



HAL
open science

Attitude des chirurgien-dentistes dans le traitement des édentements totaux : enquête sur les pratiques des praticiens d'Île-de-France

Raphael Assous

► **To cite this version:**

Raphael Assous. Attitude des chirurgien-dentistes dans le traitement des édentements totaux : enquête sur les pratiques des praticiens d'Île-de-France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03338258

HAL Id: dumas-03338258

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03338258>

Submitted on 8 Sep 2021

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

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



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

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 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 **ASSOUS Raphael**

**ATTITUDE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LE TRAITEMENT DES
EDENTEMENTS TOTAUX : ENQUETE SUR LES PRATIQUES DES PRATICIENS
D'ILE-DE-FRANCE**

Directeur de thèse : Mme la Docteure Adeline BRAUD

Co-directeur de thèse : Maître Laurent DELPRAT

J U R Y

| | |
|--|---------------|
| Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE | Président |
| Mme la Docteure Sylvie AZOGUI-LEVY | Assesseur |
| Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS | Assesseur |
| Mme la Docteure Julia BOSCO | Assesseur |
| Mme la Docteure Adeline BRAUD | Assesseur |
| Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE | Assesseur |
| Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM | Assesseur |
| Maître Laurent DELPRAT | Membre Invité |

UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS 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 |

JURY

| | |
|--|---------------|
| Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE | Président |
| Mme la Docteure Sylvie AZOGUI-LEVY | Assesseur |
| Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS | Assesseur |
| Mme la Docteure Julia BOSCO | Assesseur |
| Mme la Docteure Adeline BRAUD | Assesseur |
| Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINÉ | Assesseur |
| Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM | Assesseur |
| Maître Laurent Delprat | Membre Invité |

**Mme la Professeure Marie-Laure
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités Emérite

Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de présider le jury de cette soutenance. Pour la qualité de vos enseignements, votre savoir et votre implication au sein de cette faculté. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Mme la Docteure Sylvie AZOGUI-LEVY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier

Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de juger cette thèse. Pour la qualité de vos enseignements, votre savoir. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire
Diplôme de Doctorat

Pour l'honneur que vous me faites en prenant part au jury de cette thèse. Veuillez croire en mon plus grand respect.

Mme la Docteure Julia BOSCO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre place dans ce jury, veuillez recevoir par ce travail l'expression de ma sincère gratitude.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour m'avoir accordé votre confiance lorsque je suis venu vous voir en 6eme année à la recherche d'un maître de thèse. Pour la qualité de votre enseignement pratique et théorique tout au long de ces années d'étude. Pour le temps consacré et la réactivité que vous avez eu tout au long de l'année pour l'élaboration de cette thèse. Permettez-moi d'exprimer toute ma gratitude pour votre gentillesse, votre dévouement et votre soutien. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance et en mes sincères remerciements.

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites en prenant part au jury de cette thèse. Veuillez croire en mon plus grand respect.

**Mme la Docteure Annabelle
TENENBAUM**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités Associée

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre place dans ce jury, veuillez recevoir par ce travail, l'expression de ma sincère gratitude.

Maitre Laurent DELPRAT

Avocat à la Cour
Docteur en droit privé et sciences criminelles
Maitre de Conférences associé en droit privé

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ce travail et d'avoir montré le plus grand intérêt à son élaboration, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

| | | |
|-----------------|--|-----------|
| 1. | Introduction..... | 2 |
| 1.1. | Démographie de l'édentement total en France en 2018 | 2 |
| 1.2. | La prise en charge thérapeutique de l'édenté total..... | 3 |
| 1.2.1. | La prothèse amovible complète | 3 |
| 1.2.2. | La prothèse amovible complète à complément de rétention implantaire | 3 |
| 1.2.3. | La prothèse fixée implanto-portée..... | 3 |
| 1.3. | Problématique..... | 4 |
| 2. | Prise en charge thérapeutique chez le patient totalement édenté..... | 6 |
| 2.1. | La nature des obligations du praticien..... | 6 |
| 2.1.1. | Obligation d'information et de moyens | 6 |
| 2.1.1.1. | Obligation d'information..... | 6 |
| 2.1.1.2. | Obligation de moyens..... | 18 |
| 2.1.2. | L'obligation de résultat..... | 20 |
| 2.2. | Les consensus internationaux..... | 24 |
| 2.2.1. | Le consensus de McGill (2002) | 24 |
| 2.2.2. | Le consensus de York (2009) | 24 |
| 2.3. | Les Recommandations nationales de bonnes pratiques concernant la réalisation d'une prothèse amovible complète à base résine (HAS 2006) | 25 |
| 3. | Attitudes thérapeutiques des praticiens d'Ile de France : enquête sur les pratiques des praticiens dans la prise en charge d'un patient totalement édenté | 27 |
| 3.1. | Objectifs de l'enquête..... | 27 |
| 3.2. | Matériels et Méthodes | 27 |
| 3.3. | Résultats..... | 29 |
| 3.3.1. | Analyse descriptive..... | 29 |
| 3.3.1.1. | Caractéristiques de la population interrogée..... | 29 |
| 3.3.1.2. | Attitudes des praticiens face à un patient totalement édenté | 33 |
| 3.3.2. | Analyses statistiques | 36 |
| 3.3.2.1. | Propositions thérapeutiques à l'arcade maxillaire..... | 36 |
| 3.3.2.2. | Propositions thérapeutiques à l'arcade mandibulaire..... | 42 |
| 3.4. | Discussion..... | 53 |
| 4. | Conclusion | 55 |

1. **Introduction**

1.1. **Démographie de l'édentement total en France en 2018**

En France, plus de 5 millions de personnes seraient concernées par l'édentement total. Dans les années 2000, le taux d'édentement maxillo-mandibulaire était estimé à **16,3 %** de la population française.

Le taux d'édentement dans les pays constituant le G8 (France, Grande-Bretagne, Allemagne, Etats-Unis, Canada, Japon, Russie, Italie) était égal à 16 % chez les plus de 65 ans en France en 1995, contre 50 % au Canada (Bourgeois D et al. 1995). Selon L'INSEE et l'UFSBD, la France comptait 1,8 millions d'édentés de plus de 65 ans en 2015, soit 16% de cette classe d'âge. On estime que le nombre de patients édentés devrait se porter à presque 3 millions en 2045.

Dans les années 2000, le taux d'édentement était égal à 18,6 % chez les femmes et 12,9 % chez les hommes en France et cette différence s'accroît après 55 ans (Budtz-Jorgensen, Mojon P, 1997).

D'après Hescot et al, (1997), le taux d'édentement total est plus important chez les sujets à faible niveau économique et vivant en milieu rural. Ainsi, si 37 % des personnes âgées de 64 à 74 ans ayant un niveau socio-économique faible portent une prothèse amovible complète unimaxillaire ou maxillo-mandibulaire. Ce type de réhabilitation concerne 5,2 % de ceux ayant un niveau socio-économique élevé. On note également que 37,8 % des sujets concernés vivent en milieu rural contre 27 % en milieu urbain (Hescot et al. 1997).

Enfin, le nombre de personnes édentées augmente avec l'âge. La perte de dents résultant dans la plupart des cas d'atteintes carieuses, de parodontopathies ou de divers traumatismes ; vieillesse et édentement sont deux notions étroitement liées. La prévalence de l'édentement semble nulle chez les tranches d'âges 35-44 ans mais 16,3 % des sujets de la tranche d'âge 65-74 ans étaient totalement édentés en France en 1999 (Hescot et al. 1997).

1.2. La prise en charge thérapeutique de l'édenté total

Les différentes possibilités de traitement prothétique d'un édentement total sont la prothèse amovible complète, la prothèse amovible complète implanto-retendue et la prothèse fixe sur implants.

1.2.1. La prothèse amovible complète

Elle implique une crête favorisant la sustentation, la stabilité et la rétention de la prothèse. Aucune véritable contre-indication n'est décrite dans la littérature. Cependant le diabète ou encore la sécheresse buccale peuvent en limiter l'utilisation.

Elle peut présenter un manque de rétention, ce qui entraîne un inconfort fonctionnel (Ellis,...)

1.2.2. La prothèse amovible complète à complément de rétention implantaire

Elle répond aux mêmes critères que ceux d'une prothèse amovible complète (stabilité, sustentation) mais permet d'assurer une rétention plus élevée (Postaire, M et al. 2006).

Elle peut être envisagée avec un, deux, trois ou quatre implants, et avec des implants unitaires (attachements axial) ou solidarisés (barre de conjonction).

Son indication reste limitée à l'arcade maxillaire : la prévalence des péri-implantites avec ce type de restauration prothétique y est considérablement plus élevée que lors des traitements par prothèses fixes et les taux d'échecs sont plus importants qu'à la mandibule (Dada K, Daas M. 2011).

Sa principale contre-indication concerne la phase chirurgicale.

Elle présente quelques inconvénients, en particulier le recours à une chirurgie qui peut générer une certaine réticence pour le patient, allonger le temps de traitement et augmenter le coût du traitement. Elle est donc plus importante qu'une prothèse conventionnelle du fait de la chirurgie implantaire, des composants prothétiques et de la maintenance.

1.2.3. La prothèse fixée implanto-portée

Différents types de prothèses fixées sont disponibles en fonction du défaut osseux:

- Le bridge implanto-porté
- Le bridge sur pilotis

Le bridge implanto-porté ne présente pas de fausse gencive.

Le bridge sur pilotis a la particularité de comporter une composante gingivale en résine, céramique ou composite, permettant de compenser la perte osseuse et de masquer la transition prothèse/gencive. Ce bridge est la solution de choix lorsque le traitement par bridge complet implanto-porté conventionnel n'est pas retenu du fait d'un déficit osseux dans le sens vertical (Dada K et al. 2012).

Les avantages sont nombreux, notamment le rétablissement optimal des capacités masticatoires. Son principal inconvénient est son coût élevé.

Ses contre-indications concernent essentiellement la phase chirurgicale, mais également les difficultés inhérentes à la mise en place du projet prothétique.

1.3. Problématique

Au début des années 2000, la prothèse amovible complète représentait 3,2 % de la totalité des actes techniques des actes bucco-dentaires et 18,1 % des actes de prothèse (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés, CNAMTS 2003). La prothèse complète uni-maxillaire représentait 7,15 % des actes de prothèse amovible, la prothèse maxillo-mandibulaire 2,3 % et la prothèse complète à châssis métallique 0,16 % (CNAMTS2003).

La prothèse amovible complète conventionnelle, apparue et développée par Fauchard en 1728 a longtemps été considérée comme le seul traitement de l'édentement total. Malgré le service clinique rendu, elle génère de nombreuses doléances.

On distingue les doléances immédiates et celles à moyen et long terme, ainsi que les doléances objectives, s'accompagnant de signes cliniques évidents et subjectives, sans réelle manifestation clinique (Braud A et al. 2007). Les doléances immédiates évoquées le jour de l'insertion prothétique, sont liées à l'instabilité, à l'esthétique et aux éventuelles nausées (Pompignoli M. et al. 2011). Les doléances à moyen terme telles que l'instabilité des prothèses, les blessures, les bruits et claquements, ou encore la stagnation alimentaire. Enfin, les doléances à long terme telles que les perlèches ou des doléances subjectives comme des douleurs. La prothèse amovible conventionnelle, même parfaitement conçue présente des limites liées à des paramètres cliniques, en particulier à la mandibule (résorption osseuse importante). Elle génère des recours judiciaires mais aussi des responsabilités du praticien. En 2017, sur les 1832 déclarations adressées par les chirurgiens-dentistes sociétaires de la

MACSF et du contrat groupe Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, 69 concernaient la prothèse amovible complète, soit 3,8 % de l'ensemble des déclarations (Rapport annuel sur le risque de santé : les chirurgiens-dentistes (Internet 2017)).

L'implantologie a permis d'améliorer la qualité de vie, le confort, la satisfaction, et les capacités fonctionnelles de l'appareil manducateur du patient (Kutkut A et al. 2018). Malgré les nombreux avantages que procurent la rétention implantaire, elle est souvent contre-indiquée, à cause d'une pathologie générale (diabète non équilibré, maladie auto-immunes, toxicomanie...), ou des problèmes locaux (hygiène, maladie parodontale, obstacles anatomiques). De plus, le coût de la mise en place d'un traitement faisant appel à des implants peut constituer un frein pour les patients les plus modestes (Fouilloux 2007). Enfin, la principale raison du refus du recours à une solution faisant appel aux implants est la crainte de l'acte et des risques chirurgicaux (Walton et MacEntee 2005).

Le recours à une solution implantaire génère également un certain nombre de litiges. En 2017, sur les 1832 déclarations adressées à la MACSF, 280 concernaient les actes d'implantologie générale, soit un taux de 19 % de l'ensemble des déclarations. Parmi elles, 10 déclarations portaient sur l'inadaptation de prothèse amovible stabilisée par des attachements axiaux (Locator®) ou une barre de jonction retenue par des implants. Le risque de litiges avec un recours implantaire semble accru par rapport à la prothèse amovible complète.

Le consensus international édicté en mai 2002 à l'Université McGill préconise l'adjonction de deux implants symphysaires connectés à une base prothétique complète, comme minimum thérapeutique face à une situation d'édentement total à l'arcade mandibulaire. Le guide des bonnes pratiques éditées par l'HAS en 2006 préconise que la prothèse amovible complète à base résine demeure le traitement de première intention au maxillaire et de deuxième intention à la mandibule, lorsque le recours à un ancrage implantaire est impossible.

Plus de 15 ans après le premier consensus, compte tenu de la fréquence des actes prothétiques réalisés, on peut s'interroger sur les pratiques des chirurgiens-dentistes, en particulier sur le fait de proposer le remplacement des dents mandibulaires, par une prothèse amovible complète quand la prothèse implanto-retendue est considérée comme le standard minimum au niveau international.

Après avoir présenté la nature des obligations du praticien prenant en charge un patient totalement édenté et les recommandations internationales et nationales, nous nous

interrogerons sur l'attitude thérapeutique des praticiens dans la prise en charge d'un patient totalement édenté. Nous détaillerons les moyens et les résultats de l'étude descriptive transversale réalisée en 2018 auprès d'un groupe de praticiens exerçant en Ile-de-France. Nous discuterons enfin des résultats au regard des recommandations nationales et internationales.

2. Prise en charge thérapeutique chez le patient totalement édenté

2.1. La nature des obligations du praticien

2.1.1. Obligation d'information et de moyens

2.1.1.1. Obligation d'information

L'obligation d'information trouve sa source au temps d'Hippocrate: « *comme le public est ignorant, il ne saurait connaître les maladies dont il souffre, ni comment elles se produisent, ni comment elles prennent fin, ni ce qui les exalte ou les calme. Mais cela lui devient facile quand il l'apprend par la bouche d'un homme du métier, d'autant plus qu'il n'est rien dont on se souvienne mieux que ce dont on a souffert.* » (De l'art) (Vassal, JP. 2008).

L'histoire légale moderne de l'information au patient débute en 1974, avec le décret n°74-17 du 14 janvier 1974, relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux qui exposent que « le médecin chef de service ou le médecin du service doivent donner aux malades, dans les conditions fixées par le Code de déontologie, les informations sur leur état qui leur sont accessibles; dans toute la mesure du possible les traitements et soins proposés aux malades doivent aussi faire l'objet d'une information de la part du médecin » (art. 41). C'est ensuite la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui est venue reprendre cette obligation, en lui octroyant une force législative et non plus réglementaire, en exposant que dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Enfin, après quelques errements jurisprudentiels, venant notamment imposer une obligation d'information sur tous les risques encourus, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, est venue consacrer le principe de l'obligation d'information du patient (Béry, A, Delprat, L. 2006). Ce droit nouveau du patient a été inscrit dans le Code de la santé publique à l'Article L. 1111-2.

Désormais, toute personne a donc le droit d'être informée sur son état de santé. Cette loi incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

- **Le contrat de soins** (Béry, A, Delprat, L. 2006)

L'obligation d'information trouve la première source de son cadre juridique dans le « contrat de soins ».

Le contrat de soin, en définissant comme contractuelle, la nature des relations entre le soignant et le soigné, marque de son sceau, les rapports unissant le praticien au patient et conditionne le substrat juridique qui commande le régime spécifique de la responsabilité et de sa mise en œuvre. L'origine du contrat de soin est l'arrêt du 20 mai 1936 de la Chambre civile de la Cour de cassation, dit « arrêt Mercier », cet arrêt valant pour décision de principe et faisant jurisprudence: *« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement de donner des soins attentifs, consciencieux et, sous réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle. »*

Le contrat de soin est **synallagmatique**, c'est-à-dire qu'il fait naître entre les parties, des obligations réciproques et interdépendantes (Code civil – art. 1102). Il met à la charge du praticien l'obligation de donner des soins « attentifs, consciencieux et, conformes aux données acquises de la science » au patient, et, à la charge du patient, celle de rémunérer le médecin et, en toute hypothèse, de ne pas aller à l'encontre des prescriptions du praticien sans l'en avertir.

Il est **résiliable unilatéralement** par le patient. Le praticien est tenu d'assurer la continuité des soins et de répondre aux situations d'urgence.

C'est un contrat à **titre onéreux** qui assujettit chacune des parties à donner ou à faire quelque chose (*Article 1106 du Code civil*). Si la prestation de l'odontologiste appelle une rémunération, la gratuité des soins ne fait pas obstacle à l'existence de relation contractuelle entre le chirurgien-dentiste et le patient. En effet, « le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins mais il lui est interdit d'apaiser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle » (*Article 33 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes et article R. 4127-240 du Code de la santé publique*). Ensuite, « *le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure* ». Enfin, le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires.

Ce contrat est **conclu intuitu personae**, il dépend de la qualité du chirurgien-dentiste et de la confiance que le patient lui accorde. Il permet le libre choix du praticien.

Il est **consensuel et tacite** : il impose l'échange des consentements. Cet échange peut être verbal, il l'est même le plus souvent, l'acte écrit n'étant qu'un éventuel élément de preuve des engagements réciproques des parties. Le contrat de soin prend effet dès la mise en relation du praticien et de son patient.

Le chirurgien-dentiste s'engage à donner des **soins consciencieux et conformes** aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science. Le praticien est responsable des suites dommageables des soins, si eu égard à cette obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs.

- **Le contenu de l'information**

Que l'information soit donnée oralement ou avec l'aide d'un document écrit, elle doit répondre aux mêmes critères de qualité :

- Être **hiérarchisée** et reposer sur des données validées
- Présenter les **bénéfices attendus** des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est à dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale

- Être **compréhensible**. Au cours de cette démarche, le médecin s'assure que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il indique la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de son choix (Béry et Delprat. 2006).

L'information du patient peut être modulée dans l'intérêt du malade en fonction du contexte, de son âge, de sa personnalité et de sa psychologie du moment (majeurs sous tutelle ou patients vulnérables) (Moutel et al. 2002). Elle a pour objectifs, d'éclairer le patient sur son état de santé, de lui décrire la nature et le déroulement des soins, de lui fournir les éléments permettant de prendre la décision d'accepter ou de refuser les actes diagnostiques ou thérapeutiques qui lui sont proposés, de consolider la relation de confiance et d'obtenir sa participation active aux soins. Pour aider le patient, il est conseillé d'utiliser un vocabulaire approprié, des modèles en plâtre ou numériques, ou des photographies. La délivrance d'un papier, même signé par le patient ne garantit pas la compréhension et n'affranchit pas le praticien de son devoir d'information et de conseil.

L'information doit être « loyale, claire et appropriée » (CSP - art. R. 4127-35) et délivrée. Les informations délivrées par le praticien ne doivent donc pas être réduites à une simple énumération, mais exposées de façon précise et claire en adaptant le discours, aux possibilités de compréhension du patient et à l'acte opératoire envisagé.

Dans le cas d'un édentement total et, en respect des recommandations de bonne pratique, il convient d'évoquer en premier lieu, la prothèse amovible complète à l'arcade maxillaire et le recours à une solution faisant appel aux implants à l'arcade mandibulaire.

- **La finalité de l'information**

L'information a "pour objet de permettre au patient de donner un consentement ou un refus éclairé aux investigations et soins qui lui sont proposés" (Civ. 1ère, 14 octobre 1997, Bull. n° 278 et 20 juin 2000, Bull. n° 193).

L'information éclaire le consentement. On n'attend pas qu'elle l'influence étant donné que « le praticien n'est pas tenu de convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande ».

De plus l'obligation de conseil doit s'associer à l'obligation d'informer. Elle peut être considérée comme une orientation thérapeutique spécifique du praticien, quant à l'intérêt du patient dans un cas soumis à son évaluation. L'obligation de conseil se situe au-delà de la simple mission d'information, elle relève d'un parti pris thérapeutique du clinicien primordialement guidé par l'intérêt de son patient (l'obligation de conseil n'exclut donc pas des réserves diverses qui peuvent être formulées). Le patient vient, en effet, fréquemment quérir une solution thérapeutique spécifiquement adaptée à sa (ou ses) pathologie(s), plutôt qu'une simple information de principe (Nossintchouk 1998, 2005).

Alors seulement sera respecté la liberté d'autonomie du patient, qui pourra accepter ou refuser la procédure proposée. Cette liberté marque définitivement la fin du « paternalisme médical » ayant longtemps maintenu le patient dans un rapport « dominé/dominant » et crée un nouvel équilibre dans la relation praticien-patient (Sabek 2005).

Dans le cas d'un patient totalement édenté, si une solution amovible (avec ou sans implant) est proposée, il conviendra d'insister sur le caractère amovible du traitement, qui implique une manipulation, une maintenance prothétique et un suivi clinique des prothèses (Braud et Berteretche, 2014). Il conviendra également d'expliquer les alternatives thérapeutiques fixes faisant appel aux implants, en détaillant les avantages et inconvénients de chaque solution.

- **L'information des solutions thérapeutiques**

Le plan de traitement est issu directement du constat de la pathologie bucco-dentaire c'est-à-dire du diagnostic. Cependant, la démarche de l'odontologiste, en la matière, diffère de l'approche qui a guidé le diagnostic. Le plan de traitement est une dynamique commandée par une problématique thérapeutique. Il suppose, de la part du chirurgien-dentiste, l'exercice d'un choix entre les diverses options ou hypothèses thérapeutiques qu'offre l'état de la science et des techniques odontologiques. La jurisprudence a également été conduite à préciser les devoirs et les obligations auxquelles le plan de traitement est soumis. Ainsi, le praticien est tenu d'une obligation générale de conscience et d'attention puisqu'il doit « recourir à une

thérapeutique consciencieuse, attentive et conforme aux données actuelles de la science médicale » (Cour d'appel de Paris -arrêt du 19 juin 1979) (Bery A. 1997).

Le praticien doit donc conseiller son patient sur le traitement à choisir en fonction de son niveau de compréhension, de capacité de maintenance, de son âge.

Dans le cas d'un patient totalement édenté, la proposition thérapeutique sera formulée après examen clinique rigoureux, permettant de poser l'indication thérapeutique. Des examens complémentaires peuvent être nécessaires pour valider l'indication d'une solution implantaire (bilan biologique, volume osseux, obstacles anatomiques).

- **L'information sur les risques du traitement**

« Toute personne doit, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité, être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leurs urgences éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves, normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, des traitements ou des actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver »

Avec la loi Kouchner, le praticien doit donc désormais informer son patient de tous les « *risques fréquents ou graves normalement prévisibles* » que comportent les investigations et soins proposés (CSP - art. L. 1111-2, al. 1) mais pas des risques exceptionnels comme c'était le cas auparavant. Le caractère prévisible ou non, de la réalisation du risque s'apprécie « in concreto », au cas par cas, en fonction de la situation particulière du patient. Les risques peuvent être liés à la nature de l'intervention, au contexte anatomique dans lequel on opère et au stade d'évolution de la pathologie en cause. Ils sont liés également à l'état général du patient, soit qu'une pathologie générale vienne compliquer nos actes, soit que ceux-ci puissent aggraver une pathologie préexistante. C'est donc bien d'un abord du patient dans sa globalité, tant psychologique que physiologique qu'il s'agit (Boiteux et al. 2003).

Avant chaque acte, l'information sur les risques est donc proportionnée et graduelle. Elle sera succincte pour les actes simples et la plus complète possible dès lors que l'acte comporte un risque grave : atteinte du sinus, du nerf dentaire inférieur, du nerf lingual...

Dans le cas d'un patient totalement édenté, il est nécessaire de l'informer sur les risques du traitement, en particulier des avantages et inconvénients d'une prothèse amovible complète (y compris les limites du traitement) ou de la mise en place d'un recours implantaire, en particulier les risques du traitement.

Dans les cas d'un patient totalement édenté, la perte des prothèses est relativement fréquente dans les maisons de retraites, EPHAD ou hôpitaux. Les prothèses sont considérées comme des biens matériels et il est conseillé de les « marquer » à l'entrée dans l'établissement. En cas de perte, la faute peut être imputée à l'établissement qui doit donc rembourser les frais dentaires et parfois dédommager les patients pour préjudice moral (www.france-assos-sante.org/2017/04/28/marquage-des-protheses-dentaires-amovibles-en-ehpad/).

Un exemple issu d'une décision du tribunal administratif de Paris, 21 juin 2011, n° 0915515/6-2 (Responsabilité hospitalière – Prothèse – Inventaire) nous éclaire à ce sujet : Concernant une perte de prothèse, le Tribunal Administratif de Paris retient la responsabilité d'un centre hospitalier universitaire au motif que celui-ci n'a pas rapporté la preuve que les objets de la patiente ont été inventoriés et déposés dans les conditions prévues à l'article L. 1113-1 du Code de la santé publique. Cet article dispose en effet que « les établissements de santé, ainsi que les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés sont, qu'ils soient publics ou privés, responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises ou hébergées ».

Dans le cas d'un édentement total, comme pour toute solution thérapeutique, il faut que le chirurgien-dentiste propose une solution prothétique adaptée au patient et à l'environnement dans lequel vit celui-ci. Il doit notamment l'informer que la prothèse reste un dispositif amovible et devra être retiré au moins trois fois par jour pour la nettoyer, et que sa manipulation accroît le risque de fracture ou de perte de la prothèse.

- **Information sur le coût du traitement : le devis**

« Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires. Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient. »

(Code de déontologie des chirurgiens-dentistes – Article R.4127-237)

Tout d'abord il s'agit « d'une entente directe » qui suppose un dialogue entre praticiens et patients (Art. 7) et la fixation des honoraires relève donc, du domaine contractuel. L'acceptation des honoraires d'un plan de traitement fait en effet partie intégrante du consentement du malade à ce même traitement. C'est d'autant plus indispensable en matière de prothèse, que les enjeux financiers liés à cette partie de notre activité sont conséquents pour le patient et pour le praticien.

A ce montant élevé des honoraires, s'ajoute en général, une moins bonne prise en charge des frais par la Sécurité Sociale ou les mutuelles. En effet, le montant des honoraires prothétiques en ne figurant pas dans la nomenclature, ces derniers sont fixés librement par le chirurgien-dentiste (mais avec « tact et mesure »), et à ce titre, peu remboursés dans la plupart des cas.

On comprend donc, la nécessité pour le praticien, de produire un devis clair et explicite, co-signé par les deux parties. Cette obligation repose sur plusieurs fondements : (Duhamel JC. 2000) :

- Une obligation **déontologique** : l'Article 33 du Code de déontologie stipule que *« lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un cout élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient »*.
- Une obligation **réglementaire** : Depuis l'Arrêté du 3 décembre 1997 relatif à *« l'information du consommateur sur les prix »*.
- Une obligation **conventionnelle** : *« un devis doit être établi par le chirurgien-dentiste (...) avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires »* (Titre de la Convention approuvé par l'arrêté du 14 juin 2006, et publiée au Journal officiel du 18 juin 2006).

Doivent obligatoirement figurer sur le devis, les éléments ci-dessous :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- Le montant des honoraires correspondants au traitement proposé à l'assuré
- Le montant de la base du remboursement correspondant
- L'identification du praticien et du patient
- La date d'établissement du devis et sa durée de validité
- Les signatures du patient et du praticien

Dans la mesure où la disposition importante qui consiste à accorder à un patient, un délai de réflexion d'autant plus long que les thérapeutiques odonto-stomatologiques sont lourdes, prenant en compte le poids économique de la thérapeutique, il est prudent de ne pas exiger du patient une signature immédiate. Ce délai, en plus d'être une obligation éthique, pourra, si nécessaire, servir de preuve du « consentement éclairé » du patient sur ce devis (Vassal 2003).

Dans le cas d'un patient totalement édenté, le devoir d'information sur le coût du traitement est d'autant plus important car il peut influencer sur le choix thérapeutique du patient. Un traitement sans implant sera forcément moins coûteux qu'un traitement avec un recours implantaire. Le coût pourra également varier en fonction des solutions (fixes ou amovibles) retenues avec un ancrage osseux.

Néanmoins l'absence de possibilités financières ne saurait autoriser un chirurgien-dentiste à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science.

Un arrêt de la cour de cassation nous éclaire là-dessus : Cass. Civ. I, 19 décembre 2000, Morocutti c/Gelin (Béry, A, Delprat, L. 2006) : « *Un chirurgien-dentiste a réalisé l'extraction des trois dernières dents puis à la pose d'une prothèse amovible complète. Après ces interventions, la patiente souffrant d'une infection et d'une inadaptation de la prothèse, a engagé une action contre son praticien* ».

Le Tribunal de Grande Instance a retenu la responsabilité du praticien au motif que « l'extraction de trois dents était contre-indiquée et qu'il aurait fallu réaliser une prothèse fixe ». La Cour d'Appel de Metz (le 4 septembre 1997), tout en admettant que les conclusions

de l'expert judiciaire étaient exactes, a néanmoins infirmé le jugement et écarté toute faute du chirurgien-dentiste, au motif que l'expert avait occulté le problème de la prise en charge financière de la prothèse fixe et qu'il avait donné des soins adaptés aux possibilités financières de la patiente.

Cependant la Cour de cassation ne l'entend pas ainsi, déclarant que « *de telles considérations ne pouvaient autoriser un praticien à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science* ».

Le devoir d'information nous incombe à proposer tous les traitements indiqués en première intention, répondant aux données acquises de la science, peu importe les possibilités financières du patient. Parfois le patient peut avoir recours à l'aide d'une tierce personne ou d'un organisme.

Dans l'esprit de la continuité de l'information, il est recommandé de ne réaliser exclusivement que les travaux prévus par le devis signé et accepté par le patient, ou d'établir un nouveau devis en cas d'évolution pendant le déroulement du traitement qui obligerait le praticien à faire le choix d'un nouveau plan de traitement, lequel devra lui aussi recevoir l'assentiment du patient.

- **Le consentement éclairé** (Béry, A, Delprat, L. 2006)

L'information est par définition, partie intégrante du consentement éclairé, leurs cadres juridiques respectifs sont étroitement liés.

Elle est définie par le Code civil (art. 16-3) et par les codes de déontologie ; la jurisprudence l'a interprété ainsi : « *nul ne peut être contraint, hormis les cas prévus par la loi, de subir une intervention chirurgicale* ». Pour cette raison « *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* » (loi Kouchner). Et même plus : « *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.* » (CSP - Article L. 1111-4). Ce fondement doit être

étendu à toute intervention, à visée thérapeutique ou non, y compris les actes nécessaires au diagnostic.

Le consentement de la personne doit donc être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Il doit être éclairé, c'est à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne. Cependant, lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, et hors urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation, ni traitement, sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches.

Dans le cas d'un patient totalement édenté, comme pour tout acte, le consentement du patient, c'est-à-dire son adhésion par rapport à une solution prothétique et la preuve du consentement, doivent être recueillis avant d'entreprendre le traitement.

Citons l'exemple d'une décision rendue par le Tribunal, relative au cas d'une patiente :« Madame Z, qui vient consulter le Docteur C. car sa prothèse amovible partielle bouge légèrement. Celui-ci expose à Madame Z, l'unique solution qui s'imposerait au vu de l'état de sa denture, à savoir la pose d'une prothèse complète (soit 14 dents), pour laquelle il conviendrait d'arracher 8 dents supérieures, dont 3 saines. Il lui indique aussi qu'il sera nécessaire de retirer toutes les dents inférieures. Il ne lui communique aucune autre information et ne lui indique aucune autre solution envisageable, comme par exemple une prothèse sur implant.

Dès lors, il échoit au chirurgien-dentiste d'apporter à ses patients l'information nécessaire à la prise de décision en les éclairant 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* ».

Docteur C. s'affranchit ainsi d'emblée des règles les plus élémentaires en proposant uniquement la pose de prothèses complètes pour les maxillaires comme pour les mandibulaires. Il extraira par la suite trois dents saines.

La nouvelle prothèse est posée mais Madame Z la trouve trop grande, ce qui nécessite des retouches, sans succès. La patiente constate l'apparition d'hypersalivation, une gêne à la parole et à l'alimentation accompagnées de nausées. Elle ne peut plus garder sa prothèse et pendant un an, perd beaucoup de poids car ne peut plus se nourrir correctement. Elle subit en plus un préjudice esthétique, doublée d'un handicap social, ses interlocuteurs ne la comprenant pas quand elle parle, elle n'ose plus sortir de chez elle.

Le docteur C, refuse de procéder à un quelconque remboursement, la qualifie de « malade » devant d'autres patients, arguant que ses confrères ne pourraient rien faire pour elle. Madame Z. consulte alors le docteur H, qui pose une nouvelle prothèse convenant à la patiente et mettant un terme à ses souffrances.

Par son comportement, le Tribunal a jugé que le docteur C. a indubitablement violé les obligations qui lui incombent en sa qualité de chirurgien-dentiste, à savoir :

- Sur l'obligation d'information : Il apparaîtrait en l'espèce que tous les renseignements utiles à la prise de décision de la patiente n'aient pas été donnés, ou aient été mal précisés. La pose d'une prothèse comporte des risques desquels Madame Z n'aurait pas (ou mal) été informée et en connaissance desquelles, elle n'aurait pas contracté.
Or, l'information doit être compréhensible, au sens où le médecin doit s'assurer que le patient a compris l'information qui lui a été donnée. Il doit lui indiquer la solution qu'il envisage en expliquant les raisons de son choix.
- En s'entretenant du dossier de Madame Z avec celle-ci devant les autres patients, il a porté atteinte au secret professionnel que lui impose l'article R.4127-206 du Code de la Santé Publique.
- Docteur C. déclare en outre, que ses confrères ne pourront pas davantage améliorer l'état bucco-dentaire de sa patiente, allant ainsi directement à l'encontre de l'Article R4127-233 du Code de la Santé Publique qui dispose que le praticien doit s'adresser à ses confrères lorsque ses limites sont atteintes. »

Finalement, le rapport d'expertise rapporte que la nouvelle prothèse conçue par Docteur H, était moins bien réalisée que celle de Dr C. Le problème semble donc, plus d'ordre

psychologique que technique. Sans juger le choix de traitement du Docteur C, il aurait peut-être dû passer plus de temps à lui expliquer son plan de traitement et vérifier la compréhension de celui-ci par la patiente, si nécessaire par des schémas ou un autre entretien. Il aurait également peut être fallu être plus patient et plus à l'écoute de la patiente.

2.1.1.2. Obligation de moyens

Le Code de Déontologie dentaire énonce dans l'article R4127-204 que le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. Il doit également veiller à ne pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle. Pour cela, il doit prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes les dispositions nécessaires.

L'arrêt Mercier définit pour la première fois cette notion, pilier de la médecine en précisant que les soins prodigués ne doivent pas être quelconques, mais consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. Ainsi, même si l'amélioration de l'état de santé du patient ne peut être une certitude, les chirurgiens-dentistes, tout comme l'ensemble des professionnels de santé, sont obligés déontologiquement, éthiquement, et juridiquement de mettre en œuvre tous les moyens conformes aux recommandations professionnelles dont ils disposent et/ou qui existent afin d'arriver à ce résultat : il s'agit de l'obligation de moyens. Elle est fondée sur le principe de l'aléa affectant le résultat de l'acte médical. L'obligation principale n'est pas de guérir les patients : en effet, selon les termes de l'arrêt Mercier, le praticien est tenu à une obligation de prudence et de diligence, c'est à dire à une obligation de moyens et non de résultat ; l'acte médical, étant par nature aléatoire. On ne peut imposer au chirurgien-dentiste de guérir son patient, étant donné la multitude de facteurs entrant en compte et parmi lesquels, nous pouvons noter la réceptivité du patient au traitement, sa prédisposition à développer ou non, certains effets secondaires au traitement. L'obligation de dispenser des soins est ainsi dissociée de l'obligation de guérison.

La loi, dite Kouchner, du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en France s'exprime au travers de l'obligation de proposer et de mettre en œuvre toutes « *les thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées* ».

Ceci n'est possible que si le praticien s'engage à recycler constamment ses connaissances, ce dernier étant le seul garant de l'application des avancées scientifiques des soins qu'ils prodiguent à ses patients.

Cette nécessité de renouvellement des connaissances est inscrite également dans les textes. Ainsi, dans sa démarche relative à la qualité du système de santé, la Loi de 4 Mars 2002 a instauré l'obligation administrative d'une formation continue pour tous les praticiens inscrits au Conseil de l'Ordre.

Par la suite, la Loi du 9 août 2004 a inséré, dans le Code de Santé Publique, l'article L.4143-1 qui précise les conditions de la formation continue en chirurgie dentaire:

« La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. La formation continue est obligatoire pour tout chirurgien-dentiste en exercice. L'obligation de formation est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles. Les conditions de mise en œuvre de la formation continue de la profession des chirurgiens-dentistes sont fixées par décret en Conseil d'État ».

La mise à jour constante des connaissances fait appel à trois sources :

- Les publications scientifiques des études réalisées par la profession
- Les recommandations professionnelles issues des conférences de consensus
- Les diverses formations, telles que les stages, les séminaires et les réunions professionnelles (conférences, congrès...).

Dans le cas d'un édentement total : « *Ainsi, le chirurgien, alors même qu'il ne procède à la pose d'un appareil sur la personne du patient, n'est tenu qu'à une obligation de moyens* » (Cass.Civ. I, 25 février 1997, Communauté urbaine de Lyon et autre c/ Caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon et autres). La Haute Autorité de Santé recommande une prothèse amovible maxillaire conventionnelle supérieure et une prothèse implanto-portée à la

mandibule en première intention. Néanmoins, « *Eu égard à la gravité de la pathologie et à ses conséquences sur la santé et la qualité de vie, à la prévalence de l'édentement total plus particulièrement marquée dans certaines populations âgées et défavorisées, et sachant qu'il existe des conditions biologiques, topographiques, médicales et financières qui sont parfois défavorables à la réalisation de prothèses implanto-portées, le service attendu peut être considéré comme suffisant.* » (Haute Autorité de Santé, Pose d'une prothèse amovible définitive complète, Avril 2006)

2.1.2. L'obligation de résultat

Lorsque la nature de sa prestation exclut tout aléa, l'obligation du chirurgien-dentiste est une obligation de résultat. C'est le cas lorsque le praticien est garant de l'absence de vice de la prothèse dentaire. Il s'agit d'une application particulière de la garantie des vices de la chose fournie.

Si le chirurgien-dentiste est tenu à une simple obligation de moyens relativement aux actes médicaux, la jurisprudence a progressivement distingué l'acte de fourniture prothétique où le praticien serait tenu à une obligation de résultat. C'est une scission du contrat de soins prothétiques en deux obligations distinctes : le chirurgien-dentiste reste tenu à une simple obligation de moyens pour tous les actes dentaires, peu importe que ces actes soient réalisés en vue de la pose d'une prothèse ou pour surveiller son maintien. En revanche, lorsqu'il agit en tant que fournisseur de la prothèse (et à plus forte raison si sa qualité de fournisseur se double à celle de fabricant de l'appareil) il s'engage vis à vis de son patient à un résultat (Sabek M. 2003).

Par cette obligation et en vertu du contrat qui lie le chirurgien-dentiste à son patient, il s'agit de fournir à celui-ci un appareillage sans défaut, apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre et la prothèse posée au patient doit aboutir au résultat recherché : une telle obligation, incluant la conception et la confection de l'appareillage est qualifiée d'obligation de résultat (Cass. 1er ch.civ. 23 novembre 2004 (Bulletin 2004 I, n°286, p 240).

Cependant depuis 2011, nous assistons à un retour à l'obligation de moyens même en matière de prothèse et non plus une obligation de résultats (Tamburini 2016).

En effet, la réalisation d'une prothèse est un acte compliqué et qui suppose une démarche intellectuelle. Elle est schématiquement constituée de trois phases :

- La conception, en fonction de la morphologie buccale du patient. Elle suppose à la fois une démarche intellectuelle de diagnostic et la réalisation d'actes tels que la prise d'empreintes ;
- La réalisation technique de la pièce prothétique en laboratoire, le plus souvent par un laboratoire de prothèse dentaire, inscrit au registre des métiers ;
- L'insertion et l'adaptation dans la bouche du patient.

En effet, en dehors du cas, relativement rare, d'un praticien qui posséderait son propre laboratoire de prothèses, les deux phases qui concernent le chirurgien-dentiste – la conception et la pose – sont constituées d'actes « intellectuels » et techniques relevant de l'Art dentaire et ne confèrent pas la qualité de « fabricant » au praticien. Celui-ci ne peut être tenu que d'une obligation de moyens. En revanche, le laboratoire de prothèse est, lui, tenu d'une obligation de résultat puisqu'en tant qu'artisan, il doit livrer une pièce prothétique répondant aux caractéristiques du bon de commande du praticien. Mais la pièce prothétique est ensuite "utilisée" par le praticien, travaillée par lui pour l'adapter à la bouche du patient, puisque chaque bouche, chaque dentition est unique

Pendant longtemps, la jurisprudence, tout en distinguant l'obligation de moyens liée à l'acte thérapeutique et l'obligation de résultat concernant la pièce prothétique, a considéré que le chirurgien-dentiste est un « fournisseur » de la prothèse, au même titre que le laboratoire de prothèse qui a fabriqué la pièce prothétique. Un arrêt de la Cour de cassation du 15 novembre 1988 affirme que le chirurgien-dentiste « *est tenu à une obligation de résultat comme fournisseur d'une prothèse et qu'il doit délivrer une prothèse sans défaut* ».

Ainsi sur le plan pratique, mettre en jeu la responsabilité du praticien quand celui-ci est tenu à une obligation de résultat était plus simple pour le patient car il lui suffisait de démontrer que le résultat escompté n'est pas atteint, en le faisant simplement constaté. Si c'est le cas, la responsabilité du praticien se trouvait engagée, alors même qu'il n'y avait pas nécessairement de faute à prouver (Missika et Rahal 2006).

A partir de 2011, les jurisprudences changent, il y a un véritable retour à l'obligation de moyens seulement.

Le point de départ de la clarification jurisprudentielle est un arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) du 21 décembre 2011 qui indique que la responsabilité susceptible d'incomber à un utilisateur (le professionnel ou l'établissement de santé) qui fait usage, dans le cadre d'une prestation de soins prodiguée à un patient, d'un produit ou d'un appareil préalablement acquis, ne relève pas du champ d'application de la directive européenne sur les produits défectueux. L'utilisateur ne peut être considéré comme fournisseur de ce produit.

Puis un arrêt de la Cour de cassation du 12 juillet 2012 a affirmé, dans une affaire qui ne concernait pas spécifiquement l'art dentaire, que les prestataires de services de soins ne peuvent être assimilés à des distributeurs de produits ou dispositifs médicaux, leurs prestations visant essentiellement à faire bénéficier les patients des traitements et techniques les plus appropriés à l'amélioration de leur état. Dès lors, ces prestataires ne relèvent pas, sauf s'ils sont eux-mêmes les producteurs, du champ d'application de la directive. Leur responsabilité ne peut être recherchée que pour faute lorsqu'ils ont recours aux produits, matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art ou à l'accomplissement d'un acte médical.

Ce que nous dit la cour de cassation, le 20 mars 2013: « *Attendu que les prestations de M A [chirurgien-dentiste], qui comprenaient la conception et la délivrance d'un appareillage, étaient opportunes, adaptées et nécessaires eu égard à la pathologie de Mme Z., que les soins avaient été dispensés dans les règles de l'Art en fonction de la difficulté particulière du cas de la patiente et que les résultats obtenus correspondaient au pronostic qu'il était raisonnable d'envisager, la cour d'appel a, par ces motifs, exclusifs d'une faute quelconque imputable à M. A., légalement justifié sa décision* »

Cet arrêt largement publié, notamment sur le site Internet de la Cour de cassation, a consacré sans réserve, l'obligation de moyens du professionnel de santé dans le cadre de son acte de soins qui "comprendait la délivrance d'un appareillage", alors même que le demandeur invoquait une obligation de résultat concernant une prothèse dentaire qui aurait dû, selon lui, "être apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre ».

La Cour de cassation, suivant les analyses et préconisations du rapporteur et de l'avocat général, juge que le chirurgien-dentiste, comme tous les autres professionnels de santé, ne

peut être tenu que d'une obligation de moyens, y compris dans la "délivrance d'un appareillage ».

En dépit de cette mise au point, certaines juridictions de fond continuent, de façon sporadique, à retenir une obligation de résultat à la charge du chirurgien-dentiste pour la conception et la pose de la prothèse. C'est pourquoi il est important de bien connaître ces évolutions jurisprudentielles.

Le chirurgien-dentiste bénéficie désormais, des mêmes règles de droit de la responsabilité que les autres professionnels de santé.

Dans le cas d'un édentement total, la « réussite » en matière de prothèse amovible complète dépend surtout de la satisfaction du patient. Malheureusement il n'existe qu'une faible corrélation entre la qualité de la prothèse et la satisfaction du patient (Slaoui Hasnaoui et Fromentin 2011).

Les facteurs décisifs de l'ajustement ou de changement de prothèse sont d'ordre esthétique, fonctionnels ou anatomiques (Komagamine et al 2017). L'indication du renouvellement d'une prothèse amovible complète ne doit cependant pas être uniquement basée sur l'évaluation clinique du praticien ; il est nécessaire de prendre en considération la perception subjective du patient (Veyrune JL et al. 2005).

La décision de ne pas traiter pourrait être envisagée lorsque le dentiste estime qu'il est impossible d'obtenir un résultat satisfaisant les attentes du patient et repose sur l'analyse des données cliniques et subjectives du patient. Il est important que le patient comprenne les raisons pour lesquels le dentiste ne fournit pas de traitement. Si celui-ci, a toujours du mal à accepter cette décision, il n'est pas déraisonnable qu'il recueille un deuxième avis chez un spécialiste approprié (Fraser McCord J.2004). Attention, à ne pas confondre avec abandon de soin ; on doit sans doute orienter le patient vers un confrère

2.2. Les consensus internationaux

2.2.1. Le consensus de McGill (2002)

(Feine JS, Carlsson GE. 2003)

En mai 2002, à l'Université de Mac Gill (Québec), a eu lieu une conférence au cours de laquelle ont participé des experts représentant les cliniciens spécialistes, les scientifiques, les patients ainsi que des participants à des essais cliniques.

La question était de déterminer si le bénéfice d'une prothèse mandibulaire stabilisée par deux implants était suffisamment important pour la proposer, plutôt que la PAC, comme première option de traitement. Il ressort de cette conférence que la survie des implants en titane est très élevée dans la mandibule antérieure (Roe P et al. 2011) et que l'incidence des complications chirurgicales est très faible (Seung S et al. 2014).

Quel que soit le type de système de fixation utilisé (barre, boule, aimant), les patients sont nettement plus satisfaits des prothèses hybrides à deux implants que des prothèses amovibles complètes. Les patients trouvent les prothèses sur implants significativement plus stables, et ils évaluent leur capacité à mastiquer divers aliments de manière nettement plus facile. De plus, ils sont plus à l'aise et parlent plus facilement avec les prothèses sur implants (Feine JS et al. 2002).

La qualité de vie est significativement meilleure chez les patients qui reçoivent une prothèse stabilisée par deux implants que chez ceux qui ont une prothèse amovible complète (Alfadda SA et al. 2009).

Ces arguments suggèrent que la PAC à la mandibule n'est plus le premier traitement de choix, et que le premier choix à la mandibule pour les patients totalement édentés est une prothèse complète, retenue par deux implants.

2.2.2. Le consensus de York (2009)

(Thomason JM et al. 2009)

Un deuxième consensus vit le jour lors de la conférence BSSPD (British Society for the Study of Prosthetic Dentistry) à York le 6 et 7 avril 2009, tenue par les membres du BSSPD et le

panel des présentateurs. Celle-ci a pour but de renforcer l'application du consensus de Mc Gill.

Ce consensus reprend un certain nombre d'arguments énoncés dans le consensus De Mc Gill.

« Depuis plus d'un siècle, le traitement classique pour l'édenté complet est la prothèse reposant sur les tissus mous et les crêtes alvéolaires mais pas directement connectés à ceux-ci. Pour beaucoup de patients, ces prothèses conventionnelles leur permettent de parler, manger, vivre en société. Malgré cela, il est connu que de nombreuses personnes peinent à utiliser leurs prothèses surtout à la mandibule en raison de la mobilité et de l'inconfort et que ces difficultés sont liées à des handicaps sociaux, psychologiques et fonctionnels et cette situation ne fait que se détériorer avec le temps, en raison de la perte osseuse. »

« Il existe maintenant un ensemble important de preuves démontrant que la satisfaction des patients et la qualité de vie avec des implants stabilisant les prothèses complètes mandibulaires sont significativement plus grandes qu'avec des prothèses complètes conventionnelles. Une grande partie de ces données proviennent d'essais contrôlés randomisés de haute qualité. »

La conclusion de ce consensus est que *« la PAC mandibulaire est une alternative moindre que l'utilisation d'implants support de prothèse et que le traitement par prothèses supportées par deux implants symphysaires devrait être au minimum, le traitement de choix proposé au patient. »*

2.3. Les Recommandations nationales de bonnes pratiques concernant la réalisation d'une prothèse amovible complète à base résine (HAS 2006)

L'HAS a édité en 2006 des recommandations de bonnes pratiques concernant la réalisation d'une prothèse amovible complète à base résine. Ce document constitue une référence opposable. Il précise les indications et la place des thérapeutiques amovibles maxillo-mandibulaires dans l'arsenal thérapeutique du traitement de l'édentement total. La prothèse à base résine demeure ainsi le traitement de première intention au maxillaire, et de deuxième intention à la mandibule, lorsque le recours à un ancrage implantaire est impossible, ce qui correspond à ce qui a été énoncé au cours du consensus de McGill (2002).

En prothèse complète, il est difficile d'établir des lois et règles conformes aux données avérées de la science, alors même que le résultat dépend en partie de la subjectivité du praticien qui exécute et de celle du patient qui reçoit.

Néanmoins, certains critères de qualité ont reçu un consensus des instances universitaires et d'experts, qui peuvent servir de base à une description précise des paramètres nécessaires pour aboutir à la réussite d'un traitement.

Bien sûr, la prothèse amovible complète a ses limites qu'il convient de connaître pour éviter de promettre l'impossible au patient et de faire face à un échec. Les difficultés rencontrées au quotidien peuvent relever de la méconnaissance partielle d'une technique éprouvée mais aussi du manque d'expérience provenant du faible nombre de cas traités. Le Conseil de l'Ordre fait donc la différence, entre avoir les compétences (savoir agir) et être compétent (pouvoir agir).

L'objectif consiste à réaliser des prothèses destinées à se substituer au mieux, aux organes disparus et à estimer la difficulté de la situation clinique dans tous ses aspects biologiques pour s'assurer de la satisfaction du patient.

Des recommandations pour chaque étape du traitement existent et sont le résultat de groupes de travail de qualité, mais le niveau de preuve trouvée dans la littérature n'est pas incontestable. On établit des « recommandations de bonnes pratiques », suivant la méthode de « recommandations par consensus formalisé ».

3. **Attitudes thérapeutiques des praticiens d’Ile de France : enquête sur les pratiques des praticiens dans la prise en charge d’un patient totalement édenté**

3.1. **Objectifs de l’enquête**

Cette enquête a pour objectif de mieux connaître les pratiques des praticiens face à un patient totalement édenté au maxillaire et/ou à l’arcade mandibulaire.

L’objectif secondaire est de comprendre les raisons évoquées par les praticiens pour orienter leurs propositions thérapeutiques.

3.2. **Matériels et Méthodes**

Cette enquête est descriptive transversale. Elle repose sur les réponses à un questionnaire soumis en ligne à des chirurgiens-dentistes exerçant en Ile-de-France.

Le questionnaire a été envoyé par courriel entre Juillet 2018 et Décembre 2018.

- **Population étudiée**

Les critères d’inclusion des praticiens étaient : chirurgiens-dentistes exerçant en Ile-de-France. Nous avons aussi sollicité les dentistes sur les réseaux sociaux et nous avons envoyé ce questionnaire également aux connaissances professionnelles et personnelles.

8700 chirurgiens-dentistes étant recensés en 2016, avec une marge d’erreur de 5% et un indice de confiance à 95%, la taille de l’échantillon était estimée à 384 personnes. En tenant compte d’une marge de 10% de non-retour des questionnaires, la taille de l’échantillon a été estimée à 422 praticiens.

- **Recueil des données**

Le questionnaire a été réalisé pour qu’on puisse, d’une part caractériser le praticien (connaître son sexe, son âge, son niveau d’études post-universitaires, sa structure d’intervention) et d’autre part, évaluer ses pratiques professionnelles face à un patient totalement édenté.

Le questionnaire comportait deux parties :

- Une première permettant de mieux cerner les caractéristiques de la population interrogée :
 - Sexe,
 - Âge,
 - Année d'obtention du diplôme,
 - Etudes ou formations post-universitaires suivies,
 - Statut juridique,
 - Lieu d'exercice

- Une seconde partie relative aux situations cliniques d'édentement (maxillaire, ou mandibulaire). Nous avons ainsi demandé aux praticiens quel serait leur proposition de traitement en première intention pour un patient présentant un édentement total à l'arcade maxillaire ainsi que ses critères de choix. La même question a été posée pour l'arcade mandibulaire

Nous avons différencié l'arcade maxillaire de l'arcade mandibulaire car les recommandations de bonnes pratiques stipulent deux traitements différents aux deux arcades. Nous voulions donc savoir si c'était également le cas dans la pratique quotidienne des chirurgiens-dentistes.

Sur la base de la clinique, plusieurs critères de choix permettant d'orienter leur pratique ont été proposés. Nous voulions identifier le profil des praticiens, en fonction de leurs choix et des critères de choix avancés.

A l'arcade maxillaire, nous avons ajouté la « dimension financière » comme critère car selon les recommandations de l'HAS (2006), la réalisation d'une prothèse amovible complète conventionnelle doit être envisagée en première intention au maxillaire.

La durée de participation des praticiens au questionnaire était de 5 minutes.

Les données de l'étude ont été recueillies dans le respect de l'anonymat des praticiens, aucune information sur leur identité n'ont été demandée, le questionnaire étant anonyme.

- Analyse statistique

Les réponses aux questions ont été collectées via le site Google Form, puis enregistrées sur Excel. Elles ont été transférées sur le logiciel SPSS afin de réaliser une analyse statistique (test du Chi² de Pearson). Les différences ont été considérées significatives lorsque la valeur p était inférieure à 0,05.

3.3. Résultats

3.3.1. Analyse descriptive

Au total, 2000 praticiens ont donc été sollicités pour répondre à notre questionnaire. 349 praticiens exerçant exclusivement en Ile-de-France ont participé à cette enquête. Le pourcentage de participation au questionnaire est donc estimé à 17,4 %.

3.3.1.1. Caractéristiques de la population interrogée

- Le sexe

Il y avait 194 hommes et 155 femmes. Le rapport femmes/ hommes est égal à 0,80.

| | <u>n</u> | <u>POURCENTAGE</u> |
|---------------------|-------------------|---------------------------|
| <u>HOMME</u> | 194 | 55,6 % |
| <u>FEMME</u> | 155 | 44,4 % |
| <u>TOTAL</u> | <u>349</u> | <u>100 %</u> |

Tableau 1 : Répartition Homme/Femme

- L'âge

Cent seize praticiens avaient entre 20 et 30 ans (33 %), 97 praticiens entre 30 et 40 ans (28%), 40 praticiens entre 40 et 50 ans (12%), 57 praticiens entre 50 et 60 ans (16%) et 36 praticiens plus de soixante ans (10%).

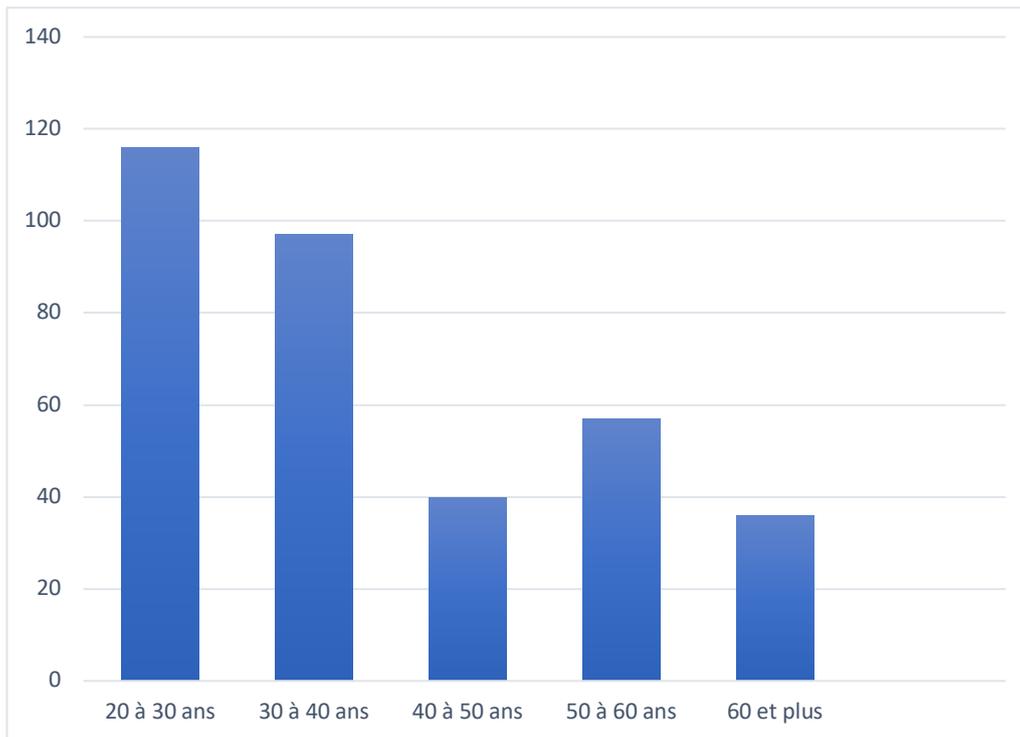


Figure 1 : Age des praticiens interrogés

- **Ancienneté du diplôme**

Cent seize praticiens ont obtenu leur diplôme il y a moins de 5 ans, 40 praticiens l'ont obtenu entre 5 et 10 ans, 72 praticiens l'ont obtenu il y a entre 10 et 20 ans, 45 l'ont obtenu entre 20 et 30 ans, 73 l'ont obtenu depuis plus de 30 ans.

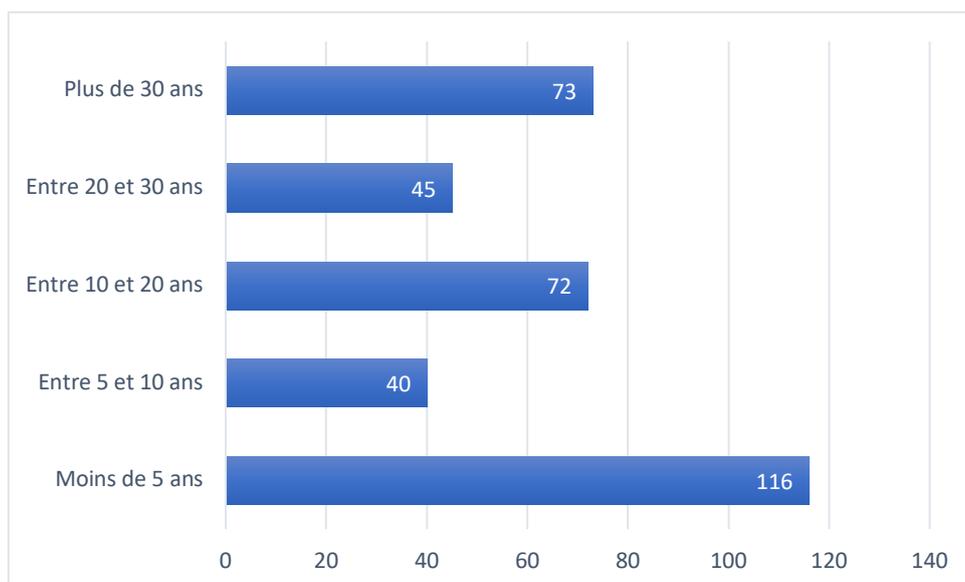


Figure 2 : Ancienneté du diplôme

- **Formation post-universitaire**

114 praticiens (30,5 %) n'avaient aucune formation spécifique, 116 (31,0 %) avaient un diplôme universitaire en implantologie/ chirurgie implantaire/ prothèse sur implant, 112 (29,9 %) avaient au moins une formation privée en implantologie/ chirurgie implantaire/ prothèse sur implant, 19 (5,1 %) avaient un CES de parodontologie ou de prothèse et 9 (1,6%) une formation non liée à la chirurgie ou prothèse.

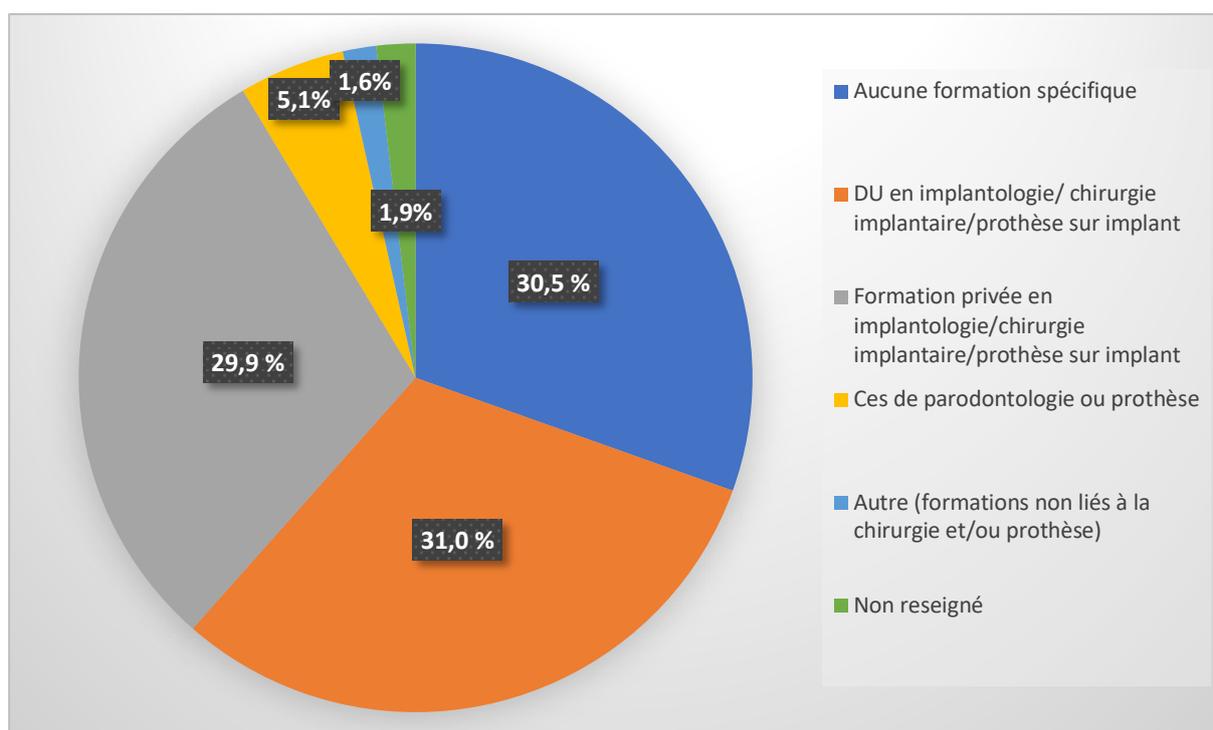


Figure 3 : Formations post-universitaire

- **Statut juridique**

Nous avons distingué trois types de statuts juridiques :

- 182 praticiens (49,9 %) disposaient de leur propre cabinet
- 121 praticiens (33,2 %) étaient collaborateurs libéraux ou associés
- 55 praticiens (15,1 %) étaient salariés.

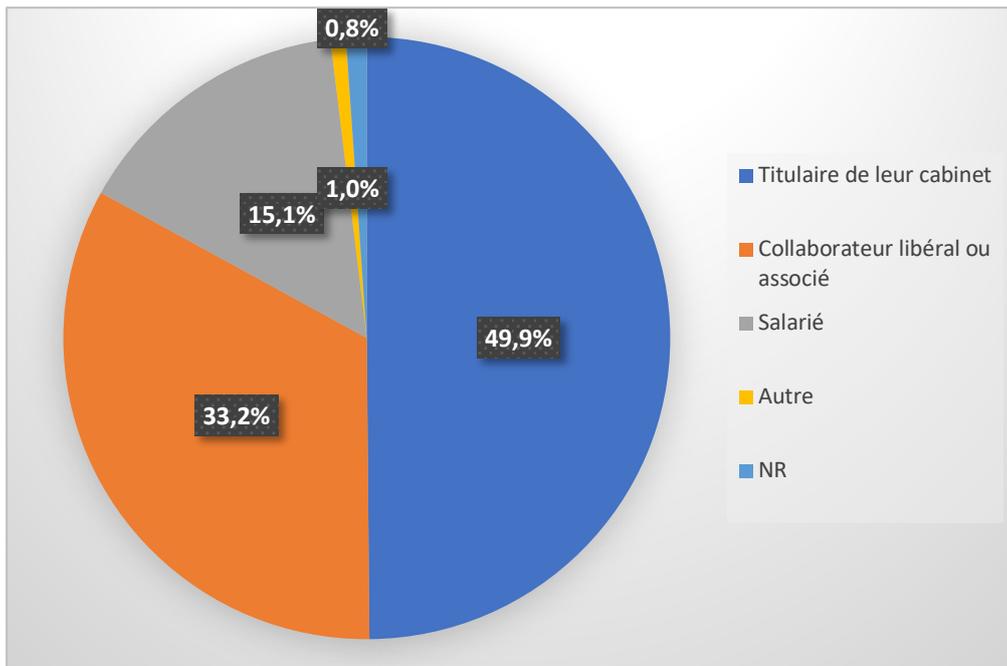


Figure 4 : Statut juridique des praticiens

- **Lieux d'exercice**

Cent quatre praticiens (28,3 %) travaillaient à Paris, 125 (36,0 %) en petite couronne (77, 78, 91, 95) et 132 (34,1 %) en grande couronne (92, 93, 94).

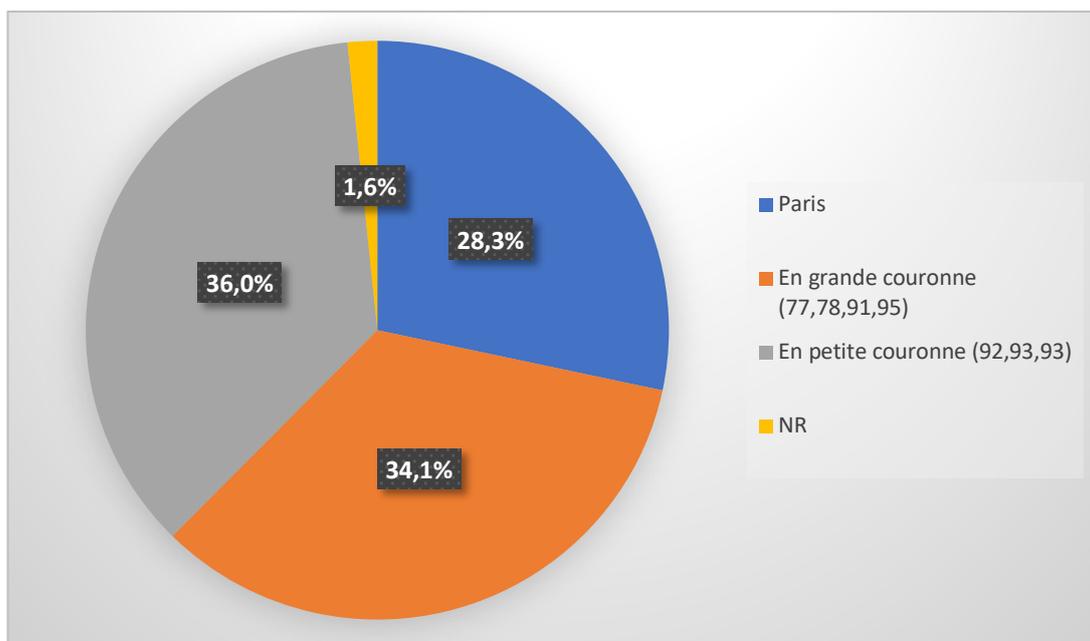


Figure 5 : Lieu d'exercice

3.3.1.2. Attitudes des praticiens face à un patient totalement édenté

- Cas d'un édentement total à l'arcade maxillaire

Deux cent onze praticiens (60,5 %) ont proposé pour une prothèse amovible complète conventionnelle, 52 (14,9 %) une prothèse à complément de rétention implantaire, 92 (26,4 %) une prothèse implanto-portée en première intention. Deux praticiens (0,6 %) ont proposé une « autre » solution prothétique (non détaillée) et un praticien n'a pas répondu à cette question.

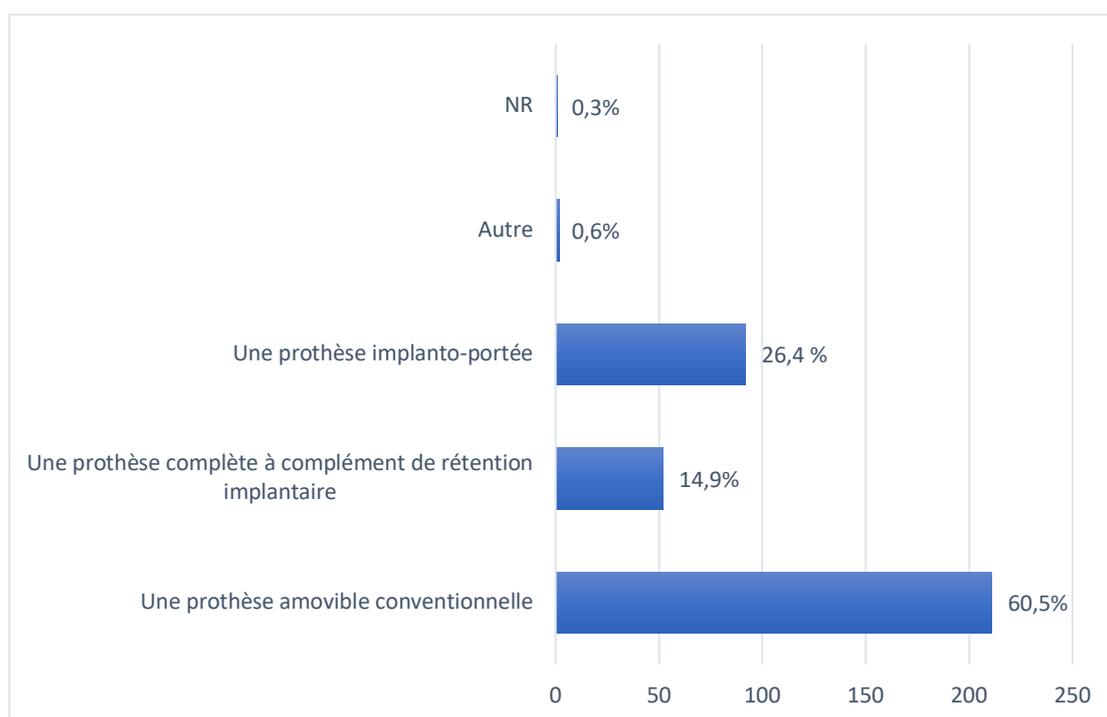


Figure 6 : Solutions thérapeutiques proposées en première intention au maxillaire

Pour orienter leurs propositions, 168 praticiens (48,1 %) ont pris en compte l'âge du patient, 208 (59,6 %) la dimension financière du traitement, 107 (30,7 %) leurs compétences en chirurgie implantaire ou en prothèse sur implant. Cent trente et un praticiens (37,5 %) ont été guidés par leurs habitudes professionnelles, 209 (59,9 %) par les résultats attendus en termes de confort et de stabilité prothétique et enfin 103 (29,5 %) par les recommandations de bonnes pratiques et/ou le consensus de McGill.

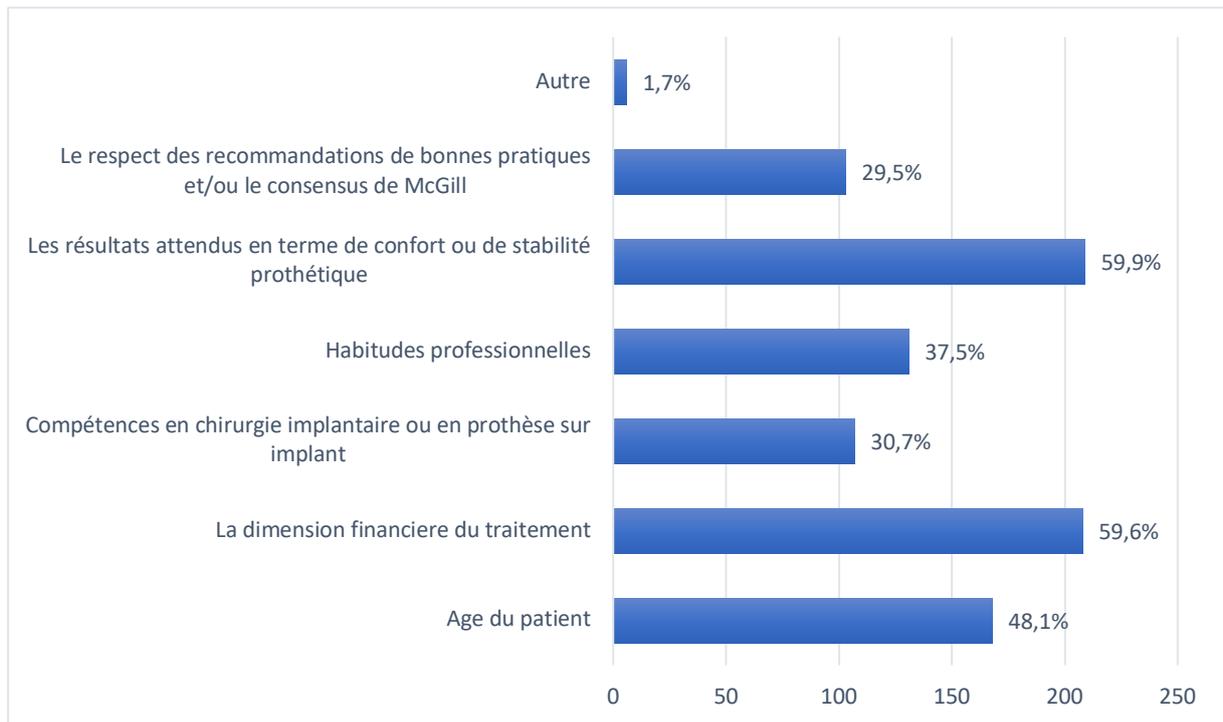


Figure 7 : Critères d'orientation des propositions thérapeutiques au maxillaire

- **Cas d'un édentement total mandibulaire**

Cent sept praticiens (28,2%) proposaient en première intention, une prothèse amovible complète conventionnelle, 165 (45,3 %) une prothèse à complément de rétention implantaire, 101 (26,7 %) une prothèse implanto-portée et 6 (1,6%) une « autre » solution thérapeutique à l'arcade mandibulaire.

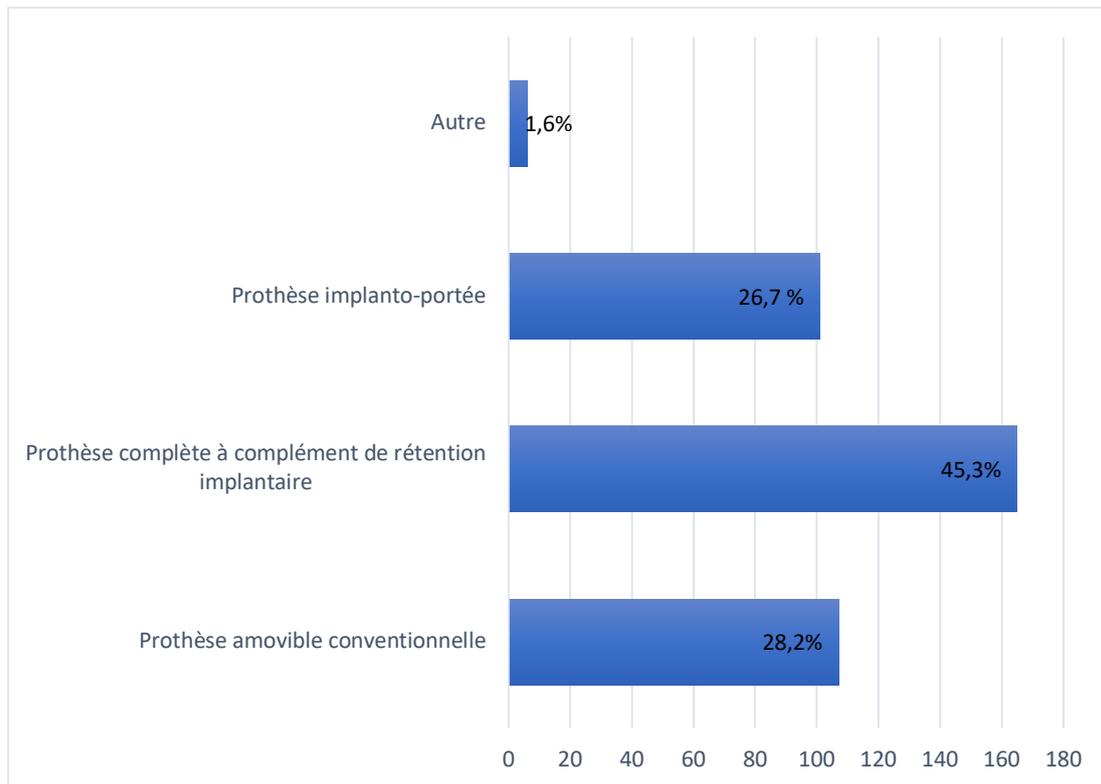


Figure 8 : Solutions thérapeutiques proposées en première intention à l'arcade mandibulaire

Les propositions thérapeutiques étaient orientées par les paramètres liés au patient pour 254 praticiens (72,7 %), par leurs habitudes professionnelles pour 91 praticiens (26,1 %), par leurs compétences en chirurgie implantaire ou en prothèse sur implant pour 123 praticiens (35,2 %), par les résultats attendus en termes de confort et de stabilité prothétique pour 197 praticiens (56,4 %) et enfin par soucis de respecter les recommandations de bonnes pratiques et/ou le consensus de McGill pour 126 praticiens (36,1 %).

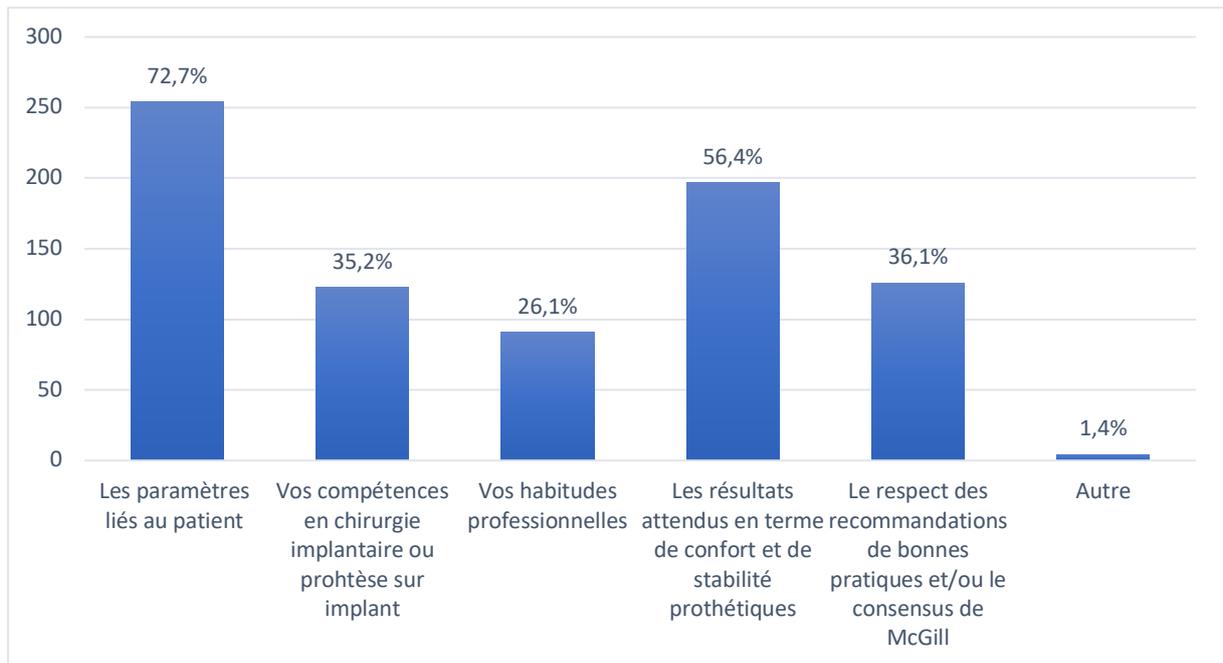


Figure 9 : Critères d'orientation des propositions thérapeutiques à la mandibule

3.3.2. Analyses statistiques

Nous avons comparé la fréquence des solutions thérapeutiques proposées en première intention en ce qui concerne l'arcade maxillaire ou mandibule en fonction des différentes variables liées au praticien (âge, sexe, années du diplôme, niveau de formation post-universitaire, statut juridique, lieu d'exercice).

3.3.2.1. Propositions thérapeutiques à l'arcade maxillaire

- **Sexe**

Les variables « sexe » et « proposition thérapeutique en première intention au maxillaire » étaient significativement liées ($\text{Chi}^2 = 16,6$; $p < 0,05$).

| | Prothèse amovible complète conventionnelle | Prothèse amovible complète à rétention implantaire | Prothèse implanto-portée | Autre | Non répondu | TOTAL |
|--------------|--|--|--------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| Homme | 98 (51,1 %) | 29 (15,1 %) | 63 (32,8%) | 1 (0,5 %) | 1 (0,5 %) | 192 (100%) |
| Femme | 108 (71,1 %) | 19 (12,5 %) | 24 (15,8%) | 1 (0,6 %) | 0 (0,0 %) | 152 (100%) |
| TOTAL | 206 (59,9%) | 48 (13,9 %) | 87 (25,3%) | 2 (0,6 %) | 1 (0,3 %) | 344 (100%) |

Tableau 2 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction du sexe

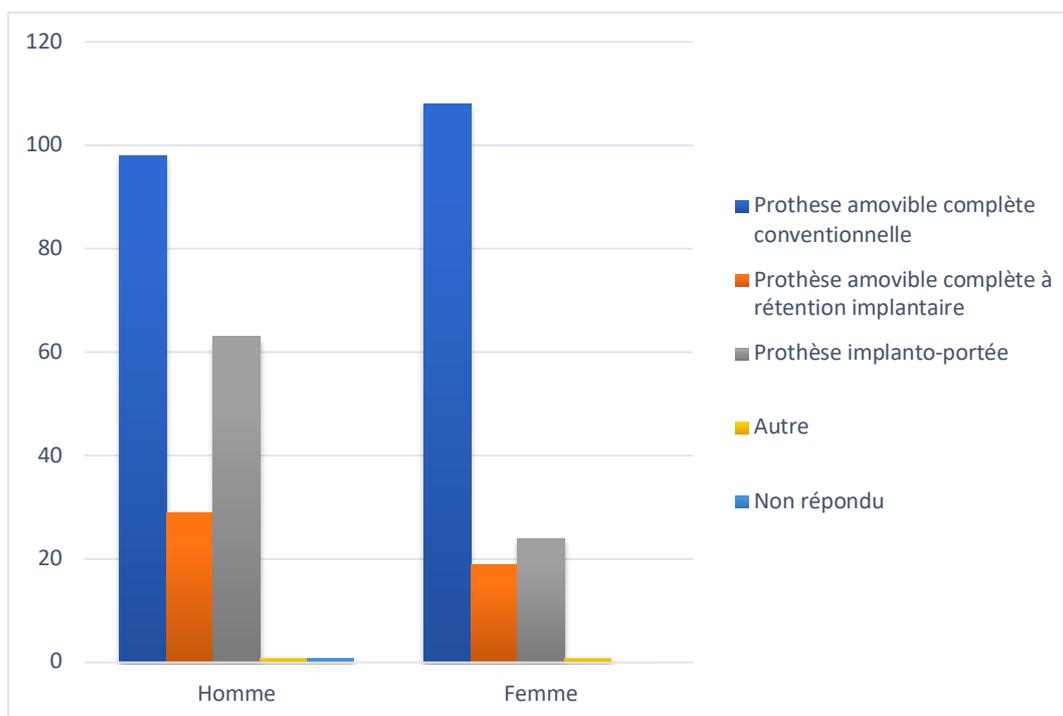


Figure 10 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction du sexe

Les hommes (32,8 %) proposaient plus fréquemment que les femmes (15,8 %) une prothèse implanto-portée en première intention au maxillaire.

- **Formation post-universitaire**

La réalisation du test du Chi² a mis en évidence une dépendance entre la variable « formation post-universitaire » et la variable « proposition thérapeutique en première intention au maxillaire » (Chi²= 67,3 ; p<0,05).

| | Prothèse amovible complète conventionnelle | Prothèse amovible complète à rétention implantaire | Prothèse implantoportée | Autre | Non répondu | TOTAL |
|--|---|---|--------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| Aucune formation spécifique | 83 (74,8 %) | 8 (7,2 %) | 20 (18,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0 %) | 111 (100%) |
| DU en implantologie/prothèse | 55 (47,8 %) | 21 (18,2 %) | 37 (32,2%) | 1 (0,9%) | 1 (0,9%) | 115 (100%) |
| Formation privée en implantologie/prothèse | 52 (55,3 %) | 14 (14,9 %) | 28 (29,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 94 (100%) |
| Ces de parodontologie ou prothèse | 9 (69,2%) | 2 (15,4%) | 2 (15,4%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 13 (100%) |
| Formation non liée à la chirurgie ou prothèse | 2 (50,0%) | 1 (25,0%) | 0 (0,0%) | 1 (25,0%) | 0 (0,0%) | 4 (100%) |
| Non répondu | 5 (71,4 %) | 2 (28,6 %) | 0 (0,0%) | 0(0,0%) | 0 (0,0%) | 7 |
| TOTAL | 206 (59,9%) | 48 (13,9 %) | 87 (25,3%) | 2 (0,6%) | 1 (0,3%) | 344 (100%) |

Tableau 3 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la formation post-universitaire

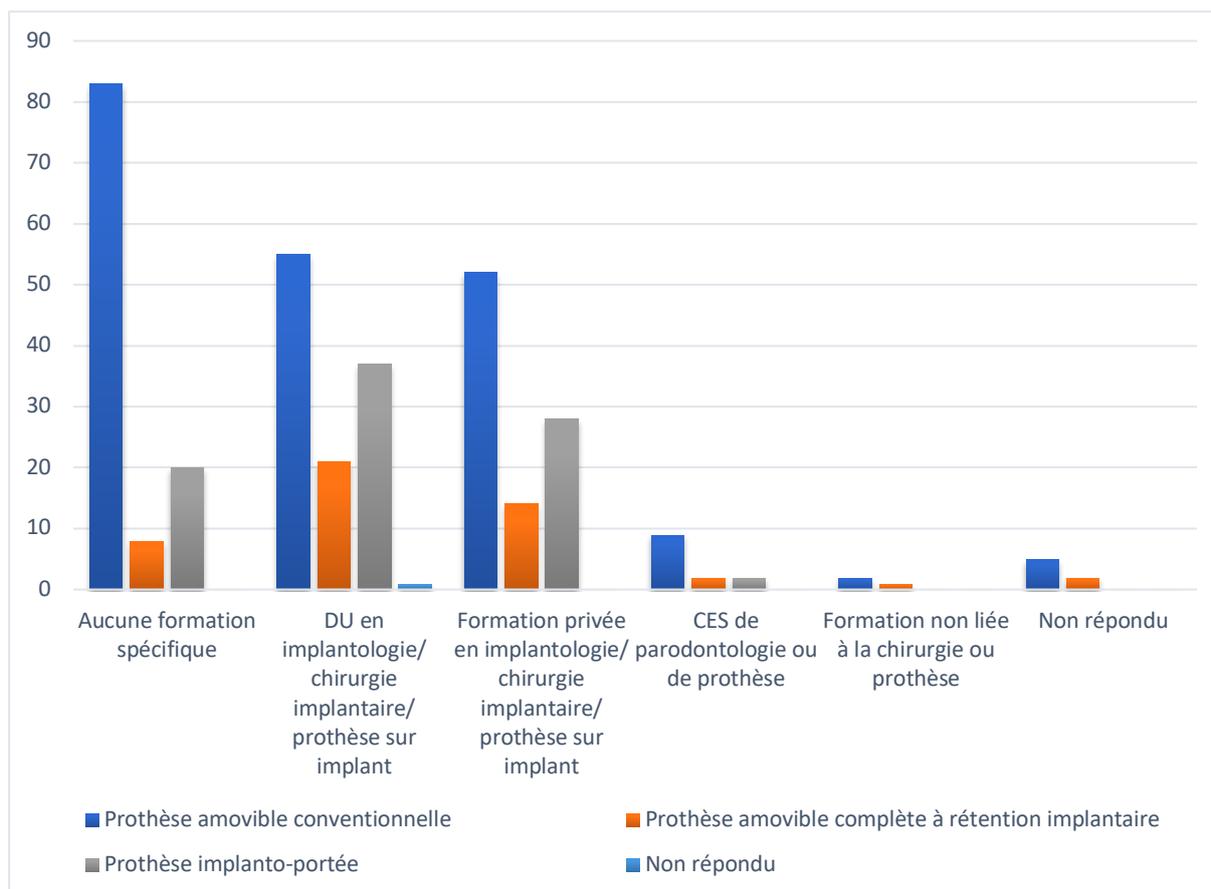


Figure 11 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la formation post-universitaire

Les praticiens n'ayant pas de formation spécifique proposaient plus fréquemment la prothèse amovible complète que les autres catégories de praticiens. Les praticiens ayant une formation, que ce soit un diplôme universitaire ou une formation privée en lien avec la prothèse et/ ou l'implantologie proposaient plus fréquemment une prothèse implanto-portée que les praticiens sans formations spécifique.

Le test de Chi² n'a pas permis de mettre en évidence une relation significative entre les variables « âge », « ancienneté du diplôme », « statut juridique », « lieu d'exercice », et la variable « proposition thérapeutique en première intention au maxillaire ».

- **Critères orientant les praticiens dans leurs propositions thérapeutiques au maxillaire**

Nous avons comparé les critères orientant les praticiens pour les propositions thérapeutiques au maxillaire.

Les critères « habitudes professionnelles » et « résultats attendus en terme de confort et stabilité prothétique » étaient significativement liés avec les propositions thérapeutiques.

(Chi²=13,4 ; p< 0,05)

| | Praticiens n'ayant pas coché « habitudes professionnelles » | Praticiens ayant cochés « habitudes professionnelles » | Total |
|---|--|---|--------------------|
| Prothèse amovible complète conventionnelle | 114 (55,3 %) | 92 (44,7 %) | 206 (100 %) |
| Prothèse amovible complète à rétention implantaire | 39 (81,3 %) | 9 (18,7%) | 48 (100%) |
| Prothèse implantoportée | 59 (67,9 %) | 28 (32,2%) | 87 (100 %) |
| Autre | 1 (50,0 %) | 1 (50,0 %) | 2 (100 %) |
| Non répondu | 1 (100 %) | 0 (0,0 %) | 1 (100 %) |
| Total | 214 (62,2 %) | 130 (37,8 %) | 344 (100 %) |

Tableau 4 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la référence aux habitudes professionnelles

(Chi²= 35,1 ; p<0,05)

| | Praticiens n'ayant pas coché « résultats attendus en termes de confort et stabilité prothétique » | Praticiens ayant cochés « résultat attendus en termes de confort et stabilité prothétique » | Total |
|---|--|--|--------------------|
| Prothèse amovible complète conventionnelle | 107 (51,9 %) | 99 (48,1 %) | 206 (100%) |
| Prothèse amovible complète à rétention implantaire | 8 (16,7%) | 40 (85 %) | 48 (100 %) |
| Prothèse implanto-portée | 21 (24,1 %) | 66 (75,9 %) | 87 (100 %) |
| Autre | 0 (0,0%) | 2 (100 %) | 2 (100 %) |
| Non répondu | 1 (100 %) | 0 (0,0 %) | 1 (100 %) |
| Total | 137 (39,8 %) | 207 (60,2 %) | 344 (100 %) |

Tableau 5 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la référence aux résultats attendus en termes de confort et stabilité prothétique

La majorité (85 %) des praticiens qui proposaient une prothèse amovible complète à rétention implantaire le faisaient en évoquant les résultats attendus en termes de confort et de stabilité.

3.3.2.2. Propositions thérapeutiques à l'arcade mandibulaire

- Sexe

La variable « sexe » était significativement liée à la variable « proposition thérapeutique en première intention au mandibulaire » ($\chi^2 = 10,6$; $p < 0,05$).

| | Prothèse amovible complète conventionnelle | Prothèse amovible complète à rétention implantaire | Prothèse implanto-portée | Autre | TOTAL |
|--------------|---|---|---------------------------------|------------------|-------------------|
| Homme | 42 (23,4 %) | 78 (43,3 %) | 58 (32,2%) | 2 (1,1 %) | 180 (100%) |
| Femme | 48 (32,7 %) | 69 (46,9 %) | 26 (17,7%) | 4 (2,7 %) | 147 (100%) |
| TOTAL | 90 (27,5%) | 147 (45,0 %) | 84 (25,7%) | 6 (1,8 %) | 327 (100%) |

Tableau 6 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction du sexe

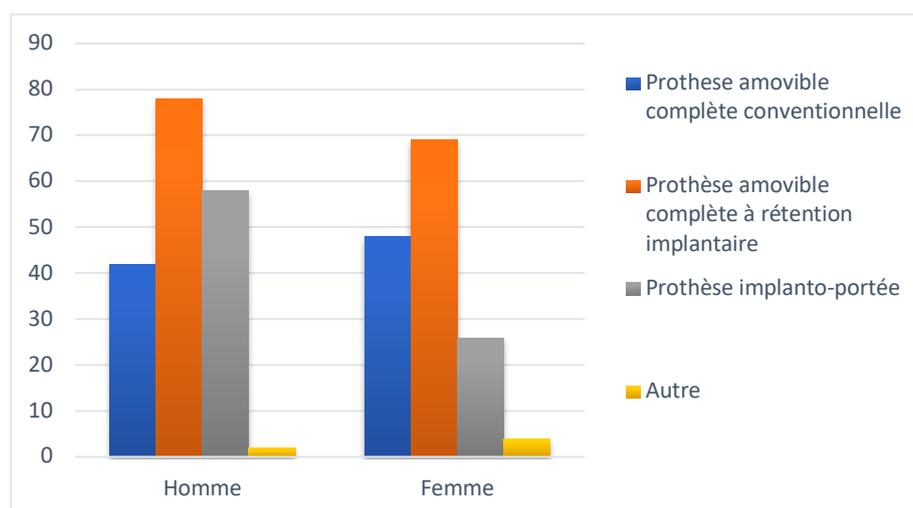


Figure 12 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction du sexe

Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à proposer en première intention une prothèse amovible complète à rétention implantaire.

- Age

Les variables « proposition thérapeutique en première intention au mandibulaire » et « âge » étaient significativement liées ($\text{Chi}^2= 38,4$; $p < 0,05$).

| | Prothèse amovible complète conventionnelle | Prothèse amovible complète à rétention implantaire | Prothèse implanto- portée | Autre | TOTAL |
|---------------------------|---|---|--|---------------------|-----------------------|
| 20 à 30 ans | 39 (36,5 %) | 49 (45,8 %) | 18 (16,8%) | 1 (0,9%) | 107 (100%) |
| 30 à 40 ans | 9 (10,0 %) | 50 (55,6 %) | 28(31,1 %) | 3 (3,3 %) | 90 (100%) |
| 40 à 50 ans | 5 (13,5 %) | 17 (45,9 %) | 14 (37,9%) | 1 (2,7 %) | 37 (100%) |
| 50 à 60 ans | 19 (34,5%) | 19 (34,5%) | 16 (29,1%) | 1 (1,2%) | 55 (100%) |
| Plus de 60 ans | 17 (48,6%) | 10 (28,6%) | 8 (22,8 %) | 0 (00%) | 35 (100%) |
| Non répondu | 1 (33,3 %) | 2 (66,7 %) | 0 (0,0%) | 0(0,0%) | 3 (100 %) |
| TOTAL | 90 (27,5%) | 147 (45,0%) | 84 (25,7%) | 6 (1,8%) | 327 (100%) |

Tableau 7 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'âge

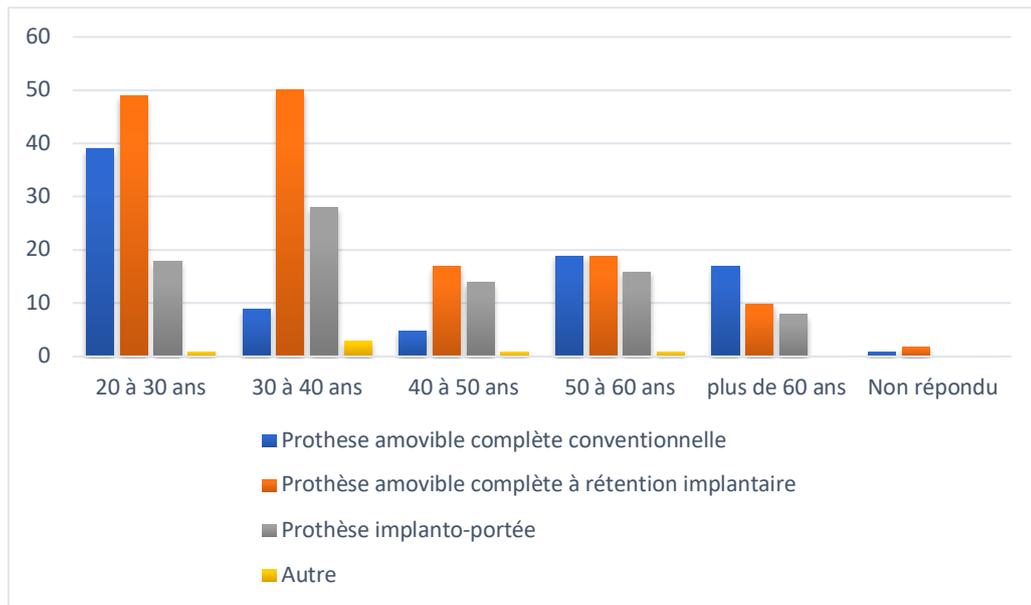


Figure 13 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'âge

- Les jeunes praticiens (entre 20 et 30 ans) choisissaient plus fréquemment une prothèse amovible complète à rétention implantaire ou une prothèse amovible complète conventionnelle que les autres classes d'âge.
- Entre 30 et 50 ans, les praticiens étaient plus nombreux à choisir une prothèse amovible complète à rétention implantaire ou une prothèse implanto-portée que les autres classes d'âge.
- Après 60 ans, la prothèse complète amovible conventionnelle constituait la proposition de première intention pour la majorité des praticiens.

- **Ancienneté du diplôme**

La variable « proposition thérapeutique en première intention au mandibulaire » était significativement liée à l'ancienneté du diplôme ($\text{Chi}^2= 39,7$; $p < 0,05$).

| | Prothèse amovible complète conventionnelle | Prothèse amovible complète à rétention implantaire | Prothèse implanto- portée | Autre | TOTAL |
|---------------------------|---|---|--|---------------------|-----------------------|
| Moins de 5 ans | 39 (36,8 %) | 48 (45,3%) | 18 (17,0%) | 1 (0,9%) | 106 (100%) |
| 5 à 10 ans | 5 (14,7 %) | 20 (58,8 %) | 7 (20,6 %) | 2 (5,9 %) | 34 (100%) |
| 10 à 20 ans | 5 (7,2 %) | 36 (52,2 %) | 26 (37,7%) | 2 (2,9 %) | 69 (100%) |
| 20 à 30 ans | 11 (25,0%) | 19 (43,2 %) | 14 (31,8%) | 0 (0,0%) | 44 (100%) |
| Plus de 30 ans | 29 (40,8%) | 22 (31,0%) | 19 (26,8 %) | 1 (1,4 %) | 71 (100%) |
| Non répondu | 1 (33,3 %) | 2 (66,7 %) | 0 (0,0%) | 0(0,0%) | 3 (100 %) |
| TOTAL | 90 (27,5%) | 147 (45,0%) | 84 (25,7%) | 6 (1,8%) | 327 (100%) |

Tableau 8 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'ancienneté du diplôme

Les praticiens diplômés depuis moins de 30 ans proposaient plus fréquemment en première intention une prothèse amovible complète à rétention implantaire. Les praticiens diplômés depuis plus de 30 ans étaient plus nombreux à proposer une prothèse amovible complète en première intention.

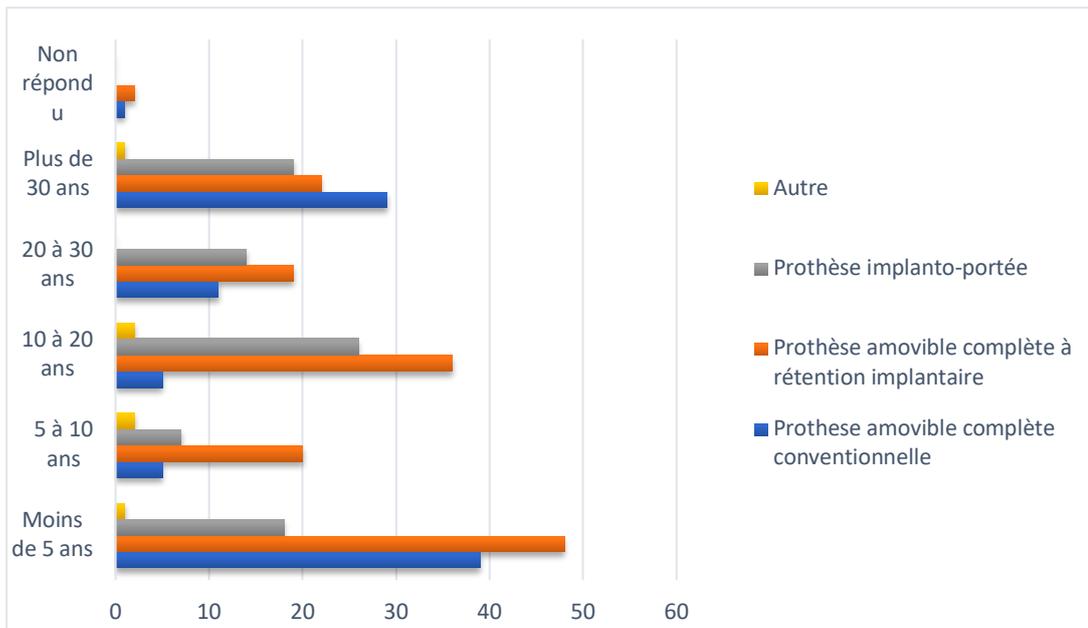


Figure 14 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'ancienneté du diplôme

- **Formations post-universitaires**

La réalisation du test du Chi² a également mis en évidence une relation significative entre les variables « formation post-universitaire » et « proposition thérapeutique en première intention à la mandibule » (Chi²= 63,8 ; p<0,05).

| | Prothèse amovible complète conventionnelle | Prothèse amovible complète à rétention implantaire | Prothèse implanto- portée | Autre | TOTAL |
|--|---|---|--|---------------------|-----------------------|
| Aucune formation spécifique | 47 (43,1 %) | 42 (38,5 %) | 18 (16,5%) | 2 (1,8%) | 109 (100%) |
| DU en implantologie/ prothèse | 13 (11,8 %) | 48 (43,6 %) | 46 (41,8%) | 3 (2,7%) | 110 (100%) |
| Formation privée en implantologie/prothèse | 21 (23,9 %) | 47 (53,4 %) | 20 (22,7%) | 0 (0,0%) | 88 (100%) |
| Ces de parodontologie ou prothèse | 6 (60,0%) | 4 (40,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 10 (100%) |
| Formation non liée à la chirurgie ou prothèse | 2 (50,0%) | 1 (25,0%) | 0 (0,0%) | 1 (25,0%) | 4 (100%) |
| Non répondu | 1 (16,7 %) | 5 (83,3 %) | 0 (0,0%) | 0(0,0%) | 6 (100%) |
| TOTAL | 90 (27,5%) | 147 (45,0%) | 84 (25,7%) | 6 (1,8%) | 327 (100%) |

Tableau 9 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la formation post-universitaire

La prothèse amovible complète était plus fréquemment proposée en première intention par les praticiens n'ayant pas de formation spécifique, une formation non liée à l'implantologie ou à la prothèse, ou un CES. La prothèse amovible complète à rétention implantaire était plus fréquemment proposée en première intention par les praticiens ayant un diplôme universitaire ou une formation privée en implantologie/prothèse..

Le test du Chi2 n'a pas permis de mettre pas en évidence de relation significative entre la variable « proposition thérapeutique en première intention au mandibulaire » et les variables « lieu d'exercice » et « statut juridique ».

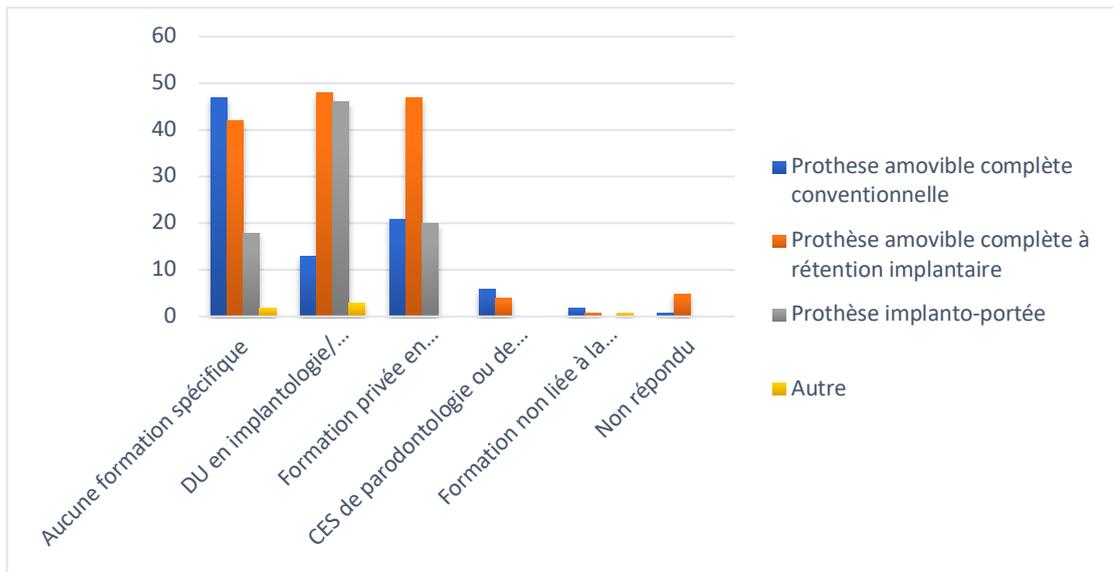


Figure 15 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la formation post-universitaire

- **Critères orientant les praticiens dans leurs propositions thérapeutiques à la mandibule**

Nous avons également comparé les critères d'orientation des praticiens avec leurs propositions thérapeutiques à la mandibule.

Les critères « paramètres liés au patient », « compétences en chirurgie implantaire et prothèse sur implant », « habitudes professionnelles », « résultats attendus en terme de confort et stabilité prothétique » et « le respect des recommandations bonnes pratiques et/ou le consensus de McGill » étaient significativement liés aux propositions thérapeutiques.

Chi²= 23,0 ; p<0,05

| | Praticiens n'ayant pas coché « paramètres liés au patient » | Praticiens ayant cochés « paramètres liés au patient » | Total |
|---|--|---|--------------------|
| Prothèse amovible complète conventionnelle | 41 (45,6 %) | 49 (54,4 %) | 90 (100%) |
| Prothèse amovible complète à rétention implantaire | 26 (17,7%) | 121 (82,3 %) | 147 (100 %) |
| Prothèse implanto-portée | 20 (23,8 %) | 64 (76,2 %) | 84 (100 %) |
| Autre | 1 (16,7%) | 5 (83,3 %) | 6 (100 %) |
| Total | 88 (27,0 %) | 239 (73,0 %) | 327 (100 %) |

Tableau 10 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux paramètres du patient

La majorité des praticiens qui proposaient une prothèse amovible complète à rétention implantaire ou une prothèse implanto-portée indiquaient le faire en fonction des paramètres liés au patient.

Chi²= 25,7 ; p<0,05

| | Praticiens n'ayant pas coché « Compétences en chirurgie implantaire ou en prothèse sur implant» | Praticiens ayant cochés « Compétences en chirurgie implantaire ou en prothèse sur implant» | Total |
|---|---|--|--------------------|
| Prothèse amovible complète conventionnelle | 52 (57,8 %) | 38 (42,2 %) | 90 (100%) |
| Prothèse amovible complète à rétention implantaire | 113 (76,9 %) | 34 (23,1 %) | 147 (100 %) |
| Prothèse implanto-portée | 38 (45,2 %) | 46 (54,8 %) | 84 (100 %) |
| Autre | 5 (83,3%) | 1 (16,7 %) | 6 (100 %) |
| Total | 208 (63,6 %) | 119 (36,4 %) | 327 (100 %) |

Tableau 11 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux compétences du praticien

42,2 % des praticiens proposaient une prothèse amovible complète conventionnelle en première intention en se référant à une absence de compétence en chirurgie implantaire. A l'opposé, les compétences dans ce domaine étaient évoquées par 54,8 % des praticiens qui proposaient une prothèse implanto-portée.

Chi²= 40,8 ; p<0,05

| | Praticiens n'ayant pas coché « habitudes professionnelles » | Praticiens ayant cochés « habitudes professionnelles» | Total |
|---|--|--|--------------------|
| Prothèse amovible complète conventionnelle | 46 (51,1 %) | 44 (48,9 %) | 90 (100%) |
| Prothèse amovible complète à rétention implantaire | 130 (88,4 %) | 17 (11,6 %) | 147 (100 %) |
| Prothèse implanto-portée | 61 (72,7 %) | 23 (27,3 %) | 84 (100 %) |
| Autre | 5 (83,3%) | 1 (16,7 %) | 6 (100 %) |
| Total | 242 (74,0 %) | 85 (26,0 %) | 327 (100 %) |

Tableau 12 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux habitudes professionnelles

La moitié des praticiens proposant des prothèses amovibles complètes conventionnelles justifient leur choix par leurs habitudes professionnelles.

La majorité des praticiens ayant recours à une thérapeutique faisant appel aux implants ne se réfèrent pas à leurs habitudes professionnelles pour orienter leurs propositions.

Chi²= 89,7 ; p<0,05

| | Praticiens n'ayant pas coché « Résultats attendus en termes de confort ou de stabilité prothétique» | Praticiens ayant cochés « Résultats attendus en termes de confort ou de stabilité prothétique» | Total |
|---|--|---|--------------------|
| Prothèse amovible complète conventionnelle | 80 (88,9 %) | 10 (11,1 %) | 90 (100%) |
| Prothèse amovible complète à rétention implantaire | 41 (27,9 %) | 106 (72,1 %) | 147 (100 %) |
| Prothèse implanto-portée | 30 (35,7 %) | 54 (64,3 %) | 84 (100 %) |
| Autre | 2 (33,3%) | 4 (66,7 %) | 6 (100 %) |
| Total | 153 (46,8 %) | 174 (53,2 %) | 327 (100 %) |

Tableau 13 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux résultats attendus

On remarque que les praticiens proposant une prothèse amovible complète conventionnelle en première intention à la mandibule ne se préoccupaient pas des résultats attendus en termes de confort et/ou stabilité prothétique.

En revanche, la majorité des praticiens proposant une prothèse amovible à rétention implantaire le faisaient en référence aux résultats attendus en termes de confort et/ou de stabilité prothétique.

Chi²= 67,4 ; p<0,05

| | Praticiens n'ayant pas coché « Le respect des recommandations bonnes pratiques et/ou le consensus de McGill» | Praticiens ayant coché « Le respect des recommandations bonnes pratiques et/ou le consensus de McGill» | Total |
|---|---|---|--------------------|
| Prothèse amovible complète conventionnelle | 86 (95,6 %) | 4 (4,4 %) | 90 (100%) |
| Prothèse amovible complète à rétention implantaire | 63 (42,9 %) | 84 (57,1 %) | 147 (100 %) |
| Prothèse implanto-portée | 55 (65,5 %) | 29 (34,5 %) | 84 (100 %) |
| Autre | 3 (50,0%) | 3 (50,0 %) | 6 (100 %) |
| Total | 207 (63,3 %) | 120 (36,7 %) | 327 (100 %) |

Tableau 14 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux recommandations

La grande majorité des praticiens proposant une prothèse amovible conventionnelle à la mandibule en première intention ou une prothèse implanto-portée ne faisaient pas référence aux recommandations nationales ou internationales.

En revanche, une majorité de praticiens proposant une prothèse amovible à rétention implantaire le faisaient en référence à ces recommandations.

3.4. Discussion

Au maxillaire, les praticiens proposaient majoritairement une prothèse amovible complète conventionnelle (60,5 %). En revanche, à la mandibule, la majorité des praticiens proposaient une prothèse amovible complète à complément de rétention implantaire (47,3 %).

Ces données montrent que les habitudes professionnelles des praticiens sont en accord avec les recommandations nationales et internationales pour la majorité des praticiens. Elles suggèrent également que près d'un tiers des praticiens interrogés ne suivent pas les recommandations nationales et internationales en ce qui concerne le traitement de l'édentement mandibulaire et ce, 17 ans après l'édition du premier consensus international.

Ces données interrogent ensuite sur les motivations des praticiens à proposer une solution en désaccord avec les recommandations nationales et internationales. Les propositions faites par les praticiens semblent dépendantes de paramètres personnels (sexe, formation...) autant que des paramètres cliniques (patient).

Au maxillaire, 32,8 % des hommes proposent une prothèse implanto-portée contre 15,8 % des femmes. A la mandibule, les hommes proposent d'abord des prothèses faisant appel à des implants alors que les femmes proposent en première intention une prothèse à complément de rétention implantaire, ou une prothèse amovible complète conventionnelle, et plus rarement une prothèse implanto-portée.

A la mandibule, il semble que l'âge et les propositions thérapeutiques soient étroitement liés. Si les solutions faisant appel aux implants sont privilégiées en première intention entre 20 et 60 ans, on constate que les praticiens âgés de plus de 60 ans proposent en première intention une prothèse amovible complète conventionnelle. On pourrait alors émettre l'hypothèse que les praticiens un plus âgés sont ancrés dans leurs habitudes professionnelles et que malgré l'essor de l'implantologie à partir des années 80, le recours aux implants n'est toujours pas abordé en routine au cabinet dentaire, en particulier pour les praticiens qui n'ont pas reçu cette formation au cours de leur cursus de formation initial.

A la mandibule, on remarque aussi que les praticiens ayant obtenu leur diplôme depuis moins de 5 ans proposent en majorité une prothèse amovible complète à complément de rétention implantaire et qu'un nombre important d'entre eux propose une prothèse amovible complète conventionnelle (36,8 %). Les praticiens diplômés depuis 5 ans et plus semblent sensibles aux recommandations nationales et internationales et proposent en première intention une prothèse amovible complète à complément de rétention implantaire. En revanche, passé 30 ans d'activité professionnelle, la majorité des praticiens proposent la réalisation d'une prothèse amovible complète conventionnelle en première intention. L'âge et la date

d'obtention du diplôme semblent donc des facteurs déterminants dans la prise en charge d'un patient totalement édenté à la mandibule.

L'ensemble de ces données laissent finalement penser que ce sont majoritairement les praticiens très jeunes ou les praticiens plus âgés et les praticiens n'ayant fait aucune formation spécifique post-universitaire qui proposent en première intention, une prothèse amovible complète traditionnelle à la mandibule.

Au maxillaire, les praticiens n'ayant fait aucune formation post-universitaire ont tendance, pour la très grande majorité, à proposer une prothèse amovible complète conventionnelle en première intention. Aussi, les praticiens ayant fait des formations ou DU en implantologie proposent d'abord la prothèse amovible complète conventionnelle, mais le taux de proposition implantaire reste important. On peut donc en déduire que les formations post-universitaires ont un impact limité en ce qui concerne l'arcade maxillaire.

A la mandibule au contraire, les praticiens n'ayant fait aucune formation en rapport à l'implantologie proposent majoritairement une prothèse amovible complète, tandis que ceux ayant fait un DU proposent en grande majorité, une prothèse à complément implantaire suivi d'une prothèse implanto-portée. On remarque également que 42,2% des praticiens qui proposent une prothèse amovible complète conventionnelle en première intention à la mandibule le font par manque de compétences en chirurgie implantaire. On pourrait alors supposer que les praticiens qui n'ont pas de diplôme relatif à l'implantologie ou prothèse sur implants soient moins enclins à proposer une prothèse faisant appel à des implants, peut-être par manque de compétences en ce qui concerne la partie chirurgicale et/ou prothétique.

Au regard de l'analyse des devoirs du praticien face à un patient totalement édenté, ces données soulèvent enfin la question des sanctions en cas de litiges associés au non-respect des recommandations (données acquises de la science).

4. Conclusion

Près de 17 ans après le premier consensus concernant la prise en charge d'un édentement total, les praticiens semblent tenir compte des recommandations nationales et internationales dans leurs pratiques professionnelles. Toutefois, 30 % des praticiens proposent en première intention, une prothèse amovible complète conventionnelle à la mandibule alors que celle-ci

semble obsolète au regard des données acquises de la science. Ceux-ci n'ont pas suivi de formation post-universitaire et sont généralement âgés de plus de 60 ans, mais peuvent également être récemment diplômés. Pour réduire ce pourcentage chez les plus jeunes d'entre eux, l'accent pourrait être porté sur une formation pratique en implantologie et prothèses, faisant appel aux implants au cours de la formation initiale, pour qu'en sortant de la faculté, ils puissent mettre en pratique ces recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

Alfadda SA, Attard N, David LA. Five-year clinical results of immediately loaded dental implants using mandibular overdentures. *Int J Prosthodont.* 2009;22(4):368-7.

Bery A. le contrat de soins. Paris : SID ; 1997

Béry A, Delprat L Droits et obligations du chirurgien-dentiste Héricy : Editions du Puits Fleuri; 2006.

Boiteux JP, Ruel-Kellerman, M. et al. Les bonnes pratiques générales et particulières de l'approche globale du patient. [Internet] Quintessence du Congrès ADF 2003. Disponible sur: http://www.adf.asso.fr/cfm/sitethesaurusdetail_conference.cfm rubrique_origine=47&conference=81/2003.

Bourgeois D, Berger P, Hescot P, Leclercq MH, Doury J. Oral health status in 65-74 years old adults in France. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1999;(47):55-59.

Braud A, Hüe O, Berteretche MV. Doléances en prothèse complète. *Encycl Med Chir – Odontologie.* 2007:[23-325-G-15].

Braud A, Berteretche MV. Suivi clinique et maintenance des Prothèses Amovibles Complètes. *Les Cahiers de Prothèse.* 2014;166:35-45.

Budtz-Jorgensen E, Mojon P. Épidémiologie de l'édentement total. *Real Clin.* 1997;8(4):359-67.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés, Direction Déléguée aux Risques, Direction du service médical, Pôle nomenclature-département dentaire. Fréquence des actes bucco-dentaires selon les libellés de la classification commune des actes médicaux. Paris: CNAMTS; 2003.

Daval-Arnould D. La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière de la loi du 4 mars 2002 [Internet]. *courdecassation.fr.* 2019 Disponible sur : www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2002_140/deuxieme_partie_tudes_documents_143/tudes_theme_responsabilite_145/professionnels_sante_6115.html

Dada K, Daas M, Esthétique et implants pour l'édenté complet maxillaire. Paris : Quintessence International; 2011.

Dada K, Daas M, Postaire M. Implantologie et édentement complet. *Inf Dent.* 2012;(32): 01-117.

Duhamel J.C. Les obligations en matière de devis. Lettre de l'Ordre nationale des Chirurgiens-Dentistes. 2000; 21:25.

Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology*. 2002;19(1):3-4.

Feine JS, Carlsson GE. *Implant overdentures, the standard for edentulous patients*. Chicago: Quintessence Books; 2003.

Fouilloux I. Prothèse amovible versus prothèse fixe implanto-portée : Quelles indications ? *Real Clin*. 2007;18(3):263-74.

Fraser McCord J, Smith P, Grey N. *Treatment of edentulous patients*. Londres: Churchill Livingstone ; 2004.

Haute Autorité de santé (HAS). Pose d'une prothèse amovible définitive complète [Internet]. [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr).2006 [consulté le 16 fevrier 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleHAS/custom/privateLoginHAS.jsp?redirect=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fportail%2Fjcms%2Fr_1498688%2Fen%2Fpose-d-une-prothese-amovible-de-transition-complete-unimaxillaire-a-plaque-base-resine%3FforceMobile%3Dfalse%26amp%3Bpreview%3Dtrue

Hescot P, Bourgeois D, Doury J. Oral health in 35-44 year old adults in France. *Int Dent J*. 1997;(47):94-9

Komagamine Y, Kanazawa M, Sasaki Y, Sato Y, Minakuchi S. Prognoses of new complete dentures from the patient's denture assessment of existing dentures. *Clin Oral Investig*. 2017;(21):1495-501.

Kutkut A, Bertoli E, Frazer R, Pinto-Sinai G, Fuentealba Hidalgo R, Studts J. A systematic review of studies comparant conventionnel complete denture and implant retained overdenture. *J Prosthodont Res*. 2018;62(1):1-9.

Missika P, Rahal B. *Droit et chirurgie dentaire, prévention, expertises et litiges*. Rueil-Malmaison : JPIO ; 2006

Moutel G, Sfez L, Godeau P, Herve C. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients : l'an 1 de la démocratie sanitaire ? *Le Courrier de l'éthique médicale*. 2002,2:45-9.

Nossintchouk R. *Le consentement éclairé. Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire*. Paris : Editions CdP ;1998.

Nossintchouk R. *Maitrise thérapeutique et information du patient : une synergie de la responsabilité*. *Chir Dent Fr*. 2005;1212:33-6.

Philippe J. *Le Chirurgien-Dentiste ou Traité des Dents de Pierre Fauchard. Une comparaison des trois éditions*. *Rev Soc Fr Hist Art Dent*, 2011;(16):37-40.

Pompignoli M, Doukhan JY, Raux D. Prothèse complète, clinique et laboratoire. Rueil-Malmaison : Éditions Cdp ; 2011.

Postaire M, Daas M, Dada K. Prothèse et implants pour l'édenté complet mandibulaire. Paris : Quintessence International ; 2006.

Mutuelle d'assurances du corps de santé français (MACSF). Rapport annuel sur le risque de santé : les chirurgiens-dentistes [Internet]. 2017 [consulté le 28 Février 2019]. Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/Risque-des-professions-de-sante/Chirurgiens-dentistes>.

Roe P, Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Immediate loading of unsplinted implants in the anterior mandible for overdentures : 3-year results. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2011; 26(6):1296-302.

Sabek M. Les responsabilités du chirurgien-dentiste. Bordeaux : Les études hospitalières ; 2003.

Sabek M. Conception prothétique, quel résultat? *Inf Dent*. 2005;6:327-30.

Seung S, Jeong-Ho Y, Sung-Geun K, Byoungkyou P, Yeek H, Jong-Hyuk C. Survival of 352 titanium implants placed in 181 patients : a 4-year multicenter field study. *J Periodontal Implant Sci*. 2014;44(1):8-12.

Slaoui Hasnaoui J, Fromentin O. La satisfaction du patient et la prothèse amovible complète. *Rev Odont Stomat*. 2011;40:3-16.

Tamburini S. Conception et pose d'une prothèse dentaire : une obligation de moyens pour le chirurgien-dentiste [Internet]. 2016 [Consulté le 20 Décembre 2018]. Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/conception-et-pose-prothese-dentaire#2>).

Thomason JM, Feine JS, Exley C, Moynihan P, Müller P, Naert I et al. Mandibular two implants supported overdentures, as the first choice standard of care for edentulous patients – The York Consensus statement. *Br Dent J*. 2009; 207(4):185-6.

Vassal JP. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. Paris : SNPMD ; 2003.

Vassal JP. Droit à l'information du patient. *Inf Dent*. 2008;90(3):96-7.

Veyrune JL, Tubert-Jeannin S, Dutheil C, Riordan PJ. Impact of new protheses on the oral health related quality of life of edentulous patient. *Gerodontology*. 2005;22(1):3-9.

Walton JN, MacEntee ML. Choosing or refusing oral implants : a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. *Int J Prosthodont*. 2005; 18(6):483-8

Table des illustrations

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Age des praticiens interrogés..... | 30 |
| Figure 2 : Ancienneté du diplôme..... | 30 |
| Figure 3 : Formations post-universitaire | 31 |
| Figure 4 : Statut juridique des praticiens..... | 32 |
| Figure 5 : Lieu d'exercice | 32 |
| Figure 6 : Solutions thérapeutiques proposées en première intention au maxillaire | 33 |
| Figure 7 : Critères d'orientation des propositions thérapeutiques au maxillaire | 34 |
| Figure 8 : Solutions thérapeutiques proposées en première intention à l'arcade mandibulaire | 35 |
| Figure 9 : Critères d'orientation des propositions thérapeutiques à la mandibule | 36 |
| Figure 10 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction du sexe.... | 37 |
| Figure 11 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la formation post-universitaire | 39 |
| Figure 12 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction du sexe . | 42 |
| Figure 13 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'âge. | 44 |
| Figure 14 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'ancienneté du diplôme | 46 |
| Figure 15 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la formation post-universitaire | 48 |

Table des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Répartition Homme/Femme..... | 29 |
| Tableau 2 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction du sexe ... | 37 |
| Tableau 3 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la formation post-universitaire | 38 |
| Tableau 4 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la référence aux habitudes professionnelles | 40 |
| Tableau 5 : Répartition des propositions thérapeutiques au maxillaire en fonction de la référence aux résultats attendus en termes de confort et stabilité prothétique | 41 |
| Tableau 6 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction du sexe . | 42 |
| Tableau 7 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'âge | 43 |
| Tableau 8 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de l'ancienneté du diplôme | 45 |
| Tableau 9 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la formation post-universitaire | 47 |
| Tableau 10 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux paramètres du patient..... | 49 |
| Tableau 11 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux compétences du praticien..... | 50 |
| Tableau 12 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux habitudes professionnelles | 51 |
| Tableau 13 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux résultats attendus | 52 |
| Tableau 14 : Répartition des propositions thérapeutiques à la mandibule en fonction de la référence aux recommandations | 53 |

Annexe : Questionnaire praticien concernant les pratiques des chirurgiens dentiste en prothèse mandibulaire

1. Vous êtes :

- a) Homme
- b) Femme

2. Vous êtes âgé de :

- a) 20 à 30 ans
- b) de 30 à 40 ans
- c) de 40 à 50 ans
- d) de 50 à 60 ans
- e) de 60 ans et plus

3. Vous êtes diplômé en chirurgie dentaire depuis :

- a) Moins de 5 ans
- b) Entre 5 et 10 ans
- c) Entre 10 et 20 ans
- d) Entre 20 et 30 ans
- e) Plus de 30 ans

4. Vous êtes titulaire :

- a) D'un DU en implantologie/chirurgie implantaire/prothèse sur implant
- b) D'une formation privée en implantologie/chirurgie implantaire/prothèse sur implant
- c) Autre : précisez :
- d) Aucune formation spécifique

5. Vous êtes :

- a) Titulaire de votre cabinet
- b) Collaborateur libéral ou associé
- c) Salarié
- d) Autre :

6. Vous exercez

- a) A Paris
- b) En Petite couronne (92,93,94)
- c) En Grande couronne (77,78,91,95)

7. Quand vous devez prendre en charge un patient présentant un édentement complet mandibulaire, en bon état de santé général, vous proposez en première intention :

- a) Une prothèse implanto-portée
- b) Une prothèse complète à complément de rétention implantaire
- c) Une prothèse complète amovible conventionnelle
- d) Autre :

8. Quels critères orientent votre choix ?

- a) Les paramètres liés au patient (âge, ancienne prothèse, degré de résorption, salive, disponibilité, dimension financière du traitement...)
- b) Vos compétences en chirurgie implantaire ou en prothèse sur implant
- c) Vos habitudes professionnelles
- d) Les résultats attendus en termes de confort ou de stabilité prothétique
- e) Le respect des recommandations bonnes pratiques et/ou le consensus de McGill
- f) Autre :

9. Quand vous devez prendre en charge un patient présentant un édentement complet maxillaire, en bon état de santé général, vous proposez en première intention :

- a) une prothèse implanto-portée
- b) Une prothèse complète à complément de rétention implantaire
- c) Une prothèse complète amovible conventionnelle
- d) Autre :

10. Quels critères orientent votre choix ?

- a) L'âge du patient
- b) La dimension financière du traitement
- c) Vos compétences en chirurgie implantaire ou en prothèse sur implant
- d) Vos habitudes professionnelles
- e) Les résultats attendus en termes de confort ou de stabilité prothétique
- f) Le respect des recommandations de bonnes pratiques et/ou le consensus de McGill
- g) Autre :

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.

ASSOUS Raphael. Attitude des chirurgiens-dentistes dans le traitement des événements totaux : enquête sur les pratiques des praticiens d'Ile-de-France. 2019. 68 p : graph., tabl. Réf. Biblio. : 59-62

Sous la direction de Madame la Docteure BRAUD Adeline et la co-direction de Maitre DELPRAT Laurent

Th : Chir Dent. : Paris 7 : année 2019

RESUME :

Les doléances évoquées par les patients totalement édentés porteurs de prothèses amovibles complètes (PAC) maxillo-mandibulaires compliquent les rapports de confiance entre patient et praticien, indispensables à l'intégration fonctionnelle et psychologique de nos traitements. Afin de limiter les situations conflictuelles, des recommandations de bonnes pratiques ont été énoncées par les autorités de santé. La loi du 4 mars 2002 rappelle également le droit des malades et les obligations des professionnels de santé notamment en termes d'informations, de moyens et de résultats. Le consensus décidé en mai 2002, à l'université McGill de Montréal préconise l'adjonction de deux implants symphysaires connectés à une base prothétique complète comme minimum thérapeutique à l'arcade mandibulaire. Un exercice professionnel conforme aux données actuelles de la science se doit de profiter pleinement des possibilités thérapeutiques proposées par l'implantologie.

On peut dès lors s'interroger sur les pratiques des chirurgiens-dentistes, sur le fait de proposer le remplacement des dents par une PAC quand la prothèse implanto-retendue est considérée comme le standard minimum au niveau international. L'objectif de cette thèse était donc d'évaluer l'attitude thérapeutique des praticiens dans la prise en charge d'un patient totalement édenté. Nous avons réalisé une étude transversale en interrogeant un groupe de praticiens installés en Ile de France sur ses pratiques professionnelles. Il en ressort que si la majorité des praticiens a recours aux implants en première intention à l'arcade mandibulaire, près d'un tiers des praticiens propose une PAC. Cette attitude concerne essentiellement des praticiens de plus de 60 ans et sans diplôme relatif à l'implantologie.

ATTITUDE OF DENTISTS IN THE TREATMENT OF TOTAL EDENTULISM : SURVEY OF PRACTITIONERS OF ILE-DE-FRANCE 'S PRACTICES

DISCIPLINE : Prothèse ; Ethique

MOTS-CLES Français : Prothèse dentaire implanto-portée (FMeSH), Prothèse dentaire complète supérieure (FMeSH), Prothèse dentaire complète inférieure (FMeSH), recommandations de bonnes pratiques, consensus de McGill

MOTS-CLES Anglais : Dental Prothesis Implant-Supported (MeSH), Denture Complete Lower (MeSH), Denture Complete Upper (MeSH), good practice recommendations, The McGill consensus statement
