

Journée du 7 juin 2012 – *Risques, règles et complications*

# Une Journée pour sortir de la culture de la faute!

C'est à une Journée très particulière que la SOP a convié les praticiens puisqu'elle articulait des conférences cliniques à un éclairage juridique. **Franck Renouard** et **David Jacotot**, juriste, ont d'ailleurs ouvert cette Journée. Le premier a rappelé que « *même en respectant les règles, les complications surviennent* », et que « *personne n'est à l'abri des erreurs* ». L'enjeu de cette Journée consistait donc, à travers le récit d'erreurs cliniques relatées par les conférenciers, à rechercher « *les causes et non la faute* » pour ne pas sombrer dans « *la culture punitive qui ne permet pas de progresser* ». **Franck Renouard** a ensuite appelé au développement d'une « *culture qui encourage à rapporter les er-*

*reurs* » de manière « *juste, la façon la plus efficace d'améliorer la sécurité* ». Il a pris l'exemple de l'aviation qui a su mettre en place une « *démarche de centralisation des erreurs* » dont pourrait s'inspirer la profession dentaire.

**David Jacotot** s'est quant à lui voulu rassurant : « *Il n'y a pas de dérives "à l'américaine"* ». En effet, le recours à un avocat demeure « *rare* » en France, « *à l'exception de l'implantologie, et encore, a-t-il souligné, le nombre de litiges dans cette discipline est faible au regard du nombre d'actes réalisés* ». Selon les données chiffrées d'un assureur bien connu de la profession, on compte au total « *1087 sinistres* » pour environ « *25 000 chirurgiens-dentistes en exercice libéral* »,

ce qui est « *très peu* » par rapport au nombre d'actes quotidiens. **David Jacotot** a néanmoins constaté que les patients devenaient des « *consommateurs avec une approche consumériste des soins* » en adoptant une « *logique de l'indemnisation* ». Il s'agit pour eux de rechercher « *un levier de dédommagement sans mettre en cause la compétence* » du praticien en question. « *En droit de la responsabilité civile, on s'occupe de la victime, et ensuite on remonte au praticien.* » ✓



Le compte rendu des conférences de la Journée, publié pages suivantes, a été réalisé grâce au concours d'Isabelle Buchet, Philippe Milcent, François Tixier et Bao Truong, sous la coordination de Marc Roché.

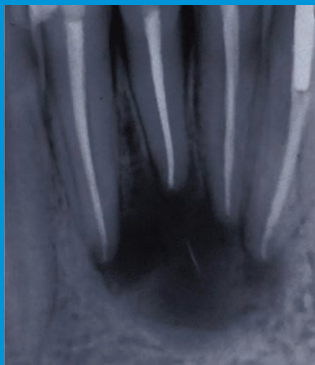


Les conférenciers de la Journée « Les risques, je les prends; les règles, je les applique; les complications, je les gère ». De gauche à droite, Franck Renouard, Franck Decup, Jean-Yves Cochet, David Jacotot, Daniel Perrin et Joël Dubreuil.

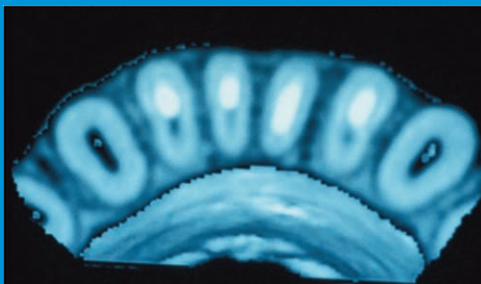
Journée du 7 juin 2012 – *Risques, règles et complications*

Jean-Yves  
Cochet

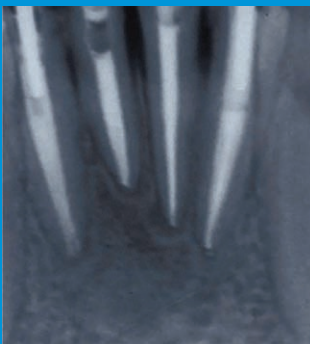
## Les risques et complications en endodontie



Radiographie pré-endodontique (lésion kystique importante en rapport avec des traitements endodontiques apparemment corrects).



Scanner montrant des traitements endodontiques incomplets.



Contrôle à 1 an (régénération osseuse totale après reprise des traitements endodontiques).

**U**n endodontiste spécialisé en chirurgie endodontique est confronté à de fréquentes complications qui résultent de l'activité de correspondants chirurgiens-dentistes généralistes. Face à ces complications, il est possible *a posteriori* d'en dégager les causes. Elles sont liées à un diagnostic insuffisant ou incomplet, à une mauvaise anticipation des difficultés, à l'utilisation de mauvais outils ou à une mauvaise utilisation des bons outils. Dans le cadre de la gestion des complications, le risque lié à la réintervention n'est plus que relatif. En revanche, là encore, il faudra parfaitement informer le patient des taux de succès, faire un devis précis pour ces gestes hors nomenclature et obtenir le consentement éclairé.

### Les erreurs de diagnostic

On peut avoir besoin d'une imagerie en trois dimensions pour identifier clairement l'origine d'une infection endodontique (type kyste, granulome...). Puis le diagnostic différentiel d'une éventuelle infection chirurgicale (type abcès de Chompret-L'Hirondel) ou tumorale doit être réalisé.

Après avoir effectué le diagnostic, le praticien sera amené à prendre sa décision avant de conduire l'acte thérapeutique. Ensuite, le contrôle de la guérison s'effectuera plusieurs mois après l'acte thérapeutique.

### Anticiper les difficultés et minimiser les risques

Comme dans toutes les disciplines odontologiques, il convient avant tout acte d'évaluer les obstacles inhérents à celui-ci. Par exemple, une lésion kystique en rapport avec le nerf alvéolaire inférieur devra être, d'abord, décompressée par marsupialisation et/ou retraitement endodontique de la dent causale. Le bilan radiographique initial nécessite plusieurs incidences orthocentrées, mésiocentrées et distocentrées afin de définir la morphologie du système



**RETROUVEZ LA VIDÉO** de la conférence de Jean-Yves Cochet ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

canalaire et d'objectiver les courbures canalaires, les calcifications ainsi que les canaux inconstants. Pendant le retraitement, il faut porter une grande attention au risque de fausse route, au canal MV2 souvent oublié, aux canaux calcifiés, sans négliger le risque de dépassement sur des canaux très larges. En cours de traitement, il convient de respecter une bonne cavité d'accès, d'irriguer largement et de maintenir l'asepsie du champ opératoire.

### Choisir les bons outils

Les industriels mettent aujourd'hui à notre disposition des outils qui permettent d'affiner nos diagnostics et nos actes. Ainsi, en endodontie, il est

recommandé de travailler avec un fort grossissement. Autre exemple : la chirurgie piézoélectrique a également été d'un grand apport lors des chirurgies endodontiques.

Il faut garder à l'esprit que l'endodontie peut être un bon traitement pré-implantaire car elle permet de régénérer le potentiel osseux. La réussite tient également à des détails, comme éviter l'arrache-couronne au profit des fraises transmétal Predator® PR-DX de Codimed qui permettent de couper à la fois la céramique et le métal.

L'imagerie 3D permet de déterminer les écueils d'un traitement endodontique : on peut ainsi voir les perforations et les canaux supplémentaires. Le traitement d'une perforation se fait avec du MTA, ou Biodentine®, et la zone de formation avec un matériau résorbable comme le carbonate de calcium. Le pronostic varie en fonction de l'ancienneté de la perforation et de sa localisation (perforation basse, haute, du plancher...) On travaillera toujours avec des instruments en acier précourbés, un localisateur d'apex et du Glyde®... pour négocier les canaux difficiles. À noter que les instruments endodontiques doivent être changés régulièrement.

On doit prévoir de garder à disposition des trousse pour déposer les instruments fracturés : trousse de Masseran (très délabrante), Endo Rescue (Komet). David Guex, quant à lui, utilise le laser.

En conclusion, il faut savoir qu'en endodontie l'échec peut arriver malgré tout, mais qu'il ne vaut pas faute. On voit maintenant apparaître la notion de défaut de compétence. Il faudra donc, à l'avenir, pouvoir justifier de ses capacités. ✓

## Repères juridiques, par David Jacotot



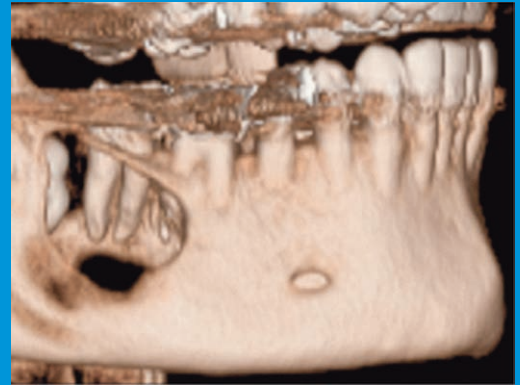
### • Quand est-on responsable civilement ?

En matière d'actes médicaux, un praticien engage sa responsabilité si trois conditions sont réunies : une faute, un dommage, et une relation de cause à effet entre les deux. L'une des difficultés est qu'il n'y a pas de définition de la faute, c'est un standard juridique. Elle peut être une maladresse, une erreur, avec ou sans malveillance, un élément intentionnel ou non. Selon la loi Kouchner du 4 mars 2002, le patient doit avoir reçu les soins les plus appropriés. Il faut donc que le traitement soit efficace et garantisse la meilleure sécurité. Les connaissances médicales avérées doivent, bien sûr, avoir été respectées.

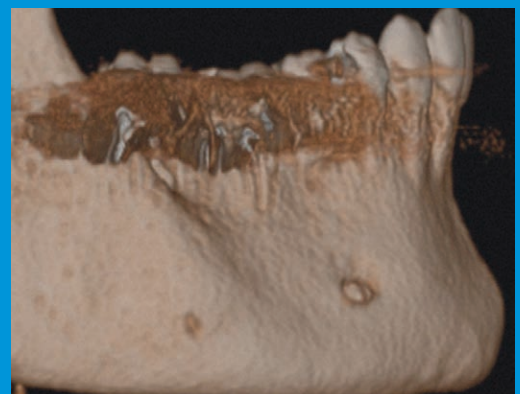
• **Qu'est ce qu'une faute ?** L'échec ne vaut pas faute. L'on recherche donc la cause de l'échec. Si le risque est démesuré, on peut considérer qu'il y a faute. Mais ce qui compte en droit, c'est la cause dommageable, la relation de cause à effet entre la faute et le dommage.

### • Comment présenter l'erreur au patient ?

Le risque d'avouer l'erreur est de donner des arguments aux patients, mais le fait de reconnaître l'erreur permet de déculpabiliser, de dédramatiser et de montrer que l'on n'abandonne pas le patient. Il ne faut pas que le patient apprenne qu'on lui a caché quelque chose. Dans ce cas, on risque de basculer dans le droit pénal, et le patient cherchera davantage à obtenir la « sanction du praticien ». Si l'on avoue une complication et si on la gère, on aura désamorcé le contentieux, sauf pour les contestataires et les procéduriers permanents. Si un instrument est fracturé mais que le patient – imaginons-le – ne prouve pas avoir subi un dommage, alors il ne peut obtenir une indemnisation. Le droit enseigne que les outils utilisés relèvent de l'obligation de résultat et non de la faute. Qu'en est-il de l'erreur de diagnostic ? L'erreur de diagnostic n'est pas une faute en soi si les moyens ont été correctement mis en œuvre. Elle devient une faute lorsqu'elle est accompagnée d'une négligence, comme le fait d'agir trop vite, de ne pas appliquer les précautions élémentaires, ou en cas de retard. Par exemple, il a été jugé qu'en raison des circonstances l'erreur de prescription d'extraction en ODF est une faute. En tout, 80 % des erreurs sont liées au facteur humain (contrairement aux facteurs techniques, matériels...).



Reconstruction 3D (lésion kystique importante, destruction des corticales externes et internes en rapport avec les 46 et 47).



Radiographie et reconstruction 3D trois ans après traitement endodontique (régénération totale).

Franck  
Decup

# Risques et traitements restaurateurs



Préparation de 16.



Début de préparation de 14.



Élongation coronaire.

**A**u cabinet dentaire, l'odontologie conservatrice constitue une activité fréquente. Les risques liés à cette pratique sont donc accrus. Ils peuvent être rencontrés lors de la prise en charge du patient et en cas de traitement de la dent pulpée ou dépulpée. Il faut savoir identifier et comprendre les points faibles afin de pouvoir mettre en place des pare-feu pour diminuer leur fréquence. Le risque se situe d'abord au niveau du patient lui-même : il faut savoir qui l'on soigne, ce que l'on soigne et comment on soigne.

## Le traitement de la dent pulpée

Lorsque l'on décide d'intervenir sur une dent pulpée, les risques encourus sont de trois ordres.

- Biologique : on travaille sur dent vitale;
- Mécanique : on travaille sur une dent plus ou moins atteinte dans sa structure;
- Iatrogène : notre acte est chirurgical, et les instruments vont parfois au-delà de nos espérances.

Afin d'assurer la préservation de la vitalité pulpaire, il y a plusieurs règles à respecter. Dans le cas d'une carie profonde, le principe est d'abord d'assurer l'étanchéité périphérique. Celle-ci requiert un curetage parfaitement contrôlé ainsi qu'une préparation avec des bords nets. Au niveau de la paroi pulpaire, la conservation de la dentine affectée constitue une sécurité qui

permet de prévenir les complications pulpaires. On peut, à cet effet, avoir recours aux colorants dentinaires, mais surtout aux aides optiques. Toutefois, malgré toutes ces précautions, lorsque l'atteinte est trop importante, on peut se retrouver en situation d'échec. Dans ce cas, on va pouvoir réaliser un coiffage pulpaire direct ou indirect qui permet la création d'une néobarrière calcique. Pour cela, un certain nombre de règles doivent être respectées : le patient doit être jeune (moins de 35 ans), la dentine saine et la temporisation



**RETROUVEZ LA VIDÉO** de la conférence de Franck Decup ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

possible. Si elles ne peuvent être observées, on prendra l'option de la pulpectomie.

En ce qui concerne la sensibilité dentinaire, c'est un problème souvent rencontré en odontologie conservatrice dès lors qu'on utilise les produits adhésifs. Pour l'éviter, il faut avant tout considérer la nature de la dentine, notamment sa perméabilité. Sur une dentine très réactionnelle, un acide fort est nécessaire pour avoir une bonne couche hybride, et les adhésifs de type M&R seront donc préférés. Sur une dentine perméable, les adhésifs automordançants constituent une bonne sécurité car ils vont infiltrer

la boue dentinaire qui participe à l'obturation des canalicules. Quand la perte de substance est importante, on peut réaliser une barrière physique épaisse avec des matériaux comme les CVIMAR. Ici, c'est la procédure de mise en place du matériau qui aura une grande influence sur la sensibilité dentinaire. Respecter scrupuleusement le temps par temps s'avère donc indispensable. En cas d'échec, il faudra rassurer le patient car la sensibilité peut parfois être passagère. On peut parfaire la polymérisation et/ou réétanchéfier le joint périphérique si ce dernier est défectueux. Ensuite, il faut attendre deux semaines pour voir l'évolution. Si, malgré tout, la sensibilité persiste au-delà de trois semaines à un mois, il faut savoir réintervenir afin de déposer du composite, temporiser (CVI ou Biodentine®), puis réaliser la réfection du composite. En cas d'échec à nouveau, on s'orientera vers la pulpectomie.

Pour éviter les risques iatrogènes, on utilisera des aides optiques, un champ opératoire pour protéger les tissus environnants et des outils adaptés à la préservation tissulaire : microfraises, ultrasons et aéro-abrasion.

Pour parer aux risques biomécaniques, la sécurité en termes de résistance sera recherchée. Ainsi, le praticien doit travailler *a minima* et utiliser la restauration adhésive, contrôler l'occlusion (limites hors impact d'occlusion), analyser l'épaisseur des parois résiduelles (si elle est inférieure à 2 mm, il faut recouvrir), rechercher les fêlures coronaires afin de les conserver, les infiltrer ou les recouvrir. En quelques mots : sur une dent pulpée, la préparation se fera *a minima* et

la restauration adhésive sera utilisée en respectant les protocoles. Les échecs sont faciles à gérer car cette technique permet la réintervention partielle.

## Le traitement de la dent dépulpée

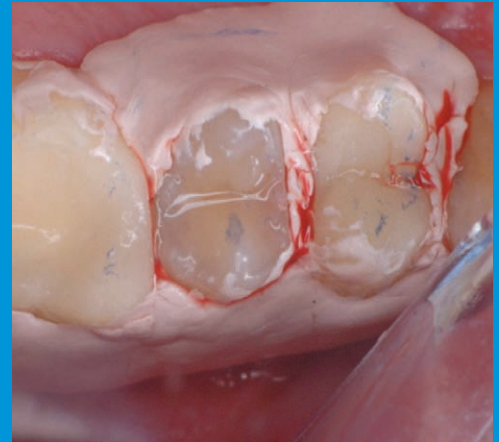
Avec la dent dépulpée, le risque est essentiellement d'ordre mécanique : la dent ou la restauration peut se fracturer. Il faut donc s'orienter vers une restauration adhésive partielle plutôt que périphérique. Mais l'élément le plus important pour la pérennité d'une restauration périphérique est la présence d'un sertissage cervical. Pour le tenon, une longueur adaptée sera nécessaire de même qu'une bonne répartition des contraintes à l'intérieur de la dent. En cas d'échec avec fracture de la restauration, il faudra la refaire. ✓

### Repères juridiques, par David Jacotot



Il y a trois éléments à prendre en compte.

- **Le référentiel** : ce sont les connaissances médicales avérées, c'est-à-dire ce qu'il faut faire et ne pas faire. Le référentiel se trouve dans la littérature scientifique nationale ou internationale; mais, à l'évidence, tout n'est pas écrit dans la mesure où ce qu'il faut faire ou non relève parfois du « bon sens ». En cas de contentieux, il appartient à l'expert judiciaire d'éclairer le juge sur les connaissances médicales avérées.
- **Le patient** : il faut relever l'importance du dossier médical, qui permet d'évaluer l'état antérieur et d'établir le respect de l'information du patient. Il servira à justifier l'acte en cas de problème;
- **Le diagnostic** : l'erreur de diagnostic n'est pas une faute sauf si toutes les précautions n'ont pas été prises. Le droit évolue vers un binôme « sécurité-qualité ». Lorsque le législateur considère que le patient est le décideur, on est en présence d'une fiction, puisque dans les faits le patient ne peut pas être un décideur.



Mise en place du pansement parodontal.



Mise en place du fil rétracteur après cicatrisation.



Couronnes céramiques posées.

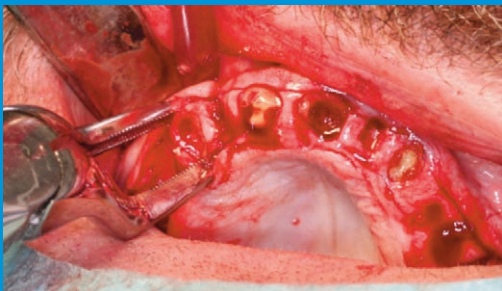
Journée du 7 juin 2012 – *Risques, règles et complications*

Daniel Perrin

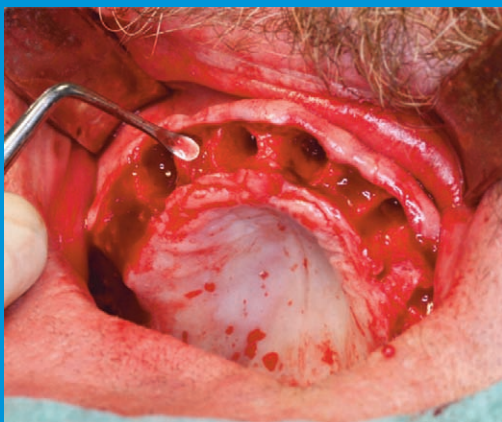
## Les risques, je les prends... en chirurgie buccale



Extractions multiples sur patient sous AVK : Incisions.



Mobilisation-avulsion.



Curetage.

**L**e thème proposé des risques en chirurgie orale sera vu à travers trois situations :

- l'avulsion d'une molaire maxillaire avec risque de communication bucco-sinusienne (CBS);
- les avulsions multiples chez les patients sous antivitamines K (AVK);
- l'avulsion d'une dent de sagesse mandibulaire (DSM).

Dans tous les cas, les règles communes à respecter en préopératoire sont : l'anamnèse du patient (état général, pathologies associées, traitements en cours), poser l'indication du geste à réaliser, évaluer le rapport bénéfice/escompté/risque encouru, planifier le traitement, demander d'éventuels examens complémentaires, entrer en relation avec le médecin traitant (généraliste, cardiologue), expliquer et informer clairement le patient de façon à obtenir son consentement éclairé. Il faut évaluer l'état moral et mental du patient, puis le consigner dans le dossier (angoissé, décontracté, confiant, autonome). Enfin, il est nécessaire d'accompagner systématiquement la prescription préopératoire des explications et des conseils nécessaires sur le suivi postopératoire assurant la continuité des soins.

En peropératoire, il est préférable de programmer le geste avant 18 heures en évitant le vendredi soir. Dans un certain nombre de cas, la faute est d'origine humaine. Il est donc nécessaire de respecter une *check-list* qui permette un contrôle pas à pas du déroulé de l'intervention, tel que programmé, en respectant la durée

et le protocole. Cette liste doit aussi comporter les informations sur l'asepsie, l'antisepsie et le plateau technique, sachant que, parfois, les complications sont inévitables et qu'il vaut mieux les évoquer dès la première consultation.

### La CBS

Elle se diagnostique sur un reflux de bulles d'air, un dépôt de buée sur le miroir ou la manœuvre de Vasalva. La gestion de cette complication sur sinus sain dépend de la taille de la CBS et relève du chirurgien-dentiste. Face à une CBS plus haute que large, on obtient une fermeture spontanée après la pose d'un pansement hémostatique et de points de suture. Lorsqu'elle est plus large que haute



**RETROUVEZ LA VIDÉO** de la conférence de Daniel Perrin ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

et mesure moins de 1 cm de diamètre, on ferme par un lambeau vestibulo-jugal trapézoïdal. Au-delà de 1 cm centimètre de diamètre, on utilise un lambeau palatin.

En l'absence de traitement de ces CBS, le risque d'infection des sinus maxillaires est évident. Avant de réaliser le geste, si les examens cliniques et radiologiques révèlent la présence d'une sinusite, il y a lieu d'adresser le patient vers un ORL dans la mesure où on ne peut fermer une CBS sur un sinus infecté.

## Les extractions sous AVK

En préopératoire, il faut vérifier l'INR. Lorsqu'il est inférieur à 3, on peut réaliser l'intervention en cabinet dentaire (recommandation SFCO). Il faut se méfier des thérapeutiques potentialisant l'effet anticoagulant des AVK comme la Butazolidine®, la Fungizone®, la Spiramycine Métronidazole®, les AINS... En peropératoire, il est nécessaire de disposer d'hémostatiques locaux de type Surgicel®, ainsi que d'antifibrinolytiques Exacyl®. On aura prescrit, en préopératoire, six boîtes d'Exacyl® solution buvable 1 g/10 ml. Une partie nous servira pour l'hémostase locale lors du geste, l'autre partie sera utilisée par le patient en bain de bouche passif (1 min.), quatre fois par jour durant sept jours.

En postopératoire, des antibiotiques seront prescrits, si nécessaire des antalgiques de classe I ou II et des antiseptiques en gel. En cas d'hémorragie postopératoire, toujours possible malgré le respect du protocole, il faut revoir le patient, le rassurer en dédramatisant et, bien souvent, cureter à nouveau l'alvéole, remettre un pansement hémostatique et refaire des sutures.

## L'extraction d'une DSM incluse ou enclavée

Les précautions préopératoires sont les mêmes de façon que l'examen clinique soit complet, le diagnostic fiable et, en particulier, le risque bien évalué. En peropératoire, il est nécessaire de respecter les règles d'hygiène, de mettre un champ opératoire, d'utiliser un moteur chirurgical avec du sérum physiologique et de respecter les incisions décrites. En fonction du cas clinique, il ne faudra pas hésiter à sectionner la couronne et éventuellement les racines pour un geste plus aisé et moins

traumatique. Ensuite, on effectuera une toilette soignée de l'alvéole à la Bétadine® ou à la chlorhexidine pour le débarrasser de tous les débris osseux et du sac péricoronaire. Enfin, il faut suturer les bords muqueux.

En postopératoire, il convient de ne pas hésiter à donner une prescription adaptée pouvant inclure des corticoïdes (1 mg/kg le matin pendant cinq jours, au maximum). Il faut aussi veiller à assurer la continuité des soins pour gérer les complications infectieuses ou neurologiques (lésion du V3). Ainsi, prendre en charge les risques sous-entend de les prévenir, les diagnostiquer, les reconnaître, les annoncer, les expliquer, les accepter et les faire accepter, puis les traiter. Enfin, il est important de réaliser une autoévaluation.

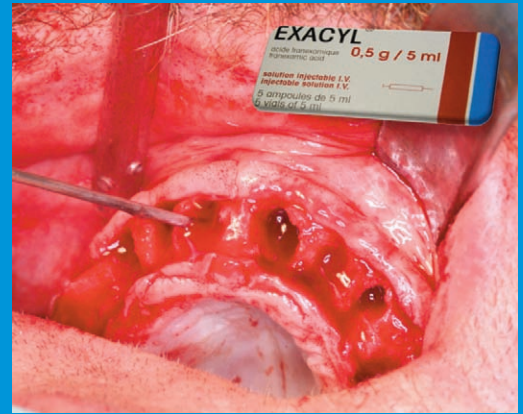
La faute médicale survient si l'on n'a pas pris la mesure du rapport bénéfice-risque, s'il y a eu erreur de diagnostic et/ou en l'absence de suivi des soins. L'aléa survient seulement quand toutes les précautions pour éviter la faute ont été prises. ✓

## Repères juridiques, par David Jacotot



Pour la notion de continuité des soins, il faut se référer à un arrêt de la Cour de cassation qui a mis en évidence la «*faute de surveillance*». La logique juridique est ainsi d'interpréter les textes en fonction de la finalité (binôme sécurité-qualité). À noter que le droit de la sécurité sociale est aux antipodes du droit de la santé et de la réalité clinique.

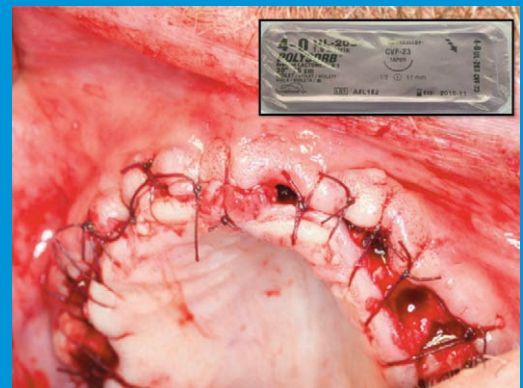
Le droit de recevoir les soins les plus appropriés (règle posée dans le Code de la santé publique) ne coïncide pas toujours avec l'acte pris en charge par l'assurance maladie; ce qu'impose le premier est rendu difficile ou impossible à cause du Code de la sécurité sociale. Pour en revenir à la faute, c'est notamment de ne pas évaluer le risque. Le suivi des soins doit être pris en charge, et ce de plus en plus. Dès lors que le risque est connu et évalué, on n'est pas dans la faute mais dans l'aléa.



Injection d'Exacyl® dans les alvéoles.



Gaze hémostatique résorbable insérée dans les alvéoles.



Sutures.

Journée du 7 juin 2012 – *Risques, règles et complications*

Franck  
Renouard

# Les règles, les risques et en implantologie

L'implantologie fait partie de l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste. Cependant, tous les praticiens sont confrontés aux complications. Pendant 30 années, tout le monde s'est concentré sur l'aspect technique des échecs, sans jamais s'interroger sur la place de l'humain dans la survenue des complications. En se basant sur les connaissances dérivées de l'aviation, on peut estimer que 80 % des complications ont pour origine l'erreur humaine. Il faut admettre que l'erreur fait partie de la pratique. Elle est incontournable dans la mesure où l'humain est faillible. C'est pourquoi des protocoles de protection doivent être mis en place. Reconnaître ses erreurs et les partager avec les autres est indispensable dans le processus de sécurisation des pratiques médicales et donc dentaires. La culture qui consiste à blâmer celui qui a fait une erreur devrait être bannie. La compréhension du pourquoi des erreurs permet d'améliorer de façon significative sa pratique au quotidien.

## Tenir un dossier médical complet

Une des solutions pour diminuer les sources d'erreur est de tenir un dossier médical complet qui permette au final de proposer au patient un consentement éclairé. Il doit contenir des devis parfaitement compréhensibles et signés, une fiche clinique bien remplie (sur laquelle figurent également des notes pri-

ses lors de l'examen clinique), les témoins de traçabilité du matériel, les examens radiologiques appropriés ainsi que les correspondances avec les confrères. Il faut également respecter les délais entre la consultation et la chirurgie. Comment réduire le nombre d'erreurs et surtout minimiser leurs conséquences? On peut utiliser des *check-lists* comme en aviation car, même après des années d'expérience, mieux vaut ne pas trop se fier à son cerveau. C'est là une manière d'éviter que notre

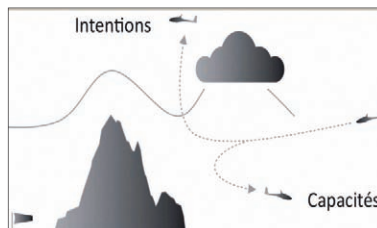


Schéma de l'évaluation du risque destiné à permettre au pilote de choisir entre ses intentions et ses capacités.

état cognitif du moment (que l'on soit stressé ou bien en forme) n'influe sur notre pratique. Notre tendance à utiliser davantage le cerveau émotionnel que rationnel doit être assumée. Ainsi, au moment de l'accueil des patients, il faut vérifier que les documents se trouvent dans le dossier (identité du patient, consentement, devis signé, information sur le matériau de comblement). La nature et le site de l'intervention doivent être clairement mentionnés pour que toute l'équipe comprenne la nature de l'intervention, et les radios contrôlées et installées. Il faut aussi que le guide

chirurgical soit sorti, et que le matériel spécial (piézo, vis d'ostéosynthèse...) soit contrôlé et installé. Ne pas oublier, d'autre part, de vérifier que la prémédication a bien été prise dans les temps. Enfin, il convient de veiller à ce que la prothèse adjointe a bien été retirée, puis placée dans la chlorhexidine. Le praticien doit être prévenu de la présence de la PAP. Après l'intervention, il faut vérifier que le patient ne saigne pas, que les compresses sont stables en bouche et que des antalgiques ont été, si nécessaire, administrés. La prothèse doit être restituée et le compte rendu opératoire clairement rédigé. Les aiguilles et lames doivent être séparées et comptées. Dans son livre, le D<sup>r</sup> Renouard décrit la «*check-list FH*» (facteur humain) qui sert à remettre l'individu au centre de la prise de décision.

## Gérer ses propres complications

En cas de saignement lors du forage, souvent dû à une lésion d'une artériole, le placement de l'implant doit arrêter le saignement. Si l'implant est instable après sa mise en place (os de faible intensité ou préparation osseuse imprécise), il convient de déposer l'implant et de le rem-



RETROUVEZ  
LA VIDÉO  
de la conférence  
de Franck Renouard  
ainsi que  
l'intégralité  
des formations  
de la SOP sur  
[www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)



# les complications

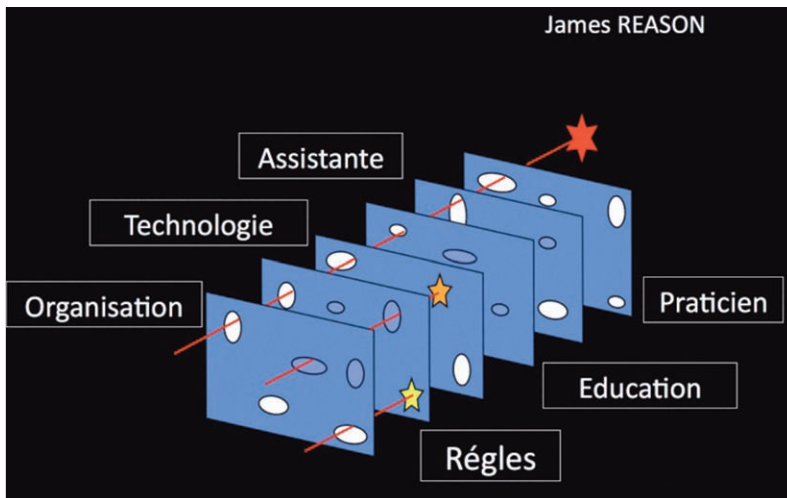


Schéma de Reason montrant les différents niveaux de contrôle permettant de bloquer les erreurs en cours d'intervention.

placer par un autre plus large (si la mobilité est très faible, le temps de cicatrisation sera augmenté). Si les filets de l'implant sont exposés (crête trop fine), il faut les couvrir avec du coagulum ou placer une membrane. S'il y a un gonflement en linguale après mise en place au niveau de la symphyse mentonnière (lésion d'une artère sublinguale), il s'agit d'une situation d'urgence qui nécessite une intervention sous anesthésie générale. Si le patient ressent des douleurs postopératoires importantes quelques jours après la pose (ostéite due à une préparation osseuse trop agressive ou à une contamination bactérienne), il faut déposer l'implant. En cas d'insensibilité labio-mentonnière (lésion ou compression du nerf alvéolaire inférieur), et si les signes persistent après une semaine, un scanner permettra d'en déterminer l'origine.

En conclusion, il convient de faire des incisions franches et des décollements sous-périostés en restant constamment au contact osseux. Il faut éviter de traverser les corticales (en utilisant des implants courts) et réaliser des sutures hermétiques. Il est aussi important de choisir le traitement le plus simple et efficace car la complexité augmente le risque d'erreurs. Parfois, il faut savoir refuser d'opérer en n'oubliant pas qu'un patient à risque est finalement un patient traité par un praticien trop optimiste. Pour en revenir à l'analogie avec l'aviation, on peut comparer le dentiste à un pilote : un bon pilote est un pilote qui compte autant d'atterrissages que de décollages. Le chirurgien connaît ses potentialités et ses limites. Il est capable de raisonner par rapport à ce qu'il sait, mais il prend en compte ses méconnaissances. ✓

## Repères juridiques, par David Jacotot



**Le pénal punit, le civil répare.**

L'aléa, en bref, c'est quand on connaît un risque, mais qu'il était impossible de l'éviter. C'est aussi un incident

qui résulte de l'état du patient lui-même (et non de l'acte médical), de sa pathologie ou d'une réaction imprévisible de son organisme. Si on sectionne quelque chose, c'est une maladresse fautive, mais si on peut démontrer que l'anatomie est inhabituelle, ce n'est pas fautif. S'agissant du devoir d'information, le praticien doit apporter toutes les preuves possibles (y compris des comptes rendus et des rédactions que l'on a faits soi-même). Le magistrat cherche à savoir s'il y a bien eu un échange avec le patient et que, selon toute vraisemblance, il y a eu information. Deux idées sont contenues dans le seul article L. 1110 du Code de la santé publique : « *Le patient a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.* » Il ne faut donc proposer l'implantologie que si c'est la solution la plus appropriée et non pour faire plaisir. Les actes ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Implantologie oui, mais quand ? La technique de mise en charge immédiate est-elle la moins risquée tout en étant efficace ? C'est ce qu'il convient d'évaluer. Lorsque deux praticiens interviennent (exemple d'un second praticien qui doit récupérer l'implant perdu au-delà de la corticale), c'est le praticien auteur du dommage qui est responsable. Si les deux praticiens ont chacun commis une faute, alors ils peuvent être déclarés tous deux responsables. L'acte médical n'est pas, en réalité, un contrat. Mais si le patient qui doit revenir ne revient pas, il faut le rappeler afin de réaliser le suivi thérapeutique. On peut porter ce courrier au dossier afin de prouver que l'on a bien été soucieux de ce suivi.

Journée du 7 juin 2012 – *Risques, règles et complications*

Joël  
Dubreuil

## Les risques en prothèse adjointe totale



Deux attachements Locator® de rétention et de stabilisation supra-implantaires.



Intrados de la prothèse mandibulaire correspondante.



Intrados de prothèse complète maxillaire avant réfection de base.

**E**n théorie, il n'y a aucun risque puisqu'il s'agit d'une prothèse que l'on peut faire évoluer de la réfection de base à la pose d'implants. L'attente des patients varie selon les individus : pour certains, la facilité de nettoyage peut être un critère plus important que la mastication. Il faut donc se garder de prendre la décision thérapeutique à la place du patient quand le choix doit porter sur le type de prothèse (fixe sur implant, amovible stabilisée par implants, dite « PASI », amovible totale ou « PAT »). Face à l'instabilité prothétique – une doléance fréquente –, la solution implantaire a ses limites (financières, anatomiques, médicales, psychologiques...), ce qui laisse encore une grande place à la PAT. La PASI reste une prothèse conventionnelle. Ainsi, les implants ne sont qu'un complément de rétention.

### Déceler les risques lors de la première consultation

Pour bien identifier les risques, il y a quatre étapes à respecter :

- écouter les attentes et les doléances du patient ;
- assurer l'observation clinique qui se concentrera sur l'analyse critique des anciennes prothèses ;
- présenter au patient les diverses possibilités thérapeutiques, leurs avantages et leurs inconvénients ;
- déterminer le plan de traitement après que le patient aura choisi.

Il existe trois motifs différents de première consultation : faire une première prothèse, refaire une prothèse

qui a donné satisfaction ou une prothèse qui ne donne pas satisfaction. Dans le premier cas, la phrase de John Sharry résume la problématique dans toutes ses dimensions : « *La prothèse adjointe totale est comme une jambe de bois ; on apprend à vivre avec, jamais à l'aimer.* » La prothèse doit



**RETROUVER LA VIDÉO** de la conférence de Joël Dubreuil ainsi que l'intégralité des formations de la SOP sur [www.sop.asso.fr](http://www.sop.asso.fr)

être stable et équilibrée pour que le patient puisse s'adapter. Il faut entendre aussi les non-dits des attentes du patient et soigner l'esthétique. Depuis le consensus de McGill, nous avons une obligation légale de présenter la solution d'un traitement avec deux implants symphysaires.

Quand une prothèse donne satisfaction, il ne faut rien changer en termes d'esthétique, d'occlusion et de morphologie. Si les dents ne sont pas usées et la DVO correcte, voire un peu sous-évaluée, une simple réfection de base peut suffire. Autrement, le même type de dents peut être utilisé.

Lorsque les patients ne sont pas satisfaits de leurs prothèses, et après avoir écouté leurs doléances, il convient d'analyser les prothèses à la main et en bouche et savoir récuser un patient porteur de prothèses quand on ne constate pas de défauts. Pour l'analyse, il faut trouver, prothèses en main, une position stable en OIM, puis contrôler l'étendue des surfa-

ces d'appui, l'épaisseur des bords et l'absence de surplomb lingual des cuspidés linguales. En bouche, il s'agira de vérifier la stabilité au maxillaire et à la mandibule, puis d'effectuer le test de rétention au niveau des joints palatins, rétro-tubérositaires ou sublinguaux. Enfin, il convient de contrôler l'OIM, le niveau du plan d'occlusion et la place laissée à la langue.

## Le cas des prothèses instables

La solution de l'ajout de deux implants symphysaires devrait être présentée d'emblée. Le montage de dents en résine dans les secteurs concernés permet le positionnement des attachements. Le devis devra inclure la réfection de base.

La réfection de base permet de résoudre les problèmes liés à la base, mais nullement à l'occlusion. Il est indispensable d'identifier les zones de défaillance. L'empreinte ambulatoire, obtenue avec des résines à prise retardée, doit être validée avec le patient quand il se sent bien avec ses prothèses. La réfection de base nécessite de préparer les appareils en libérant les insertions musculaires, en déchargeant les zones incompressibles (ligne oblique interne, crêtes en lame de couteau). C'est la résine à prise retardée qui prend l'empreinte. Quand la résine de la base transparait, il faut donc décharger ces zones, rajouter de la résine à prise retardée et laisser porter la prothèse durant encore 48 heures

environ. Cette empreinte ambulatoire permet d'obtenir une stabilisation de la prothèse par les organes périphériques : langue qui a la place de s'étaler, orbiculaire des lèvres qui plaque la base sur la surface d'appui lors de l'ouverture buccale, ainsi que le buccinateur au niveau des fosses rétromolaires. ✓

### Repères juridiques, par David Jacotot



**Il faut évoquer les soins les plus appropriés.**

La décision appartient, nous dit la loi, au patient, ce qui suppose une information et un consentement. Ainsi, il faut savoir quels sont les résultats possibles afin d'éviter le résultat qui ne serait pas voulu, quelque part entre « *le possible* » et « *le souhaité mais impossible* ». Informer est un acte lié au consentement, et l'information doit être multiple et suivie. Il faut bien informer sur le résultat effectivement susceptible d'être atteint par le travail du praticien par rapport aux traitements proposés, non seulement sur le plan fonctionnel, mais aussi esthétique. Toutes les précautions oratoires doivent pouvoir être prouvées, donc écrites, car c'est au praticien d'apporter la preuve qu'il a bien donné l'information. Par exemple, il faut informer le patient de la possibilité de deux implants pour la tenue de la prothèse et donc pouvoir prouver avoir délivré cette information. Pour conclure, le droit français promeut en quelque sorte une socialisation de la responsabilité, en ce sens que l'indemnisation des patients victimes est facilitée. Dans le prolongement, le droit de la santé consacre l'obligation de compétence du praticien et le droit du patient de recevoir le traitement le plus approprié; mais le droit de la sécurité sociale, lui, ne poursuit pas une telle logique...



Intrados de prothèse complète maxillaire après réfection de base.



Extrados de prothèse complète mandibulaire avant réfection de base.



Extrados de prothèse complète mandibulaire après réfection de base.