistes *	

2. Le docteur vous a parlé du matériel qui allait être posé

Eléments attendus	Réponses patient
Implant dentaire	
Vis de couverture *	
Pilier de cicatrisation	
Pilier définitif	
Couronne/bridge/PAC implanto-portée	

3. Le docteur vous a expliqué la durée globale de la thérapeutique (implant + prothèse)

Eléments attendus	Réponses patient
Mise en charge immédiate /1 temps chir/2 temps chir	

4. Le docteur vous a expliqué les avantages de la solution implantaire

Eléments attendus	Réponses patient
Solution fixe/ confort	
Solution non délabrante vis à vis des dents adjacentes à l'édentement *	
Esthétique (crochet, châssis d'une PAP)	

5. Le docteur vous a expliqué les inconvénients de la solution implantaire

Eléments attendus	Réponses patient
Coût	
Durée (sauf si mise en charge immédiate) *	
La chirurgie et son post opératoire	

6. Le docteur vous a expliqué les alternatives à la solution implantaire

Eléments attendus	Réponses patient
Prothèse amovible	
Bridge *	
Abstention thérapeutique	

7. Le docteur vous a expliqué les conseils post-opératoires

Eléments attendus	Réponses patient
Poche de glace	
Antalgiques	
Alimentation : tiède et molle, pas sur la zone opérée	
Ne pas fumer	
Brosse à dent chirurgicale	
Bain de bouche après 24H	
Compression si saignement	

8. Le docteur vous a expliqué les risques et complications possibles

Eléments attendus	Réponses patient
Infection/péri-implantite	
Perte de l'implant	
Trouble de la sensibilité (si secteur post md) *	

9. Le docteur vous a expliqué le coût et la prise en charge de la thérapeutique implantaire

Eléments attendus	Réponses patient
Acte non pris en charge par la sécurité sociale	
Coût	

10. Le docteur vous a expliqué le suivi à entreprendre

Eléments attendus	Réponses patient
Contrôle clinique et radio 2 fois par an les 3 premières années	
Contrôle clinique et radio 1 fois par an les années suivantes	

* à moduler selon le cas

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE n°22

Devoir d'information en implantologie : évaluation de la compréhension des patients au sein du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Bordeaux

Résumé :

Introduction : Il incombe au professionnel de santé de recueillir le consentement éclairé du patient sur les soins qui lui sont proposés et de délivrer les informations nécessaires et s'assurer de leur bonne compréhension. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la compréhension des patients à la suite d'une consultation préopératoire en implantologie dentaire. L'objectif secondaire était d'étudier la validité d'un questionnaire d'auto-évaluation de la compréhension.

Méthodes : A l'issue de la consultation pré-implantaire, les 30 patients inclus dans l'étude devaient noter leur compréhension sur les différentes informations délivrées par le praticien à l'aide d'une échelle EVA. Puis un entretien semi-directif était effectué pour déterminer la compréhension réelle à l'aide de critères prédéfinis à restituer. **Résultats :** Les patients surestiment leur compréhension sur l'ensemble des items excepté sur celui correspondant à la durée du traitement (sous estimation) et celui relatif aux alternatives thérapeutiques. Le questionnaire d'auto-évaluation ne permettait pas à lui seul de connaître le niveau de compréhension des patients. **Conclusion :** Il existe une différence entre compréhension perçue par les patients et effective. L'entretien individuel approfondi semi-dirigé utilisé en recherche pourrait être utilisé en clinique pour évaluer la compréhension des patients.

Mots clés : Consentement éclairé, Devoir d'informer, Implant dentaire, Ethique

Duty to provide information in oral implantology : assessment of patient's understanding within the pole of medicine and oral surgery of Bordeaux University Hospital

Abstract :

Introduction : It is the responsibility of the healthcare professional to obtain the patient's informed consent for the care offered. Necessary information must be provided and understood. The main objective of this study was to assess patient's understanding following a preoperative dental implantology consultation. The secondary objective was to study the validity of a comprehension self-assessment questionnaire. **Methods :** At the end of the consultation, the 30 patients included in the study had to note their understanding on the different information provided by the practitioner using an EVA scale. Then a semi-structured interview was carried out to determine the real understanding using criteria to be returned. **Results :** Patients overestimate their understanding of all the items except for the duration of treatment (under estimation) and therapeutic alternatives (exact notation). Certain criteria are not given by the practitioner at this stage of therapy. The self-assessment questionnaire is not enough to know patient's understanding. **Conclusion :** There is a difference between perceived and real understanding. The semi-structured individual interview used in research could be used in the clinic to assess patient understanding.

Keywords : Informed consent, Duty to inform, Dental implant, Ethics