

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2015

N° 38

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

par

CAMPANA Camille

née le 23 Septembre 1989 à DIJON

**COMPLICATIONS EN CHIRURGIE BUCCALE :
ASPECTS CLINIQUES ET JURIDIQUES**

Présidente : Professeur Béatrice WALTER
Asseseurs : Docteur Sophie BAHI-GROSS
Docteur Fabien BORNERT
Docteur Sarah DUBOURG

Remerciements

À Madame le Professeur Béatrice WALTER,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse.

Permettez-moi en cette occasion de vous témoigner ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement théorique et clinique que vous nous avez prodigué tout au long de ces années d'étude. Je garderai en mémoire votre patience, votre bienveillance et votre rigueur lors des stages hospitaliers.

Veillez recevoir par cet ouvrage, l'expression de tout le respect et l'estime que je vous porte.

À Madame le Docteur Sarah DUBOURG,

Je tiens tout d'abord à vous remercier chaleureusement pour avoir accepté de diriger cette thèse avec tant de spontanéité, j'ai été très sensible à l'intérêt que vous avez naturellement porté à ce travail.

Votre disponibilité et votre efficacité ont été très précieuses au cours de l'élaboration de cette thèse. Je vous suis également très reconnaissante pour votre grande patience, vos conseils et pour votre enseignement empreint de gentillesse qui ont fait de mes études un réel plaisir. Vous faites une directrice de thèse formidable !

Enfin, je tiens tout particulièrement à saluer votre bonne humeur inébranlable qui illumine chaque jour le Service de Chirurgie.

Trouvez ici le témoignage de ma profonde admiration et de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Sophie BAHI-GROSS,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury.

J'ai pu apprécier votre pédagogie et votre gentillesse durant toutes ces années et vous suis reconnaissante pour la qualité de votre enseignement. Je me permets de vous témoigner mon admiration pour l'étendue de votre expérience clinique.

Soyez assurée de toute mon estime et de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Fabien BORNERT,

Je suis honorée de vous compter parmi mon jury de thèse.

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre énergie, votre disponibilité et votre efficacité au sein du Service de Chirurgie. J'ai pu apprécier vos conseils et votre expérience, et garderai de très bons souvenirs de toutes les vacances passées ensemble.

Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous exprimer mon sincère respect et ma plus grande reconnaissance.

À mes parents,

Maman, tu as toujours su trouver les mots justes, résoudre mes problèmes et désamorcer les crises lorsque j'étais en difficulté. Ta présence et tes encouragements sont pour moi les piliers fondateurs de ce que je suis et de ce que je fais. Papa, merci pour la rigueur et le dynamisme que tu m'as transmis.

Merci pour tout ce que j'ai appris grâce à vous. Sans votre soutien tout au long de mes études, je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui.

À ma sœur et mes frères, Juliette, Matthieu et François,

Juliette, pour nos éternels fous rires, notre complicité grandissante, pour t'être toujours montrée disponible et m'avoir soutenue quand j'avais besoin de toi. Je t'écris ici toute ma tendresse, ma reconnaissance et mon affection ; Matthieu, merci pour m'avoir supportée et soutenue pendant toutes ces années, j'ai beaucoup appris et « grandi » en ta présence. Ton sérieux et ta précision te permettront sûrement de terminer ton internat avec brio ; François, tu illumines ma vie depuis bientôt 8 ans, ta joie de vivre et ton sourire sont mes plus grandes sources d'énergie. Que ta soif de vivre et d'apprendre ne s'altère jamais.

À mes grands-parents,

Merci à mamy Emma pour tes bons petits plats et ton infinie générosité ; à pépé Michel pour tes valeurs et tes enseignements toujours enrichissants ; à mamie Nicole pour tes messages de soutien et tes encouragements chaleureux ; à mémé des trains pour ta bienveillance et ton affection. Une pensée pour pépé Maurice, j'aurais voulu que tu sois présent aujourd'hui.

Trouvez ici le témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour m'avoir soutenue pendant toutes mes années d'étude.

A Martin,

Merci pour ta patience, ton soutien quotidien indéfectible et ton enthousiasme contagieux à l'égard de mon travail, comme de la vie en général. Tu as su me supporter dans mes moments de doutes et de stress, avec ta bonne humeur et ton esprit sans cesse positif, je t'en suis infiniment reconnaissante. Pour le chemin déjà parcouru à tes côtés, ton amour, ton optimisme et pour la stabilité que tu apportes chaque jour dans ma vie... Merci.

À mes amis,

Maud, Marie, Natacha, Alice, Anouk, Antinéa, Maé, Julien, Laëticia, Lorène, Thomas, Hugo, Buldo, Niko, Romain, Alain, Floncky, pour votre bonne humeur communicative, pour les moments qui rendent la vie si différente et les soirées à refaire le monde. Mes années d'études auront été parsemées de fous rires, de complicité, de réflexions et de discussions enrichissantes grâce à vous. Merci pour votre amitié.

À Laurence et Jean-François,

Un grand merci pour votre sympathie et pour m'avoir accueillie au sein de votre cabinet lors du stage actif, d'avoir pris le temps de me conseiller et de m'avoir donné envie de suivre votre exemple. Vous m'avez accordé votre confiance et avez fait en sorte que mes premiers pas dans ce métier se fassent dans les meilleures conditions, je vous en suis très reconnaissante.

À Camille et Salah,

Pour votre confiance, votre gentillesse, et les conditions de travail privilégiées qui m'ont été offertes. Merci pour le partage de vos expériences, de vos pensées, votre envie de transmettre vos connaissances et votre métier. Vos conseils si précieux et vos remarques pertinentes rendent le travail à vos côtés très enrichissant.

A tous ceux qui m'ont appris et ont su me donner le goût de cette merveilleuse profession qu'est l'Odontologie, particulièrement les enseignants de Strasbourg et de Dijon, pour m'avoir soutenue dans les premières étapes de cet apprentissage, j'adresse mes remerciements les plus chaleureux.

A l'ensemble du personnel administratif de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg qui nous a généreusement assisté durant toutes nos années scolaires, veuillez trouver ici le témoignage de ma considération et de ma gratitude.

Table des matières

INTRODUCTION.....	13
--------------------------	-----------

I. 1^{ERE} PARTIE : LES COMPLICATIONS CLINIQUES LIEES A L'ACTE EN CHIRURGIE BUCCALE (HORS IMPLANTOLOGIE)...

1. Rappels.....	16
1.1. Chirurgie Buccale : définition, domaine d'intervention.....	16
1.1.1. Définition.....	16
1.1.2. Domaine d'intervention.....	17
1.2. Complication médicale : définition.....	19
1.3. Suites opératoires et complications de la chirurgie buccale.....	19
1.4. Classification ASA.....	20
2. Complications des tissus mous.....	22
2.1. Immédiates.....	22
2.1.1. Traumatismes labiaux.....	22
2.1.2. Lésions de la gencive ou du palais.....	22
2.1.3. Lésions de la langue.....	22
2.1.4. Lésions du plancher buccal.....	23
2.1.5. Lésions de la Boule de BICHAT.....	23
2.2. Secondaires.....	23
2.2.1. Infections.....	23
2.2.2. Complications parodontales.....	24
3. Complications dentaires.....	24
3.1. Fracture de la dent à extraire.....	24
3.2. Dommages iatrogènes des dents adjacentes.....	25
3.3. Projection de la dent ou d'éléments dentaires.....	26
3.3.1. Dans les voies aéro-digestives.....	26
3.3.2. Dans le sinus maxillaire.....	26
3.3.3. Dans la fosse ptérygo-maxillaire.....	27
3.3.4. Dans les espaces cellululo-graisseux de la face.....	28
3.3.5. Dans le voile du palais.....	28
3.3.6. Projection d'une dent de sagesse mandibulaire dans le plancher buccal....	28
4. Complications osseuses.....	28
4.1. Immédiates.....	28

4.1.1. La communication bucco-sinusienne (CBS).....	28
4.1.2. La fracture alvéolaire.....	29
4.1.3. La fracture tubérositaire.....	29
4.1.4. La fracture de l'angle mandibulaire.....	30
4.2. Secondaires.....	31
4.2.1. Les ostéites.....	31
4.2.1.1. L'alvéolite sèche.....	31
4.2.1.2. L'alvéolite suppurée.....	32
4.2.2. Les cellulites.....	32
5. Complications nerveuses.....	32
5.1. Rappels.....	32
5.1.1. Anatomie.....	32
5.1.2. Types de lésions et classifications.....	34
5.1.3. Etiologies.....	35
5.1.4. Conséquences.....	36
5.2. Lésions du nerf alvéolaire inférieur.....	37
5.3. Lésions du nerf mentonnier.....	38
5.4. Lésions du nerf incisif.....	38
5.5. Lésions du nerf lingual.....	38
5.6. Lésions du nerf grand palatin.....	39
6. Autres complications.....	39
6.1. Accident hémorragique.....	39
6.1.1. Rappels anatomiques vasculaires.....	40
6.1.2. Hémorragie per-opératoire.....	41
6.1.3. Hémorragie post-opératoire.....	41
6.2. Douleur post-opératoire.....	41
6.3. Trismus.....	42
6.4. Kystes résiduels.....	43
6.5. Hématome.....	43
6.6. Pathologies secondaires rares.....	43
II. 2^{EME} PARTIE : IMPLICATIONS JURIDIQUES DES	
COMPLICATIONS EN CHIRURGIE BUCCALE.....	45
1. Cadre juridique de l'information.....	45
1.1. Le droit et le devoir d'informer.....	45
1.1.1. Dépositaire de l'information.....	45
1.1.2. Nature de l'information.....	46
1.1.3. Finalité de l'information.....	46

1.1.4. Continuité de l'information.....	47
1.2. Le consentement éclairé.....	47
1.3. L'information des risques.....	47
1.4. L'information en chirurgie buccale.....	48
2. Responsabilités du Chirurgien-Dentiste.....	49
2.1. Responsabilité médicale et contrat de soin.....	49
2.1.1. Notion de responsabilité.....	49
2.1.2. Contrat de soin.....	49
2.1.3. Responsabilité médicale.....	51
2.2. La responsabilité civile.....	52
2.2.1. La responsabilité civile contractuelle.....	52
2.2.2. La responsabilité civile délictuelle.....	53
2.3. La responsabilité disciplinaire.....	54
2.4. La responsabilité pénale.....	54
3. Gestion des litiges et expertise médicale.....	55
3.1. Modification de la relation soignant-soigné.....	55
3.2. Des doléances à la faute médicale	56
3.2.1. Origine des conflits patients/praticien.....	56
3.2.2. Les faits dommageables.....	57
3.2.2.1. La charge de preuve et le lien de causalité.....	57
3.2.2.2. La notion de faits dommageables.....	58
3.3. Voies de contestation du patient.....	61
3.4. Evaluation des préjudices et expertise médicale.....	61
3.4.1. Notion de dommage et préjudice.....	61
3.4.1.1. Le dommage.....	61
3.4.1.2. Le préjudice.....	62
3.4.1.3. L'évaluation du dommage.....	62
3.4.1.4. Spécificité de la perte de chance.....	63
3.4.2. La procédure d'expertise.....	63
3.4.2.1. Notion d'expertise.....	63
3.4.2.2. L'expertise amiable.....	64
3.4.2.3. L'expertise judiciaire.....	65
3.4.2.4. Conduite et rapport d'expertise.....	66

III. 3^{EME} PARTIE : PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS EN CHIRURGIE BUCCALE ET PREVENTION.....69

1. Gestion et prévention clinique des complications.....	69
1.1. Prise en charge des complications.....	69

1.1.1. En cas de complications liées à l'acte.....	69
1.1.2. En cas de complications tardives.....	71
1.2. Quels outils de prévention ?.....	72
1.2.1. Maitrise du risque thérapeutique.....	72
1.2.1.1. Observation clinique rigoureuse.....	72
1.2.1.2. Examens radiographiques.....	73
1.2.1.3. Examens complémentaires.....	73
1.2.1.4. Rapport bénéfice/risque : prise de décision.....	74
1.2.1.5. Planification de l'acte.....	75
1.2.1.6. Compétences chirurgicales et formation continue.....	75
1.2.1.7. Plateau technique adapté et assistance qualifiée.....	75
2. Gestion et prévention juridique des complications.....	76
2.1. Conduite à tenir lors d'un litige avec un patient.....	76
2.1.1. Situation de crise : quelles solutions pour désamorcer un conflit ?.....	76
2.1.2. A l'issu de la tentative de conciliation.....	77
2.1.2.1. Constitution du dossier médical.....	77
2.1.2.2. L'assurance responsabilité civile et professionnelle.....	78
2.1.2.3. Contacter un avocat.....	78
2.2. Evolution du conflit vers un règlement amiable ou un procès pénal.....	79
2.2.1. Contentieux médical.....	79
2.2.2. Tentative de conciliation : règlement amiable des conflits.....	79
2.2.3. Procès pénal.....	80
2.3. Anticipation de contentieux médical.....	81
2.3.1. Information et maintien de la relation de confiance.....	81
2.3.2. La conciliation : une voie à privilégier.....	82
2.3.3. Importance médical et juridico-légal du dossier clinique.....	82
IV. 4^{EME} PARTIE : DOCUMENT D'INFORMATION AUX PATIENTS SUR LES RISQUES INHÉRENTS DE LA CHIRURGIE BUCCALE...84	
CONCLUSION.....	96
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	98

BIBLIOGRAPHIE.....100

ANNEXES.....109

Introduction

Dans la pratique de cette discipline majeure qu'est la chirurgie buccale, tout acte, même conduit dans des conditions de connaissance, de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur, comporte des risques. Une avulsion, même simple, peut se compliquer par une perforation de la membrane sinusienne, par la fracture d'une dent adjacente ou encore par la lésion des tissus mous environnants. De la même manière, l'extraction des troisièmes molaires mandibulaires peut engendrer des lésions osseuses ou nerveuses, parfois irréversibles. Enfin, certaines suites opératoires tardives telles qu'une hémorragie ou une infection sont susceptibles de compromettre la sécurité du patient. Outre l'aspect clinique, ces complications peuvent malheureusement aboutir à un mécontentement du patient et rompre le lien de confiance qui s'était établi entre ce dernier et son praticien.

Cette dernière décennie a été marquée par une profonde transformation de la société et une modification des mentalités, encourageant désormais les individus à la consommation de masse sous toutes ses formes. Le domaine de la santé, et plus particulièrement celui de la chirurgie buccale n'est pas épargné. L'explosion de la recherche médicale et des techniques d'information a entraîné des modifications majeures de la relation soignant/soigné, et notamment de la notion de « droit à la santé » que se font les patients. Ce phénomène est accentué par la multiplication des assistances juridiques et des associations d'usagers de la santé. L'acceptation de l'échec ou plus simplement de l'aléa devient difficile et les malades n'hésitent plus à exprimer leur insatisfaction en mettant en cause les compétences ou les traitements de leurs thérapeutes. La multiplication des actions auprès des Conseils de l'Ordre, des tribunaux civils, pénaux et administratifs en témoigne.

Les chirurgiens dentistes sont donc soumis à de plus en plus d'obligations, de règles contraignantes et de responsabilités, mais doivent également être en mesure de gérer des conflits auxquels ils seront probablement exposés au moins une fois au cours de leur carrière. C'est dans ce contexte propice au développement des contentieux que nous avons décidé d'émettre une réflexion concernant l'optimisation de la prévention du risque conflictuel au cabinet dentaire.

La prévention implique une conscience clinique, mais également juridique du praticien. Toute intervention chirurgicale doit être mûrement réfléchie et envisagée dans un esprit de « *PRIMUM NON NOCERE* » : « *d'abord ne pas nuire* ». Cet ancien précepte attribué à Hippocrate doit guider toute démarche thérapeutique. D'autre part, un interrogatoire précis, une bonne connaissance des données anatomiques confortées par des examens cliniques et complémentaires pertinents, ainsi qu'une technique chirurgicale parfaitement maîtrisée et aguerrie sont des points essentiels et indispensables à une

prise en charge optimale. Le chirurgien dentiste doit aussi être en mesure d'orienter son patient vers un spécialiste lorsque la pathologie est complexe. D'un point de vue juridique, il est nécessaire de garder à l'esprit que dans la majorité des cas, il est possible d'éviter un conflit. Privilégier l'apaisement des esprits en s'orientant vers la voie de conciliation évitera la remise en cause de l'ensemble de la relation thérapeutique préalablement établie. D'autre part, le dialogue reste la clé de voûte de la relation patient/praticien. Une attitude adaptée du chirurgien dentiste montrant de l'empathie, écoutant attentivement son patient et délivrant des explications compréhensibles et détaillées permettra de désamorcer la majorité des litiges. Enfin, un conflit naissant devra toujours retenir l'attention du praticien afin que ce dernier prenne les mesures nécessaires à une résolution rapide et satisfaisante, épargnant des procédures stressantes et chronophages pour les deux parties.

Cette thèse propose de traiter dans une première partie des complications qui peuvent advenir dans la pratique quotidienne du praticien. Cette liste, bien que non exhaustive, est la plus complète possible et concerne les suites des interventions qui font partie du domaine d'activité habituel du chirurgien dentiste.

Nous verrons, dans la partie suivante, quelles peuvent être les conséquences juridiques d'un contentieux entre patient et praticien, tant sur le plan des responsabilités et des devoirs, que sur l'évolution et la gestion du litige.

Enfin, nous proposerons des pistes de réflexion, afin d'améliorer la prévention clinique et juridique du risque conflictuel.

Première partie

**Les complications cliniques liées a l'acte en
chirurgie buccale (hors implantologie)**

I. Les complications cliniques liées a l'acte en chirurgie buccale (hors implantologie)

La chirurgie buccale est apparue il y a plusieurs siècles en Europe et s'est développée ensuite aux Etats-Unis à la fin des années 1800. Il s'agit de la première spécialité dentaire à s'être structurée après l'établissement des écoles de formation en dentisterie générale. C'est une discipline majeure de l'odontologie qui regroupe différents domaines d'intervention. Elle fait partie intégrante de l'art dentaire.

Fillibrown a aidé à formuler la législation définissant la pratique de la dentisterie dans le Massachusetts. *General Laws*, chapitre 112, article 50, tel que modifié en 1949, chapitre 333, se lit en partie : « Une personne considérée comme pratiquant la dentisterie se présente comme étant en mesure de diagnostiquer, traiter, opérer ou prescrire pour toutes les maladies, la douleur, les blessures, la carence, les déformations ou tout autre état des dents humaines, des processus alvéolaires, des mâchoires séparées ou associées, en intra-oral ou extra-oral... ».

1. Rappels

1.1. Chirurgie Buccale : définition, domaines d'intervention (1) (2)

1.1.1. Définition

Définition de la chirurgie buccale :

Discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes de la cavité buccale, qui consiste à pratiquer, manuellement et à l'aide d'instruments, des actes opératoires sur un corps vivant.

L'American Dental Association a réalisé une étude exhaustive des différents actes de la pratique dentaire et, après avoir obtenu l'interprétation juridique de ces actes comme s'appliquant à la pratique de la chirurgie buccale, a accepté à la résection du conseil d'administration et de la Chambre des délégués de l'Association à Cleveland en Septembre, 1953, la définition suivante de la chirurgie orale :

« La spécialité de chirurgie buccale est la partie de la pratique dentaire qui traite avec le diagnostic, le traitement chirurgical d'appoint des maladies, des blessures et défauts des mâchoires humaines et des structures associées ».

« La portée de la spécialité de chirurgie buccale doit inclure le diagnostic et le traitement chirurgical et d'appoint, des maladies, des blessures, des défauts des mâchoires humaines et des structures associées dans les limites des qualifications professionnelles et de la formation du praticien, et dans les limites des accords passés au niveau local par l'équipe de santé concernée par l'ensemble des soins de santé du patient ».

1.1.2. Domaine d'intervention

La CCAM (classification commune des actes médicaux), instaurée depuis le 1^{er} juin 2014, a réalisé une liste de l'ensemble des protocoles techniques remboursables s'imposant aux chirurgiens dentistes, parmi lesquels sont décrits tous les actes de chirurgie buccale.

Liste des actes de chirurgie buccale

Code CCAM	Code NGAP	Intitulé CCAM	Modificateurs	Base Rbt SS
CHIRURGIE BUCCALE				
Extractions de dents temporaires				
<i>Les avulsions de dent ou de racine comprennent, ou non :</i>				
<i>- le curetage</i>				
<i>- la régularisation de crête</i>				
HBGD035	DC8	Avulsion d'une dent temporaire sur arcade	[F,U]	16,72
HBGD037	DC12	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade	[F,U]	25,08
HBGD309	DC16	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade	[F,U]	33,44
HBGD284	DC20	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade	[F,U]	41,80
HBGD065	DC24	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade	[F,U]	50,16
HBGD462	DC28	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade	[F,U]	58,52
HBGD464	DC32	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade	[F,U]	66,88
HBGD263	DC36	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade	[F,U]	75,24
HBGD280	DC40	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade	[F,U]	83,60
HBGD093	DC44	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade	[F,U]	91,96
HBGD362	DC48	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade	[F,U]	100,32
HBGD054	DC52	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade	[F,U]	108,67
HBGD111	DC56	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade	[F,U]	117,04
HBGD174	DC60	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade	[F,U]	125,40
HBGD057	DC64	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade	[F,U]	133,76
HBGD133	DC68	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade	[F,U]	142,12
HBGD123	DC72	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade	[F,U]	150,48
HBGD468	DC76	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade	[F,U]	158,84
HBGD282	DC80	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade	[F,U]	167,20
HBGD201	DC84	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade	[F,U]	175,56
HBGD042	DC40	Avulsion de 1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse	[F,U]	83,60
HBGD026	DC60	Avulsion de 2 dents temporaires incluses, retenues ou réincluses	[F,U]	125,40

Code CCAM	Code NGAP	Intitulé CCAM	Modificateurs	Base Rbt SS
Extractions de dents permanentes				
HBGD036	DC16	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	33,44
HBGD043	DC24	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	50,16
HBGD319	DC32	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	66,88
HBGD489	DC40	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	83,60
HBGD497	DC48	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	100,32
HBGD106	DC56	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	117,04
HBGD076	DC64	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	133,76
HBGD422	DC72	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	150,48
HBGD420	DC80	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	167,20
HBGD064	DC88	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	183,92
HBGD356	DC96	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	200,64
HBGD146	DC104	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	217,36
HBGD382	DC112	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	234,08
HBGD247	DC120	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	250,80
HBGD197	DC128	Avulsion de 15 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	267,52
HBGD333	DC136	Avulsion de 16 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	284,24
HBGD261	DC144	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	300,96
HBGD499	DC152	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	317,68
HBGD461	DC160	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	334,40
HBGD278	DC168	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	351,12
HBGD258	DC176	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	367,84
HBGD311	DC184	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	384,56
HBGD235	DC192	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	401,28
HBGD374	DC200	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	418,00
HBGD475	DC208	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	434,72
HBGD285	DC216	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	451,44
HBGD338	DC224	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	468,16
HBGD193	DC232	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	484,88
HBGD345	DC240	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	501,60
HBGD414	DC248	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	518,32
HBGD245	DC256	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	535,04
HBGD283	DC264	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie	[F,U]	551,76
HBGD022	DC16	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie	[F,U]	33,44
HBGD034	DC24	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	[F,U]	50,16
HBGD287	DC32	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie	[F,U]	66,88
HBGD031	DC16	Avulsion d'une dent permanente sur arcade avec séparation des racines	[F,U]	33,44
HBGD032	DC24	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines	[F,U]	50,16
HBGD039	DC16	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines	[F,U]	33,44
HBGD002	DC24	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines	[F,U]	50,16

Code CCAM	Code NGAP	Intitulé CCAM	Modificateurs	Base Rbt SS
HBGD028	DC40	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe	[F,U]	83,60
HBGD014	DC50	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe	[F,U]	104,50
HBGD015	DC50 + DC25	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe	[F,U]	156,75
HBGD459	DC40	Avulsion d'1 prémolaire retenue ou à l'état de germe	[F,U]	83,60
HBGD386	DC60	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe	[F,U]	125,40
HBGD047	DC40	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe	[F,U]	83,60
HBGD018	DC40	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe	[F,U]	83,60
HBGD004	DC40	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe	[F,U]	83,60
HBGD025	DC40+DC20	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	[F,U]	125,40
HBGD021	DC40+2DC20	Avulsion de 3 troisièmes molaires mandibulaires retenues ou à l'état de germe	[F,U]	167,20
HBGD038	DC40+3DC20	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe	[F,U]	209,00
HBGD044	DC20	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse	[F,U]	41,80
HBGD003	DC40	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe	[F,U]	83,60
HBGD016	DC40	Avulsion d'une racine incluse	[F,U]	83,60
HBGD017	DC80	Avulsion d'une dent ectopique	[F,U]	167,20
HBGD040	DC40+20...	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes (avec ou sans régularisation de crête)	[F,U]	125,40
HBFD014		Amputation et/ou séparation radiculaire ou coronaradiculaire d'une dent Avec ou sans : lambeau parodontal	[F,U]	NPC
HBBA001		Obturation d'une résorption radiculaire dentaire externe, par abord parodontal		NPC

Réduction de fracture et de luxation de dent

La réduction de fracture et de luxation de dent inclut la pose de moyen de contention.

HBED011		Réduction de luxation d'une dent		NPC
HBED016		Réduction de luxation de plusieurs dents		NPC
HBED009		Réduction de fracture alvéolaire en denture permanente Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire	[F,P,S,U]	104,50
HBED015		Réduction de fracture alvéolaire en denture mixte ou incomplète Facturation : peut être facturé avec traitement radiculaire	[F,P,S,U]	104,50

Réimplantation de dent et autogreffe de germe

La réimplantation de dent inclut la pose de moyen de contention.

HBED001	SC40	Réimplantation d'une dent permanente expulsée	[F,U]	96,40
HBED003	2*SC40	Réimplantation de 2 dents permanentes expulsées	[F,U]	192,80
HBED021	3*SC40	Réimplantation de 3 dents permanentes expulsées, ou plus	[F,U]	289,20
HBED022	DC100	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement		209,00
HBED005		Autogreffe d'une dent sur arcade, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement		NPC

Dégagement de dent retenue ou incluse

HBPD002		Dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose d'un dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal	[F,U]	104,50
HBPA001		Dégagement d'une dent retenue ou incluse, avec pose d'un dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau	[F,U]	146,30
HBPD001		Dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique	[F,U]	156,75

Code CCAM	Code NGAP	Intitulé CCAM	Modificateurs	Base Rbt SS
-----------	-----------	---------------	---------------	-------------

Évacuations de collections

LCJA004		Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal		83,60
LCJA002		Évacuation de collection de la région des muscles masticateurs, par abord intrabuccal et par abord facial		83,60
LCJA003		Évacuation de collection périmaxillaire ou périmandibulaire, par abord intrabuccal		20,90
HAJA002		Évacuation de collection pelvilinguale, par abord intrabuccal		41,80
HAJD004		Évacuation de collection de la base de la langue		83,60

Traitement de plaie intrabuccale

HAJA010		Parage et/ou suture d'une plaie muqueuse intrabuccale À l'exclusion de : parage et/ou suture de plaie - de la langue (HAJA009) - du voile du palais (HAJA008)	[F, M, P, S, U, I, X]	23,30
HAJA007		Parage et/ou suture de plaies muqueuses intrabuccales multiples À l'exclusion de : parage et/ou suture de plaie - de la langue (HAJA009) - du voile du palais (HAJA008)	[F, M, P, S, U, I, X]	32,49
HAJA009		Parage et/ou suture de plaie de la langue	[F, M, P, S, U, X]	28,50
HAJA008		Parage et/ou suture de plaie du voile du palais	[A, F, P, S, U, I, X]	36,51
HASD003		Hémostase secondaire à une électrocoagulation intrabuccale		36,44
HBSD001		Hémostase gingivoalvéolaire secondaire à une avulsion dentaire (ne peut pas être facturé dans la séance d'avulsion dentaire)		22,05

Traitement des lésions

HAND002		Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale sans laser		22,13
HAND004		Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par voie buccale avec laser		22,20
HAND001		Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale sans laser		29,94
HAND006		Destruction de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par voie buccale avec laser		30,04
HAFAD15		Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal		37,01
HAFAD32		Exérèse de lésion de la muqueuse de la bouche ou de l'oropharynx de 2 cm à 4 cm de grand axe, par abord intrabuccal		104,50
LBFA023		Exérèse de lésion de l'os maxillaire et/ou du corps de la mandibule de moins de 2 cm de grand axe, par abord intrabuccal Comprend ou non une avulsion dentaire		46,89

Tableau 1 : Classification commune des actes médicaux en chirurgie dentaire (2)

Les actes de chirurgie réalisables par le chirurgien dentiste sont donc :

- Avulsion de dents permanentes ou temporaires (simple, complexe, multiples, sur arcade ou incluse...etc)
- Amputation et/ou séparation radiculaire ou coronoradiculaire d'une dent
- Obturation d'une résorption radiculaire dentaire externe, par abord parodontal
- Réduction de luxation, fracture
- Réimplantation de dent et autogreffe de germe
- Dégagement de dent retenue ou incluse
- Évacuation des collections
- Traitement de plaie intra-buccale
- Traitement des lésions

L'ensemble de ces actes, même réalisés dans les meilleures conditions peut entrainer des complications.

1.2. Complication médicale : définition (3)

➤ *Complication médicale*

État pathologique survenant lors de l'évolution d'une maladie, dont il aggrave le pronostic.

➤ *Complication opératoire*

Ensemble des incidents ou accidents qui peuvent survenir pendant ou après toute intervention chirurgicale : apparition d'un abcès de paroi lié à une infection de la plaie, d'adhérences pathologiques des tissus, survenue d'un trouble du rythme cardiaque provoqué par l'anesthésie, etc.

1.3. Suites opératoires normales et complications de la chirurgie buccale (4)

Les complications regroupent l'ensemble des incidents pouvant survenir pendant ou après toute intervention chirurgicale, allant de la simple douleur à la lésion nerveuse irréversible, en passant par l'hémorragie ou la fracture mandibulaire. Nous essaierons d'établir une liste exhaustive, ainsi que la conduite à tenir du praticien.

Les suites opératoires secondaires à une intervention chirurgicale font partie du déroulement normal de la cicatrisation. Elles peuvent être plus ou moins marquées selon les patients et leurs facteurs liés (âge, sexe, hygiène bucco-dentaire, tabac), ainsi que selon les facteurs liés à l'intervention (type, durée, difficulté). Ces manifestations sont inévitables, mais s'atténuent au fil des jours. Un appel systématique au patient le lendemain de l'intervention, une observation attentive, un soutien moral et un suivi de ce dernier sont recommandés par l'HAS.

Il ne faut pas confondre suite opératoire normale et complication, mais l'une comme l'autre implique un suivi et surtout la continuité des soins.

Les suites opératoires :

Les suites opératoires normales et secondaires à une intervention chirurgicale sont :

- la rougeur (congestion vasculaire)
- l'œdème
- la chaleur
- la douleur
- le saignement

Les complications :

➤ *Complications liées à l'acte opératoire :*

- hémorragie post-opératoire
- fracture de la dent à extraire
- projection ou refoulement de la dent dans le sinus maxillaire ou dans les voies aériennes, dans les voies digestives, dans le plancher buccal
- complications osseuses
- complications articulaires
- complications nerveuses : lésions du nerf
- accidents des tissus mous : brûlures provoquées par l'échauffement de la pièce à main ou de tout autre instrument rotatif

➤ *Complications tardives :*

- hémorragie
- hématome

➤ *Complications infectieuses :*

- alvéolite
- ostéite
- cellulite

1.4. Risque pré-opératoire et difficulté de l'intervention (4) (5)

Les complications sont intimement liées au risque pré-opératoire et à la difficulté de l'intervention. Différents facteurs sont susceptibles d'influencer le taux de complications d'une intervention chirurgicale, il est donc nécessaire de les évaluer correctement.

On distingue :

- Les facteurs liés au patient
 - âge
 - sexe
 - antécédents médicaux chirurgicaux, pathologies

- hygiène bucco-dentaire
- tabac
- Les facteurs liés à l'intervention
 - type d'intervention
 - difficulté de l'intervention
- Les facteurs liés à l'opérateur
 - âge
 - sexe
 - technique chirurgicale
 - conditions d'exercice

Il est possible de prévenir les complications per et post-opératoires grâce à une connaissance précise des antécédents médicaux-chirurgicaux du patient.

Connaître le risque anesthésique, hémorragique ou infectieux permet de prévenir un grand nombre de désagréments qui peuvent, s'ils ne sont pas correctement anticipés, avoir de graves conséquences.

Classification ASA

Pour cela, il existe une classification permettant d'exprimer l'état de santé pré-opératoire du patient. Elle a été mise au point par *The American Society of Anesthesiologists (ASA)*, dans le but d'obtenir un paramètre prédictif de mortalité et morbidité péri-opératoire.

L'indicateur va de 1 à 5.

FIGURE 1 Evolution of the ASA PS classification

ASA PS classification version 1 (1941)	ASA PS classification version 2 (1962, amended 1980)
Each class was supported by several examples of patients who would fall into that category.	
Class 1 no systemic disturbance	ASA PS 1 normal healthy patients
Class 2 moderate and definite systemic disturbance either pre-existing or caused by the condition that is to be treated by surgical intervention	ASA PS 2 patients with mild systemic disease
Class 3 severe systemic disturbance	ASA PS 3 patients with severe systemic disease
Class 4 extreme systemic disorders [that are] an eminent threat to life regardless of the type of treatment.	ASA PS 4 patients with severe systemic disease that is a constant threat to life
Class 5 emergency surgery in patients that would otherwise be graded as class 1 or 2	ASA PS 5 moribund patients who are not expected to survive without the operation
Class 6 emergency surgery in patients that would otherwise be graded as class 3 or 4	ASA PS 6 a declared brain-dead patient whose organs are being removed for donor purposes
Class 7 was added at a later date – a moribund patient not expected to survive 24 hours with or without an operation	E prefix (later suffix) for patients undergoing emergency procedures

Tableau 2 : Classification ASA (5)

2. Complications des tissus mous

Les tissus mous peuvent être le siège de nombreuses complications, essentiellement dues à une faute de l'opérateur. Une mauvaise utilisation d'un instrument, une erreur de manipulation, un geste trop brutal ou mal adapté peut avoir de multiples conséquences allant du simple échauffement de la gencive à la lésion nerveuse en passant par l'hémorragie.

2.1. Immédiates (4) (6) (7) (8)

2.1.1. Traumatismes labiaux

Ces traumatismes sont la conséquence d'une traction prolongée ou trop vigoureuse de la commissure labiale, d'un mauvais contrôle de la lame de bistouri ou encore de l'utilisation prolongée de la pièce à main. Ces complications peuvent être mutilantes et sont d'autant plus à craindre lorsque l'espace de travail (l'ouverture buccale) est particulièrement réduit (faible ouverture, trismus).

2.1.2. Lésions de la gencive ou du palais

La gencive et le palais peuvent être lésés pendant tout acte chirurgical, lors d'un dérapage ayant pour conséquences des brûlures, des lacérations, des perforations ou des déchirures.

Ces lésions sont essentiellement dues à une mauvaise utilisation de l'élévateur (utilisation intempestive, absence de « doigt de garde ») et à un manque de points d'appui. Par ailleurs, une incision ou un décollement mandibulaire peut entraîner la lésion d'une artériole et donc un risque hémorragique.

2.1.3. Lésions de la langue

La langue est un organe volumineux très vascularisé possédant une double innervation.

➤ Vascularisation

Grâce à l'**artère linguale**, une branche de l'artère carotide externe, qui se divise en 3 branches majeures : l'artère dorsale de la langue, l'artère sublinguale et l'artère linguale profonde.

➤ Innervation

Elle est innervée par le **nerf hypoglosse (nerf moteur)**, et par les **nerfs laryngé supérieur, pneumogastrique et lingual** (nerfs sensoriels).

La langue est un muscle qui peut, chez certains patients, être très encombrant. Elle est d'autant plus exposée aux traumatismes qu'elle est mal contrôlée par le patient.

2.1.4. Lésions du plancher buccal

Le plancher buccal est constitué essentiellement par la réunion des 2 muscles mylo-hyoïdiens, et du muscle digastrique en dessous. Une avulsion mandibulaire mal maîtrisée, un décollement trop appuyé ou encore un manque de points d'appui peut conduire à une lésion du plancher buccal, et notamment des muscles mylo-hyoïdien ou des glandes salivaires. Le plancher étant le siège d'une importante vascularisation, un simple « dérapage d'instrument » peut avoir de graves conséquences.

2.1.5. Lésions de la Boule de BICHAT

La boule de BICHAT se situe dans la loge manducatrice. Les lésions de cette dernière surviennent lors des chirurgies maxillaires, principalement lors de l'avulsion de la dent de sagesse au moment de l'incision vestibulaire, ou encore lors d'une résection apicale. Une décharge vestibulaire trop importante peut provoquer une effraction du corps adipeux de la joue, ce qui se manifestera par l'apparition d'une masse cellulo-graisseuse dans le champ opératoire, dans le fond du vestibule.

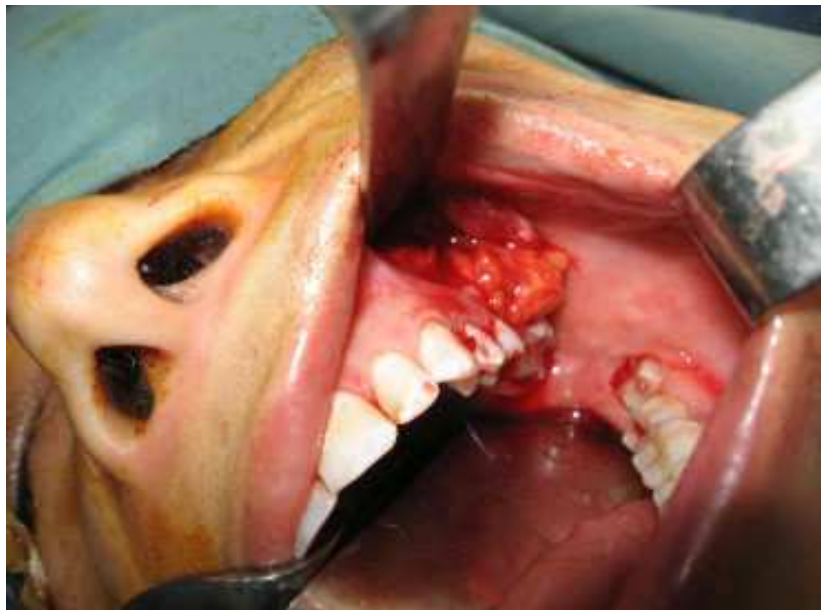


Image 1 : Effraction du corps adipeux de la joue (8)

2.2. Secondaires (9)

2.2.1. Infections

Suite à une chirurgie buccale, il peut exister un risque d'infection des tissus mous. Ce risque est d'autant plus élevé que l'intervention est traumatisante ou délabrante. Un site opératoire non désinfecté est également plus susceptible de s'infecter.

2.2.2. Complications parodontales

Toute avulsion peut être à l'origine de complications parodontales au niveau des dents adjacentes. Après l'extraction des dents de sagesse, on peut observer chez certains patients l'apparition d'une poche bactérienne avec alvéolyse en distale de la deuxième molaire, qui, si elle n'est pas prise en charge, peut aboutir à une déhiscence parodontale, provoquant carie, pulpite ou encore nécrose dentaire.

Les incisions de décharge mal réalisées (incision au centre de la papille ou au centre d'une face dentaire) sont également la cause de nombreux problèmes parodontaux tels que la nécrose papillaire ou encore les récessions gingivales.

Néanmoins, si l'incision est bien faite, l'état de santé parodontal s'améliore ou reste inchangé dans la plupart des cas, après la cicatrisation. En effet, lorsqu'un praticien a recours à l'extraction dentaire (notamment dans le cas des 3^{ème} molaire), c'est généralement dans le but d'éliminer un site favorable à la prolifération de germes, d'assainir le parodonte pour préserver les dents adjacentes ou encore de faciliter l'accès au brossage et donc le maintien d'une hygiène correcte.

3. Complications dentaires

3.1. Fracture de la dent à extraire (4) (6) (7) (10) (11)

Les dents susceptibles d'être extraites (mise à part les dents de sagesse incluses) sont souvent des dents très délabrées, cariées, ou porteuses d'une restauration volumineuse. On distingue les **fractures coronaires**, ayant généralement peu d'incidence, des **fractures radiculaires** qui peuvent rendre la chirurgie en cours plus complexe par la diminution du pronostic de récupération des éléments fracturés.

➤ *Fracture coronaire*

L'utilisation du davier, une technique chirurgicale inadaptée ou un mauvais choix d'instrument est très souvent à l'origine d'une fracture de la couronne dentaire. Mais cet incident a souvent des conséquences moindres, les fragments coronaires étant facilement récupérables.

➤ *Fracture radiculaire*

En ce qui concerne les fractures radiculaires, le pronostic de récupération des éléments fracturés dépend de plusieurs facteurs :

- forme des racines (racines coudées, hypercémentose avec des « racines en baguettes de tambour »)
- qualité osseuse (os très dense pour les ethnies africaines par exemple)

- ankylose de la dent (dent dévitalisée)

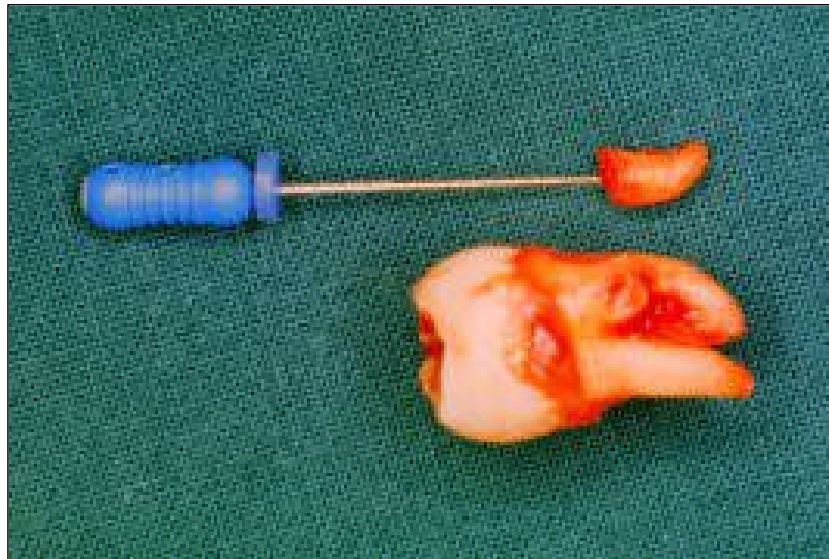


Image 2 : Fracture d'un apex (10)

➤ **Cas d'apex laissé en place**

Il s'agit des apex ayant une proximité avec des éléments anatomiques (notamment avec le nerf alvéolaire inférieur). Le patient sera bien évidemment informé de la situation et du rapport bénéfice/risque de cette décision. Il faudra alors assurer un suivi afin de contrôler la bonne intégration des fragments et éliminer tout phénomène infectieux. Néanmoins, lorsque la racine a été fracturée pendant l'intervention, il est préférable d'extraire le fragment dans la séance.



Image 3 : Apex de la 48 laissées en place (11)

3.2. Dommages iatrogènes des dents adjacentes ou antagonistes (4)

Ces dommages ont souvent pour origine une technique chirurgicale inadaptée, en particulier avec l'utilisation de l'élevateur. Cet instrument peut être dangereux s'il n'est

pas accompagné de gestes mesurés et de bons points d'appui. La pression exercée doit être impérativement contrôlée par l'opérateur.

Les conséquences pour les dents adjacentes ou antagonistes vont du simple saignement sulculaire à la fracture de la dent voisine, en passant par la luxation de cette dernière. En effet, un mauvais appui entre la face distale de la seconde molaire et le septum peut entraîner une luxation de la 2^e molaire lors de l'avulsion de la dent de sagesse.

3.3. Projection de la dent ou d'éléments dentaires (4) (6) (7) (8) (12) (13)

3.3.1. Dans les voies aéro-digestives

➤ *Dans les voies digestives*

Lors d'une manœuvre mal contrôlée, il arrive que la dent ou une partie de la dent soit propulsée hors de l'alvéole, déglutit et avalée par le patient. Il s'agit en général d'une manœuvre réflexe. Ce risque est plus important dans le cas de l'avulsion des dents de sagesse, de par la situation de cette dent (risque d'ingestion ou d'inhalation).

La déglutition est un incident mineur, la dent étant le plus souvent évacuée par les voies naturelles dans les 48 à 72h. Néanmoins, au delà de ce délai, il est indiqué de réaliser un contrôle radiographique pour éliminer un enclavement.

➤ *Dans les voies aériennes*

Le passage dans les voies aériennes supérieures est en revanche plus grave. Une toux réflexe peut rejeter l'élément dentaire inhalé, mais si ce dernier franchit la glotte et s'engage dans les bronches, le tableau peut devenir gravissime avec suffocation, et grande détresse respiratoire.

Dans ce cas, il faut avoir recours aux manœuvres d'expulsion de la dent (manœuvre de Heimlich) et de réanimation en attendant les secours.

3.3.2. Dans le sinus maxillaire

Cette complication concerne le plus souvent les dents de sagesse maxillaires. Mais elle peut également survenir lorsque les molaires maxillaires sont dites antrales. Dans ce cas, le sinus descend largement dans la région molaire et vient englober les racines.

Ainsi, lors de l'avulsion de ces dernières, une manœuvre en force ou mal maîtrisée peut provoquer la luxation de la dent dans le sinus maxillaire. Le refoulement peut concerner l'élément dentaire en totalité, une racine ou simplement un apex.



Image 4 : Scanner montrant la proximité sinusienne de la dent de sagesse maxillaire (8)

On observe alors la disparition soudaine de la dent ou de l'élément dentaire. Un cliché rétro-alvéolaire nous permettra alors de localiser l'élément perdu. Si celui-ci est accessible (situé sur le plancher sinusien), une tentative de récupération immédiate pourra être mise en œuvre par voie alvéolaire.

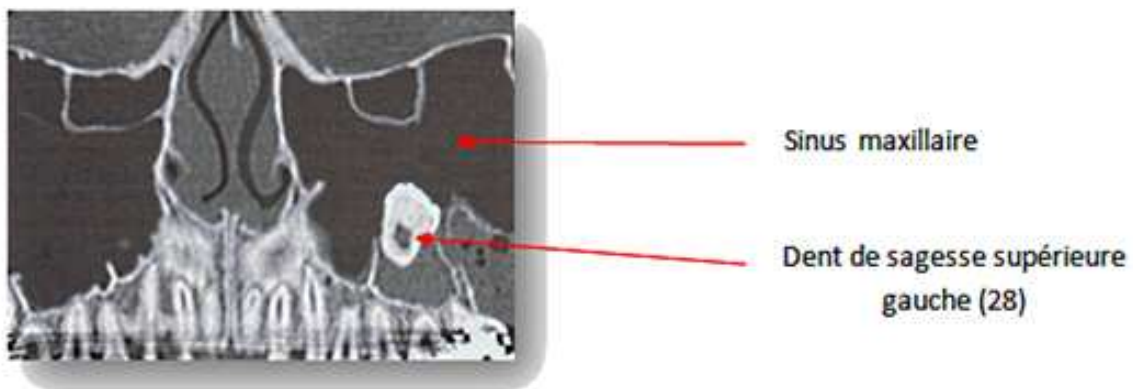


Image 5 : Scanner montrant le refoulement de la 28 dans le sinus maxillaire (12)

3.3.3. Dans la fosse ptérygo-maxillaire

La fosse ptérygo-maxillaire constitue la partie la plus profonde de la fosse infra-temporale. La projection d'une dent dans cette région riche en éléments vasculo-nerveux reste très peu fréquente car de nombreux éléments anatomiques (muscle ptérygoïdien, boule de Bichat) viennent freiner sa progression. Les dents concernées sont les sagesse maxillaires, lors des luxations postéro-externes trop fortes.

3.3.4. Dans les espaces cellulo-graisseux de la face

Cet accident se manifeste par la disparition soudaine de la 3^{ème} molaire maxillaire vers le corps adipeux de la joue, qui peut se compliquer, lors de sa recherche par palpation, par le glissement de la dent dans la fosse temporale.

Cette complication peut être la conséquence d'une luxation brutale avec l'élévateur ou d'un écartement trop fort. Elle expose le patient aux risques de cellulite.

3.3.5. Dans le voile du palais

De la même manière que la dent de sagesse maxillaire peut être projetée dans la fosse infra-temporale par une luxation postéro-externe, elle peut également glisser le long des muscles du palais, guidée par la sangle musculo-tendineuse, lors des luxations internes. La palpation sera alors rendue difficile au vu de l'épaisseur de la muqueuse palatine. La fréquence de ces complications est très faible.

3.3.6. Projection d'une dent de sagesse mandibulaire dans le plancher buccal

Il s'agit ici de la projection d'une dent ou de fragments dentaires de sagesse mandibulaire en dehors de l'alvéole, vers le plancher buccal. Cette complication survient essentiellement lorsqu'il existe une luxation de la table osseuse interne.

Le plancher est une région contenant de nombreux éléments anatomiques (glande salivaire, éléments vasculaires et nerveux), ce qui en fait une zone sensible. La projection d'éléments dentaires devra donc faire l'objet d'une tentative de récupération immédiate de ces derniers pour éviter toute aggravation de la situation.

4. Complications osseuses

4.1. Immédiates (4) (6) (14) (15) (16) (17) (18)

4.1.1. La communication bucco-sinusienne (CBS)

Elle correspond à une solution de continuité entre le sinus maxillaire et la cavité orale qui survient lors des chirurgies portant sur les secteurs latéraux maxillaires.

Comme vu précédemment, la dent de sagesse maxillaire peut être projetée dans le sinus au moment de son avulsion. D'autre part, les racines des molaires maxillaires présentent parfois une importante proximité avec le sinus. Ces dents sont dites antrales. Elles augmentent donc le risque de communication bucco-sinusienne post-extractionnelle, et peuvent même la rendre inévitable dans le cas d'une situation intra-sinusienne des racines.

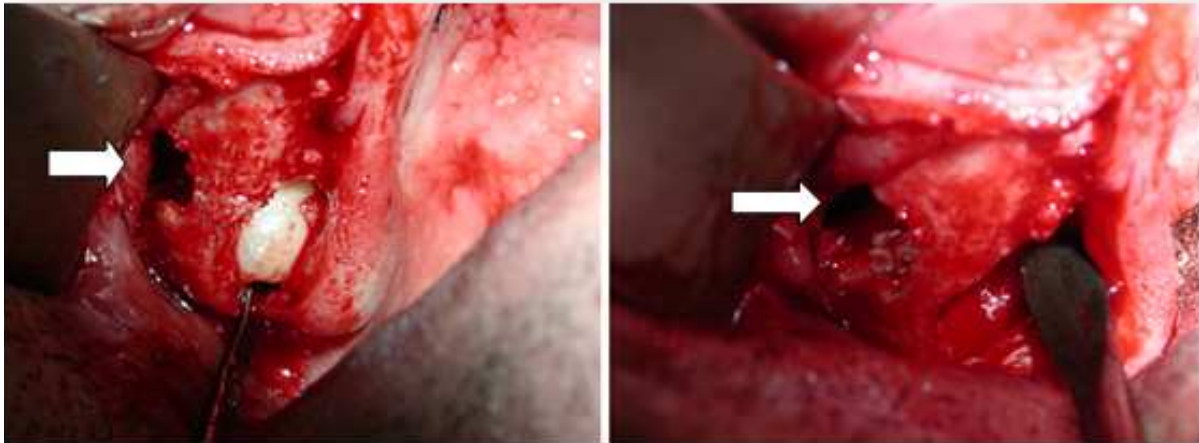


Image 6 : Communication bucco-sinusienne lors du décollement réalisé en vue de l'avulsion de la 18 incluse (14)

Ainsi, lors de toute intervention de chirurgie dentaire portant sur les secteurs latéraux du maxillaire, il est important d'anticiper (grâce à un bilan radiographique) la possibilité d'une effraction de la muqueuse sinusienne, et d'informer le patient sur le traitement consécutif et les complications susceptibles de survenir.

4.1.2. La fracture alvéolaire

Ces fractures concernent généralement de simples fragments de paroi alvéolaire (séquestres). Ils peuvent être luxés ou fendus suite à un mouvement de luxation trop important, à un dégagement osseux insuffisant ou encore à un mauvais placement du davier. Ils sont également favorisés lorsque l'os est déminéralisé ou fragilisé.

Parfois, la paroi alvéolaire subit un traumatisme plus important entraînant une fracture plus étendue, avec par exemple la mise à nu des racines des dents voisines. Cette complication est à redouter dans le cas d'une fracture du bord interne de l'alvéole lors de l'avulsion d'une dent de sagesse mandibulaire. Le risque de lésion du nerf lingual est alors à craindre.

4.1.3. La fracture tubérositaire

Cette complication est peu fréquente et survient lors de l'avulsion de la dent de sagesse maxillaire, quand la force exercée pendant le mouvement de luxation est trop importante. Ces fractures concernent généralement l'angle postéro-externe de la tubérosité.

Ces complications sont la encore favorisées par certains facteurs, tels qu'un dégagement osseux inadéquate, la présence d'un kyste apical de grande étendue, une dent ankylosée.

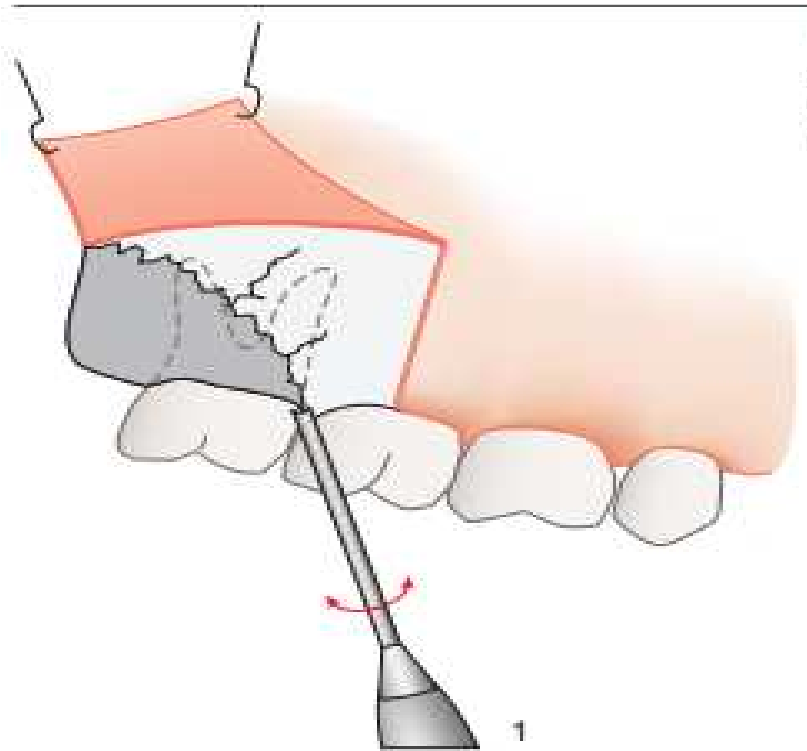


Image 7 : Fracture de la tubérosité lors d'une manœuvre d'élévation (16)

4.1.4. La fracture de l'angle mandibulaire

L'angle mandibulaire est une zone de moindre résistance, qui, si elle est soumise à des manœuvres de forces trop excessives (lors de l'utilisation de l'élévateur ou du davier), peut être le siège d'une fracture. C'est une complication exceptionnelle mais très sérieuse de l'avulsion de la dent de sagesse mandibulaire, qui est favorisée par certaines conditions (infection pré-opératoire, inclusion basse, kyste péri-coronaire volumineux, ostéotomie excessive, os ostéoporotique). La prévalence des fractures mandibulaires varie selon la littérature. Elle serait d'environ 0,004 jusqu'à 0,65%. Selon JEANNIN, le changement de courbure et la finesse de l'angle prédisposent aux fractures mandibulaires.

Certaines fractures ont lieu pendant la procédure opératoire, mais le plus souvent, elles surviennent après l'intervention.



Image 8 : Fracture de l'angle mandibulaire (6)

4.2. Secondaires (6) (10) (13)

4.2.1. Les ostéites

Une ostéite est une inflammation du tissu osseux dont l'origine peut être infectieuse ou primitive. Au niveau dentaire, ces affections osseuses portent le nom d'alvéolites car elles sont localisées au niveau de l'alvéole dentaire.

4.2.1.1. L'alvéolite sèche

L'alvéolite sèche ou ostéite primitive est la complication post-opératoire la plus fréquente après extraction (2 à 5% pour les extractions simples et 20 à 35% pour les extractions complexes). Elle se manifeste 2 ou 3 jours après l'extraction par de violentes douleurs continues, irradiantes et insomniantes, exacerbées par le décubitus et non soulagées par les antalgiques.

Elle résulte de l'absence de formation ou de sa disparition secondaire (par dissolution, désintégration sous l'influence de divers facteurs) du caillot sanguin qui doit normalement remplir l'alvéole. L'examen endobuccal révèle une alvéole béante, nue et sèche, des parois osseuses blanchâtres extrêmement sensibles au contact, et une muqueuse péri-alvéolaire enflammée, parfois accompagné d'un ganglion sub-mandibulaire satellite.

4.2.1.2. L'alvéolite suppurée

L'alvéolite suppurée est due à une surinfection de l'alvéole ou du caillot sanguin et survient, tout comme l'alvéolite sèche, quelques jours après l'avulsion dentaire. Elle se caractérise par une alvéole purulente présentant des débris nécrosés, une mauvaise odeur provenant de la désorganisation du caillot ainsi qu'un tissu de granulation saignant. Les bords de l'alvéole sont rouges et tuméfiés.

Elle est parfois accompagnée de signes généraux tels que de la fièvre, un trismus ou la présence d'adénopathies. Les douleurs sont moins intenses que pour l'alvéolite sèche.

4.2.2. Les cellulites

Les cellulites peuvent survenir à la suite d'un geste opératoire.

En effet, l'utilisation de matériel aseptique, l'existence d'une infection préexistante latente réveillée par le traumatisme opératoire, une ostéotomie importante, la surinfection d'un hématome post-opératoire, ou encore la présence de débris résiduels peuvent être à l'origine de la survenue de cellulites post-opératoires.

5. Complications nerveuses

Les complications nerveuses concernent essentiellement **le nerf alvéolaire inférieur** et **le nerf lingual**. Mais on observe également quelques cas rares de lésions **du nerf grand palatin** au maxillaire et des **nerfs mentonnier** et **incisif** à la mandibule. Ils peuvent être la cible de diverses agressions lors des chirurgies buccales, du fait de leurs situations anatomiques. Il existe différentes étiologies possibles. Les conséquences sont également très différentes suivant le type de traumatisme subit. Les lésions nerveuses peuvent aller de la simple compression à la section vraie, et les manifestations iront de la paresthésie à l'anesthésie totale dans le territoire nerveux considéré.

5.1. Rappels (10) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26)

5.1.1. Anatomie

Au maxillaire

- **Le nerf grand palatin** est une des branches terminales du nerf sphéno-palatin qui est lui-même une des branches collatérale du nerf maxillaire. Il descend dans la gouttière creusée sur la face externe de la lame verticale de l'os palatin, puis dans le canal palatin postérieur. Accompagné de son artère, qui circule en avant de lui, il aboutit au niveau du palais par l'orifice inférieur du canal qui est situé très en

arrière, au niveau de la dent de sagesse maxillaire, à 2 mm en avant de la jonction voile-palais dur. Partant du foramen grand palatin, trois gouttières creusées dans l'apophyse palatine du maxillaire poursuivent le canal. Le nerf chemine alors dans la gouttière moyenne.

A la mandibule

Le nerf alvéolaire inférieur, comme le nerf lingual, est un des principaux rameaux sensitifs du tronc postérieur du nerf Mandibulaire (V3), lui même rameau du nerf Trijumeau (V).

Les nerfs mentonnier et incisif sont issus de la division du nerf alvéolaire inférieur au niveau du foramen mentonnier.

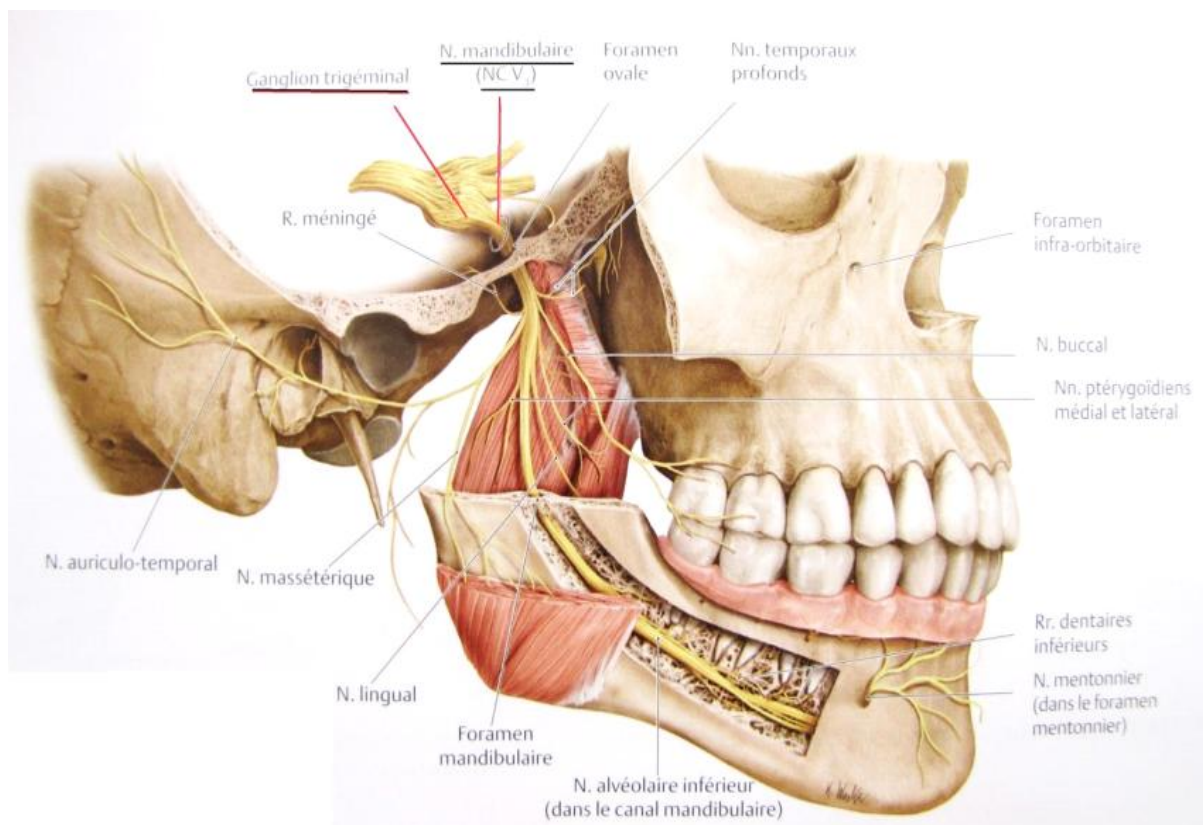


Image 9 : Nerf mandibulaire (V3), nerf alvéolaire inférieur et nerf mentonnier (19)

- **Le nerf alvéolaire inférieur** suit un trajet descendant, accompagnée par l'artère alvéolaire inférieure, sous le ptérygoïdien latéral puis entre le ligament sphéno-mandibulaire et la branche de la mandibule jusqu'à pénétrer dans le foramen mandibulaire. Il chemine à la face interne de la mandibule dans le canal dentaire.
- **Le nerf lingual** passe entre le muscle ptérygoïdien médial et la branche de la mandibule, et pénètre dans la cavité orale en se plaçant contre la lingula de la

mandibule. Il se dirige ensuite vers l'avant à la face latérale du muscle hyoglosse, tout près de la face linguale de la 3ème molaire. La dent est séparée du nerf lingual par la table osseuse interne. Dans la plupart des cas, le nerf chemine sur la face interne de la mandibule entre périoste et gencive. Mais dans certains ouvrages, il est décrit que dans 20 % des cas, il peut longer la crête alvéolaire sous la gencive où il se trouve alors très exposé. Il innerve les deux tiers antérieurs de la langue et le plancher de la bouche.

- **Le nerf mentonnier** est une des branches terminales du nerf alvéolaire inférieur issue de la division de ce dernier au niveau du trou mentonnier. Il innerve les gencives, les lèvres inférieures et le menton.
- **Le nerf incisif** est la seconde branche terminale issue de la division du nerf alvéolaire inférieur innervant les incisives et les canines inférieures.

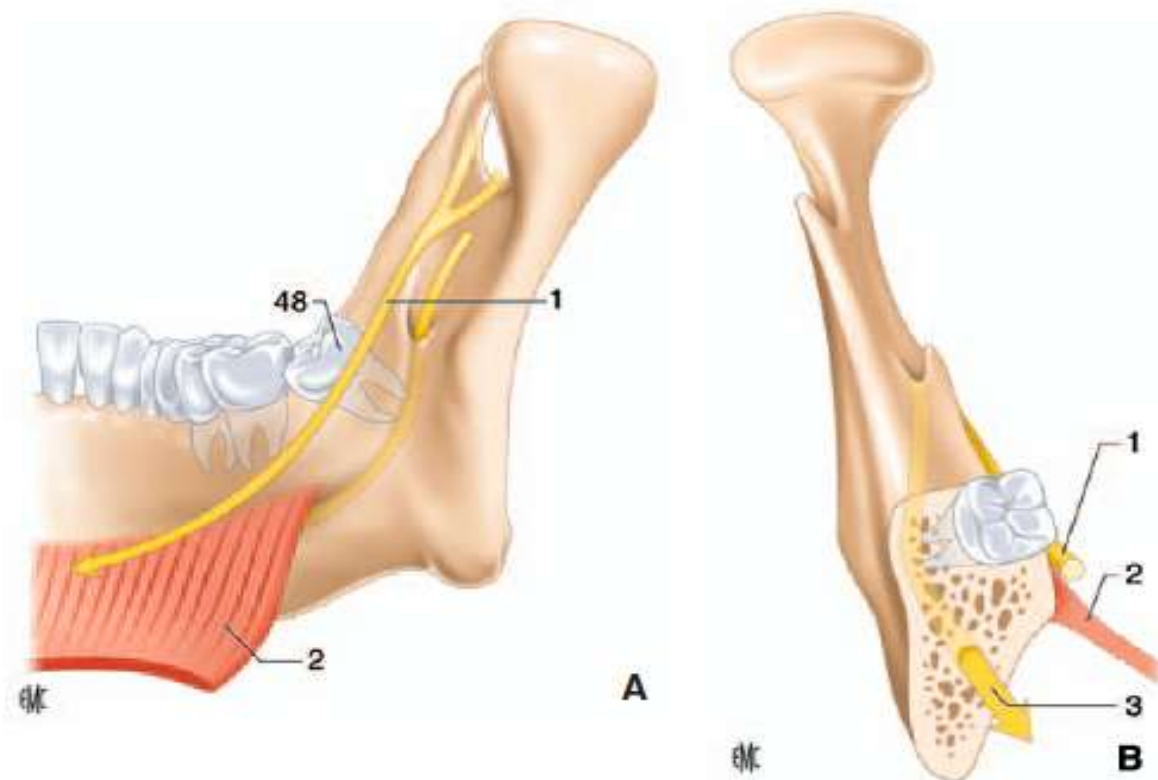


Image 10 : Rapports de proximité entre le nerf lingual et la dent de sagesse 48 incluse dans la table interne de la branche montante mandibulaire (20)

5.1.2. Types de lésions et classifications

Le traumatisme subit peut être très variable, notamment suivant le type de chirurgie. La simple mise à nu du nerf constitue en elle-même un traumatisme. La récupération ainsi que les conséquences sensibles ou douloureuses dépendront de la gravité de l'atteinte ainsi que des possibilités de prise en charge.

Traumatismes possibles :

- contusion
- étirement
- écrasement
- section partielle, déchirure
- section totale ou vraie

Classification de la lésion	Cause	Guérison	Microchirurgie
Neurapraxie, lésion du 1 ^{er} degré	Compression nerveuse mineure ou blessure due à une traction	Récupération spontanée en moins de deux mois	Non indiquée sauf si corps étrangers empêchent la régénération
Axonotmésis, lésion du 2 nd degré	Ecrasement ou blessure de traction	Récupération spontanée en 2-4 mois, jusqu'à 1 an pour la récupération complète	Non indiquée sauf si corps étrangers
Lésion du 3 ^{ème} degré	Traction, compression, écrasement.	Récupération spontanée possible mais partielle	Indiquée si pas de récupération à 3 mois
Lésion du 4 ^{ème} degré	Traction, compression, injection, ou blessure chimique	Récupération spontanée rare ; haute probabilité de formation d'un névrome ou de fibrose intraneurale	Indiquée si pas de récupération après 3 mois ; Suture ou greffe.
Neurotmésis, lésion du 5 ^{ème} degré	Section, arrachement, lacération du tronc nerveux	Pronostic défavorable (névrome, fibrose, changements neuropathiques)	Indiquée si pas de récupération après 3 mois ; Suture ou greffe.

Tableau 3 : Classification des lésions nerveuses (23)

5.1.3. Etiologies

Différentes études montrent que de nombreux actes chirurgicaux peuvent être à l'origine des lésions nerveuses. Nous décrirons surtout les lésions nerveuses mandibulaires dont la cause principale est l'avulsion des dents de sagesse.

D'après une étude canadienne (Journal de l'Association dentaire canadienne (Caissie R. G. J., 2005)) la cause la plus commune de paresthésie du nerf alvéolaire inférieur est l'avulsion de la troisième molaire incluse. Il est décrit que chez 135 des sujets, la lésion se localise au niveau d'un seul nerf. La proportion d'atteinte du nerf alvéolaire inférieur est de 82 (61%) de ces patients, de 53 (39%) pour le nerf lingual et 9 de ces deux nerfs d'un même coté.

Au moment de l'évaluation initiale, la majorité des patients présentaient une hypoesthésie (103 soit 62%) ou une anesthésie (17 soit 10%). Des dysesthésies sont observées dans 22% des cas (36 patients). (Caissie R. J. G., 2005)

Cause de blessure	Nerf affecté; nombre (et %) des patients			
	Nerf alvéolaire (n = 89)	Nerf lingual (n = 67)	Les deux (n = 9)	Total (n = 165)
Exodontie	50 (56)	52 (78)	7 (78)	109 (66)
Injection	5 (6)	14 (21)	0	19 (12)
Ostéotomie	15 (17)	0	2 (22)	17 (10)
Implant	8 (9)	1 (1)	0	9 (5)
Endodontie	5 (6)	0	0	5 (3)
Accident	4 (4)	0	0	4 (2)
Parodontie	2 (2)	0	0	2 (1)

Tableau 4 : Causes de paresthésie de la troisième division du trijumeau (24)

Les actes chirurgicaux responsables de ces lésions sont :

- extraction de dent de sagesse 63%
- chirurgie dento-alvéolaire 11%
- bloc anesthésique mandibulaire 10%
- pose d'implant 10%
- traitement endodontique 6%

D'après les travaux de S. Hillerup, les lésions du nerf alvéolaire inférieur arrivent en deuxième position après le nerf lingual et représentent environ un tiers des cas.

D'après M. Pogrel, l'avulsion des dents de sagesse est la principale cause des lésions du nerf alvéolaire en chirurgie buccale.

5.1.4. Conséquences

Les manifestations post-opératoires peuvent être purement cliniques, mais aussi psychologiques. Elles dépendent du patient et notamment de sa capacité d'acceptation, mais aussi la nature des lésions. Au niveau psychologique, ces lésions peuvent constituer une atteinte à l'intégrité de la personne en se manifestant par une simple sensation de gêne minime, acceptée, jusqu'à la névrose obsessionnelle. Le retentissement sur la vie sociale du patient peut être non négligeable, avec apparition de dépression, d'anxiété, d'agressivité.

Les manifestations cliniques peuvent être différentes suivant le type d'atteinte. Le sujet peut présenter des hypoesthésies, des paresthésies voire des anesthésies complètes ou partielles.

Paresthésie : Trouble de la sensibilité se traduisant par la perception anormale et incomplète de sensations.

Dyesthésie : Sensations d'engourdissements, de picotements, de fourmillements ou de brûlures accompagnées de douleurs.

Il existe deux sous-catégories dans les dysesthésies :

- les **hypoesthésies** (sensibilité affaiblie, très peu dérangeante)
- les **hyperesthésies** (sensibilité exagérée et pathologique souvent associée à de l'hyperesthésie au toucher)

Anesthésie : Perte d'un des modes de la sensibilité ou de la sensibilité générale et de la douleur, le plus souvent obtenue par l'emploi des anesthésiques. En cas de section du nerf alvéolaire inférieur, on pourra également observer une anesthésie labio-mentonnaire totale.

Allodynie : Survenue d'une douleur neuropathique déclenchée par un stimulus normalement indolore.

5.2. Lésions du nerf alvéolaire inférieur (16) (23) (24) (26) (28)

D'après la littérature, la fréquence des lésions du nerf alvéolaire inférieur serait de 0,4 à 22%. Elle augmente avec la proximité entre le nerf et les racines de la dent de sagesse. Comme nous l'avons vu précédemment, il existe plusieurs étiologies possibles. D'après les études de Progrell M, 2002 et Caissie R, G. J. 2005, l'avulsion des dents de sagesse est la principale cause de lésions du nerf alvéolaire en chirurgie.

Lors de ces avulsions, la lésion peut être provoquée par :

- Un traumatisme direct consécutif au contact entre les instruments et le nerf (curetage de l'alvéole, recherche d'un apex résiduel, résection osseuse)
- Un traumatisme indirect consécutif au contact ou à la pression de la racine dentaire lors de l'extraction, à la compression par un œdème ou un hématome au sein du canal dentaire, ou encore à une réaction inflammatoire provoquée par un fraisage entraînant un échauffement trop important au voisinage du canal nerveux.



Image 11 : Différents rapports possibles entre les racines de la dent de sagesse et le nerf alvéolaire inférieur (28)

La nature du traumatisme peut également être variable (contusion, étirement, écrasement, section partielle, déchirure ou encore section totale) et déterminera le type de désagrément post-opératoire immédiat.

Le patient pourra ainsi présenter des troubles de la sensibilité :

- Des dents
- Des gencives
- Du vestibule homolatéral
- De l'hémi-lèvre
- De la pointe du menton homolatérale

La section totale du nerf reste très rare. Le risque de lésions nerveuses réversibles lors de l'extraction des dents de sagesse inférieures se situe entre 0,4 et 5,5% (Carmichael & McGowan 1992), alors que le risque de lésions irréversibles est compris entre 0,1 et 1% (Valmaseda- Castellòn et coll.2001; Blaeser et coll. 2003). Lorsque la lésion nerveuse est réversible, les troubles de la sensibilité sont rétablis dans une période de 12 mois.

Ce type d'accident se manifeste, malgré l'anesthésie loco-régionale, par une douleur intense, en éclair, insupportable, bien différente d'une douleur opératoire normale : elle traduit une fracture de la fragile lamina dura du canal dentaire.

5.3. Lésions du nerf mentonnier (29)

Les troubles neurosensoriels du nerf mentonnier faisant suite à une intervention chirurgicale résultent de l'étroite proximité des prémolaires inférieures (en particulier les deuxièmes prémolaires) avec ce dernier.

Les taux de paresthésie mentonnière dus à des incidents chirurgicaux étant très faibles, ou décrits uniquement dans quelques cas isolés, il n'existe pas d'estimation de l'incidence de ces derniers.

5.4. Lésions du nerf incisif (4) (29)

Le nerf incisif constitue la branche terminale intra-osseuse du nerf alvéolaire inférieur qui innerve les dents, l'os et le desmodonte de la région mandibulaire antérieure. La lésion de ce dernier ou du pédicule reste rare, du fait de sa position très basse et très linguale. Elle concerne essentiellement les chirurgies implantaires et les prélèvements osseux visant aux greffes.

5.5. Lésions du nerf lingual (4) (30)

Il s'agit d'une complication classique de l'avulsion des dents de sagesse mandibulaires,

dont la fréquence est estimée à environ 1,3 %. Son faible diamètre (0,5 mm) ainsi que ses rapports intimes avec la dent de sagesse en font une cible privilégiée lors des différents temps opératoires de l'extraction.

Sont en cause les syndesmotomies trop appuyées au collet de la face interne de la dent, l'utilisation intempestive et mal contrôlée d'instruments rotatifs au moment de la fragmentation de la dent ou du dégagement de l'angle disto-lingual, une protection insuffisante du nerf ou une traction trop importante par le décolleur, ou encore une suture muqueuse chargeant trop de tissu gingival sur la lèvre interne de l'alvéole.

Ce nerf étant sensitivo-sensoriel, son atteinte se traduit donc par :

➤ ***Au niveau sensitif***

Une anesthésie, une hypoesthésie ou des paresthésies de l'hémilangue concernée (les deux tiers antérieurs de la langue)

➤ ***Au niveau sensoriel***

Un déficit de la sensibilité gustative par dégénérescence et disparition plus ou moins complète des récepteurs sensoriels papillaires avec hypoguesie ou aguesie dans le territoire lingual concerné.

Ces troubles sont généralement invalidants et mal tolérés, tant sur le plan de l'élocution que sur le plan gustatif, et leur évolution est imprévisible. Néanmoins, d'après Graff-Radford, la récupération d'une lésion du nerf lingual semblerait meilleure que pour le nerf alvéolaire inférieur (à 6 mois, 80% des dysesthésies touchant l'ensemble du territoire de distribution du nerf lingual seraient réparées).

5.6. Lésions du nerf grand palatin (31)

Le nerf grand palatin ou palatin antérieur émerge au niveau du palais dur aux côtés de l'artère grande palatine, à environ un centimètre du collet de la première et de la seconde molaire maxillaire. Ce nerf peut être lésé, de la même manière que l'artère, lors de la réalisation d'un lambeau palatin.

La fréquence de cette complication est rare, la voie d'abord des chirurgies maxillaires étant généralement vestibulaire.

6. Autres complications

6.1. Accidents hémorragiques (6) (32) (33) (34)

Nous n'évoquerons pas ici les hémorragies liées à des pathologies d'ordre général.

6.1.1. Rappels anatomiques vasculaires

Les régions maxillaires et mandibulaires présentent de nombreuses artères susceptibles d'être lésées au cours d'une chirurgie.

Vascularisation de la région maxillaire

- L'artère Maxillaire
- L'artère Faciale
- L'artère Palatine ascendante

Vascularisation de la région mandibulaire

- L'artère linguale
- L'artère alvéolaire inférieure qui vascularise toutes les dents mandibulaires.

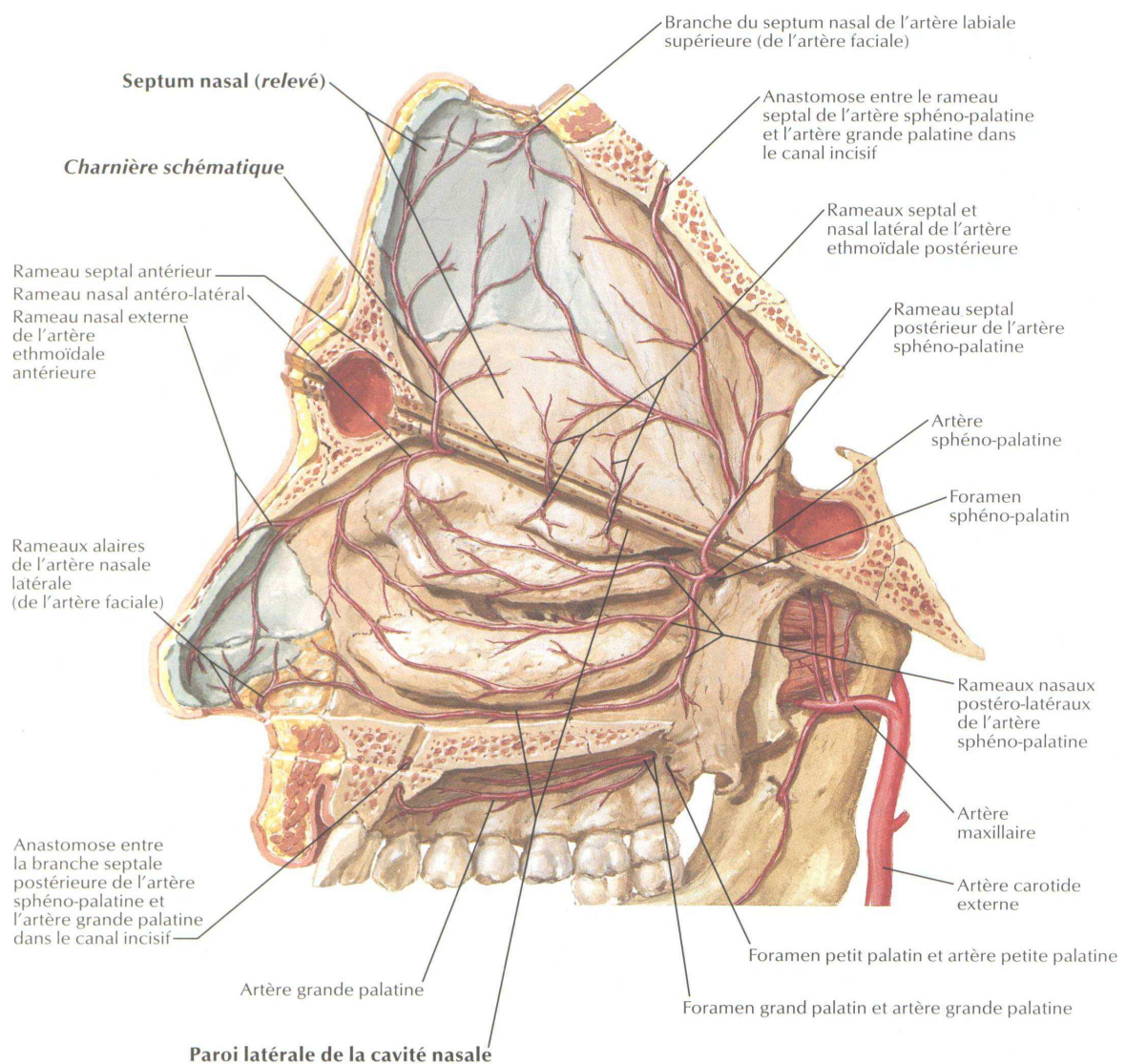


Image 12 : Vascularisation de la cavité buccale (32)

6.1.2. Hémorragie per-opératoire

Chez un patient sans trouble de l'hémostase, toute incision muqueuse s'accompagne d'un petit saignement, qui cède généralement de lui-même ou par simple compression. Mais ce saignement peut s'avérer plus abondant et perdurer, si l'incision est trop profonde (incision réalisée sans tenir compte du contact osseux avec une progression sans repère).

On peut se retrouver face à 2 types d'hémorragies :

- L'hémorragie artérielle présente un écoulement de sang rouge vif « en jet », par saccades.
- L'hémorragie veineuse est caractérisée par un sang plus sombre qui s'écoule de façon régulière en nappe.

6.1.3. Hémorragie post-opératoire

Une hémorragie post-opératoire peut aussi survenir quelques heures après l'intervention, résultant le plus souvent d'une vasodilatation.

Ces saignements peuvent être la conséquence d'une chute prématurée ou d'une dilution du caillot sanguin, favorisée par certains facteurs tels que les bains de bouche intempestifs ou trop précoces, la chute d'un point de suture, les compresses chaudes, les aliments vasodilatateurs (café, alcool), le stress, un apex laissé en place, un granulome ou encore un kyste non cureté.

6.2. Douleur post-opératoire (35)

La douleur post-opératoire fait partie des suites normales d'une intervention, même en l'absence de complication. On constate que chez la majorité des patients, elle disparaît en 1 à 5 jours grâce à une prise en charge antalgique adéquate. Elle est, le plus souvent, proportionnelle à la difficulté opératoire.

Mais on observe parfois la persistance d'une douleur vive et prolongée, ne cédant pas aux antalgiques, en l'absence de toute complication. Le patient présente alors des symptômes intenses (pâleur, asthénie, œdème important) et inhabituels qui l'amènent à consulter. Dans ce cas, la guérison est plus tardive, et un suivi clinique ainsi qu'un soutien psychologique sont indispensables.

Dans la Synthèse des recommandations professionnelles, l'HAS fournit un tableau des facteurs de risques de l'intensité de la douleur. En recherchant les facteurs prédictifs de l'intensité et de la durée de la douleur, on peut donc tenter d'anticiper les complications douloureuses chez un patient.

Caractéristiques de l'intervention	Caractéristiques du patient	Cas particulier des douleurs neuropathiques
<ul style="list-style-type: none"> ▶ difficulté opératoire ▶ durée opératoire ▶ niveau d'expérience du chirurgien 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ douleur préopératoire ▶ hygiène buccale défectueuse ▶ tabagisme ▶ anxiété ▶ dépression ▶ facteurs sociaux défavorables 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ caractéristiques anatomiques (profondeur de l'inclusion, inclinaison linguale de la dent) ▶ site (territoire du nerf alvéolaire inférieur, après avulsion de 3^e molaire mandibulaire, pose d'implants ou anesthésie loco-régionale) ▶ technique opératoire (durée opératoire, suppression d'os distal et élévation d'un lambeau lingual, section verticale de la dent, utilisation d'instruments rotatifs plutôt que frappés) ▶ niveau d'expérience du chirurgien ▶ douleur préopératoire

Tableau 5 : Les facteurs de risques de l'intensité de la douleur. Synthèse des recommandations professionnelles de l'HAS. (35)

6.3. Trismus (4) (36)

C'est une limitation de l'ouverture buccale passagère, récente et transitoire provoquée par la contraction involontaire et continue des muscles ptérygoïdiens médiaux, du temporal et du masséter.

Chez l'adulte, la valeur moyenne est normalement de 47 mm (+/-7). On parle aussi, de « 3 travers de doigts ». On parle de limitation de l'ouverture buccale en dessous de 35 mm, évaluée grâce à la mesure de la distance inter-incisive maximale entre maxillaire et mandibule.

Le trismus peut être :

- léger : quand l'amplitude d'ouverture reste supérieure à 20 mm.
- modéré : amplitude de 10 à 20 mm.
- serré : amplitude inférieure à 10 mm.

Le trismus, tout comme l'œdème et la douleur, fait partie des suites opératoires normales et est généralement proportionnel à la difficulté de l'intervention. Cependant, s'il se prolonge, d'autres causes doivent être recherchées.

6.4. Kystes résiduels (6)

Après l'extraction d'une dent présentant un kyste, il est possible que ce dernier persiste au niveau osseux si le curetage n'a pas été effectué correctement. On constate alors une image radio-claire dite en « bulle de savon ».

Ce kyste odontogène se comporte alors comme un foyer infectieux potentiel pouvant se réveiller à tout moment.

6.5. Hématome (6) (37)

Un hématome est une collection de sang dans une cavité naturelle ou dans un tissu, consécutive à une hémorragie qui témoigne de l'attrition des tissus mous ou d'une hémostase insuffisante.

C'est une complication rare et bénigne chez les sujets ne présentant pas de troubles vasculaires qui, le plus souvent, se résorbe spontanément. Néanmoins, on peut parfois observer des hématomes de grandes étendues pouvant perturber la cicatrisation.



Image 13 : Hématome consécutif à l'avulsion de la 48 incluse (6)

6.6. Pathologies secondaires rares (34) (38) (39) (40)

Certains articles présentent des patients ayant contracté des pathologies rares suite à des chirurgies buccales, et plus particulièrement à des avulsions.

Des cas d'hémorragies graves, de fasciite nécrosante, de syndrome de Lemierre, d'ostéomyélite chronique ont pu être observés, mais ce sont des cas isolés.

Deuxième partie

**Implications juridiques des complications
en chirurgie buccale**

II. Implications juridiques des complications en chirurgie buccale

A l'heure d'une société de consommation, de la vulgarisation de l'information médicale, et de la multiplication des associations d'usagers de la santé, les chirurgiens-dentistes sont de plus en plus souvent confrontés à des situations conflictuelles avec leurs patients, et malgré une sinistralité stable, les litiges sont de plus en plus lourds à gérer. Dans un contexte propice au développement du contentieux avec la prolifération des contrats de protection juridique individuelle, et avec l'explosion des nouvelles techniques d'information, les patients, soucieux d'être traités comme partenaires et même acteurs de la relation de soin, n'hésitent plus à faire appel aux tribunaux.

Dans l'exercice de l'art dentaire et particulièrement dans la pratique de la chirurgie buccale, le chirurgien-dentiste doit dès à présent faire face à de plus en plus de devoirs, d'obligations et de responsabilités envers son patient, mais doit également être en mesure de gérer les conflits. Nous verrons, dans la partie suivante, quelles peuvent être les conséquences juridiques de la pratique et des complications de la chirurgie buccale pour le praticien, tant sur le plan des responsabilités et des devoirs, que sur la gestion des litiges.

1. Cadre juridique de l'information

Au Vème siècle avant J-C, Hippocrate signifiait déjà la nécessité et l'importance de l'information au patient « *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* ».

Se succédèrent ensuite le décret n°74-17 du 14 janvier 1974, la loi hospitalière du 31 juillet 1991, l'arrêt du 7 octobre 1998 par la Cour de Cassation et enfin 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, qui est en quelque sorte l'aboutissement du principe d'obligation d'information du patient. De l'information découle le consentement, l'établissement et le maintien de la relation de confiance entre le chirurgien dentiste et son patient conduisant à l'implication de ce dernier dans un véritable partenariat thérapeutique.

1.1. Le droit et le devoir d'informer

1.1.1. Dépositaire de l'information (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47)

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, ce qui était un devoir déontologique est désormais une obligation légale. D'après le Code de Santé Public, le

devoir d'informer s'adresse « à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables » (CSP - art. L. 1111-2). D'après l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique (CSP), le praticien peut être dispensé de cette obligation seulement dans le cadre de « l'urgence ou l'impossibilité d'informer ».

1.1.2. Nature de l'information (6) (41) (47) (48)

L'obligation d'information qui incombe au chirurgien dentiste trouve la première source de son cadre juridique dans le contrat de soin, au sein de la loi du 4 mars 2002. Elle doit être « loyale, claire et appropriée » (CSP - art. R. 4127-35), exposée de façon précise au cours d'un entretien individuel, et adaptée aux possibilités de compréhension du patient.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le patient doit être informé :

- sur son état et son évolution prévisible, ce qui nécessite des explications sur la maladie ou l'état pathologique, et son évolution habituelle avec ou sans traitement
- sur la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques envisagées et de leurs alternatives
- sur leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés
- sur leurs conséquences et leurs inconvénients
- sur leurs complications et leurs risques éventuels, y compris exceptionnels
- sur les précautions générales et particulières recommandées

1.1.3. Finalité de l'information (41) (45) (47) (49)

L'information a pour but d'éclairer le consentement du patient mais également d'apporter un conseil médical, une orientation thérapeutique après évaluation spécifique de son cas. Le praticien doit ainsi conseiller le meilleur traitement possible, en tenant compte de l'état de santé général et buccal, ainsi que des souhaits exprimés par son patient. De plus, depuis l'apparition d'internet, les patients se trouvent confrontés à une abondance d'informations plus ou moins complètes et véridiques. Il n'est pas rare qu'ils se sentent ainsi perdus, assommés par des termes médicaux pas toujours compréhensibles. Il est donc nécessaire de répondre à leurs interrogations en s'assurant qu'ils aient compris l'information qui leur a été donnée.

D'après le Code de Santé Publique, « Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus » (Article L1111-2 du CSP).

1.1.4. Continuité de l'information (44) (47) (50)

L'information doit être présente tout au long des soins, et de façon indéterminée dans le temps.

Le chirurgien-dentiste doit au patient :

- **une information préalable** aux soins, permettant « un choix éclairé entre les divers traitements possibles, voire entre une opération et l'abstention ».
- **une information continue**, lors des différentes phases de soins, et au fur et à mesure de l'évolution de ces dernières (surtout dans le cas de risques nouvellement identifiés ou d'un changement de thérapeutique).
- **une information post-opératoire**, qui précisera les éventuels incidents survenus, les suites prévisibles, les solutions, et les modifications de traitement en cours.

L'information doit donc être actualisée au fil du temps.

1.2. Le consentement éclairé (41) (47) (51) (52)

Le recueil du consentement fait parti des obligations contractuelles du praticien. D'après la loi Kouchner, « *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* ». La jurisprudence quant à elle affirme que « *nul ne peut être contraint, hors les cas prévus par la loi, de subir une intervention chirurgicale* ». Le consentement, pour être valable, suppose une information préalable complète, loyale, intelligible et doit être obtenu sans contrainte. Le patient est préalablement informé de la procédure et de ses suites, des bénéfices attendus, mais aussi des risques et complications possibles. Le patient devra également être entretenu de toute nouvelle information apparue postérieurement aux actes d'investigation ou au traitement.

Il arrive que le patient refuse d'exprimer sa volonté, ou refuse les traitements proposés. Le praticien doit alors respecter le refus, après avoir informé le malade des conséquences. Néanmoins, le respect du refus trouve sa limite dans le devoir qu'a le médecin à protéger la santé de son patient. D'après le Code de Santé Publique, le praticien doit respecter la volonté de la personne « *après l'avoir informée des conséquences de ses choix* » (CSP article L. 1111-4, al. 2) et ne peut renoncer aux soins « *qu'après avoir informé le malade sur les autres possibilités et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ». (Code civil - art. 16-3).

1.3. L'information des risques (6) (45) (47) (53) (54) (55) (56)

Après avoir été correctement informé, le patient peut donc accepter ou refuser la procédure médicale proposée. Cette dernière doit alors être décrite en détails, ainsi que

les complications et les suites opératoires possibles. Les risques éventuels mais également les risques rares doivent être abordés (CSP - art. L. 1111-2, al. 1). Néanmoins, la Cour de Cassation déclare : « *Il n'est pas nécessaire d'énoncer les risques exceptionnels, ou ceux qui (...) sans être absolument imprévisibles, sont du moins tellement exceptionnels qu'on ne doit pas normalement les envisager ce qui aboutirait à inquiéter inutilement le malade, voire à aggraver le mal, ou encore à conduire le patient à refuser une intervention cependant indispensable* ». (Cour de Cassation, 1^{re} Chambre Civile, 14 février 1973). Il est important de faire prendre conscience au patient que chaque solution comporte ses limites, ses aléas thérapeutiques, et qu'au cours des soins, des modifications du plan de traitement peuvent être nécessaires sans pour autant le décourager d'un protocole de soins qui pourrait s'avérer bénéfique. Le caractère prévisible ou non de la réalisation du risque s'apprécie au cas par cas, en fonction de la situation particulière du patient. L'information des risques sera donc proportionnée, graduelle, et la plus complète possible lorsque l'acte comporte un risque grave (atteinte du nerf alvéolaire inférieur, atteinte du sinus...etc). Les actes chirurgicaux sont ainsi particulièrement concernés.

Dans l'exercice de l'art dentaire, les risques mineurs tels que les douleurs post-opératoires sont fréquents, mais sont rarement à l'origine d'un contentieux. En ce qui concerne les actes comportant des risques graves, la jurisprudence montre que dans plus de 90% des cas, c'est en matière d'information que la responsabilité du chirurgien dentiste est recherchée. L'information joue donc un rôle essentiel dans le maintien de l'adhésion du patient au plan de traitement, mais aussi dans la confiance qu'il accorde à son praticien. Ainsi, même dans le cas de risques fréquents mais mineurs, l'information reste obligatoire (loi du 4 mars 2002) et médicalement recommandée.

1.4. L'information en chirurgie buccale (44) (47)

Selon la loi du 4 mars 2002, l'information du patient en chirurgie buccale doit comporter :

- les explications concernant le diagnostic de la maladie
- les options thérapeutiques envisageables
- le pronostic et les risques d'échec
- les avantages d'une thérapeutique particulière par rapport aux risques encourus (explication du rapport bénéfice/risque)
- la description du déroulement de l'intervention comprenant :
 - * le mode d'anesthésie
 - * les risques opératoires courants et complications éventuelles avec mention des répercussions sur la vie courante
 - * Les suites opératoires normales du traitement envisagé
 - * La nécessité d'un suivi post-opératoire, en précisant les modalités et la durée
- les risques découlant de l'absence du traitement

- le coût du traitement et les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

2. Responsabilités du Chirurgien-Dentiste

La responsabilité est un terme qui peut désigner plusieurs notions dans le domaine juridique. Il est donc important de savoir quelle responsabilité est concernée lorsque l'on évoque ce concept.

La responsabilité médicale n'est pas une notion nouvelle et connaît une importante évolution depuis quelques années, notamment avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients. Les nombreux progrès en matière de traitements, les matériaux et techniques dentaires de pointe, ainsi que les nouvelles méthodes d'investigation médicale accroissent inévitablement les risques de responsabilité encourus par les praticiens. Les patients, devenus de véritables consommateurs de soins, sont de plus en plus exigeants, de mieux en mieux renseignés et l'échec n'est désormais plus envisagé. Malgré une évolution de la relation patient/praticien nécessaire et souhaitée par les chirurgiens dentistes, ces derniers sont de plus en plus concernés par des réclamations diverses de leur patients et les conséquences en terme de responsabilité sont immenses.

2.1. Responsabilité médicale et contrat de soin

2.1.1. Notion de responsabilité (57)

Du latin *respondere*, se porter garant, répondre de ; apparenté à *sponsio*, engagement solennel, promesse, assurance.

La responsabilité se définit comme « *L'obligation ou la nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres, fonction ; position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte ; fait pour quelque chose d'être la cause, l'origine d'un dommage* ».

2.1.2. Le contrat de soin (44) (45) (58) (59) (60) (61) (62)

Un contrat est défini comme l'accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes ayant pour but de créer une obligation.

Le **contrat médical** est une convention entre un praticien et un patient (ou ses représentants), par lequel le praticien accorde au patient, sur sa demande, des conseils

ou des soins de santé. Son principal fondement est l'arrêt du 20 Mai 1936 de la Chambre civile de la Cour de Cassation, dit « arrêt Mercier »: « *Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon, évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science* ».

Particularités du contrat

- C'est un contrat **civil** « convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose » (art. 1101, Code Civil) et donc soumis aux règles du Code Civil.
- Il est **consensuel**, et dépend donc de l'obtention du consentement libre et éclairé du patient.
- Il est **synallagmatique** et **onéreux** en rendant les obligations réciproques et interdépendantes entre les parties (**article 1102, Code civil**). Le praticien a donc l'obligation de délivrer des soins à son patient qui doit en retour collaborer au traitement, suivre ses prescriptions et rémunérer le praticien.
- Ce contrat peut être **résiliable** par les deux parties mais dans des conditions différentes. Le patient peut mettre un terme aux soins à tout moment, contrairement au praticien qui ne doit pas nuire à la santé du malade (art. R4127-232, Code de la Santé Publique).
- Il est **continu**, donc illimité dans le temps.
- Le contrat est **tacite** (le contrat existe dès que le patient rentre dans le cabinet).

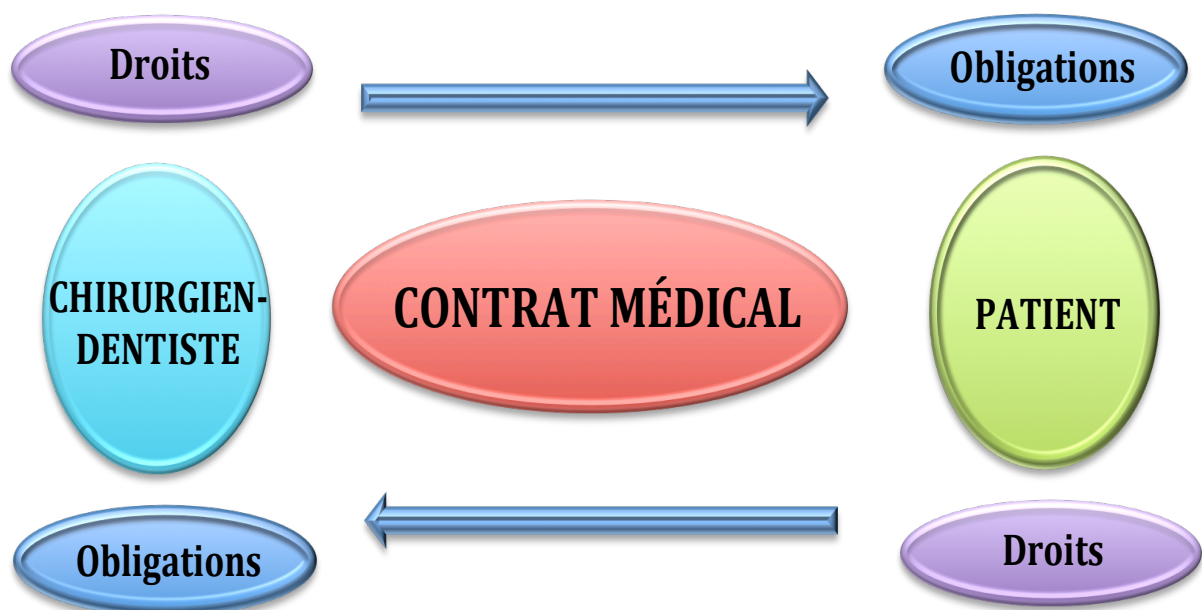


Image 14 : Contrat synallagmatique (58)

Ce contrat encadre les différentes obligations du chirurgien dentiste :

- **Obligation de s'assurer** : depuis la loi du 4 mars 2002, tous les praticiens en exercice sont tenu de souscrire un contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle ou d'être couverts personnellement.
- **Obligation d'informer** : fondé sur l'article L.1111-2 alinéa 1 du Code de Santé publique soulignant l'obligation d'informer son patient sur son état de santé et sur les risques encourus ; ainsi que la valeur apportée au consentement éclairé du patient.
- **Obligation de moyens** : Dans le cadre du contrat de soins, « *Toute personne a, compte-tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, 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* » (Article L. 1110-5 du Code de Santé Publique).
- **Obligation de résultat** : cette obligation concerne essentiellement les soins prothétiques.
- **Obligation de sécurité-résultat** : elle consiste à renoncer à un acte médical (d'investigation, de prévention ou de soin) susceptible d'être à l'origine d'un dommage supplémentaire pour le patient.

2.1.3. Responsabilité médicale (42) (63) (64) (65) (66)

La responsabilité médicale est « L'obligation pour le médecin d'éviter tout dommage à son malade et, dans le cas contraire, de le réparer ».

Elle est essentiellement fondée sur la faute du praticien dans l'exécution du contrat de soins qui se forme entre lui-même et le patient. Le contrat de soins est donc au centre des rapports juridiques entre le praticien et le patient, et conditionne la responsabilité.

Récemment, la responsabilité des professionnels de santé a considérablement évolué sous l'impulsion de la jurisprudence, qui a légiféré en faveur d'un durcissement très net des principes juridiques gouvernant la responsabilité du praticien, mais également sous celle de la Loi du 4 Mars 2002 : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, 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* ».

En 2002, l'article L 1142-1 du Code de santé publique confirme que les professionnels de santé, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lequel sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.



Image 15 : Responsabilités du chirurgien dentiste (58)

Le droit définit trois types de responsabilités du chirurgien dentiste :

- La **responsabilité civile** : l'obligation pour le praticien de réparer le dommage causé
- La **responsabilité disciplinaire** : l'obligation de répondre devant les juridictions disciplinaires de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes
- La **responsabilité pénale** : l'obligation pour le praticien de répondre devant la société de la violation de la loi pénale

2.2. La responsabilité civile

2.2.1. La responsabilité civile contractuelle (42) (49) (50) (56) (65) (67)

C'est l'obligation de répondre devant la justice d'un dommage et d'en réparer les conséquences en indemnisant la victime. La responsabilité civile contractuelle est fondée sur l'arrêt Mercier et sur l'article 1147 du Code Civil. Elle s'apprécie à travers les notions de contrat de soins et d'obligation de moyens, et relève des risques assurables. Elle est engagée lors d'une faute commise par le praticien dans le cadre de la non exécution du contrat de soins, à condition que le lien de causalité entre faute et dommage soit établi. Le caractère contractuel de la responsabilité du professionnel de santé est confirmé par la chambre civile de la Cour de cassation, le 14 mars 1967, qui offre aux chirurgiens dentistes leur propre jurisprudence : « *Le contrat qui se forme entre le chirurgien dentiste et son client entraîne l'obligation pour le premier de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science. Le praticien est responsable des suites dommageables desdits soins si, eu*

égard à cette obligation de moyen, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant une méconnaissance de ses devoirs ».

D'après le Code Civil, « le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois où il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore faut-il qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part ». Dans cette situation, la charge de la preuve incombe à la victime. C'est donc au patient de prouver la faute, le caractère direct et certain du préjudice dont il se plaint, mais surtout le lien de causalité entre faute et préjudice.

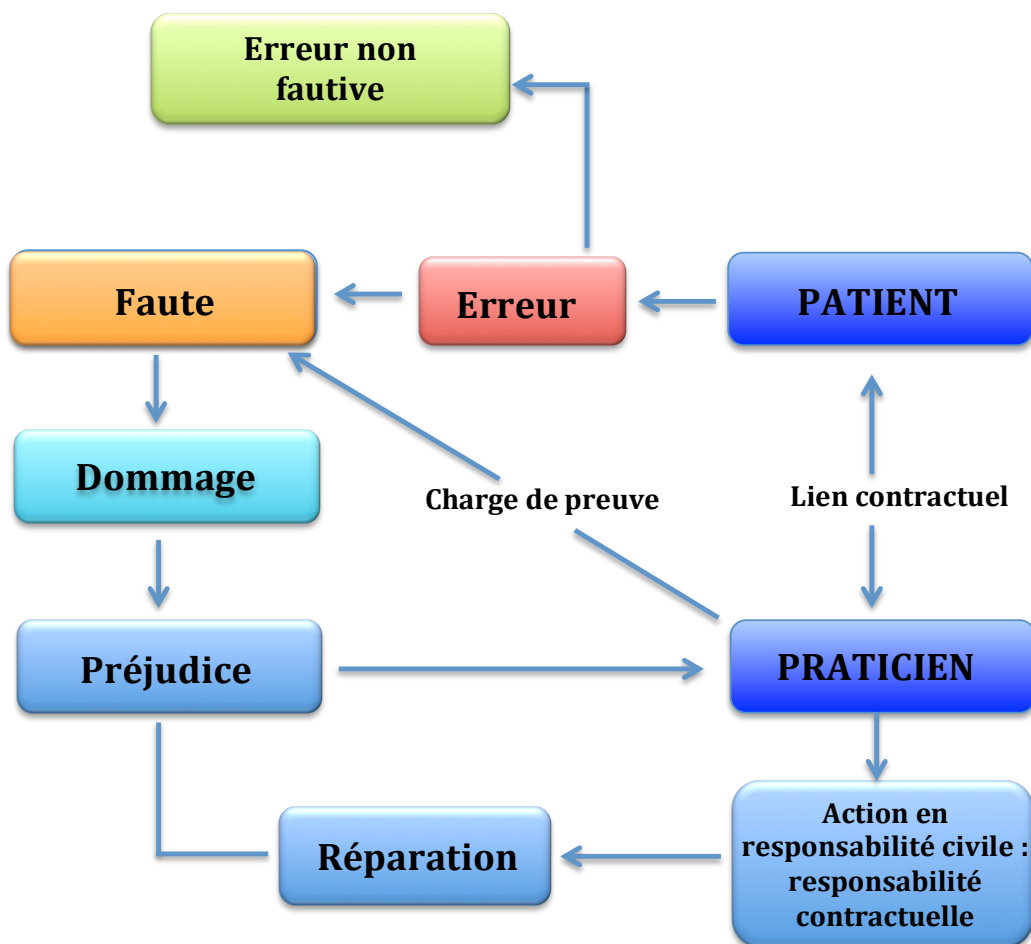


Image 16 : Les conditions de la responsabilité civile du praticien (49)

2.2.2. La responsabilité civile délictuelle (50) (65) (68) (69) (70)

La responsabilité civile délictuelle du chirurgien dentiste n'est de nature contractuelle que lorsque le dommage résulte de l'inexécution d'une obligation née du contrat de soins. Lorsque les dommages causés à un patient ne découlent pas du contrat de soins, ils sont soumis à la responsabilité civile délictuelle ou à la responsabilité pénale.

Elle est fondée sur les articles 1382 et 1384 du Code Civil : « tout fait quelconque de

l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » et « chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

Elle nait d'une faute involontaire ou d'un fait fortuit non rattaché au contrat de soins.

On distingue la responsabilité civile :

- **délictuelle** : lorsque que le dommage est intentionnel
- **quasi-délictuelle** : lorsque le dommage est non-voulu

2.3. La responsabilité disciplinaire (50) (65) (71) (72)

La profession des chirurgiens dentistes est dotée d'un code de déontologie dont les règles s'imposent à tout praticien. La responsabilité disciplinaire intervient lors de la violation d'une règle déontologique, mais il peut également s'agir d'un manquement à une obligation morale de la profession.

Le patient dépose alors une plainte devant la chambre disciplinaire de la région, suite à laquelle le président du conseil départemental convoque les deux parties pour une conciliation.

D'après l'article L4124-6 du Code de Santé Publique, les peines disciplinaires possibles sont :

- L'avertissement
- Le blâme
- L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de chirurgien dentiste
- L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années
- La radiation du tableau de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes

Le chirurgien dentiste peut également être enjoint à suivre une formation (article L4124-6-1 du CSP) si les faits qui lui sont reprochés montrent une insuffisance de compétence. Enfin, dans les situations les plus graves, le Code de Santé Publique (article L4113-14) indique que le préfet du département peut suspendre immédiatement et de sa propre initiative le droit d'exercer d'un professionnel de santé (notamment en cas d'urgence ou de risque de danger grave pour le patient).

2.4. La responsabilité pénale (50) (65) (68) (73) (74) (75) (76) (77)

Il n'y a de responsabilité pénale que pour les faits qui présentent les caractères d'une infraction, définies par le Code pénal (manquements aux règles de droit). Les infractions et peines encourues sont définies par le Code pénal.

On distingue 2 catégories d'infractions :

- Les **infractions de droit commun** (intentionnelles, non intentionnelles, l'entrave aux assistances, l'obligation de porter secours, la violation du secret professionnel).
- Les **infractions relatives à l'activité médicale et soignantes** (conditions d'exercice des professions médicales, faux certificats et ordonnances de complaisance, infractions liées aux actions de prévention, notamment celles concernant l'enfant).

Dans la pratique odontologique, et plus particulièrement en chirurgie buccale, il peut s'agir par exemple de blessures involontaires, de maladresse, d'imprudence (article L. 222-19 ; L.222-20 et R622-1 du Code Pénal), ou encore de manquement au secret professionnel (art. 378 Code pénal). La responsabilité pénale des praticiens est le plus souvent recherchée sur le fondement de l'article 221-6 du Code pénal : « *le fait de causer, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou le règlement, la mort d'autrui, constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende* ».

Même si les procès restent rares, toute faute ayant causé un dommage corporel au patient (même par inattention ou de manière indirecte), peut justifier de l'engagement d'une procédure pénale par ce dernier. Il existe néanmoins des affaires très graves, où, après avoir été saisi, le Procureur de la République prend lui même l'initiative de poursuites pénales.

3. Gestion des litiges et expertise médicale

3.1. Modification de la relation soignant/soigné (78) (79) (80) (81) (82)

La relation soignant/soigné est atypique de par son rapport à la bouche et sa forte symbolique. Le chirurgien dentiste n'entretient pas avec ses patients les mêmes relations que le reste du corps médical. En effet, la sphère orale reste une zone sensorielle à très forte valeur émotionnelle, et la peur ainsi que la douleur sont encore trop souvent associées à l'environnement dentaire. De plus, il est très difficile voire impossible, pour le patient, d'apprécier la pertinence des décisions diagnostiques et des choix thérapeutiques fait par son praticien. Cela contribue à entretenir une méfiance envers cette profession qui souffre déjà d'une image négative. Dans une société de consommation, de surinformation, du culte de l'image, et avec la vulgarisation de l'information médicale, les patients se positionnent désormais en véritables consommateurs de soins avertis, soucieux de devenir des partenaires à part entière de la décision thérapeutique. Un profond changement s'est opéré au sein de la relation soignant/soigné : désormais le patient ne subit plus mais participe, et exige plus que des

soins curatifs. Leur intérêt porte aussi sur les aspects prophylactiques, esthétiques, économiques et de confort.

Mais il n'y a pas qu'en matière de santé que les citoyens sont de mieux en mieux informés. Ces dernières années ont été marquées par l'émergence d'un problème extrêmement anxiogène pour les chirurgiens dentistes : la judiciarisation de la profession. La prolifération des assistances juridiques, des contrats de protection individuelle et des associations d'usagers de santé tendent à renforcer le rôle du patient qui n'hésite plus, lorsque que survient un litige, à rechercher le responsable du dommage et la réparation. Ceci se manifeste par une importante augmentation des plaintes à l'encontre des chirurgiens dentistes.

Ces modifications sont autant de difficultés auxquelles le praticien peut être confronté et pour lesquelles il n'est pas nécessairement préparé. Face à ces nouvelles exigences, les chirurgiens dentistes doivent donc s'adapter et rester juridico-conscient.

3.2. Des doléances à la faute médicale

3.2.1. Origine des conflits patient/praticien (79) (82) (83)

Globalement, la définition d'un conflit est confuse. Il s'agirait d'un rapport de force, d'une opposition d'intérêts, de sentiments ou de conceptions. Le conflit peut être chargé d'émotions telles que la colère, la peur, la frustration, la rancune ou encore la tristesse, mais peut également faire émerger agressivité et violence. S'ils sont courants dans les relations sociales, les conflits existent également de plus en plus au sein des cabinets dentaires. Les patients surinformés n'hésitent plus à entamer des démarches judiciaires lorsque les soins qu'ils ont reçus ne sont pas à la hauteur de leurs espérances. Echec et aléa thérapeutique ne sont plus envisagés, et encore moins acceptés. Le contexte est de plus en plus propice au développement des contentieux et les chirurgiens dentistes doivent désormais faire face à des situations de crise auxquelles ils ne sont pas ou peu préparés. Gérer les conflits fait désormais partie de leur exercice.

Ces situations conflictuelles résultent pour la plupart d'une incompréhension mutuelle, de carence d'écoute et de clarté, d'un manque d'information, d'explication ou de communication. En effet, de nombreux points peuvent être source d'interrogations et être mal compris ou mal interprétés, tels que les différentes possibilités de traitement, le coût et notamment l'interprétation du devis, la durée des interventions, la durée totale du traitement ou encore les suites possibles. Mais les imprévus et les complications survenant au cours des soins entraînant d'importantes modifications du plan de traitement ou de son coût sont aussi responsables des problèmes relationnels, de la rupture du dialogue et enfin de la perte de confiance du patient vis-à-vis de son praticien. Une possible conciliation est trop souvent écartée par la surdité et la cécité réciproques des deux protagonistes.

3.2.2. Les faits dommageables

3.2.2.1. La charge de preuve et lien de causalité (49) (56) (58) (65) (66) (73)

Charge de preuve

La responsabilité du praticien n'est engagée que sur la base d'une faute. D'après l'article 1315 du Code civil « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* » : la charge de la preuve appartient donc au demandeur. Ainsi, lorsqu'un patient s'estime lésé parce que son chirurgien dentiste n'a pas respecté les obligations liées au contrat médical qui lui incombent, c'est à lui d'apporter la preuve de la faute. Il doit alors réunir les éléments qui prouvent l'exactitude de ses allégations, et démontrer que le dommage est actuel, direct et certain.

En revanche, depuis l'arrêt de la Cour de Cassation du 25 février 1997 « *celui qui est légalement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation...alors que le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation* », la charge de la preuve de l'information est imposée aux professionnels de santé. Elle peut être apportée par tous les moyens (arrêt du 14 octobre 1997) mis à la disposition du professionnel de santé (dossier médical du patient, radiographies, photographie, examens complémentaires, témoignages...etc).

Lien de causalité

Pour que la responsabilité du chirurgien dentiste soit engagée dans le cas d'un conflit, trois conditions sont indispensables : la preuve de la faute, la preuve du préjudice et le lien de causalité entre faute et préjudice. La démonstration de cette relation est, tout comme l'apport de la preuve, à la charge du demandeur, c'est à dire en général au patient.

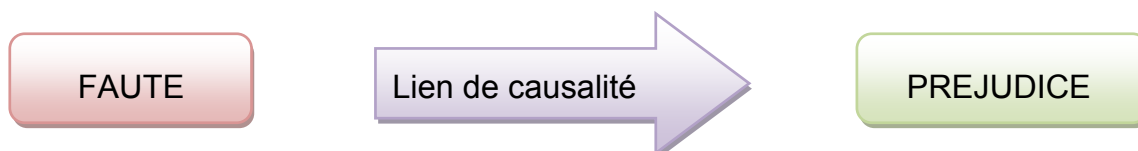


Image 17 : La faute (58)

L'article L. 1142-1 du Code de la santé publique pose le principe que la responsabilité des professionnels de santé est subordonnée à la preuve d'une faute généralement à charge du patient. Lorsque le lien de causalité est confirmé et donc que la responsabilité du praticien est établie, l'indemnisation est réalisée par l'allocation de dommages et intérêts.

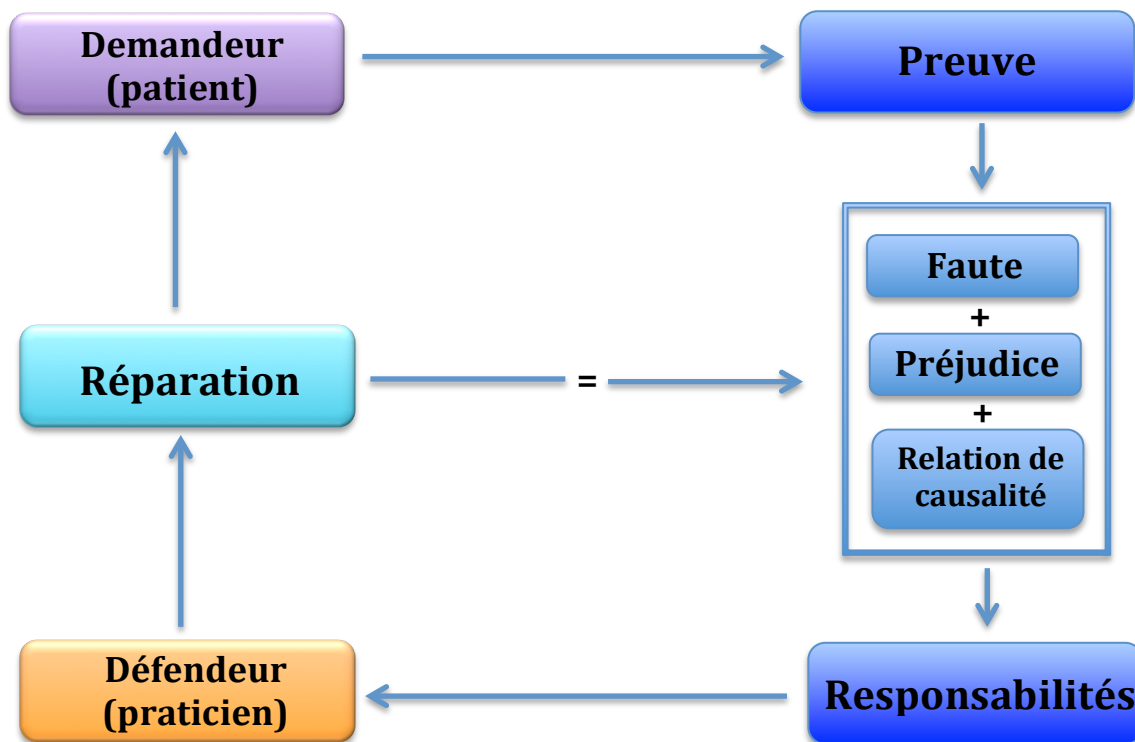


Image 18 : Le principe de la responsabilité civile du praticien (49)

3.2.2.2. La notion de faits dommageables (56) (58) (65) (66) (70) (84) (85) (86) (87)

Comme n'importe quels professionnels, les chirurgiens dentistes engagent leur responsabilité civile et parfois pénale. Une simple erreur ne saurait suffire à engager la responsabilité du praticien, en revanche toute faute, même simple, est suffisante. La faute est l'action volontaire ou non, ou encore l'omission portant atteinte au droit d'autrui en lui causant un dommage. En 2002, l'article L 1142-1 du Code de santé publique confirme que les professionnels de santé, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lequel sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

On distingue ainsi trois types de fautes, fonction des trois types de responsabilités :

- **La faute civile contractuelle** qui concerne le manquement aux obligations induites par le contrat médical.
- **La faute civile délictuelle ou quasi-délictuelle** qui advient lors du non respect de ne causer aucun dommage à autrui. Elle n'est pas liée au contrat médical.
- **La faute pénale** qui est une infraction au Code Pénal englobant les négligences, les maladroites, les imprudences mais aussi les fautes intentionnelles.

La faute est appréciée *in abstracto* par référence au comportement qu'aurait eu un professionnel normalement avisé, diligent et compétent, placé dans les mêmes circonstances que le praticien mis en cause.

Les fautes peuvent être de natures différentes et consister en :

- une faute d'humanisme
- une faute technique
- un acte illicite

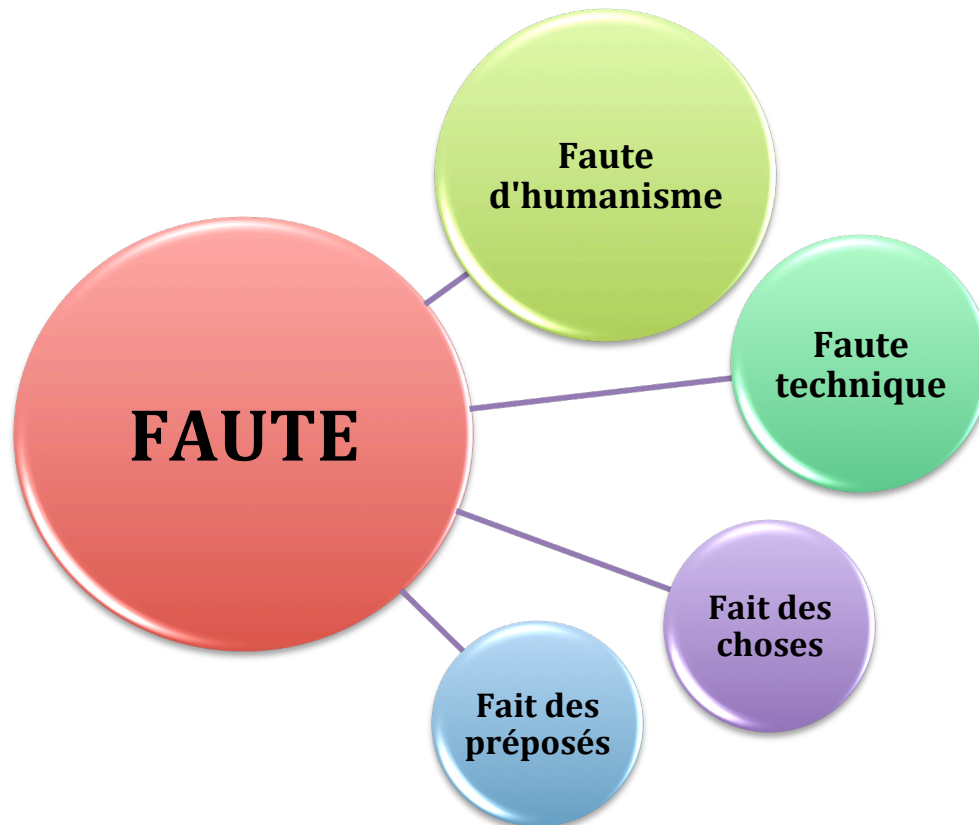


Image 19 : Les différentes natures de faute (59)

Fautes d'humanisme

Ces fautes constituent un manquement du praticien au devoir d'humanisme médical, et donc un manquement au respect de la personne humaine et de sa dignité. Elles concernent particulièrement le non respect des droits des patients, et peuvent avoir des conséquences civiles, disciplinaires ou pénales.

Parmi ces fautes, les plus sanctionnées sont :

- le défaut du respect de la personne
- le défaut d'information
- le défaut de consentement
- la violation du secret professionnel

Dans ce cas, la jurisprudence souligne la difficulté tenant à la preuve mais également dans l'appréciation du préjudice réparable.

Fautes techniques

La faute technique concerne quant à elle les situations où le praticien ne respecte pas les règles de l'art dentaire ainsi que les différentes normes et recommandations. C'est un manquement du chirurgien dentiste à ses obligations de moyens et de résultat, lorsque ce dernier n'a pas délivré des soins conformes aux données acquises de la science.

Elles englobent les erreurs et fautes :

- de diagnostic
- de pronostic
- de prescription
- dans le choix du traitement
- dans la mise en œuvre du traitement
- d'asepsie
- dans le suivi du patient

Le fait des choses

Dans le cadre de la pratique odontologique, le praticien est amené à utiliser un très grand nombre de produits et matériels. Le chirurgien dentiste est le gardien de ces choses, qu'elles soient inertes ou en mouvement, dangereuses ou non. Il en détient « *l'usage, la direction et le contrôle* ». La responsabilité du fait des choses est la situation dans laquelle un individu engage sa responsabilité délictuelle et contractuelle à la suite d'un préjudice qu'il aurait causé à autrui par le biais d'une de ses choses personnelles. Cette responsabilité trouve son fondement dans l'article 1384 alinéa 1 du Code Civil : « *On est responsable non seulement du dommage causé par son propre fait, mais encore de celui causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde* ». Dans ce cas, la victime doit prouver que la chose est intervenue dans la production de son dommage. Le gardien des choses est présumé responsable.

Le fait des préposés

De la même manière que le chirurgien dentiste est responsable des choses sous sa garde, il est « *responsable non seulement du dommage causé par son propre fait, mais encore de celui causé par le fait des personnes dont on doit répondre* » (article 1384 du Code Civil). Il doit donc pouvoir répondre des fautes commises par ses employés, que ce soit par son assistante, sa secrétaire ou encore par son prothésiste, dans le cadre de leurs fonctions respectives.

Le praticien a un pouvoir de contrôle et de direction à l'égard de ses préposés, lié à l'existence du lien de subordination entre le praticien et son employé. La responsabilité du fait d'autrui est une responsabilité de plein droit qui ne nécessite pas la preuve d'une faute, et qui est, tout comme la responsabilité du fait des choses, basée sur la présomption de la responsabilité de l'employeur.

3.3. Voies de contestation du patient (58)

Lorsqu'un patient s'estime victime d'une faute commise par son praticien et qu'il désire que le dommage subi soit réparé et la responsabilité du praticien reconnue, la justice met à sa disposition deux voies de contestation possibles :

- La voie amiable
- La voie contentieuse

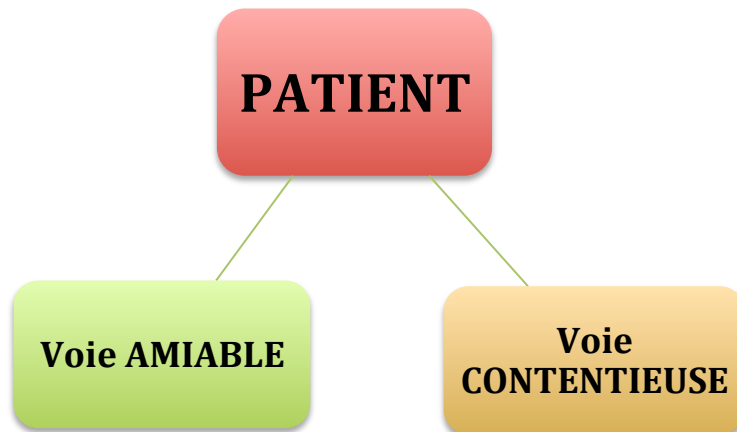


Image 20 : Voies de contestation du patient (58)

Le choix de la voie de contestation dépend de la victime, et conditionnera le type de procédure d'expertise qui suivra.

3.4. Evaluation des préjudices et expertise médicale

3.4.1. Notions de dommages et préjudices (56) (58) (65) (88) (89)

3.4.1.1. Le dommage

Le dommage est défini comme « *toute atteinte portée à l'intégrité physique ou psychique de la personne* ». Il relève du fait, de l'événement qui est objectivement constatable. Le droit distingue le dommage aux personnes du dommage aux biens. L'ensemble des incidences qui en résultent définit le préjudice.

- **Le dommage matériel** résulte de la faute du praticien et entraîne un préjudice matériel proportionnel à l'étendue du dommage. Il s'agit pour le chirurgien dentiste de reprendre les soins mal réalisés jusqu'à satisfaction du patient.
- **Le dommage corporel** est à l'origine de préjudices matériels, économiques (dits patrimoniaux) et moraux (dits extrapatrimoniaux). En ce qui concerne l'aspect moral, on dénombre de nombreux préjudices tels que le « pretium doloris », le préjudice d'agrément, le préjudice esthétique ou physique ou encore le préjudice professionnel.

- **Le dommage immatériel**, dits « pur » (concerne les affaires économiques et financières).

3.4.1.2. Le préjudice

Le préjudice relève du droit : c'est l'ensemble des conséquences dommageables qui résulte d'un fait, et qui, s'il est qualifié de faute, pourra être indemnisé. Il marque le passage du fait (le dommage) au droit (la réparation). Il exprime l'atteinte aux droits subjectifs patrimoniaux et extrapatrimoniaux qui entraînent réparation dès lors qu'un tiers est responsable. Il existe différents préjudices en fonction du dommage subi et la victime est indemnisée en fonction du préjudice et non de la gravité de la faute. Il peut y avoir « dommage » sans « préjudice », mais tout « préjudice » a pour origine un « dommage ».

On distingue :

- le préjudice corporel (atteinte à l'intégrité physique ou à la santé du patient)
- le préjudice moral (atteinte à l'affection, à l'honneur, à la réputation)
- le préjudice matériel (atteinte aux biens et aux intérêts financiers du patient)

C'est à la victime de prouver l'existence du dommage et de ses conséquences. De plus, pour permettre une réparation et une indemnisation par le versement des dommages et intérêts, la victime doit prouver que le préjudice concerné est :

- causé par un fait précis
- direct (suites immédiates et directes de la faute)
- certain (dommage réel et non hypothétique)
- légitime (dommage non illicite ou immoral)

Dans le cadre de la chirurgie buccale, le préjudice corporel engage :

- des dysfonctionnements articulaires
- des séquelles dentaires (fracture, extraction, dévitalisation, etc)
- des troubles sensitifs (atteinte du nerf dentaire inférieur, atteinte du nerf lingual, du nerf mentonnier)
- des troubles fonctionnels (mastication, phonation, déglutition)

3.4.1.3. L'évaluation du dommage

L'évaluation du dommage se fait après dépose d'une demande auprès du tribunal par la victime, selon les conditions fournies par l'expertise. Le rôle de l'expert en charge de ce travail est d'objectiver et de quantifier les séquelles, et d'en déterminer l'imputabilité au chirurgien dentiste.

On distingue l'évaluation médicale qui revient au praticien, de l'évaluation indemnitaire, qui est effectuée par le magistrat. Le praticien constate, décrit et évalue les aspects somatiques et psychiques du dommage corporel, tandis que l'évaluation indemnitaire a pour objet la fixation monétaire de l'indemnisation.

L'évaluation se déroule en 3 étapes :

- Dans un premier temps, **l'étude de l'état antérieur** grâce aux éléments du dossier médical (certificat initial, radiographies, photographies, moulages).
- Dans un second temps, **l'étude de l'état clinique « actuel »**.
- La détermination des différences entre l'état antérieur et l'état actuel, résultant possiblement de l'intervention du chirurgien-dentiste, de l'évolution normale de la pathologie existante ou encore du patient.

Les différents préjudices tels que le préjudice esthétique ou le *pretium doloris* sont évalués par les experts grâce à des échelles numériques selon un « barème médical ».

3.4.1.4. Spécificité de la perte de chance

La Cour de Cassation en donne la définition suivante : « *dommage spécifique issu de la disparition de la probabilité d'un évènement favorable* ». Le demandeur, à l'origine de la procédure, ne doit alors plus prouver que la faute du praticien est la cause certaine et directe du dommage qu'il a subi, mais seulement établir que cette faute l'a privée d'une chance de guérir, d'éviter des séquelles ou de survivre.

La réparation du préjudice consécutif à une perte de chance est un cas particulier. On distingue les règles de droit commun de celles relatives à la notion de perte de chance. La référence est la règle de droit qui déclare que « *Tout fait en l'absence duquel le dommage ne se serait pas produit est une cause de dommage* ». Si elle est établie, et après appréciation par les juges ou les assureurs, la perte de chance constitue un préjudice indemnisable. Mais le dommage certain se limite à cette perte, et non à la totalité du bénéfice que la victime aurait retiré de la survenance de l'évènement dont la réalisation est désormais empêchée. D'après l'arrêt du 16 juillet 1998 de la première chambre civile précise que « *la réparation d'une perte de chance doit être mesurée à la chance perdue et ne peut être égale à l'avantage qu'aurait procuré cette chance si elle s'était réalisée* » (1^{re} Civ., 9 avril 2002, pourvoi n° 00-13.314, Bull. 2002, I, n° 116).

3.4.2. La procédure d'expertise (58) (88) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97)

3.4.2.1. Notion d'expertise

L'expertise peut se définir comme « *une mesure d'instruction confiée à une ou plusieurs personnes (Collège d'experts) chargées de procéder à un examen technique des conditions de réalisation d'un dommage, puis d'en exposer les résultats dans un rapport verbal ou écrit* ». C'est un élément décisif des procès des professionnels de santé qui permet de mener à bien l'instruction de la demande du plaignant. Un spécialiste agréé (par le tribunal ou par la compagnie d'assurance) est alors désigné par voie de référé pour permettre une aide à la prise de décision : c'est l'expert. Selon l'article 223 du Code Civil,

« L'expertise n'a lieu d'être ordonnée que dans le cas où des constatations ou une consultation ne pourraient suffire à éclairer le juge ».

L'expertise peut être :

- **Amiable** : lorsqu'elle est organisée par les assurances
- **Judiciaire** : lorsqu'elle est ordonnée par le juge

3.4.2.2. L'expertise amiable

Définition

L'expertise amiable est choisie d'un commun accord par les deux parties, dans le but de s'entendre sur les responsabilités et préjudices et de permettre une indemnisation amiable par l'auteur du dommage. Elle est dite « bilatérale et contradictoire ». Elle se déroule selon les mêmes procédures que l'expertise judiciaire, mais avec des délais réduits, et selon de moindres contraintes.

L'expertise amiable peut être de 2 types :

- Expertise amiable contradictoire
- Expertise amiable non contradictoire

➤ **L'expertise amiable contradictoire**

Elle repose sur le « *principe du respect contradictoire* ». Ce sont les compagnies d'assurance du patient et du praticien qui organisent la procédure en désignant chacune un expert ou en se mettant d'accord sur un expert commun. L'expertise est conduite par le ou les experts en présence des deux parties, et selon les conclusions du rapport, les compagnies d'assurance vont faire une proposition d'indemnisation amiable au patient. Le patient a la possibilité de refuser l'indemnisation et de recourir à une expertise judiciaire. Cette expertise a beaucoup plus de valeur que l'expertise non contradictoire

➤ **L'expertise amiable non contradictoire**

Cette expertise est une procédure utilisée par le patient pour estimer ses chances de réussite avant d'intenter une action en justice. Elle permet en quelque sorte au patient, ou aux compagnies d'assurance si elles sont les instigatrices de la procédure, de savoir si la réclamation est fondée ou non. Mais elle a peu de poids face à une expertise contradictoire. L'expert examine et interroge patient et praticien, mais ne confronte pas nécessairement les deux parties. Le rapport de l'expert est confidentiel et à usage interne, seules ses conclusions seront communiquées.

Choix de l'expert

Les sociétés d'assurance sont libres de désigner la personne de leur choix, mais elles choisissent préférentiellement un praticien expert. En effet ce dernier est reconnu et

approuvé par ses pairs pour ses connaissances, son expérience professionnelle et ses compétences techniques et scientifiques. Il est soumis, de par sa mission, à un certains nombres d'obligations précisées par l'article 237 du Code de procédure civile : « *le technicien commis doit accomplir sa mission avec conscience, objectivité et impartialité* ». Il est également tenu de respecter les règles déontologiques régies par Code de Déontologie des Chirurgiens Dentistes, même lors de ses missions d'expertise. S'il exerce habituellement sa profession de chirurgien dentiste, il ne peut pas être expert et praticien du plaignant. L'article R. 4127-256 du Code de Déontologie dispose que « Nul ne peut être à la fois chirurgien dentiste expert et chirurgien dentiste traitant d'un même patient. Sauf accord des parties, le praticien ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses clients ». L'ensemble des obligations de l'expert sont reprises et confirmées par l'article 22 du décret n° 2004-1463 du 23 décembre 2004, qui impose à ce dernier de prêter serment et « d'apporter son concours à la justice, d'accomplir sa mission, de faire son rapport et de donner son avis en son honneur et en sa conscience ».

3.4.2.3. L'expertise judiciaire

Définition

L'expertise judiciaire est une mesure d'instruction confiée par un magistrat judiciaire ou administratif en vue d'obtenir tout élément de nature à préciser le dommage. En effet, le magistrat n'a pas les compétences médicales nécessaires pour légitimer la requête et, s'il y a lieu, demander l'indemnisation du patient. Il estime donc parfois nécessaire le fait de nommer un expert. Néanmoins, cette expertise est soumise à la libre critique des parties et possède un caractère facultatif. Les conclusions du rapport de l'expert lui apportent aide et informations, mais ne lient en aucun cas le juge, et ce dernier peut passer outre l'avis de l'expert. Le magistrat peut cependant puiser tous les éléments qu'il juge nécessaires à sa prise de décision, qu'il adopte ou non le point de vue de l'expert.

Choix de l'expert

Il est assermenté et désigné par le juge, à partir de liste des experts de la Cour d'Appel de la juridiction saisie en ce qui concerne le civil. En ce qui concerne le pénal, le juge est tenu de nommer un expert inscrit sur la liste nationale auprès de la Cour de Cassation. D'après l'article 264 du Code de procédure Civile, « Il n'est désigné qu'une seule personne à titre d'expert à moins que le juge n'estime nécessaire d'en nommer plusieurs ». Le juge peut donc, s'il l'estime nécessaire, nommer plusieurs experts. Il est à noter que, s'agissant d'une expertise d'intérêt bucco-dentaire, aucune obligation légale n'impose au juge de choisir un chirurgien dentiste ou un médecin stomatologue. Le magistrat confie ainsi à l'expert une mission comportant des questions très précises, auxquelles il devra répondre rigoureusement, dans le but d'établir s'il y a eu faute, préjudice, et s'il y a un lien entre les deux. De nouveaux éléments peuvent être apportés, mais une demande d'extension de mission doit être préalablement demandée. L'expert a l'obligation de remplir lui-même la mission qui lui a été confiée.

3.4.2.4. Conduite et rapport d'expertise

L'expertise est :

- **amiable** lorsqu'elle est organisée par les compagnies d'assurance
- **judiciaire** lorsqu'elle est ordonnée par le juge

Expertise amiable

Dans le cas d'une expertise amiable, ce sont les compagnies d'assurance qui nomment l'expert et posent les questions nécessaires à l'obtention d'un rapport complet : état bucco-dentaire antérieur aux réclamations, état clinique actuel, nature et qualité des travaux réalisés, respect des règles de l'art dentaire, existence et évaluation du préjudice. Les compagnies d'assurance ont également défini des missions d'expertise type en plusieurs points, permettant de trouver facilement une solution amiable. Contrairement à l'expertise judiciaire, le principe du respect contradictoire ne s'impose pas forcément, les deux parties n'ont donc pas obligatoirement l'ensemble des pièces du dossier. La mission aboutit à la rédaction d'un rapport d'expertise. Le but de cette expertise est un règlement amiable du litige, mais elle peut également évoluer vers une contre expertise ou une expertise judiciaire.

Expertise Judiciaire

Lorsque le praticien est assigné devant un tribunal, c'est le juge qui désigne un ou plusieurs experts (article 264 du Code de procédure civile). Cette expertise peut faire suite à une expertise amiable si les deux parties n'ont pas réussi à se mettre d'accord. En principe, le choix du juge se porte sur un chirurgien dentiste ou un stomatologue, mais ce n'est pas une obligation légale. L'expertise est régie au civil par les articles 232 à 284 du Code de procédure civile et est régie par les règles posées par le Code de procédure pénale dans le cadre d'une expertise pénale. Le magistrat donne à l'expert une mission très précise qui consiste à déterminer s'il existe un préjudice, une faute et s'il y a un lien entre la faute et le préjudice. Un rapport d'expertise doit être établi grâce aux questions posées par le juge, qui sont les mêmes que celles posées par les compagnies d'assurance. Ce rapport est rédigé selon la même trame que dans le cas d'une expertise amiable. D'autre part, le principe du respect contradictoire s'impose. L'examen clinique du patient doit se faire en présence des deux parties afin que celles-ci puissent apporter leurs observations (en général, sont présents le patient, son avocat, le praticien mis en cause et un chirurgien-dentiste ou médecin conseil désigné par l'assureur du praticien).

Qu'il s'agisse d'une expertise amiable ou judiciaire, la procédure reste globalement la même, le but étant de mettre en évidence l'existence d'une faute du chirurgien dentiste, d'un préjudice pour le patient, et du lien de causalité entre faute et préjudice. Seuls diffèrent le commanditaire de l'expertise, et certaines modalités de la mission. Il est à noter qu'en cas d'évolution vers une action en justice ultérieure, l'expertise amiable n'a que peu de valeur.

L'expertise comprend différentes phases :

- **Prendre connaissance des principales doléances du plaignant.**
- **Établir s'il y a eu les (ou non) fautes et la nature de la faute :** L'expert devra déterminer de façon précise l'état médical du patient antérieur aux actes critiqués, en procédant à l'étude des documents remis par la victime et son praticien (Article 275 du Code de procédure civile). Le chirurgien dentiste et le plaignant devront donc mettre à sa disposition tous les éléments que l'expert jugera nécessaire (dossier médical, notes, plan de traitement, photographies, radiographies, nombres de rendez-vous, correspondances, devis, montant des honoraires demandés). Il procède ensuite à l'examen clinique bucco-dentaire complet et précis, en présence ou non de toutes les parties (suivant le type d'expertise) et décrit les lésions et séquelles directement imputables aux soins et traitements critiqués. Il évaluera si les soins se justifient ou s'il s'agit de surtraitement, et devra donner son avis sur la qualité de ces deniers. Au cours de cet examen, il déterminera si les actes effectués sont conformes aux règles de l'art, aux obligations de moyens, d'information, de sécurité et de suivi thérapeutique.
- **L'évaluation du préjudice :** Même en l'absence de faute, l'expert établira par la suite la présence ou non de préjudice(s), d'incapacité(s), et indiquera si l'état du patient est susceptible de modifications (aggravations ou améliorations). C'est en fonction de cette partie du rapport que le magistrat fixera le montant des indemnités.
- **La remise au juge, dans les délais prévus, du rapport d'expertise,** qui comprend la date du dépôt du rapport d'expertise, les questions du magistrat, les dires, les doléances, ainsi que le pré-rapport adressé aux parties et le montant de la consignation mise à la charge du plaignant. L'analyse des éléments recueillis conduit l'expert à retenir une faute à la charge du praticien ou à sa mise hors de cause.

Troisième partie

**Prise en charge des complications en
chirurgie buccale et prévention**

III. Prise en charge des complications en chirurgie buccale et prévention

Quelle que soit son origine, la survenue d'un conflit dans la relation patient/praticien constitue toujours un préjudice. Si les doléances du patient peuvent naître d'une « insatisfaction clinique », il s'agit le plus souvent d'un conflit d'ordre relationnel ne remettant pas nécessairement en cause la stratégie thérapeutique du chirurgien dentiste. Lorsque la relation de confiance est compromise, l'ensemble de la finalité des soins est alors mis en cause avec toutes les conséquences que cela implique.

Même si, bien évidemment, certains contentieux ne pourront pas être évités par le praticien, il convient pour ce dernier d'anticiper certaines erreurs et de répondre aux différentes obligations qui lui incombent (sécurité, résultat...etc). Dans tous les cas, le praticien ne doit jamais laisser passer un différent, il doit mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires à une résolution rapide et satisfaisante pour les deux parties.

La prévention du risque conflictuelle nécessite donc des compétences cliniques, mais aussi psychologiques.

1. Gestion et prévention clinique des complications

Les actes de chirurgie buccale présentent un caractère invasif et peuvent être à l'origine de complications, d'incidents et plus rarement d'accidents. De plus, l'aléa thérapeutique est particulièrement présent, le résultat d'une avulsion dentaire étant, par exemple, plus aléatoire que celui d'un détartrage. Ces complications peuvent être liées au patient ou à l'acte lui-même, surtout lorsque le site interventionnel est proche d'éléments anatomiques nobles. Quelques règles simples permettent d'éviter les écueils de certaines situations cliniques. Tous les moyens nécessaires au dépistage des situations cliniques à risques doivent être mis en œuvre. Une bonne maîtrise du diagnostic appuyée par des examens rigoureux, du matériel adéquat, une technique chirurgicale appropriée ainsi que des recommandations pré et post-opératoires pertinentes permettront de pratiquer la majeure partie des actes chirurgicaux sans incidents.

1.1. Prise en charge des complications (6) (49)

1.1.1. En cas de complications liées à l'acte

Comme nous l'avons vu précédemment, il est du devoir du praticien d'apporter une information claire et loyale au patient concernant les complications survenues et les suites éventuelles. Il faut rassurer ce dernier sur la situation clinique en lui parlant calmement et en planifiant un ou plusieurs rendez-vous de contrôle. Il est possible de relever les coordonnées du patient afin de s'informer, au cours d'un entretien

téléphonique, des éventuelles difficultés ressenties dans les 24h qui suivent l'intervention. Dans certaines situations, il est également nécessaire d'adresser le patient. Si c'est le cas, ce dernier doit sentir que l'on se sent concerné, impliqué, et que l'on ne l'abandonne pas à un autre professionnel de santé. Enfin, en cas de réclamation, le praticien doit prévenir immédiatement sa compagnie d'assurance.

Les propositions de prise en charge de l'ensemble des complications chirurgicales décrites ci-dessous sont susceptibles d'être modifiées et doivent être adaptées au cas par cas par le praticien.

COMPLICATIONS LIÉES À L'ACTE		CONDUITE À TENIR
Complications des TISSUS MOUS		
Complications immédiates	Traumatismes labiaux	Hémostase, sutures, surveillance. Si besoin, adresser le patient au service de chirurgie maxillo-faciale
	Lésions de la gencive ou du palais	
	Lésions de la langue	
	Lésions du plancher buccal	
	Lésions de la Boule de BICHAT	Remise en place et sutures
Complications secondaires	Infections	Antibiothérapie, surveillance
	Complications parodontales	
Complications DENTAIRES		
Fracture de la dent à extraire		Utilisation de matériel tels qu'un syndesmotome, un élévateur ou un périotome
Dommages iatrogènes des dents adjacentes		Suivant le type de dommage, reconstitution, consolidation, surveillance
Projection de la dent ou d'éléments dentaires	Dans les voies digestives	Surveillance médicale
	Dans les voies aériennes	Manœuvre de Heimlich, oxygénation, prise en charge du patient par le SAMU
	Dans le sinus maxillaire	Prise en charge du patient par un service d'ORL
	Dans la fosse ptérygo-maxillaire	Prise en charge du patient par un service de chirurgie maxillo-faciale

	Dans les espaces cellulo-graisseux de la face	Prise en charge du patient par un service de chirurgie maxillo-faciale
	Dans le voile du palais	
	Dans le plancher buccal	
Complications OSSEUSES		
Communication bucco-sinusienne	Compresse hémostatique, lambeau pédiculé, sutures et antibiothérapie	
Fracture alvéolaire	Régularisation osseuse et sutures	
Fracture tubérositaire		
Fracture de l'angle mandibulaire	Prise en charge du patient par un service de chirurgie maxillo-faciale	
Complications NERVEUSES		
Lésion du nerf alvéolaire inférieur	<p>Informer le patient, corticothérapie associée à une vitaminothérapie, surveillance. Adresser le patient</p>	
Lésion du nerf mentonnier		
Lésion du nerf incisif		
Lésion du nerf lingual		
Lésion du nerf grand palatin		

Tableau 6 : Prise en charge des complications liées à l'acte (6)

1.1.2. En cas de complications tardives

COMPLICATIONS TARDIVES	CONDUITE À TENIR
Accident hémorragique	Compression, mise en place d'un produit hémostatique, sutures
Douleur post-opératoire	Recommandations et prescriptions d'antalgiques
Trismus	Prescription de myorelaxants, surveillance
Kystes résiduels	Curetage, antibiothérapie et antalgiques
Hématome	Résorption spontanée, surveillance et drainage si besoin
Les cellulites	Antibiothérapie, drainage (si possible), surveillance

Les ostéites	L'alvéolite sèche	Insertion d'une mèche et prescription antalgiques
	L'alvéolite suppurée	Curetage alvéolaire et antibiothérapie

Tableau 7 : Prise en charge des complications tardives (6)

1.2. Quels outils de prévention ?

1.2.1. Maitrise du risque thérapeutique

1.2.1.1. Observation clinique rigoureuse (6) (49) (98)

Anamnèse

Ce questionnaire ne doit en aucun cas être banalisé car c'est un outil indispensable dans notre pratique quotidienne. Il existe différentes approches telles que l'interrogatoire direct oral, ou encore un questionnaire écrit, daté et signé par le patient. Cela permettra au praticien d'apprécier l'état de santé général du patient, ses antécédents médicaux, son suivi médical ou encore ses médications et donc d'apporter le maximum d'informations indispensables. Il doit être réalisé avec tact et rigueur, et tous ces éléments de réponses doivent être consignés et conservés.

Examen clinique

Tout questionnaire a ses limites et, outre l'observation proprement dite, l'examen clinique est déterminant dans le choix de la technique opératoire. Il comprend l'examen exobuccal avec ouverture/fermeture buccale et examen des ATM ; l'examen endobuccal (examen clinique dent par dent au maxillaire et à la mandibule, examen parodontal, examen des tissus et organes périphériques, examen de l'articulé dentaire et bilan d'occlusion). Cette étape est indispensable car elle reste la base de la bonne connaissance du patient.

D'autre part, la chirurgie buccale nécessite de prendre en compte quelques spécificités telles que :

- les commissures et de la muqueuse labiale
- la musculature manducatrice
- le degré d'ouverture buccale
- le volume de la langue et des joues
- la présence d'un réflexe nauséux
- la morphologie des arcades dentaires, l'état du parodonte
- l'état du site opératoire

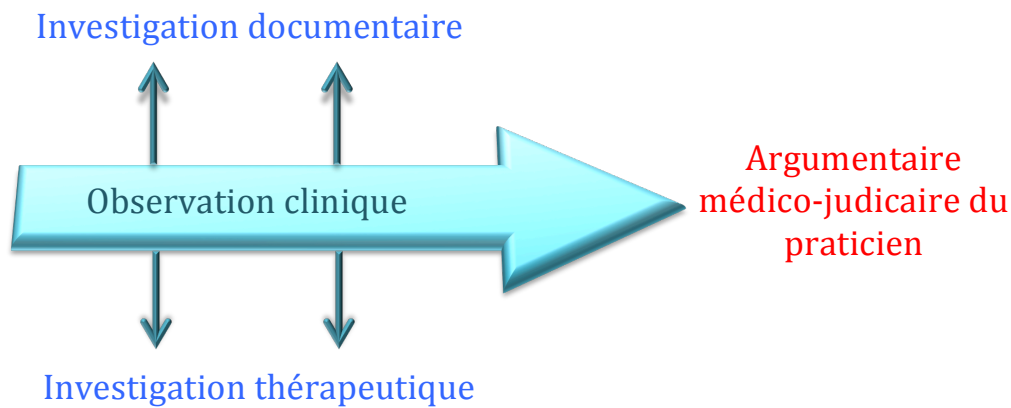


Image 21 : L'observation clinique (49)

1.2.1.2. Examens radiographiques (6) (49)

Les examens radiographiques sont obligatoires avant toute chirurgie et contribuent à l'élaboration du diagnostic. Ils font partie intégrante du dossier clinique du patient et peuvent donc constituer une preuve. La radiographie rétro-alvéolaire est l'examen de base, mais l'orthopantomogramme s'avère souvent nécessaire en chirurgie, suivant l'étendue du site opératoire. D'autres clichés ou bilans d'imagerie tels que l'échographie, le scanner ou l'IRM peuvent être demandés, mais la prescription de ces derniers doit être réfléchiée et justifiée.

1.2.1.3. Examens complémentaires (6) (49) (58)

Une fois toutes les données de l'examen clinique et radiographique recueillies, il arrive que le praticien se retrouve encore confronté à plusieurs hypothèses. Différents moyens sont alors mis à sa disposition afin d'effectuer de plus amples investigations. L'omnipraticien sera ainsi plus à même de planifier une attitude thérapeutique raisonnée et appropriée.

Examens biologiques

Ils ne sont pas prescrits de façon systématique, mais la pratique chirurgicale peut justifier le fait de les demander. Ils peuvent être source de nouvelles informations pour le praticien, susceptibles de modifier la décision thérapeutique. Ils comprennent le temps de saignement (TS), la numération plaquettaire, le temps de céphaline activé, le temps de Quick (TQ), le rapport normalisé international (INR), la numérotation-formule sanguine (NFS), la glycémie ou encore les sérologies.

Examens anatomo-pathologiques

La biopsie est un examen qui peut s'avérer très utile dans la démarche d'orientation ou de confirmation diagnostic de l'odontologiste. On notera qu'il existe aussi les prélèvements ou cytologies exfoliatives.

Examens pluridisciplinaires

Dans certaines situations, il est nécessaire de s'appuyer sur l'avis d'autres spécialistes afin d'obtenir des informations supplémentaires. Qu'ils soient ORL, orthophoniste ou encore neurologue, une approche pluridisciplinaire est toujours bénéfique pour le patient.

1.2.1.4. Rapport bénéfice/risque : prise de décision (6) (49) (99)

Toute intervention est motivée par l'espoir de certains bénéfices, mais comporte également des risques. La prise en compte de ces deux aspects, c'est-à-dire l'évaluation de la balance bénéfices/risques, est une étape importante dans une décision de soins d'un patient. La décision médicale doit être le fruit d'une longue réflexion, et nécessite de tenir compte de l'évolution des connaissances ainsi que de la situation du patient.

Les paramètres liés au patient, au praticien et aux données de la science doivent être analysés afin de prendre la meilleure décision dans le cadre de l'obligation de moyen-sécurité qui incombe au praticien. Le clinicien devra toujours garder à l'esprit le rapport/bénéfice risque pour le patient, avant d'envisager une intervention, aussi bénigne soit-elle.

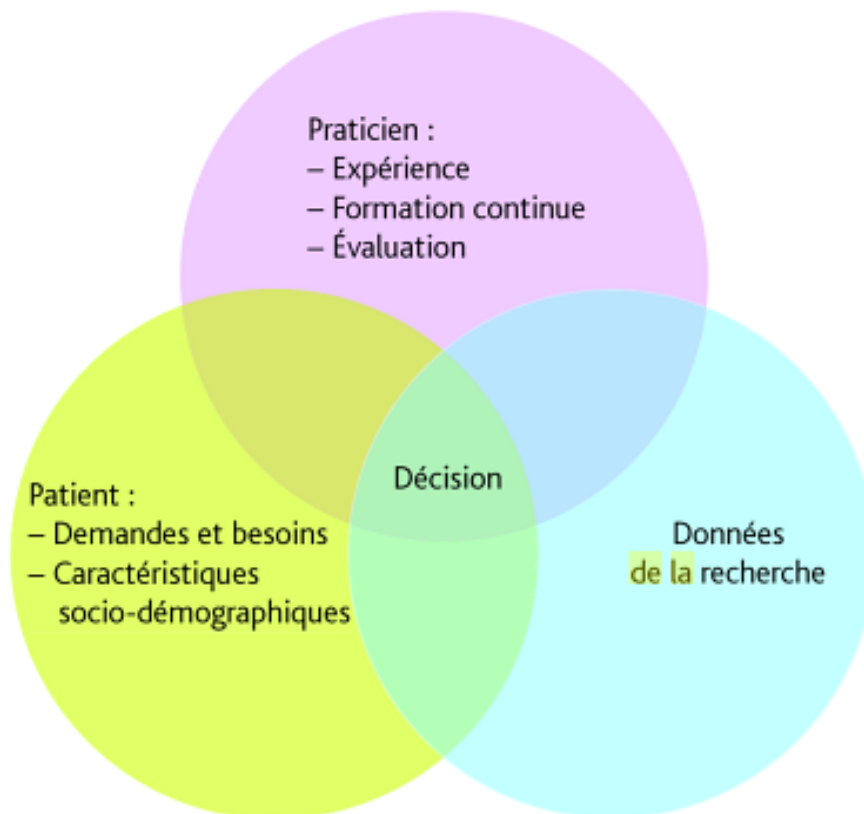


Image 22 : Les éléments de la décision médicale (99)

1.2.1.5. Planification de l'acte (6) (49)

Une planification pré-chirurgicale correcte et une intervention parfaitement codifiée sont des facteurs qui jouent un rôle essentiel dans la prévention des complications. D'autre part, la planification doit permettre de laisser au patient un délai supplémentaire souvent nécessaire, entre l'apport de l'information et le consentement à la proposition thérapeutique qui lui est faite.

1.2.1.6. Compétences chirurgicales et formation continue (6) (36) (49) (100) (101)

Tout praticien doit faire preuve d'une maîtrise clinique et scientifique dans le cadre de ses compétences professionnelles. Si cette compétence reste strictement individuelle, elle demeure néanmoins perfectible et doit être étayée par des formations. Elle relève du devoir de chaque praticien. Cette obligation est illustrée par le Code de la Santé Publique qui stipule que « *Le chirurgien dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue* » (Art. R1427-214). La pratique odontologique et plus particulièrement la chirurgie buccale, nécessite d'acquérir des compétences techniques, un savoir médical ainsi qu'un savoir faire thérapeutique conformément aux dernières données de la science, et ce, grâce à la formation continue. Un praticien ne doit pas se lancer dans un traitement qui dépasse ses compétences.

Compétences et formation continue permettent aux praticiens de faire bénéficier leurs patients des avancées techniques et scientifiques acquises de la science et sont donc étroitement liées à la prévention du risque conflictuel.

1.2.1.7. Plateau technique adapté et assistance qualifiée (6) (58) (102)

Dès l'entrée du patient dans le cabinet dentaire, l'organisation de la chaîne d'asepsie doit être stricte et rigoureuse, et ce, jusqu'à sa sortie. Le contrôle de l'hygiène doit être favorisé par une circulation à « sens unique » simple et standardisée, tant pour le patient que pour les dispositifs médicaux. L'article L. 3-1 du Code de Déontologie des chirurgiens dentistes précise en effet 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 notamment prendre et faire prendre, par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit. Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose* ».

D'autre part, prévoir un plateau technique adapté ainsi qu'un travail à quatre mains sont des éléments nécessaires au bon déroulement de n'importe quelle chirurgie. La sécurité

et la qualité de l'acte dépendront d'une gestuelle adaptée et maîtrisée lors de la préparation et pendant l'acte lui-même (Article 62 du Code de Déontologie des chirurgiens dentistes). Qu'il s'agisse du praticien ou du patient, le fait de savoir que le cabinet dentaire dispose d'un matériel technique adapté et suffisant constitue un facteur de sécurisation.

2. Gestion et prévention juridique des complications

La dernière décennie, l'exercice de l'art dentaire a subi des changements considérables s'imposant à tous les praticiens. Étant soumis à une prolifération de règles et d'obligations, le nombre de conflits entre les chirurgiens dentistes et leurs patients est en constante augmentation. Certains de ces contentieux sont inévitables, et les praticiens doivent apprendre à gérer les conflits malgré un manque de formation dans ce domaine. Néanmoins, dans la majorité des cas, il est possible de prévenir les conflits en évitant certaines erreurs fondamentales, ce qui préservera les deux parties de procédures longues, coûteuses et éprouvantes.

2.1. Conduite à tenir lors d'un litige avec un patient

2.1.1. Situation de crise : quelles solutions pour désamorcer un conflit ? **(56) (58) (78) (81) (83) (92) (96)**

Dès lors qu'il reçoit une réclamation d'un patient, le praticien doit essayer par tous les moyens de désamorcer le conflit. La négociation (accord trouvé sans l'intervention d'un tiers) ou la médiation doivent toujours être préférées à une intervention judiciaire qui peut rapidement prendre de l'ampleur et évoluer vers une situation de crise. Quelle que soit la critique ou la réclamation qui est faite, elle doit être entendue, analysée et perçue comme un problème à résoudre au mieux des intérêts de chacun.

Pour se faire, plusieurs points concernant le chirurgien dentiste receveur de plainte doivent être soulevés :

- Adapter son attitude
- Être à l'écoute
- Utiliser les bons moyens de communication
- Savoir reconnaître ses erreurs

Adapter son attitude

Il doit montrer au patient que ses griefs sont pris en considération et qu'il se sent concerné et désireux de trouver une solution au problème. Il doit avoir une attitude appropriée, et s'oblige « À agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à

se montrer compatissant envers lui », conformément à l'article 27 du Code de Déontologie. Le praticien doit également prévoir du temps, sous forme d'un rendez-vous organisé à l'avance pour examiner les doléances du patient. Il faut éviter à tout prix d'entamer une discussion à l'improviste au milieu du cabinet et entre deux patients. Cela permettra au praticien de prendre le temps d'écouter sereinement son patient, et ce dernier pourra quant à lui exprimer son mécontentement.

Etre à l'écoute

Le sentiment d'être écouté, entendu et reconnu par son praticien est très important pour le patient. Il faut prendre le temps de le laisser s'exprimer, mais aussi lui apporter des explications claires et appropriées. Le chirurgien dentiste doit lui montrer qu'il est soucieux de trouver un terrain d'entente. Cela suffit souvent à désamorcer un conflit.

Utiliser les bons moyens de communication

Le chirurgien dentiste doit tout d'abord essayer de cerner la personnalité du patient. Il doit rester calme, cordial, poli, et laisser s'exprimer le patient afin de cerner au mieux ses attentes. Il doit veiller à ne pas prendre un air excédé ou désinvolte pour ne pas envenimer les choses. Enfin, le choix des termes employés est essentiel.

Savoir reconnaître ses erreurs

Lorsque le patient remet en cause le traitement qui lui a été fait, le chirurgien dentiste doit écouter attentivement, garder son calme et rester ouvert. Il doit faire preuve de transparence et d'honnêteté. Le praticien doit être capable de se remettre en question, mais aussi d'assumer et de reconnaître ses erreurs, en mettant tout en œuvre pour régler le problème.

2.1.2. A l'issue de la tentative de conciliation (44) (56) (58) (88) (96)

2.1.2.1. Constitution du dossier médical

Le praticien (ou son avocat) est tenu, lors d'un litige, de communiquer à l'expert ou au demandeur toutes les pièces du dossier médical garantissant le traçabilité des soins. Cela permettra de reconstituer l'état antérieur aux soins réalisés et contestés, de juger des soins effectués et donc de prouver l'existence ou non d'une faute en cas d'expertise.

Le dossier médical doit donc être clair, lisible, complet, et comprendre :

- la fiche d'anamnèse
- les fiches cliniques : liste des soins effectués, commentaires
- les comptes rendus opératoires
- les comptes rendus d'examen
- les radiographies : panoramiques, rétro-alvéolaires, etc...
- photographies
- les examens complémentaires

- les devis datés et signés
- les correspondances échangées
- le certificat
- les moulages
- le consentement éclairé

2.1.2.2. L'assurance responsabilité civile et professionnelle

Cette assurance est obligatoire depuis la loi Kouchner du 4 Mars 2002, dans laquelle l'article 1142-2 stipule « *les professionnels de santé exerçant à titre libéral (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins* ». Sans assurance, le praticien devrait faire face personnellement au versement de l'indemnité due à la victime, aux frais de justice, aux honoraires de l'expert, de l'avocat...etc.

Dès que le praticien a connaissance d'une réclamation écrite ou orale d'un patient, avocat ou assurance, ou par la réception d'une convocation du tribunal du conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes, il est tenu d'avertir sa compagnie d'assurance de la survenue d'un sinistre. Qu'il s'estime responsable ou non, il doit le déclarer dans les cinq jours ouvrables à partir du lendemain du jour où il a eu connaissance du sinistre.

Cette déclaration doit contenir :

- le numéro de sociétaire
- la date des faits
- l'identité du patient
- la copie de la réclamation
- la copie du dossier clinique du patient

A noter qu'un praticien qui négocierait seul la solution du litige sans déclarer le sinistre à sa compagnie d'assurance ne pourrait plus prétendre ensuite aux bénéfices du contrat d'assurance qu'il avait souscrit.

2.1.2.3. Contacter un avocat

Lorsque survient un conflit, le praticien a tout intérêt à contacter un avocat. Ce dernier est un intermédiaire entre le chirurgien dentiste et l'expert/demandeur. Il aidera le praticien dans la constitution du dossier médical et transmettra les pièces à l'expert et au demandeur. L'avocat tient ainsi le rôle de conseiller, d'aide, de défenseur, mais également de soutien juridique et moral. Il est important d'entretenir de bon rapport avec lui car la bonne gestion du dossier en dépend.

2.2. Evolution du conflit vers un règlement amiable ou un procès pénal

2.2.1. Contentieux médical (49) (58) (83)

Comme nous l'avons vu précédemment, lors d'un litige entre un praticien et son patient, ce dernier peut avoir recours à différentes voies de contestation. Le choix de la voie de contestation dépend du patient, de son but recherché, mais également de la personne mise en cause.

Si la victime désire une simple indemnisation, elle se dirigera préférentiellement vers une procédure amiable plus rapide et moins coûteuse. Cela ne l'empêchera pas, en cas d'échec de conciliation, de saisir une juridiction civile. En revanche, si le patient estime que le praticien doit être sanctionné, il saisira directement les instances disciplinaires ou la juridiction pénale.

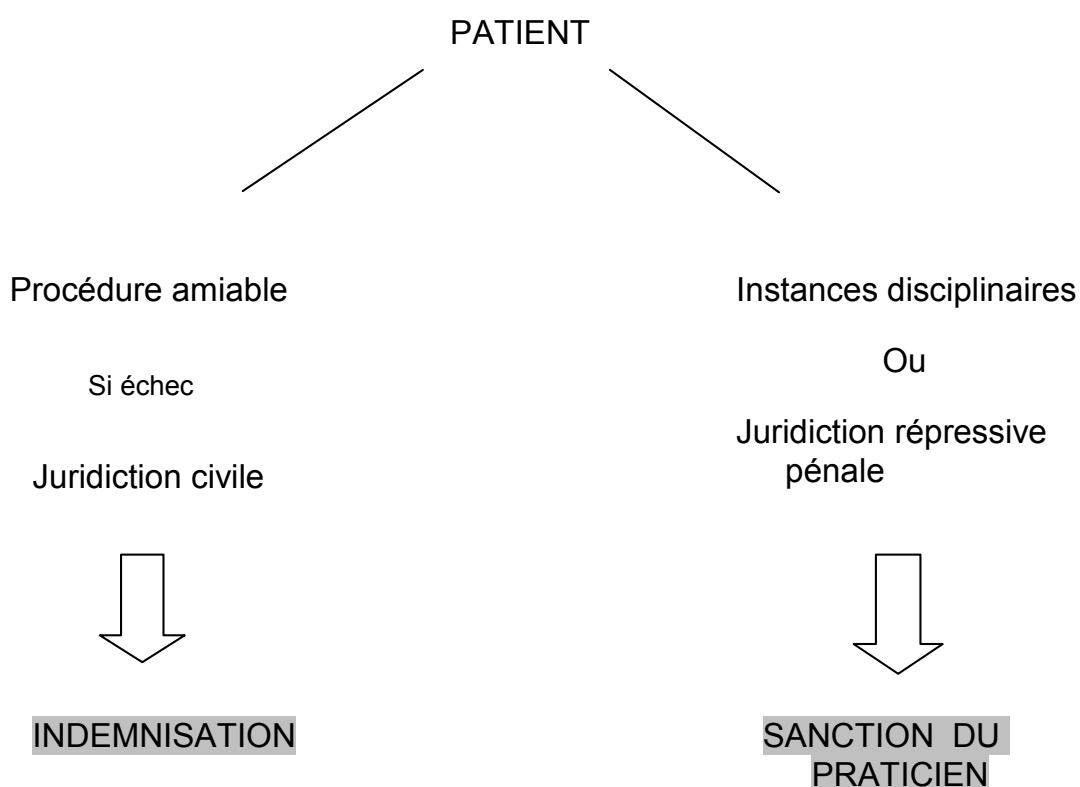


Image 23 : Choix de la procédure par le patient (58)

2.2.2. Tentative de conciliation : règlement amiable des conflits (58) (60) (96) (103) (104)

La voie amiable a pour but d'obtenir un accord dans le cadre d'une négociation entre un chirurgien dentiste et son patient sur le règlement d'un conflit. C'est une tentative de conciliation pouvant se faire par le biais des compagnies d'assurance, ou du Conseil de l'Ordre. Elle présente de nombreux avantages pour le patient tels qu'une indemnisation

rapide ainsi qu'un minimum de contrainte, de coût et de délais. Cette voie suit la procédure du règlement des litiges entre patient et praticien prévue par le Code de Déontologie.

Le règlement du litige peut se faire :

- **Par réclamation directe auprès du praticien ou de son assureur**
 - Entre le patient et son praticien qui trouvent un terrain d'entente sans l'intervention d'un tiers, après réclamation orale ou écrite de la victime.
 - Entre les compagnies d'assurance des deux parties respectives, en dehors de tout procès, et avec l'aide si besoin d'un expert (l'indemnisation est à charge de l'assureur).
- **Par réclamation auprès du Conseil de l'Ordre**
 - Le Conseil de l'Ordre est directement saisi par courrier du patient, dans le but d'aboutir à une conciliation orchestrée par le président du Conseil de l'Ordre.

Si patient et praticien se mettent d'accord grâce aux compagnies d'assurance ou au Conseil de l'Ordre, la procédure se termine par un accord amiable. Dans le cas contraire, le patient peut recourir à la voie contentieuse.

2.2.3. Procès pénal (58) (83) (71) (73) (96) (105)

Le patient peut recourir à la voie contentieuse lorsque la négociation par la voie amiable a échoué ou lorsqu'il s'estime victime d'une faute et qu'il demande réparation et sanction du praticien.

Il peut dans ce cas déposer :

- Une plainte auprès du Conseil de l'Ordre
- Une plainte auprès de la juridiction civile
- Une plainte auprès de la juridiction pénale

Le dépôt de plainte auprès de Conseil de l'Ordre est une procédure spécifique qui ne peut pas aboutir à l'indemnisation du patient mais uniquement à des sanctions disciplinaires prévues par l'article L.4124-6 du Code de la santé publique, envers le praticien mis en cause (avertissement, blâme, interdiction temporaire ou permanente d'exercer). Elle sera toujours précédée d'une tentative de conciliation.

En ce qui concerne la juridiction civile, elle intéresse le chirurgien dentiste libéral et est régie par le Code de procédure Civile. C'est une procédure fréquemment utilisée car rapide et peu coûteuse. Elle autorise la désignation d'un expert pour établir des preuves de fait dans le but de résoudre le litige. La reconnaissance de la responsabilité civile a pour conséquence l'obligation de réparer le préjudice causé à la victime, de façon proportionnelle à l'étendue du dommage (principe de la réparation intégrale du préjudice).

La juridiction pénale, quant à elle, est une juridiction répressive visant la condamnation du praticien mis en cause, et concerne les infractions. Elle est engagée suite à un dépôt de plainte au commissariat, à la gendarmerie ou auprès du Procureur de la République. Cette responsabilité est rarement mise en cause dans un contentieux médical car les infractions rencontrées sont, pour la plupart, non intentionnelles ou du fait d'imprudences.

2.3. Anticipation de contentieux médical

2.3.1. Information et maintien de la relation de confiance (49) (58) (84) (106)

Pour prévenir au mieux les litiges, le chirurgien dentiste doit privilégier une écoute attentive et se montrer très rigoureux dans la relation qu'il entretient avec son patient. Il doit prendre le temps de l'écouter, de le comprendre, et doit tenir compte de ses angoisses, inquiétudes et attentes. Il est nécessaire de placer l'humain au centre du dispositif thérapeutique pour l'inciter à participer au plan de soins.

Le patient doit être informé de l'ensemble des procédures, des risques et évolutions possibles, en prenant le soin d'employer des termes simples et accessibles. Depuis l'arrêt « Cousin » de la première Chambre Civile de la Cour de Cassation datant du 25 février 1997, « (...) *celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation ; (...) le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et (...) il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation* ». La preuve de l'information reste donc à charge du praticien. Cette obligation d'informer ne doit pas être observée uniquement par crainte du risque médico-légal. Il s'agit surtout d'effacer toutes les appréhensions du patient et de cerner ses attentes sur le plan thérapeutique. Il est aussi nécessaire de rappeler que l'odontologie n'est pas une science exacte, de nombreuses incertitudes demeurent et l'aléa thérapeutique reste inexorable. Ceci permettra, en **cas d'erreur ou de complication, de ne pas compromettre la relation de confiance établie. Néanmoins, lors d'un incident, prendre le temps de se confronter au patient ou à sa famille** pour expliquer ce qui s'est passé est indispensable, même si les informations avaient été correctement fournies.

L'absence ou les lacunes de formation, le manque de temps ainsi que les contraintes de rentabilité entraînent inévitablement la négligence de la relation patient/praticien. Il y a donc une véritable nécessité de réévaluer notre pratique, d'approfondir ces notions de communication afin de créer un véritable partenariat thérapeutique et de placer le patient au cœur de cette relation. Le dialogue demeure la clé de voûte de la relation patient/praticien.

2.3.2. La conciliation : une voie à privilégier (58)

S'il est indispensable de maintenir le dialogue avec un patient mécontent, il est tout aussi important de s'orienter vers la voie de conciliation. Le praticien à tout intérêt à préserver le lien avec son patient dans un esprit d'apaisement, en adoptant un comportement « accessible ». Comme nous l'avons vu précédemment, outre le fait d'être une obligation déontologique, cela permet de désamorcer une situation risquant d'évoluer vers une procédure contentieuse, et c'est l'assurance pour le patient d'une indemnisation rapide avec un minimum de contrainte, de coût et de délais.

Cette voie peut être :

- **Directe**, en proposant, si c'est possible, réparation au patient
- **Indirecte**, par l'intermédiaire de son assureur en responsabilité civile professionnelle
- **Institutionnalisée par le Conseil départemental de l'Ordre ou les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)**

2.3.3. Importance médical et juridico-légal du dossier clinique (49) (58) (98)

Comme nous l'avons vu précédemment, et d'après la HAS, « *Le dossier est une mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour* ». Les informations qu'il rassemble constituent une liste non exhaustive, et peuvent être de natures très diverses. Ces éléments sont nécessaires à prouver l'état médical du patient à tout moment en garantissant la traçabilité des soins. Il contient notamment le questionnaire médical du patient qui doit être remis à jour régulièrement, daté et signé par ce dernier, ce qui engage sa responsabilité quant aux informations déclarées. Il est le miroir de l'activité clinique du praticien, sous tous ses aspects. Ce document sera utilisé par le juge pour rechercher l'existence d'éléments mettant en jeu la responsabilité du praticien.

Une organisation soignée du dossier médical est donc véritablement indispensable pour prévenir au mieux les poursuites judiciaires. Le praticien doit se montrer de plus en plus méticuleux et vigilant dans la tenue de ses fiches cliniques qui doivent être claires, lisibles, compréhensibles, et complètes. Il est obligatoire de le conserver pendant 30 ans.

Quatrième partie

**Document d'informations aux patients sur
les risques inhérents de la chirurgie buccale**

IV. Document d'informations aux patients sur les risques inhérents de la chirurgie buccale (107) (108) (109) (110)

La nécessité d'informer les personnes soignées à partir des données scientifiques n'est plus à démontrer, car reconnue au niveau Européen (Recommandation Rec 2001-13 sur le développement d'une méthodologie dans l'élaboration de lignes directrices pour de meilleures pratiques médicales) et International. Le Conseil de l'Europe confirme « *le droit des patients et des citoyens à recevoir et à avoir facilement accès à une information pertinente au sujet de leur santé et des soins de santé les concernant sous une forme et dans une langue compréhensible par eux* ». L'utilisation de documents d'information écrits s'inscrit donc dans une véritable stratégie de communication cohérente qui encourage la participation des patients dans la prise de décisions concernant leur thérapeutique de soins.

Cette partie a consisté en l'élaboration d'un document à l'intention des patients et de leur entourage, sous forme d'une brochure pédagogique à caractère explicatif concernant les risques inhérents à toute chirurgie buccale. L'objectif est d'apporter aux usagers de la santé une information écrite compréhensible, reposant sur des sources valides et des recommandations professionnelles existantes, sur les soins qui leur sont proposés. Ce document présente l'avantage de laisser le temps au patient d'intégrer, de comprendre l'ensemble des renseignements qui lui ont été donnés et de réfléchir à d'éventuelles questions, tout en lui permettant de s'y reporter et/ou d'en discuter par la suite avec son chirurgien dentiste. En effet, la « masse » d'informations délivrée lors d'une consultation pré-opératoire concernant l'intervention et ses risques n'est pas toujours entièrement assimilée ni comprise.

Cette brochure est donc destinée à compléter ou à renforcer les connaissances du patient et à l'accompagner dans la compréhension de l'intervention et de ses risques, afin qu'il se sente impliqué et qu'il puisse participer le plus possible à la prise de décision le concernant. Elle s'appuie sur les différentes recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé concernant la réalisation d'un guide pour les patients et usagers de la santé. Il est important de souligner que ce document vise à compléter l'information délivrée oralement par le praticien mais n'est en aucun cas destiné à se substituer à l'information orale.

CHIRURGIE BUCCALE

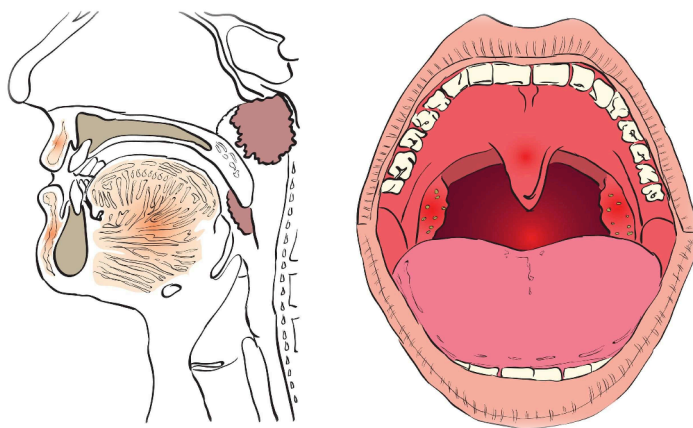
Document d'informations
patients



Vous allez bénéficier d'une chirurgie buccale...

Vous présentez une pathologie ou un état nécessitant la réalisation d'un acte de chirurgie buccale. Votre praticien vous a précisé les mesures médicales à envisager et vous a remis ce document. Cette brochure est destinée à vous apporter les informations complémentaires pour vous aider à mieux comprendre ce qu'implique une intervention chirurgicale.

Néanmoins, elle ne peut remplacer les conseils de votre chirurgien-dentiste qui connaît bien votre cas particulier. N'hésitez pas à lui poser les questions auxquelles ce document ne répondrait pas.



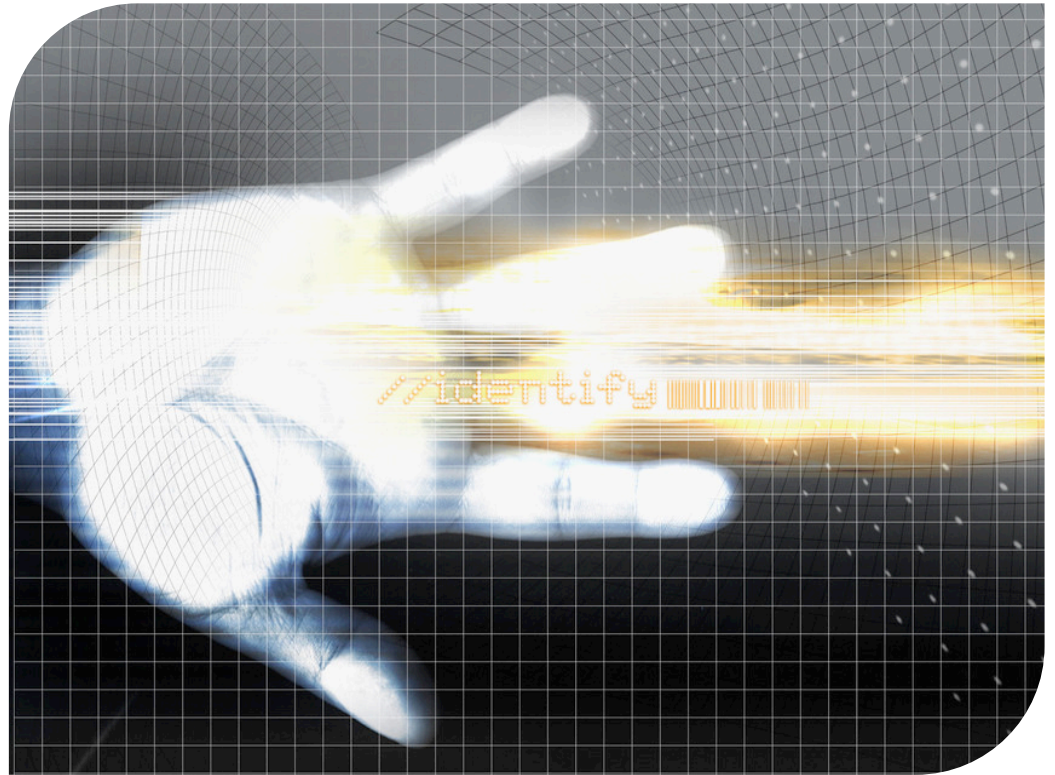
Se faire opérer est une décision importante qui nécessite une préparation.

Il faut avant tout bien s'informer sur l'intervention et ses conditions de succès, afin de pouvoir :

- Participer pleinement à la décision et s'engager en toute connaissance de cause

- Bien se préparer à cette intervention
- Comprendre et accepter la nécessité d'un suivi post opératoire





QU'EST CE QUE LA CHIRURGIE BUCCALE ?

C'est la discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes de la cavité buccale. Elle se pratique le plus souvent sous anesthésie locale, mais nécessite dans certains cas une anesthésie générale. Elle peut être indiquée dans de multiples cas de figure (tels que douleurs, infections, kystes, caries, ou encore pour des raisons prothétiques dentaires, parodontales ou orthodontiques).

Les actes de chirurgie réalisables par le chirurgien dentiste sont nombreux et plus ou moins complexes. Même si la chirurgie buccale concerne essentiellement les avulsions dentaires, elle peut également consister en la réduction d'une fracture, le dégagement d'une dent incluse ou encore le traitement de plaie intra-buccale. Le type d'intervention que vous allez subir vous a été expliqué par votre praticien, n'hésitez pas à lui poser des questions afin de bien comprendre la procédure.



RISQUES OPÉRATOIRES ET SUITES OPÉRATOIRES ?

Il est important de comprendre que, même réalisée dans les meilleures conditions, une chirurgie demeure un acte invasif qui comporte des « **suites opératoires normales** », des « **risques opératoires** » ainsi que des « **séquelles post opératoires** ».

QUELLES SONT LES SUITES OPERATOIRES NORMALES ?

On appelle « suites opératoires », les manifestations secondaires qui font partie du déroulement normal de la cicatrisation après une intervention chirurgicale. Elles peuvent être plus ou moins marquées selon votre âge, votre sexe, votre hygiène bucco-dentaire, selon votre consommation ou non de tabac, ainsi que selon les facteurs liés à l'intervention (type, durée, difficulté). Ces manifestations sont inévitables, mais s'atténuent au fil des jours.

On pourra ainsi observer :

- Des **douleurs spontanées** (de quelques heures à quelques jours), d'intensité variable.

- Un **gonflement** plus ou moins modéré des joues, des lèvres, apparaissant habituellement dans les 24 heures post opératoire et disparaissant en quelques jours.
- Une **gêne masticatoire**, pouvant durer quelques jours.
- Des **rougeurs**, disparaissant en quelques heures.
- Un **saignement**, généralement peu abondant et cessant dans les quelques heures suivant l'intervention.

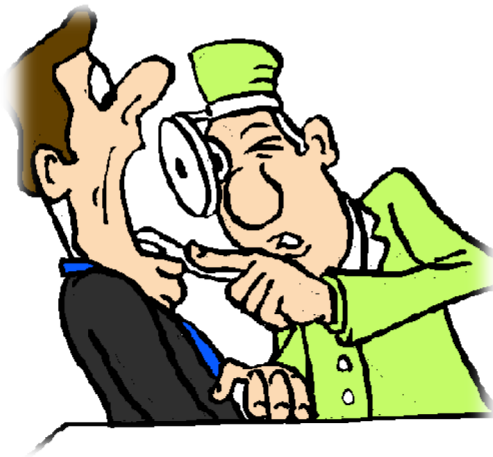


QUELS SONT LES RISQUES OPERATOIRES ?



Les risques ou complications opératoires regroupent l'ensemble des incidents pouvant survenir pendant toute intervention chirurgicale.

Ils sont plus ou moins importants selon le type et la difficulté de l'intervention que vous allez subir.



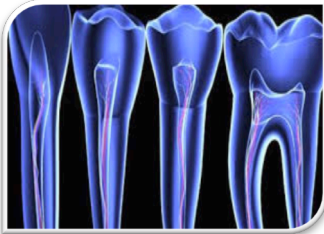
On dénombre :

- Les risques liés à l'anesthésie
- Les risques liés à l'acte opératoire :
 - **L'hémorragie**
 - **Les lésions des dents adjacentes**
 - **La fracture de la dent à extraire**
 - **La projection ou refoulement de la dent** dans le sinus maxillaire, dans les voies aériennes, dans les voies digestives ou dans le plancher buccal.
 - **Les complications articulaires**
 - **Les complications osseuses**
 - **Les complications nerveuses**
 - **Les accidents des tissus mous** : brûlures provoquées par l'échauffement de la pièce à main ou de tout autre instrument rotatif.



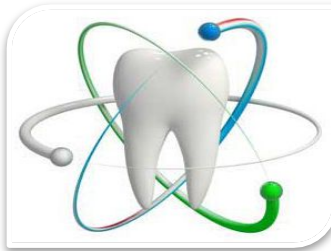
Hémorragie

Il arrive que le saignement soit différé de quelques jours (3 à 4). Il peut être stoppé dans un premier temps par une compression que l'on effectuera en mordant une compresse au niveau de la zone de saignement pendant environ 10 minutes. Si cela ne suffit pas, une consultation s'impose.



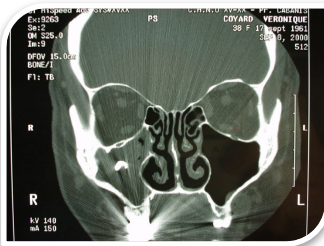
Lésions des dents adjacentes

Lors d'une extraction difficile, les dents adjacentes peuvent subir des dommages tels qu'une fracture, un bris de restauration (plombage ou résine), le descellement d'une couronne ou encore la nécrose d'une dent. Cela nécessitera une prise en charge immédiate ou différée par votre praticien.



Fracture de la dent à extraire

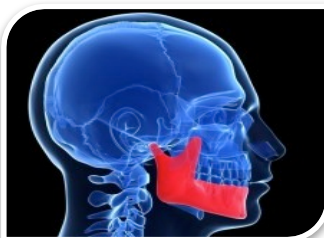
Il arrive souvent que la partie coronaire des dents à extraire soit fragilisée et se brise, ou encore que la partie radiculaire se fracture. Le chirurgien peut choisir d'aller récupérer le morceau de racine ou encore de le laisser en place. Un fragment de racine résiduel ne provoque en général aucune complication, mais pourra nécessiter une réintervention.



Projection ou refoulement de la dent

Certaines extractions dentaires peuvent se compliquer par :

- Une projection de la dent à extraire dans les voies aériennes ou digestives : suivant la localisation de la dent, la procédure consistera dans l'attente et le suivi. Dans de plus rares cas, le praticien devra avoir recours aux manœuvres d'expulsion de la dent.
- Une communication entre le sinus et la cavité buccale. Plus la dent est près du sinus, plus le risque augmente. Le chirurgien devra alors intervenir afin de refermer cette communication.
- Une projection de la dent dans le sinus ou dans d'autres espaces de la face : plus la dent est profondément incluse dans l'os, plus il y a de risques. Il faut alors aller chercher la dent pour éviter des complications.



Complications articulaires

L'articulation temporo-mandibulaire peut subir un stress durant l'opération et se révéler douloureuse lors des mouvements. La douleur diminue et disparaît généralement en quelques jours.



Complications osseuses

L'os peut subir des dommages, notamment :

- Lors des procédures d'extraction difficiles, le chirurgien peut être amené à éliminer de petites quantités osseuses. Cela fait partie de la procédure normale, et il n'y a aucun traitement à faire. L'os guérira en même temps que l'alvéole.
- Lors des extractions de dents profondément incluses, il existe un risque de fracture de la mâchoire. Il s'agit néanmoins d'une complication très rare dont le risque augmente avec l'âge et est favorisé par un os fragile. Ce type de fracture se rencontre plus souvent à la mâchoire du bas et nécessite une intervention chirurgicale afin de stabiliser la fracture.



Complications nerveuses

L'atteinte nerveuse peut concerner :

- Le nerf alvéolaire inférieur, qui se manifeste par une diminution de la sensibilité ou par un engourdissement de la lèvre inférieure du côté atteint ainsi que des dents de l'arcade correspondante.
- Le nerf lingual, qui se manifeste par une baisse de la sensibilité tactile ou par un engourdissement de la moitié de la langue du côté atteint.

Il faut savoir que dans la majorité des cas, ces complications sont prévisibles. Le praticien prendra alors le maximum de précautions. L'étendue des lésions peut aller de la simple contusion nerveuse avec récupération progressive sur quelques semaines, à la section complète avec perte de sensation définitive.



Les accidents des tissus mous

Lors des procédures chirurgicales, les tissus mous environnants (tels que les joues, les lèvres ou la gencive) peuvent être lésés. Cela n'est pas alarmant car les tissus guériront d'eux mêmes. Néanmoins, si la lésion est importante, des points de sutures peuvent s'avérer nécessaires.

SACHEZ QUE :

Ces différents risques sont plus ou moins rares, parfois prévisibles, mais peuvent également résulter d'un aléa de l'acte chirurgical. Ils ont été préalablement évalués par votre praticien et vous seront signalés et expliqués avant votre intervention.

QUELLES SONT LES SEQUELLES POST OPERATOIRES POSSIBLES ?

Les séquelles post opératoires regroupent l'ensemble des incidents pouvant survenir après toute intervention chirurgicale.



Ils peuvent se manifester sous forme :

- D'un **retard de cicatrisation**
- D'un **hématome** : c'est une complication rare et bénigne qui, le plus souvent, se résorbe spontanément.
- D'un **déchaussement** de la dent voisine : c'est une complication bénigne pouvant avoir un impact esthétique.
- D'une **infection** : elle peut se manifester quelques jours après la chirurgie. Elle peut se présenter de plusieurs façons :
 - **L'alvéolite** : Il s'agit d'une infection douloureuse de l'espace initialement comblé par la dent et laissé vacant suite à une extraction. C'est une complication fréquente qui nécessite de façon générale une réintervention chirurgicale.
 - **La cellulite** : il s'agit d'une infection débutant au niveau du site opératoire et se propageant au niveau des tissus mous du visage. Elle se manifeste par un gonflement (parfois impressionnant) accompagné de douleurs, et nécessite de revoir son chirurgien dentiste.



N'hésitez pas à revoir votre praticien pour toutes questions auxquelles ce document ne répondrait pas.



Conclusion

Bien que les conditions de la pratique de la chirurgie buccale soient en phase d'évolution avec de nouvelles recommandations de plus en plus conservatrices, le développement de nouvelles techniques et notamment de l'implantologie, cette discipline demeure partie intégrante de l'activité du chirurgien dentiste. Dans la pratique quotidienne, l'acte chirurgical est courant et ses indications sont multiples, même si les praticiens sont nombreux à adresser leurs patients à des spécialistes en chirurgie orale. En odontologie et plus particulièrement en chirurgie buccale, il est primordial de garder à l'esprit que même réalisé dans les meilleures conditions, tout acte comporte des risques. Une intervention considérée comme « banale » peut ainsi être à l'origine de complications diverses.

D'autre part, la responsabilité des professionnels de santé connaît d'importants changements depuis quelques années, tant d'un point de vue jurisprudentiel que législatif. Nous assistons à une augmentation significative des plaintes de patients, qui, confortés par la multiplication des assistances juridiques et des associations d'usagers, n'hésitent plus à régler leurs différends devant les tribunaux. Le profond respect anciennement voué au corps médical a laissé place à des exigences croissantes, plus seulement en terme de moyen, mais surtout de résultat. Les praticiens, noyés sous les contraintes administratives, et n'ayant pas toujours bénéficié d'une formation juridique adéquate, se retrouvent parfois démunis face à des patients subrepticement transformés en consommateurs de soins.

C'est donc dans ce contexte que la prévention du risque conflictuel au cabinet dentaire prend tout son sens. En effet, la survenue d'un conflit dans la carrière d'un praticien représente toujours un préjudice moral, et un désaccord naissant ne doit jamais être ignoré.

Prévenir le risque conflictuel ne signifie pas uniquement faire preuve de capacités cliniques. Le praticien doit également montrer des compétences en matière de méthodologie, de communication et de psychologie. En effet, si les différents révèlent classiquement une insatisfaction clinique, ils peuvent également s'avérer d'ordre strictement relationnel. Il convient donc d'éviter certaines erreurs et de mettre en œuvre des protocoles strictes et rigoureux, tant sur le plan thérapeutique que sur le contenu de l'information. Pour ce faire, l'interrogatoire médical ainsi que les examens cliniques doivent être menés consciencieusement, avec tact et intuition. Des examens radiologiques de qualité ainsi qu'une interprétation rigoureuse de l'ensemble de ces informations permettent d'évaluer avec précision la difficulté opératoire, de déterminer un protocole chirurgical adapté et maîtrisé, et enfin de procurer au patient un suivi post opératoire adéquat. Mais une maîtrise clinique irréprochable n'est pas suffisante.

Le chirurgien-dentiste doit délivrer des informations claires, loyales, appropriées et compréhensibles à son patient, afin d'obtenir le consentement libre et éclairé de ce dernier. Cela participera au maintien de la relation de confiance qui les unit. Enfin, une bonne tenue du dossier clinique est également indispensable dans le cadre du contrat de soins qui lie les deux protagonistes.

Néanmoins, un sentiment de crainte du conflit judiciaire ne doit pas encadrer la pratique de la chirurgie buccale. Au contraire, cela nécessite efforts et adaptation de la part des chirurgiens dentistes, dans un souci constant de compréhension des différentes responsabilités civile, disciplinaire, administrative et pénale qui leurs incombent. Cette évolution de la pratique médicale s'impose à tous les praticiens qui doivent désormais être parfaitement à même de gérer les conflits, et d'appréhender dans leur globalité les risques qu'il encourent dans la pratique l'art dentaire.

Table des illustrations

Tableaux :

Tableau 1 : Classification commune des actes médicaux en Chirurgie dentaire (2).....	17
Tableau 2 : Classification ASA (5).....	21
Tableau 3 : Classification des lésions nerveuses (23).....	35
Tableau 4 : Causes de paresthésie de la troisième division du trijumeau (24).....	36
Tableau 5 : Les facteurs de risques de l'intensité de la douleur. Synthèse des recommandations professionnelles de HAS (35).....	42
Tableau 6 : Prise en charge des complications liées à l'acte (6).....	70
Tableau 7 : Prise en charge des complications tardives (6).....	71

Figures :

Image 1 : Effraction du corps adipeux de la joue (8).....	23
Image 2 : Fracture d'un apex (10).....	25
Image 3 : Apex de la 48 laissées en place (11).....	25
Image 4 : Scanner montrant la proximité sinusienne de la dent de sagesse maxillaire (8).....	27
Image 5 : Scanner montrant le refoulement de la 28 dans le sinus maxillaire (12).....	27
Image 6 : Communication bucco-sinusienne lors du décollement réalisé en vue de l'avulsion de la 18 incluse (14).....	29
Image 7 : Fracture de la tubérosité lors d'une manœuvre d'élévation (16).....	30
Image 8 : Fracture de l'angle mandibulaire (6).....	31

Image 9 : Nerf mandibulaire (V3), nerf alvéolaire inférieur et nerf mentonnier (19).....	33
Image 10 : Rapports de proximité entre le nerf lingual et la dent de sagesse 48 incluse dans la table interne de la branche montante mandibulaire (20).....	34
Image 11 : Différents rapports possibles entre les racines de la dent de sagesse et le nerf alvéolaire inférieur (28).....	37
Image 12 : Vascularisation de la cavité buccale (32).....	40
Image 13 : Hématome consécutif à l'avulsion de la 48 incluse (6).....	43
Image 14 : Contrat synallagmatique (58).....	50
Image 15 : Responsabilités du chirurgien-dentiste (58).....	52
Image 16 : Les conditions de la responsabilité civile du praticien (49).....	53
Image 17 : La faute (58).....	57
Image 18 : Le principe de la responsabilité civile du praticien (49).....	58
Image 19 : Les différentes natures de faute (58).....	59
Image 20 : Voies de contestation du patient (58).....	61
Image 21 : L'observation clinique (49).....	73
Image 22 : Les éléments de la décision médicale (99).....	74
Image 23 : Choix de la procédure par le patient (58).....	79

Bibliographie

1. Thoma, Kurt Hermann. "The History of Oral Surgery: The Oldest Specialty of Dentistry." *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 10, no. 1 (January 1957): 1–10.
2. Dentistes, Ordre National des Chirurgiens. "Classification commune des actes médicaux - Ccam," December 3, 2008.
3. "Encyclopédie Larousse En Ligne - Complication." Accessed January 15, 2015. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/complication/12122>.
4. F. Semur, J.-B. Seigneuric. Complications des avulsions dentaires : prophylaxie et traitement. EMC - Chirurgie orale et maxillo-faciale 2007:1-26 [Article 22-092-B-10].
5. Fitz-Henry, Jo. "The ASA Classification and Peri-Operative Risk." *Annals of The Royal College of Surgeons of England* 93, no. 3 (April 2011): 185–87.
6. Davarpanah, Mithridade. *La Chirurgie Buccale: Nouveaux Concepts*. Wolters Kluwer France, 2005.
7. Horch HH. *La chirurgie buccale: Nouveaux concepts*. Wolters Kluwer France, 2005.
8. Chemli H, Mnejja M, Dhouib M, [et al]. Sinusite maxillaire d'origine dentaire: traitement chirurgical. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2012 ;113 (2):87-90.
9. Richardson, Daniel T., and Thomas B. Dodson. "Risk of Periodontal Defects after Third Molar Surgery: An Exercise in Evidence-Based Clinical Decision-Making." *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics* 100, no. 2 (August 2005): 133–37.
10. Leblond O et Martin P ; Dre Lise Payant, Dr Domenic Morielli, and Leblond. "*Les Complications Post-Opératoires D'extractions Dentaires : Diagnostics et Traitements.*" n.d.
11. Commissionat Y. "*Prévention des lésions neurologiques post-extractionnelles par coronectomie de la dent de sagesse inférieure*".
12. Filippi, A. "[Wound healing and healing disorders after removal of third molars]." *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia / SSO* 111, no. 7 (2001): 846–60.
13. Hauteville, Albert, and Alan S. Cohen. *Manuel D'odontologie Chirurgicale*. Masson, 1989.

14. Bravetti, P. "Cours de pathologie et thérapeutique bucco-dentaire." Cours de 2004 à 2007. Nancy -I : [faculté d'odontologie]. Photos de dissections (2004-2006).
15. Lambrecht, J. Thomas. "Les Communications Bucco-Sinusiennes." *SCHWEIZERISCHE MONATSSCHRIFT FUR ZAHNMEDIZIN* 108 (1998): 1216-20.
16. Semur F, Seigneuric JB. Complications des avulsions dentaires : prophylaxie et traitement. In : encycl. Méd. Chir., Médecine buccale, 28-755, V-10, 2008. 26p.
17. Halmos, David R., Edward Ellis III, and Thomas B. Dodson. "Mandibular Third Molars and Angle Fractures." *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 62, no. 9 (2004): 1076-81.
18. Arrigoni, J., and J. T. Lambrecht. "[Complications during and after Third Molar Extraction]." *Schweizer Monatsschrift Fur Zahnmedizin= Revue Mensuelle Suisse D'odonto-Stomatologie = Rivista Mensile Svizzera Di Odontologia E stomatologia/SSO* 114, no. 12 (2003): 1271-86.
19. Schünke, Michael, Erik Schulte, Udo Schumacher, and Elizabeth Vitte. *Atlas d'anatomie Prométhée : Tome 3, Tête et neuro-anatomie*. Paris: Maloine, 2009.
20. Benouaiche L, Michel Bet Couly G. "Risques de Lésions Du Nerf Lingual et de La Corde Du Tympan En Chirurgie Orale et Maxillofaciale." *Médecine Buccale Encycl Méd Chir* (Paris), no. 22-090-A-05 (2007): 7.
21. Drake, A. W. Vogl, A. W. M. Mitchell R. L. *Gray's Anatomy for Students (text Only) 2nd Edition by R. L. Drake, A. W. Vogl, A. W. M. Mitchell*. 2nd edition. Churchill Livingstone, 2009.
22. Kamina, Pierre, and Cyrille Martinet. *Anatomie clinique : Tome 2, Tête, cou, dos*. Édition : 4e édition. Paris: Maloine, 2013.
23. Ziccardi, Vincent B., and John R. Zuniga. "Nerve Injuries after Third Molar Removal." *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* 19, no. 1 (2007): 105-15.
24. Caissie, René, Jacques Goulet, Michel Fortin, and Domenic Morielli. "Les Paresthésies Iatrogéniques de La Troisième Division Du Trijumeau: 12 Ans D'expérience Clinique." *J Can Dent Assoc* 71, no. 3 (2005): 185-90.
25. "Lingual Nerve Injury II. Observations on Sensory Recovery after Micro-Neurosurgical Reconstruction -," September 10, 2007.

26. Pogrel, M. Anthony. "The Results of Microneurosurgery of the Inferior Alveolar and Lingual Nerve." *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 60, no. 5 (May 2002): 485–89.
27. Seigneuric F et Seigneuric JB. Avulsion des dents incluses : troisièmes molaires. *Encycl Méd Chir , Stomatologie*, 22-095-A-10, 2010, 24.
28. Baqain, Zaid H., Ashraf Abu Karaky, Faleh Sawair, Ameen Khaisat, Ramzi Duaibis, and Lamis D. Rajab. "Frequency Estimates and Risk Factors for Postoperative Morbidity after Third Molar Removal: A Prospective Cohort Study." *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 66, no. 11 (2008): 2276–83.
29. Ngeow, Wei Cheong. "Is There a ' Safety Zone ' in the Mandibular Premolar Region Where Damage to the Mental Nerve Can Be Avoided If Periapical Extrusion Occurs?." *Journal of the Canadian Dental Association* 76 (2010).
30. Chikhani, L., S. Cartier, K. Elamrani, and F. Guilbert. "Lésions Du Nerf Lingual Au Cours de L'extraction de La Dent de Sagesse Mandibulaire. Conséquences. Etiopathogénie. Prévention. Evolution. Aspects Médicaux Légaux." *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale* 95, no. 5 (1994): 369–73.
31. Moore, Keith Lean, and Arthur F. Dalley. *Anatomie médicale: aspects fondamentaux et applications cliniques*. De Boeck Supérieur, 2001.
32. Norton N, Netter H. Précis d'anatomie clinique de la tête et du cou. Omaha, Masson, 2009, 610 p
33. Bouloux, Gary F., and Vincent J. Perciaccante. "Massive Hemorrhage during Oral and Maxillofacial Surgery: Ligation of the External Carotid Artery or Embolization?" *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* 67, no. 7 (July 2009): 1547–51.
34. Moghadam, Hassan G., and Marco F. Caminiti. "Life-Threatening Hemorrhage after Extraction of Third Molars: Case Report and Management Protocol." *Journal-Canadian Dental Association* 68, no. 11 (2002): 670–75.
35. Haute Autorité de Santé. "Prévention et Traitement de La Douleur Post-Opératoire En Chirurgie Buccale," Recommandations 2005. <http://www.has-sante.fr/portail/.../douleur-chirurgie-buccale-recommandationspdf>.
36. Boucher, Yves, and Edouard Cohen. *Urgences dentaires et médicales: Conduites à tenir - Prévention chez le patient à risque*. Wolters Kluwer France, 2007.

37. "Définitions : Hématome - Dictionnaire de Français Larousse." Accessed January 27, 2015.
38. Humber, Craig C., Jonathan B. Albilis, and Brian Rittenberg. "JADC-l'Association Dentaire Canadienne." Accessed January 23, 2015.
39. Albilis, Jonathan B., Craig C. Humber, C. M. Clokie, and G. K. Sándor. "Lemierre Syndrome from an Odontogenic Source: A Review for Dentists." *J Can Dent Assoc* 76 (2010): a47.
40. Fenton, Christopher C., Thomas Kertesz, Gerald Baker, and George KB Sándor. "Necrotizing Fasciitis of the Face: A Rare but Dangerous Complication of Dental Infection." *Journal-Canadian Dental Association* 70 (2004): 611-16.
41. Nossintchouk, Ronald. *Communiquer en odonto-stomatologie : Obligations et stratégies*. Wolters Kluwer France, 2003.
42. Lab-Simon, Eléonore. *Maîtriser les réglementations au cabinet dentaire: Responsabilité civile, conventions, obligations de l'employeur*. Wolters Kluwer France, 2008.
43. Dentistes, Ordre National des Chirurgiens. "La Lettre 127 Cour de cassation - Consentement éclairé : la primauté du verbe sur l'écrit," June 29, 2008.
44. Loi N° 2002-303 Du 4 Mars 2002 *Relative Aux Droits Des Malades et À La Qualité Du Système de Santé*. 2002-303, 2002.
45. Code de La Santé Publique - *Article L1111-2*. *Code de La Santé Publique*. Vol. L1111-2, n.d. Accessed April 30, 2015.
46. Haute Autorité de Santé. "Délivrance de L'information À La Personne Sur Son État de Santé Principes Généraux," RECOMMANDATIONS Mai 2012. <http://www.has-sante.fr/portail/.../douleur-chirurgie-buccale-recommandationspdf>.
47. Moizan, H., P. Jammet, and P. Goudot. "Information et Consentement Éclairé Du Patient En Chirurgie Buccale: Comment Limiter L'ingérence Du Juridique Dans La Relation Praticien-Patient?" *Revue d'Odonto-Stomatologie*, 2007.
48. Code de La Santé Publique - *Article R4127-35*. *Code de La Santé Publique*. Vol. R4127-35, n.d. Accessed April 30, 2015.
49. Nossintchouk, Ronald. *Prévenir Le Risque Conflictuel Au Cabinet Dentaire*. Wolters Kluwer France, 1998.

50. Sabek M. « *Les responsabilités du chirurgien-dentiste* », édition Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2003.294p.
51. Béry, Alain, and Laurent Delprat. “*Droits et Obligations Du Chirurgien-Dentiste*”. Editions du puits fleuri, 2006
52. Code Civil - *Article 16-3. Code Civil*. Vol. 16–3, n.d. Accessed April 30, 2015.
53. Hureau, J., and P. Vayre. “Le risque chirurgical : un concept évolutif. Discussion.” *Chirurgie* 117, no. 8 (1991): 624–33.
54. Collège Odontologie et Droit. L'information sur les risques. *Inf. Dent.* 2006, Vol. 88, 39, pp. 2540-2542.
55. ANAES « *Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale* », novembre 2005).
56. Pierre Jérôme. *La Responsabilité Médico-Juridique Du Praticien En Implantologie Orale*. Paris : Doin, 1993.
57. “Définitions : Responsabilité - Dictionnaire de Français Larousse.” <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>.
58. Missika, Patrick, and Bachir Rahal. *Droit et chirurgie dentaire: prévention, expertises et litiges*. Wolters Kluwer France, 2006.
59. Bery, A. “Contrat de Soins : Impérialisme, Paternalisme, Consumérisme?” *Actualités Odonto-Stomatologiques*, no. 218 (2002): 225–43.
60. Loi N° 2002-1577 Du 30 Décembre 2002 *Relative À La Responsabilité Civile Médicale*, n.d. Accessed April 7, 2015.
61. Code de La Santé Publique - *Article L1110-5. Code de La Santé Publique*. Vol. L1110–5, n.d. Accessed April 30, 2015.
62. Cass., Civ. 20 mai 1936 Mercier ; DP 1936, 1, 88, rapport Josserand, concl. Matter ; S. 1937.1.321, note Breton ; Gaz. Pal. 1936, 2, 41 ; RTD civ. 1936, p. 691, obs. Demogue ; GAJC, 11e éd., no 161, p. 116
63. “Encyclopédie Larousse En Ligne - Responsabilité Médicale.” http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/responsabilite_medicale/15844.

64. Malicier, Daniel. "La responsabilité médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire : Définition et notions élémentaires." *La Revue du praticien* 51, no. 9 (2001): 1001–7.
65. Dejean-Peligry, Marion. "Les Différents Types de Responsabilité Du Chirurgien Dentiste." *Droit, Déontologie & Soins* 5, no. 3 (September 2005).
66. Code de La Santé Publique - *Article L1142-1. Code de La Santé Publique*. Vol. L1142–1, n.d. Accessed February 17, 2015.
67. Code Civil - *Article 1147. Code Civil*. Vol. 1147, n.d. Accessed April 30, 2015.
68. Vassal, J.-P. "La responsabilité au regard de la déontologie." *Actualités odontostomatologiques*, no. 192 (1995): 603–607.
69. Code Civil - *Article 1382. Code Civil*. Vol. 1382, n.d. Accessed April 30, 2015.
70. Code Civil - *Article 1384. Code Civil*. Vol. 1384, n.d. Accessed April 30, 2015.
71. Code de La Santé Publique - *Article L4124-6. Code de La Santé Publique*. Vol. L4124–6, n.d. Accessed April 7, 2015.
72. Code de La Santé Publique - *Article L4113-14. Code de La Santé Publique*. Vol. L4113–14, n.d. Accessed April 30, 2015.
73. Bonneton, E., and J.-P. Pin. "Procédure En Contentieux Médical." *Actualités Odontostomatologiques*, no. 218 (2002): 151–62.
74. Code Pénal - *Article 222-19. Code Pénal*. Vol. 222–19, n.d. Accessed April 30, 2015.
75. Code Pénal - *Article 222-20. Code Pénal*. Vol. 222–20, n.d. Accessed April 30, 2015.
76. Code pénal - *Article 378*, n.d. Accessed April 30, 2015.
77. Code Pénal - *Article R622-1. Code Pénal*. Vol. R622–1, n.d. Accessed April 30, 2015.
78. Amzalag, Alain. *Codes de la relation dentiste-patient*. Elsevier Masson, 2007.
79. Arreto, Charles Daniel, Ariane Brunet-Canonne, and Florence Fioretti. *Consulter en odontologie: la relation praticien patient*. Wolters Kluwer France, 2006.
80. Saint-Pierre, F. *La bouche : entre plaisir et souffrance*. Paris: ESKA, 2000.

81. Rozencweig, Daniel. *Des clés pour réussir au cabinet dentaire*. Quintessence internationale, 1997.
82. Edmond Binhas. "Patient - Praticien : Les Clés D'une Relation Réussie." *Le Fil Dentaire*, March 2014.
83. Dentistes, Ordre National des Chirurgiens. "Règlement des différends," April 30, 2014. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reglement-des-differends.html>.
84. Jacotot, David, and Pierre-Yves Mahe. *Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire*. Paris: Texto Editions, 2005.
85. Berthiau, Denis. *Droit de la santé*. Gualino, 2007.
86. Sargos, P. "Responsabilité Civile Médicale : Grandes Évolutions de La Jurisprudence de La Cour de Cassation." *Actualités Odonto-Stomatologiques*, no. 218 (2002): 137–49.
87. Béry, A. "Information et Consentement." *EMC - Odontologie 1*, no. 3 (September 2005): 262–80.
88. Bert, M. "Expertise Judiciaire." *Actualités Odonto-Stomatologiques*, no. 218 (2002): 217–24.
89. "Demande de dommages-intérêts : procédure." Fiche. Accessed March 24, 2015. <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1422.xhtml>.
90. Code de Procédure Civile - *Article 263*. *Code de Procédure Civile*. Vol. 263, n.d. Accessed April 3, 2015.
91. Code de Procédure Civile - *Article 237*. *Code de Procédure Civile*. Vol. 237, n.d. Accessed April 30, 2015.
92. Dentistes, Ordre National des Chirurgiens. "Code de Déontologie des Chirurgiens-Dentistes," March 5, 2009. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>.
93. Béry, Alain, Daniel Cantaloube, and Laurent Delprat. *Expertise dentaire et maxillo-faciale: principe, conduite, indemnisation*. EDP Sciences, 2012.
94. Béry, Alain, Gérard Creusot, and Michel Sapanet. *L'expertise dentaire et maxillo-faciale*. Masson, 1996.

95. Code de Procédure Civile - *Article 264. Code de Procédure Civile*. Vol. 264, n.d. Accessed April 6, 2015.
96. Dumont, M. "Assurance Responsabilité Professionnelle." *Actualités Odonto-Stomatologiques*, no. 218 (2002): 173–83.
97. Code de Procédure Civile - *Article 275. Code de Procédure Civile*. Vol. 275, n.d. Accessed April 6, 2015.
98. Gorin, Caroline, Sophie-Myriam Dridi, Claude-Bernard Wierzba, and Anne-Laure Ejeil. "Le Questionnaire Médical En Odontostomatologie : Nécessité, Applications, Obligations." *Actualités Odonto-Stomatologiques*, no. 253 (March 2011)
99. Velly, M. Muller-Bolla, D. Bourgeois, M. Sixou, L. Lupi-Pégurier, A. M., *L'épidémiologie clinique dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste*. Wolters Kluwer France, 2009.
100. Ejeil, A.-L., P. Lesclous, and L. Maman. "Les pièges en chirurgie buccale. Comment les éviter." *Revue d'odonto-stomatologie* 28, no. 3 (1999): 165–71.
101. Martineau, Christian, and Philippe Lesclous. *La chirurgie exodontique au quotidien*. Wolters Kluwer France, 1999.
102. Code de Déontologie Des Chirurgiens-Dentistes - *Article 27. Code de Déontologie Des Chirurgiens-Dentistes*. Vol. 27, n.d. Accessed April 13, 2015.
103. Maccotta, J. "Réflexions Sur La Conciliation : Articles 27 et 52 Du Code de Déontologie." *Actualités Odonto-Stomatologiques*, no. 218 (2002): 207–15.
104. Code de La Santé Publique - *Article L4123-2. Code de La Santé Publique*. Vol. L4123–2, n.d. Accessed April 7, 2015.
105. Code de La Santé Publique - *Article L4123-1. Code de La Santé Publique*. Vol. L4123–1, n.d. Accessed April 7, 2015.
106. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin. Accessed April 28, 2015.
107. HAS Haute Autorité de Santé. "Document D'information Patient À Partir D'une Recommandation de Bonne Pratique," Juin 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1320073.

108. Entwistle V. Patient's information environments: deserts, jungles and less hostile alternatives. *Health Expect* 2003;6(2):93-6.

109. HAS Service des bonnes pratiques professionnelles. "Élaboration D'un Document Écrit D'information À L'intention Des Patients et Des Usagers Du Système de Santé", Guide Méthodologique, juin 2008. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_865109/en/elaboration-document-d-information-des-patients-guide-methodologique.

110. HAS Haute Autorité de Santé. "Élaborer Une Brochure D'information Pour Les Patients Ou Les usagers", Recommandations, juillet 2008. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_678025/en/elaboration-document-d-information-des-patients-recommandations.

Annexes

Sites internet :

Haute Autorité de Santé. "Prévention et Traitement de La Douleur Post-Opératoire En Chirurgie Buccale," Recommandations 2005. <http://www.has-sante.fr/portail/.../douleur-chirurgie-buccale-recommandationspdf>.

Haute Autorité de Santé. "Délivrance de L'information À La Personne Sur Son État de Santé Principes Généraux," RECOMMANDATIONS Mai 2012. <http://www.has-sante.fr/portail/.../douleur-chirurgie-buccale-recommandationspdf>.

HAS Haute Autorité de Santé. "Document D'information Patient À Partir D'une Recommandation de Bonne Pratique," Juin 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1320073.

HAS Service des bonnes pratiques professionnelles. "Élaboration D'un Document Écrit D'information À L'intention Des Patients et Des Usagers Du Système de Santé", Guide Méthodologique, juin 2008. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_865109/en/elaboration-document-d-information-des-patients-guide-methodologique.

HAS Haute Autorité de Santé. "Élaborer Une Brochure D'information Pour Les Patients Ou Les usagers", Recommandations, juillet 2008. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_678025/en/elaboration-document-d-information-des-patients-recommandations.

Dentistes, Ordre National des Chirurgiens. "Classification commune des actes médicaux - Ccam," December 3, 2008. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/divers/classification-commune-des-actes-medicaux-ccam.html>.

Dentistes, Ordre National des Chirurgiens. "Règlement des différents," April 30, 2014. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reglement-des-differends.html>.

Dentistes, Ordre National des Chirurgiens. "Code de Déontologie des Chirurgiens-Dentistes," March 5, 2009. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>.

"Encyclopédie Larousse En Ligne - Complication." Accessed January 15, 2015. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/complication/12122>.

“Définitions : Hématome - Dictionnaire de Français Larousse.” Accessed January 27, 2015. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/h%C3%A9matome/39449>.

“Définitions : Responsabilité - Dictionnaire de Français Larousse.”
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>.

“Encyclopédie Larousse En Ligne - Responsabilité Médicale.”
http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/responsabilite_medicale/15844.

“Demande de dommages-intérêts : procédure.” Fiche. Accessed March 24, 2015.
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1422.xhtml>.

Articles de loi :

Code Civil - Article 16-3. Code Civil. Vol. 16-3, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code Civil - Article 1147. Code Civil. Vol. 1147, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code Civil - Article 1382. Code Civil. Vol. 1382, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code Civil - Article 1384. Code Civil. Vol. 1384, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code de La Santé Publique - Article L1110-5. Code de La Santé Publique. Vol. L1110-5, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code de La Santé Publique - Article L1111-2. Code de La Santé Publique. Vol. L1111-2, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code de La Santé Publique - Article L1142-1. Code de La Santé Publique. Vol. L1142-1, n.d. Accessed February 17, 2015.

Code de La Santé Publique - Article L4113-14. Code de La Santé Publique. Vol. L4113-14, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code de La Santé Publique - Article L4123-1. Code de La Santé Publique. Vol. L4123-1, n.d. Accessed April 7, 2015.

Code de La Santé Publique - Article L4123-2. Code de La Santé Publique. Vol. L4123-2, n.d. Accessed April 7, 2015.

Code de La Santé Publique - Article L4124-6. Code de La Santé Publique. Vol. L4124-6, n.d. Accessed April 7, 2015.

Code de La Santé Publique - Article R4127-35. Code de La Santé Publique. Vol. R4127-35, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code de Procédure Civile - Article 237. Code de Procédure Civile. Vol. 237, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code de Procédure Civile - Article 263. Code de Procédure Civile. Vol. 263, n.d. Accessed April 3, 2015.

Code de Procédure Civile - Article 264. Code de Procédure Civile. Vol. 264, n.d. Accessed April 6, 2015.

Code de Procédure Civile - Article 275. Code de Procédure Civile. Vol. 275, n.d. Accessed April 6, 2015.

Code Pénal - Article 222-19. Code Pénal. Vol. 222-19, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code Pénal - Article 222-20. Code Pénal. Vol. 222-20, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code Pénal - Article 378, n.d. Accessed April 30, 2015.

Code Pénal - Article R622-1. Code Pénal. Vol. R622-1, n.d. Accessed April 30, 2015.

Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin. Accessed April 28, 2015.

Cass., Civ. 20 mai 1936 Mercier ; DP 1936, 1, 88, rapport Josserand, concl. Matter ; S. 1937.1.321, note Breton ; Gaz. Pal. 1936, 2, 41 ; RTD civ. 1936, p. 691, obs. Demogue ; GAJC, 11e éd., no 161, p. 116

Loi N° 2002-303 Du 4 Mars 2002 Relative Aux Droits Des Malades et À La Qualité Du Système de Santé. 2002-303, 2002.

Loi N° 2002-1577 Du 30 Décembre 2002 Relative À La Responsabilité Civile Médicale, n.d. Accessed April 7, 2015.