UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
5, Rue Garancière 75006 PARIS

2019

Thèse N°:
N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **BEN-SIMHON Raphaël**

INFORMATIONS, LITIGES ET JURISPRUDENCES EN CHIRURGIE ORALE

Directeur de thèse : Me L. DELPRAT
Co-directeur de thèse : Pr Y. ROCHE

J U R Y

M. le Professeur Yvon ROCHE	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
Mme la Professeure Géraldine LESCAILLE	Assesseur
Mme la Docteure Caroline MOCQUOT	Assesseur
Mme la Docteure Juliette ROCHEFORT	Assesseur
M. le Docteur Jean-Emmanuel SOFFER	Assesseur
M. le Docteur Hervé TARRAGANO	Assesseur
M. le Maitre Laurent DELPRAT	Membre invité

U N I V E R S I T E P A R I S D I D E R O T – P A R I S 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

J U R Y

M. le Professeur Yvon ROCHE	Président
M. le Docteur Aleksandar DAKIC	Assesseur
Mme la Professeure Géraldine LESCAILLE	Assesseur
Mme la Docteure Caroline MOCQUOT	Assesseur
Mme la Docteure Juliette ROCHEFORT	Assesseur
M. le Docteur Jean-Emmanuel SOFFER	Assesseur
M. le Docteur Hervé TARRAGANO	Assesseur
M. le Maitre Laurent DELPRAT	Membre invité

M. le Professeur Yvon ROCHE — Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur d'État en Odontologie
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Merci d'avoir accepté la co-direction de ma thèse. Votre bienveillance et votre délicatesse se sont fait ressentir dans vos conseils.

M. le Docteur Aleksandar DAKIC — Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Je vous remercie d'être présent à ce jury, ainsi que pour vos conseils et votre bienveillance que vous avez eu à mon égard durant tout mon parcours.

Mme la Professeure Géraldine LESCAILLE — Docteur en Chirurgie Dentaire
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Je suis sincèrement honoré de votre présence à ce jury, merci pour votre enseignement aussi bien théorique que pratique.

Mme la Docteure Juliette ROCHEFORT — Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités
Associée

Merci de siéger à ce jury, merci pour m'avoir tant appris en clinique et pour votre patience.

M. le Docteur Jean-Emmanuel SOFFER — Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de participer au jury de cette thèse veuillez trouver mes remerciements les plus sincères.

M. le Docteur Hervé TARRAGANO — Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de participer au jury de cette thèse veuillez trouver mes remerciements les plus sincères.

M. le Maitre Laurent DELPRAT

Avocat à la Cour d'appel de Paris
Docteur en droit privé et sciences criminelles
Maître de Conférences associés

Je vous présente mes sincères remerciements pour avoir accepté de diriger ma thèse. Vos conseils ont été extrêmement précieux, judicieux et dépassant bien souvent les horaires de travail.
Merci de votre confiance en moi.
Je suis honoré d'avoir pu travailler à vos côtés.

Table des matières

1. Informations 3
1.1. Généralités sur l'information médicale 3
1.1.1. Obligation d'informer 3
1.1.2. Modalités de transmission 4
1.1.3. Contrat de soins 5
1.1.4. Charge de la preuve 5
1.2. Spécificités de l'information en chirurgie orale 6
1.2.1. Risques connus et fréquents liés à l'acte chirurgical 6
1.2.2. Risque lié au contexte médical du patient 15
1.3. Transmission de l'information en chirurgie orale 30
1.3.1. Information lors d'une chirurgie programmée 30
1.3.2. Lors d'une chirurgie d'urgence 31
1.3.3. Information en cas de reprise de traitement effectué par un autre chirurgien 31
1.3.4. Information financière 32
1.4. Support et validation de transmission de l'information 33
1.4.1. Information orale 33
1.4.2. Information écrite 33

2. Litiges 35
2.1. Dus au manque d'information 35
2.1.1. Extraits du code de la santé publique et explications 35
2.1.2. Défaut d'impréparation 37
2.1.3. Perte de chance 37
2.1.4. Préjudice moral 38
2.2. Dus aux aléas thérapeutiques 38
2.2.1. Définition 38
2.2.2. Evolution de la loi ; avant-après loi Kouchner 4 Mars 2002 39
2.2.3. Exemple d'aléa thérapeutique 40
2.3. Dus aux erreurs médicales 41
2.3.1. Différentes sources d'erreur 41
2.4. La Sinistralité 42
2.4.1. Définition 42
2.4.2. Evolution de la sinistralité en chirurgie orale 42
2.5. Préjudices 43
2.5.1. Nomenclature Dintilhac 43
2.5.2. Barème d'évaluation en chirurgie orale 46
2.6. Résolution du litige 47
2.6.1. Gestion contentieuse en procédure civile 47
2.7. Se protéger du litige 50
2.7.1. Bien informer son patient et s'assurer de sa bonne compréhension 50
2.7.2. Obligation d'assurance 50
2.7.3. Développement professionnel continu 51
2.7.4. Précaution à prendre avant une chirurgie 51

3. Etude de la jurisprudence 53

4. Conclusion 60

5. Bibliographie 61

INTRODUCTION

« *Mentir comme un arracheur de dents* ». Cette expression populaire française datant du XVIIe siècle faisait référence aux dentistes de l'époque qui n'hésitaient pas, pour convaincre leurs patients de faire appel à leurs services, de prétendre que l'extraction de dents serait complètement indolore[1].

Si à l'heure actuelle l'expression est toujours utilisée, force est de constater que son sens d'origine n'est plus tellement valable : l'anesthésie permet que les soins effectués soient indolores, mais surtout le dentiste n'a pas la possibilité de mentir à son patient, puisque tout un corps de règles l'oblige désormais à informer son patient de façon loyale, claire et appropriée.

Auparavant, la notion de paternalisme médical régnait entre le praticien et son patient. Le praticien avait les pleins pouvoirs sur les décisions de soins de son patient. Il sait ce qui est bon pour lui et peut réaliser tout ce qu'il juge être nécessaire pour la santé de son patient. Ce dernier étant ignorant dans le domaine médical, son avis ne compte pas.

C'est en 1942 qu'apparaît clairement la première obligation d'information du praticien de santé envers son patient : il s'agit de l'arrêt Teyssier (Teyssier 1942) rendu par la Cour de cassation, juridiction suprême de l'ordre judiciaire. Le praticien doit alors recueillir le consentement de son patient pour réaliser un examen ou une thérapeutique.

Le 4 mars 2002 (2002), la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est promulguée. Celle-ci oblige le praticien à informer et obtenir le consentement éclairé du patient. Cette obligation s'accentue et prend une forme spécifique lorsqu'elle est appliquée en chirurgie orale.

Se pose ainsi la question de savoir quelles caractéristiques et spécificités revêt cette obligation d'information du patient par le praticien en matière de chirurgie orale.

Sera dans un premier temps développée l'obligation d'information du chirurgien-dentiste à l'égard de son patient, notamment son contenu, sa forme, sa transmission et son support.

Dans un deuxième temps, seront mis en exergue différents litiges pouvant opposer le chirurgien-dentiste à son patient, en cas de manque d'information, d'aléas thérapeutiques ou d'erreurs médicales. La sinistralité et les différents types de préjudices seront exposés, ainsi que la résolution du litige.

Enfin, une étude de plusieurs cas de jurisprudence récents en ce qui concerne l'obligation d'information du chirurgien-dentiste sera effectuée dans un troisième temps afin de cerner la tendance jurisprudentielle actuelle.

[1] http://www.expressions-françaises.fr/expressions-m/580-mentir-comme-un-arracheur-de-dents.html

1. Informations

1.1. Généralités sur l'information médicale

1.1.1.Obligation d'informer

La loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit les obligations du praticien de santé et les droits des patients. Plus précisément, cette loi définit, entre autres, l'obligation d'information du patient par le praticien.

L'article 11 de cette loi modifie au sein du Code de la santé publique l'article L. 1111-2 qui dispose, dans sa version actuelle, que :

« *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...)*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. (...)

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

Par ailleurs, l'article R. 4127-35 du même code prévoit, dans sa version en vigueur, que :

« *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information* ***loyale, claire et appropriée*** *sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.*
Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.
Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.»

Ainsi le praticien est débiteur d'une obligation d'information à l'égard de son patient. À cette obligation d'information s'ajoute celle de la recherche du consentement dit « éclairé ».

En effet l'information « *loyale, claire et appropriée* » précitée a pour finalité que le consentement du patient soit « éclairé » en ce qui concerne les soins qui lui seront prodigués ainsi qu'à tous les éléments qui sont liés à son état, aux soins, et au pronostic.

L'article R4127-236 définit plus spécifiquement les obligations d'informations liées à la chirurgie dentaire en ces termes :

« *Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, dans les conditions définies aux articles L. 1111-2 et suivants.*

Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le chirurgien-dentiste doit respecter ce refus après l'avoir informé de ses conséquences.
Lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires. »

1.1.2.Modalités de transmission

La transmission de l'information doit s'effectuer dans les meilleures conditions, afin que le patient soit à même de la comprendre.

La Haute Autorité de Santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique ayant pour but d'assurer aux personnes un accès pérenne et équitable à des soins et des accompagnements pertinents, sûrs et efficients (Haute Autorité de Santé (HAS) 2018), a publié et actualisé en mai 2012 une recommandation de bonne pratique sur la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé (Haute Autorité de Santé (HAS) 2012).

Celle-ci prévoit que la délivrance de l'information, qui implique un dialogue, se fait toujours dans le cadre d'un entretien individuel. L'information, qui doit être toujours orale, est primordiale. L'entretien permet d'ajouter aux informations génériques des éléments adaptés à la situation de la personne, ainsi que de répondre aux questions qu'elle se pose, et de lui permettre d'exprimer ses préférences.
La délivrance de l'information requiert du tact, du temps et de la disponibilité, ainsi qu'un environnement adapté. Elle s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des attentes de la personne.
Il est souvent nécessaire de délivrer l'information de façon progressive et en plusieurs fois. Elle est réitérée à chaque fois que cela est nécessaire et est régulièrement actualisée.

En complément de celle-ci, lorsque des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre à la personne pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix. Ces documents ont aussi vocation à susciter des questions auxquelles le professionnel de santé sera amené à répondre.

Pour assurer la qualité de l'information contenue dans les documents écrits transmis à la personne, cette information doit :

- être hiérarchisée,
- reposer sur des données validées,
- présenter les bénéfices attendus des actes ou des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels : préciser les risques fréquents, et pour les risques normalement prévisibles, les risques graves ; et indiquer les moyens mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par la personne ;
- être synthétique, claire, courte et compréhensible par le plus grand nombre.

Toutes ces préconisations vont dans le même sens : celui du respect de la dignité du patient et

sa participation active aux soins qui lui sont prodigués.

Une fois le patient informé correctement et son consentement recueilli, s'établit entre le praticien et son patient un « contrat de soins ».

1.1.3. Contrat de soins

Le contrat de soin constitue le contrat qui organise la relation entre le patient et le professionnel de santé qui le prend en charge.

La relation entre le médecin et son patient est une relation qui a été qualifiée à l'origine comme étant de nature contractuelle. L'existence d'un contrat entre le praticien et son patient a été pour la première fois consacrée par la Cour de cassation, dans un célèbre arrêt Mercier du 20 mai 1936 (1936). Ainsi, dans cet arrêt, la juridiction suprême de l'ordre judiciaire a précisément affirmé qu'« *il se forme entre le médecin et son patient un véritable contrat* ». Cet arrêt Mercier a été transposé en chirurgie dentaire par un arrêt du 27 janvier 1960 (1960)[2].
Le contrat de soins est synallagmatique, c'est-à-dire qu'il s'applique entre les différentes parties et va donner des droits et des devoirs aux deux contractants. Son objectif est que les soins se passent dans les meilleures conditions.

Le devoir du praticien est celui de « *s'engager, si non de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* » (1936). L'arrêt Mercier précise que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle.

Du coté du patient, les devoirs consistent à renseigner son praticien, dans la mesure du possible, sur ses antécédents, les maux dont il souffre et de verser les honoraires, d'être présent aux rendez-vous et de respecter les consignes du praticien.

Aujourd'hui, la qualification contractuelle de la relation entre le praticien et son patient est controversée juridiquement au regard de la jurisprudence de la Cour de cassation du fait de l'existence d'une obligation professionnelle de soin définie par la loi (et non par un contrat), comme indiqué précédemment. Il n'existe toutefois pas de conséquence pratique appréciable du potentiel changement de qualification puisque l'enjeu essentiel de la qualification, qui était la durée de la prescription de l'action en justice contre le praticien, a disparu puisque la loi précitée du 4 mars 2002 a soumis l'action de la victime à un délai uniforme de dix ans à compter de la consolidation du dommage (2002).

1.1.4. Charge de la preuve

Il arrive que les deux parties soient en désaccord concernant la délivrance de l'information. Le patient se plaindra de ne pas avoir reçu d'information ou du moins pas de manière suffisante pour une compréhension correcte, tandis que le praticien de son coté revendiquera avoir fourni l'information de façon claire loyale et appropriée.

La loi est claire à ce sujet. D'après l'article L.1111-2 du Code de la santé publique : « *En cas de*

[2] « Selon le contrat qui le lie à son client, le dentiste est tenu de donner à celui-ci des soins, et d'exécuter des travaux de prothèse, consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science. C'est au client qu'il appartient d'établir que le praticien à commis un manquement à cette obligation. »

litige, ***il appartient au professionnel*** *ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.* ».

« Tout moyen » signifie que toute preuve est acceptable, mais qu'aucune pièce n'est à elle seule suffisante. C'est au regard d'un faisceau d'indices que sera analysé si oui ou non l'information a été délivrée et si elle l'a été correctement. Ainsi, le praticien peut par exemple apporter le dossier du patient daté où il est mentionné que l'information a été transmise. De même, il peut communiquer des radiographies, voire des schémas qu'il aurait réalisés.

Ainsi, il existe une obligation d'information médicale. Tous les aspects de cette obligation ne pourront ici être abordés dans leur intégralité mais les grandes lignes en ont été présentées. En chirurgie orale, l'information du patient présente des spécificités qui seront ci-après décrites.

1.2. Spécificités de l'information en chirurgie orale

Dans le cas particulier de la chirurgie orale, l'information qui est délivrée au patient comporte des spécificités. Ainsi, le patient devra être informé d'une part des risques connus et fréquents liés à l'acte chirurgical (1.2.1) et d'autre part de ceux liés à son propre contexte médical (1.2.2).

1.2.1.Risques connus et fréquents liés à l'acte chirurgical

La loi mentionne que le praticien doit informer son patient des « *risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent* » (2016a). Or, les risques diffèrent selon les étapes successives d'une chirurgie ainsi que selon les différents types de chirurgies.

Ainsi, les risques connus et fréquents liés à l'acte chirurgical dont les patients devront être informés sont le risque anesthésique (1.2.1.1), le risque de lésion traumatique (1.2.1.2), ainsi que les risques spécifiques relatifs aux actes pratiqués (1.2.1.3).

1.2.1.1.1. Risque anesthésique

Le risque anesthésique se dédouble en trois types de risques : les allergies, le bris de l'aiguille, et les vasoconstricteurs et tachycardie.

1.2.1.1.2. Allergies

Les allergies ici visées sont celles relatives à la solution anesthésique utilisée. Il existe plusieurs types de molécules anesthésiques dans le commerce, parmi lesquels figurent la lidocaïne, la mépivacaïne, et l'articaïne.

• La lidocaïne : appartenant au groupe des amino-amides, a été utilisée pendant de nombreuses années.
Cependant cette molécule est contre-indiquée pour certains patients, comme par exemple ceux qui font l'objet d'antécédents d'arrêt cardiaque de second ou troisième degré, les intolérants, ou ceux qui ont une insuffisance hépatique sévère (dans la mesure où la molécule a un métabolisme hépatique).

• La mépivacaïne : utilisée encore de nos jours, elle présente un groupement amine. La mépicavaïne dispose également d'un métabolisme hépatique. Le pH de dissociation de cette molécule est plus faible, ce qui la rend particulièrement efficace en cas d'anesthésie sur des zone infectées.

• L'articaïne : elle a fait son apparition en 2000. Du fait de sa structure chimique différente des autres molécules (ne contient pas un noyau benzène mais un noyau thiophène ce qui augmente son caractère lipophile), l'articaïne a une capacité plus élevée à traverser les membranes constituées de lipides. De plus elle contient un groupement esthers ce qui lui permet de passer au sein du plasma et du foie sans subir de transformation due aux estherases.
L'articaïne a une toxicité systémique plus basse que les autres molécules, ce qui la rend utilisable en quantité plus importantes. La qualité principale de l'articaïne est le fait qu'elle diffuse très bien au sein des os et des tissus mous.

Les cas d'allergie aux molécules anesthésiques sont très rares et peu de documentation est disponible sur le sujet. On parle plutôt d'*intolérance* aux molécules anesthésiques.
Les molécules anesthésiques qui peuvent le plus être source d'intolérance sont celles comportant des groupements esthers. Les molécules avec des groupements amines sont beaucoup moins soumis à ce genre de problèmes.

1.2.1.1.3. Bris de l'aiguille

Le risque de bris de l'aiguille est lié à l'injection d'anesthésiques locaux, qui constitue un geste courant en médecine buccale.

Les bris d'aiguille étaient fréquents avant les années 1960, date d'introduction des aiguilles à usage unique. Les aiguilles, devant être stérilisées à hautes températures, étaient fragilisées et leur métal devenait rigide et cassant. Les aiguilles à usage unique sont plus flexibles et leur utilisation est plus souple.

Les bris d'aiguille existent toujours aujourd'hui, et peuvent s'expliquer du fait soit d'une mauvaise technique d'injection par le praticien, soit d'un mouvement inattendu par le patient au moment de l'injection, soit d'un choix d'une taille et d'un diamètre trop petit de l'aiguille. Si cela arrive et que l'aiguille est passée sous la muqueuse, le praticien doit demander au patient de limiter les mouvements mandibulaires et de déglutition et doit adresser ce dernier d'urgence à un chirurgien maxillo-facial, qui localisera le bris à l'aide de radiographies et l'extraira dans un bloc opératoire sous anesthésie générale.

Voici un exemple de cas de bris d'aiguille rapporté dans la littérature :
« *Un patient, âgé de 52 ans, sans antécédent particulier, devait bénéficier chez son dentiste de l'extraction des dents 36 et 37 en raison de caries perforantes. Le praticien a procédé à une anesthésie tronculaire au niveau de la lingula mandibulae par la méthode indirecte. Lors du changement de l'axe d'injection, l'aiguille s'est casée et s'est retrouvée totalement enfouie sous la muqueuse. Après une tentative infructueuse d'extraire ce fragment au cabinet, le dentiste nous a adressé le patient en urgence. L'examen clinique intrabuccal était limité en raison d'un trismus (ouverture buccale à 15 mm). L'orthopantomogramme, et l'incidence de Worms montraient le corps étranger métallique dans l'espace ptérygomandibulaire gauche. Le scanner montrait que la pointe de l'aiguille se trouvait à proximité immédiate de la veine jugulaire interne. Il a été décidé de rechercher le bris d'aiguille sous anesthésie générale, en raison de la migration de l'aiguille en profondeur. L'incision a été faite au collet de la dent 37 en remontant de 2 cm sur la crête antérieure de la branche montante. Le périoste a été incisé et décollé du côté lingual jusqu'à la région de la lingula où le nerf mandibulaire a été mis en évidence et protégé. Après localisation précise sous radioscopie, le fragment a pu être retiré avec une pince hémostatique. La voie d'abord a été suturée par un surjet résorbable.* »
(Dojcinovic et al. 2008)

Les bris d'aiguilles lors d'anesthésies locales en odontostomatologie constituent aujourd'hui des complications rares, qui ont considérablement diminué du fait d'une part, des améliorations apportées aux matériaux de fabrication des aiguilles dentaires et d'autre part, des techniques d'injection (Benalia et Touat 2018).

1.2.1.1.4. Vasoconstricteurs et tachycardie

Les molécules anesthésiques sont souvent associées à de l'adrénaline, qui est un vasoconstricteur. L'association d'un vasoconstricteur à la solution anesthésique pour une anesthésie odonto-stomatologique locale par infiltration est indiquée : en effet, le vasoconstricteur diminue le passage intra-vasculaire du mélange injecté et assure ainsi une augmentation de la durée et de la profondeur de l'anesthésie, tout en réduisant les effets systémiques de la solution.

Toutefois, l'adrénaline peut avoir des effets négatifs tels que des palpitations, de la tachycardie, de l'arythmie, ou des hypertensions. Certains patients présentant ce genre de symptômes sont plus sensibles lors de l'injection d'adrénaline. Les patients présentant des troubles cardiovasculaires devront alors recevoir au maximum deux carpules d'anesthésie avec adrénaline. Ils devront mesurer leur pression artérielle avant de recevoir ce genre de molécule.

Avec les quantités utilisées pour les soins courants, les seuls effets indésirables liés à la présence d'adrénaline sont une augmentation de la durée du saignement après extraction

dentaire (faible niveau de preuves), une tachycardie, et une légère augmentation de la pression artérielle sans conséquence clinique observée.
En pratique, l'ajout de l'adrénaline à l'anesthésique local n'augmente pas les risques d'effets indésirables, pour les quantités habituellement utilisées. (2003b)

Selon l'ANSM, chez les patients souffrant de tachycardie paroxystique[3] (tachycardie de survenue brutale), l'injection d'adrénaline est contre indiquée (Agence national de sécurité du médicament (ANSM) 2012).

Contres indications	**Utilisation déconseillée ou précautions d'emploi recommandées**
Phéochromocytome Arythmie non contrôlée Consommation de cocaïne dans les 24h	Os irradié à plus de 30Gy Asthme sévère ou atopique Affections cardiovasculaires (hypertension artérielle, coronaropathies...)

Une molécule au rôle de conservateur peut être utilisée avec l'adrénaline, comme c'est le cas du bisulfate de sodium. Il peut cependant causer des réactions chez les patients allergiques au sulfite. En effet, selon l'ANSM (Agence national de sécurité du médicament (ANSM) 2012), le métabisulfite de sodium (E223) est susceptible, dans de rares cas, de provoquer des réactions allergiques sévères et un bronchospasme. Ce médicament contient moins de 1 mmol de sodium (23 mg) par dose, il est donc quasiment « sans sodium ». Cependant, pour les patients avec une allergie avérée au sulfite on utilisera une solution anesthésique sans sulfite, et par conséquent aujourd'hui, sans vasoconstricteur.

1.2.1.2. Risque de lésion traumatique

1.2.1.2.1. Lésion nerveuse

Lors d'une avulsion dentaire il est possible que certains nerfs fassent l'objet de lésions, qui peut être soit une section soit un traumatisme. Ce risque est présent surtout à la mandibule. Le nerf alvéolaire inférieur et le nerf lingual constituent les sources de risques les plus importantes.

Au niveau du nerf alvéolaire inferieur, le risque est présent lorsqu'il existe des rapports intimes entre les apex de la dent à extraire et le canal mandibulaire. Les conséquences vont être une hypoesthésie ou une anesthésie du territoire sensitif situé en aval de la lésion. Il n'y a pas de conséquence motrice lors de la section de ce nerf.
Pour éviter le traumatisme ou la section du nerf alvéolaire inferieur, il faut savoir évaluer le rapport bénéfice/risque, analyser correctement les clichés radiographiques avant de débuter l'intervention. Si l'intervention présente un risque il faudra en avertir correctement le patient avant de débuter les soins.

[3] La tachycardie paroxystique est un rythme cardiaque rapide et régulier (160 à 220 battements par minute) qui débute et s'arrête brutalement et qui a son origine au niveau du tissu cardiaque autre que celui des ventricules

Concernant le nerf lingual, on peut retrouver le même type de lésion, soit de compression de traumatisme et de section. Les conséquences d'une section vont être une hypoesthésie ou une anesthésie au niveau de l'hémilangue homolatérale.
Pour éviter le traumatisme du nerf lingual, l'abord lingual est à proscrire justement en raison des risques élevés de lésion. Sa situation anatomique étant très variable il est difficile voire impossible à situer précisément. En cas de réalisation d'un lambeau, il faudra vestibuler au maximum son incision crestale.
De plus, il faudra faire attention à ne pas fracturer la table osseuse interne pendant les mouvements de luxation.
Enfin, en cas de séparation de racines, la fraise ne devra pas séparer totalement la dent en deux dans le sens vestibulo-ligual. Il faudra en effet réaliser la séparation sur la majorité de la dent et laisser un point de jonction en lingual, et terminer la séparation avec un autre instrument type syndesmotome par exemple.

Une fois la lésion arrivée, en cas de section les séquelles sont à vie. (Tarragano et al. 2010) Si le nerf a été traumatisé ou bien s'il a subi une compression due à une hémorragie au sein du canal mandibulaire, la lésion peut guérir.

En cas de lésion nerveuse, le traitement doit faire appel à des corticoïdes pendant une dizaine de jours, ils peuvent être complétés avec de la vitamine B1 et B6 mais leur effet n'a pas fait l'objet de publication.
L'acupuncture et l'électrothérapie ont des résultats variables.
Des antalgiques peuvent être prescrits en cas de douleurs.
Si ces douleurs sont persistantes, la prise en charge est assimilée à celle des névralgies faciales.
Le patient peut alors être adressé chez un neurologue.

Un suivi est à instaurer, et il faut prévenir le patient sur les suites généralement positives de cette complication, surtout si un fourmillement se fait ressentir preuve qu'un influx nerveux existe.
La guérison complète peut être de 1 an à 18 mois (Simonet et al. 2015)

1.2.1.2.2. Fracture alvéolodentaire et osseuse

Concernant la fracture osseuse lors d'une chirurgie, c'est souvent la zone postérieure de la cavité buccale qui est prise à partie. En effet, la fracture tubérositaire au maxillaire et la fracture de l'angle mandibulaire sont les plus fréquentes.
Pour éviter de fracturer, la conduite à tenir est d'éviter de luxer une dent sans avoir réalisé une ostéotomie suffisanté afin d'exposer la totalité de la couronne.
En cas de fracture de la tubérosité, il faudra réaliser l'ablation du fragment ou bien réduire la zone avec une fraise boule montée sur contre angle.
Il faut s'attendre aussi à un saignement plus abondant.

1.2.1.2.3. Complications post opératoires

Suite à une extraction, plusieurs types de complications post opératoires peuvent être retrouvées comme la douleur, l'œdème, l'hémorragie, l'hématome et les alvéolites.

Les conduites en cas de complications post opératoires sont les suivantes :

- la douleur est proportionnelle à la durée et à la complication de l'intervention. La prise d'antalgiques directement à la fin de l'intervention permettra de prendre le relais avec l'anesthésie.
- l'œdème dure généralement 24 à 48 heures. Il est favorisé par l'action tonique de l'écarteur et est aussi en relation avec la durée et la difficulté de l'opération. La prescription d'anti-inflammatoires en courte durée permettra de diminuer l' œdème.
- l'hémorragie survient généralement chez des patients qui sont dits « à risque hémorragique » (patient sous antiagrégant plaquettaire, antivitamine K…). Il faudra réaliser l'hémostase grâce à différents procédés (détaillés plus loin cf. 1.2.2.3).
- l'hématome provient de l'attrition de tissus mous. Il se résorbe en général dans les 7 jours suivant l'intervention.
- les alvéolites sont généralement très douloureuses. Elles peuvent être sèches ou suppurées.
  En cas d'alvéolite sèche, l'alvéole apparaît vide, les douleurs se font ressentir 2 à 3 jours après l'intervention. La conduite à tenir est d'effectuer l'anesthésie et le curetage de l'alvéole pour la remplir de sang, et de redonner les conseils post opératoires avec la prescription d'antalgiques de palier 2.
  En cas d'alvéolite suppurée, la muqueuse autour de l'alvéole apparaît congestive et l'alvéole est remplie de tissu de granulation, d'où sort du pus. Des signes généraux peuvent alors être présents comme de la fièvre. La douleur apparaît 8 à 10 jours après l'intervention. Elle est généralement due à un résidu d'un séquestre osseux au fond de l'alvéole, visible à la radio. La conduite à tenir est d'effectuer une anesthésie, un curetage de l'alvéole et un rinçage à la bétadine, chlorhexidine ou sérum physiologique, avec par la suite la prescription d'antibiotiques et d'antalgiques de pallier 2.(Tarragano et al. 2010)

Au delà du risque anesthésique et du risque de lésion traumatique, il existe des risques connus et fréquents liés à l'acte chirurgical qui sont spécifiques selon le type d'acte envisagé.

1.2.1.3. Risques spécifiques au type d'acte

Les risques développés ci-après sont relatifs à différents actes. Seront envisagés l'avulsion multiple (1.2.1.3.1), l'avulsion des dents de sagesse (1.2.1.3.2), la résection apicale (1.2.1.3.3), les greffes osseuses avec prélèvement autogène (1.2.1.3.4), les greffes osseuses sous sinusienne (1.2.1.3.5), les kystes et tumeurs des maxillaires (1.2.1.3.6), la greffe mucogingivale (1.2.1.3.7) et la freinectomie linguale (1.2.1.3.8).

1.2.1.3.1. Avulsion multiple

Selon la SFCO (Société française de chirurgie orale), les avulsions dentaires multiples sont indiquées (Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) 2019a) :

- lorsque les dents constituent un risque infectieux et ne peuvent bénéficier de traitements conservateurs, ceci afin de prévenir les risques de complications infectieuses.
- en vue d'une réhabilitation prothétique globale.

Les suites opératoires normales sont l'œdème (gonflement des joues), la douleur, la limitation de l'ouverture de la bouche, ainsi qu'un petit saignement de quelques heures. Il est possible que survienne une gêne esthétique ainsi qu'une gêne fonctionnelle (phonation et mastication).

Les risques de complications, inhérents à tout acte chirurgical, sont les suivants :

- hématome et saignement persistant
- alvéolite sèche ou humide
- cellulite
- lésion d'une dent voisine, descellement d'une couronne, fracture d'une restauration, d'un bridge ou d'une dent
- communication entre la bouche et le sinus
- luxation dentaire ou radiculaire au sein du sinus

Ces risques doivent toutefois être relativisés au regard des bénéfices attendus.

1.2.1.3.2. Avulsion dents de sagesses

Les indications des avulsions des dents de sagesse ou troisièmes molaires, (appelées germes lorsque les racines sont absentes ou incomplètes) sont variées : mauvais positionnement, manque de place, accidents douloureux, inflammatoires, infectieux, tumoraux…

Les suites opératoires normales ainsi que les risques dans le cas d'avulsions de dents de sagesses sont les mêmes que ceux précités pour les avulsions multiples (Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) 2019b)

Il existe cependant des risques spécifiques qui s'ajoutent aux précédents :

- perte ou diminution de la sensibilité de la lèvre ou de la langue, le plus souvent transitoire (quelques semaines à quelques mois), et exceptionnellement définitive.
- concernant les dents de sagesses mandibulaire : (i) fracture osseuse (notamment l'angle de la mandibule) pendant l'intervention et (ii) lésion nerveuse (nerf lingual et alvéolaire inferieur)
- pour les dents de sagesses maxillaires : projection d'une dent de sagesse supérieure ou d'un fragment dans le sinus, en arrière du sinus (au sein de la fosse pterygo-maxillaire) ou dans la joue, pouvant justifier une nouvelle intervention.

1.2.1.3.3. Résection apicale

Les granulomes apicaux sont des lésions, d'origine bactérienne, qui apparaissent à l'extrémité des racines dentaires. Elles sont découvertes sur des radiographies. Leur taille, variable, commence à 1 millimètre et peut atteindre jusqu'à 1 centimètre de diamètre.
Pour les traiter, il convient d'effectuer le curetage du granulome, la résection de l'extrémité de la racine et l'obturation étanche du canal dentaire. Cette intervention est indiquée lorsque le retraitement du canal est impossible ou lorsqu'il a échoué. (Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) 2019f)

Les risques liés à cette intervention sont les suivants :

- hématome et saignement persistant endo buccal
- cellulite, de façon exceptionnelle
- lésion d'une dent voisine
- migration de la gencive au niveau des dents pouvant entrainer un préjudice esthétique
- dans le cas de dents mandibulaires où les racines sont proches du nerf alvéolaire inferieur : perte ou diminution de la sensibilité de la lèvre, le plus souvent transitoire (quelques semaines à quelques mois), et exceptionnellement définitive.

- dans les cas des dents maxillaire juxta sinusienne : risque de communication bucco sinusienne
- récidive de la lésion apicale

1.2.1.3.4. Greffes osseuses avec prélèvement autogène (societe française de stomatologie et chirurgie maxillo faciale (SFSCMF) 2008)

Il est parfois nécessaire de greffer de l'os dans un endroit où il y a un manque. C'est par exemple le cas des greffes osseuses pré-implantaires, où la mise en place d'implants dentaires au niveau des maxillaires nécessite la présence d'un volume osseux suffisant.

En cas de manque d'os, il est nécessaire de réaliser une augmentation par greffe osseuse. Une partie d'os est alors prélevée puis réimplantée dans la zone voulue. Il existe trois zones de prélèvements : l'os crânien, l'os iliaque, et l'os mandibulaire, ce dernier étant le seul possiblement réalisable par un chirurgien dentiste.

Le prélèvement mandibulaire est réalisé au niveau de la mâchoire inférieure : soit dans la région du menton, soit au niveau de l'angle des mâchoires. L'incision se situe au niveau de la gencive. Les suites opératoires habituelles sont les suivantes :
- une limitation de l'ouverture buccale est fréquente pendant quelques jours ;
- un œdème facial est habituel parfois associé à des ecchymoses (« bleus ») des joues dont l'importance et la durée sont très variables d'un individu à l'autre
- les douleurs, qui sont variables mais le plus souvent modérées.

En ce qui concerne les soins post-opératoires, un traitement antalgique sera systématiquement donné.

Au niveau de la zone de prélèvement, les risques rencontrés sont :
- un risque d'hématome ou d'infection (abcès), qui pourra nécessiter une évacuation secondaire
- des troubles de la sensibilité de la lèvre inférieure, qui peuvent persister quelques semaines. Ceux-ci ne justifient pas de traitement complémentaire.
- une fracture irradiée de la mandibule, qui elle nécessite un traitement adapté.

Au niveau de la zone greffée, le risque principal est l'infection de la greffe osseuse par retard de cicatrisation de la gencive. L'apparition d'une infection nécessite un traitement antibiotique et parfois un curetage osseux. Cette infection peut avoir pour conséquence la perte d'une partie de la greffe osseuse, et cela pourrait éventuellement nécessiter de modifier le plan de traitement ultérieur.
Ce risque, évalué à environ 5 à 10 % des cas, est très augmenté chez les patients tabagiques, ou en cas de mauvaise hygiène bucco-dentaire.
Le système de fixation des greffes peut gêner la mise en place ultérieure des implants. Dans ce cas son ablation sous anesthésie locale sera réalisée.

1.2.1.3.5. Greffe osseuse sous sinusienne

Les greffes osseuses sous-sinusiennes ont pour but de redonner un volume osseux permettant de placer des implants dans des situations où ceux-ci étaient initialement contre-indiqués du fait de la situation anatomique non favorable du patient (telles que le manque d'os en hauteur ou

l'augmentation du volume maxillaire) (Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) 2019d). L'intervention s'effectue en deux étapes : le rehaussement du plancher du sinus en soulevant la muqueuse sinusienne, et le comblement de la cavité.

Ce genre d'intervention peut faire l'objet de plusieurs types de complications (Maarek 2014) : des complications hémorragiques, la fuite de greffons et des complications infectieuses.

• Les complications hémorragiques : celles-ci existent, avec une possibilité d'épistaxis pendant quelques heures voire quelques jours, du à une perforation de la membrane sinusienne ou par atteinte des anastomoses artérielles intraosseuses. On appelle ce type d'hémorragie un hémosinus, qui se draine par voie nasale.

• Les fuites de greffons : celles-ci peuvent se manifester soit par voie endo sinusienne, soit par voie vestibulaire :

- par voie endo sinusienne : cette complication fait suite à une perforation de la membrane sinusienne. Le greffon entre alors au sein du sinus, pouvant causer une sinusite.
- par voie vestibulaire : suite au lâchage des sutures vestibulaires, le greffon est expulsé au niveau de l'ostéotomie réalisée.

• Les complications infectieuses : elles sont au nombre de deux.
La première est la sinusite aiguë précoce. Elle est la résultante d'une contamination bactérienne par des bactéries anaérobies, due à un manque d'asepsie lors de l'opération.

La seconde est la sinusite trainante. Plus fréquente que la sinusite aiguë, elle est à l'origine d'ostéite des greffons sans possibilité de drainage car l'ostium est alors bouché. Elle peut être due à différents facteurs : à des antécédents rhinosinusiens du patient, à une fuite endosinusienne du greffon qui boucherait l'ostium, à un rehaussement sinusien trop important (au delà de 16mm) ce qui boucherait aussi l'ostium, ou encore à la présence de polyploïde au sein du sinus qui serait impacté au sein de l'ostium.

1.2.1.3.6. Kystes et tumeurs des maxillaires

Les kystes constituent des cavités vides ou remplies de liquide, qui se développent dans les maxillaires (Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) 2019e). Il est possible que se développent des tumeurs, soit à partir de tissus dentaires, soit au dépend de la muqueuse ou d'éléments habituellement présents dans l'os. Quel que soit le type de la tumeur, elle peut être bénigne ou maligne.

Le traitement consiste d'abord en une exérèse chirurgicale. Puis sera menée une analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire, dans le but de confirmer le diagnostic ainsi qu'envisager un suivi ou, si cela est nécessaire, une prise en charge complémentaire.
En pratique, suite à l'intervention, les complications qui peuvent être retrouvées sont des saignements endo-buccaux et hématomes. Les complications infectieuses restent exceptionnelles.
Les lésions nerveuses, avec possible hypoesthésie, dysesthésie, anesthésie dans les territoires nerveux voisins, sont relativement fréquentes et transitoires. La bride cicatricielle pourrait être gênante pour l'ouverture buccale, les mouvement labiaux ou linguaux, ou la pose de prothèses dentaires.
La fracture de la mandibule en cas de kyste volumineux avec rupture des corticales est possible.

Les récidives du kyste du fait d'une énucléation incomplète sont possibles.
Enfin, il est possible de subir un préjudice esthétique en fonction de la position de la lésion (Guyot et al. 2010).

1.2.1.3.7. Greffe mucogingivale : en région prémolaire mandibulaire/ prélèvement palatin

On utilise les greffes mucogingivales en cas de récession, de diminution des tissus de soutien de la dent qui sont l'os et la gencive.
Le principe est de prélever de la gencive au niveau d'un site donneur, et de la repositionner au niveau du site receveur.
La quantité de gencive kératinisée au niveau du palais est importante, ce qui en fait un site donneur intéressant, mais la composition cellulaire et fibreuse n'est pas la même que celle de la gencive vestibulaire. On peut de ce fait s'attendre à avoir des différences de couleur entre les deux types de gencives. En général, la différence de teinte s'accentue avec le temps.
Les suites opératoires sont désagréables en cas de prélèvement palatin. (Tarragano et al. 2010)

1.2.1.3.8. Freinectomie linguale

Les « freins » correspondent aux plis formés par la muqueuse qui revêt la face interne des lèvres, des joues et la face inférieure de la langue. Ils doivent parfois être coupés, du fait de leur taille anormale (trop importante ou trop courte) ou de leur mauvaise insertion : cette intervention s'intitule freinectomie. (Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) 2019c)

Lorsque le frein à la face inférieure de la langue est trop court et limite ses mouvements en avant, une freinectomie linguale est indiquée. Lorsqu'elle est réalisée à la naissance par le pédiatre, il s'agit d'une intervention simple. Plus tard, elle nécessite une plastie d'allongement de la muqueuse, et une suture avec des fils le plus souvent résorbables. La correction de l'insertion du frein permet d'augmenter l'amplitude des mouvements musculaires linguaux.

Ont été ainsi développés les risques connus et fréquents liés à l'acte chirurgical. Il existe également des risques liés au contexte médical du patient, qui devront aussi faire l'objet d'une information au profit de ce dernier.

Cette opération comporte des risques qui peuvent être : lésion des canaux salivaires, hémorragique, nerveux, et en post opératoire on pourra retrouver le risque infectieux, le risque de récidive et des douleurs. (Perrin et al. 2012) (Raberin 2007)

1.2.2.Risque lié au contexte médical du patient

Les risques liés au contexte médical du patient sont divers. Seront envisagés le patient à risque ASA (1.2.2.1), le risque infectieux (1.2.2.2), le risque hémorragique (1.2.2.3), la femme enceinte (1.2.2.4), et le patient gros fumeur (1.2.2.5). Puis sera présenté un arbre décisionnel des informations à transmettre en fonctions des risques liés à la chirurgie et au contexte médical du patient, et des précautions à prendre (1.2.2.6).

1.2.2.1. Patient à risque ASA

Le score « ASA » (ou encore appelé "Physical status score") a été mis au point par la société

américaine des anesthésistes (American Society of Anesthesiologists - ASA). Il est utilisé en médecine pour exprimer l'état de santé pré-opératoire d'un patient Les différents scores qui existent sont les suivants :

- score 1 : Patient en bonne santé, c'est-à-dire sans atteinte organique, physiologique, biochimique ou psychique.
- score 2 : Patient présentant une atteinte modérée d'une grande fonction.
- score 3 : Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraine pas d'incapacité.
- score 4 : Patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante, et qui met en jeu le pronostic vital.
- score 5 : Patient moribond dont l'espérance de vie ne dépasse pas 24 h, avec ou sans intervention chirurgicale

Outre la prise en compte de l'état de santé du patient, il est recommandé par la HAS de prendre en compte trois critères avant d'entamer une chirurgie (Haute Autorité de Santé (HAS) 2008).

- la classe de contamination : il s'agit d'un système de classification des interventions chirurgicales selon leurs caractères : propre, propre-contaminé, contaminé, sale/infectée.
- le score ASA détaillé ci-dessus
- la durée d'intervention : l'intervention est-elle supérieure ou inférieure à 1 heure.

L'analyse de ces différents critères permet d'établir un nouveau score intitulé NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance), permettant d'évaluer le risque d'infection nosocomiale. Les trois facteurs de risques précités sont cotés 0 ou 1 :

- classe de contamination : 0 = chirurgie propre ou propre contaminée ; 1 = chirurgie contaminée, sale ou infectée
- score ASA : 0 = score ASA 1 ou 2 ; 1 = score ASA 3, 4, ou 5
- durée d'intervention : 0 = durée inférieure ou égale à T heures ; 1 = durée supérieure à T heures.

L'index de risque NNIS est la somme des cotations de ces trois facteurs de risque et varie donc de 0 à 3.

1.2.2.2. Risque infectieux

Il existe trois catégories de patients à risques infectieux : les patients à haut risque d'endocardite, les patients immunodéprimés, et les patients à risques d'ostéonécrose.

1.2.2.2.1. Endocardite

Les patients présentant des cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse sont ceux :

- qui disposent d'une prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou d'un matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice (anneau prothétique…).
- qui font l'objet d'antécédents d'endocardite infectieuse.
- qui font l'objet d'une cardiopathie congénitale cyanogène, soit (i) non opérée ou dérivation chirurgicale pulmonaire-systémique, (ii) opérée, mais présentant un shunt résiduel, (iii) opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée, sans fuite résiduelle, seulement dans les 6 mois suivant la mise en place, ou (iv) opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée avec shunt résiduel

<u>En pratique</u>, en chirurgie orale, les actes qui sont contre-indiqués chez un patient à haut risque

d'endocardite sont l'anesthésie intraligamentaire, l'amputation radiculaire, transplantation, la réimplantation, la chirurgie périapicale, la chirurgie parodontale, la chirurgie implantaire et des péri-implantites, la mise en place de matériaux de comblement, ou encore la chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées.

Pour les autres actes qui ne sont pas sur cette liste (avulsions dentaires), il faut prévoir de prescrire au patient un antibioprophylaxie, voire de réaliser l'acte en milieu hospitalier. (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) 2011)

1.2.2.2.2. Immunodéprimé

Le risque d'infection est considéré comme lié à tout facteur responsable d'une immunodépression, qu'elle soit congénitale ou acquise. En l'absence de critères objectifs, biologiques ou cliniques, permettant de l'évaluer, la décision d'inclure un patient dans cette catégorie de risque doit être prise en bonne intelligence entre, d'une part, le chirurgien-dentiste ou le stomatologue et, d'autre part, les médecins concernés.

Les patients immunodéprimés sont repartis dans deux grandes catégories.

La première est celle des patients présentant un traitement immunosuppresseur, qui vise à diminuer la réponse immune dans les pathologies auto-immunes, les transplantations d'organes (prévention des rejets) et les cancers notamment métastatiques (corticoïdes au long cours fréquemment utilisés).

La seconde est celle des patients présentant des pathologies, notamment le VIH à un certain stade, un diabète non équilibré, une insuffisance rénale chronique, une neutropénie, une dénutrition, certaines maladie auto-immunes, une hémopathie maligne (leucémie, lymphome…) ou encore une cirrhose hépatique. (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) 2011)

Comme l'indiquent les recommandations de l'ANSM, il faut inclure les patients dans cette catégorie « en bonne intelligence ». Ainsi, il paraît évident qu'il faudrait contacter le médecin traitant avant toute opération et réaliser des prises de sang au besoin.

En pratique, l'immunodépression n'étant pas une contre-indication en elle-même, il faudra donc bien informer le patient sur les différentes issues possibles de la chirurgie et bien entendu prendre en compte la balance bénéfice/risque.
Concernant les actes non invasifs, tout les soins sont possibles en respectant les précautions générales. Concernant les actes invasifs, le protocole de prise en charge doit être décidé en collaboration avec le médecin spécialiste référant en fonction de l'état du patient (LAURENT et al. 2016).

Un protocole anti-infectieux est à mettre en place.
Dans un premier temps, tout foyer infectieux actif doit être traité par une antibiothérapie curative. Puis, il est recommandé d'éliminer la plaque dentaire et le tartre présents en bouche, et de motiver le patient à l'hygiène bucco dentaire.
Au besoin, avant les soins, il sera possible de prescrire une antibiothérapie, avec 2g d'amoxicilline 1 heure avant l'intervention.

Dans un second temps, il conviendra de prendre des précautions pendant l'intervention. Il faut

réaliser une séance la plus courte possible. En chirurgie, préserver le maximum de tissus environnants, rincer la plaie opératoire avec un antiseptique avant de suturer, et réaliser des sutures berge à berge lorsque cela est possible.

Dans un troisième temps, après l'intervention, il est conseillé de prescrire un bain de bouche antiseptique pendant 7 jours, contenant de la chlorhexidine. La dépose des fils de suture devra être réalisée 7 à 10 jours après l'intervention avec un contrôle de la cicatrisation.

Au besoin, peut être poursuive la prise d'antibiotiques pendant la phase de cicatrisation muqueuse à la dose de 1g deux à trois fois par jours.

1.2.2.2.3. Osteoradionécrose/osteochimionécrose

Il s'agit ici de risques de nécrose des maxillaires, qui se traduisent par une ulcération avec un exposition osseuse qui ne cicatrise pas spontanément. Deux risques sont ici identifiés : le risque d'ostéoradionécrose et le risque d'ostéochimionécrose.

• Le risque d'osteoradionécrose (Vincent-Bugnas et al. 2019) concerne les patients ayant subi une irradiation de la sphère oro-faciale. Ce risque peut demeurer présent même après la fin des irradiations si la dose reçue par le patient était supérieure à 30 Gy.

En effet, pour une irradiation inferieure à 30 Gy, il n'y a pas de précaution à prendre. Au delà de 30 Gy, il existe un risque d'ostéoradionécrose qui reste présent tout au long de la vie. Les doses étant délivrées en fonction des besoins de la zone, il est possible d'obtenir une cartographie précise des zones irradiées et des doses envoyées.

Avant tout traitement chirurgical, il conviendra de se mettre en contact avec le radiothérapeute en charge du patient. Deux cas seront à distinguer :

- si le patient est pris en charge pendant une radiothérapie cervico faciale : la décision doit être prise avec le radiothérapeute en fonction de l'acte à réaliser.
- si le patient est pris en charge après une radiothérapie : en dessous de 30Gy, il n'y a pas de précaution particulière a prendre. Au delà de 30Gy, le patient nécessitera une prise en charge hospitalière pour une intervention sur le site irradié.

• Le risque d'osteochimionécrose (societe française de stomatologie et chirurgie maxillo faciale (SFSCMF) 2013) concerne, quant à lui, les patients ayant été traités par antirésorbeurs osseux comme les biphosphonates.

Le risque d'ONM est fonction de plusieurs paramètres : la molécule, la durée de traitement, la pathologie traitée, de facteurs systémiques comme l'âge, et des facteurs locaux comme par exemple le type de chirurgie et hygiène dentaire.

Pour évaluer le risque de nécrose, la Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale, dans ses Recommandations de Bonne Pratique de Juillet 2013, propose le tableau suivant :

	Risque faible	Risque élevé
Risque lié au patient	• traitement des affections bénignes (ostéoporose) • BP oraux, Denosumab, BPIV en injection annuelle (ex zolédronate) Traitement depuis moins de 2 ans • pas de comorbidités ou traitement médicamenteux associés • non fumeur	• traitement des affections malignes BP IV ou Denosumab de longue durée, ≥65 ans, comorbidités. • Médicaments associés : immunosuppresseurs-chimiothérapie corticothérapie en cours ou antérieure antiangiogéniques associés ou non aux BP
Risque lié a l'acte	• petite chirurgie ou avulsion localisée • état dentaire et parodontal sain bonne hygiène • pas de traumatisme ou blessure par prothèse	•chirurgie extensive ou extractions multiples • zone postérieure des mâchoires, exostoses, tori mandibulaires ou maxillaires, crête mylohyoïdienne • maladie parodontale, mauvaise hygiène

En pratique, si le risque d'ONM est faible, une avulsion simple peut être envisagée en respectant certaines conditions :

- avant l'intervention, diminuer le risque d'inflammation et d'infection locale en réalisant un assainissement parodontal et des bains de bouche à la Chlorhexidine.
- prescription d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie jusqu'à cicatrisation muqueuse.
- utiliser une technique opératoire la moins traumatique possible
- régulariser la crête osseuse si nécessaire
- prendre des précautions liées à la technique d'anesthésie (pas d'intraligamentaire, intraseptale, intraosseuse)
- rapprochement des berges de la plaie sans tension
- effectuer une surveillance accrue jusqu'à cicatrisation

Si toutefois le risque d'ONM est plus important, toutes les chirurgies sont à éviter en ambulatoire et devront être réalisées dans un milieu hospitalier.

1.2.2.3. Risque hémorragique

Le risque hémorragique peut être due à une pathologie ou à un traitement médicamenteux. Pour dépister ce risque, il faut réaliser auprès du patient un interrogatoire dirigé. Certaines questions seront donc à poser au patient, comme par exemple : « Faites-vous des ecchymoses facilement ? », ou encore : « Avez-vous un saignement prolongé après une blessure ? ».

Si le résultat de ces questions est suspect, il conviendra d'effectuer des examens complémentaires. Il existe plusieurs tests de base à réaliser :

- TP (taux de prothrombine) : il doit se situer entre 75 et 100% ;
- TCA (temps de céphaline avec activateur) : il doit être inferieur à environ 42 secondes ;

- numération plaquettaire : elle doit se situer entre 150.000 et 400.000.

En pratique, en cas de thrombopénie entre 150.000 et 100.000 plaquettes/mm3, tous les soins chirurgicaux sont réalisables.

Entre 100.000 et 500.00 plaquettes/mm3, les actes chirurgicaux à risque hémorragique modéré, comme une avulsion en secteur localisé, la pose d'un implant unitaire, ou bien un surfaçage peuvent être entrepris en respectant les précautions générales et en mettant en place un protocole d'hémostase locale.
Pour les actes à haut risque hémorragique comme une avulsion de plus de trois dents dans la même séance, chirurgie parodontale, avulsion de dents incluses par exemple, il faudra une prise en charge hospitalière.
Concernant les prescriptions médicamenteuses, il faudra prendre contact avec le médecin traitant pour une prescription d'AINS.

En dessous de 50.000 plaquettes/mm3 il faudra dans tous les cas une prise en charge hospitalière.

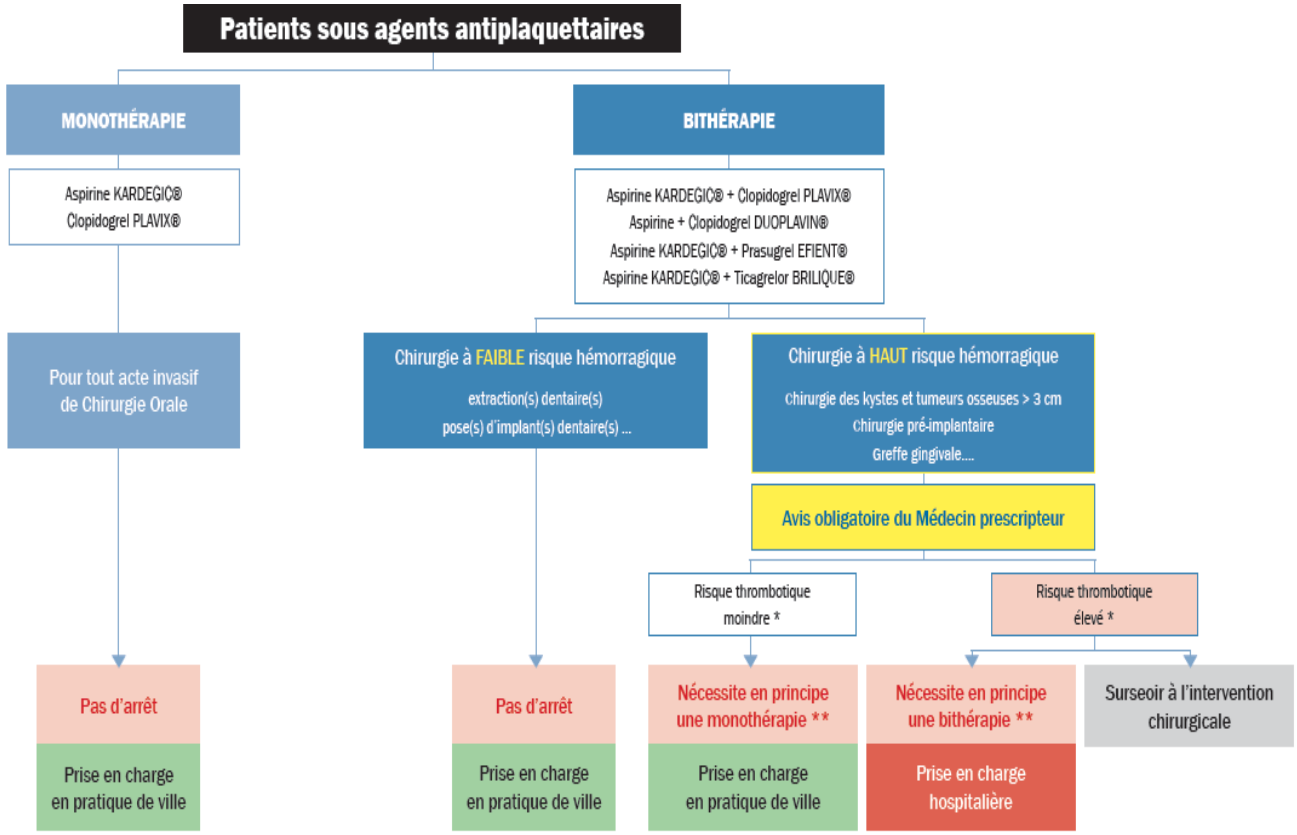
Le protocole d'hémostase locale est le suivant :
Tout d'abord, dans la mesure du possible, il faudra réaliser l'intervention en début de journée et en début de semaine pour permettre un contrôle post opératoire, et si besoin, gérer les éventuels saignements post opératoire.
Pendant les soins, il faudra de préférence utiliser une anesthésie locale avec vasoconstricteur. Les anesthésies locorégionales sont déconseillées en raison du risque d'hématome expansif.
Durant l'intervention, il faudra veiller à être le moins traumatique possible. Si la réalisation d'un lambeau est nécessaire, il faudra réaliser un lambeau de pleine épaisseur, éviter de dépasser la ligne muco-gingivale et éviter les incisions de décharge. Le tissu de granulation doit être éliminé entièrement. Puis mettre en place un matériau hémostatique résorbable intra-alvéolaire. Enfin réaliser des sutures, si possible, berges à berges. Et pour finir réaliser une compression immédiate avec une compresse imbibée d'acide tranexamique a 5% jusqu'à arrêt complet du saignement.
Apres les soins, il faudra donner des conseils post opératoires : pas de bain de bouche pendant 48h, ne pas fumer, ne pas boire d'alcool pendant 48h, consommer une alimentation molle et froide pendant 48h.
En cas de reprise de saignement, il faudra réaliser une compression de 20 minutes avec une compresse imbibée d'acide tranexamique, préalablement prescrit.
À 7-10 jours après l'intervention, il conviendra de réaliser un contrôle post opératoire (LAURENT et al. 2016).

1.2.2.3.1. Patient sous antithrombotique

Il existe plusieurs familles d'antithrombotiques qui vont agir à plusieurs endroits de la coagulation. Doivent être distingués les antiagrégeants plaquettaires dits AAP, les antivitamines K, AVK, les Anti-coagulants oraux direct AOD et l'héparine.

A chaque médicament antithrombotique correspond certaines spécificités.

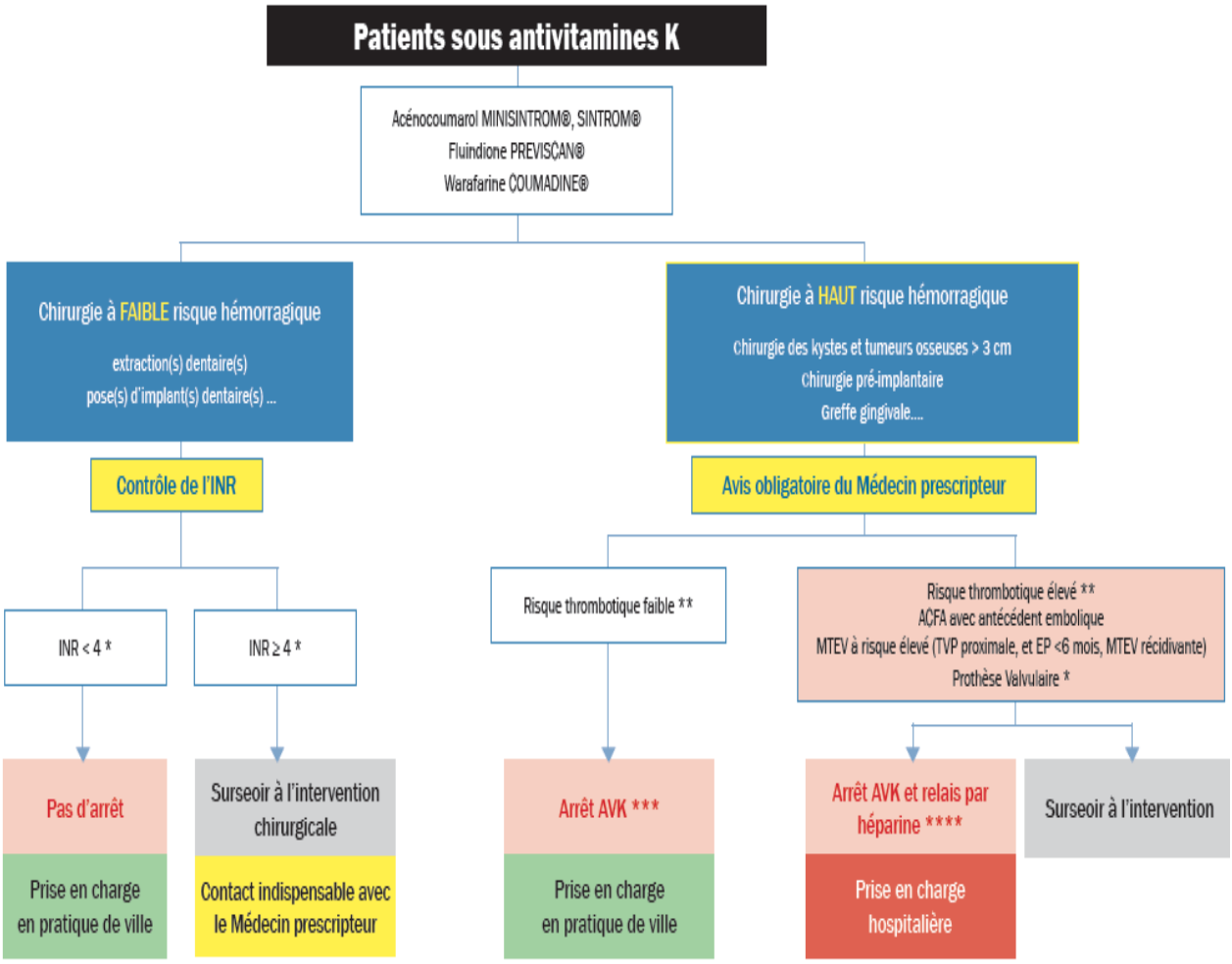
• Concernant les AAP, ils peuvent être utilisés en mono ou en bithérapie. Il n'existe pas à ce jour un examen biologique prédictif du risque hémorragique lié à la prise d'AAP.



* Détermination du niveau de risque thrombotique site consultable : www.has-sante.fr , « Recommandations : Antiagregants-plaquettaires : prise en compte des risques thrombotiques et hémorragique pour les gestes percutanés chez le coronarien » (HAS novembre 2013).

** Monothérapie : poursuivre la prescription d'aspirine, délai d'interruption: clopidogrel : 5 jours, prasugrel : 7 jours, ticagrelor 3 à 5 jours.

• Concernant les patients sous AVK : avant tout intervention chirurgicale, il faut mesurer la valeur de l'INR idéalement dans les deux heures ou bien maximum dans les 72 heures. Pour pouvoir réaliser l'intervention, il faudra une valeur stable inférieure à 4.



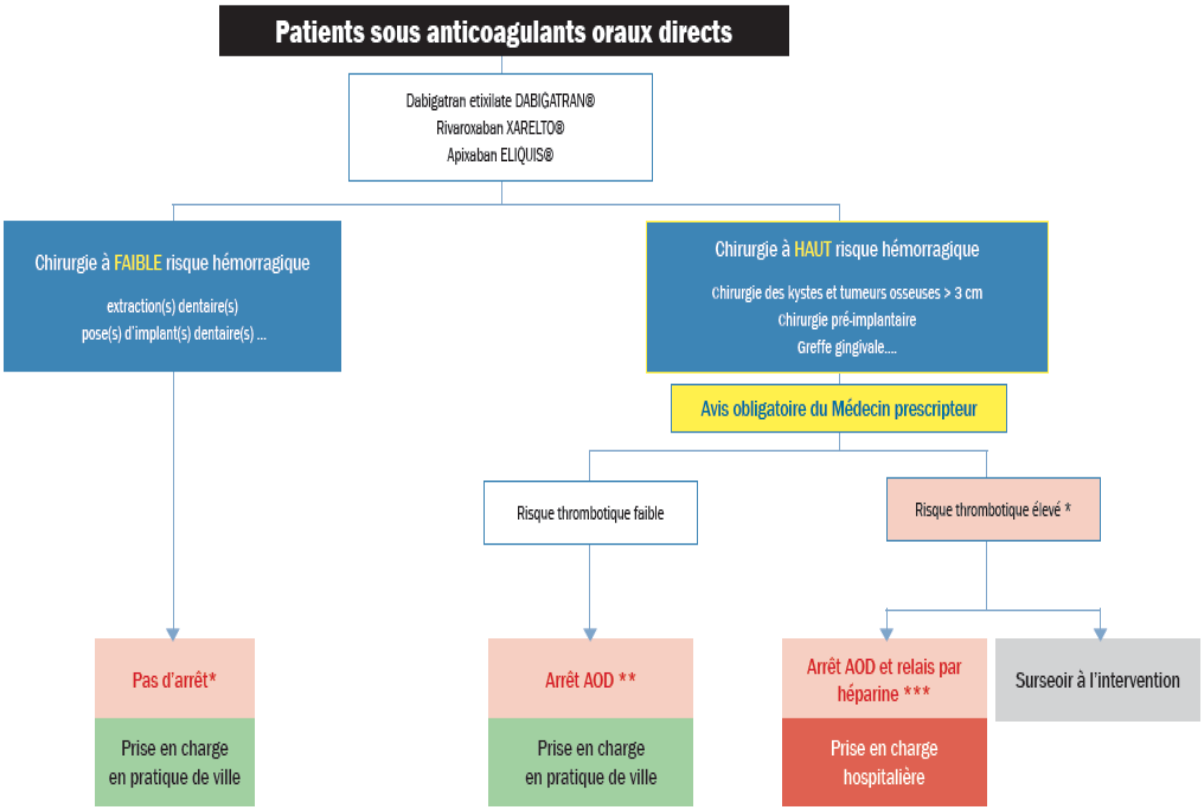
* Chez les patients porteurs de prothèses valvulaires, la pose d'implant, la chirurgie pré-implantaires et parodontale sont contre-indiqués.

** Détermination du niveau de risque thrombotique : site consultable : www. has-sante.fr « Recommandations : Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier » (GEHT, HAS avril 2008).

*** **Arrêt AVK :** arrêter l'AVK à 4 à 5 jours avant l'intervention, reprise de l'AVK le soir ou le lendemain de l'intervention, pratiquer un INR à 48h (HAS 2008)

**** **Arrêt AVK et relais par héparine :** à J-5 arrêt de l'AVK, à J-3 relais par HBPM (ou HNF) à dose curative, à J-1 dernière injection HPBM le matin, HNF le soir, à J0 intervention, à J+1 reprise AVK et héparine (à moduler en fonction du risque hémorragique), arrêt de l'héparine dès que l'INR cible est atteint.

• Concernant les patients sous AOD :

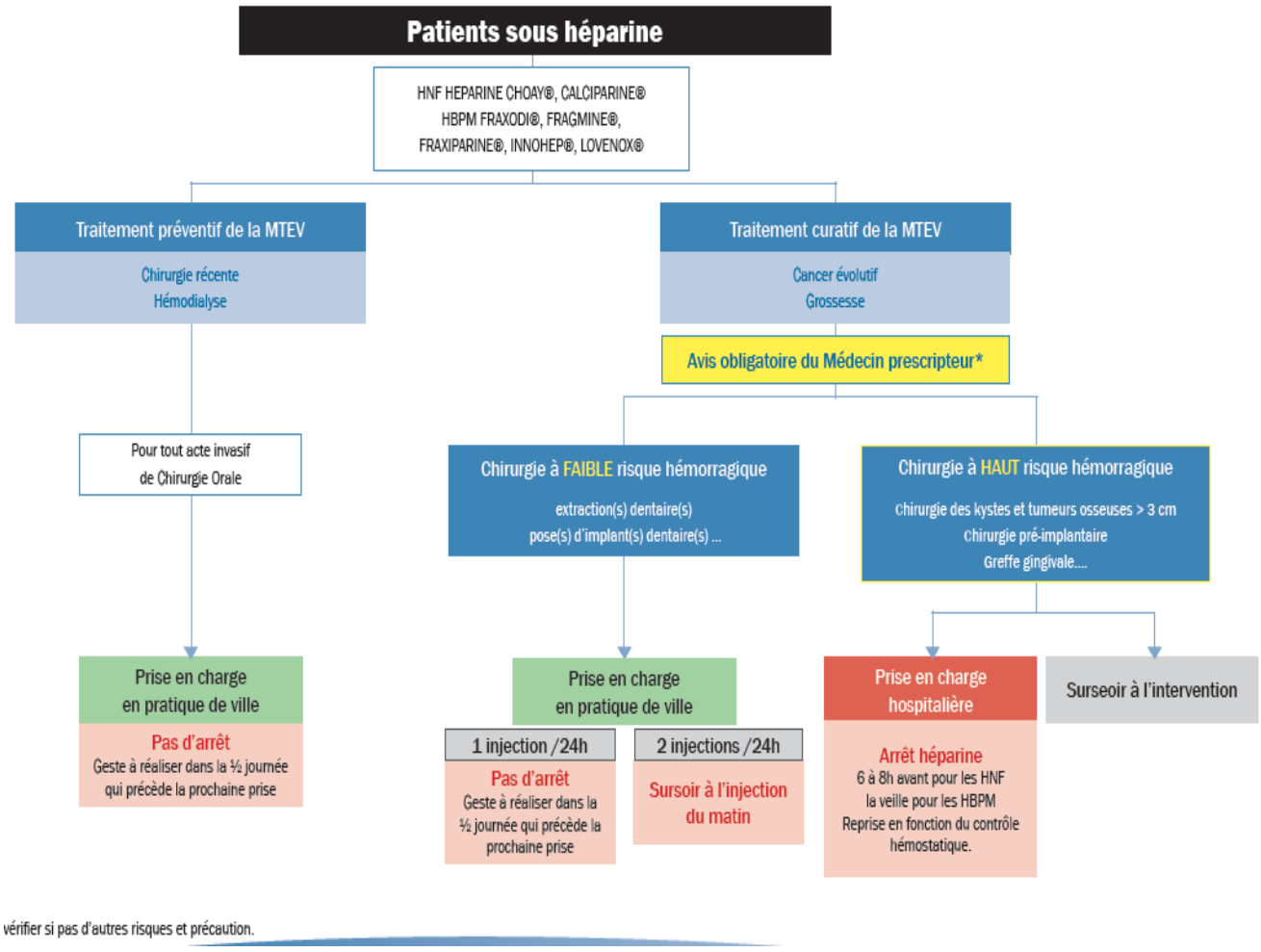


* **Pas d'arrêt :** il importe de préciser l'âge, l'indication (schéma curatif ou prévention en chirurgie orthopédique), la dose, le nombre de prises par jour, l'heure de la dernière de prise, geste à réaliser dans la demi-journée qui précède la prochaine prise

** **Arrêt AOD :** arrêter l'AOD la veille et le jour de l'intervention (fenêtre thérapeutique de 48h).

*** **Arrêt AOD et relais par l'héparine :** arrêter l'AOD 5 jours avant l'intervention chirurgicale.

- Concernant les patients sous héparine :



vérifier si pas d'autres risques et précaution.

1.2.2.3.2. Pathologies et troubles de l'hémostase

Certaines pathologies comme l'hémophilie et la maladie de Willebrand résultent d'un déficit congénital en facteurs de l'hémostase.
Pour l'hémophilie les facteurs VII et IX peuvent être manquants. Le facteur de Willebrand fait quant à lui défaut chez les patients atteint de la maladie de Willebrand.

En pratique, avant tout acte de chirurgie, il faudra prendre contact avec l'hématologue traitant, ce qui permettra de déterminer le protocole à mettre en place. Ce protocole dépendra des actes à réaliser et de la sévérité de la maladie.
Une prise en charge hospitalière pourra être décidée durant l'entretien entre le chirurgien-dentiste et l'hématologue.

1.2.2.4. Femme enceinte

La grossesse est classiquement séparée en trois trimestres. Le premier trimestre correspond à l'embryogénèse et l'organogenèse, au cours duquel les organes commencent à se mettre en place. Le deuxième trimestre correspond à une maturation des organes. Le troisième trimestre est la fin de maturation des organes.

Tout au long de la grossesse, la fatigue, des nausées, accompagnent la future maman. Dès la 24ème semaine d'aménorrhée, environ au 6ème mois, en décubitus dorsal, il y a une compression de la veine cave inférieure par l'utérus, et cela peut entrainer une hypotension maternelle. On appelle ce phénomène le « syndrome cave ».

La conduite à tenir est la suivante. Sauf en cas d'urgence, on ne réalise pas de chirurgie chez une femme enceinte au premier trimestre et on attend d'être au second trimestre, ce qui est bien plus sécuritaire pour la mère et le fœtus. En fin de 3ème trimestre il faut bien entendu prendre en compte la fatigue de la patiente et l'éminence de l'accouchement, on préfèrera éviter aussi cette période et décaler l'intervention après l'accouchement, lorsque cela est possible.
Concernant les chirurgies de grande ampleur, on préfèrera attendre la fin de la grossesse pour les réaliser.
Quoiqu'il en soit, il faudra éviter d'allonger la patiente complètement à cause du « syndrome cave » qui pourrait la mettre en position d'inconfort. Le fait de la faire tourner sur son côté gauche libère la veine cave (LAURENT et al. 2016).

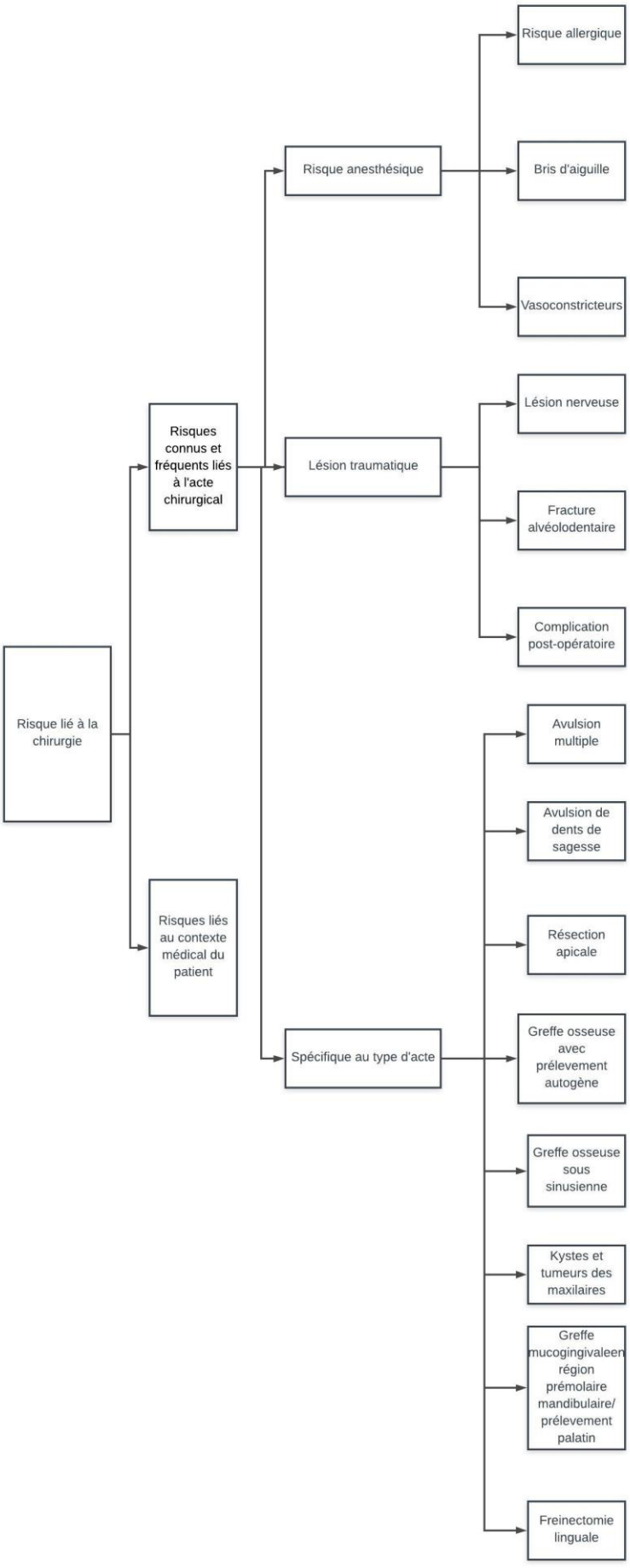
1.2.2.5. Patient gros fumeur

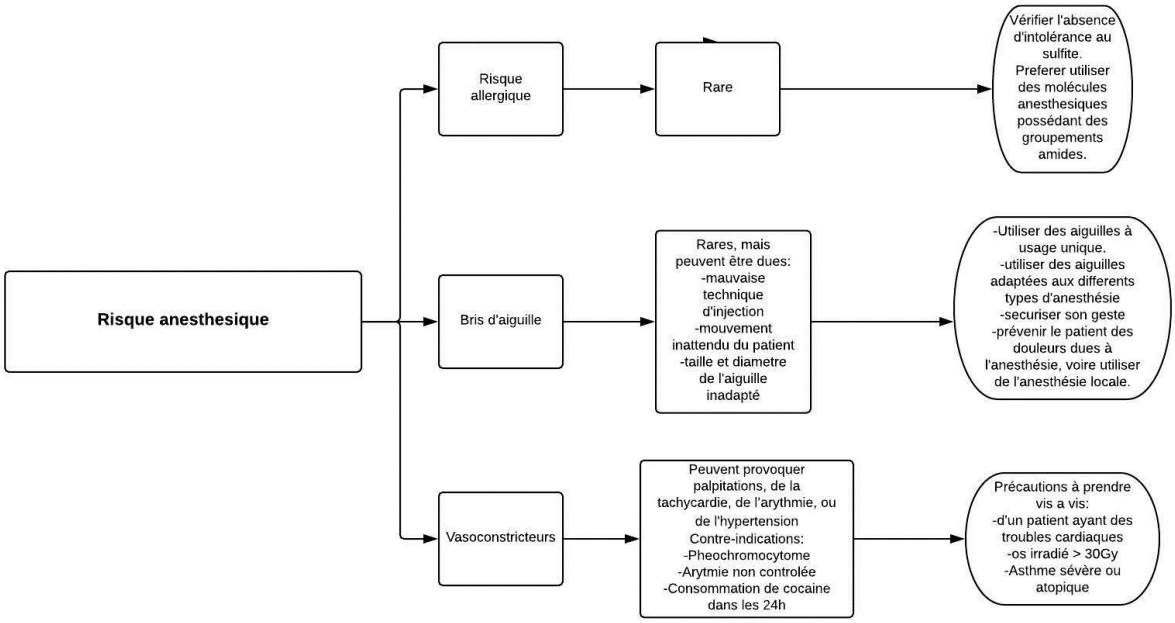
Il n'est plus à démontrer, au vue des nombreuses études faites à ce sujet, que le tabagisme altère de façon significative la cicatrisation post-opérationnelle et surtout lorsque le site de chirurgie se trouve au sein de la cavité orale.(Møller et al. 2002) (De Bruyn et Collaert 1994) (Weyant 1994)
La cicatrisation ne pouvant pas se faire correctement, le risque d'infection est alors augmenté. En effet le monoxyde de carbone diminue la quantité d'oxygène transportée par les globules rouges et la nicotine provoque, entre autre, une vasoconstriction, ce qui réduit l'apport nutritif essentiel à la cicatrisation (Jensen et al. 1991). De plus le tabagisme altère la réponse immunitaire.

CONDUITE A TENIR :
Un arrêt du tabac 48 à 72h post-extractionelle peut s'avérer extrêmement positif pour la cicatrisation.
De plus, durant la période autour de la chirurgie, les patients sont plus ouverts quant a l'idée d'arrêter de fumer.
Ainsi il en va du devoir du dentiste de prévenir le patient avant toute chirurgie qu'il ne devra pas fumer pendant au moins 2-3 jours après l'intervention.
Le dentiste peut conseiller à son patient des moyens médicamenteux, comme les substituts nicotiniques, et non médicamenteux, comme le soutien psychologique, pour l'aider à ne pas fumer pendant cette période.(Clerdain et al. 2010)

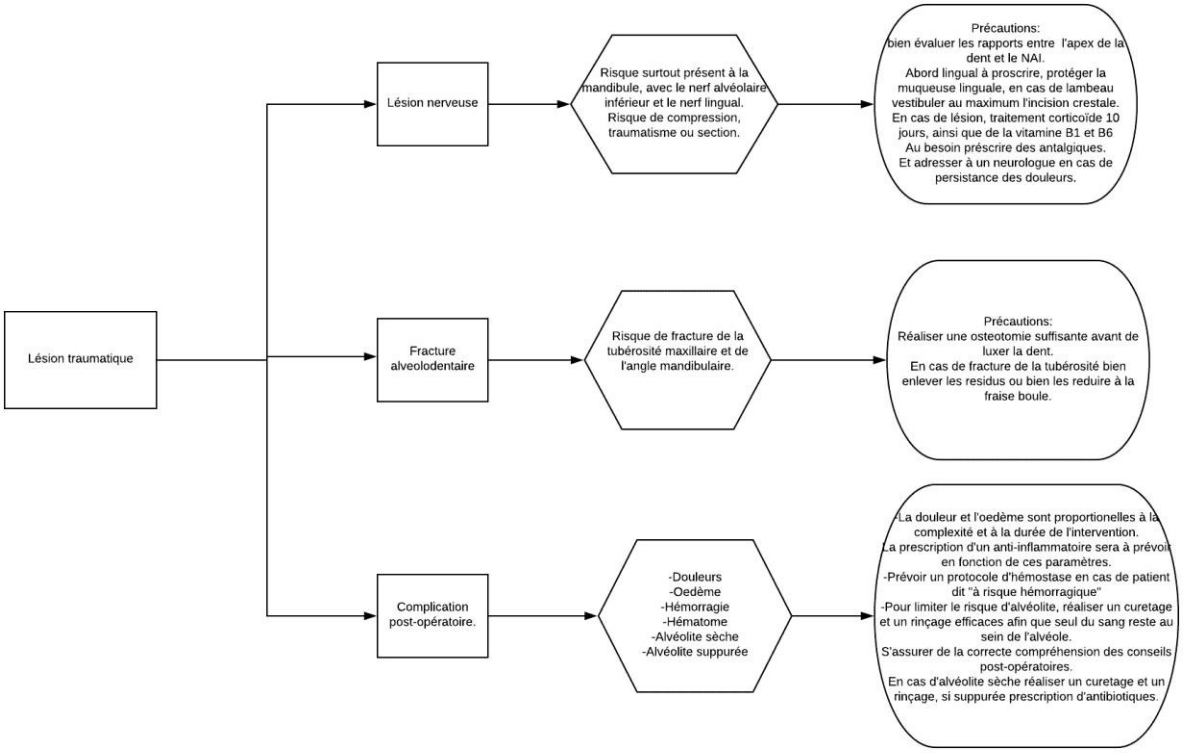
1.2.2.6. Arbre décisionnel

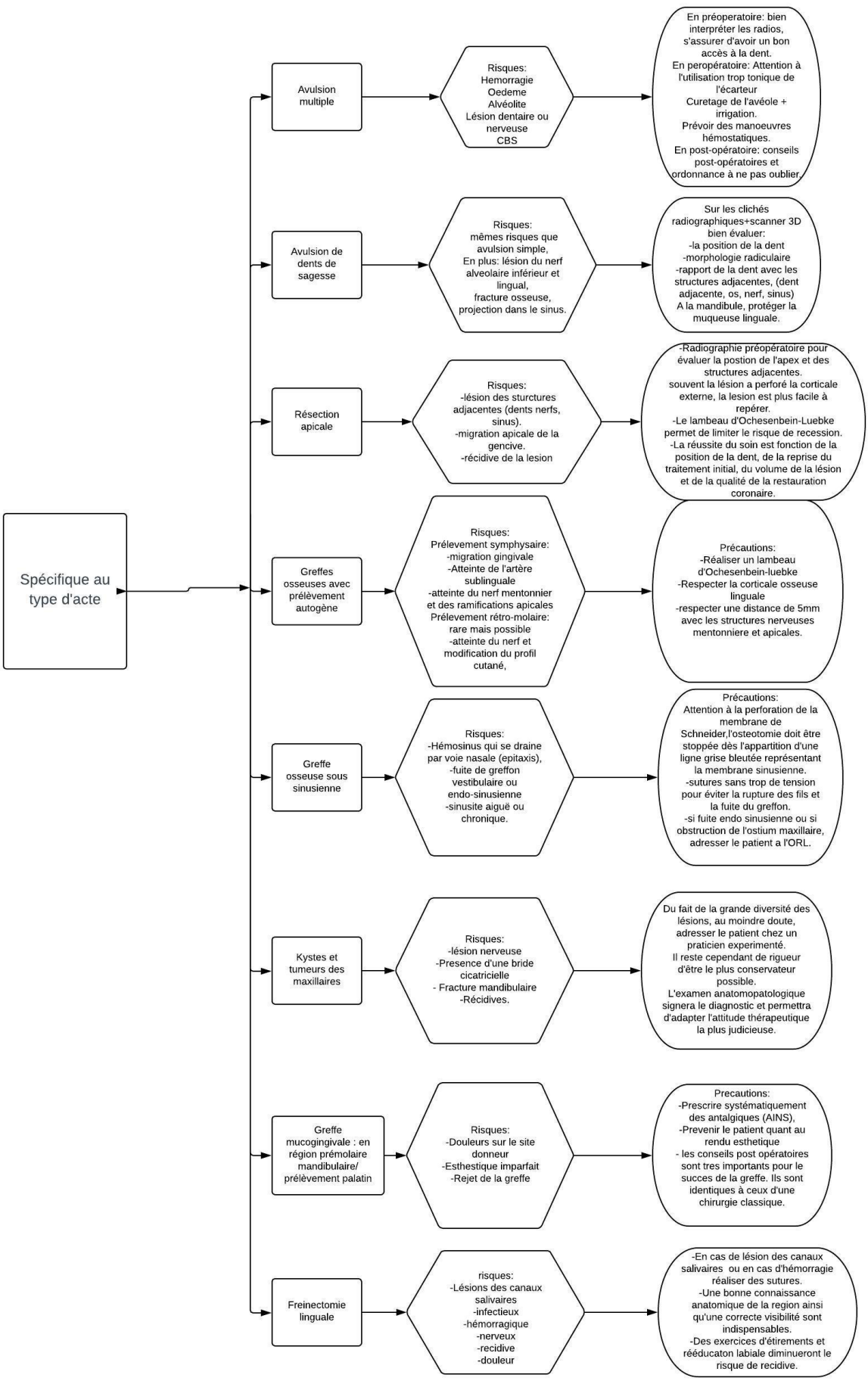
1.2.2.6.1. Arbre décisionnel des informations à transmettre, en fonction des risques liés à la chirurgie et des précautions a prendre


Risque lié à la chirurgie
Risques connus et fréquents liés à l'acte chirurgical
Risques liés au contexte médical du patient
Risque anesthésique
Lésion traumatique
Spécifique au type d'acte
Risque allergique
Bris d'aiguille
Vasoconstricteurs
Lésion nerveuse
Fracture alvéolodentaire
Complication post-opératoire
Avulsion multiple
Avulsion de dents de sagesse
Résection apicale
Greffe osseuse avec prélevement autogène
Greffe osseuse sous sinusienne
Kystes et tumeurs des maxilaires
Greffe mucogingivaleen région prémolaire mandibulaire/ prélevement palatin
Freinectomie linguale



(Tarragano et al. 2010)




Spécifique au type d'acte
Avulsion multiple
Risques: Hemorragie Oedeme Alvéolite Lésion dentaire ou nerveuse CBS
En préoperatoire: bien interpréter les radios, s'assurer d'avoir un bon accès à la dent. En peropératoire: Attention à l'utilisation trop tonique de l'écarteur Curetage de l'avéole + irrigation. Prévoir des manoeuvres hémostatiques. En post-opératoire: conseils post-opératoires et ordonnance à ne pas oublier.
Avulsion de dents de sagesse
Risques: mêmes risques que avulsion simple, En plus: lésion du nerf alveolaire inférieur et lingual, fracture osseuse, projection dans le sinus.
Sur les clichés radiographiques+scanner 3D bien évaluer: -la position de la dent -morphologie radiculaire -rapport de la dent avec les structures adjacentes, (dent adjacente, os, nerf, sinus) A la mandibule, protéger la muqueuse linguale.
Résection apicale
Risques: -lésion des sturctures adjacentes (dents nerfs, sinus). -migration apicale de la gencive. -récidive de la lesion
-Radiographie préopératoire pour évaluer la postion de l'apex et des structures adjacentes. souvent la lésion a perforé la corticale externe, la lesion est plus facile à repérer. -Le lambeau d'Ochesenbein-Luebke permet de limiter le risque de recession. -La réussite du soin est fonction de la position de la dent, de la reprise du traitement initial, du volume de la lésion et de la qualité de la restauration coronaire.
Greffes osseuses avec prélèvement autogène
Risques: Prélevement symphysaire: -migration gingivale -Atteinte de l'artère sublinguale -atteinte du nerf mentonnier et des ramifications apicales Prélevement rétro-molaire: rare mais possible -atteinte du nerf et modification du profil cutané,
Précautions: -Réaliser un lambeau d'Ochesenbein-luebke -Respecter la corticale osseuse linguale -respecter une distance de 5mm avec les structures nerveuses mentonniere et apicales.
Greffe osseuse sous sinusienne
Risques: -Hémosinus qui se draine par voie nasale (epitaxis), -fuite de greffon vestibulaire ou endo-sinusienne -sinusite aiguë ou chronique.
Précautions: Attention à la perforation de la membrane de Schneider,l'osteotomie doit être stoppée dès l'appartition d'une ligne grise bleutée représentant la membrane sinusienne. -sutures sans trop de tension pour éviter la rupture des fils et la fuite du greffon. -si fuite endo sinusienne ou si obstruction de l'ostium maxillaire, adresser le patient a l'ORL.
Kystes et tumeurs des maxillaires
Risques: -lésion nerveuse -Presence d'une bride cicatricielle - Fracture mandibulaire -Récidives.
Du fait de la grande diversité des lésions, au moindre doute, adresser le patient chez un praticien experimenté. Il reste cependant de rigueur d'être le plus conservateur possible. L'examen anatomopatologique signera le diagnostic et permettra d'adapter l'attitude thérapeutique la plus judicieuse.
Greffe mucogingivale : en région prémolaire mandibulaire/ prélèvement palatin
Risques: -Douleurs sur le site donneur -Esthestique imparfait -Rejet de la greffe
Precautions: -Prescrire systématiquement des antalgiques (AINS), -Prevenir le patient quant au rendu esthetique - les conseils post opératoires sont tres importants pour le succes de la greffe. Ils sont identiques à ceux d'une chirurgie classique.
Freinectomie linguale
risques: -Lésions des canaux salivaires -infectieux -hémorragique -nerveux -recidive -douleur
-En cas de lésion des canaux salivaires ou en cas d'hémorragie réaliser des sutures. -Une bonne connaissance anatomique de la region ainsi qu'une correcte visibilité sont indispensables. -Des exercices d'étirements et rééducaton labiale diminueront le risque de recidive.

1.3. Transmission de l'information en chirurgie orale

En matière de chirurgie orale, l'information doit être transmise à l'occasion de diverses circonstances : lors d'une chirurgie programmée (1.3.1), lors d'une chirurgie d'urgence (1.3.2) ainsi qu'en cas de reprise de traitement effectué par un autre chirurgien (1.3.3).

Par ailleurs, une information financière doit également être délivrée au patient (1.3.4).

1.3.1.Information lors d'une chirurgie programmée

En ce qui concerne la chirurgie programmée, une information est délivrée antérieurement à l'opération (1.3.1.1), mais peut également être délivrée pendant (1.3.1.2) et après (1.3.1.3) celle-ci.

1.3.1.1. Information préopératoire et prescriptions

Le praticien doit informer son patient avant la réalisation de l'acte. Cette information doit être délivrée en matière de chirurgie esthétique au minimum quinze jours avant l'intervention (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2017).

Les détails des obligations incombant au chirurgien esthétique sont rappelés à l 'article L6322-2 du Code de la Santé publique.

« *Pour toute prestation de chirurgie esthétique, la personne concernée, et, s'il y a lieu, son représentant légal, doivent être informés par le praticien responsable des conditions de l'intervention, des risques et des éventuelles conséquences et complications. Cette information est accompagnée de la remise d'un devis détaillé. Un délai minimum doit être respecté par le praticien entre la remise de ce devis et l'intervention éventuelle. Pendant cette période, il ne peut être exigé ou obtenu de la personne concernée une contrepartie quelconque ni aucun engagement à l'exception des honoraires afférents aux consultations préalables à l'intervention.* »

Comme indiqué précédemment, l'information doit être globale et compréhensible par le patient afin de lui permettre de donner un consentement éclairé, y compris sur les impacts financiers.

1.3.1.2. Information peropératoire

L'information doit également être délivrée au patient en cours de l'acte si un incident survient (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2017).

1.3.1.3. Information postopératoire

Le patient doit bénéficier d'une information après l'acte si des complications apparaissent (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2017). Le devoir d'information n'est pas limité dans le temps (Simonet et al. 2015).
Dans le cadre de la chirurgie orale, l'information post opératoire est fondamentale et prévient un grand nombre de complications.

Les patients venant de subir une intervention chirurgicale sont souvent fatigués et n'intègrent pas forcement tous ce qu'on leur transmet à l'oral. Il est donc conseillé de transmettre les conseils post opératoire au format papier en plus des explications orales.
Voici les conseils les plus pertinents à transmettre:

- En cas d'œdème, hématomes, trismus ou douleurs, il est indispensable de préciser les gestes préventifs: prise d'antalgique, poche de glace...
- En cas de saignements post opératoire, maintenir une compresse sur la zone pendant 15 minutes sans laver ni cracher. Les bains de bouche seront à réaliser 24 à 48 heures après l'intervention.
- L'alimentation se doit d'être semi-liquide et tiède pendant deux ou trois jours. Le tabac et l'alcool sont déconseillés pendant cette même période.
- Le brossage des dents sur la zone devra s'effectuer avec une brosse souple chirurgicale.
- Le traitement médicamenteux prescrit doit être suivi scrupuleusement.

Il est aussi conseillé de préciser un numéro d'appel d'urgence, d'un praticien de garde en cas de nécessité en l'absence du praticien traitant. (Simonet et al. 2015)

1.3.2.Lors d'une chirurgie d'urgence

Par exception, lorsque l'état du patient rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas en mesure de consentir, l'information ne lui sera pas délivrée (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2017). Il s'agit de l'un des rares cas de dispense de l'obligation d'information.

Ainsi, en cas d'urgence vitale, si le patient n'est pas en état de recevoir l'information ou d'exprimer sa volonté, le praticien pourra pratiquer l'acte même en l'absence de consentement.
En l'absence d'urgence médicale, si le patient n'est pas en état de recevoir l'information ou d'exprimer sa volonté, le praticien devra rechercher le consentement éclairé de la personne de confiance ou de la famille ou de l'un des proches du patient (Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD) 2014).

1.3.3. Information en cas de reprise de traitement effectué par un autre chirurgien

Il arrive que le traitement initialement entrepris par un chirurgien-dentiste soit repris par un autre praticien, notamment lorsque le patient est insatisfait de la prise en charge par le premier et est en situation de litige avec celui-ci.

Dans ce dernier cas, rien ne s'oppose à la prise en charge du patient par un second praticien (Attali 2016), ce qui est conforme au principe déontologique de libre choix du chirurgien-dentiste par le patient (Béry 2016). Il conviendra pour le nouveau praticien d'adopter une attitude éthique et déontologique, en conservant un comportement confraternel à l'égard du premier et d'agir avec retenue lorsque le patient se présentera à celui-ci (Renouard 2016).

Cette intervention sera facturée, et le patient devra informer dès la première consultation son nouveau praticien de la situation, notamment afin que ce dernier puisse assurer la continuité et la qualité des soins.

Dans ce contexte particulier, la délivrance de l'obligation d'information du patient par le second praticien s'avère épineuse, tant en ce qui concerne l'information sur les soins que sur l'information financière.

L’information sur les soins sera délicate en ce qui concerne la balance bénéfice-risque : il sera aussi important d’informer sur le bénéfice escompté que sur les risques connus (Delprat 2016). Cette information devra être démontrable, en s’assurant notamment d’une traçabilité écrite dans le dossier, et il conviendrait même d’indiquer la mention « sous toute réserve ».

En ce qui concerne l’information financière, la difficulté est que le praticien qui reprend les soins devra trouver avec son patient un accord sur le prix du traitement, qui est susceptible d’être supérieur au montant du devis initial au regard du contexte : soins plus nombreux et techniques, contexte sanitaire et émotionnel délicat. Se pose alors la question de l’insolvabilité possible du patient, d’autant plus que l’assurance maladie n’assurera pas la reprise d’un premier traitement qu’elle a déjà réglé et la complémentaire santé risque également d’être réticente. Il est conseillé de négocier un accord avec la CPAM, qui peut toutefois refuser.

1.3.4.Information financière

D’après l’article L. 1111-3 du Code de la santé publique :

« *Toute personne a droit à une* ***information sur les frais*** *auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.*
Cette information est gratuite. »

Le conseil de l’ordre national des chirurgiens-dentistes a publié en juin 2014 une charte ordinale concernant le consentement éclairé. Celle-ci développe les éléments considérés comme nécessaires et suffisants en ce qui concerne le consentement éclairé des chirurgiens dentistes (Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD) 2014).

Au sein de celle-ci, il est indiqué, reprenant les textes de lois, qu’une information sur le coût de l’acte médical doit être délivrée au patient. Celle-ci se manifeste par différentes modalités.

D’une part, la charte préconise que soit établie une affiche visible, lisible (2018a), et actualisée contenant les informations relatives aux honoraires, apposée en salle d’attente. L’ordre a publié des modèles d’affiches à télécharger et à apposer en salle d’attente, accessibles sur son site internet (Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD) 2018). Les informations portent sur les tarifs des honoraires ou fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que sur le tarif de remboursement par l'assurance maladie en vigueur correspondant aux consultations et au moins cinq des prestations de soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention les plus pratiqués et au moins cinq des traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale les plus pratiqués (2009b).

D’autre part, devra être établi et présenté au patient un devis préalable pour tous les actes d’un montant supérieur à 70 euros (2009b).

Par ailleurs, quand l’acte inclut la fourniture d’un dispositif médical sur mesure, il conviendra de remettre au patient une information écrite comprenant le prix de vente de l’appareil proposé, le montant des prestations de soins assurées par le praticien, le montant de l’ensemble des prestations associées ainsi que le montant du dépassement facturé.

La transmission de l'information ayant été décrite, il convient désormais d'aborder la question du support et de la validation de la transmission de l'information.

1.4. Support et validation de transmission de l'information

L'information qui est délivrée au patient est avant tout orale (1.4.1). Toutefois, il est fréquent que des documents écrits soient remis au patient en complément (1.4.2).

1.4.1. Information orale

1.4.1.1. Par le praticien en 1ère consultation et le jour de l'intervention

La première consultation est fondamentale dans le traitement et ce peu importe la discipline concernée, car elle peut déterminer le succès ou l'échec de l'ensemble du traitement (Simonet et al. 2015). Elle débute classiquement par un entretien avec le patient, permettant de définir les besoins et les souhaits de ce dernier. Puis, un questionnaire médical devra être rempli par le patient, afin de distinguer ceux qui ne suivent aucun traitement médicamenteux et ceux qui en suivent un. Enfin, un examen clinique sera pratiqué par le chirurgien-dentiste, éventuellement complété par des examens d'imagerie.

C'est à l'issue de celle-ci que les éléments nécessaires pour poser un diagnostic entrent en possession du praticien, qui pourra alors poser un diagnostic et établir une proposition de traitement au patient. C'est à ce moment là qu'il conviendra pour le praticien d'obtenir le consentement éclairé du patient, fondé notamment sur une information claire, explicite et loyale du traitement envisagé et des traitements alternatifs avec leurs avantages, inconvénients, contraintes, coût et conséquences en cas d'échec.

L'information doit être donnée préalablement aux soins, mais également éventuellement de manière concomitante à l'intervention en cas de modifications du plan de traitement, tous les changements apportés aux décisions médicales initialement prises avec l'accord du patient.

La délivrance de l'information par le praticien à son patient est orale. Il est possible que celle-ci soit complétée par des modèles, photographies ou schémas (Vassal 2016) afin de s'assurer de la bonne compréhension de celle-ci par le patient. L'information orale doit toujours primer (Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD) 2014).

Le praticien informe son patient en tenant compte des particularités propres à chaque patient : son âge, son niveau socioculturel, son éventuel état de handicap, et la compréhension de la langue française par ce dernier sont des composantes qui doivent être prises en compte par le chirurgien-dentiste (Haute Autorité de Santé (HAS) 2012).

L'entretien de délivrance de l'information est reporté dans le dossier médical du patient.

1.4.2. Information écrite

L'information orale peut être complétée par une information écrite. En effet, des documents écrits peuvent être remis en complément au patient (Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD) 2014). Ces éléments doivent être personnalisés, clairs, simples et compréhensibles.

1.4.2.1. Consentements éclairés préopératoires

Par principe, la loi n'impose pas de recueillir le consentement éclairé du patient par écrit (Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD) 2014). L'information orale est ainsi primordiale. Toutefois, il est d'usage et vivement recommandé pour les traitements implantaires, de chirurgie avancée, de réhabilitation prothétique complexe ou d'orthodontie que le consentement du patient soit formalisé dans un document écrit (Simonet et al. 2015). La date de signature du consentement doit être postérieure de deux semaines au moins à la remise du document personnalisé au patient.
L'Association Française d'Implantologie propose, en accord avec la MACSF, un modèle de texte en matière de consentement pour les traitements implantaires, ce dernier pouvant être aménagé par les praticiens selon son type d'exercice, l'acte réalisé et ses propres critères d'exercice (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2018a).

Par ailleurs, l'édition 2015 des recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie de P. Simonet, P. Missika et P. Pommarède propose un modèle de texte de consentement libre et éclairé pour réhabilitation prothétique (Simonet et al. 2015).

1.4.2.2. Recommandations écrites des conduites à tenir en postopératoire (Haute Autorité de Santé (HAS) 2005)

Le chirurgien-dentiste se doit de fournir au patient une information claire, détaillée et adaptée sur la douleur prévisible après l'intervention envisagée (site, délai, intensité, durée, évolution) et sur les moyens de prévention et de traitements qui peuvent être mis en œuvre (efficacité antalgique, précautions d'emploi, effets indésirables, durée de traitement).

Cette information est délivrée verbalement au cours d'une consultation préopératoire. Elle peut être complétée éventuellement par un texte écrit reprenant les éléments évoqués lors de l'entretien.

L'obligation d'information du patient par son chirurgien-dentiste est donc fondamentale et revêt de nombreuses spécificités. Il est toutefois possible que des litiges surviennent entre le praticien et son patient.

2. Litiges

Des litiges sont susceptibles de survenir entre un chirurgien-dentiste et son patient. Ils peuvent être dus au manque d'information (2.1), aux aléas thérapeutiques (2.2) ainsi qu'aux erreurs médicales (2.3).

Après une étude de la sinistralité (2.4) ainsi que des différents préjudices que peuvent avoir subis les patients (2.5), il conviendra de développer comment ces litiges peuvent se résoudre (2.6) ainsi que les moyens de s'en protéger (2.7).

2.1. Dus au manque d'information

Le défaut d'information du patient par le praticien constitue une faute qui est susceptible d'engager la responsabilité de ce dernier et d'entrainer ainsi un litige entre les deux protagonistes (Sabek 2003).
Le Code de la santé publique met en effet à la charge du praticien une obligation d'information de son patient (2.1.1). Le manque d'information est susceptible de causer divers préjudices aux patients, tels que le défaut d'impréparation (2.1.2), la perte de chance (2.1.3) ainsi qu'un préjudice moral (2.1.4).

2.1.1.Extraits du code de la santé publique et explications

Chaque praticien est tenu à une obligation d'information, et ce peu importe la situation du patient (Tardivo et Camilleri 2015). Il s'agit d'une obligation juridique, qui est mentionnée par plusieurs textes de loi au niveau international, notamment la convention européenne des droits de l'homme et de la biomédecine d'avril 1997.

Au niveau du droit français, c'est la loi du 4 mars 2002, relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé » qui prévoit cette obligation d'information. Ce sont plus spécifiquement deux articles du Code de la santé publique qui imposent et détaillent cette obligation : l'article L. 1111-2 et L. 1111-4.

L'article L. 1111-2 prévoit, au sein de ses trois premiers alinéas :

« *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Le texte de loi est clair et détaillé, et prévoit dans le détail quel type d'information doit être délivré au patient et à quel moment.

L'information spécifique constitue le préalable à un consentement éclairé du patient, comme le dispose l'article L. 1111-4 du même code :

« *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et* ***compte tenu des informations et des préconisations*** *qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. (…)*

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.* »

En pratique, il conviendra pour un praticien d'aborder avec le patient différents points dans le cadre de son information :

- constater l'état de santé du patient et de son évolution habituelle ou prévisible en présence et en l'absence de traitement
- décrire et réaliser les examens, investigations, soins, thérapeutiques, interventions envisagées et alternatives possibles
- décrire les objectifs des actes envisagés, leur utilité, les bénéfices escomptés, et leurs conséquences et inconvénients
- indiquer les complications et risques connus éventuellement prévisibles (y compris les risques exceptionnels graves) ainsi que les précautions générales et particulières recommandées au patient.

Il conviendra également d'aborder spécifiquement avec le patient les modalités de la prise en charge financière des soins (coût et conditions de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie) ainsi que l'existence d'une éventuelle marge d'erreur dans l'établissement du diagnostic.

L'information délivrée au patient doit être « claire, loyale et appropriée » comme l'a réitéré à de nombreuses reprises la Cour de cassation dans plusieurs décisions. Cela signifie que l'information doit être intelligible au patient et doit être donnée dans un langage plutôt simplifié, qu'elle doit être adaptée au patient et qu'elle doit être juste.

Le défaut d'information par le praticien est susceptible de causer différents préjudices aux patients, tels qu'un préjudice d'impréparation, de perte de chance ainsi qu'un préjudice moral.

2.1.2.Défaut d'impréparation

Le préjudice d'impréparation est un préjudice subi par un patient qui n'est pas préparé aux conséquences de l'opération réalisée. Il s'agit d'une « *souffrance morale résultant du choc subi lors de l'annonce du risque, souffrance qui serait inexistante ou largement moindre si le risque était annoncé et accepté par le patient* » (Bacache 2008).

Expliqué différemment, cela correspond aux souffrances qu'un patient endure en raison de l'impossibilité dans laquelle il se trouve d'anticiper le dommage subi du fait qu'il n'en a pas été informé. Le patient, avant l'acte de soins, n'a pas pu se préparer à la réalisation d'un risque qui s'est finalement révélé, et ressent ainsi de ce fait des troubles psychologiques.

La réparation d'un tel préjudice a été admis par le Conseil d'État (2012) ainsi que par la Cour de cassation (2014). Elle ne se substitue pas au préjudice de perte de chance mais s'ajoute à celui-ci ce qui se traduit, le cas échéant, par un cumul des indemnités versées au patient victime de tels préjudices (Tardivo et Camilleri 2015).

2.1.3.Perte de chance

La perte de chance peut se définir comme étant le « *préjudice d'une victime qui estime que, par la faute d'autrui, elle a perdu une chance de gain* » (Tardivo et Camilleri 2015).

Le principe de la réparation de la perte de chance est reconnu dans le cadre de la responsabilité médicale depuis l'arrêt de la Cour de cassation du 7 février 1990 (1990), selon lequel le manquement par le professionnel de santé à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles de son choix d'accepter l'opération qu'il lui proposait a seulement privé ce malade d'une chance « *d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles constatées* ».

Ainsi, le défaut d'information ou de proposition d'un traitement plus simple et moins dangereux que celui qui a été mis en œuvre et a occasionné le dommage a privé le patient de ne pas subir le préjudice dont il est victime. Il convient de préciser toutefois qu'est seulement réparable la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable. À ce sujet, la Cour de cassation précise que « *la certitude tient au fait que si la faute n'avait pas été commise, le malade avait des chances de guérison ou d'amélioration et que la faute l'a privé de cette chance* ».

La perte d'une chance répare en réalité la disparition d'une possibilité par le patient de refuser le traitement s'il avait été suffisamment informé. En n'étant pas informé, le patient n'a pas pu évaluer une alternative au traitement qu'il a choisi et qui a entrainé le dommage qu'il a subi.

Il convient de préciser que la perte de chance constitue un préjudice incomplet et hypothétique. Ainsi, ce n'est pas l'intégralité du dommage effectif qui sera réparé mais seulement une part de celui-ci. Il incombera à l'expert de le préciser, et d'évaluer cette fraction dans son rapport.

En ce qui concerne la réparation du préjudice, les juridictions judiciaire et administrative ont des appréciations légèrement divergentes. En effet, pour la Cour de cassation, la réparation du préjudice doit correspondre à une fraction des différents chefs de préjudice supportés par la

victime (1997). Pour le Conseil d'État, en revanche, doivent être également pris en considération les risques « *qui étaient encourus en cas de renoncement à ce traitement* » (2000a).

Comme indiqué précédemment, le préjudice de perte de chance peut se cumuler avec le préjudice d'impréparation. En effet, il s'agit de deux préjudices distincts : lorsque l'intervention est nécessaire et que le patient ne dispose d'aucune possibilité raisonnable de refus, il ne pourra invoquer la perte de chance mais éventuellement un préjudice d'impréparation en cas de défaut d'information.

Au delà de ces deux préjudices, le patient peut également avoir subi un préjudice moral spécifique.

2.1.4.Préjudice moral

La Cour de cassation a admis dans un arrêt du 3 juin 2010 l'indemnisation du préjudice moral subi par un patient causé par la violation du droit à l'information (2010b). Ce préjudice moral spécifique se traduit par une perte de confiance ou un sentiment de trahison ressenti par le patient du fait d'une information défaillante (Tardivo et Camilleri 2015).

Pour réparer un tel préjudice, la Haute juridiction se fonde sur les articles 16-3 et 1383 (ancien) du Code civil, prévoyant respectivement le respect de la dignité humaine ainsi que les règles de la responsabilité délictuelle.

La réparation du préjudice moral n'est toutefois pas systématique. La sanction du défaut d'information est incertaine et fluctuante : les tribunaux devront préciser si l'information défaillante sera réparée par l'indemnisation d'un préjudice moral autonome ou d'une perte de chance, puisqu'il n'est pas possible de réparer doublement le même chef de préjudice. Il convient toutefois de préciser qu'un préjudice moral spécifique sera moins généreusement indemnisé qu'une perte de chance.

Au delà des litiges dus au manque d'information, peuvent survenir des litiges dus aux aléas thérapeutiques.

2.2. Dus aux aléas thérapeutiques

Le traitement des litiges relatifs aux aléas thérapeutiques, qui seront préalablement définis (2.2.1), a fait l'objet d'une évolution suite à la loi Kouchner (2.2.3). Il existe différents aléas thérapeutiques (2.2.4).

2.2.1.Définition

La Cour de cassation définit l'aléa thérapeutique comme étant « *la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé* » (2000b).

Ainsi, il ne s'agit ni d'une faute, ni d'une erreur, ni d'un échec de soins, mais d'un risque qui n'est pas maîtrisable, et indépendant de tout manquement du praticien (Pirnay 2008). L'aléa ne

correspond pas à une évolution prévisible de l'état du patient mais, au contraire, d'une conséquence anormale au regard de l'état de santé antérieur de ce dernier.

2.2.2.Evolution de la loi ; avant-après loi Kouchner 4 Mars 2002

Avant la loi du 4 mars 2002, la jurisprudence administrative avait d'une part admis l'indemnisation de l'aléa thérapeutique avec une responsabilité sans faute mais avec des conditions de mise en œuvre très stricte (1993), et d'autre part s'était prononcée en faveur d'un régime de responsabilité sans faute des centres publics de transfusion sanguine (1995). La jurisprudence civile, quant à elle, refusait l'indemnisation de l'aléa (Riffault 2007).
En ce qui concernait les infections nosocomiales, la jurisprudence administrative a eu recours à une présomption de faute à la charge de l'hôpital (1988).

Avec la loi du 4 mars 2002 est consacré un véritable droit à l'indemnisation des accidents graves non fautifs au titre de la solidarité nationale. Les objectifs majeurs de cette loi étaient de clarifier le régime de responsabilité médicale, divergeant selon les jurisprudences, ainsi que d'améliorer le sort des victimes de fautes et d'accidents médicaux (Hacene 2018).

La loi du 4 mars 2002 s'applique aux faits postérieurs au 5 décembre 2001. L'article 1142-1 du Code de la santé publique prévoit ainsi dans son II que :

« *Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale* ***ouvre droit à la réparation des préjudices*** *du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit* ***au titre de la solidarité nationale****, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire* »

Il s'agit ainsi d'une responsabilité sans faute, qui ouvre droit à indemnisation du patient de son préjudice à condition que le dommage (i) soit directement imputable à des actes de prévention, diagnostic ou de soins, (ii) présente un caractère de particulière gravité, et (iii) entraîne pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé et de l'évolution prévisible de celui-ci. Les conditions exigées auparavant, reposant sur le caractère exceptionnel et connu du risque, sont abandonnées par la loi.

La loi a ainsi posé des conditions strictes, limitant ainsi l'indemnisation au titre de la solidarité nationale aux cas les plus graves et les plus douloureux (Gombault et Tamburini 2016). En effet, d'une part, les trois conditions précitées étant cumulatives, la gravité d'un dommage ne suffit pas à le faire apprécier comme anormal. D'autre part, la loi impose que l'acte ait eu effectivement des conséquences anormales, et non simplement un risque. Par ailleurs, toute indemnisation est exclue en cas de simple échec thérapeutique.

La réparation est à la charge de l'ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) (Conseil d'état 2015).

Il convient de préciser que la Cour de cassation a maintenu pour l'application de la loi du 4 mars 2002 (2011) la définition de l'aléa thérapeutique qu'elle avait adopté dans l'arrêt du 8 novembre 2000.

2.2.3.Exemple d'aléa thérapeutique

Il existe trois catégories d'aléas thérapeutiques tels que définis par la loi : les accidents médicaux non fautifs (2.2.4.1), les infections nosocomiales (2.2.4.2) et les affections iatrogènes (2.2.4.3).

2.2.3.1. Accident médical non fautif

L'accident médical non fautif correspond au cas où une intervention a été correctement menée, mais qui n'a pas eu les effets escomptés (Association d'aide au victime (AAV) 2015). Dans ce cas, le patient développe, par la suite, des séquelles qui n'étaient pas prévisibles, indépendamment de toute faute du praticien qui a mené à bien sa mission.

2.2.3.2. Infection nosocomiale

Était initialement considérée comme infection nosocomiale toute maladie provoquée par des micro-organismes contractée par tout patient dans un établissement de soins après admission soit pour hospitalisation, soit pour y recevoir des soins ambulatoires, et ce que les symptômes apparaissent à l'occasion du séjour à l'hôpital ou après (Nguyen 2010a).

Ce concept a fait l'objet d'une extension jurisprudentielle puis légale (loi du 4 mars 2002), et concerne désormais tous les praticiens, qu'ils exercent en libéral ou en secteur public.

Aujourd'hui, la jurisprudence considère que présente « *un caractère nosocomial une infection survenant au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de celle-ci, sauf s'il est établi qu'elle a une autre origine que la prise en charge* » (2018b). Ainsi, le problème posé par les infections nosocomiales existe également dans les cabinets libéraux au sein desquels la pratique d'exploration ou de soins invasifs est fréquente (Nguyen 2010a).

Les praticiens ne sont responsables que si la victime prouve qu'ils ont commis une faute. Les principales fautes rencontrées sont constituées par le non respect du « Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux de 1998 » et du « Guide 2004 des bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé », qui posent tous deux les bases d'une sécurité accrue.

2.2.3.3. Affection iatrogène

Le Haut comité de la santé publique définit comme iatrogènes les « *conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé* » (Garros 1998).

Il s'agit ainsi de dommages résultant d'un traitement prescrit par un médecin (Association d'aide au victime (AAV) 2015).

Des litiges peuvent également survenir en raison d'erreurs médicales.

2.3. Dus aux erreurs médicales

2.3.1.Différentes sources d'erreur

2.3.1.1. Diagnostique

Une erreur de diagnostic ne constitue pas en elle-même une faute. En réalité, une erreur de diagnostic devient fautive lorsque n'ont pas été mis en œuvre les moyens et la diligence qui auraient été nécessaires à l'établissement d'un diagnostic exact (Simonet et al. 2015).
Il y a ainsi faute de diagnostic lorsque par exemple un chirurgien-dentiste décide d'emblée l'extraction d'une dent de sagesse d'un patient qui se plaint de douleurs dentaires et qui le consulte pour la première fois, sans aucune investigation préalable ni radiographie, alors qu'en réalité la dent extraite était saine et que les douleurs résultaient d'une carie sous l'amalgame d'une dent adjacente.

De même, il y a faute de diagnostic lorsqu'un praticien habituel d'une patiente lui établit un certificat attestant l'absence d'infection apicale, sans même l'examiner. Ce genre de négligence peut avoir de graves conséquences puisque dans un cas pareil, la patiente a été opérée par un ophtalmologiste de la cataracte, l'intervention s'étant par la suite compliquée d'une endophtalmie conduisant à l'énucléation.

2.3.1.2. Thérapeutique

Une fois le diagnostic porté et le choix thérapeutique fait, il reste au chirurgien-dentiste de mener à bien l'action thérapeutique envisagée (Nguyen 2008). Il s'agit du domaine le plus classique de la faute de technique médicale. En la matière, la Cour de cassation a posé une véritable obligation de précision du geste chirurgical dont elle a précisé le contenu et la portée au fil du temps.

2.3.1.2.1. Obligation de précision du geste thérapeutique

Le principe d'obligation de précision du geste thérapeutique en matière de chirurgie dentaire a été énoncé par la jurisprudence de la Cour de cassation (Nguyen 2008). La jurisprudence a évolué au fil du temps.
Dans un premier temps, elle considérait que l'obligation de précision du geste de chirurgie dentaire excluait toute maladresse. Puis, elle a déduit la faute du praticien par l'anormalité du résultat, et enfin a estimé qu'il y avait une faute dès lors que le geste opératoire incriminé était étranger au but thérapeutique poursuivi.
Il convient de préciser que cette obligation ne constitue pas, en quelque sorte, une obligation de sécurité-résultat d'absence d'incident (par opposition à l'obligation de moyens incombant classiquement au praticien). La Cour de cassation a rappelé, à ce sujet, que « *la responsabilité du praticien est subordonnée à la preuve d'une faute commise dans l'accomplissement de l'acte médical* » (2005).

2.3.1.3. Prothétique

En matière de prothèse, il convient d'effectuer une distinction.

En ce qui concerne les actes médicaux effectués dans le cadre d'un traitement prothétique, le chirurgien dentiste reste soumis à une obligation de moyen, et ce peu importe que ces actes soient réalisés en vue de la pose d'une prothèse ou pour surveiller le maintien de celle-ci (Simonet et al. 2015).

En ce qui concerne en revanche la prothèse en tant que dispositif médical sur mesure, le chirurgien-dentiste est soumis à une obligation de résultat, ce qui signifie qu'il s'engage vis-à-vis de son patient à un résultat. Ainsi, le simple fait que ce résultat ne soit pas accompli constitue une faute engageant la responsabilité du chirurgien-dentiste.

2.4. La Sinistralité

Après une rapide définition de la sinistralité (2.4.1) sera développée l'évolution de la sinistralité en chirurgie orale en 2017 (2.4.2).

2.4.1.Définition

La sinistralité correspond à un indicateur d'assurance. Cet indicateur met en relation le montant des sinistres à dédommager par une compagnie d'assurance avec la somme des primes qu'elle a encaissées, pour obtenir un taux appelé taux de sinistralité (Mataf).

2.4.2.Evolution de la sinistralité en chirurgie orale

La MACSF indique, dans son rapport annuel 2017 sur la sinistralité (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2018b), avoir enregistré 1832 sinistres déclarés en 2017 par les chirurgiens dentistes sociétaires de la MACSF et du contrat groupe Confédération Nationale des Syndicats dentaires (contre 1755 en 2016), sur les 28 178 contrats souscrits. Il y a donc une augmentation de 5,7% des sinistres déclarés par rapport à l'année 2016 et de 15% par rapport à 2015 (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2018b).

Le taux global de sinistralité professionnelle, estimé à 7%, est relativement stable depuis quelques années. Le fait d'effectuer une classification statistique catégorielle pour ce recensement annuel permet une véritable traçabilité du risque dentaire pour chaque domaine d'activité et d'anticiper l'évolution des pratiques et comportements identifiés, avec l'actualisation réactive de la gestion assurantielle (avec notamment les provisions financières des sinistres potentiels) (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2018a).

Globalement, les chiffres relevés par la MACSF en ce qui concerne les différentes déclarations effectuées en 2017, sont les suivants (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2018a) :

- 1203 déclarations ont été effectuées en ce qui concerne des actes bucco-dentaires hors implantologie
- 280 déclarations ont été relevées pour les actes d'implantologie, soulevé et comblement de sinus
- 6 déclarations diverses ont été effectuées et 17 pour des sinistres matériels

- actuellement, 349 déclarations ont été effectuées pour des dossiers sans suite

Les enseignements majeurs qui peuvent être tirés des différents chiffres sont les suivants (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2018b):

- Les déclarations concernant les bris endodontiques sont en augmentation, avec une majorité de réclamations dans le secteur endodontique.
- Il convient de noter une avancée favorable cette année, avec une baisse des déclarations en implantologie de 8%. Le facteur implantaire, qui était jusqu'à présent un véritable facteur de risque, semble ainsi être mieux maitrisé par la profession, ce qui reste toutefois à vérifier dans les années qui suivent.

Ainsi, la sinistralité évolue au sein de la profession et n'est pas totalement identique d'une année à l'autre.
L'assurance obligatoire, à laquelle souscrit le chirurgien dentiste, lui permet de pouvoir faire face aux préjudices dont il devra éventuellement répondre, qui sont notamment classés dans une nomenclature appelée Dintilhac.

2.5. Préjudices

Les praticiens sont susceptibles, dans le cadre de leur activité, de causer des préjudices aux patients qu'ils soignent.
Ces préjudices ont été classés dans une nomenclature intitulée Dintilhac, portant le nom d'une commission ayant proposé en juillet 2005 une réforme de la nomenclature des postes de préjudices dans le cadre de l'indemnisation des dommages corporels (2.5.1) (Dintilhac 2005).
Ces préjudices font également l'objet d'un barème d'évaluation en chirurgie orale (2.5.2).

2.5.1.Nomenclature Dintilhac

La nomenclature Dintilhac est issue d'un groupe de travail composé notamment de magistrats, avocats, professeurs, experts. Ce groupe avait pour vocation d'élaborer une nomenclature commune des préjudices corporels, dans le but d'améliorer l'indemnisation des victimes de ce genre de préjudices (Dintilhac 2005). Il porte le nom du directeur de la commission, alors président de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation.

Cette nomenclature distingue entre préjudices patrimoniaux (2.5.1.2) et extrapatrimoniaux (2.5.1.3), temporaires et permanents pour chacun selon qu'ils apparaissent avant ou après consolidation, qui est une notion clé de la nomenclature (2.5.1.1).

2.5.1.1. La notion de consolidation

La consolidation de la victime correspond à la « *date de stabilisation de ses blessures constatée médicalement* » (Sapanet et al. 2011). L'objectif est ainsi de déterminer à quelle date les séquelles sont véritablement stabilisées. Plus précisément, cette date se définit généralement comme étant « *le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente en réalisant un préjudice définitif* » (Sapanet et al. 2011).

La date de consolidation est un élément déterminant pour l'évaluation des préjudices, car elle

marque véritablement la frontière entre les préjudices à caractère temporaire et ceux à caractère définitif.

Dans la pratique, il s'agit du moment où les soins sont terminés, les implants ostéo-intégrés et les prothèses réalisées et posées, et qu'il n'y aura plus de modifications cliniques à moyen terme (Tardivo et Camilleri 2015).
Il existe un calendrier général des délais habituellement nécessaires pour considérer que l'état de la victime est consolidé. À titre d'exemple, le délai de consolidation pour des contusions dentaires est de 6 mois, tandis qu'il est de 2 ans en cas de lésion du nerf dentaire inférieur (Sapanet et al. 2011).

2.5.1.2. Les préjudices patrimoniaux (Dintilhac 2005)

On distingue les préjudices patrimoniaux temporaires (2.5.1.2.1) des préjudices patrimoniaux permanents (2.5.1.2.2.), selon qu'ils apparaissent avant ou après la consolidation.

2.5.1.2.1. Préjudices patrimoniaux temporaires (avant consolidation)

Les préjudices patrimoniaux temporaires sont classés en trois catégories : les dépenses de santé actuelles, les frais divers et les pertes de gains professionnels actuels.
Les dépenses de santé actuelles correspondent à l'ensemble des frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques (infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, etc) engagés par la victime directe du dommage corporel, dont elle doit être indemnisée.
Les frais divers concernent tous les frais susceptibles d'être exposés par la victime directe avant la date de consolidation de ses blessures, qui comportent notamment les honoraires des médecins, les frais de transports survenus durant la maladie…
Les pertes de gains professionnels actuels correspondent quant à elles aux pertes actuelles de revenus éprouvées par la victime du fait de son dommage.

2.5.1.2.2. Préjudices patrimoniaux permanents (après consolidation)

Les préjudices patrimoniaux permanents sont classés en six catégories : les dépenses de santé futures, les frais de logement et de véhicule adaptés, l'assistance par une tierce personne, la perte de gains professionnels futurs, l'incidence professionnelle, et le préjudice scolaire, universitaire ou de formation.

Les dépenses de santé futures correspondent aux frais hospitaliers, médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et assimilés, même occasionnels mais médicalement prévisibles, rendus nécessaires par l'état pathologique de la victime après la consolidation. Ils incluent les frais liés à l'installation de prothèses pour les dents par exemple.
Les frais de logement et de véhicule adaptés sont ceux que la victime doit débourser pour adapter son logement et son véhicule à son handicap.
L'assistance par une tierce personnes correspond à des dépenses liées à l'assistance d'une personne pour aider la victime à effectuer les actes de sa vie quotidienne et suppléer sa perte d'autonomie.
La perte de gains professionnels futurs est une catégorie visant à indemniser la victime de la perte ou de la diminution de ses revenus dues à son incapacité professionnelle permanente.
L'incidence professionnelle complète l'indemnisation susmentionnée, et a ainsi pour but d'indemniser les incidences périphériques du dommage touchant à la sphère professionnelle

comme par exemple l'augmentation de la pénibilité de l'emploi qu'elle occupe suite à son dommage.
Enfin, le préjudice scolaire, universitaire ou de formation correspond à la perte d'année(s) d'étude ainsi qu'une modification voire renonciation à une orientation qui a un impact sur l'intégration de la victime dans le monde du travail.

2.5.1.3. Les préjudices extrapatrimoniaux

Là encore, il conviendra de distinguer entre les préjudices extrapatrimoniaux temporaires (2.5.1.3.1) des préjudices extrapatrimoniaux permanents (2.5.1.3.2.), selon qu'ils apparaissent avant ou après la consolidation. Il existe également des préjudices extrapatrimoniaux évolutifs, situés hors consolidation (2.5.1.3.3).

2.5.1.3.1. Préjudices extrapatrimoniaux temporaires (avant consolidation)

Les préjudices extrapatrimoniaux temporaires sont divisés en trois catégories : le déficit fonctionnel temporaire, les souffrances endurées avant consolidation, et le préjudice esthétique temporaire.
Le déficit fonctionnel temporaire correspond à l'invalidité de la victime dans sa sphère personnelle jusqu'à la consolidation du dommage.
Les souffrances endurées avant consolidation incluent toutes les souffrances physiques, psychiques, et les troubles associés que subit la victime.
Enfin, le préjudice esthétique temporaire correspond aux atteintes physiques par la victime, ayant des conséquences personnelles préjudiciables.

2.5.1.3.2. Préjudices extrapatrimoniaux permanents (après consolidation)

Les préjudices extrapatrimoniaux permanents sont classés en cinq catégories : le déficit fonctionnel permanent, le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique permanent, le préjudice sexuel et le préjudice d'établissement.

Le déficit fonctionnel permanent correspond à toutes les incidences du dommage qui touchent à la sphère personnelle de la victime. Il s'agit notamment des atteintes aux fonctions physiologiques, la douleur permanente, la perte de la qualité de vie…
Le préjudice d'agrément correspond quant à lui à l'impossibilité pour la victime de pratiquer régulièrement une activité spécifique sportive ou de loisirs.
Le préjudice esthétique permanent vise les atteintes physiques.
Le préjudice sexuel concerne la réparation des préjudices touchant à la sphère sexuelle.
Enfin, le préjudice d'établissement correspond à la perte d'espoir, de chance ou de toute possibilité de réaliser un projet de vie familiale normale en raison de la gravité du handicap de la victime.

2.5.1.3.3. Préjudices extrapatrimoniaux évolutifs (hors consolidation) : préjudices liés à des pathologies évolutives

Il s'agit de l'indemnisation du préjudice résultant de la contamination à des maladies incurables susceptibles d'évoluer, telles que le virus de l'hépatite C, du VIH…

2.5.2.Barème d'évaluation en chirurgie orale

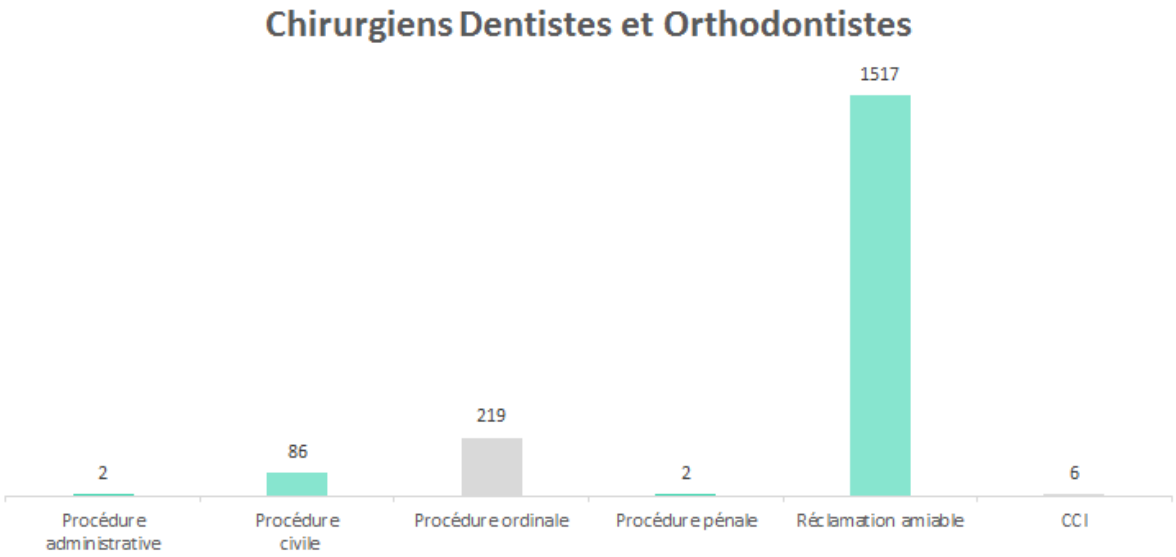
Le barème d'évaluation en chirurgie orale est décrit au sein du décret n°2003-314 du 4 avril 2003 (2003a). Il est résumé au sein du tableau suivant :

Perte de dents	
Édentation complète inappareillable	35%
Perte d'une incisive	1%
Perte d'une prémolaire ou dent de sagesse sur l'arcade	1%
Perte d'une canine ou molaire	1,5%
Modification pulpaire d'une dent	0,50%
Dysfonctionnements mandibulaires	
Limitation permanente de l'ouverture buccale (mesurée entre le bord libre des incisives centrales)	
Limitée à 30 mm	5%
Limitée à 20 mm	17%
Limitée à 10 mm	25%
Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire	
Forme légère	Unilatérale : 4% - Bilatérale : 5%
Forme sévère	5 à 10%
Troubles de l'articulé dentaire post-traumatiques	
Au prorata de la perte de la capacité masticatoire	2 à 10%
Atteintes neurologiques sensitives	
Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf sous-orbitaire	Jusqu'à 3 %.
Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf sous-orbitaire comprenant le déficit gingivo-dentaire	Jusqu'à 5 %.
Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf alvéolaire inférieur avec incontinence labiale comprenant le déficit sensitif dentaire	Unilatérale : jusqu'à 5 % ; bilatérale : 5 à 12%.
Hypoesthésie ou anesthésie avec dysesthésies dans le territoire du nerf lingual	Unilatérale : jusqu'à 5 % ; bilatérale : 10 à 12 %.
Atteintes neurologiques motrices	
Paralysie faciale (ne comprenant pas les complications ophtalmologiques)	Unilatérale : 5 à 15 % ; bilatérale : 15 à 25 %.
Communication bucco-sinusienne ou bucco-nasale	
Suivant le siège, la surface et la gêne fonctionnelle, y compris les conséquences sur la déglutition et le retentissement sur la qualité de la phonation	2 à 15 %.
Pathologie salivaire	

Fistule cutanée salivaire d'origine parotidienne	Jusqu'à 15 %
Syndrome de Frei (éphydrose per-prandiale, latéro-faciale de la région pré-auriculaire et parotidienne)	6 à 8 %.

2.6. Résolution du litige

Des litiges peuvent survenir entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients. Le graphique ci-dessous, tiré du rapport annuel 2017 de la MACSF, illustre la classification catégorielle des types de procédures engagées à l'encontre des chirurgiens-dentistes (et orthodontistes). Pour la plus grande majorité, il s'agit de réclamations amiables, mais qui ne seront pas ici étudiées. Ainsi, à part cette catégorie, les procédures ordinales sont les plus fréquentes (2.6.2), suivies par les procédures civiles (2.6.1) que nous étudierons d'abord.



Source : (Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) 2018a)

2.6.1.Gestion contentieuse en procédure civile

La gestion contentieuse des litiges survenant entre un chirurgien dentiste et son patient en procédure civile implique le respect de principes directeurs du procès (2.6.1.1) et suppose l'engagement de la responsabilité contractuelle ou délictuelle du chirurgien dentiste (2.6.1.2). Dans le contexte du procès, il sera possible de faire appel à un expert (2.6.1.3). Si l'une des parties n'est pas satisfaite de la décision qui sera rendue par la juridiction saisie, il sera possible d'avoir un recours contre la décision rendue (2.6.1.4).

2.6.1.1. Principe du procès (Tardivo et Camilleri 2015)

Le déroulement du procès est encadré par des articles du Code de procédure civile.

La procédure civile française est dite « accusatoire », ce qui signifie que les parties maitrisent le procès, le juge n'étant (en théorie) qu'un arbitre des débats et garant de la loyauté de ceux-ci. Dans la pratique, le juge dispose de pouvoirs tels qu'impartir des délais, ou radier une affaire du rôle.

Deux grands principes découlent du caractère accusatoire de la procédure civile française : il s'agit du principe dispositif et du principe du contradictoire. Le principe dispositif prévoit que ce sont les parties qui introduisent l'instance, fixent l'objet du litige, qualifient juridiquement et prouvent leurs exigences ; ce qui cantonne le rôle du juge. Le principe du contradictoire, quant à lui, prévoit que les parties peuvent user des moyens de preuve nécessaires à la condition que la partie adverse et le juge en aient connaissance dans un délai raisonnable (pour pouvoir y répondre).

Les affaires de contentieux médical se règlent pour la majorité devant les juridictions civiles. Les autres procédures se règlent avec les assurances (procédures amiables), devant les juridictions administratives (affaires relevant de l'hôpital public) ou devant les commissions de conciliation et d'indemnisation (accidents médicaux). Ainsi, ce sera le tribunal d'instance ou le tribunal de grande instance qui sera compétent, selon les sommes en jeu. Pour la plupart des affaires de contentieux médical, la procédure par référé sera employée, qui est une procédure rapide, qui peut être utilisée soit en cas d'urgence, soit pour demander la désignation d'un expert, soit en cas de dommage imminent ou de trouble manifestement illicite.

2.6.1.2. Responsabilité

Dans le cadre d'une procédure civile, le patient souhaitera voir engager la responsabilité du praticien. Cette responsabilité peut être de deux ordres : contractuelle (2.6.1.2.1) ou délictuelle (2.6.1.2.2). Il existe un principe de non-cumul des responsabilités contractuelles et délictuelles, ce qui signifie que le praticien ne pourra voir sa responsabilité engagée que sur l'un des deux fondements (Simonet et al. 2015).

Dans les deux cas, la responsabilité ne sera engagée que si trois conditions sont respectées : l'exigence d'un fait dommageable, d'un préjudice et d'un lien de causalité (Simonet et al. 2015).

La faute peut se définir comme étant une conduite s'écartant du standard de référence admis par la profession, qui n'aurait pas été commise par un praticien diligent, averti et compétent placé dans les mêmes conditions (Sabek 2012). On distingue classiquement plusieurs catégories de fautes.
La première est la violation d'un devoir d'humanisme médical : cela vise le refus de soin ou la violation du secret médical, mais la jurisprudence retient le plus souvent les cas de défaut d'information et le défaut de consentement (Sabek 2012).
La deuxième catégorie de faute est la faute technique, qui se définit comme l'inexécution de l'obligation contractuelle de moyen qui incombe au chirurgien-dentiste et qui serait préjudiciable au patient (Simonet et al. 2015). Il s'agit des cas où le chirurgien-dentiste ne se conforme pas aux règles de l'art. La faute technique a été reconnue par la jurisprudence dans plusieurs situations exposées plus haut (implantologie dentaire, prothèse…)

La dernière catégorie de faute est celle du fait des choses dont on a la garde. Elle s'applique en l'absence de contrat entre le praticien et le patient, et vise les cas où une chose dont le praticien

a la garde (comme par exemple le fauteuil, une fraise) cause un dommage au patient (Sabek 2012).

Le préjudice constitue le dommage qui a été causé au patient. Ils peuvent être de plusieurs ordres : corporel, économique ou moral.

Enfin, le lien de causalité constitue le lien entre le fait dommageable du praticien et le préjudice subi par le patient.

Ainsi, le praticien pourra voir sa responsabilité soit contractuelle soit délictuelle engagée pour des faits dommageables ayant entrainé un préjudice chez leurs patients.

2.6.1.2.1. Contractuelle

Le praticien peut engager sa responsabilité contractuelle car il est lié à son patient par un contrat médical. Comme indiqué précédemment, il s'agit d'un contrat synallagmatique, c'est à dire que tant le praticien que le patient s'obligent l'un envers l'autres.

Le praticien a ainsi à sa charge plusieurs obligations, qui sont celles de soigner son patient selon les données acquises de la science et respecter les devoirs d'humanisme médical. La faute contractuelle sera ainsi caractérisée en cas de manquement à l'une de ces obligations (Simonet et al. 2015).

Comme exposé plus haut, l'engagement de la responsabilité contractuelle du médecin sera différente selon qu'il incombe à celui-ci une obligation de moyens ou de résultat : cela sera plus difficile s'il ne s'agit qu'une obligation de moyen (le patient devra prouver que le praticien n'a pas mis en œuvre tous les moyens nécessaires pour effectuer son travail correctement) que s'il s'agit d'une obligation de résultat (pour laquelle la seule absence du résultat convenu suffit à engager la responsabilité du praticien.

2.6.1.2.2. Délictuelle

Il est possible que, dans certaines circonstances, soit engagée la responsabilité du chirurgien dentiste en l'absence de lien avec le contrat médical.

À l'égard des patients, la responsabilité délictuelle du praticien peut être engagée dans le cas où le dommage a été causé par une chose dont le praticien avait la garde, ou si le contrat est jugé nul (en cas de vice du consentement par exemple ; or cette hypothèse est purement théorique puisqu'il n'y a à notre connaissance jamais eu d'exemple de nullité du contrat médical dans la jurisprudence) (Simonet et al. 2015).

2.6.1.3. Expertise judiciaire

Selon l'adage : « *L'expert dit le fait, le juge dit le droit* ». Ainsi, pour pouvoir établir les faits (les dommages subis ainsi que leur gravité), il est souvent nécessaire pour le magistrat, qui n'a pas les compétences médicales requises, de faire appel à un expert, auquel il donne une mission très précise pour l'éclairer sur le litige et sur les fautes éventuellement commises par le praticien et sa responsabilité (Simonet et al. 2015).

Se déroule dans un premier temps une réunion d'expertise, qui rappelle globalement l'objet de la mission, enregistre les doléances de la victime, établit son état antérieur... Puis l'expert établit son rapport d'expertise, traditionnellement précédé d'un pré-rapport dit « note de synthèse ». Puis le magistrat appréciera souverainement le contenu et la portée du rapport d'expertise, puisqu'il n'est pas lié par les conclusions de l'expert (Tardivo et Camilleri 2015).

L'expert accomplit ainsi la mission fixée par le juge et doit donner son avis pour l'éclairer sur une ou des questions de faits qui requièrent, sur les plans technique et scientifique, les compétences d'un professionnel expérimenté.

La mission d'expertise comporte en général les étapes suivantes (Simonet et al. 2015). Les parties sont convoquées par lettre recommandée avec accusé de réception et leurs conseils par lettre simple. L'expert reconstitue l'historique des soins ayant conduit à la procédure et recherche si le praticien a rempli son obligation d'information préalablement au consentement du patient aux actes critiqués. Puis, il vérifie si un devis des travaux a été signé entre les parties et examiner les circonstances autour de ce devis. Par la suite, l'expert procède à l'examen clinique du patient de manière contradictoire et décrit les lésions et séquelles directement imputables aux soins et traitements critiqués
Il dira si les actes et traitement étaient pleinement justifiés et ont été consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale ; dans la négative, il analyse de façon motivée la nature des défaillances relevées. Il devra donner des réponses complémentaires même en l'absence de toute faute du praticien.

Dans la pratique, statistiquement, chaque chirurgien-dentiste devra subir une expertise en moyenne deux fois dans sa vie professionnelle (Tardivo et Camilleri 2015).

2.7. Se protéger du litige

Au regard du risque de litige qui pèse sur le praticien, il doit pouvoir s'en protéger. Cette protection passe par l'information du patient et le fait de s'assurer de la bonne compréhension de celle-ci par ce dernier (2.7.1).
Par ailleurs, pèsent sur le praticien une obligation d'assurance (2.7.2) ainsi que de développement professionnel continu (2.7.3).
Enfin, il conviendra pour le praticien de prendre certaines précautions avant une chirurgie (2.7.4).

2.7.1.Bien informer son patient et s'assurer de sa bonne compréhension

Comme cela a été longuement expliqué précédemment, il existe une obligation d'information du patient à la charge du praticien, la preuve de cette information incombant au praticien. Ainsi, pour éviter au maximum d'éventuels litiges dus à un manque d'information du patient, le praticien devra correctement informer son patient, et s'assurer véritablement que l'information a bel et bien été comprise.
Dans le cas contraire, le praticien s'exposera à voir engagée sa responsabilité.

2.7.2.Obligation d'assurance

Avant 2002, les professionnels de santé n'étaient pas soumis à l'obligation de souscrire une assurance en responsabilité professionnelle (Tardivo et Camilleri 2015). C'est la loi du 4 mars

2002 qui a légalisé cette obligation d'assurance (2009a), et a institué l'obligation pour tous les praticiens en exercice de souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle ou d'être couverts personnellement, y compris lors d'un remplacement ou d'un salariat (Simonet et al. 2015).

A défaut, le praticien s'expose à une amende de 45.000 euros, à l'interdiction d'exercice professionnel à titre de peine complémentaire (2010a), ainsi qu'à des sanctions disciplinaires pouvant être prononcées par les ordres (2009a). Par ailleurs, le fait de ne pas être assuré entraîne le risque d'assumer sur ses propres deniers des dommages-intérêts, ce qui peut mettre en péril le patrimoine du praticien qui serait condamné à les verser (Cordonnier 2018).

Une assurance est également obligatoire en ce qui concerne les biens immobiliers si le praticien est locataire de son local professionnel, cette obligation étant issue d'une loi spécifique aux baux.

Le praticien est également susceptible de souscrire d'autres assurances facultatives, comme celle des biens mobiliers par exemple (Tardivo et Camilleri 2015) ou des assurances dites « multirisque » et « perte d'exploitation » (Nguyen 2010b).

2.7.3.Développement professionnel continu

Tous les chirurgiens dentistes sont soumis à une obligation annuelle de développement professionnel continu (DPC) (Tardivo et Camilleri 2015). Il comporte l'analyse « de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences » (2016b).
Cette obligation est satisfaite lorsque le chirurgien-dentiste participe au cours de chaque année civile à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel (2016b).
L'objectif du DPC est d'évaluer les pratiques professionnelles, de perfectionner les connaissances, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que de prendre en compte des priorités de santé publique.
C'est en cela que le fait pour un praticien d'obéir à cette obligation lui permet d'éviter des litiges car cela lui permet de se mettre à jour et de se perfectionner.

2.7.4.Précaution à prendre avant une chirurgie

Les recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie donnent de nombreuses précisions sur la marche à suivre et les diverses précautions devant être prises par les praticiens dans diverses situations (Simonet et al. 2015).
• Un **interrogatoire préopératoire** doit avoir lieu au cours de la consultation préopératoire. C'est un moment clé de cette dernière. Au cours de cet interrogatoire, le praticien recueille ainsi des informations importantes auprès du patient (voire de son médecin traitant) tels que le motif de consultation, les traitements déjà entrepris, des éventuels antécédents médicaux…
• Des **examens biologiques** peuvent être prescrits, qui sont classiquement une numération-formule sanguine et un bilan d'hémostase.
• Une **recherche de foyers infectieux** bucco-dentaires peut également être menée par le praticien. Ils sont préconisés dans certains cas, précisés par la SFCO en 2013.
• Puis, selon les types de patients, des précautions particulières sont à prendre par le praticien. En voici quelques exemples :

- Pour les **patients sous thérapies antithrombotiques**, qui peuvent entraîner des troubles de la coagulation, des précautions particulières seront à prendre selon chaque famille et sous-famille d'anticoagulants et d'antiagrégants plaquettaires.
- Pour les **patients à risque d'endocardite**, une antibioprophylaxie (administration unique d'antibiotiques dans l'heure précédant la réalisation de l'acte invasif en l'absence de tout foyer infectieux) peut être recommandée mais dans des cas très précis décrits par les bonnes pratiques.
- Pour les **patients sous bisphosphonate**, qui impactent la cicatrisation osseuse après extraction dentaire, il conviendra de distinguer selon ce que traite le médicament.

• Enfin, sont énoncées de nombreuses recommandations sur diverses interventions envisagées (extraction des germes des troisièmes molaires, extraction de dent de sagesse, dégagement de canines incluses, résection apicale), sur l'utilisation d'anesthésiques locaux et généraux, sur le respect d'un bon protocole d'asepsie, sur le traitement médicamenteux à prescrire, ainsi que sur les consignes postopératoires.

Ainsi, avant toute chirurgie, diverses précautions sont à prendre pour éviter tout problème médical ou accident, dans le but de préserver le patient mais également l'apparition de litiges en découlant.

Il existe une jurisprudence fournie en ce qui concerne les litiges entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients.

3. Etude de la jurisprudence

Sera ci-après développée quelques cas récents de jurisprudence concernant des litiges entre praticiens et patients pour un défaut d'information concernant les soins et les honoraires.

Litiges pour défaut d'information concernant les soins

• Cour d'appel d'Aix-En-Provence, 31 mai 2018, n°26/22183

Un chirurgien dentiste a assigné une de ses patientes afin d'obtenir le paiement d'honoraires (correspondant à 85% de la somme du devis initial) relatifs à des travaux prothétiques dentaires que celui-ci a réalisé sur sa patiente. Cette demande a été accueillie par le tribunal en première instance, mais la patiente a fait appel de cette décision, et a demandé une expertise pour que soit précisé si les soins effectués par le praticien étaient adaptés à l'état de la patiente et conformes au données de la science, et de déterminer les préjudices subis par celle-ci si les éventuelles lésions et séquelles présentent un lien de causalité direct et certain, partiel ou total avec les soins et traitements prodigués.
L'expert a mis en évidence l'existence d'un manquement du praticien à son obligation d'information. Le praticien, qui a changé le traitement prothétique, aurait du établir un nouveau devis et le soumettre à la réflexion de la patiente avant le changement. La préparation pour couronne est plus invasive que la préparation pour facette ; la dent est donc plus fragile et plus sujette à risque de mortification. Le plan de traitement n'était pas bien explicité selon l'expert. La patiente s'est effectivement retrouvée avec une dent plus fragile avec possibilité de mortification de la dent à moyen terme suite aux soins réalisés par le praticien.
La Cour a condamné le praticien à payer à la patiente des dommages et intérêts en réparation des préjudices subis par cette dernière (préjudice corporel et souffrances psychiques), et a condamné la patiente à verser au praticien la somme correspondant à 43% du devis initial (car il a été jugé que le praticien n'avait réalisé que 43% du travail).

• Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 05 avril 2018, n°17/01960

Une patiente, porteuse de prothèse mobiles et souffrant de douleurs dentaires, a consulté un chirurgien dentiste. Ce dernier a prescrit l'extraction de toutes les dents encore présentes, qui a été réalisée en plusieurs étapes. Quatre implants ont été posés suite à la dernière étape. Des prothèses provisoires ont été posées un mois plus tard, puis modifiées quelques mois après. Puis, la patiente a mis un terme à ses soins.
S'estimant insatisfaite des soins pratiqués, la patiente a sollicité une expertise judiciaire, puis a assigné le chirurgien dentiste en indemnisation de son préjudice, reprochant à ce dernier une absence d'informations lui permettant de faire un choix éclairé entre les divers traitements proposés, indiquant qu'elle croyait qu'elle s'était engagée vers une nouvelle dentition et non pas vers une suppression totale de toutes ses dents.
La Cour commence par relever qu'il ne peut être déduit de ce que les parties ne se seraient pas comprises que le chirurgien dentiste a manqué à son obligation d'information. Puis elle reprend les éléments relevés par la juridiction de première instance pour démontrer que des informations suffisantes avaient été données par le chirurgien dentiste.
D'une part, un document intitulé « attestation de l'information reçue par le patient » avait été signé par la patiente et par l'une de ses filles dont il n'est pas allégué qu'elle ne parle pas la langue française. Aux termes de cette attestation, il est notamment indiqué que le praticien lui a

remis un plan de traitement récapitulant les principales caractéristiques de ces actes et qu'elle a pu lui poser toutes les questions qu'elle jugeait nécessaires et qu'elle estimait avoir reçu des informations suffisantes. D'autre part, des devis pour traitement prothétique ou traitement soumis à entente ont été produits.
Même si l'expert ne se prononce pas clairement sur le respect par le praticien de son obligation d'information, la Cour indique que la simple relation de la chronologie des relations entre le praticien et la patiente témoigne de la multiplicité des rendez-vous individuels entre les parties au cours desquels la patiente, toujours accompagnée par l'une de ses filles a été en mesure de poser des questions et de recevoir des explications données par le praticien. Par ailleurs, l'extraction des dents a été réalisée progressivement au cours de séances différentes, et la patiente, qui s'en est nécessairement rendue compte a continué à honorer les rendez-vous.
Elle ne peut donc soutenir qu'elle n'avait pas compris qu'elle s'était engagée vers une suppression totale de toutes ses dents, le praticien n'a donc pas manqué à son obligation d'information.

• Cour d'appel de Montpellier, 27 mars 2018, n°15/08149

Un patient a consulté un spécialiste en parodontologie et implantologie pour des problèmes parodontaux récidivants, et a signé un devis pour la réalisation d'un traitement au laser. Le patient signe un an plus tard un second devis pour la pose de deux implants.
Le patient, considérant que les implants sont de travers, a saisi le conseil de l'Ordre, mais la procédure de conciliation et l'expertise diligentée n'ont pas permis d'aboutir à un accord. Le patient a alors consulté un autre dentiste, qui a réalisé une réhabilitation par greffe sinusienne avec dépose des deux implants mis en place par le premier praticien.
Le patient a fait valoir que le premier praticien a manqué à son devoir d'information en ne proposant pas l'alternative d'une greffe sinusienne.
La Cour d'appel a rappelé l'existence et le contenu de l'obligation d'information, ainsi que le fait qu'il incombe au praticien de prouver que l'information a bien été délivrée. Dans le cas présent, aucune information sur les choix proposés dont la greffe sinusienne n'a fait l'objet d'un document écrit précis. La Cour rappelle que toutefois, la preuve de l'obligation d'information peut être apportée par n'importe quel autre moyen qu'un écrit.
Dans le cas présent, au regard de la technicité des opérations envisagées, il était nécessaire de fournir au patient des explications détaillées que ce dernier puisse comprendre et choisir en connaissance de cause entre les différentes options qui se présentaient à lui.
Cependant, l'expert n'a pas pu relever d'éléments qui lui auraient permis de considérer que le patient avait reçu l'information qui était nécessaire à ce que son consentement soit éclairé.
Par conséquent, le praticien a manqué a son obligation d'information.

• Cour d'appel de Metz, 22 mars 2018, n°17/00614

Un chirurgien dentiste a procédé à un traitement sur les racines de la première prémolaire supérieure droite (dent 14) d'une de ses patientes. Celle-ci estime avoir subi divers préjudices du fait de cette intervention, et a souhaité obtenir la réparation de ceux-ci sur le fondement du manquement du praticien à son obligation d'information.
La Cour rappelle le contenu de l'obligation d'information incombant au praticien ainsi que la charge de la preuve.
Le praticien fait valoir que le risque dont sa patiente (risque que l'aiguille puisse rencontrer l'artère alvéolaire supérieure) a été affectée était un risque exceptionnel dont il n'avait pas à

l'informer. Cependant, s'appuyant sur l'expertise, la Cour indique que ce risque était normalement prévisible et non exceptionnel, eu égard à l'endroit où était pratiquée l'anesthésie péri apicale et à la morphologie de la patiente, l'artère se trouvant dans la zone qui a été piquée. En outre, compte tenu des suites de l'hémorragie décrites par l'expert, et de l'œdème et hématome hémifacial droit effectivement subi par la patiente, il s'agissait d'un risque grave normalement prévisible. Par conséquent, la patiente aurait dû être informée de ce risque ; il y a donc eu un manquement du chirurgien dentiste à son obligation d'information du fait du défaut d'information sur ce risque.
Dans le cas présent, la patiente a demandé et obtenu une indemnisation de la perte de chance (évaluée ici à 10%) d'échapper à l'opération en question. Elle a également obtenu la réparation d'un préjudice moral autonome (préjudice de défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque) occasionné par le défaut d'information sur les conséquences et risques de l'acte chirurgical pratiqué.

• Cour d'appel de Paris, 08 mars 2018, n°16/24009

Une patiente a consulté un chirurgien dentiste pour la pose d'implants dentaires. Ce dernier a établi un plan de traitement des deux maxillaires, prévoyant l'extraction de dix dents et la pose de sept implants destinés à supporter sept couronnes céramo-métalliques. Il était prévu que la pose des implants et l'extraction des dents seraient réalisés en même temps.
Deux devis ont été établis et signés par la patiente. L'intervention a lieu moins d'un mois plus tard. Au cours de l'intervention, le praticien a décidé d'un changement de traitement, rendant inadaptées les prothèses amovibles provisoires initialement prévues.
Une expertise judiciaire a été ordonnée et menée, à la suite de laquelle la patiente a fait assigner le chirurgien dentiste et a fait valoir un manquement par ce dernier à son obligation d'information.
Le chirurgien dentiste a indiqué que l'obligation d'information a été parfaitement remplie au moyen d'explications orales, de la réception et la signature de deux devis et d'un formulaire de consentement éclairé par la patiente. La patiente avait consenti à la pose immédiate des implants pour éviter une seconde intervention et un temps de traitement trop long. Par ailleurs, elle a selon lui bénéficié de nombreux rendez-vous avant l'intervention et eu un temps de réflexion suffisant, et elle ne s'est pas rendue aux consultations proposées ultérieurement au contrôle post-opératoire. Le praticien a fait valoir que pendant l'opération, aucune information n'était possible puisque la patiente était sous anesthésie.
La patiente quant à elle indique être marquée par la manière dont elle a été traitée par le praticien, qu'elle n'était pas informée qu'il exerçait à l'hôpital à titre libéral, qu'il n'y avait aucune urgence à modifier le plan de traitement de sorte qu'elle aurait pu être informée du changement envisagé par le praticien.
La Cour, après avoir rappelé l'obligation d'information incombant au praticien et la charge de la preuve de celle-ci, indique qu'effectivement le praticien n'a pas informé la patiente du changement de traitement décidé en cours d'intervention. Elle considère que le praticien ne pouvait faire valoir que la patiente était sous anesthésie, alors qu'il s'agissait d'une anesthésie locale et que cette dernière était alors accessible à des explications orales, et qu'il n'y avait aucune urgence de procéder à ces soins. Par ailleurs, l'information pré-opératoire (devis, formulaire « consentement du patient ») n'avertissait pas suffisamment la patiente des conditions dans lesquelles se déroulerait l'intervention, notamment des extractions et la pose des implants en une fois alors que la pratique habituelle est de faire ces opérations en deux temps séparés de plusieurs mois afin de laisser faire la cicatrisation, et n'avait pas été avisée des douleurs et inconvénients pouvant survenir après l'intervention.

La Cour considère donc que la patiente a subi un préjudice moral d'impréparation du fait du défaut d'information.

• Cour d'appel de Montpellier 12 septembre 2017, n°15/03812

Au cours de l'extraction d'une dent de sagesse par son chirurgien dentiste, un patient a subi une fracture mandibulaire sans que le praticien ne s'en rende compte.
Les jours suivants, le patient a ressenti des douleurs persistantes au niveau de la mâchoire ; il a alors consulté à nouveau le même praticien, qui lui prescrivit des anti-inflammatoires. Dix jours plus tard, le patient est entré en urgence à l'hôpital où il a été aussitôt opéré et y est resté pendant cinq jours, et n'a repris ses activités professionnelles que plus de deux mois plus tard.
Le patient a souhaité être indemnisé des différents préjudices subis et a intenté une action en justice, invoquant un manquement du praticien à son devoir d'information.
La Cour d'appel a ici rappelé que c'est au chirurgien dentiste de prouver qu'il a pleinement rempli son obligation d'information à l'égard de son patient. La Cour ajoute que même si cet écrit n'est pas obligatoire, il a un rôle de preuve lorsqu'il existe.
Dans le cas présent, le chirurgien dentiste avait reconnu ne pas avoir rempli de fiche de recueil d'information ; même si celui-ci prétend avoir donné des informations oralement, il ne pouvait pas prouver le contenu de l'information donnée.
Le praticien a par ailleurs indiqué ne pas avoir informé le patient sur le risque de fracture mandibulaire, considéré comme rare ; l'expert quant à lui considère qu'au regard de la gravité de celle-ci, elle devait figurer dans l'information donnée au patient, d'autant plus que ce patient présentait d'après l'expertise des critères pouvant aggraver le risque de fracture mandibulaire (sujet masculin, âge supérieur à 40 ans, dent en position très inférieure, perte osseuse liée au kyste autour de la dent 48).
Par conséquent, au regard des critères énoncés par l'expert, le praticien aurait du envisager ce risque comme probable, et par conséquent effectuer des examens exploratoires (tel un scanner mandibulaire) ce qu'il n'a pas fait. De ce fait, le risque de fracture mandibulaire n'a pas été pris en compte par le chirurgien dentiste et ce dernier n'en a pas informé le patient. Il ne pouvait pas invoquer la rareté du risque puisque dans le cas présent, le risque était fortement aggravé et était donc prévisible.
Le chirurgien dentiste a donc manqué à son obligation d'information. Le patient a perdu une chance de se faire opérer dans un centre hospitalier ou un cabinet plus spécialisé, et, en toute hypothèse, de limiter le risque de fracture dans le mode opératoire. Cette perte de chance a justement été évaluée à 50 %.

• Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 16 juin 2016, n°15/05555

Une patiente a subi plusieurs séances de blanchiment des dents par son chirurgien dentiste. Quelques jours plus tard, en raison de douleurs cervicales persistantes, une radiographie rétro alvéolaire a été réalisée et a mis en évidence une carie profonde de la dent 35. Le chirurgien dentiste a alors procédé en urgence à des obturations et à l'ouverture du canal. Les soins ultérieurs ont été réalisés par un autre docteur, le dentiste traitant de la patient.
Une expertise judiciaire a été menée. Souhaitant engager la responsabilité du premier chirurgien dentiste et obtenir réparation de ses préjudices, la patiente a intenté une action en justice.
Là encore, la Cour d'appel rappelle l'obligation d'information qui incombe au chirurgien dentiste, son contenu et la charge de la preuve.

Dans le cas présent, la patiente a fait valoir un manque d'informations et d'explications de la part du praticien qui a effectué le blanchiment ; tandis que ce dernier a indiqué avoir effectué une radio panoramique numérique lors de la première consultation, au cours de laquelle il aurait donné oralement toutes les informations relatives à la technique qu'il allait utiliser.
L'expert a relevé que le praticien n'a fourni ni devis préalable au soin, ni document matérialisant l'information prodiguée, ni le consentement éclairé de la patiente. Le praticien n'a pas informé la patient d'un risque spécifique de fragilisation des dents par l'effet du blanchiment, considérant qu'il s'agit d'un risque imprévisible.
La Cour refuse de reconnaître une perte de chance d'échapper à l'intervention (car dans une autre partie de l'arrêt, le préjudice corporel a déjà été indemnisé sur la base d'une faute technique médicale). Par contre, elle reconnaît l'existence d'un préjudice moral de défaut de préparation aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir pleinement consenti à une atteinte à son intégrité corporelle, en raison de la méconnaissance du praticien de son devoir d'information (ce préjudice étant indépendant des lésions corporelles découlant de l'acte médical).

- Cour d'appel de Metz 06 septembre 2012, n°08/03570

Une patiente a consulté un chirurgien dentiste pour de vives douleurs mandibulaires. Ce dernier lui a prescrit la confection de gouttières puis a pratiqué une intervention chirurgicale destinée à « symétriser » la mandibule. Elle a de nouveau été opérée quelques mois plus tard (par un autre praticien) puis a été hospitalisée pour dépression. Une expertise judiciaire a été ordonnée. Quelques mois après le dépôt du rapport d'expertise, la patiente est décédée.
Ses héritiers ont assigné le premier praticien pour indemnisation des préjudices de la défunte. En première instance, le tribunal a retenu un manquement au devoir d'information, en ce que l'information donnée à la patiente n'évoquait aucune des anesthésies postopératoires habituelles, en particulier l'anesthésie labiale inférieure temporaire qui peut durer plusieurs mois. Le praticien a fait appel de cette décision.
La Cour rappelle qu'il appartient au praticien de prouver qu'il a satisfait à son obligation d'information envers sa patiente afin de lui permettre de donner un consentement parfaitement éclairé quant à l'intervention, sans qu'il ne puisse se retrancher derrière le nombre et la fréquence des fois où il a pu voir sa patiente en consultation. Or au cas présent, le praticien ne rapporte pas cette preuve.
Par conséquent, le chirurgien dentiste a commis une faute en n'informant pas complètement sa patiente des risques encourus.

<u>Défaut d'information concernant les honoraires</u>

• Cour d'appel de Montpellier, 15 décembre 2015, n°14/00753

Un patient, souffrant d'une malformation mandibulaire consécutive à la perte de dents et dans l'impossibilité d'avoir recours à un appareil dentaire, consulta un chirurgien dentiste pour la pose d'implants.
Le praticien a établi un devis pour un montant de 70.000 francs. En cours de soins, le praticien a présenté un second devis d'un montant de 78.250 francs, ramené à 70.000 francs, pour terminer les travaux par la pose de couronne sur chacun des implants.

Les soins prothétiques pour trois dents ont été réalisés par le praticien mais le patient, après avoir réglé la somme de 25.000 francs, ne pouvait régler le solde du second devis. Les autres couronnes ne faisaient l'objet d'aucune pause.
Après une tentative de conciliation infructueuse, le patient a obtenu la désignation d'un expert judiciaire, qui a conclu qu'il existait des difficultés quant à l'information du coût des soins alors que le praticien n'avait jamais rédigé de prise en charge auprès de la caisse d'assurance-maladie entraînant une impossibilité pour la Mutuelle du patient d'indemniser ce dernier. Le patient a fait assigner le praticien et son assureur afin d'être remboursé des honoraires payés et indemnisé de son préjudice.
En première instance, le tribunal a considéré que le praticien a manqué à son obligation d'information en matière d'honoraires pratiqués par un chirurgien-dentiste. Comme cela n'est contesté par aucune des parties, la Cour confirme le jugement sur ce point.

• Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 04 mai 2007, n°06/08420

Un chirurgien dentiste a posé quatre prothèses indépendantes sur la denture d'un de ses patients. Ce dernier s'est plaint de difficultés à l'alimentation et d'un inconfort, dus à l'apparition d'un granulome et de boutons buccaux, à la rupture d'une coiffe de céramique et au descellement de prothèses. Il a donc saisi le tribunal pour voir engager la responsabilité de son praticien ainsi qu'être indemnisé de son préjudice.
Une expertise amiable et une expertise judiciaire ont été menées.
La Cour d'appel a rappelé l'existence d'une obligation incombant au praticien à l'égard de son patient d'information préalable aux soins dentaires ou à la pose d'une prothèse et une obligation d'information sur le montant des honoraires ou des prothèses, élément important de son consentement. Elle ajoute que pour que le consentement du patient soit éclairé, le praticien doit informer son patient sur les conséquences du traitement et notamment, en cas de pose d'une prothèse lui faire connaître les risques liés à la fixation de celle-ci , les gènes et les souffrances susceptibles d'en résulter. Dans le cas présent, la Cour a considéré que le praticien avait failli à deux reprises à son devoir d'information (car il avait été entrepris un traitement initial puis un second traitement qui a été par la suite arrêté) :

- avant le début des soins, aucun devis détaillé et chiffré n'a été remis au patient ; seul avait été produit un accord d'entente préalable de la Sécurité Sociale, qui est toutefois insuffisant à caractériser l'information préalable du patient.
- avant le changement de traitement, le praticien ne démontre pas avoir averti son patient des inconvénients de la seconde option : aucun devis détaillé ou chiffré ni document explicatif n'a été délivré au patient

Lorsque le patient a souhaité interrompre les soins, le praticien ne prouve pas avoir averti son patient des risques graves et des conséquences prévisibles de cette interruption, ce qu'il aurait du faire.
Par conséquent, le praticien a manqué à son devoir d'information.

• Cour d'appel de Caen, 24 novembre 2016, n°14/04237

Un chirurgien dentiste a réalisé la pose de prothèse sur vingt-quatre dents sur l'un de ses patients et a établi deux notes d'honoraires. Le patient a remis un chèque à son praticien pour le versement de la première note, mais qui a été rejeté faute de provision. Le patient, condamné en première instance à verser les honoraires dus à son praticien, fait appel de la décision en indiquant n'avoir pas été informé du coût des soins préalablement à leur exécution.

La Cour rappelle le contenu de l'obligation d'information, qui doit porter sur les soins et les risques prévisibles ainsi que sur l'aspect économique du traitement.
Le praticien conteste le défaut d'information, mais n'a produit aucun devis signé par le patient, alors mêmes que les feuilles de soin produites mentionnent un dépassement du tarif de responsabilité. Le praticien a fait valoir que l'intervention s'effectuerait dans le cadre d'un partenariat avec une mutuelle. Pour autant, la Cour indique que ce partenariat ne dispensait pas le praticien de son obligation d'information sur les honoraires.
N'existant pas de preuve de l'accord préalable sur le montant des honoraires, c'est au juge de déterminer les honoraires dus, ce qui a été fait dans le cas présent par la Cour.

4. Conclusion

L'obligation d'information du praticien à l'égard de son patient est une obligation dont le contenu est détaillé dans la loi et qui est sanctionnée par la jurisprudence. Le praticien ne peut s'y soustraire, ni fournir à son patient une information incomplète, au risque de voir sa responsabilité engagée.

Force est de constater que la jurisprudence a une approche plutôt stricte de l'obligation d'information, ce qui est favorable au patient. Ainsi, la tendance initialement décrite de paternalisme médical semble s'inverser : le praticien se doit d'informer son patient de la manière la plus complète possible, et si tel n'est pas le cas le patient peut engager sa responsabilité. S'il est effectivement louable que le patient consente valablement aux soins auxquels il a recours sur son propre corps, il semblerait que le rapport de forces se soit inversé de façon très accentuée, de sorte que pèse une très lourde responsabilité sur les praticiens qui risquent de voir engager des poursuites à leur encontre pour une mauvaise compréhension du patient ou pour n'avoir pas exposé des risques parfois très rares, et la jurisprudence est là dessus plutôt exigeante.

Fort heureusement, l'encadrement législatif oblige les praticiens à s'assurer, ce qui fait que des poursuites engagées n'obèreront pas nécessairement son patrimoine, sauf en cas de faute grave. L'assurance joue ainsi un rôle très important dans l'exercice de la profession, puisqu'elle permet finalement que la pratique s'exerce de façon plus sereine : le praticien sait implicitement qu'il sera couvert en cas de poursuites, et le patient sait implicitement que le praticien sera solvable (par le biais de son assurance) s'il a subi un dommage. C'est d'ailleurs certainement parce qu'existe cette obligation d'assurance que les juridictions sont plutôt enclines à être strictes avec les praticiens : dans le but de pouvoir assurer la réparation des dommages causés aux patients.

Toutefois, cette obligation d'assurance ne doit pas empêcher le praticien de respecter l'ensemble de ses obligations et des différentes précautions présentées plus haut, afin de pouvoir, dans la plus grande majorité des cas, éviter les litiges. Car rappelons-le, le but est que s'instaure une relation de confiance entre le praticien et son patient, un climat serein sans méfiance du patient envers son praticien, afin que les soins se déroulent pour le mieux, les litiges devant rester exceptionnels.

5. Bibliographie

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire: Recommandations Afssaps 2011 [Internet]. 2011 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: http://www.mbcb-journal.org/10.1051/mbcb/2011138

Agence national de sécurité du médicament (ANSM). Notice patient [Internet]. 2012 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.santé.fr/php/ecodex/notice/N0204168.htm

Association d'aide au victime (AAV). Aléa thérapeutique [Internet]. Association Aide Victimes AAV. 2015 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: http://association-aide-victimes.com/accident-corporel/alea-therapeutique

Attali E. Changement de praticien en cours de traitement ou suite à un litige : les préconisations du conseil national [Internet]. Le fil dentaire magazine; 2016 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/juridique/changement-de-praticien-en-cours-de-traitement-ou-suite-a-un-litige/

Bacache M. Le défaut d'information sur les risques de l'intervention : quelles sanctions ? Pour une indemnisation au-delà de la perte de chance. [Internet]. 2008 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: https://actu.dalloz-etudiant.fr/fileadmin/actualites/pdfs/Cass_6dec2007_Bacache.pdf

Benalia M, Touat A. 54ème Congrès de la Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale [Internet]. 2018 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.atout-org.com/cmf2018/getabstract!fr!!!!cb940347-377d-11e8-92db-fa163e7f6808

Béry A. Patient en litige avec un confrère le soigner ou pas ? [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2016 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/juridique/patient-en-litige-avec-un-confrere-le-soigner-ou-pas/

Clerdain AM, Baccus C, Brichant JF, Deflandre E, Degey S, Hans P. Sevrage tabagique en période péri-opératoire. Rev Med Liege. 2010;65(7-8):442-7.

Code de la santé publique. Article L1142-28. Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 98 JORF 5 mars 2002. 2002a.

Code de la santé publique. Article L4124-1. Modifié par Loi 2002-303 2002-03-04 art. 42 IV, V JORF 5 mars 2002. Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 42. JORF du 5 mars 2002. Code de la santé publique 2002b.

Code de la santé publique. Article L4122-3. Modifié par Loi n°2007-127 du 30 janvier 2007 - art. 2. JORF du 1er février 2007.

Code de la santé publique. Article R4126-13. Créé par Décret n°2007-434 du 25 mars 2007 - art. 3 JORF 27 mars 2007

Code de la santé publique. Article L1142-2. Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 75

Code de la santé publique. Article R1111-21. Créé par Décret n°2009-152 du 10 février 2009 - art. 1. 2009b.

Code de la santé publique. Article L1142-25. Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 7

Code de la santé publique. Article L1111-2. Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175 Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7. 2016a.

Code de la santé publique. Article R4143-1. Modifié par Décret n°2011-2115 du 30 décembre 2011 - art. 1 Abrogé par Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016 - art. 2

Code de la santé publique. Article L4124-6. Modifié par Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017 - art.

Code de la santé publique. Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins. JORF n°0130 du 8 juin 2018 texte n° 19. 2018a.

Conseil d'État, Section, 23/03/2018, 402237, Publié au recueil Lebon [Internet]. Publié au recueil Lebon. 2018b [consulté le 10 févr 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000036739766

Conseil d'état L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics [Internet]. 2015 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: http://www.conseil-etat.fr/Decisions-Avis-Publications/Etudes-Publications/Dossiers-thematiques/L-engagement-de-la-responsabilite-des-hopitaux-publics

Conseil d'état 5 / 3 SSR, du 9 décembre 1988, 65087, publié au recueil Lebon [Internet]. 1988. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007749908

Conseil d'état Assemblée, du 9 avril 1993, 69336, publié au recueil Lebon [Internet]. 1993. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007834775

Conseil d'état Assemblée, du 26 mai 1995, 143238, publié au recueil Lebon [Internet]. 1995. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007885117

Conseil d'état Section, du 5 janvier 2000, 181899, publié au recueil Lebon. 2000a.

Conseil d'état 10 octobre 2012, Beaupère et Lemaître, n°350426. 2012.

Cour de cassation Civile, Chambre civile 1, 3 juin 2010, 09-13.591, Publié au bulletin . 2010b.

Hoerni B, Bouscharain JP. Arrêt Teyssier de la Cour de cassation, 28 janvier 1942, quelques remarques sur une décision « oubliée ». Hist Sci Med. 2001;35(3):299-304.

Cour de cassation civile, Chambre civile 1, 20 janvier 2011, 10-17.357, Publié au bulletin. Publié au bulletin. 2011.

Cour de cassation Civ., 20 mai 1936, Mercier. 1936.

Cour de cassation Chambre civile 1, du 8 juillet 1997, 95-17.076, Publié au bulletin. 1997.

Cour de cassation Civile, Chambre civile 1, 23 janvier 2014, 12-22.123, Publié au bulletin. 2014.

Cour de cassation Chambre civile 1, du 8 novembre 2000, 99-11.735, Publié au bulletin. 2000b

Cour de cassation Chambre civile 1, du 4 janvier 2005, 03-13.579, Publié au bulletin. 2005

Cour de cassation Chambre commerciale, 20 janvier 1960. 1960.

Cour de cassation Chambre civile 1, du 7 février 1990, 88-14.797, Publié au bulletin. 1990.

Cordonnier V. L'obligation d'assurance RCP pour les libéraux [Internet]. Macsf; 2018 [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/obligation-assurance-rcp-liberaux

De Bruyn H, Collaert B. The effect of smoking on early implant failure. Clin Oral Implants Res. 1994;5(4):260-4.

Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. 2003-314 2003a.

Delprat L. Prise en charge juridique & judiciaire d'un patient en situation de litige [Internet]. Le fils dentaire, magazine dentaire. 2016 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/juridique/prise-charge-juridique-et-judiciaire-d-un-

patient-situation-de-litige/

Dintilhac J-P. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. [Internet]. 2005 [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-santé.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_groupe_de_travail_nomenclature_des_prejudices_corporels_de_Jean-Pierre_Dintilhac.pdf

Dojcinovic I, Hugentobler M, Richter M. Bris d'aiguille : complication rare mais potentiellement dangereuse d'une anesthésie locale. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2007;108(3):222-4.

Garros B. Contribution du hcsp aux réfléxions sur la lutte contre l'iatrogénie. Adsp. 1998;25:9-12.

Gombault N, Tamburini S. Anormalité du dommage [Internet]. Macsf; 2016 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/anormalite-du-dommage-indemnisation-alea-therapeutique

Guyot L, Seguin P, Bénateau H. Techniques en chirurgie maxillo-faciale et plastique de la face. Paris, Springer-Verlag; 2010.

Hacene A. Responsabilité du praticien : conformité de l'acte médical aux recommandations émises postérieurement. Dalloz Actualité [Internet]. 2018 [consulté le 10 févr 2019]; Disponible sur: https://www.dalloz-actualite.fr/flash/responsabilite-du-praticien-conformite-de-l-acte-medical-aux-recommandations-emises-posterieur#.XGAWjmRKh68

Haute Autorité de Santé (HAS) Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale [Internet]. 2005 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-santé.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur_chirurgie_buccale_recos.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS) Conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique [Internet]. 2008 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0035176808001666

Haute Autorité de Santé (HAS) Délivrance de l'information a la personne sur son état de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-santé.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/argumentaire_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_santé.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS) Missions de la HAS [Internet]. has-santé.fr. 2018 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-santé.fr/portail/jcms/c_1002212/fr/missions-de-la-has

Hoerni B, Bouscharain J-P. Arrêt Teyssier de la Cour de Cassation, 28 janvier 1942, quelques remarques sur une décision « oubliée ». Hist Sci Med. 2001;35(3):299-304.

Jensen JA, Goodson WH, Hopf HW, Hunt TK. Cigarette smoking decreases tissue oxygen. Arch Surg Chic Ill 1960. 1991;126(9):1131‑4.

Laurent F, Baranes M, Bouaziz F, Davido N, Doucet P. Risques médicaux - Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Paris : Association dentaire française; 2016.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002. JORF du 5 mars 2002

Maarek H. Les complications sinusiennes post implantaires [Internet]. Le fil dentaire magazine; 2014 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/implantologie/les-complications-sinusiennes-post-implantaires/

Mataf. Définition Sinistralité [Internet]. Mataf. [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.mataf.net/fr/edu/glossaire/sinistralite

Missika P, Rahal B, Fortier J-P, Sabek M, Rahal-Löfskog D. Droit et chirurgie dentaire: prévention, expertises et litiges. Rueil-Malmaison: Éd. CdP; 2006.

Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet Lond Engl. 2002;359(9301):114-7.

Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) Que faire en cas de plainte ou d'accident? [Internet]. 2012 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://docplayer.fr/22113680-Vade-mecum-que-faire-en-cas-de-plainte-ou-d-accident-macsf-fr.html

Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) L'obligation d'information. [Internet]. 2017. [consulté le 28 janv 2019] Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Publications-actions-et-mecenat/Publications/livre-blanc-obligation-information

Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) Consentement libre et éclairé en implantologie. [Internet]. 2018a [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/content/download/6582/36743/version/2/file/CONSENTEMENT-LIBRE-ET-ECLAIRE-EN-IMPLANTOLOGIE.pdf

Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) Rapport annuel 2017 sur la sinitralité. [Internet]. Macsf; 2018b [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/var/sm/storage/original/application/8c5c978f7be24fa10ecce0d18c584415.pdf

Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) Chirurgiens-dentistes [Internet]. 2018a [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-santé/Risque-des-professions-de-santé/Chirurgiens-dentistes

Mutuelle d'assurance du corps de santé français (MACSF) Quelles mises en cause en chirurgie dentaire ? [Internet]. 2018b [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Publications-actions-et-mecenat/mediatheque/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/sinistralite-chirurgiens-dentistes

Nguyen C. L'obligation de précision du geste de chirurgie dentaire. Le fil dentaire. 2008;(13):30-3

Nguyen C. Infections nosocomiales et responsabilités du praticien [Internet]. Macsf; 2010a [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/juridique/infections-nosocomiales-et-responsabilites-du-praticien/

Nguyen C. Les assurances du cabinet dentaire [Internet]. Le fil dentaire magazine; 2010b [consulté le 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/juridique/les-assurances-du-cabinet-dentaire/

Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD). Le consentement éclairé, éléments nécessaires et suffisants. [Internet]. 2014 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: http://www.odcd35.fr/documents/14070213483763.pdf

Ordre national des chirurgien dentiste (ONCD). Affichages obligatoires [Internet]. 2018 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/affichages-obligatoires.html

Perrin D, Ahossi V, Larras P, Duran D. Manuel de chirurgie orale: technique de réalisation pratique, maîtrise et exercice raisonné au quotidien. Paris: Éditions CdP; 2012.

Pirnay P. L'aléa en chirurgie dentaire [Internet]. 2008 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.dentalgest.com/l-alea-en-chirurgie-dentaire/

Raberin M. Incidences cliniques des postures de la zone orolabiale. Encycl Med Chir – Orthopédie dentofaciale. 2007;[23-474-B-10]

Renouard F. Quelle attitude adopter face à un patient qui se plaint d'un traitement réalise par un confrère ou une consœur ? [Internet]. Le fil dentaire magazine dentaire. 2016. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/juridique/attitude-adopter-face-a-un-patient-qui-se-plaint-d-un-traitement-realise-par-un-confrere-ou-une-consoeur/

Rédaction de la Revue Prescrire. L'anesthesie locale avec vasoconstricteur une faible dose d'adrénaline est utile et sans contre indication cardiovasculaire. La Revue Prescrire. 2003;23(239):371-6.

Riffault A. Le chirurgien-dentiste face à l'aléa thérapeutique. Thèse d'exercice : chirurgie dentaire].

[Nancy] : Université de Nancy 1. UFR de chirurgie dentaire; 2007

Sabek M. Les responsabilités du chirurgien-dentiste. Bordeaux: Les Études Hospitalières; 2012.

Sapanet M, Fronty P, Georget C, Dintilhac J-P. La nomenclature Dintilhac et l'expertise dentaire et maxillo faciale. Poitiers: Atlantique; 2011.

Simonet P, Missika P, Pommarède P, Attal J-P, Attias J. Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie: anticiper et gérer la contestation. Paris: Espace ID; 2015.

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) Information Médicale : Avulsions dentaires multiples [Internet]. 2019a [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/infos_medicales/PDFS/avulsions_dentaires_multiples.pdf

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) Information Médicale : Dents de sagesse [Internet]. 2019b [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/infos_medicales/PDFS/dents_de_sagesse.pdf

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) Information Médicale : Freinectomies [Internet]. 2019c [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/infos_medicales/PDFS/freinectomies.pdf

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) Information Médicale : Greffes sinus [Internet].

2019d [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/infos_medicales/PDFS/greffes_sinus.pdf

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) Information Médicale : Kystes et tumeurs des maxillaires [Internet]. 2019e [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/infos_medicales/PDFS/kystes_tumeurs_des_maxillaires.pdf

Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) Information Médicale : Résection apicale [Internet]. 2019f [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: https://societechirorale.com/documents/infos_medicales/PDFS/resection_apicale.pdf

Société française de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale (SFSCMF). Information médicale avant une greffe osseuse préimplantaire. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2008;109(2) :129-30.

Société française de stomatologie et chirurgie maxillo faciale (SFSCMF). Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques) Recommandations de Bonne Pratique [Internet]. 2013 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: http://www.grio.org/documents/page500/boite-a-outils-osteoporose500-1401218783.pdf

Tardivo D, Camilleri F. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Malakoff: Éditions CdP; 2015.

Tarragano H, Missika P, Moyal F, Roche Y. La chirurgie orale. Rueil-Malmaison: Éd. CdP; 2010.

Vassal J-P. Le consentement éclairé [Internet]. 2016 [consulté le 28 janv 2019]. Disponible sur: http://_65430983298_1_1364270400.id.elteg.net/011023-310-Le-consentement-eclaire.html

Vincent-Bugnas S, Precheur I, Thariat J. Ostéoradionécrose des maxillaires. Encycl Med Chir – Oto-rhino-laryngologie. 2015;[20-903-A-10].

Weyant RJ. Characteristics associated with the loss and peri-implant tissue health of endosseous dental implants. Int J Oral Maxillofac Implants. 1994;9(1):95-102.

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

BEN-SIMHON Raphaël. Informations, litiges et jurisprudences en chirurgie orale. 2019. 68 p. : graph., tabl. . Réf. Biblio. : 60-67.

Sous la direction de *Maître DELPRAT Laurent et du Professeur ROCHE Yvon.*

Th : Chir Dent. : Paris 7 : année 2019

RESUME :

Le chirurgien-dentiste doit intégrer à son exercice un devoir d'information, et ce, d'autant plus depuis la loi du 4 mars 2002 qui oblige le praticien à informer et obtenir le consentement éclairé du patient.
Si en omnipratique cette obligation est présente, celle ci s'accentue et prend une forme spécifique lorsqu'elle est appliquée en chirurgie orale. En effet, le praticien doit prendre en compte les risques connus et fréquents de l'acte chirurgical pour pouvoir les transmettre à son patient.
Aussi, l'information en chirurgie orale doit être personnalisée et dépend de l'état de santé de chaque patient.
La transmission de l'information est différente qu'il s'agisse d'une chirurgie programmée, d'un acte d'urgence, d'une reprise de traitement…
Dans une situation inconfortable où le patient est souvent stressé, le praticien doit savoir faire preuve de patience et d'empathie pour expliquer à son patient le déroulement de l'intervention et des suites opératoires.
Le manque d'information, les aléas thérapeutiques, les erreurs médicales sont une source potentielle de litiges praticien-patient dont la résolution est souvent longue et sinueuse.
Afin d'éviter ces situations contentieuses et pour permettre aux praticiens de savoir les gérer, ce travail a pour objectif de transposer les principes généraux de l'information médicale à la spécificité de la prise en charge en chirurgie orale. Un arbre décisionnel aidera le praticien à transmettre ces informations de façon systématique.
L'étude de cas de jurisprudence nous aidera à illustrer les différentes situations possibles.

TITRE en anglais : Information, litigation and jurisprudences in oral surgery

---

DISCIPLINE : Chirurgie orale

MOTS-CLES Français : Chirurgie stomatologique (spécialité) (FMeSH) ; jurisprudence (FMeSH) ; risque (FMeSH) ; Arbres de décision (FMeSH) ; consentement libre et éclairé (FMeSH) ; Information

---

MOTS-CLES Anglais : Surgery, oral (MeSH) ; jurisprudence (MeSH) ; Risk (MeSH), decision trees (MeSH) ; informed consent (MeSH) ; Information