



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

T/OD/N/2005/0210

ACADEMIE DE NANCY - METZ

DB 32150

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY I
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

DOUPE

Année 2005

N° 0210

THESE

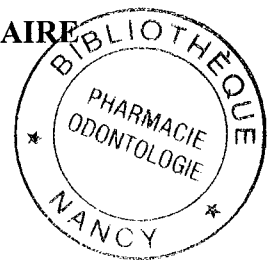
Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Cécile GIACOMETTI

Née le 09 novembre 1978 à Epinal (Vosges)



**DE L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE
DANS LA REUSSITE DE LA REHABILITATION BUCCO-DENTAIRE**

**ECHEC THERAPEUTIQUE ET RESPONSABILITE CIVILE DU
PRATICIEN :
A PROPOS D'UN CAS COMPLEXE**

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2005

Examineurs de la thèse :

Monsieur M. PANIGHI

Monsieur J.P. ARTIS

Monsieur O. ARTIS

Monsieur P. GANGLOFF

Professeur des Universités

Professeur 1^{er} grade

Assistant

Praticien Hospitalier

Président

Juge

Juge

Juge

BU PHARMA-ODONTOL



D

104 071174 6

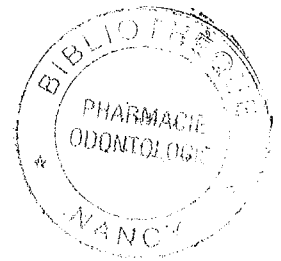
ACADEMIE DE NANCY - METZ

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY I
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2005

N°

THESE



Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Cécile GIACOMETTI

Née le 09 novembre 1978 à Epinal (Vosges)

**DE L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE
DANS LA REUSSITE DE LA REHABILITATION BUCCO-DENTAIRE**

**ECHEC THERAPEUTIQUE ET RESPONSABILITE CIVILE DU
PRATICIEN :
A PROPOS D'UN CAS COMPLEXE**

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2005

Examineurs de la thèse :

Monsieur M. PANIGHI

Monsieur J.P. ARTIS

Monsieur O. ARTIS

Monsieur P. GANGLOFF

Professeur des Universités

Professeur 1^{er} grade

Assistant

Praticien Hospitalier

Président

Juge

Juge

Juge

Vice-Doyens : Dr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE - Dr Jacques PREVOST
Membres Honoraires : Pr. F. ABT - Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG -
Pr. M. VIVIER
Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Pédodontie	Mme M. Mme Mlle Mlle	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST** Jacques HELPER Violaine (Minaud) MARCHETTI Nancy MEDERLE Angélique	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mme	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> Vacant au 01/11/2005 GEORGE Olivier NADEAU Myriam (Marot)	Professeur des Universités* MCUPH Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. M. Mlle	<u>WEISSENBACH Michel</u> ARTIS Olivier CLEMENT Céline	Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. M. M. Mme M.	<u>MILLER** Neal</u> AMBROSINI Pascal PENAUD Jacques BACHERT Martine PONGAS Dimitrios	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. M.	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian PERROT Ghislain	Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. Mme	<u>WESTPHAL** Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc MOBY Vanessa (Stutzmann)	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. M. M.	<u>AMORY** Christophe</u> PANIGHI Marc FONTAINE Alain BONNIN Jean-Jacques CLAUDON Olivier ENGELS DEUTSCH** Marc SIMON Yorick	Maître de Conférences Professeur des Universités* Professeur 1 ^{er} grade* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. M. M. M.	<u>SCHOUVER Jacques</u> LOUIS** Jean-Paul ARCHIEN Claude LAUNOIS** Claude KAMAGATE Sinan HELPER Maxime JHUGROO Khoondial SEURET Olivier WEILER Bernard	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant associé au 1/10/05 Assistant Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M.	<u>STRAZIELLE** Catherine</u> Vacant au 01/09/2005 AREND Christophe	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant

italique : responsable de la sous-section

* temps plein - ** responsable TP - départs et arrivées

Nancy, le 15.10.2005

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A notre président,
Monsieur le **Professeur Marc PANIGHI**

*Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I
Habilité à diriger les recherches par l'Université Henri Poincaré
Professeur des Universités
Sous-section : Odontologie Conservatrice – Endodontie*

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre jury de thèse et nous vous en remercions sincèrement.

Nous vous sommes reconnaissants pour l'enseignement théorique et clinique que vous avez su nous dispenser tout au long de notre cursus.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde estime et de notre sincère gratitude.

A notre juge,
Monsieur le **Professeur Jean-Paul ARTIS**

*Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg
Habilité à diriger les recherches par l'Université Henri Poincaré
Professeur 1^{er} grade
Sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et
réanimation*

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la
direction de cette thèse et nous vous en sommes
très reconnaissants.*

*Nous tenons à vous remercier pour votre
disponibilité et vos conseils tout au long de
l'élaboration de ce travail.*

*Pour la richesse de votre enseignement et pour
nous avoir fait profiter de votre expérience
clinique lors de nos études, soyez assuré de nos
plus sincères remerciements.*

A notre juge,
Monsieur le **Docteur Olivier ARTIS**

*Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant hospitalier universitaire
Sous-section : Prévention – Epidémiologie – Economie de Santé – Odontologie légale*

*Nous vous remercions de la confiance que vous
avez bien voulu nous témoigner en acceptant de
siéger comme membre du jury.
Nous vous sommes reconnaissants de l'attention
que vous avez bien voulu accorder à ce travail.*

*Veillez croire en l'expression de nos
respectueux remerciements et en notre profonde
considération.*

A notre juge,
Monsieur le **Docteur Pierre GANGLOFF**

*Docteur en chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy I
Ancien interne en Odontologie
Ancien assistant Hospitalier Universitaire
Praticien Hospitalier*

*Nous vous remercions de la confiance que vous
avez bien voulu nous témoigner en acceptant de
siéger comme membre du jury.*

*Nous vous sommes reconnaissants de l'attention
que vous avez bien voulu accorder à ce travail.*

*Veuillez croire en l'expression de nos
respectueux remerciements et en notre profonde
considération.*

A mes parents,

Vous m'avez soutenue pendant toutes ces années, chacun à votre manière.
Je vous remercie car, sans votre patience, je n'en serais certainement pas là.

Avec tout mon amour, je vous dédie ce travail.

A Anna, ma précieuse petite fée

Je t'aime plus que tout.

A Laurent,

Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager.
Merci pour tout l'amour que tu sais me donner au quotidien.
Le plus beau est à venir pour nous deux...trois... ?...
Je t'aime.

A mes sœurs, Julie et Eva,

Que le vent vous mène où vous le souhaitez, mais pas trop loin de moi...
Vous pourrez toujours compter sur moi mes petites soeurette !

A mes grands-mères,

Je vous aime de tout mon cœur.

A mes grands-pères,

Vous me manquez énormément.

A Monique et Hugues,

merci pour votre présence et votre soutien

A toute ma famille, d'ici et d'ailleurs

A Jules,

le chercheur d'ayahuasca qui a dégotté une belle plante !

A Mathilde,

Notre amitié est pour moi comme une évidence.
Merci pour tous les moments inoubliables que l'on a pu partager.
Merci pour ces litres d'eau avalés, pour ces portes claquées, pour ces soirées arrosées,
pour ces belotes gagnées, pour ces week-end passés, pour tous mes retards
pardonnés...
Merci pour le bonheur partagé avec nos petits minousses

J'ai toujours pu compter sur toi et je ne l'oublierai pas.

A Julien

Une dédicace toute particulière à mon ami la bulle, pour son soutien et sa patience.
Je ne saurais comment te remercier...mais Loulou m'a laissé entendre que le p'tit
Jésus te le rendrait !

A Seb et Marie

A Laety et Lolo

A Julien, Caroline et leurs petites étoiles

Et à tous mes souvenirs partagés avec *Céline et Romain, Sandrine, Matthieu, Romain,*
et tous les autres...

*Que tous ceux qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail
trouvent ici leur part de reconnaissance.*

**De l'importance du traitement endodontique dans la réussite de la
réhabilitation bucco-dentaire
Echec thérapeutique et responsabilité civile du praticien :
à propos d'un cas complexe**

SOMMAIRE

Sommaire

Introduction

1. Description du cas et étude analytique du traitement initial

1.1. Anamnèse et état dentaire du patient au début des soins

1.2. Indications du traitement proposé

1.3. Complications

2. Développement du conflit patient-praticien

2.1. Comment se génère-t-il?

2.2. Comment gérer le conflit?

3. Mise en route de la procédure civile portée en référé

3.1. Avant l'expertise

3.2. Tenue de l'expertise

3.3. Le pré-rapport d'expertise

3.4. Le rapport d'expertise

3.5. Mise en œuvre de la responsabilité civile du praticien

4. Reprise des travaux initiaux

4.1. Traitement des foyers infectieux

4.2. Pose d'implants

4.3. Réhabilitation prothétique

4.4. Période de surveillance et de maintenance

5. Discussion

Conclusion

Bibliographie

Annexe

Table des matières

Table des illustrations



Introduction

Ces dernières années, le domaine de l'endodontie a connu une extraordinaire évolution, et grâce aux nombreuses innovations conceptuelles et technologiques, beaucoup de dents ont pu être sauvées [36]. Toutefois, la qualité moyenne des traitements est encore à améliorer car trop de praticiens ne prennent pas conscience de l'importance du traitement endodontique dans la réussite de la réhabilitation bucco-dentaire [73].

Outre les complications médicales qu'un traitement canalaire mal conduit peut engendrer, il peut naître une relation conflictuelle entre le soignant et le soigné si la communication n'est pas sauvegardée.

Dans notre société où le comportement consumériste se développe, nous sommes face à des patients qui ont une demande légitime d'être soignés selon les règles de l'art. Ils n'hésitent plus à revendiquer leur droit en assignant les praticiens devant les tribunaux et en mettant en cause leur responsabilité [8]. Remarquons toutefois que cette exigence de "bons soins" ne s'assortit pas, de la part du patient, d'une prise de conscience de l'obligation d'une revalorisation des honoraires, qui demeurent encore aujourd'hui largement sous-évalués. Les chirurgiens-dentistes sont eux confrontés à une institution judiciaire qu'ils connaissent mal.

Nous avons choisi de traiter ce sujet de manière particulière, en suivant la chronologie du parcours médical et judiciaire d'une patiente (madame X) dans une affaire d'indemnisation du dommage corporel. Le principe de cette étude de cas se base sur l'analyse des stratégies thérapeutiques d'un praticien (docteur Y) pour tenter de soigner cette patiente, et ses réactions face aux situations problématiques. Grâce à cette approche, nous pourrons nous rendre compte des erreurs à ne pas commettre dans notre exercice quotidien et toutes les solutions qui s'offrent à nous pour gérer un conflit naissant le plus sereinement possible.

Nous étudierons dans une première partie les traitements effectués initialement par le praticien mis en cause, ainsi que les complications qui sont apparues. Ensuite, nous mettrons en évidence la naissance d'un conflit latent puis déclaré entre ce praticien et cette patiente, en rappelant les procédures amiables ou non pour gérer un différent. En troisième partie, nous relaterons la procédure judiciaire depuis le dépôt de plainte jusqu'au rapport d'expertise, en approfondissant la mise en cause de la responsabilité civile du praticien. Enfin, nous verrons la stratégie thérapeutique adoptée pour résoudre les problèmes infectieux et pour résoudre la réhabilitation prothétique. La discussion traitera d'un sujet épineux au sein de notre exercice qui oppose l'explosion des techniques de traitement endodontique à la rentabilité du cabinet.

Première partie

Le traitement initial

1 DESCRIPTION DU CAS ET ETUDE ANALYTIQUE DU TRAITEMENT INITIAL

1.1 ANAMNESE ET ETAT DENTAIRE DU PATIENT AU DEBUT DES SOINS

1.1.1 MOTIF DE CONSULTATION

C'est en mars 1998 que madame X consulte auprès du docteur Y pour la première fois. Elle souhaite la réparation d'une incisive et envisage la poursuite de son suivi dentaire avec ce praticien.

En effet, cette patiente a choisi de se tourner vers le docteur Y parce que le praticien traitant qui la suivait auparavant avait pris sa retraite.

En mars 1998, madame X, alors âgée d'un peu plus de 37 ans, a déjà une denture en mauvais état et reconnaît elle-même avoir eu souvent affaire aux chirurgiens-dentistes.

1.1.2 DESCRIPTIF DE L'ETAT DENTAIRE INITIAL

C'est grâce à l'analyse de deux radiographies panoramiques qu'il est possible de fixer avec certitude l'état radiologique de la denture de cette patiente. Le premier, prescrit par l'ancien praticien, date de novembre 1997, et le second, effectué par le docteur Y, date d'avril 1998, avant le début de la prise en charge des soins.

Doc. 1 : Radiographie panoramique du 14 avril 1998



1.1.2.1 AU MAXILLAIRE (Doc.1 ; Exp. 5)

18 : absente,

17 : présente, dévitalisée, traitement canalaire **non conforme** aux règles de l'art, zone radioclaire en situation mésiale de la couronne pouvant correspondre à une récidue de carie,

16 : présente, sans obturation de racines, obturation coronaire mésio-occluso-distale (amalgame ou autre type d'obturation : inlay, par exemple, pourrait donner la même image radiographique),

15 : dévitalisée, racine obturée, sans image d'affection apicale radiographiquement visible, tenon radiculaire vissé (screw-post), obturation coronaire volumineuse, non conforme aux règles de l'art,

14 : absente, vraisemblablement extraite il y a des années pour des raisons orthodontiques,

13 : présente, sans obturation de racine, obturation coronaire mésiale, avec une image radioclaire en situation mésiale dans la couronne, pouvant correspondre à une récidue de carie,

12 : dévitalisée, racine obturée, avec une **image d'affection apicale** radiographiquement visible,

11 : mal visible sur la radio (superposition de l'ombre de la colonne vertébrale) apparemment sans obturation de racine, une obturation coronaire mésiale et une distale,

21 : mal visible sur la radio (superposition de l'ombre de la colonne vertébrale) mais avec obturation de racine, **non conforme** aux règles de l'art, une obturation coronaire mésiale et une distale,

22 : dévitalisée, racine obturée, conforme aux règles de l'art, sans image d'affection apicale, construction prothétique avec tenon radiculaire. L'image radio ne permet pas de dire s'il s'agit d'un élément isolé ou si cette construction est intégrée dans le pont supérieur gauche destiné à remplacer 25 et 26 absentes,

23 : dévitalisée, racine **incomplètement obturée**, sans image d'affection apicale, construction prothétique avec tenon radiculaire, pilier antérieur (peut être avec 22) d'un pont destiné à remplacer 25 et 26 absentes,

24 : absente, remplacée par un élément intermédiaire du pont,

25 : absente, remplacée par un élément intermédiaire du pont,

26 : dévitalisée, racine palatine incomplètement obturée, **traitement de racine inexistant** sur les deux racines vestibulaires, avec une **image d'affection apicale à l'apex de la racine vestibulo-mésiale**, couronne formant le pilier postérieur du pont destiné à remplacer 24 et 25 absentes

27 : dévitalisée, racines incomplètement obturées, traitements de racine **non conformes**, obturation coronaire mésiale, sans doute à l'amalgame,

28 : absente.

Remarque : il est important de souligner que l'expert chargé de l'affaire considère que la dent N°26 est absente, que la 27 a subi une mésio-version et que la 28 est présente. Par soucis de cohérence dans l'étude de ce cas au niveau clinique, radiographique et prothétique, les dents considérées comme présentes ne seront pas la 27 et 28, mais 26 et 27.

1.1.2.2 A LA MANDIBULE (Doc.1 ; Exp. 5)

38 : dévitalisée, racines incomplètement obturées, traitements de racine **non conformes** avec couronne métallique formant pilier postérieur d'un pont destiné à remplacer 37 et 36 absentes, image de récurrence carieuse sous la couronne, visible à la limite de la couronne métallique,

37 : absente, remplacée par un élément intermédiaire du pont,

36 : absente, remplacée par un élément intermédiaire du pont,

35 : sans doute vitale, sans image pathologique à l'apex, avec couronne métallique formant pilier antérieur du pont destiné à remplacer 37 et 36 absentes,

34 : sans doute vitale, sans image pathologique à l'apex obturation occluso-distale,

33 : présente, saine

32 : présente, saine

31 : présente, saine

41 : présente, saine

42 : présente, saine

43 : présente, saine

44 : présente, saine

45 : dévitalisée, racine incomplètement obturée, traitement de racine **non conforme**, couronne métallique, image de récidence carieuse sous la couronne, visible à la limite de la couronne métallique, **foyer apical** visible et ne pouvant pas être confondu avec un trou mentonnier (foramen mentalis) également radiographiquement visible, mais à côté,

46 : dévitalisée, racines obturées, mais sans doute, traitements de racine **non conformes**, car **image de foyer apical** visible sur la racine distale, couronne métallique,

47 : dévitalisée, racines incomplètement obturées, traitements de racine **non conformes**, couronne métallique, image de foyer apical visible sous la racine mésiale. **Même foyer commun avec le foyer de la racine distale de la 46**,

48 : absente.

1.1.3 ANALYSE DE L'ETAT DENTAIRE INITIAL

1.1.3.1 LE BILAN

Il ressort de l'analyse radiologique que cette patiente a déjà une denture en mauvais état au moment où elle consulte auprès du docteur Y pour la première fois.

TRAITEMENTS ENDODONTIQUES		FOYER APICAUX	DENTS ABSENTES	DENTS COURONNEES	DENTS CARIEES
CONFORME	NON CONFORME				
15-12-22	17-21-23- 26-27-38- 45-46-47	12-26-38- 45-46-47 15-22	18-28-48- 14-24-25- 36-37	26-23-22-35- 38-45-46-47	17-13-38- 45

Remarque : les foyers apicaux des dents 22 et 15 n'ont pas été signalé dans le descriptif de l'état initial. Cela est dû probablement à une mauvaise qualité de la radiographie panoramique. Toutefois, l'expert chargé de l'affaire a considéré que ces deux dents possédaient bien une pathologie apicale.

Si nous faisons abstraction de l'absence de trois dents de sagesse (18, 28 et 48) et de la première prémolaire supérieure droite (14) extraite pour des raisons orthodontiques, il faut bien reconnaître qu'à cet âge, cette patiente a reçu de nombreux soins.

En effet, elle a déjà trois dents absentes, dont deux prémolaires (24 et 25) et deux molaires (36 et 37).

D'autre part, sur ses vingt quatre dents restantes,

- douze ont subi des soins endodontiques (avec neuf d'entre elles qui n'ont pas reçu des soins conformes aux règles de l'art),
- huit présentes des foyers apicaux ou interradiculaires,
- quatre ont une reprise de carie,
- et huit sont couronnées.

1.1.3.2 IMPORTANCE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE

1.1.3.2.1 DEFINITION ET OBJECTIF

Le traitement endodontique est une procédure qui s'applique de l'extrémité coronaire à l'extrémité apicale d'un réseau canalaire d'une dent ou racine et qui consiste après diagnostic étiologique, positif et différentiel [1,7]:

- à éliminer et à neutraliser toutes substances organiques (résidus tissulaires, bactéries, produits de l'inflammation) contenues dans le réseau canalaire. Il s'agit du débridement ou parage canalaire ;
- à mettre en forme les canaux principaux en respectant leur morphologie originelle ainsi que les tissus péri-apicaux;
- à obturer le réseau canalaire de façon hermétique et durable.

Une fois reconstituée, la dent doit être fonctionnelle, asymptomatique et ne présenter aucun signe clinique [1].

Les fondements biologiques de l'endodontie sont aujourd'hui bien établis et soulignent le rôle prépondérant des bactéries dans l'initiation, le développement ou la persistance des pathologies périapicales ou parodontites apicales (PA) selon la terminologie actuellement utilisée.

Pendant longtemps, la contamination du périapex n'a été attribuée qu'à l'obturation défectueuse des canaux radiculaires. Cependant, l'attention s'est focalisée récemment sur les défauts d'étanchéité des restaurations coronaires après réalisation du traitement endodontique [44]. Le dilemme, aujourd'hui, est de savoir lequel de ces deux facteurs est prépondérant...

1.1.3.2.2 ETANCHEITE APICALE VERSUS ETANCHEITE CORONAIRE

a. ETANCHEITE APICALE

Les procédures cliniques ont pour objectif de prévenir ou d'éliminer l'infection bactérienne du réseau canalaire.

Une action de nettoyage et d'élimination des bactéries de l'endodonte est menée à bien conjointement à un élargissement et à une mise en forme des canaux. Elle constitue la préparation canalaire. Celle-ci doit permettre de réaliser secondairement une obturation la plus complète et la plus étanche possible du réseau canalaire radiculaire. On cherche alors à éviter toute pénétration des fluides tissulaires apicaux dans l'endodonte.

Il est donc capital de préparer et d'obturer avec soin cette zone stratégique de l'endodonte. Son approche est souvent difficile. Il faut savoir déjouer les pièges liés à l'anatomie et ne pas réaliser de fautes iatrogènes (respecter l'axe canalaire et ne pas créer de butée, de perforation ou d'ovalisation foraminale).

Son abord :

L'abord de cette zone stratégique peut être envisagée de deux façons possibles :

- Soit la partie apicale est préparée en même temps que l'arbre canalaire principal.
- Soit elle est préparée à la fin, une fois les parties coronaires et médianes du canal mises en forme.

Cette deuxième approche consiste à dégager la partie principale du canal, à l'élargir et l'évaser pour accéder librement à la zone apicale. C'est la technique du crown-down ou préparation corono-apicale. Elle est basée sur l'élimination progressive des contraintes. L'évasement progressif du canal est obtenu avec des instruments de conicité décroissante. Les limes en nickel-titane travaillant en rotation continue à basse vitesse sont parfaitement adaptées à cette tâche. Cet élargissement canalaire permet également une bonne pénétration de l'aiguille d'irrigation en favorisant l'élimination progressive des débris tissulaires pulpaire et des copeaux dentinaires détachés des parois lors de la préparation. Il en est de même pour les bactéries qui sont détruites au cours de la préparation dès qu'elles sont en contact direct avec la solution d'irrigation antiseptique. Le nettoyage est ainsi effectué au fur et à mesure de la descente de l'instrumentation en direction apicale, ce qui limite les risques de refoulement dans le desmodonte [16].

Sa limite de préparation :

Déterminer ce qui doit constituer la limite apicale de préparation constitue une polémique majeure en endodontie. La constriction apicale, histologiquement située à la jonction cémento-dentinaire (JCD), est généralement considérée comme la position idéale où terminer les procédures de nettoyage et de mise en forme et placer le matériau d'obturation. Malheureusement, la position clinique de la JCD par rapport à l'apex radiographique peut varier de 0 à 3 millimètres selon différentes conditions physiologiques et pathologiques. L'extrême variabilité de la position de la JCD a causé un schisme sérieux en endodontie, entre les endodontistes préférant mettre en forme et obturer en deçà de l'apex radiographique dans chaque cas et ceux qui mettent en forme et obturent très près ou à l'apex radiographique. Cependant, travailler en deçà de l'apex peut aboutir à une élimination incomplète du tissu pulpaire. L'évolution clinique devient imprévisible et dépend de l'état de la pulpe restante. Aujourd'hui, il est possible de déterminer la longueur de travail avec exactitude à l'aide des localisateurs d'apex électroniques dont la fiabilité a été démontrée maintes fois [18].

Son obturation :

L'obturation radiculaire permet d'assurer la pérennité de la mise en forme et du parage canalaire en scellant de façon étanche toutes les portes de sortie du système canalaire (canaux accessoires, tubulis dentinaires). L'obtention de ce scellement apical et latéral doit prévenir toute irritation ultérieure provoquée par l'élimination incomplète des produits bactériens persistant même après un débridement canalaire minutieux. Cette étanchéité permet également d'empêcher les fluides tissulaires d'origine périapicale, source de nutriments,

d'atteindre les bactéries au sein du canal et de permettre leur survie. Les rapports de l'extrémité de l'obturation radiculaire avec l'apex de la dent ont une influence significative sur les résultats de la thérapeutique endodontique [33].

b. ETANCHEITE CORONAIRE

Bien qu'une percolation apicale soit toujours considérée comme un facteur d'échec du traitement endodontique, une plus grande attention a été portée, dans les dix dernières années, à la contamination par voie coronaire au travers de restaurations inadéquates.

Plusieurs éléments troublants émanant de la littérature ont amené les chercheurs à suggérer que les bactéries issues de l'environnement buccal ou les composants de leur membrane cellulaire, leurs produits dérivés solubles ou la salive, pouvaient diffuser, via les restaurations coronaires défectueuses, le long des obturations canalaire et interférer de façon potentiellement importante sur le pronostic des traitements endodontiques [44].

Plusieurs études *in vitro* confirment l'existence d'une contamination du réseau canalaire par voie coronaire. En 1990, **TORABINEJAD et coll.** [70] démontrent qu'en 19 jours, la moitié des canaux étaient contaminés sur toute leur longueur, lorsque les cavités d'accès étaient exposées à *Staphylococcus epidermidis*. Les toxines bactériennes, quant à elles, se retrouvaient à l'apex en moins de temps que les bactéries elles-mêmes [2].

D'autres études *in vitro* concernant l'étanchéité ont montré des résultats variables quand au temps de recontamination complète du canal, en fonction de la technique d'évaluation utilisée ainsi qu'en fonction de la méthode d'obturation et des matériaux utilisés [53].

Néanmoins, toutes ces études s'accordent à dire que, quelle que soit la qualité du traitement endodontique réalisé, l'absence de restauration coronaire aboutit à une recontamination, à plus ou moins long terme, du système canalaire.

En 1995, **RAY et TROPE** [55] publient une *étude clinique* à partir de clichés radiographiques qui analyse l'incidence des parodontites apicales en fonction de la qualité du traitement endodontique et de la qualité de la restauration coronaire. Les résultats ont montré que le pourcentage de succès le plus élevé était obtenu quand le traitement endodontique ainsi que la restauration coronaire étaient de bonne qualité. Le taux de succès le plus faible a été observé quand le traitement endodontique ainsi que la restauration coronaire était de mauvaise qualité. Par contre, le taux de succès observé était supérieur dans les dents dont la restauration coronaire était de bonne qualité et le traitement endodontique inadéquat, que dans les dents dont le traitement endodontique était jugé adéquat mais dont la restauration coronaire était de mauvaise qualité.

Ceci indique que pour **RAY et TROPE**, la qualité de l'obturation coronaire est relativement plus importante pour le succès de la thérapeutique endodontique que la qualité du traitement endodontique lui-même [53].

Cette étude a troublé la communauté endodontique car elle prend le contrepied des fondements de la discipline où l'obturation canalaire crée la barrière au passage des bactéries alors que la restauration coronaire est là pour protéger et pour redonner à la dent sa fonction.

En 2000, **TRONSTAD et coll.** dupliquent le protocole de **RAY et TROPE** et trouvent que le taux de succès est significativement plus bas quand un traitement endodontique inadéquat est associé à une restauration bonne ou défectueuse. Ces résultats sont en accord avec les études de **SIDARAVICIUS et coll.**, de **BOUCHER et coll.**, de **RICUCCI et coll.** cités par **MACHTOU** [44].

Actuellement, il est clairement établi que la qualité du traitement endodontique constitue le facteur essentiel du succès. Néanmoins, en l'absence de restauration coronaire étanche, les bactéries et leurs toxines peuvent recontaminer le système canalaire et le périapex à plus ou moins long terme, entraînant ainsi l'échec de la thérapeutique endodontique. La restauration doit être envisagée comme la continuité de l'obturation canalaire, et constitue une barrière supplémentaire à la percolation bactérienne en direction apicale. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible après le traitement canalaire, et doit utiliser des matériaux et des techniques qui permettent d'empêcher la recontamination canalaire et d'assurer la meilleure étanchéité possible [53].

1.1.3.2.3 CRITERES D'EVALUATION DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE

Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour réaliser un traitement endodontique selon les données actuelles de la science. A cela s'ajoute l'importance du suivi post-opératoire, ainsi que l'analyse du traitement canalaire.

Un délai minimal de 6 mois est indispensable pour apprécier pertinemment les premiers signes d'un succès clinique et environ 4 ans pour l'évaluation finale [15].

En avril 1996, un groupe de travail de l'agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) propose des critères pouvant guider le praticien dans l'évaluation de ses traitements endodontiques effectués [1].

Doc.2 : Tableau 1 : Critères retenus pour évaluer le résultat d'un traitement canalaire [1]

	Signes cliniques	Signes radiographiques
Traitement canalaire évalué comme un succès clinique	<ul style="list-style-type: none"> - pas de sensibilité à la percussion et à la palpation - mobilité physiologique - absence de fistule - dent fonctionnelle - pas de signes d'infection ou de tuméfaction - pas de signes subjectifs d'inconfort 	<ul style="list-style-type: none"> - espace desmodontal normal ou étroit (<1mm) - disparition d'une image préexistante de raréfaction osseuse (ou de condensation osseuse- ostéite) - lamina dura normale analogue à celle de la dent adjacente - pas de résorption apparente - obturation dense, confinée à l'espace endodontique et semblant atteindre la jonction cémento-dentinaire (à 1 mm de l'apex anatomique approximativement).
Traitement canalaire évalué comme un échec clinique	<ul style="list-style-type: none"> - persistance de symptômes - fistule ou tuméfaction récurrentes - douleur à la percussion ou à la palpation, gêne à la mastication - fracture dentaire non réparable - mobilité excessive ou destruction évolutive des tissus de soutien - impotence fonctionnelle de la dent - sinusite en rapport avec la dent traitée - adénopathie, fièvre 	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation de largeur de l'espace desmodontal (>2mm) - absence de réparation osseuse ou augmentation de taille de la raréfaction osseuse - absence de nouvelle lamina dura ou augmentation significative de la densité osseuse des tissus périradiculaires - apparition de nouvelles zones de raréfaction osseuse périradiculaire (raréfactions latérales) - espace canalaire visiblement non obturé ou présence de vide au sein de l'obturation - extrusion excessive de matériau d'obturation dans le périapex avec des vides manifestes dans la portion apicale du canal - signes de résorption active associés à d'autres signes d'échecs radiographiques.
Traitement canalaire évalué comme un résultat clinique incertain	<ul style="list-style-type: none"> - symptômes intermittents non reproductibles - sensations de tension ou impression de plénitude - léger inconfort à la percussion, palpation, et à la mastication - inconfort à la pression linguale - besoin occasionnel de médication analgésique 	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation de l'espace desmodontal (<1mm / <2mm) - raréfaction osseuse stationnaire ou en légère régression - augmentation d'épaisseur de la lamina dura par rapport aux dents adjacentes - signes de résorption dont on ignore l'état évolutif ou non - densité de l'obturation avec vides particulièrement dans le tiers apical - extension de l'obturation au-delà de l'apex anatomique.

1.2 INDICATIONS DU TRAITEMENT PROPOSE

Le docteur Y s'appuie évidemment sur le bilan de la situation bucco-dentaire de cette patiente pour argumenter la nécessité d'une prise en charge globale. Madame X est alors consciente et convaincue que la mise en route des soins est urgente, compte tenu de la multiplicité des foyers infectieux présents et de leurs répercussions probables sur son état physique général. Un climat de confiance s'installe et les soins débutent en mai 1998.

1.2.1 DESCRIPTIF DU TRAITEMENT INITIAL EFFECTUE

L'énumération des soins effectués par le docteur Y est établie par rapport au dossier informatique que ce dernier a fourni. Par conséquent, les stades intermédiaires n'étant pas précisés, l'analyse ne se base que sur les actes terminés, donnant lieu à des honoraires. Il faut en effet savoir que les actes effectués par les chirurgiens-dentistes sont parfois des actes globaux, dont l'exécution se fait en plusieurs séances, et les honoraires ne concernent que l'acte global terminé.

1.2.1.1 AU MAXILLAIRE (Exp. 6)

17 :

- ✓ 06/04/1999 : radiovisiographie
- ✓ 27/04/1999 : amalgame trois faces
- ✓ 06/05/1999 : couronne céramo-métallique

16 :

- ✓ 25/08/1998 : traitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 15/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

15 :

- ✓ 01/09/1998 : radiovisiographie
- ✓ 15/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

13 :

- ✓ 09/06/1998 : traitement endodontique
- ✓ 15/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

12 :

- ✓ 09/06/1998 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 15/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique
- ✓ 15/12/2000 : couronne rescellée

11 :

- ✓ 18/08/1998 : traitement endodontique
- ✓ 15/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique
- ✓ 13/01/2000 : curetage d'une lésion apicale avec résection apicale (réalisé par le docteur P)
- ✓ 11/09/2001 : radiovisiographie

21 :

- ✓ 18/08/1998 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 15/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

22 :

- ✓ 01/09/1998 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 15/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

23 :

- ✓ 17/10/1998 : radiovisiographie
- ✓ 22/10/1998 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 02/12/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

24 :

- ✓ 02/12/1998 : pontique céramique

25 :

- ✓ 02/12/1998 : pontique céramique

26 :

- ✓ 17/10/1998 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 02/12/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique
- ✓ 11/09/2001 : radiovisiographie

27 :

- ✓ 05/11/1998 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 11/12/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

1.2.1.2 A LA MANDIBULE (Exp. 6)

38 :

- ✓ 27/11/1998 : gingivectomie
- ✓ 22/01/1999 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 09/03/1999 : inlay-core à clavette et couronne céramo-métallique

37 :

- ✓ 09/03/1999 : pontique céramique

36 :

- ✓ 09/03/1999 : pontique céramique

35 :

- ✓ 04/12/1998 : traitement endodontique
- ✓ 09/03/1999 : inlay-core et couronne céramo-métallique

34 :

- ✓ 02/06/1998 : traitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 08/09/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

45 :

- ✓ 19/05/1998 : retraitement endodontique et radiovisiographie
- ✓ 16/06/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

46 :

- ✓ 16/06/1998 : inlay-core et couronne céramo-métallique

47 :

- ✓ 12/05/1998 : extraction

fin des travaux en mai 1999

1.2.2 ANALYSE DU TRAITEMENT INITIAL EFFECTUE

1.2.2.1 BILAN

Sur les douze dents traitées initialement, le docteur Y a choisi de reprendre le traitement endodontique de huit d'entre elles, et d'en extraire une.

Sur les huit dents dont le traitement a été jugé non conforme, et restant en bouche, six d'entre elles ont subi un retraitement endodontique alors qu'elles ont toutes reçu une réhabilitation prothétique.

Sur les cinq dents restantes et présentant un foyer d'infection apical ou interradiculaire, quatre ont reçu un retraitement endodontique.

Le délai entre la reprise de traitement endodontique et la restauration prothétique est de :

Pour les dents avec foyer d'infection :

- ✓ 12 : 3 mois
- ✓ 26 : 1,5 mois
- ✓ 38 : 1,5 mois
- ✓ 45 : 1 mois

pour les dents avec un traitement endodontique non conforme

- ✓ 15 : 15 jours
- ✓ 21 : 1 mois
- ✓ 22 : 15 jours
- ✓ 23 : 1,5 mois
- ✓ 26 : 1,5 mois
- ✓ 27 : 1 mois
- ✓ 38 : 1,5 mois
- ✓ 45 : 1 mois

1.2.2.2 IMPORTANCE DU RETRAITEMENT ENDODONTIQUE

1.2.2.2.1 GENERALITES

Les études de prévalence et de qualité des soins endodontiques à travers le monde ont estimé le *besoin de retraitement endodontique* entre 33 et 75 % des dents traitées.

D'autres études ont été réalisées pour apprécier *l'efficacité du retraitement endodontique*, mais les variations importantes constatées dans leurs résultats résultent du manque de standardisation des critères d'évaluation.

Néanmoins, il apparaît que le taux de succès escompté des thérapeutiques endodontiques pour les dents sans pathologie apicale est toujours supérieur à 90%. Ce taux diminue de 20% dans le cas d'une reprise de traitement avec parodontite apicale [45].

Doc. 3 : Pronostic du retraitement endodontique des dents ne présentant pas de parodontite apicale [45]

Auteurs	Nombre de Cas	Succès (%)
Strindberg 1956	64	95
Grahnén et Hansson 1961	323 (racines)	94
Engström et coll. 1964	68	93
Bergenholtz et coll. 1979	322 (racines)	94
Molven et Halse 1988	76 (racines)	89
Allen et coll. 1989	48	96
Sjögren et coll. 1990	173 (racines)	98
Friedman et coll. 1995	42	100

Doc. 4 : Pronostic du retraitement endodontique des dents présentant une parodontite apicale [45]

Auteurs	Cas	Succès (%)	Incertain	Echec
Strindberg 1956	123	84	-	16
Grahnén et Hansson 1961	118 (racines)	74	-	26
Engström et coll. 1964	85	74	-	26
Selden 1974	52	88	-	12
Bergenholtz et coll. 1979	234 (racines)	48	30	22
Molven et Halse 1988	98 (racines)	71	-	29
Sjögren et coll. 1990	94 (racines)	62	-	38
Friedman et coll. 1995	86	56	34	10

1.2.2.2.2 DEFINITION

Le retraitement endodontique consiste à éliminer de la dent tous les matériaux d'obturation canalaire et à refaire le nettoyage, la mise en forme et l'obturation des canaux. Le retraitement est fait lorsque le traitement initial apparaît inadéquat ou a échoué, ou lorsque le réseau canalaire a été contaminé par une exposition prolongée à l'environnement intra-oral (définition de l'American Association of Endodontics Glossary) [1].

1.2.2.2.3 OBJECTIF

L'objectif du retraitement endodontique est le même que celui du traitement endodontique initial : supprimer tout foyer infectieux potentiel ou déclaré et prévenir les récides par une obturation hermétique du réseau canalaire, répondant aux règles de bonne pratique établies pour le traitement endodontique initial [1].

Le retraitement doit plus particulièrement viser à éliminer les microorganismes qui ont résisté au précédent traitement ou qui ont ultérieurement colonisé l'endodonte de la dent.

Si dans le cadre d'un traitement initial, il est généralement possible d'atteindre les objectifs de l'endodontie, dans le cadre d'un retraitement se surajoutent des difficultés cliniques d'ordre technique. Ces dernières compliquent considérablement l'accès au foramina et, par conséquent, la désinfection de l'endodonte.

Plusieurs types d'obstacles peuvent se présenter [15]:

- obstacles naturels : il s'agit d'appositions dentinaires secondaire ou tertiaire qui aboutissent à l'oblitération partielle ou totale du canal à traiter. Il peut également s'agir de courbures canalaire ou particularités anatomiques compliquant la mise en forme et l'accès au tiers apical ;
- obstacles consécutifs à des erreurs iatrogènes ou à des anciens traitements : butées, perforations, reconstitutions corono-radicalaire, cônes d'argent, fracture instrumentale...

La dépose des obturations coronaires et canalaire jusqu'à l'obtention d'une perméabilité foraminale est ainsi toujours empreinte d'incertitude [67].

1.2.2.2.4 INDICATIONS

La première difficulté du retraitement repose sur ses indications qui relèvent invariablement d'une réflexion motivée par la mesure des risques et des bénéfices [59].

Un retraitement endodontique est une intervention longue et onéreuse. Il ne doit être indiqué que s'il est réellement utile. La simple lecture de clichés radiographiques objectivant des traitements canalaire insuffisants en longueur ou en densité, ne constitue jamais le seul critère d'indication du retraitement endodontique [58].

Chez les patients n'ayant aucune contre-indication d'ordre général, et pour lesquels la conservation des dents dépulpées et traitées a été jugée possible et souhaitable, l'indication du retraitement sera posée si [1]:

- l'échec endodontique du traitement initial est établi

Tous les cas avec une pathologie périradiculaire, avec ou sans symptôme, nécessitent un retraitement par voie canalaire ou par voie chirurgicale.

Après avoir évalué et compris quelle était la cause de l'échec, le facteur déterminant à considérer entre le retraitement conventionnel ou chirurgical est l'accessibilité aux canaux et à l'apex.

Si l'accès coronaire ne pose pas de problème, le retraitement conventionnel est indiqué en priorité car il est plus conservateur, et parce que le pronostic de la chirurgie (résection apicale et obturation à rétro) est influencé par la qualité de l'obturation canalaire.

Seuls les cas où la dépose des obturations corono-radiculaires apparaît impossible ou risquée, sont susceptibles de justifier une intervention chirurgicale apicale sans retraitement orthograde préalable [34].

- le résultat du traitement endodontique initial est incertain et que la dent nécessite une reconstitution prothétique

Ces situations se caractérisent principalement par l'absence de symptomatologie ou par des symptomatologies frustrées associées à des obturations canalaires non conformes sans lésion périradiculaire radiographiquement décelable. Dans ces cas, il existe un risque d'échec potentiel qui peut se manifester tardivement.

Précisons toutefois que pour les dents présentant un traitement canalaire insuffisant, mais sans symptômes radiographiques et signes cliniques, aucune étude à long terme n'a pu démontrer la supériorité du retraitement par rapport à l'abstention ou au contrôle radiographique [4,5,6].

Ceci justifie en partie les nombreuses controverses concernant l'attitude thérapeutique que doit adopter un praticien face à un échec thérapeutique. Les variations de pratique sont connues et aucun consensus professionnel ne semble établi.

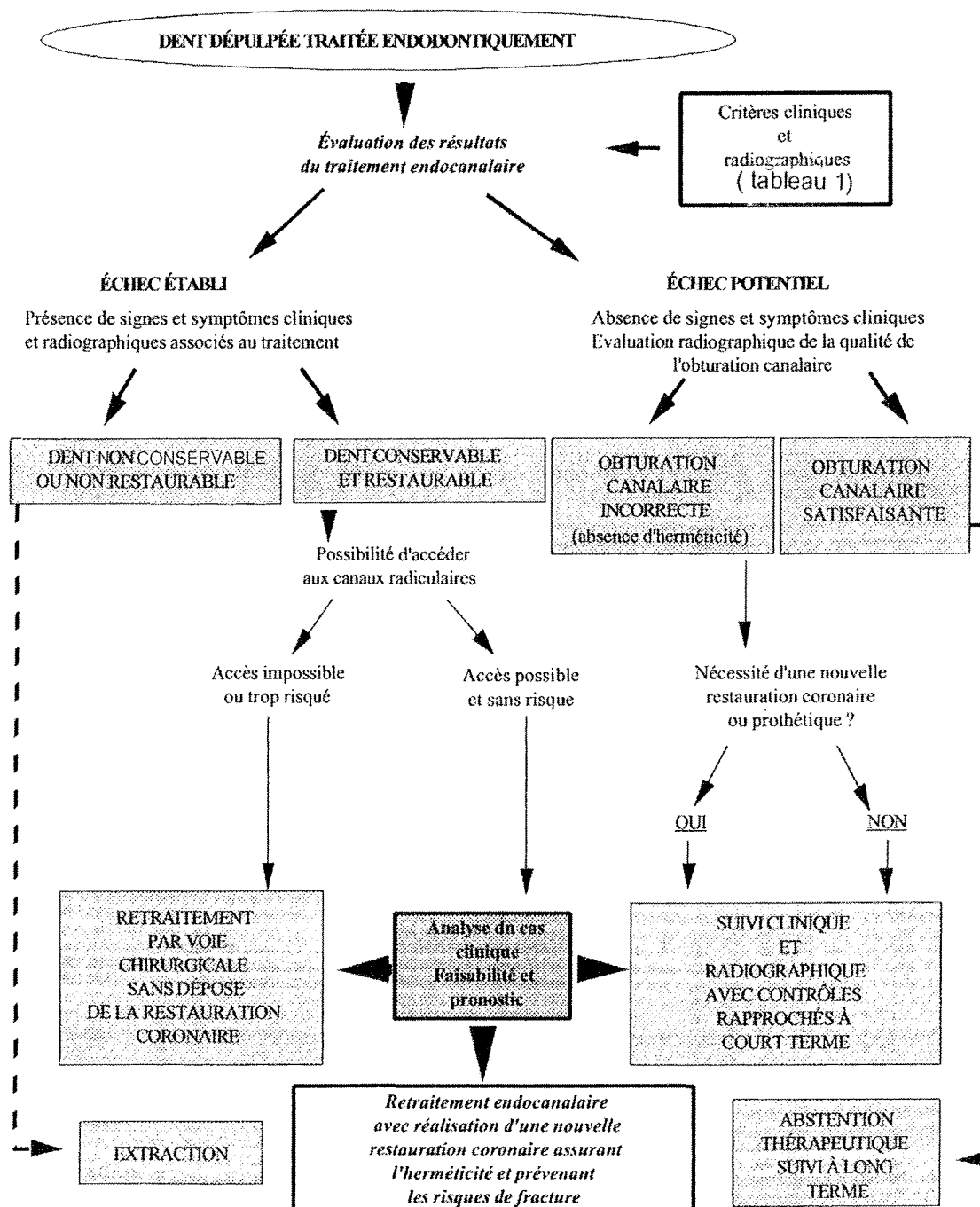
Tant qu'il n'y aura pas d'études avec une méthodologie rigoureuse et apportant des preuves justifiant les indications de la reprise de traitement endodontique, il ne sera pas possible de recommander de manière formelle une attitude thérapeutique particulière.

En l'absence de preuves suffisantes, le groupe de travail de l'**ANDEM** estime que le retraitement endodontique se justifie dans un certain nombre de situations cliniques, dont les complications péri-apicales et les obturations manifestement déficientes nécessitant un traitement restaurateur de la dent [1].

Tout traitement insuffisant doit être retraité même en l'absence de lésion s'il existe un projet prothétique afin d'améliorer l'étanchéité canalaire.

En fonction des données disponibles, ce groupe de travail propose un organigramme pour le retraitement endodontique.

Doc. 5 : Tableau 2 : Organigramme de décision du retraitement endodontique [1]



1.2.2.2.5 FAISABILITE DU RETRAITEMENT

Sachant que la dent concernée est conservable et restaurable, une analyse clinique de faisabilité et d'accessibilité radiculaire est nécessaire au préalable à la reprise de traitement. Elle seule permet d'envisager un bon pronostic de guérison apicale [39].

Elle implique l'analyse individuelle de chaque cas clinique et l'évaluation des paramètres suivants [1]:

- histoire du cas,
- situation clinique,
- anatomie,
- nature de l'obturation canalaire en place,
- facteurs réduisant les chances de succès,
- possibilité de complications au cours du retraitement,
- coopération du patient,
- compétence de l'opérateur.

La prise en considération de tous ces éléments intervient dans la stratégie thérapeutique et conduit soit à confirmer la décision, soit à modifier la décision d'intervention : vers l'abstention, vers la chirurgie (résection, hémisection, amputation), ou vers l'extraction [57].

Pour tous les auteurs, le retraitement endodontique est une thérapeutique qui, en règle générale, requiert un temps d'intervention plus long qu'un traitement canalaire initial.

L'impossibilité pour le praticien de prendre le temps nécessaire à l'intervention ne doit pas conduire [1]:

- à privilégier abusivement le retraitement par voie chirurgicale,
- l'abstention systématique conduisant à ignorer des foyers infectieux et à réaliser des restaurations prothétiques sur des dents au pronostic endodontique douteux,
- à la mise en œuvre de techniques iatrogènes.

Compte tenu de la spécificité des techniques de retraitement endodontique, il est concevable que le praticien généraliste qui s'estime insuffisamment compétent puisse adresser son patient à un praticien ayant une expérience et une compétence reconnues en matière de pratique endodontique. En effet, l'« expérience endodontique » du clinicien et l'habitude de gérer des retraitements difficiles est un critère prépondérant [15].

Le praticien doit informer le patient des bénéfices / risques encourus, des aléas potentiels, des complications possibles du retraitement endodontique, des répercussions sur le plan de traitement buccodentaire.

Le consentement éclairé du patient doit être obtenu avant d'entreprendre le retraitement.

1.2.2.2.6 FACTEURS AFFECTANT LE PRONOSTIC DU RETRAITEMENT

a – FACTEURS DEFAVORABLES

- **Persistance de bactéries et de produits du métabolisme bactérien dans le système canalaire ou le périapex**

La persistance de bactéries et de leurs produits de dégradation joue un rôle primordial dans le développement du processus infectieux et de la lésion apicale. La réussite du retraitement endodontique dépendra donc, en partie, de l'élimination ou du moins de la réduction drastique du nombre de bactéries. Les procédures de désinfection par l'irrigation canalaire sont largement dépendantes de l'effet mécanique et chimique de la solution utilisée [28]. Actuellement, il existe un consensus pour l'utilisation d'une solution d'hypochlorite de sodium en pratique clinique, ainsi que le démontre son usage très répandu. L'hypochlorite à 2,5% associé à de l'EDTA réalise un bon équilibre entre les effets antibactériens, solvants, cytotoxiques et la disparition des boues dentinaires sur les parois canalaire. [45].

MACHTOU [45] a remarqué que dans la littérature, il n'y a pas de réelles différences concernant le taux de succès entre les traitements de pulpectomie effectués en une seule séance et ceux effectués en séances multiples. Selon lui, dans le cas de pulpectomie, l'hypochlorite de sodium utilisé dans la séance suffirait à assurer l'antisepsie du canal.

En pratique clinique, deux approches peuvent être suivies après préparation soigneuse du canal [45,18]:

- Certains auteurs pensent que l'obturation définitive et étanche du canal enferme et prive les bactéries résiduelles de nutriments et d'espace leur permettant de proliférer.
- Pour d'autres, l'utilisation d'hydroxyde de calcium (Ca(OH)_2) comme pansement intra-canaire entre deux séances permet d'empêcher la multiplication des bactéries restantes.

L'utilisation rationnelle de Ca(OH)_2 peut être un moyen de compléter la procédure de préparation canalaire. Cependant, son action vis-à-vis de certaines souches bactériennes est insuffisante et elle ne doit en aucun cas se substituer à un nettoyage et une mise en forme soigneux [15]. Elle offre néanmoins des avantages : elle aide à l'élimination de l'infection et à vérifier que la dent est asymptomatique avant l'obturation finale. La pose d'un hydroxyde de calcium par l'omnipraticien lui permet également de vérifier si le canal a été bien instrumenté, de contrôler tout exsudat inflammatoire ou suppuration à la seconde séance et d'être sûr que tout est en ordre avant l'obturation [45].

Ce qu'il faut retenir, c'est que l'obturation sera réalisée lorsque la dent est asymptomatique et que le canal est préparé, assaini et asséché. En cas d'impossibilité, une médication temporaire associée ou non à une médication générale devra être mise en place [27].

▪ Extrusion de copeaux dentinaires, de débris ou de matériaux d'obturation

La présence de matériaux exogènes dans le périapex, à la suite de traitements endodontiques est fréquente. La plupart de ces matériaux sont des débris de dentine ou de ciment. Bien que les copeaux dentinaires puissent stimuler la déposition de tissus durs, ils peuvent également irriter, différer ou empêcher la réparation. Quand les débris dentinaires sont infectés, ils ont un effet néfaste sur les tissus périapicaux et la réparation est compromise. De fait, ils agissent comme des véhicules pour les bactéries lors de l'instrumentation.

Dans les cas de retraitement, l'extrusion de débris est plus fréquente et plus importante que dans les traitements initiaux, en raison de la nature agressive et forcée de l'instrumentation, quelle que soit la technique utilisée.

L'extrusion de ciment n'est pas aussi nocive que les copeaux dentinaires pour le périapex et, habituellement, les excès de matériaux sont totalement ou partiellement résorbés avec le temps. Il faut cependant savoir qu'en absence d'infection, les matériaux d'obturation canalaire, ou les corps étrangers qui contiennent des substances irritantes, peuvent initier une réaction à corps étranger au niveau périapical conduisant au développement de lésions périapicales asymptomatiques qui restent réfractaires au traitement endodontique pendant longtemps [45].

▪ La surinstrumentation

La surinstrumentation, fréquente dans les cas de retraitement, est réellement un facteur significatif conduisant à des modifications dangereuses pour les structures radiculaires apicales. Elle favorise l'extrusion de débris et induit une bactériémie.

Cette bactériémie est un phénomène à deux directions : l'infection peut être transmise du système canalaire au tissu périapical avec une instrumentation inadéquate, mais la voie opposée est également possible.

Si les tissus péri-apicaux de canaux non obturés sont mécaniquement traumatisés avec une lime pendant une bactériémie transitoire et que du sang entre dans le canal, il peut résulter une infection de ce canal. Cliniquement, la surinstrumentation induit un saignement ou des canaux humides, ce qui signifie des nutriments pour les bactéries et, le débridement étant insuffisant, une croissance bactérienne possible [45].

De plus, la surinstrumentation aboutit à une mauvaise obturation et les effets néfastes des surobturations sur le pronostic peuvent être attribués aux surinstrumentations qui les précèdent habituellement [66].

La conclusion de **BERGENHOLTZ** [9] sur la surinstrumentation et la surobturation est très pertinente : "Les résultats suggèrent que le matériau d'obturation en lui-même n'était pas la cause immédiate des échecs mais que ces derniers étaient dus, soit à la persistance d'une infection canalaire, soit à une réinfection dans la région apicale, favorisée par la surinstrumentation".

b- FACTEURS FAVORABLES

▪ Mise en forme et nettoyage complets

La technique de nettoyage et mise en forme doit intéresser le réseau canalaire en trois dimensions, de l'orifice canalaire au foramen avec une conicité apicale suffisante. L'instrumentation apicale est essentiellement destinée à l'élimination bactérienne puisque les bactéries pathogènes s'y trouvent. Après obtention d'une cavité d'accès à quatre murs qui agit comme un réservoir pour l'hypochlorite de sodium à 2,5%, l'instrumentation du canal est effectuée selon la technique corono-apicale avec élargissement coronaire initial, suivi par la mise en forme du corps du canal, puis par la préparation apicale en dernier. Le canal est nettoyé segment par segment, avec une instrumentation apicale passive.

Dans les cas de retraitement, il faut faire attention lorsqu'on élimine les matériaux d'obturation préexistants. Ceux-ci doivent être éliminés progressivement et complètement de manière corono-apicale avant d'essayer de négocier la partie non-obturée du canal. Essayer de passer au-delà du matériau et atteindre l'apex d'un seul coup peut entraîner des conséquences néfastes sur le canal en raison de l'action forcée de la lime, susceptible de refouler des débris et des bactéries plus profondément.

Il est important de terminer la procédure de nettoyage et mise en forme lors de la première visite, afin de réduire l'éventualité des flambées dans les dents infectées. Si ce n'est pas possible, chaque canal doit être préparé séparément et complètement [45].

WILCOX [76,77] a testé plusieurs techniques destinées à éliminer les matériaux d'obturation d'où il ressort que ni l'instrumentation manuelle ni les ultra-sons ne sont capables d'éliminer complètement la gutta-percha ou le ciment de scellement des murs canaux. Les restes sont principalement du ciment qui peut être éliminé par la réinstrumentation et la remise en forme du canal. Les procédures de retraitement ont une tendance à élargir et redresser le canal [79,80]. Un bon accès coronaire associé à une remise en forme prudente et conservatrice réduisent l'occurrence de ces complications.

▪ Obturation tridimensionnelle

L'obturation tridimensionnelle est une phase dynamique qui complète et neutralise le système canalaire, même dans les zones non instrumentées (isthmes, ramifications) et permet d'obtenir un scellement apical étanche. L'obturation tridimensionnelle ne peut être obtenue sans une préparation à conicité régulière. Un fin film de ciment réduira la possibilité de percolation radiculaire, issue d'un accès coronaire [45].

▪ Qualité de la restauration coronaire

Les percolations coronaires dues à l'absence, la perte ou l'adaptation d'une restauration sont reconnues comme un des principaux facteurs étiologiques responsables des échecs endodontiques à moyen et long terme. Il est par conséquent impératif de placer des restaurations bien adaptées aussitôt que possible sur les dents traitées dans le but de réduire au minimum les percolations coronaires et redonner une fonction clinique adéquate [45,78].

▪ L'asepsie

L'endodontie doit être effectuée dans des conditions aseptiques. Il faut donc souligner l'importance de la restauration pré-endodontique et la pose d'une digue étanche [45].

1.3 COMPLICATIONS

1.3.1 DESCRIPTIF DES COMPLICATIONS

Doc. 6 : Radiographie panoramique du 23 octobre 2002



1.3.1.1 AU MAXILLAIRE (Doc.6 ; Exp.4 ; Exp.7 ; Exp.8)

17 : présence d'une zone radio-claire, correspondant à une **lésion apicale située sur la racine disto-vestibulaire**, conséquence d'un traitement radiculaire insuffisant et **non conforme** aux données actuelles de la science,

16 :

- ✓ A l'examen clinique, présence d'une voussure vestibulaire au regard de la racine mésiale, **infection péri-apicale récurrente avec fistule**,
- ✓ présence d'une zone radioclaire avec épaissement ligamentaire autour de la racine mésio-vestibulaire, conséquence d'un traitement radiculaire insuffisant et **non conforme** aux données actuelles de la science,

15 : **petite image douteuse**, radio-claire du côté mésial de la racine,

12 : image radio-claire à l'apex de la racine, traitement **non conforme** aux règles de l'art,

11 : présence d'une zone radio-claire, correspondant à une **lésion apicale** se traduisant cliniquement par une fistule laissant sourdre du pus. Le traitement endodontique est **non conforme** aux données actuelles de la science. La racine a subi une résection apicale, mais cet acte n'a pas permis la guérison du foyer infectieux. En revanche, la gencive présente au niveau vestibulaire et en regard de l'apex, une cicatrice arciforme, séquelle sans doute d'une incision faite en vue de la résection apicale, directement sur le foyer infectieux,

22 : image radio-claire à l'apex de la racine, traitement radiculaire insuffisant et **non conforme** aux données actuelles de la science,

23 : faux canal, soins endodontiques non conformes,

26 : image radio-claire à l'apex de la racine vestibulo-mésiale, traitement radiculaire insuffisant et **non conforme** aux données actuelles de la science, avec une fistule laissant sourdre du pus,

27 : soins endodontiques non conformes aux données actuelles de la science, **lésion péri-apicale distale**,

1.3.1.2 A LA MANDIBULE (Doc.6 ; Exp.4 ; Exp.7 ; Exp.8)

38 : Image de récurrence de lésion carieuse à la limite de la couronne et du collet de la dent, visible du côté mésial de la racine mésiale. **Alvéolyse prononcée** et traitement endodontique **non-conforme**. Le tenon arrive pratiquement à l'apex de la racine. Cette dent est condamnée à être extraite.

35 : traitement radiculaire insuffisant et **non conforme** aux données actuelles de la science, mais pas de foyer radiologiquement encore visible,

34 : image radio-claire à l'apex de la racine, traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science,

45 : traitement endodontique non conforme aux données acquises de la science,

46 : image radio-claire à l'apex de la racine mésiale et image de gros foyer à l'apex de la racine distale, traitement radiculaire insuffisant et **non conforme** aux données actuelles de la science, dent vraisemblablement non conservable.

1.3.2 ANALYSE DES COMPLICATIONS

1.3.2.1 LE BILAN

Les analyses radiologiques et cliniques ont pu mettre en évidence que sur les 23 dents ou racines restantes :

- 16 ont été traitées endodontiquement et prothétiquement,
- que 13 d'entre elles présentent un traitement endodontique non conforme aux données actuelles de la science,
- que 11 d'entre elles présentent un foyer d'infection péri-apical ou inter-radriculaire,
- que 3 foyers d'infection ont conduit à une fistulisation

Notons que dans son rapport d'expertise, l'expert emploie le terme de « *soins non conformes aux données actuelles de la science...* ». Cette formule est erronée et doit être entendue comme « *soins non conformes aux données acquises de la science...* ». Issue de l'arrêt Mercier et consacrée par le Code de déontologie médicale et des chirurgiens-dentistes, cette notion de « *données acquises* » est la seule qui soit pertinente et que l'on retrouve dans toutes les décisions récentes de la Cour de Cassation.

S'agissant de la détermination de la notion fondamentale de « *données acquises de la science* », elle résulte des ouvrages et traités de référence, mais aussi des congrès ou autres conférences de consensus réunissant les autorités reconnues par la profession médicale. Les **références médicales opposables** (RMO) élaborées par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, successeur de l'ANDEM) qui déterminent les actes inutiles et dangereux, peuvent aussi être pris en compte dès lors qu'elles doivent impérativement correspondre aux données acquises de la science [62,64].

1.3.2.2 PATHOGENESE DES LESIONS PERIAPICALES

Les lésions périapicales sont le résultat d'une réaction inflammatoire à double tranchant, défensive et agressive, que l'on peut définir comme un combat dynamique entre, d'une part, les agents agresseurs de la pulpe en situation intra-canaulaire, et, d'autre part, les défenses de l'hôte dans le péri-apex [40,72]. Les bactéries sont responsables de la plupart des lésions inflammatoires pulpaire et péri-apicales [14].

1.3.2.2.1 LA REPONSE INITIALE ET L'EXACERBATION PRIMAIRE

Il s'agit d'une réponse de l'hôte intense et de courte durée. Cette réponse initiale peut être initiée par les bactéries du canal infecté, mais aussi par un traumatisme ou une lésion iatrogène (dépassement de l'instrumentation, irritation chimique ou mécanique du matériel endodontique). Elle est caractérisée par une hyperhémie, une congestion vasculaire, un œdème du desmodonte, une extravasation des neutrophiles et des monocytes et une résorption osseuse limitée. Histologiquement, les modifications tissulaires sont limitées à l'espace desmodontal péri-apical et à l'os voisin. La dent est sensible ou douloureuse à la pression. La lésion n'est pas obligatoirement détectable à la radiographie. Toutefois, la réaction ostéoclastique est très rapidement déclenchée par l'accumulation de médiateurs et peut intervenir avant la nécrose totale de la pulpe. Ceci explique la présence possible d'images apicales radio-claires alors qu'il persiste un tronçon apical pulpaire vital.

Au stade initial, plusieurs voies sont possibles :

- la guérison spontanée (uniquement les inflammations aseptiques),
- l'amplification de l'inflammation et la formation d'un abcès primaire,
- l'évolution vers la chronicité : granulomes et kystes.

En présence d'espèces plus virulentes ou de déficience des défenses, les germes peuvent franchir l'apex et provoquer un accident infectieux extra-radicaire. La prolifération des neutrophiles et des monocytes permet de contenir ces germes, et leur présence dans les tissus péri-apicaux est alors limitée au temps de latence nécessaire à leur destruction. Au cours de cet affrontement se produisent de nombreuses désintégrations cellulaires et une liquéfaction des matrices conjonctives, aboutissant à la formation d'un abcès apical. La résorption osseuse est stimulée, devient massive en quelques jours et peut être, dès lors, détectée radiographiquement [40].

1.3.2.2.2 LA TRANSFORMATION CHRONIQUE ET L'EXACERBATION SECONDAIRE

La présence continue d'irritants intra-canaux favorise graduellement le passage de l'inflammation initiale vers une lésion encapsulée par un tissu conjonctif collagénique contenant de plus en plus de macrophages et lymphocytes, produisant des anticorps et des cytokines. Au cours de cette transformation, les cytokines vont orienter le statut de la lésion, tantôt en stimulant les facteurs d'activation des ostéoclastes et en favorisant la résorption osseuse, tantôt en favorisant les facteurs de croissance stimulant la prolifération des fibroblastes et l'angiogénèse, la reconstruction du conjonctif et le ralentissement de la résorption. Ainsi, le granulome reflète un stade d'équilibre entre les agresseurs confinés dans le canal et une défense auto-contrôlée. Il peut rester au repos et sans symptômes pendant plusieurs années et sans modification radiographique décelable.

A tout moment, ce fragile équilibre peut être rompu, les bactéries s'avancent à la lisière du péri-apex et déclenchent une exacerbation aiguë, sous forme d'abcès secondaire mieux connu sous les noms d'abcès phénix ou d'abcès récurrent. La résorption osseuse reprend et nous observons un élargissement de la zone radioclaire. Ainsi, la progression de l'inflammation n'est pas linéaire, mais discontinue avec alternance de poussées aiguës de courte durée au sein de la phase chronique s'étalant sur des années. C'est à l'occasion de ces exacerbations que des bactéries peuvent occasionnellement se retrouver en situation extra-radicaire et compromettre le pronostic du traitement endodontique.

Histologiquement, le granulome est un tissu de granulation infiltré et vascularisé, limité par une membrane fibro-conjonctive. Cette capsule, bien délimitée, consiste en fibres de collagènes denses, fermement attachées à la surface radicaire, de telle façon que si on extrait la dent, la lésion appendue à l'apex est retirée simultanément [40].

1.3.2.2.3 LA TRANSFORMATION EN KYSTE

Tous les granulomes n'évoluent pas en kystes, mais ces derniers sont considérés comme une séquelle directe des granulomes [40].

Le but du traitement ou du retraitement endodontique est de supprimer la source de la contamination bactérienne, permettant ainsi de faire pencher la balance en faveur des défenses de l'organisme. Même dans les cas de retraitement où le canal n'est pas toujours perméable jusqu'au foramen, la pose de la digue, la mise en forme et le nettoyage canalaire sous une irrigation abondante sont parfois suffisants pour permettre la cicatrisation de la lésion.

Ceci confirme la nécessité de reprendre les traitements endodontiques qui semblent inadéquats, même en l'absence de signes d'échecs cliniques ou radiologiques évidents, dans le cas où une reprise de la restauration coronaire est envisagée [52].

1.3.2.3 LESIONS REFRACTAIRES AU TRAITEMENT ENDODONTIQUE ADEQUAT

Plusieurs situations particulières ont été identifiées.

1.3.2.3.1 LES KYSTES « VRAIS »

De manière générale, les lésions inflammatoires chroniques contiennent des cellules épithéliales qui semblent dériver des débris épithéliaux de Malassez. Ces débris épithéliaux prolifèrent dans certaines lésions et constituent la source probable de l'épithélium bordant les cavités kystiques.

Nous pouvons définir deux types de kystes périapicaux :

- ceux dont la cavité kystique est complètement bordée d'un épithélium continu sans communication aucune avec le canal (kyste périapical « vrai » ou true cyst),
- et ceux dont la cavité kystique bordée d'épithélium est en communication avec le canal de la dent concernée (pocket cyst ou bay cyst).

Les kystes poche, dont la cavité kystique est en rapport avec le canal, source de la contamination bactérienne, sont susceptibles de guérir dans la mesure où la source de la contamination est jugulée par une mise en forme, une décontamination et une obturation tridimensionnelle du système endodontique.

En revanche, les kystes vrais, dont la cavité kystique, totalement bordée d'épithélium, est devenue indépendante du système canalaire, ne peuvent pas guérir par un traitement endodontique conventionnel.

Il est important de souligner que le diagnostic différentiel entre lésion kystique et non kystique ne peut en aucun cas être réalisé sur la seule base d'un examen radiologique, et que les études histopathologiques ont montré que l'incidence des kystes vrais est inférieure à 10%. Il convient donc de réaliser un traitement endodontique correct suivi d'une surveillance clinique et radiologique du cas concerné avant d'opter pour une thérapeutique chirurgicale [52].

1.3.2.3.2 L'INFECTION ACTINOMYCOSIQUE PERIAPICALE

L'infection actinomycosique périapicale est une séquelle de l'infection carieuse ; elle est liée à la pénétration endodontique d'*Actinomyces israelii* et de *Propionibacterium propionicum* (*Arachnia propionica*), germes commensaux de la cavité buccale. La particularité de ces germes est liée à leur faculté de former des colonies filamenteuses typiques, ce qui leur permet d'échapper aux défenses phagocytaires de l'hôte et de survivre en situation extraradiculaire. Bien que considérée comme rare (*Actinomyces* et *Arachnia* étant les seules souches documentées dans la littérature), l'implication de ces germes dans la parodontite apicale est à connaître car elle peut expliquer des échecs après un traitement endodontique correct, justifiant le recours à l'élimination chirurgicale des lésions [52,40].

1.3.2.3.3 LE GRANULOME A CORPS ETRANGER

L'inclusion dans le péri-apex de matériaux étrangers, le plus souvent infectés, peuvent initier et/ou perpétuer certaines lésions péri-apicales réfractaires au traitement endodontique. Il peut s'agir d'inclusion de particules alimentaires (dents laissées ouvertes), de matériaux introduits lors des préparations canalaires (amalgame, ciment, et résines de restauration coronaires, cellulose et pointes de papier...) ou lors de l'obturation endodontique (pâtes et ciment canalaires, cônes de résine, d'argent ou de gutta-percha). La biopsie de ces lésions mettent en évidence au sein du granulome, la présence de cellules phagocytaires autour des particules étrangères, des macrophages et parfois des cellules géantes multinuclées, caractéristiques des réactions immunologiques à corps étrangers [40,13].

1.3.2.3.4 LES FACTEURS INTRINSEQUES

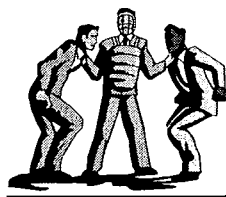
Parfois la lumière ou la paroi épithéliale des lésions apicales kystiques contient des cristaux de cholestérol. Ce cholestérol précipité, que les cellules géantes sont incapables de détruire, provient vraisemblablement de lymphocytes, plasmocytes et macrophages désintégrés. Ces facteurs d'origine intrinsèque sont capables d'entretenir une lésion apicale après traitement endodontique correct [14].

En conclusion,

la majorité des lésions périapicales cicatrisent après un traitement endodontique conventionnel. Néanmoins, il a été identifié des situations où les lésions sont réfractaires au traitement. Il s'agit des cas de kystes « vrais » (qui ne constituent qu'un très faible pourcentage des lésions observées), de présence de certaines souches de bactéries ou de mycose dans le canal ou dans le périapex, de réactions à des corps étrangers, et de facteurs intrinsèques tels que la présence de quantité importante de cristaux de cholestérol. Tous ces facteurs étant non identifiables a priori, le traitement ou le retraitement endodontique sera réalisé en première intention, suivi d'une surveillance clinique et radiologique. Les échecs avérés pourront alors être traités secondairement par voie chirurgicale [52].

Deuxième partie

Le conflit



2 DEVELOPPEMENT DU CONFLIT PATIENT/PRATICIEN

2.1 COMMENT SE GENERE-T-IL ?

Le 22 mars 2002, madame X a besoin d'aide et de soutien. C'est pourquoi elle rédige un courrier à son père. Cette lettre est retranscrite en partie ci-dessous :

« J'ai actuellement de graves problèmes relationnels avec mon dentiste, et tes conseils me seraient très précieux quant à la conduite que je vais devoir adopter à l'avenir... le docteur Y m'a soigné sans interruption de mai 98 à mai 99. A cette époque, j'avais le sentiment qu'il travaillait avec beaucoup de rigueur et de précision, le jugeant même perfectionniste... Si dans les premiers temps, je lui ai voué une infinie reconnaissance, j'ai très vite déchanté. En effet, des récidives se sont assez vite présentées et à chacune d'elles, j'ai eu la désagréable impression qu'il estimait que son travail était terminé, qu'il refusait d'admettre l'échec de sa thérapeutique ; il a fallu que j'use de beaucoup de patience et de diplomatie pour qu'il reconnaisse la réalité d'un foyer infectieux et la nécessité d'envisager une suite à donner à chaque nouvelle complication... »

Le 7 mars 2002, j'ai eu un contact avec Jean Marie **Gascougnolle**, président du conseil de l'Ordre... Ne sachant pas si je pouvais compter sur l'impartialité d'un tel président, je n'ai invoqué aucun grief à l'encontre de mon dentiste traitant et je me suis contenté de lui poser les questions suivantes :

1. Quelles sont mes garanties sur des couronnes céramiques posées sur inlay-core, après traitement radiculaire, lorsqu'il y a persistance ou réapparition de foyers infectieux ?
2. Si la résection apicale n'est pas possible, s'il faut démonter la couronne pour reprendre le traitement radiculaire, qui doit supporter le coût de la nouvelle céramique ?
3. Y a-t-il un délai au cours duquel le dentiste est tenu de garantir les suites de son traitement ?
4. Est-il responsable de l'inefficacité de ses soins ?

Monsieur **Gascougnolle** m'a alors très clairement énoncé les principes suivants :

- Un dentiste a une responsabilité trentenaire en matière de soins et de prothèses.
- Il est responsable de son choix thérapeutique (dans mon cas : conservation des dents et prothèses fixes).

Monsieur **Gascougnolle** m'a dit que dans mon cas, la reprise des traitements devait être faite rapidement avant que cela ne dégénère. Il m'a carrément dit que je devais mettre le docteur Y au pied du mur.

- Soit le docteur Y accepte de reprendre le traitement et d'assumer les nouvelles prothèses éventuelles.
- Soit je m'adresse un autre dentiste, tout en faisant jouer la responsabilité civile et professionnelle de Y pour qu'il assume les frais.

Monsieur **Gascougnolle** a aussi évoqué la possibilité d'envisager une conciliation ; en tant que président du conseil de l'ordre, il se chargerait alors d'arbitrer le conflit.

Sachant qu'il me serait quasi impossible de discuter avec le docteur Y, en toute sérénité, en consultation à son cabinet, j'ai choisi de lui écrire une lettre afin de le mettre devant ses responsabilités... et qu'il me trouve une solution concrète à des problèmes latents qui traînent depuis deux ans. J'espérais qu'il chargerait sa secrétaire de me fixer un rendez-vous pour envisager la poursuite des soins. »

En effet, le 11 mars 2002, madame X adresse au docteur Y la lettre suivante :

Doc. 7a : Courrier rédigé par madame X le 11 mars 2002, à l'attention du docteur Y (page 1/2)

Monsieur,

Suivie par un chirurgien dentiste de Metz, ami de la famille, j'ai reçu des soins réguliers et subi des résections apicales à trois reprises, de 1975 à 1997.

En mars 1998, je me suis présentée à vous, munie d'un OPT, afin de réparer une incisive, et d'envisager la poursuite de mon suivi médical. Vous m'avez alors dressé un bilan catastrophique de l'état d'un grand nombre de mes dents, sans hésiter à dénigrer le travail effectué par votre prédécesseur.

Vous m'avez assuré alors que la reprise des traitements radiculaires et la pose de couronnes céramiques sur Inlay-core apporteraient une solution radicale et définitive à mes problèmes ; et avez aussi insisté sur l'urgence de la mise en route des soins, compte tenu de la multiplicité des foyers infectieux présents et de leurs répercussions probables sur mon état physique général.

Face à l'ampleur des travaux à réaliser, nous avons convenu d'un second rendez-vous afin d'examiner les conditions de remboursement de ma mutuelle, l'Urrpimmed. Vous m'avez assuré que la prise en charge serait totale. Après la pose de la première prothèse, j'ai pu constater que l'Urrpimmed ne prenait pas en charge l'intégralité des frais, et qu'un solde de 448 75 FF resterait à ma charge.

Vous m'avez très justement proposé le remboursement de ce montant, et demandé mon accord pour la poursuite des soins compte tenu de cette nouvelle donnée. Mais votre discours alarmiste sur mon état de santé me laissait-il le choix ?

Suite à mon accord, m'ont donc été posées une vingtaine de couronnes céramiques sur Inlay core (dont deux pontiques) pour un coût total de 66 600 FF, dont 10 250 FF à ma charge.

Voici le récit chronologique de tous mes problèmes rencontrés depuis lors, ayant fait l'objet d'une consultation :

- En juillet 1999, un premier abcès se déclare sur une prémolaire(en haut à droite), la dent s'étant descellée dans le même temps, vous pouvez reprendre le traitement radiculaire.
- En décembre 1999, apparition d'un second abcès, cette fois sur une incisive centrale. Vous me demandez de subir une intervention sous forme d'une résection apicale par les soins du Dr P à Nancy. Par la suite, lors des visites de contrôle, vous constatez une mauvaise cicatrisation et une fistule permanente à cet endroit. Vos propos se veulent malgré tout rassurants quant à la bonne voie de la guérison.
- En septembre 2001, retour dans votre cabinet pour, d'une part, faire contrôler à nouveau cette incisive ne cicatrisant toujours pas, et d'autre part, pour une fistule située au dessus d'une molaire(en haut à gauche). Après radios, vous affirmez qu'il n'y a pas de nouveaux foyers d'infections et que je n'ai pas de soucis à me faire.
- En février 2002, je vous fais part de mes inquiétudes au sujet de ces deux fistules permanentes et gênantes. Vous me conseillez à nouveau un rendez vous avec le Dr P en vue d'une autre résection apicale. Je vous signale par ailleurs une inflammation sur une molaire(en bas à gauche), mais vous ne faite pas de radio de contrôle.
- Le 4 mars 2002, je rencontre le Dr P. Celui-ci m'informe, après deux nouvelles radios de contrôle, qu'il ne peut intervenir de façon satisfaisante et ne peut me garantir un résultat. Selon lui, seule la reprise des traitements radiculaires peut aboutir à une guérison.
À l'heure actuelle, je suis très préoccupée par ces deux foyers infectieux, et ce d'autant plus qu'un troisième semble se déclarer sur une molaire(en haut à droite).

En mars 1998, je vous ai accordé ma confiance, et j'ai accepté de subir des soins contraignants et coûteux. Suivant vos conseils, j'ai acheté un hydropulseur et poursuis une hygiène buccale rigoureuse. Sans vouloir remettre en cause le sérieux de votre travail, force est de constater aujourd'hui que les traitements que vous prétendiez infailibles à 99%, je vous cite, ont en partie abouti à un échec.

En acceptant votre choix thérapeutique il y a quatre ans, j'envisageais la fin de mes soucis dentaires sur du long terme, or je suis à présent dans une situation analogue à celle précédant vos travaux : stress, fatigue générale, insomnies. Je considère la survenance d'abcès comme inéluctable.

Dans un but à la fois préventif et curatif, je souhaiterais donc que vous preniez les mesures nécessaires qui s'imposent

- 1) Par la prescription d'antibiotiques, anti inflammatoires, antalgiques et bains de bouche. Ce que vous m'avez toujours refusé jusqu'à présent. Je vous rappelle à ce sujet que le médicament Clamoxyl est maintenant tout à fait inefficace dans mon cas, et que le Ponstyl n'est pas à même de soulager les douleurs violentes générées par les abcès dentaires.
- 2) Par un OPT de contrôle de l'ensemble des travaux réalisés pendant les années 98 et 99, ce que vous vous étiez proposé de faire tous les ans.
- 3) Par une réflexion et une proposition de soins me concernant, étant entendu qu'il est hors de question que je reste dans cet état. Comme vous me l'avez fort justement déjà dit, il est impensable de vivre ainsi avec plusieurs foyers infectieux qui peuvent tendre à tout moment vers d'inevitables complications.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations les meilleures

La réaction du praticien est rédigée dans lettre que la patiente écrit à son père :

« N'ayant pas de nouvelles de sa part, au bout de 10 jours, je lui ai téléphoné ce matin et j'ai eu alors au bout du fil un fou furieux m'annonçant qu'il avait été choqué par mes propos, qu'il n'avait jamais reçu une telle lettre de sa vie, qu'il se sentait responsable de ses actes, que la confiance entre nous était rompue et qu'il était inutile que je cherche à le recontacter. Là-dessus, il m'a raccroché au nez ! Il a quand même eu le temps de me dire qu'il était inadmissible que je l'accuse d'avoir dénigrer le travail de son prédécesseur...ce point lui tenait à cœur manifestement, alors que moi j'essayais vainement de lui expliquer que là n'était pas le propos, que je lui ai écrit parce que j'étais préoccupée par mon état et que j'attendais de lui une proposition de soins...

Pour en revenir au coup de fil d'aujourd'hui, je pense que l'on peut considérer, qu'en me raccrochant au nez, il m'a signifié clairement qu'il ne voulait donner aucune suite à notre relation...

...il n'est pas impossible qu'il ait songé que j'avais monté depuis longue date un dossier complet à son encontre et que j'avais prévu la mise en route d'une procédure d'une mise en responsabilité. Telle n'a jamais été mon intention. J'ai pour habitude, tu me connais, de tout consigner et de tout conserver ; j'étais loin de penser que cela me serait utile un jour !

Mais aujourd'hui, je suis prête à m'impliquer dans n'importe qu'elle procédure...

...j'espère que tu répondras à ce SOS... »

2.1.1 IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION DANS LA RELATION PATIENT/PRATICIEN

La finalité de toute communication médicale est, pour chaque praticien, de se faire comprendre sans équivoque, ni ambiguïté dans l'intérêt supérieur du patient. La communication s'intégrant dans l'élaboration du contrat de soins, elle participe donc à l'information éclairée du malade à laquelle est subordonné son consentement éclairé[69].

2.1.1.1 PRINCIPES GUIDANT LA COMMUNICATION VERBALE

La relation thérapeutique étant considérée à « haut potentiel de responsabilité », on ne peut prendre le risque d'être inexact, approximatif, voire indéterminé. La capacité d'élocution et d'expression du praticien joue un rôle essentiel dans la relation thérapeutique. Le but étant de faire se rencontrer deux langages distincts et de rechercher le mode de convergence [48].

Quelques principes sont à respecter [48,49] :

- Le recours par le clinicien à tout terme spécialisé odonto-stomatologique doit être assorti d'une traduction claire, objective et accessible au patient. Ces mesures d'accompagnement sont indispensables pour conditionner des échanges de qualité et renforcer le climat de confiance entre le soignant et le soigné.
- La simplification excessive de la langue médicale ne doit pas pour autant atteindre un seuil critique susceptible d'inférioriser le patient et de le désengager paradoxalement de l'échange.
- La clarification des concepts ne se limite pas aux seuls impératifs diagnostiques et thérapeutiques. Des efforts doivent être consentis pour apporter au patient certaines références associées, propres à l'encadrement de ces mêmes traitements (déroulement du protocole de soins, données administratives...)
- L'évaluation et la présentation des honoraires relèvent de la communication verbale, même si des documents analytiques formalisés doivent être fournis au patient.
- Le débit verbal du praticien ne doit être ni trop rapide, ni trop intensif, et des plages d'écoute du patient et de reformulation doivent être ménagées pour s'assurer de la correcte intégration des concepts pour le patient. Il appartient au praticien d'effectuer un travail de discrimination et de réinvestissement afin d'éliminer certaines convictions non fondées et de réintroduire la justesse d'une approche thérapeutique cohérente et conforme, seules nécessités exigées par l'état pathologique du patient qui se confie à lui.

- Sur la forme même du langage du clinicien, il convient d'éviter des développements verbaux excessifs, voire disproportionnés par rapport aux faits cliniques auxquels ils se rapportent. Le mieux étant l'ennemi du bien, il convient à cet égard de procéder à tous les ajustements souhaitables.
- La communication verbale est inséparable des autres modes de communication. Elle constitue un tout qui s'intègre aux différentes composantes fonctionnelles mises à la disposition des praticiens.

La communication verbale participe enfin à l'épanouissement de l'exercice dans la mesure où elle forme un lieu de rencontre privilégié entre le dispensateur de soins et le sujet qui en est destinataire.

Toute opposition formelle d'un praticien à la communication verbale avec son patient ne peut être que préjudiciable à son activité thérapeutique. Le mutisme d'un clinicien peut en effet marginaliser le patient et le renvoyer à un cortège d'interprétations déviantes à propos de protocoles de soins institués. Cela constitue une entrave à l'aide et au suivi thérapeutique ainsi qu'à l'obligation qui est faite de délivrer au malade une information cohérente sur son état pathologique et sur les moyens requis pour y remédier.

2.1.1.2 PRINCIPES GUIDANT LA COMMUNICATION NON-VERBALE

Il s'agit là encore d'un langage, mais cette fois, du « non dit » qui ne peut être ignoré ou occulté par le praticien car il peut être très révélateur des tendances psychologiques du patient et de son degré d'adaptation à la clinique.

Certains principes simples sont susceptibles de gérer cette approche [48,49]:

- Le clinicien doit en premier lieu, être attentif à son patient. Son sens de l'observation, son intuition, son empathie peuvent être décisifs pour la collecte de ce type d'informations. La vigilance demeure un atout indispensable.
- Le clinicien doit laisser évoluer le patient et adopter la position la moins directive possible au risque, sinon, de le contraindre, à un comportement déviant et vide de signification.
- La prise de possession de l'espace thérapeutique par le patient est toujours riche d'enseignement. Elle permet de déceler différents types d'inhibitions et de réactions d'évitement, voire de contournements assez révélateurs.
- La communication non-verbale trouve son plus juste espace hors d'un contexte relationnel trop accusé. S'il n'est pas indispensable que le praticien quitte le cabinet, il n'est pas recommandé non plus qu'il s'impose à son patient dans une relation frontale. La latéralisation du consultant par rapport au consulté peut s'avérer favorable.

- La communication non-verbale implique une culture adaptée du praticien en matière de psychologie clinique et d'odonto-stomatologie comportementale, ce qui peut sous-entendre la possibilité de participer à des séminaires de perfectionnement dans le cadre de la formation continue et/ou hospitalo-universitaire.

La communication non-verbale s'intègre nécessairement à la communication verbale, elle ne peut se concevoir exclusivement autonome, elle pourra évoluer d'ailleurs de façon très sensible par son couplage avec la communication verbale et aux différents modes de communication dérivés qui pourront être mis en œuvre.

La maîtrise de la communication non-verbale peut être fort utile à l'engagement thérapeutique initial puis de « croisière » du patient et dans son aptitude à consentir aux soins qui lui sont proposés. Elle doit se concevoir comme un processus continu d'évaluation [48].

E. AMADO LEVY-VALENSY [3] précise l'importance des modes de communication sans langage verbal. Elle identifie ainsi une somme de signes qui constitue «une zone d'échanges non-verbaux », indissociable de la formulation verbale proprement dite.

2.1.1.3 PRINCIPES GUIDANT LA COMMUNICATION ECRITE

Toute lettre adressée au cabinet impose une réponse, conformément aux usages, qui doit être diligente et s'inspirer des règles de convivialité. Ainsi, la formulation par l'écrit doit-elle refléter en premier lieu à la fois l'attention bienveillante apportée à une demande et le témoignage d'une disponibilité, auxquels le patient sera sensible. Enfin, et dans tous les cas, cette même formulation doit toujours être personnalisée et s'inscrire dans l'esprit du colloque singulier soignant/soigné qui correspond à une référence constante.

Quelquefois, on constate que, lorsqu'un patient s'adresse par écrit à un praticien pour obtenir de lui un certain nombre d'informations, il sollicite une prise en charge complémentaire. Les écrits du praticien ne peuvent donc être considérés comme des éléments subsidiaires à l'exercice. De même, la non-production d'écrits (lorsque ceux-ci sont légitimement justifiés) est susceptible de favoriser un blocage de la relation et de faire surgir certains mobiles conflictuels [48].

2.1.1.4 PRINCIPES GUIDANT LA COMMUNICATION TELEPHONIQUE

Le patient éprouve la nécessité de téléphoner au cabinet dentaire pour diverses raisons. Souvent, ces interventions téléphoniques peuvent traduire un sentiment d'inquiétude du patient. Celui-ci, éloigné du cabinet dentaire et ne pouvant plus communiquer directement avec le praticien, ni avec les membres de l'équipe soignante, éprouve la nécessité de renouer le dialogue thérapeutique.

Les demandes formulées peuvent être d'ordre rationnel ou non. Dans tous les cas, elles traduisent généralement, un sentiment de marginalisation du malade. Une assistance doit être accordée.

Il s'agit de prendre en charge :

- les demandes d'éclaircissements souhaités,
- les doléances du patient,
- certains conseils particuliers,
- des informations complémentaires d'ordre administratif ou financier,
- un éventuel rendez-vous anticipé en cas de besoin.

Il convient d'insister sur la nécessité de disponibilité du praticien et de son équipe soignante. Certaines carences de la médiation téléphonique, peuvent, en effet, entraîner des risques de contentieux. Le refus ou l'insuffisance de communication peut engendrer des phénomènes de frustration pénibles pour le malade qui, se sentant spolié d'une information lui semblant légitime, peut en concevoir du ressentiment [49].

2.1.2 DOMMAGE VU PAR LE PRATICIEN TRAITANT : FACE A FACE AVEC L'ECHEC THERAPEUTIQUE

Le clinicien se trouve confronté à la réalité d'un échec thérapeutique. Cependant, celui-ci est une donnée incontournable dans toutes les professions, y compris les professions médicales.

Aucun praticien n'aura 100% de succès... L'échec est universel et n'a pas que des inconvénients. Encore faut-il savoir y faire face. Lorsqu'on l'affronte sans faux-fuyant, l'échec doit être considéré comme un facteur de progrès.

Avant d'envisager l'information que tout praticien doit donner, préalablement à son traitement, sur les problèmes qui peuvent se présenter, il est nécessaire de définir l'échec.

L'échec est l'antinomie du succès. Mais il est vu à travers le filtre de la conscience et ne sera pas considéré comme tel selon que l'on est, vis-à-vis de soi, rigoureux ou laxiste, lucide ou « dysconscient » etc..... Un praticien sévère avec lui-même considérera comme un échec ce que d'autres pourraient qualifier de demi-échec, porte ouverte au demi-succès, version optimiste du précédent.

La chronologie de l'échec est également à prendre en considération. Certains échecs sont rapides, faciles à identifier et peu sujets à discussion, comme en implantologie où l'on constate au bout de quelques mois si l'implant est correctement ostéo-intégré ou non. Cependant, dans d'autre spécialité de notre exercice, comme en endodontie, l'interprétation des résultats n'a pas le même manichéisme.

La pratique de l'expertise judiciaire montre, de plus, qu'un praticien confronté à une erreur manifeste de sa part, donc à un échec, arrive rarement à l'accepter psychologiquement, signant ainsi un refus devant une situation négative, que son ego ne lui permet pas d'accepter. La reconnaissance d'un problème induit généralement la reprise d'un dialogue et évite de nombreuses complications ultérieures, plus pénible à supporter que l'aveu d'une quelconque défaillance [49].

Par conséquent, il ne faut pas oublier les vertus thérapeutiques de l'échec. S'il n'est jamais agréable, on peut cependant en tirer profit pour :

- améliorer sa technique,
- s'améliorer soi-même,
- améliorer son écoute des autres.

De même, il faut apprendre à anticiper les échecs et en parler avec le patient le plus tôt possible. Cette démarche d'information entreprise par le praticien permet d'aboutir à un consentement éclairé du praticien. Le fait d'évoquer la possibilité d'un échec thérapeutique permet à un malade en cas de survenu, de mieux l'assumer.

Enfin, conformément à son devoir, il lui appartient de prendre toutes les mesures nécessaires pour surmonter les complications cliniques rencontrées et poursuivre une relation de qualité avec son malade.

Certaines erreurs à ne pas commettre [48] :

- Minimiser les doléances du malade ;
- Refuser de s'entretenir téléphoniquement avec un patient inquiet;
- Tenter de culpabiliser le patient pour s'exonérer d'une quelconque responsabilité clinique ;
- Interrompre le dialogue thérapeutique ;
- Ne pas proposer au malade une réévaluation du traitement ;
- Se refuser à envisager une évolution thérapeutique transactionnelle.

On peut en conclure que l'échec thérapeutique ne représente pas une fatalité en soi qui génère systématiquement un règlement contentieux. Sa gestion relève avant tout des qualités personnelles du clinicien [69].

2.1.3 DOMMAGE RESSENTI PAR LE PATIENT : PERTE DE CONFIANCE

Un patient demande à son dentiste déjà de le soulager de ses douleurs physiques, mais il désire également être écouté, entendu et compris en tant qu'individu souffrant.

Les travaux de **CHARLES OSGOOD** [51] et de son équipe ont pu montrer différentes catégories de patients, en introduisant la notion de « styles sociaux », basé uniquement sur les caractéristiques observables des sujets. Les patients se sont différenciés selon leur mode de comportement et leur manière de fonctionner. Ainsi, il a pu distinguer les styles « promouvant », « facilitant », « contrôlant » et « analysant » [23].



L'observation de la personnalité de madame X révèle un comportement se rapprochant du style social « analysant ».

Les études de **CHARLES OSGOOD** et de son équipe ont pu dégager les caractéristiques suivantes [51,22,23]:

Le patient analysant est peu loquace mais patient sur le fauteuil. Il est souvent réservé et demande de la distance entre le praticien et lui-même. Il souhaite que le praticien lui explique dans le détail les procédures qu'il va appliquer. Il n'aime pas le risque et préférera des techniques sûres et validées par l'expérience plutôt que des techniques qui n'ont pas fait leurs preuves. Il consultera volontiers directement le spécialiste chez qui il arrivera « pile à l'heure », en réclamant de lui une grande expérience et les diplômes qui en attestent. Il ne verra aucun inconvénient à multiplier les examens cliniques et biologiques si c'est pour assurer un diagnostic ou confirmer un résultat. Il aime être rassuré et ne croit que ce qu'il voit. Il pardonnera les erreurs relationnelles si la procédure a été menée dans la rigueur. Il arrive à la consultation avec un dossier médical ordonné par dates avec les différents traitements qu'il a subi avant de venir consulter. Il ne comprendra pas que ses documents ne soient pas pris en compte lors de l'entretien. Le patient analysant sera rigoureux dans les méthodes de brossage qu'il suivra à la lettre sans se préoccuper des effets secondaires.



Fig. 7 - Le patient analysant.

La patiente de la présente étude cherche à l'évidence que le praticien reconnaisse son échec thérapeutique afin qu'il puisse prendre en charge sa détresse physique. Mais celui-ci ne l'admet pas. Ce qui crée un décalage entre cette patiente qui souffre du manque de soin apporté aux obturations endodontiques et un praticien qui considère que son travail est terminé.

La communication est par conséquent impossible, et la relation de confiance définitivement rompue.

2.2 COMMENT GERER LE CONFLIT ?

La victime qui veut mettre en cause la responsabilité d'un praticien qui lui a prodigué des soins dispose de deux voies : la voie amiable et la voie judiciaire.

2.2.1 PAR VOIE AMIABLE

2.2.1.1 LE DIALOGUE

Le manque d'informations, mais surtout de communication est souvent à l'origine des litiges entre les praticiens et leurs patients.

Il n'est plus vraiment question à ce stade de rétablir la relation de confiance, mais plutôt de trouver une solution pour mettre fin au différend. La discussion doit être franche et loyale. Par conséquent, comme le conseille le docteur **GASCOUGNOLLE**, président du Conseil de l'Ordre, lors de son entretien téléphonique avec notre patiente, il faut mettre le praticien « au pied du mur ». Estimant que la discussion serait « quasi-impossible » avec le praticien, madame X a choisi d'exposer ses doléances par écrit.

Celui-ci aurait pu soit gérer l'échec de façon positive en le réinvestissant dans un nouveau plan de traitement, soit se résoudre « à passer la main » à un confrère, tout en faisant jouer sa responsabilité civile et professionnelle auprès de son assurance, pour la prise en charge des frais.

Bien entendu, cette confrontation pacifique ne peut être efficace que si les deux parties s'entendent.

Lors de cet entretien téléphonique, le docteur **GASCOUGNOLLE** propose également une tentative de conciliation qu'il serait à même d'animer.

2.2.1.2 LA CONCILIATION

La conciliation est l'expression la plus simple de la démarche de personnes, qui, se trouvant en désaccord, marquent leur volonté de se rapprocher afin de définir une solution ayant leur agrément commun. Cette solution amiable évite le recours à un procès parfois long et coûteux [43].

Il s'agit d'une obligation émanant du Code de déontologie, à laquelle le dentiste ne peut se soustraire car, se faisant, il s'exposerait à des poursuites disciplinaires. En revanche, le patient mécontent dispose en quelque sorte d'un pouvoir souverain, celui d'accepter ou de refuser la tentative de conciliation [37].

La procédure est énoncée dans l'article L.4123-2 du nouveau Code de la santé publique. Il est stipulé que « lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le chirurgien-dentiste mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance, avec l'avis motivé du conseil, dans un délai de trois mois à compter de l'enregistrement de la plainte. En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national doit répondre à sa demande dans un délai d'un mois » [50].

Dans le cas où la conciliation n'aboutit pas, un contentieux peut naître aussi bien sur le plan civil que disciplinaire. Dans le cas contraire, l'entente des parties adverses se solde par un procès-verbal de conciliation afin que l'accord ne puisse être remis en cause [43].

Il est bien entendu que le président doit se limiter à un rôle d'animateur de débat et non de censeur ou de juge.

Ceci n'est pas le cas pour d'autres solutions amiables telles que la médiation, au cours de laquelle un tiers, souvent désigné par le conseil de l'Ordre, mène la discussion, ou encore l'arbitrage durant lequel les parties décident de faire trancher leur différend par des personnes désignées spécifiquement par elles et non par les tribunaux normalement compétents [35,8,43].

La réussite de la conciliation est une composante majeure de l'image de marque de la profession [43].

Si cette solution ne permet pas de régler le conflit, le patient est dirigé vers l'assureur du professionnel.

2.2.1.3 LES ASSURANCES

2.2.1.3.1 LEGISLATION ACTUELLE

Jusqu'à la promulgation de la **loi du 4 mars 2002** n° 2002-303 « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* », l'assurance responsabilité civile des professionnels de santé (la RCP) était facultative. Seuls les praticiens exerçant dans le cadre de sociétés professionnelles ou de sociétés d'exercice libéral devaient s'assurer ou assurer leur société [62].

Désormais, la loi institue une obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle à charge des professionnels libéraux et des établissements de santé. Un praticien qui ne satisferait pas à cette obligation s'exposerait à des sanctions tant pénales que disciplinaires [26].

L'objet d'un contrat de responsabilité est de prendre en charge les conséquences dommageables d'actes dont le praticien est responsable.

Cette législation a fait l'objet de modifications issues de la **loi du 30 décembre 2002**, « *relative à la responsabilité civile médicale* ». Parmi les nouvelles dispositions, le législateur a réglementé les contrats de responsabilité civile médicale.

Déjà établie par la loi de mars 2002, la responsabilité médicale a une prescription de dix ans, à compter de la consolidation du dommage, et non plus de trente ans comme c'était le cas en matière de responsabilité médicale contractuelle. Cependant, cette date repère de consolidation étant aléatoire, la loi de décembre 2002 dissocie la durée de garantie d'assurance de la durée d'engagement de la responsabilité. Cela signifie que l'assureur ne garantit l'assuré qu'à la condition que la victime subisse un fait dommageable et réclame une indemnisation pendant la durée du contrat d'assurance. Par exemple, si la réclamation intervient après la résiliation d'un contrat, la garantie d'assurance ne joue plus, mais la responsabilité ne disparaît pas [38].

Cette loi de décembre 2002 a réglementé la période de garantie prévue en matière de responsabilité médicale en supprimant le système antérieur dit du « fait générateur » (par exemple date d'une faute commise par un praticien), pour lui substituer le système « de la réclamation » (par exemple date de la réclamation) [26].

Cette législation institue tout de même des « garde-fous » [26]:

- La « *clause de garantie subséquente* », qui garantit les réclamations intervenant après la résiliation du contrat, dans un délai limité, pour des faits générateurs intervenus au cours du contrat ;
- La « *clause de reprise du passé inconnu* », qui garantit les réclamations résultant de faits générateurs connus, mais sans que l'assuré ait eu connaissance d'un fait dommageable. Cette clause permet également de limiter le danger d'un trou de garantie entre deux contrats d'assurance successifs. La loi précise que les assureurs prennent en charge uniquement le passé inconnu.

Plusieurs assurances sont spécialisées dans ce domaine. Et bien qu'il y ait parfois quelques différences entre les assureurs, la garantie porte généralement aussi bien sur les indemnités dues à la victime que sur les frais de justice de défense et d'assistance. Il ne faut toutefois pas confondre la garantie « défense et recours » incluse dans le contrat de la RCP avec la garantie « protection juridique » qui est un contrat spécifique, accompagnant souvent le contrat de la RCP ou devant être souscrit séparément : il permet au praticien de confier à l'assureur sa défense dans à peu près toutes les situations conflictuelles, professionnelles ou privées. Sont exclus du contrat d'assurance les dommages nés de faute intentionnelle de l'assuré (la preuve de la faute intentionnelle appartient à l'assureur) et les actes illicites [32].

Le rôle de l'assureur dans la gestion des sinistres est souvent méconnu par les praticiens eux-mêmes, qui ignorent que cette gestion privilégie au maximum la relation patient/praticien. Pour la victime, l'intérêt majeur d'un règlement amiable réside dans une indemnisation beaucoup plus rapide que par la voie judiciaire.

2.2.1.3.2 INSTRUCTION DES DOSSIERS

La phase d'instruction des dossiers varie selon la nature du sinistre ou la forme de la réclamation, mais dans tous les cas, l'ouverture d'un dossier se fait après réception de la déclaration.

a- LES DIFFERENTES DECLARATIONS

La déclaration que le praticien va faire à son assureur peut s'effectuer avant une quelconque réclamation amiable ou judiciaire. Dans ce cas, il s'agit là d'une déclaration de prudence, qui permet au praticien d'être conseillé et guidé sur la conduite à tenir face au préjudice de son patient ou dans ce qu'il ressent parfois comme un échec.

Dans un autre cas de figure, le praticien peut informer son assureur immédiatement après avoir eu connaissance d'une réclamation orale ou écrite, et émanant du patient ou d'un intermédiaire. L'assurance se chargera alors de répondre pour le praticien.

Enfin, si le patient décide de porter sa réclamation en justice, le praticien en est informé par voie d'huissier. L'assurance devra en être immédiatement informée [32].

b- LA CONSTITUTION DU DOSSIER

L'assureur doit réunir le maximum d'informations et de documents.

Le praticien assuré devra remplir un formulaire de déclaration et joindre à celle-ci tous les documents annexes tels que les radiographies, les devis, les moulages...

Le patient ou son mandataire fera parvenir à l'assurance ses doléances écrites et toutes les pièces justificatives. Il devra également donner son accord pour une éventuelle expertise amiable [32].

Enfin, le nouveau praticien traitant sera sollicité pour la rédaction d'un certificat de constat, d'un devis de restauration prothétique...

c- ANALYSE DE LA RESPONSABILITE

La compagnie d'assurance fera examiner le dossier par un chirurgien dentiste-conseil pour l'analyse technique et par un juriste pour l'aspect juridique. Le but est de rechercher s'il y a eu faute professionnelle, d'évaluer le préjudice et de déterminer le lien de causalité. Si la responsabilité du praticien est incontestable, son assurance fait d'emblée une proposition d'indemnisation [32].

En revanche, si la responsabilité est mise en cause de manière incertaine, si le préjudice est à réévaluer ou si la proposition d'indemnisation est refusée, alors l'assurance peut demander au patient une expertise amiable contradictoire. Celle-ci aura alors un objectif défini en plusieurs points. La mission sera réalisée par un expert désigné par l'assurance[25].



Dans notre affaire, cette solution transactionnelle est envisagée. La compagnie d'assurance du docteur Y la propose à madame X par l'intermédiaire de la lettre suivante:

Doc. 8 : Extrait du courrier proposant la solution transactionnelle à madame X

Madame,

Mon Confrère adverse, sous le couvert de la confidentialité, me fait savoir que la compagnie d'assurance du docteur Y n'est pas opposée à trouver une solution transactionnelle, sur la base des conclusions de l'Expert K, dans la mesure où elles limitent la responsabilité du Docteur Y *"à la hauteur du montant relatif des travaux à refaire en se référant à ses honoraires qui ont été établis par ce dernier avec tact et mesure"*, tenant compte également de l'indemnité au titre du *pretium doloris* évalué à 2/7.

Pourrions nous nous rencontrer afin de chiffrer votre préjudice, étant entendu que l'adversaire précise qu'il ne saurait être question de prendre en charge le devis du Docteur S considérant que ses honoraires sont particulièrement élevés et qu'il ne tient pas compte d'options nettement moins onéreuses qui n'impliqueraient pas forcément la réfection de toutes les dents ???...

Le motif de refus de cette solution est que l'ensemble des honoraires ne peut être calculé sur la base des soins normaux, mais au contraire dans la cadre du principe de la réparation intégrale impliquant des interventions nouvelles, rendues nécessaires par les soins défectueux réalisés par le docteur Y. Ainsi, la perte d'un pilier postérieur de bridge, rend nécessaire la pose d'implants. La réparation ne peut se limiter au montant payé par la patiente mais bien à ceux nécessaires pour la réparation du dommages subis.

d- LA TRANSACTION

L'assureur doit faire en sorte que la voie amiable qui a été choisie par les deux parties trouve son aboutissement dans un règlement transactionnel satisfaisant pour tous [25].

Après avoir vérifié que tous les points de la mission ont reçu une réponse et étudié les conclusions de l'expertise, l'assureur prend une décision. Sa position consiste essentiellement à rejeter la demande du patient si la responsabilité n'est pas établie ou à proposer une indemnisation. La transaction peut être alors longue, avec de nombreuses discussions et surenchères...de toute façon, l'assureur doit éviter la procédure judiciaire, tout en respectant les règles issues du droit de la réparation du dommage corporel.

Pour parfaire la transaction, il est indispensable de rédiger une quittance transactionnelle, aux termes de laquelle le patient s'engage à ne plus rien réclamer du fait de l'incident ou de l'accident survenu [32].

2.2.2 PAR VOIE CONTENTIEUSE

De nombreux contentieux guettent le praticien au cours de son exercice professionnel : civil, pénal, disciplinaire ou administratif. On constate qu'il existe une diversité de procédures, dont l'application dépend déjà du but poursuivi par le patient (indemnisation et/ou répression), mais aussi de la personne mise en cause (praticien libéral, établissement public hospitalier).



2.2.2.1 LE CONTENTIEUX DE L'INDEMNISATION

2.2.2.1.1 DEVANT LE JUGE ADMINISTRATIF

La victime d'un dommage s'adresse au juge administratif lorsque le fait générateur a été commis par une personne relevant du secteur public. Il convient de bien comprendre que la responsabilité recherchée est celle de l'établissement public hospitalier et qu'elle repose sur le principe de la responsabilité pour faute. En effet, les personnes engagées par l'administration bénéficient d'une protection qui se traduit par le fait que c'est l'administration qui l'emploie qui sera tenue de réparer, c'est à dire d'indemniser la victime du préjudice. Néanmoins, il se peut que la responsabilité de l'agent hospitalier soit engagée si le fait générateur, à l'origine du préjudice, est une faute personnelle (faute commise en dehors du service et concernant la vie privée de l'agent, faute commise dans l'exercice des fonctions hospitalières, mais d'une particulière gravité ou intentionnelle) [12].

Avant de saisir le tribunal administratif, la victime doit exercer un recours gracieux devant l'administration. Il n'y a procès que si l'hôpital a refusé la demande d'indemnisation.

2.2.2.1.2 DEVANT LE JUGE CIVIL

Lorsqu'un patient s'estime victime d'un dommage médical et qu'il souhaite obtenir réparation, il doit s'adresser à la juridiction civile si [64] :

- L'acte a été réalisé par un professionnel de santé dans le cadre d'une activité libérale ;
- L'acte a été réalisé par un agent de la fonction publique et que l'on peut le considérer comme une faute personnelle, détachable du service [12];
- L'acte a été réalisé dans un établissement public de soins mais dans le cadre d'une activité libérale.

La responsabilité du praticien exerçant à titre libéral est principalement contractuelle. Plus particulièrement, l'obligation du praticien est, dans la majorité des cas, une obligation de moyens, bien que l'on admette parfois l'existence d'obligation de résultat. Par conséquent, la responsabilité sera mise en cause par la démonstration d'une faute technique.

Cette procédure ne peut se faire que par l'intermédiaire d'un avocat [29].

La victime va introduire sa demande en réparation devant le Tribunal d'Instance ou de Grande-Instance selon le montant de la demande d'indemnisation (compétence du Tribunal de Grande-Instance pour les demandes supérieures à 7600 euros).

Si la procédure est engagée, l'avocat dépose une requête auprès du Tribunal de Grande-Instance pour obtenir la nomination d'un expert [12].

Celle-ci peut être rapide si l'avocat utilise la procédure du référé. Il s'agit d'une action permettant au tribunal de statuer de façon contradictoire. Le juge des référés va décider en présence des conseils des différentes parties concernées de l'opportunité d'une expertise et dans l'affirmative de désigner un expert.

Dans le jugement du tribunal, appelé ordonnance de référé, sera indiqué d'une part la mission exacte que l'expert judiciaire devra remplir, d'autre part le nom et l'adresse de l'expert choisi par le juge.

Dans la majorité des cas, la procédure débute par une demande d'expertise sous la forme en général, d'une action en référé devant la juridiction compétente. Un praticien expert, de la même spécialité que le praticien assigné, est alors désigné. Il doit déterminer si les soins donnés ont été consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. De même, il doit constater l'existence d'un préjudice, évaluer l'étendue du dommage et établir le lien de causalité entre le fait dommageable et le préjudice invoqué [64].

2.2.2.2 LE CONTENTIEUX DE LA REPRESSION

2.2.2.2.1 DEVANT LE JUGE PENAL

La responsabilité du praticien peut être engagée au regard du droit pénal en raison de deux grandes catégories d'infractions [62,8] :

- *Les infractions d'atteinte à l'intégrité physique* : elles peuvent être volontaires ou involontaires (quand l'homicide ou les blessures sont causés par maladresse, imprudence, inattention, négligence...) ;
- *Les autres infractions liées à l'exercice de la profession dentaire* : c'est à dire les infractions aux règles d'accès à la profession dentaire (exemple : exercice illégal de l'art dentaire), ou encore les délits commis à l'occasion de l'exercice professionnel (comme la violation du secret médical, la discrimination et le refus de soins...).

Pour engager la responsabilité pénale du praticien, il y a plusieurs manières d'agir. Il est possible de déposer la plainte au commissariat ou à la gendarmerie. Ces deux services sont compétents pour recevoir la plainte et informer le procureur de la République.

Ou alors, la plainte peut être déposée directement auprès du procureur de la République. Celui-ci procède à l'examen du dossier et peut décider soit de classer l'affaire si les faits ne justifient pas une enquête, soit de poursuivre la procédure. Le procureur peut saisir le juge d'instruction afin que soit menée une enquête approfondie.

Enfin, la plainte peut être remise, avec constitution de partie civile, au doyen des juges d'instruction, qui oblige l'ouverture de la procédure pénale.

Selon l'infraction commise, l'affaire sera jugée par la juridiction compétente. C'est à dire le tribunal de police pour les contraventions, le tribunal correctionnel pour les délits et la cour d'assises pour les crimes [12].

2.2.2.2.2 DEVANT LA JURIDICTION DISCIPLINAIRE

Aujourd'hui, un patient qui souhaite mettre en cause la responsabilité disciplinaire d'un praticien doit impérativement passer par le Conseil départemental de l'Ordre. Ce dernier ne dispose pas d'un pouvoir disciplinaire, et ne peut que tenter de dissuader le patient de maintenir sa plainte si celle-ci est injustifiée.

S'il n'y parvient pas, le Conseil départemental doit obligatoirement la transmettre au Conseil régional avec un avis motivé. La juridiction de première instance est donc le Conseil régional et la juridiction d'appel est représentée par le Conseil national. Il est possible d'introduire un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat.

Le droit disciplinaire vise à protéger les intérêts d'une profession et ne consiste pas en une voie supplémentaire d'indemnisation de la personne qui s'estime victime.

Les peines prévues sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer et la radiation.

Les fautes de nature à engager des poursuites disciplinaires et à justifier des sanctions sont nombreuses. Elles correspondent à des manquements aux obligations professionnelles. Il sera donc nécessaire de mettre en évidence une faute professionnelle, une faute civile ou une faute pénale pour engager la responsabilité disciplinaire du praticien [12].

Troisième partie

La procédure civile

3.1 AVANT L'EXPERTISE

Le patient qui désire mettre en cause la responsabilité du praticien et obtenir la réparation de son préjudice saisit le plus souvent le Juge des référés.

Devant trancher dans un domaine très spécifique qui ne lui est pas familier, devant juger du choix thérapeutique du praticien mis en cause, de la rigueur avec laquelle ils ont été conduits, devant appréhender la réalité d'un préjudice, de ses conséquences sur l'état de santé général et la vie quotidienne de la victime, mais surtout conclure sur l'imputabilité certaine entre une conduite estimée répréhensible et un préjudice avéré, le juge ne saurait faire l'impasse de l'avis d'une personne de l'Art : c'est l'expertise [8].

L'expertise est une opération qui peut être demandée à différents niveaux du litige.

Dans un souci de transaction amiable tout d'abord, elle est alors introduite en amont de toute procédure formelle, soit par le plaignant lui-même pour solliciter un avis indépendant, soit par la société d'assurance en charge du règlement. Le but est d'évaluer l'implication du praticien dans la survenue du fait contesté et l'opportunité d'engager une procédure contentieuse. A ce niveau, elle prend le nom d'expertise amiable [8].

Elle peut également être demandée par l'institution judiciaire en charge du traitement d'un dossier contentieux, dont toutes les formes amiables préalables ont été épuisées, et qui est portée devant une juridiction. Il s'agit d'une mesure d'instruction très formelle, codifiée par une réglementation spécifique et explicite.

Un expert est alors désigné par ordonnance de référé [60].

3.1.1 SAISINE DE L'EXPERT

Le juge peut désigner la personne de son choix, car tout praticien peut être expert. Cependant, il existe une liste d'experts auprès de chaque cours d'appel et une liste nationale établie par le bureau de la Cour de cassation [29].

L'expert prête serment d'accomplir sa mission en toute rigueur et toute indépendance. Devant évoluer dans le domaine hautement sensible de la responsabilité et devant évaluer la qualité et l'opportunité du travail réalisé par un confrère, le travail de l'expert dans ce type de procédure est particulièrement délicat.

De même, son jugement pouvant être influencé par ses propres convictions, il est important que l'expert fasse abstraction des facteurs polluant l'objectivité de son raisonnement, et que l'analyse soit faite avec beaucoup de rigueur et d'indépendance intellectuelle [8].

La compétence professionnelle implique la maîtrise d'un savoir médical, et d'un savoir-faire thérapeutique. Elle s'acquiert par la formation continue et post-universitaire.

Rappelons l'article 11 du code de déontologie :

« Le chirurgien a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des opérations de formation continue » [62].

Ce doit être un praticien notoire, compétent, expérimenté dans son domaine, réputé honnête, impartial et indépendant. Son rapport écrit nécessite la rigueur de l'esprit scientifique et la conformité avec le consensus des professionnels dans la matière évoquée [63].

Dans le cadre d'une procédure civile, ce sont les articles 232 à 284 du Nouveau Code de Procédure Civile qui fixent les modalités relatives à l'expertise. En la matière, le texte donne au juge en charge de l'instruction du litige une grande autonomie [29,8,50].

En effet, selon l'article 263, c'est lui qui décide de *l'opportunité de l'expertise* : « 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 ».

Selon l'article 232, c'est lui qui décide de l'opportunité de *désignation d'un expert* et a de plus l'entière liberté pour le choix de ce dernier : « Le juge peut commettre toute personne de son choix... ».

Selon l'article 232, c'est lui qui précise *l'étendue et la nature du champ d'action de l'expert* : « ...pour l'éclairer par des constatations, par une consultation ou par une expertise sur une question de fait qui requiert les lumières d'un technicien ».

Enfin, selon l'article 265, c'est lui qui décide *des délais* de réalisation de l'expertise et de dépôt du rapport : « La décision qui ordonne l'expertise...impartit les délais dans lesquels l'expert devra donner son avis ».

Soumis à l'autorité de la tutelle qui l'a désigné, le praticien se retrouve donc dans un rôle d'auxiliaire de justice. En tant qu'homme de l'Art, il a toute latitude et autorité pour conduire son expertise selon sa conscience professionnelle, conformément aux obligations déontologiques d'indépendance professionnelle [8].

3.1.2 LA MISSION D'EXPERTISE CIVILE

La mission de l'expert est parfaitement encadrée par la juridiction qui l'a commis, tant dans l'étendue de sa mission que dans les délais impartis à sa réalisation.

Généralement, l'ordonnance missionnant l'expert précise les points pour lesquels il doit donner un avis motivé : démontrer si oui ou non le comportement du praticien a été conforme aux règles de l'art et aux données acquises de la science avant, pendant et après le traitement litigieux.

L'expert est chargé d'une mission pour donner un avis technique sans porter d'appréciation juridique. Il doit déterminer de manière synthétique, s'il existe un préjudice, une faute et s'il y a un lien entre la faute et le préjudice [8].

Dans l'article 238 du Nouveau Code de Procédure Civile, il est précisé que « Le technicien doit donner son avis sur les points pour l'examen desquels il a été commis...il ne doit jamais porter d'appréciations d'ordre juridique » [50].

Une expertise donne pour mission à l'expert, non seulement de répondre aux questions qui lui sont posées par l'instance requérante, mais aussi d'être complet, minutieux, consciencieux, exhaustif, précis et clair..., pour être compréhensible par un non professionnel.

Bien qu'un certain nombre de tentatives de standardisation aient été faites pour harmoniser le libellé des missions tant pour les expertises en réparation de dommage corporel qu'en matière de responsabilité, le libellé exact de la mission qui sera confié à l'expert reste du domaine de l'initiative de l'autorité requérante.

D'une manière générale, les missions sont organisées autour de trois grands thèmes principaux : l'examen de la victime, la description des circonstances d'apparition de ces lésions ou préjudices et enfin la mise en évidence d'un lien de causalité entre préjudice et faute [8].



Dans notre affaire, l'expert reçoit la mission (Exp.1):

- « *d'entendre les parties en leurs explications ainsi que tous sachants* »

Ce qui permet à l'expert de situer le problème, de connaître les principales **doléances** du demandeur et le **système de défense** du défendeur [10].

- *« de se faire communiquer tous documents utiles, même détenus par les tiers »*

Ce point rappelle l'importance d'une **bonne gestion des dossiers cliniques** des patients. En effet, un désordre administratif peut refléter un désordre clinique. Rappelons tout de même que tous les éléments du dossier doivent être conservés pendant dix ans minimum [10]. Le praticien doit être en mesure de pouvoir prouver qu'il a reçu, de son patient, un consentement libre et éclairé. En l'état actuel des choses, il est conseillé au chirurgien-dentiste de tenir un dossier de qualité comprenant un volet administratif (état civil du patient, etc.), un volet médical (questionnaire médicale daté et signé par le patient) et un volet dentaire (dates des rendez-vous, actes effectués, radios annotées, devis et fiches de consentement éclairé). Il est indispensable que soient signés le questionnaire médical, le devis et un éventuel refus de réorientation thérapeutique [42].

- *« d'examiner Madame X après s'être fait communiquer les dossiers médicaux »*
- *« de décrire l'état de la dentition de Madame X avant l'intervention du docteur Y »*
- *« de décrire les soins prodigués par le docteur Y et de donner son avis sur leur coût »*

L'examen clinique de la patiente suit un canevas précis, afin que l'ensemble de la bouche soit examinée. Cette partie de la mission permet à l'expert de prendre connaissance de **l'état dentaire initial** de Madame X et de retracer **l'historique des soins reçus** [10]. Ainsi, l'expert devra mettre en évidence l'existence ou l'absence, d'un état antérieur favorisant ou aggravant les préjudices constatés [8].

- *« de dire si les soins apportés à Madame X par le docteur Y ont été conçus et exécutés conformément aux règles de l'art dentaire et correspondent aux données actuelles de la science »*
- *« de dire si les soins prodigués par le docteur Y étaient utiles et nécessaires »*

L'analyse des éléments précédents oriente l'opinion de l'expert soit vers une défaillance, une erreur ou une imprudence qu'il faut tenter d'analyser, soit vers une mise hors de cause du praticien. Il sera donc demandé à l'expert d'étudier le comportement du praticien durant la séquence de soins et d'estimer si les soins proposés l'ont été de manière judicieuse et menés **« consciencieusement, conformément aux données acquises de la science »** et non conformes aux données nouvelles. Tout le problème pour l'expert est de déterminer à quel moment une donnée nouvelle devient une donnée acquise [10]...

- *« de préciser la nature et l'importance des soins qui doivent être aujourd'hui apportés pour stabiliser la dentition de Madame X dans des conditions compatibles avec son âge et son sexe »*
- *« d'en chiffrer le coût »*

Cette question permet d'évaluer la nature et le **montant des soins à réaliser**, pour rétablir un état bucco-dentaire sain.

- « en cas de manquements du docteur Y, de rechercher le préjudice en relation directe et certaine avec ceux-ci »

L'expert doit déterminer l'**imputabilité**, c'est à dire qu'il doit rechercher une relation de cause à effet du dommage et des séquelles, dues aux manquements du docteur Y. Ce lien doit être formel et incontestable [61].

Pour cela, l'expert doit étudier de façon très précise l'état antérieur de la victime, vérifier la logique d'enchaînement des troubles attestés, leur véracité, le délai de latence entre leur apparition et le fait générateur, pour qu'il puisse rattacher des signes pathologiques aux manquements du praticien.

- « de donner en cette hypothèse son avis sur les préjudices subis par Madame X, notamment sur le *pretium doloris* qu'elle a subi ou subira du fait des soins reçus et des soins à recevoir »

Cette partie de l'expertise peut justifier une indemnisation au titre des souffrances endurées. En effet, l'appréciation de celles-ci se détermine par une échelle allant d'une douleur très légère (1/7) à une douleur très importante (7/7). Le **quantum doloris** prend en compte les douleurs proprement dites et les désagréments occasionnés par un certain nombre d'actes (comme des interventions chirurgicales...).

De même, l'expert peut quantifier un **préjudice esthétique** sur cette même échelle de 7 grades. Il est en rapport avec la disgrâce de l'individu. Néanmoins, l'appréciation de l'expert reste personnelle [10].

Enfin, l'expert peut évaluer un **préjudice d'agrément**, qui correspond à la perturbation d'une activité professionnelle ou personnelle [61], **un préjudice scolaire**, **un préjudice d'avenir...**

- « de répondre aux dires des parties »

Si le praticien ne respecte pas le délai qui lui est imparti, un rappel lui est adressé par le Juge chargé du contrôle des expertises. Son retard peut être sanctionné, éventuellement par une radiation de la liste des experts [60].

Selon l'article 233 du nouveau code de procédure civile, l'expert doit accomplir personnellement la mission qui lui a été confiée. Cependant, s'il a besoin d'informations dans un domaine qui n'est pas le sien, il peut faire appel à un autre expert, autrement appelé *sapiteur* [50].

3.1.3 LA CONVOCATION DU PATIENT, DU PRATICIEN, ET DES CONSEILS

Lors d'une opération d'expertise doivent être convoqués d'une part « le demandeur » ou la « demanderesse », qui est celui ou celle qui a intenté l'action et d'autre part « le défendeur », qui est le praticien dont la responsabilité est mise en cause.

Demandeur et défendeur représentent les parties.

Celles-ci sont assistées par le ou les praticiens conseils de leur choix ou désignés par leur assurance. Quelquefois, elles sont représentées également par leur avocat.

Le principe essentiel qui gouverne la procédure de l'expertise civile (comme de tout le procès civil) est le « principe contradictoire ». Il implique que toutes les parties doivent être informées du déroulement de l'expertise, et mises en possession de toutes les pièces utilisées par l'expert dans l'accomplissement de sa mission. Le respect de ce principe impose un grand formalisme tout au long de l'expertise.

Toutes les parties, et leurs avocats, doivent être informés des dates et lieux des réunions d'expertise. Les convocations des parties doivent être faites par lettre recommandée avec accusé de réception [8,60].

Les avocats peuvent être avisés par lettre simple.

Les confrères, missionnés par les parties, qui se manifestent pour assister à la réunion d'expertise, n'ont ni la qualité de parties, ni mandat des parties. Ils sont ce qu'il est convenu de nommer des « assistants techniques ». Les aviser de la réunion d'expertise est courtois, mais non impératif [60].

Dans la mesure où, soit il ne s'estime pas suffisamment au fait, soit que certains points de la mission sortent de ses limites de compétence, l'expert est autorisé à recueillir l'avis d'un autre technicien ou sapiteur. En matière civile, c'est le praticien expert qui prend l'initiative de recueillir l'avis de ce technicien. La convocation se fera sans l'aval du juge ; le sapiteur devra être d'une spécialité différente de celle de l'expert (article 278) [8,50].

La date des réunions d'expertise est fixée par l'expert, en fonction des disponibilités de chacun. Les convocations doivent être adressées au minimum quinze jours à l'avance, voire plus, notamment quand une multiplicité de parties peut faire craindre des empêchements préjudiciables par la suite. L'expert doit rester courtois et essayer de trouver une date convenant à tous. Cependant, en cas de difficulté de réunir les parties ou d'incompatibilité de leurs emplois du temps, il lui revient de fixer avec fermeté une date à laquelle les parties ne peuvent se soustraire, suffisamment éloignée (un mois) pour qu'elles prennent leurs dispositions [60].

3.2 TENUE DE L'EXPERTISE

Les expertises en responsabilité, comme l'ensemble des expertises en droit commun, comportent deux phases distinctes et obligatoires : l'examen des pièces constitutives du dossier d'instruction et l'examen du malade.

3.2.1 EXAMEN ET RECUEIL DES DOCUMENTS

Phase essentielle de l'expertise, elle va permettre à l'expert de prendre connaissance de la chronologie des faits. Elle est indispensable pour une approche et une appréciation objectives [8].

La consultation de l'ensemble des pièces par l'expert est facilitée par un certain nombre de dispositions telles que celles contenues dans le Nouveau Code de Procédure Civile [50] :

- article 243 : « Le technicien peut demander communication de tous les documents aux parties et aux tiers, sauf au juge à l'ordonner en cas de difficultés. »

- article 275 : « Les parties doivent remettre sans délai à l'expert tous les documents que celui-ci estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission... »

Il n'est théoriquement pas dans les possibilités des parties de se soustraire à cette obligation, car dans cette éventualité, « ...En cas de carence des parties, l'expert en informe le juge qui peut ordonner la production des documents, s'il y a lieu sous astreinte... »(article 275). Il est évident qu'un tel comportement ne pourra que nuire à la partie faisant obstruction puisque ce même article précise enfin « ...La juridiction de jugement peut tirer toutes les conséquences de droit du défaut de communication des documents à l'expert. » [8].

Au cours de cette réunion, l'expert doit s'assurer que chacune des parties est en possession de toutes les pièces du dossier [60] (telles que les comptes rendus opératoires, les radiographies pré et post-opératoires, les ordonnances, les devis éventuels...) afin de respecter la procédure contradictoire.

3.2.2 EXAMEN DE LA VICTIME

3.2.2.1 RAPPEL DES FAITS

L'expert doit être à l'écoute de tous mais doit garder la maîtrise des débats [29]. Il portera tout particulièrement son attention aux commémoratifs relatés par les deux parties, aux doléances et antécédents de la victime.

L'expert pourra ainsi :

- rechercher des antécédents médicaux ou chirurgicaux pouvant influencer sur la survenue, le déroulement ou l'aggravation du préjudice constaté ;
- faire préciser à la victime ses activités professionnelles, sportives, associatives, culturelles... [8]

C'est un moment clé de l'entretien car c'est durant ce temps que la victime pourra s'exprimer. Il est important qu'elle raconte elle-même le déroulement, l'enchaînement des événements ayant présidé à la venue du fait générateur et surtout à la manière avec laquelle elle l'aura vécu. Cependant, cette phase doit rester sous la direction de l'expert afin d'éviter qu'elle prenne une tournure agressive ou bien qu'elle se dilue dans des détails sans intérêt pour la compréhension de l'affaire. Du fait de la nécessité du respect de la procédure contradictoire, l'expert doit veiller à l'équité du temps de parole, et doit contenir et canaliser les éventuelles rancœurs accumulées tout au long de l'affaire.

Cette discussion, outre la connaissance objective, ou du moins contradictoire, des faits que l'expert pourra acquérir de l'affaire pour laquelle il a été nommé, lui aura permis d'évaluer les forces en présence, lui donnant divers éléments d'appréciation sur la réalité de l'action fautive, sur l'imputabilité de l'acte médical, la faute professionnelle avérée, ou pour apprécier si au contraire le litige est né d'une mésentente, d'une incompréhension, d'un défaut de communication [8].

3.2.2.2 EXAMEN CLINIQUE

L'expert doit conduire son examen avec rigueur.

Il doit assurer les descriptions des lésions avec un maximum de détails, faire le tour de toutes les fonctions, les décrire, préciser si elles sont altérées par le préjudice et dans quelle mesure, mettre en évidence les éléments qui permettront de rechercher les implications d'une telle altération sur les actes de la vie quotidienne.

Comme tout acte clinique, ce temps pourra être complété par certains examens complémentaires rendus nécessaires à une bonne appréciation de l'état de la victime : examens radiographiques, dosages biologiques ou appel à des compétences complémentaires [8].

Ce moment de l'expertise est capital car il conditionne la future indemnisation.

L'examen clinique, réalisé par l'expert judiciaire, se déroule en présence des praticiens conseils des parties. Les avocats peuvent y assister, mais en général ils s'abstiennent.

Le praticien qui accompagne la patiente veillera au bon déroulement de l'examen médical.

En fin de réunion, l'expert peut demander à la patiente et au praticien de quitter la salle de réunion. Seuls les avocats et les experts conseils des différentes parties vont rester avec l'expert judiciaire. Une discussion va s'engager sur la réalité du préjudice, et chaque partie va défendre son point de vue. Celle-ci doit avoir un caractère contradictoire. Elle ne saurait avoir lieu après le départ de l'une des parties [60].

La conclusion reviendra à l'expert judiciaire qui peut donner son avis immédiatement ou différer ses conclusions à la rédaction de son rapport.

3.3 LE PRE-RAPPORT D'EXPERTISE

Si le magistrat le demande, l'expert rédige un pré-rapport d'expertise. De cette façon, les différentes parties peuvent émettre des observations éventuelles sur cette version de l'expertise. Ces remarques que l'on appelle aussi « dire à expert » sont d'une grande importance car, d'une part elles seront annexées au rapport d'expertise et d'autre part l'expert a obligation d'y répondre.

Ce pré-rapport doit être adressé aux avocats de toutes les parties, en leur indiquant le délai dans lequel le rapport sera déposé...délai pendant lequel des dires peuvent être présentés.

C'est l'avocat qui se charge de transmettre le dire à expert et à toutes les parties pour respecter la procédure contradictoire [60].

Par la suite, les conclusions de l'expert pourront être définitives et le rapport d'expertise déposé.

3.4 LE RAPPORT D'EXPERTISE

Le rapport d'expertise est le bilan de l'ensemble du travail de l'expert. Il doit donc en décrire les différentes phases. Pièce médico-légale, il doit certes apporter tous les éléments de réponse aux questions techniques posées par le juge, mais il doit également préciser la manière et les moyens avec lesquels ils ont été obtenus.

Il n'existe pas de texte formalisant la rédaction du rapport d'expertise, comme il n'existe pas de trame spécifique au rapport d'expertise en responsabilité. Cependant, un consensus issu d'un certain usage a consacré une chronologie quant aux rubriques abordées dans cette rédaction [8].

Le rapport est lu par le magistrat auteur de la mission, ainsi que par ses conseillers. Il est également lu par l'avocat des parties et souvent transmis aux compagnies d'assurances. Une copie du rapport doit être adressée à chacune des parties.

L'expert doit rendre son rapport parfaitement clair, en se rappelant qu'il reste l'intermédiaire entre la victime et la justice et qu'il est un auxiliaire de la justice.

Le Juge n'est pas chirurgien-dentiste, il faut donc lui rendre compréhensible et sans subjectivité le langage médical. Il va donc pouvoir analyser et comprendre les réponses, émises par l'expert, aux questions posées dans sa mission. C'est dans ce cadre qu'il va lire attentivement la partie intitulée « discussion ». Le juge veut comprendre pourquoi l'expert a émis telle conclusion et veut se faire également sa propre opinion.



Pour le sinistre servant de support à notre mémoire, les opérations d'expertise ont eu lieu le jeudi 7 novembre 2002 à 15 heures au cabinet de l'expert.

Suite à cette réunion, l'expert a déjà rédigé un pré-rapport d'expertise, et a répondu aux dires des parties dans son rapport définitif.

Ce rapport d'expertise est scindé en plusieurs chapitres :

- **Introduction** (Exp. 1, Exp. 2):

Cette première partie identifie l'expert, précise ses titres et sa qualité, définit l'autorité requérante, énonce in extenso les différents chefs de la mission, précise la date, le lieu de l'expertise, les parties présentent le jour de l'examen avec les dates et modalités de convocation desdites parties.

- **Pièces du dossier** (Exp. 3) :

L'expert liste en totalité les documents qu'il a en sa possession ou qu'il a pu consulter contradictoirement le jour de l'expertise (en particulier les dossiers radiographiques). Pour chaque pièce du dossier, l'expert précise la provenance, ainsi que la date de prise en possession.

- **Doléances de la patiente** (Exp. 4) :

Madame X expose ses doléances (recouvrant strictement les termes de sa lettre du 11 mars 2002 vue précédemment (Doc.7)). Celles-ci expriment ses souffrances, ses récriminations, ses difficultés...

- **Contestations du praticien** (Exp. 4):

Cet exposé ne recueille pas l'assentiment du docteur Y qui conteste avoir affirmé certains des termes suivants de la lettre que lui a adressé le 11 mars 2002 Madame X, qui écrit :

-“dressé un bilan catastrophique de l'état d'un grand nombre de mes dents”

-“sans hésiter à dénigrer le travail effectué par votre prédécesseur”

-“vous m'avez assuré alors que la reprise des traitements radiculaires et la pose de couronnes céramiques sur inlay-core apporteraient une solution radicale et définitive à mes problèmes...”

-“Mais votre discours alarmiste...

-“En décembre 1999, apparition d'un second abcès, cette fois sur un incisive centrale. Vous me demandez de subir une intervention sous forme d'une résection apicale par les soins du docteur P à Nancy. Par la suite, lors des visites de contrôle, vous constatez une mauvaise cicatrisation et une fistule permanente à cet endroit. Vos propos se veulent néanmoins rassurants quand à la bonne voie de la guérison”

-“En septembre 2001, retour dans votre cabinet pour, d’une part, faire contrôler à nouveau cette incisive ne cicatrisant toujours pas et, d’autre part, pour une fistule située au dessus d’une molaire (en haut et à gauche). Après radios, vous affirmez qu’il n’y a pas de nouveaux foyers d’infection et que je n’ai pas de soucis à me faire.”

-“Sans vouloir remettre en cause le sérieux de votre travail, force est de constater aujourd’hui que les traitements que vous prétendiez infaillibles à 99%, je vous cite, ont en partie abouti à un échec.”

▪ **Anamnèse :**

Etat antérieur indiscutable (Exp. 5) :

L’expert fait l’analyse radiologique de l’état dentaire de la patiente avant le début des soins. Ce chapitre correspond à l’état dentaire initial étudié dans la première partie.

Il ressort de ce descriptif que la présence de foyers infectieux est incontestable et qu’il y a nécessité de reprendre les traitements endodontiques et prothétiques.

Soins effectués par le praticien (Exp. 6) :

L’historique des soins est retracé grâce au dossier informatique de la patiente.

▪ **Examen clinique (Exp. 7):**

Il traduit le plus fidèlement possible la réalité de l’examen au jour de l’expertise. Dans un style dépouillé et simple, il doit cependant être précis et détaillé [8].

Doc. 9a : Examen clinique (page 1/3)

Le jour de notre expertise, nous constatons :

ETAT GENERAL :

Le questionnaire médical oral ne permet pas de mettre en lumière une quelconque affection générale susceptible d’interférer avec le diagnostic ou le pronostic local.

EXAMEN EXOBUCCAL :

À l’inspection, Madame X présente :

- un visage sans signe extérieur d’une quelconque pathologie,
- une symétrie faciale,
- un chemin d’ouverture et de fermeture sans déviation, ni boiterie,
- des excursions mandibulaires d’amplitude normale tant en ce qui concerne la protrusion que les mouvements de latéralité,

La palpation ne révèle aucune adénopathie satellite,

EXAMEN ENDOBUCCAL :

- une bonne hygiène buccale,
- une gencive et une muqueuse buccale saines, de couleur normale, à l'exception d'une fistule vestibulaire au niveau de l'apex de la dent N° 11, laissant échapper une sérosité louche, d'allure purulente, correspondant au foyer apical de la 11 radiologiquement visible. Trace arciforme à concavité supérieure = cicatrice de la voie d'accès à la résection apicale faite par le Docteur P .
- une légère voussure vestibulaire au niveau de la racine mésio-vestibulaire de la dent N° 16 et de la 27, correspondant à une image radio-claire de foyer apical sur ces dents.

LE STATUS DENTAIRE est, au jour de l'expertise, le suivant :

Au maxillaire :

- 18 : absente,
- 17 : couronne céramo-métallique,
- 16 : couronne céramo-métallique,
- 15 : couronne céramo-métallique,
- 14 : absente, sans diastème (= espace entre deux dents)
- 13 : couronne céramo-métallique,
- 12 : couronne céramo-métallique,
- 11 : couronne céramo-métallique,
- 21 : couronne céramo-métallique,
- 22 : couronne céramo-métallique,
- 23 : couronne céramo-métallique, pilier antérieur d'un pont céramo-métallique, remplaçant, par deux éléments intermédiaires 25 et 26, le pilier postérieur étant une couronne sur la 27.
- 24 : extraite,
- 25 : extraite, remplacée par un élément intermédiaire du pont,
- 26 : extraite, remplacée par un élément intermédiaire du pont,
- 27 : couronne céramo-métallique, pilier postérieur du pont céramo-métallique,
- 28 : couronne céramo-métallique,

À la mandibule ou maxillaire inférieur :

- 38 : couronne céramo-métallique, pilier postérieur d'un pont céramo-métallique,

remplaçant, par deux éléments intermédiaires 36 et 37, le pilier antérieur étant une couronne sur la 35,

- 37 : absente,
- 36 : absente,
- 35 : couronne céramo-métallique, pilier antérieur d'un pont céramo-métallique, remplaçant, par deux éléments intermédiaires 36 et 37, le pilier postérieur étant une couronne sur la 38. Cette 35 montre un retrait gingival au niveau cervical,
- 34 : couronne céramo-métallique, avec retrait gingival au niveau cervical,
- 33 : présente, saine,
- 32 : présente, saine,
- 31 : présente, saine,
- 41 : présente, saine,
- 42 : présente, saine,
- 43 : présente, saine,
- 44 : présente, saine,
- 45 : couronne céramo-métallique, avec retrait gingival au niveau cervical vestibulaire,
- 46 : couronne céramo-métallique, avec retrait gingival au niveau cervical vestibulaire,
- 47 : absente,
- 48 : absente,

Je tiens à souligner que le Professeur S écrit dans son constat que 28 est absente. Il me faut préciser que la dent que j'appelle 27 est appelée 26 par lui. J'ai constaté également qu'il écrit que 15 est absente. Je pense que 14 est absente, ainsi que 24. Ces deux premières prémolaires sont des dents "faibles et fragiles" sans grande valeur prothétique. Ce sont celles-ci que l'on choisit d'extraire pour faire de la place, soit dans le cadre d'un traitement d'orthodontie, soit simplement pour faire de la place lorsqu'il y a une dysharmonie dento-maxillaire, c'est-à-dire lorsque les dents sont trop grandes par rapport au maxillaire. (ceci est exprimé en termes simples pour être compréhensible des laïcs). Donc, je dis que 15 est présente et a subi un glissement vers l'avant (= mésiogression) pour se retrouver derrière la 13 et que l'espace correspondant aux deux éléments intermédiaires du pont supérieur gauche provient de l'absence de 24, 25 et 26, la dent N° 27 ayant elle aussi subi une mésiogression. L'espace occupé par les deux éléments intermédiaires du pont supérieur gauche est plus petit que celui qui correspondrait aux trois dents 24, 25 et 26, mais plus grand que celui résultant de l'absence des seules 24 et 25. Nous avons donc 27 et 28 et non 26 et 27 ; ce n'est d'ailleurs pas primordial en ce qui concerne les travaux à analyser, mais il fallait le souligner.

remarque : le professeur S est le praticien qui a établi le constat de l'état dentaire et de ses complications et réalisera les traitements nécessaires afin de réparer le préjudice.

▪ **Examen radiographique (Exp. 8) :**

Doc. 10 : Examen radiographique

Les radiographies du 26.03.2002 et du 23.10.2002, cette dernière très proche de l'expertise, servent de référence pour décrire la situation radiographique de Madame X au moment de notre expertise. Ces deux radiographies sont de qualité incontestable et il n'existe entre ces deux documents pas de différences significatives. Voici mes observations qui ne signalent que les images pathologiques ou non conformes aux données acquises de la science :

- 17 : présence d'une zone radioclaire¹, correspondant à une lésion apicale située sur la racine disto-vestibulaire, conséquence d'un traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science,
- 16 : présence d'une zone radioclaire avec épaissement ligamentaire autour de la racine mésio-vestibulaire, conséquence d'un traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science,
- 15 : petite image douteuse, radioclaire du côté mésial de la racine,
- 12 : image radio-claire à l'apex de la racine,
- 11 : présence d'une zone radioclaire, correspondant à une lésion apicale se traduisant cliniquement par la fistule signalée plus haut . La racine a subi une résection apicale, mais cet acte n'a pas permis la guérison du foyer infectieux. (commentaires dans le paragraphe discussion),
- 22 : image radio-claire à l'apex de la racine, traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science,
- 27 : image radio-claire à l'apex de la racine vestibulo-mésiale, traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science,
- 38 : Importante image radioclaire dans la zone de furcation radiculaire. Image de récurrence de lésion carieuse à la limite de la couronne et du collet de la dent, visible du côté mésial de la racine mésiale. Alvéolyse prononcée. Cette dent est condamnée à être extraite,
- 35 : traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science, mais pas encore de foyer radiographiquement visible,
- 34 : image radio-claire à l'apex de la racine, traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science,
- 46 : image radio-claire à l'apex de la racine mésiale et image de gros foyer à l'apex de la racine distale, traitement radiculaire insuffisant et non conforme aux données actuelles de la science, dent vraisemblablement non conservable.

▪ Discussion (Exp. 9) :

C'est avec la conclusion la partie la plus importante pour le magistrat qui devra juger l'affaire. En effet, de ce chapitre doit découler des conclusions évidentes. A partir des faits révélés par l'examen clinique et des éléments relevés au cours de l'interrogatoire, l'expert répond, en argumentant ses affirmations, ses intuitions ou ses présomptions.

L'expert doit utiliser des termes simples, compréhensibles par tous, car son rapport est destiné à des non chirurgiens-dentistes.

A l'inverse du compte rendu de l'examen clinique qui est en fait un rapport technique, la discussion doit être une réponse en des termes médico-légaux à une ou plusieurs questions d'ordre purement juridique portant sur des points essentiellement techniques [8].

Il n'est pas interdit à l'expert, même si cela peut sembler un peu trop littéraire, d'envisager plusieurs situations et de choisir celle qui, en son âme et conscience, est la meilleure.

Naturellement, tous les éléments de la mission devront être discutés.

Doc. 11a : Discussion (page 1/2)

Il est incontestable, au vu des examens clinique et radiologiques que le Docteur Y n'a pas, dans les soins donnés à Madame X, respecté les données acquises de la science et que ses traitements endodontiques souffrent de manquements graves.

Mais il est non moins incontestable que l'état dentaire de Madame X n'était pas des meilleurs lorsque le Docteur Y a entrepris les soins. Madame X a elle-même souligné avoir eu souvent recours à des soins dentaires. Cela n'absout en aucun cas le Docteur Y de ses manquements, mais cela peut modifier la notion de responsabilité. En particulier, il faut noter que Madame X avait, au moment de sa prise en charge par le Docteur Y, déjà des foyers apicaux sur les dents suivantes : 15, 12, 22, 27, 38, 45, 46 et 47 (extraite depuis lors). Les soins endodontiques entrepris par le Docteur Y n'ont pas guéri ces foyers. Certes, une guérison est certainement un élément positif dans l'appréciation de la qualité des soins, mais l'absence de guérison n'implique pas automatiquement un manquement dans les traitements canaux. L'absence de guérison des foyers est-elle un critère pour dire que les soins n'ont pas été exécutés selon les règles de l'art ? Certes non. Mais toutefois on peut, par exemple, dire avec certitude que la résection apicale faite par le docteur P est un échec patent. Sans reprise du traitement radiculaire et sans obturation "à retro", l'échec était certain. Pour oser affirmer tout ce qui précède, je dois expliquer aux laïcs l'importance de l'histologie de la dent dans le développement de la pathologie.

Lorsqu'on parle de "traitement de racine" ou "traitement canalair" ou "obturation de racine", il faut savoir que le canal radiculaire même s'il est bien réalisé et s'il est radiographiquement satisfaisant, n'est jamais satisfaisant du point de vue bactériologique. En effet, la pulpe qui est éliminée lors d'un traitement de racine est ensuite, après alésage du canal, remplacée par une pâte antiseptique d'obturation ou de la gutta-percha encore condensée, afin que la lumière du canal soit entièrement obstruée, sans qu'il subsiste de régions d'obturation non dense. L'image radiographique est un critère relativement fiable de la qualité du traitement endodontique et si la guérison du foyer est radiographiquement visible, c'est encore mieux. Or, il faut également savoir que de ce canal radiculaire central, seul réellement plus ou moins bien accessible, s'épanouissent des canalicules dentinaires qui traversent toute l'épaisseur de la dentine et qui ne sont pas accessibles aux traitements, si bien que, même si l'on a bien obturé le canal radiculaire, rien ne nous autorise à dire que le restant de l'épaisseur dentinaire soit parfaitement stérile. Nous n'en sommes jamais sûrs, à telle enseigne que lorsqu'un patient est atteint d'une maladie qui doit écarter tout risque de présence d'un foyer infectieux potentiel (comme par exemple, un malade qui doit subir une greffe ou qui a une cardiopathie valvulaire avec risque oslérien), toute dent dévitalisée, même si le traitement de racine semble être radiographiquement correct, doit être extraite.

Je ne suivrai néanmoins pas le Professeur S , qui parle de "manquements d'ajustage cervical" des pièces prothétiques sur les dents suivantes : 35, 45 et 46. Il s'agit plutôt d'un léger retrait gingival. Ceci n'est pas important, les pathologies sous-jacentes exigeant de démonter ces couronnes.

En ce qui concerne le pont céramo-métallique allant de 35 à 38, dent condamnée, le Professeur S nous dit que les éléments intermédiaires sont trop larges dans le sens vestibulo-lingual et par conséquent supportent trop de charges, d'où la souffrance du pilier postérieur. Je suis d'accord avec ce point de vue.

Il est donc particulièrement dommage que le Docteur Y n'a pas apporté plus de soins à ses traitements endodontiques, car ces manquements mettent en cause tous les travaux de restauration prothétiques ultérieurs. Notons néanmoins que le foyer sur 15 s'est, par rapport à l'image initiale, améliorée sur la radiographie du 23.10.2002 ; on peut espérer une évolution favorable.

Cela est d'autant plus vrai, lorsqu'on ne connaît pas la pathologie qui a présidé au précédent traitement radiculaire. Si le canal était alors déjà infecté, personne ne peut garantir qu'aucune infection n'est susceptible de diffuser à partir des canalicules dentinaires.

Si j'insiste sur cette explication, c'est pour souligner que Madame X avait sur un certain nombre de dents des traitements radiculaires insatisfaisants et, partant, vraisemblablement des dents avec la dentine infectée. Ceci n'exonère néanmoins pas le Docteur Y de ses traitements insuffisants, mais cela doit être pris en compte, sans aucun doute, pour l'appréciation de l'état antérieur.

Par contre, nous pouvons dire que le Docteur Y a effectué des travaux prothétiques de qualité. Il fait appel à un technicien en prothèse dentaire compétent et les travaux qu'il a exécutés chez Madame X ne souffrent pas de critique. Madame X ne se plaint d'ailleurs pas de ses couronnes, tant sur le plan fonctionnel que sur le plan esthétique.

▪ **Conclusions** (Exp.10):

L'expert répond exactement aux questions de la mission et uniquement à celles-ci. Sa conclusion est claire, précise et motivée. Il précise si l'état actuel de la patiente, avec toutes les complications décrites au cours de l'expertise, est en relation directe avec l'erreur ou la faute du praticien.

Doc. 12a : Conclusion (page 1/4)

Après avoir, selon les termes de la mission :

- entendu les parties en leurs explications, ainsi que tous sachants,
- m'être fait remettre tous documents utiles, même détenus par des tiers,
- examiné Madame X ; après m'être fait communiquer ses dossiers médicaux,
- j'ai décrit l'état de la dentition de Madame X avant l'intervention du Docteur Y ,
- j'ai décrit les soins prodigués par le docteur Y , et

à la question : .

et de donner son avis sur leur coût,

je réponds :

Les honoraires perçus par le Docteur Y pour les soins donnés à Madame X , correspondent, pour les actes de soins opposables, au tarif de responsabilité de la sécurité sociale, et, pour les actes de prothèse (inlay core et couronnes), actes non opposables, à un montant d'honoraires conforme à la qualité des soins prothétique prodigués ainsi qu'aux données socio-économiques de la région et de l'époque où ils ont été exécutés.

Les devis ont été correctement établis, ils mettent en relief la part de responsabilité de la sécurité sociale pour les soins et mentionnent la part à la charge du patient et de son éventuelle caisse complémentaire pour les actes prothétiques. Ces devis ont été signés par les deux parties et Madame X . n'a, au cours de l'expertise, jamais soulevé de problèmes d'honoraires, si ce n'est pour dire que le Docteur Y avait pris à sa charge une somme non remboursée par l'Urrpimmec de 448, francs 75 centimes. Madame X dit que le montant total des honoraires s'élevait à 66 600, 00 francs, dont 10 250, 00 francs à sa charge.

à la question :

- de dire si les soins apportés à Madame X par le Docteur Y ont été conçus et exécutés conformément aux règles de l'art dentaire et correspondent aux données actuelles de la science,

je réponds :

NON, les traitements endodontiques ne sont pas exécutés conformément aux règles de l'art dentaire et ne correspondent pas aux données actuelles de la science pour les dents suivantes : 17, 16, 12, 11, 21, 22, 27, 28, 38, 35, 34, 35, 45 et 46

à la question :

- de dire si les soins prodigués par le Docteur Y étaient utiles et nécessaires,

je réponds :

OUI,

à la question :

- de préciser la nature et l'importance des soins qui doivent être aujourd'hui apportés pour stabiliser la dentition de Madame X dans des conditions compatibles avec son âge et son sexe,

je réponds :

Il faut, pour ménager l'accessibilité aux canaux radiculaires déposer les couronnes et les inlays core des dents suivantes : 17, 16, 12, 11, 21, 22, 35, 34, 35, 45 et 46.

Toutefois, j'attire l'attention sur le fait que la dépose de certaines couronnes et de certains inlays core implique des risques de fractures radiculaires. De tels actes ne sont pas toujours aisés ou innocents et il est utile de le signaler au praticien qui devra oeuvrer. En particulier me paraissent dangereuses 12, 11, 22. Mais la solution de l'obturation "a retro" seule est insatisfaisante, car le canal ne sera latéralement pas étanche. De toute façon ces dents sont bactériologiquement suspectes.

Il convient de reprendre les traitements radiculaires sur les dents suivantes : 16, 17, 12, 11, 22, 35, 34, 44,

Une résection apicale avec obturation "a retro" s'impose sur 17 (racine vestibulo-distale), 16 (racine vestibulo-mésiale), 12, 11, 21, 22, 27 (racine vestibulo-mésiale), 28, 34 et 44.

Il faut extraire la 38, la racine distale et la partie coronaire distale de la 46, après section corono-radiculaire. Il faudrait également envisager une résection apicale ou une amputation radiculaire de la racine mésiale de la 27.

Il est extrêmement difficile de répondre de façon précise. Il ne faut pas être péremptoire, mais mesuré, prudent dans les propositions thérapeutiques. En effet, imaginons que dans le cadre d'une proposition, telle que je viens de le faire, nous ayons une fracture d'une racine lors de la dépose d'une couronne et d'un inlay

core, il faudra modifier le projet thérapeutique et cela aura aussi une répercussion sur le devis, d'où,

à la question :

- d'en chiffrer le coût,

je réponds : Là aussi le pronostic est difficile. Nous ne pouvons que faire une approximation. Tout dépend de plusieurs facteurs qui sont :

1) la faisabilité : il n'est pas particulièrement aisé de faire des résections apicales sur par exemple, une dernière molaire supérieure. Et puis quelle sécurité ou quelle certitude quant à la guérison définitive des foyers ? Tous les praticiens, aussi bons soient-ils, ne font pas des miracles ! J'ai expliqué plus haut pourquoi il peut y avoir des récurrences. Il faudra du temps pour vérifier la stabilité des résultats acquis, d'où la nécessité de prothèse transitoires.

2) qui va entreprendre ces soins ? Quelle compétence particulière et, partant, quel montant d'honoraires ? Nous connaissons le plan thérapeutique et les honoraires proposés par le Professeur S, mais ils ne constituent qu'un avis et la réalité peut être autre. N'oublions pas que le montant du tarif de responsabilité de la sécurité sociale pour les soins opposables est ridicule par rapport aux difficultés et au temps passé pour reprendre de tels traitements endodontiques. Les caisses complémentaires vont-elles accepter de reprendre en charge des soins et des couronnes trois ans après une première prise en charge ?

3) que souhaite le patient ? Peut-il accepter une longue suite de séances, peut-être parfois pénibles ? Ou bien ne souhaite-t-il que se limiter à l'élimination des foyers par voie chirurgicale avec obturation "à retro", sans démontage des superstructures.
Que va-t-il préconiser s'il apprend que les caisses complémentaires ne prennent pas tout en charge ?

Le moins que l'on puisse dire dans ces circonstances est que la responsabilité du Docteur Y est impliquée à hauteur du montant des honoraires des travaux à refaire avec en plus une prise en charge d'une compensation liée aux nombreuses pertes de temps lors des séances de soins.

à la question :

- en cas de manquements du Docteur Y, de rechercher le préjudice en relation directe et certaine avec ceux-ci,

je réponds :

Le préjudice subi par Madame X est en relation directe et certaine avec les soins décrits ci-dessus.

à la question :

- de donner en cette hypothèse son avis sur les préjudices subis par Madame X, notamment sur le pretium doloris qu'elle a subi ou subira du fait des soins reçus et des soins à recevoir,

je réponds :

les préjudices subis par Madame X ont été largement exposés.

En outre, Madame X a subi un quantum doloris estimé à 2 sur une échelle allant de 1 à 7, pendant deux heures en moyenne à chaque séance et un préjudice d'agrément (perte de temps d'une quarantaine d'heures) lors des séances de soins chez le Docteur Y.

L'expert est désaisi de sa mission par le dépôt de son rapport [8].

Rappelons que le juge reste le seul maître de la décision et peut parfaitement rendre un jugement totalement différent des conclusions de l'expert judiciaire.

Néanmoins, dans la grande majorité des cas, la juge va s'en remettre aux conclusions de l'expert médical qui, ne l'oublions pas, a été nommé par lui.

3.5 MISE EN ŒUVRE DE LA RESPONSABILITE CIVILE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

La responsabilité civile oblige l'auteur d'un dommage à devoir en réparer les conséquences le plus souvent par le versement de dommages et intérêts. Elle résulte des relations de droit privé existant entre le praticien et son patient [81].

Depuis l'arrêt Mercier de la Cour de cassation du 20 mai 1936, le principe de base de la responsabilité médicale est basée sur la nature contractuelle de la relation entre patient et praticien : on parle alors du **contrat de soin**. C'est dans le cadre d'une inexécution de ce contrat que l'on peut mettre en cause la responsabilité civile du praticien [12].

En effet, le praticien se doit de donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs, prudents et conformes aux données acquises de la science [8,81].

C'est un contrat synallagmatique mettant à la charge du praticien une obligation de moyens et à la charge du patient l'obligation de suivre les conseils et prescriptions du praticien et de les rémunérer.

Cette obligation de moyens n'est pas valable lors de la pose d'une prothèse et le praticien doit assumer une obligation de résultat en tant que fournisseur de la prothèse.

Beaucoup plus rarement, la responsabilité professionnelle sera recherchée dans un cadre délictuel ou quasi-délictuel. Il s'agit de situations où les préjudices sont de nature extra-contractuelle et sont générés par une faute, une négligence intentionnelle ou résultant de pratiques professionnelles illicites comme des interventions expérimentales, thérapeutiques contre le gré des intéressés [62].

Trois conditions doivent être réunies pour que la responsabilité civile du praticien soit retenue : la faute, le préjudice et un lien de causalité entre la faute et le préjudice [81].

3.5.1 LA FAUTE

La notion de faute est l'élément fondamental de la responsabilité contractuelle. Elle est définie comme un manquement à des règles ou des usages en cours dans le moment. Elle peut être aussi une négligence, une maladresse, une imprudence, une ignorance, une erreur, et n'est pas obligatoirement intentionnelle.

D'un point de vue pratique, on peut distinguer trois types de faute :

-la faute technique entraînant des erreurs de diagnostic ou de traitement :

En ce domaine, toute faute même très légère peut engager la responsabilité du chirurgien-dentiste, mais toute erreur ne constitue pas automatiquement une faute. En effet, l'erreur de diagnostic ne sera considérée comme fautive que si le diagnostic erroné avait pour origine un examen superficiel ou incomplet [81].

De la même façon, le simple fait que le traitement choisi échoue n'implique pas par lui-même une faute du praticien si les soins ont été consciencieux et conformes aux données acquises de la science. Il ne pèse donc pas sur le praticien une obligation de résultat, mais bien une obligation de moyens [21].

-la faute dans la surveillance :

La faute peut donc être recherchée dans l'insuffisance de surveillance qu'elle soit postopératoire ou non.

-le défaut de consentement :

L'existence d'un contrat n'entraîne pas une adhésion implicite du patient à tous les actes médicaux que peut pratiquer le praticien.

Avant chaque acte médical, le **consentement** devra donc être obtenu, et pour cela : « le médecin doit employer une expression simple, approximative, intelligible et loyale permettant au malade de prendre la décision qui s'impose ». Le consentement doit être **libre**, c'est à dire qu'à tout moment le malade doit pouvoir renoncer à l'acte médical proposé, mais aussi **éclairé**, c'est à dire que le praticien doit informer le malade des conséquences de l'acte [81]. Il n'est pas exigé du praticien qu'il avertisse son malade des risques exceptionnels ou imprévisibles lorsque l'acte est indispensable... Ce que recouvre l'adjectif « exceptionnel » est cependant loin d'être très précis [75].

Il revient au praticien de s'assurer que cette information a bien été dispensée au patient et qu'elle a été bien comprise par ce dernier. L'obligation d'information s'estompe bien évidemment en cas d'urgence.

Dans le domaine de l'odontologie, l'information doit éclairer le patient [42] :

- sur son état dentaire,
- sur la nature exacte des soins et traitements envisagés,
- sur le coût du ou des traitements [75],
- sur l'existence d'autres traitements possibles et d'une éventuelle alternative que l'on peut lui offrir,
- sur les risques liés au traitement et soins tout comme le pronostic et le risque d'échec.

Il est important de réserver du temps pour délivrer cette information et de garder une période de réflexion entre la délivrance de cette information et la manifestation du consentement [42].

Notons que depuis un arrêt de la Cour de cassation daté de février 1997, il incombe au praticien d'apporter la preuve qu'il a correctement informé le patient (alors qu'auparavant, c'était au patient d'apporter la preuve qu'il n'avait pas été correctement informé) [10]. La conséquence est qu'il faut, non seulement informer, mais aussi conserver l'information.

3.5.2 LE PREJUDICE

L'expertise va permettre d'évaluer le dommage et le traduire qualitativement et quantitativement. Ainsi, le Juge aura à sa disposition des données qui lui permettront d'évaluer le préjudice sans pour autant avoir une connaissance technique.

La jurisprudence offre des exemples de préjudices relativement variés quant à leur nature : corporels (physique, physiologique ou esthétique), économiques ou moraux. La détermination de l'incapacité permanente partielle correspond au taux relevé par l'expert, après consolidation, constatant le dommage, diminué de l'éventuel taux antérieur à l'intervention fautive [62].

En pratique, le préjudice indemnisable correspond également à celui de toute situation de responsabilité : frais engagé par le patient, manque à gagner résultant de l'incapacité temporaire ou permanente ainsi que les différentes catégories de préjudice moral.

Le préjudice peut concerner la privation du patient de ses droits sociaux.

3.5.3 LA CAUSALITE

L'existence d'une faute et d'un préjudice ne suffisent pas pour retenir la responsabilité civile d'un praticien; encore faut-il que le demandeur prouve l'existence, sans ambiguïté d'un lien de causalité entre les deux et ceci, à partir de présomptions graves, précises et concordantes [81].

On admet généralement que pour qu'il y ait causalité, il faut un fait générateur du dommage, c'est à dire un fait qui a été la condition nécessaire du dommage et sans lequel il ne se serait pas produit.

En responsabilité médicale, le lien de causalité obéit aux règles de droit commun, mais la jurisprudence a développé la notion de perte de chance, associée au défaut d'information qui trouve application en matière de chirurgie dentaire comme dans les autres spécialités médicales [62].

Depuis 1965, la jurisprudence admet que le praticien engage sa responsabilité lorsque, par sa faute, il fait perdre à son patient une chance de guérison. Mais la réparation qui en résulte est partielle par rapport au préjudice total et se justifie par l'idée qu'il s'agit d'un préjudice spécifique, celui de la chance perdue [64].

3.5.4 CAS PARTICULIERS

Nous avons vu précédemment que le chirurgien dentiste n'a d'autre obligation que d'user de tous les artifices les plus modernes et de mettre en œuvre toutes les techniques éprouvées que la science met à sa disposition pour honorer un seul objectif : la guérison de son malade. Cependant, il ne faut pas omettre que nous ne sommes pas dans un domaine de science exacte et qu'il subsiste des incertitudes de par la nature même de la personne humaine et à sa réceptivité aux techniques utilisées.

C'est pourquoi la jurisprudence a longuement oscillé entre l'obligation de moyens et l'obligation de résultats.

Pour la réalisation **d'un traitement prothétique**, la jurisprudence a progressivement fait apparaître à la charge du chirurgien-dentiste deux obligations [81].

Déjà, le praticien est tenu à une obligation de moyens, pour tous les actes de diagnostic, de prévention et de soins dentaires, peu importe que ces actes soient réalisés en vue de la pose d'une prothèse ou pour surveiller son maintien.

En revanche, lorsqu'il agit en tant que fournisseur de la prothèse – et à plus forte raison si sa qualité de fournisseur se double de celle de fabricant – il s'engage vis-à-vis de son patient à un résultat [63,8].

Le prothésiste qui réalise la partie mécanique de la prothèse l'a fait sur des indications fournies par le praticien et n'a donc aucune responsabilité à l'égard du malade. C'est donc le chirurgien-dentiste qui serait responsable d'une faute qui serait commise par le laboratoire de prothèse dentaire dans la fabrication de la partie mécanique de la pièce prothétique. En fait, le praticien doit être le fournisseur d'une « prothèse-objet » exempte de tout vice [62].

De même, cette obligation de résultat pèse sur le praticien dans le domaine de l'**esthétique** et plus récemment de la **stérilisation** [8].

Quatrième partie

Réparation du préjudice

4 REPRISE DES TRAVAUX INITIAUX

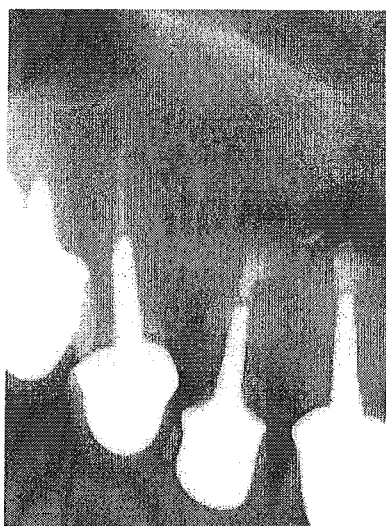
4.1 TRAITEMENT DES FOYERS INFECTIEUX

4.1.1 DESCRIPTIF DES TRAITEMENTS REALISES

Compte tenu de ses foyers infectieux latents ou déclarés, cette patiente nécessite des soins immédiats, et ceci dans le but d'éviter une aggravation locale ou une complication d'ordre général toujours possible. C'est pourquoi, grâce à l'autorisation du magistrat chargé de l'affaire, le traitement des foyers infectieux s'effectue rapidement.

Le traitement des foyers infectieux est retranscrit par ordre chronologique.

11-12 : résection apicale avec obturation à rétro (05/12/2002)



mode opératoire :

- Lambeau avec décharge de 13 à 22
- En décollant, on peut apercevoir un abcès extériorisé à l'os au niveau de la 11
- A l'aide d'une fraise boule, la cavité est élargie
- La lésion est éliminée
- Résection apicale de 11 et 12
- Curetage de l'ensemble de la cavité
- Obturation à rétro à la gutta-percha puis avec de l'IRM®
- Suture de la plaie

La résection apicale (appelée également apicectomie) est un geste chirurgical qui consiste à enlever une partie de l'apex de la racine pour éliminer la partie infectée et améliorer le scellement apical.

Cette procédure sera accompagnée d'un curetage péri-radicaire, et d'une obturation rétrograde.

Cette technique est utilisée lorsque les lésions péri-apicales persistent, et que le système canalaire n'est pas accessible par voie coronaire.

Normalement, le traitement par voie camérale précède toujours le traitement chirurgical à l'exception des situations suivantes [54]:

- Eviter la dépose des reconstitutions prothétiques onéreuses, satisfaisantes au plan fonctionnel (occlusion, points de contact, étanchéité) et esthétique ;
- Risque de fêlure ou fracture lors de l'extraction de tenons trop large ou trop long par rapport aux parois radiculaires ;
- Lorsqu'un instrument endodontique est fracturé dans le tiers apical d'une racine ;
- Lorsque, malgré l'emploi d'hydroxyde de calcium, on ne parvient pas à tarir un suintement apical ;
- Lorsqu'une métaplasie a provoqué l'oblitération complète de la chambre et des canaux pulpaire d'une dent à l'apex de laquelle s'est développée une lésion apicale ou latéro-radicaire (la recherche très difficile d'un canal risque de fragiliser inutilement de telles dents et de compliquer leur restauration) ;
- Dans certaines dents immatures nécrosées pour lesquelles un traitement d'apexification impliquant une cavité d'accès mutilante, des pansements provisoires répétés, font courir un risque de fracture horizontale.

46 : amputation corono-radicaire de la racine distale et reprise du traitement endodontique (05/12/2002)

mode opératoire :

- Section de la dent au niveau inter-radicaire
- Extraction de la racine distale
- Curetage de l'alvéole
- Reprise du traitement endodontique avec obturation des deux canaux de la racine mésiale
- Réalisation d'une couronne provisoire pour la protection du pilier et le guidage de la cicatrisation gingivale

38 : extraction (05/12/2002)

mode opératoire :

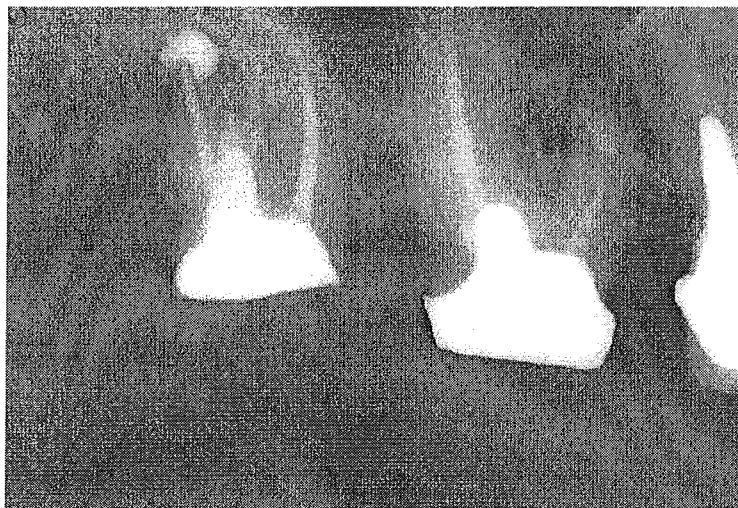
- Le bridge est découpé en distal de la 35
- Les éléments prothétiques 36-37-38 sont déposés
- Les racines de 38 sont extraites avec curetage de l'alvéole

17 : reprise de traitement endodontique (19/12/2002)

mode opératoire :

- Dépose de la couronne et de l'inlay-core
- Nettoyage canalaire
- Hydroxyde de calcium
- Obturation canalaire
- Provisoire

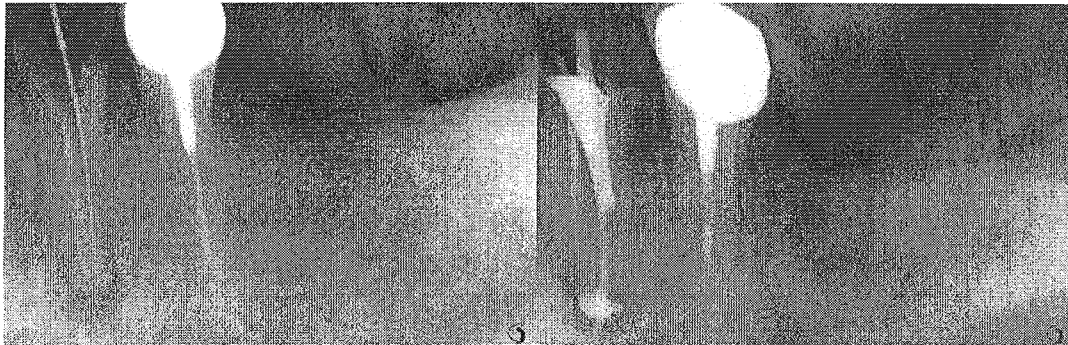
16 : résection apicale de la racine mésio-vestibulaire (02/01/2003)



mode opératoire :

- Dépose de la couronne mais pas de l'inlay-core pour éviter les risques de fracture
- Décollement du lambeau
- Fistule osseuse visible en regard de la racine mésiale
- Résection apicale de la racine mésiale avec obturation à rétro avec un ciment d'obturation canalaire puis de l'IRM® (sans gutta percha car pas d'accès possible)
- Couronne provisoire

34 : reprise du traitement endodontique (02/01/2003)



mode opératoire :

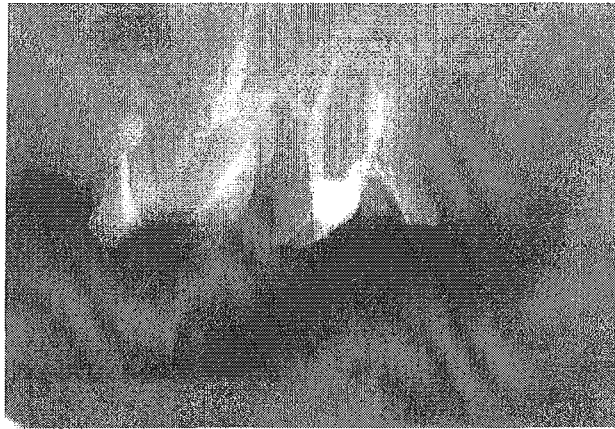
- Dépose de la couronne
- Obturation des deux canaux radiculaires
- Couronne provisoire remise que quelques jours plus tard car le ciment d'obturation n'a pas terminé sa prise et empêche la polymérisation de la résine autopolymérisable utilisée pour la confection de la couronne.

26 : résection apicale et obturation à rétro de la racine mésio-vestibulaire (09/01/2003)

mode opératoire :

- Décollement du lambeau qui va permettre d'accéder à la racine
- L'abcès qui a fistualisé est visible
- Résection apicale de la racine mésio- vestibulaire
- Curetage de la lésion
- Obturation à rétro du canal à la gutta-percha puis avec de l'IRM®
- Application de PANGEN® dans la cavité car légère effraction du sinus lors du curetage
- Patient sous antibiotique avec IRS 19® dans la narine gauche

27 : reprise du traitement endodontique (16/01/2003)



mode opératoire :

- Dépose de la couronne, l'inlay-core part en même temps
- Reprise de traitement endodontique

23 : résection apicale (03/04/2003)



mode opératoire :

- Lambeau vestibulaire
- Résection apicale au niveau du début du faux canal, pour éviter tout risque d'infection

22 : résection apicale et obturation à rétro (03/04/2003)

21 : curetage de la cavité kystique et obturation à rétro (03/04/2003)

4.1.2 MECANISMES DE CICATRISATION

La guérison des dents infectées obtenue après traitement endodontique diffère de celle obtenue après traitement chirurgical par l'absence d'exposition dentinaire, à moins d'une importante résorption périapicale et par l'absence du caillot initial.

4.1.2.1 APRES TRAITEMENT ENDODONTIQUE

La cicatrisation débute dès la désinfection et la mise en forme du canal et ne peut se poursuivre et se maintenir que si une obturation étanche du système endodontique est faite.

La première étape de cette cicatrisation se caractérise par une inflammation rapide et transitoire. La durée et l'intensité de cette inflammation dépendent de différents paramètres, dont la technique de préparation canalaire et la quantité de débris refoulés dans le péri-apex, des matériaux d'obturation canalaire utilisés et leur confinement, ou non, au système canalaire.

Le tissu granulomateux de la lésion se transforme en tissu de granulation, première phase de cicatrisation.

Les médiateurs de la résorption osseuse n'étant plus sécrétés, les cellules osseuses migrent pour reformer de l'os qui remplace, peu à peu, le tissu de granulation.

Des fibroblastes et cémentoblastes migrent à partir du ligament pour reformer un néocément et restaurer l'appareil d'attache apicale [14].

Les défauts osseux circonscrits semblent avoir le potentiel de se régénérer spontanément, à condition de ne pas dépasser une taille appelée "défaut de taille critique". Si cette taille critique est atteinte (si le défaut est très important ou s'il y a destruction des deux corticales), l'os périphérique ne se reconstitue que sur une certaine distance à partir des bords du défaut, le reste du défaut présentant une réparation par un tissu fibreux dense, non inflammatoire, provenant de la migration plus rapide des fibroblastes, rentrés en compétition avec les ostéoblastes, et qui bloquent la régénération osseuse [54].

4.1.2.2 APRES RESECTION APICALE

Lors de la réalisation d'une chirurgie endodontique, différents tissus sont détruits : l'os (cortical, spongieux et fasciculé), le ligament, le cément et la dentine.

De tous ces tissus, la dentine est le seul incapable de se régénérer car la cicatrisation des tissus suppose la participation de progéniteurs cellulaires et ceux des odontoblastes ont disparu.

La cicatrisation idéale doit aboutir à une régénération complète de l'os, à une apposition de cément au niveau de la surface radiculaire réséquée et à la création d'un ligament alvéolo-dentaire fonctionnel, dont les fibres s'insèrent dans l'os d'un côté et dans le cément néoformé de l'autre.

Au niveau de la surface radiculaire réséquée, il faut donc distinguer deux zones : la dentine et le matériau d'obturation à rétro.

Cicatrisation au niveau dentinaire :

Directement après chirurgie, la totalité du défaut est occupé par le caillot.

Puis, rapidement, un tissu de granulation provenant du ligament endommagé prolifère et remplace le caillot, au niveau de la surface radiculaire réséquée. A ce stade, grâce à l'adsorption sur la dentine de fibrine, l'adhésion de cellules est observée sur la surface radiculaire.

Au fur et à mesure, le caillot autour de la racine est complètement remplacé par un tissu de granulation provenant du ligament, qui crée une capsule autour de la surface réséquée. Ce tissu, caractérisé par la présence de fibres de collagène matures orientées parallèlement à la surface réséquée, est différent du tissu de granulation existant dans le reste du défaut osseux, qui est plus cellulaire, plus vascularisé et contenant de fines fibres de collagène sans orientation particulière. Les cellules et les fibres constituant la capsule sont adhérentes à la surface radiculaire.

Avec le temps, le tissu de la capsule présente une maturation de plus en plus importante, caractérisée par une augmentation du diamètre des fibres de collagène et par la diminution du nombre de cellules. Les fibres de collagène sont encore parallèles et au contact de la surface réséquée. A ce stade, une fine couche de néocément, bordée de cémentoblastes, est visible dans certaines zones de la surface réséquée. D'autres zones peuvent présenter des résorptions cémentaires et dentinaires. Les travées osseuses néoformées dans le défaut osseux sont déjà au contact de la capsule.

Au bout de quatre semaines, la totalité de la surface radiculaire peut être recouverte d'une couche de ciment dans laquelle s'insèrent des fibres ligamentaires fonctionnelles. Dans certaines zones, le dépôt de ciment peut être moins évident et des zones de résorption peuvent subsister.

Plus tard, des fibres ligamentaires matures vont relier l'os au ciment, indiquant la régénération d'un ligament alvéolo-dentaire apical fonctionnel [54].

Cicatrisation au niveau du matériau d'obturation à rétro :

Les caractéristiques de la cicatrisation en regard et au contact du matériau d'obturation à rétro dépendent des propriétés de ce dernier, en particulier sa biocompatibilité, son étanchéité, sa stabilité tridimensionnelle, son insensibilité à l'humidité.

En regard du matériau, se développera un tissu fibreux constitué de fibres de collagène parallèles à la surface du matériau [54].

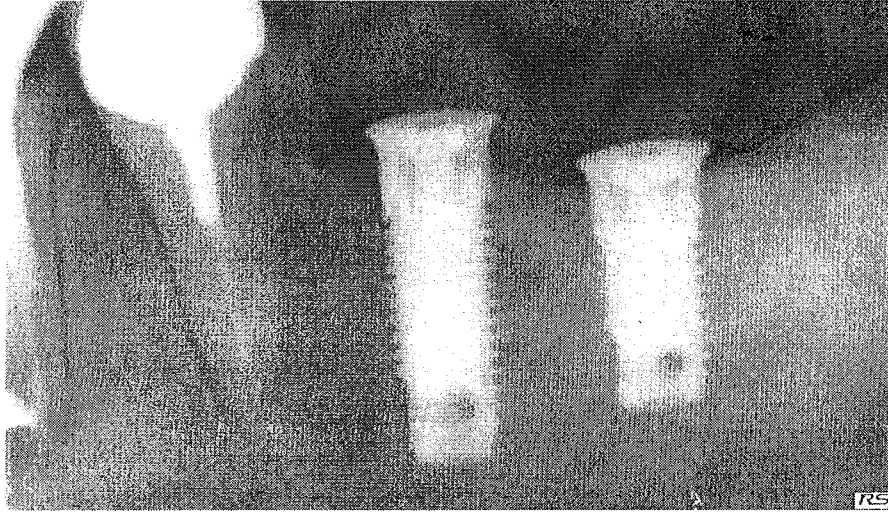
Différents matériaux ont été proposés : l'amalgame, les ciments polycarboxylates, les verres-ionomères, les composites, le Cavit®, l'oxyde de zinc-eugénol, les ciments à base d'oxyde de zinc-eugénol renforcés par des résines (IRM®) ou de l'alumine (Super EBA®) et dernièrement, le Minéral Trioxyde Aggregate (MTA).

A l'heure actuelle, le matériau idéal n'existe pas. Les matériaux actuellement recommandés sont l'IRM® et le Super EBA®. Le MTA semble être un matériau prometteur mais présente l'inconvénient d'avoir un temps de prise très long et une manipulation délicate [19].

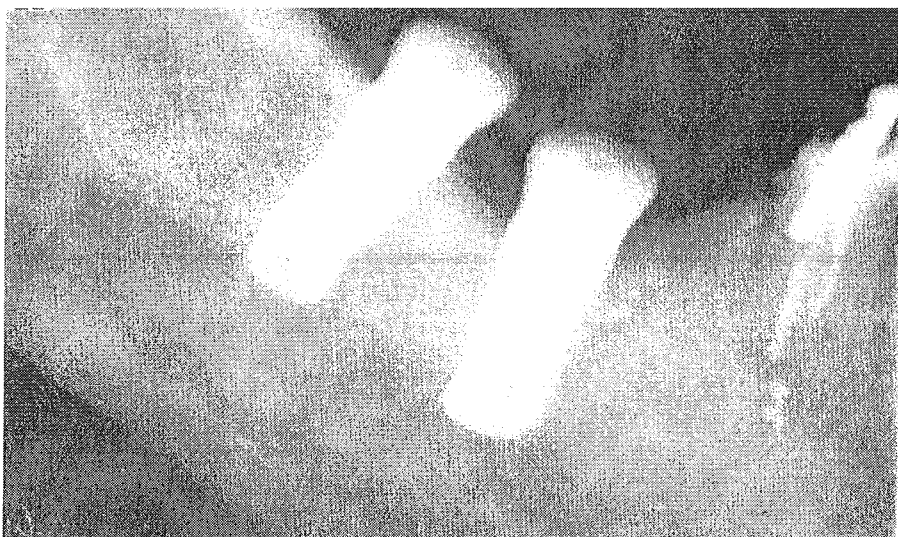
4.2 POSE D'IMPLANTS

Les implants vont réhabiliter les secteurs mandibulaires droit (46 et 47) et gauche (36 et 37). Leur pose fait partie des priorités du plan de traitement et doit s'effectuer rapidement. Une fois les implants posés, le praticien pourra continuer les soins nécessaires pendant la période d'ostéointégration.

36 et 37 sont posés le 23/01/2003



46 et 47 sont posés le 17/04/2003



4.3 REHABILITATION PROTHETIQUE

La thérapeutique consiste à réaliser des prothèses provisoires puis transitoires pour vérifier la guérison des foyers infectieux, et seulement ensuite confectionner les prothèses définitives.

4.3.1 AU MAXILLAIRE

17 :

- ✓ 19/12/2002 : couronne provisoire réalisée au cabinet
- ✓ 06/02/2003 : prise d'empreinte individuelle
- ✓ 20/02/2003 : prise d'empreinte de situation
- ✓ 27/02/2003 : pose de l'inlay-core claveté et de la couronne transitoire réalisée au laboratoire de prothèse (solidaire de 15 et 16)
- ✓ 01/12/2003 : pose de la couronne céramo-métallique (solidaire des couronnes 15 et 16)

16 :

- ✓ 20/02/2003 : prise d'empreinte de situation et rebasage de la couronne provisoire
- ✓ 27/02/2003 : pose de la couronne transitoire réalisée au laboratoire de prothèse (solidaire de 15 et 17)
- ✓ 01/12/2003 : pose de la couronne céramo-métallique (solidaire des couronnes 15 et 17)

15 :

- ✓ 20/02/2003 : élongation coronaire après dépose de la couronne, prise d'empreinte de situation, confection d'une nouvelle couronne provisoire
- ✓ 27/02/2003 : pose de la couronne transitoire réalisée au laboratoire de prothèse (solidaire de 16 et 17)
- ✓ 01/12/2003 : pose de la couronne céramo-métallique (solidaire des couronnes 16 et 17)

22 :

- ✓ 15/09/2003 : prise d'empreinte individuelle et pose d'une couronne provisoire réalisée au cabinet
- ✓ 29/09/2003 : prise d'empreinte de situation
- ✓ 13/10/2003 : pose de l'inlay-core et de la couronne céramo-métallique faisant partie du bridge allant de la dent 22 à la 27.

23-25-26-27 :

- ✓ 16/01/2003 : dépose du bridge 23/25/26/27 (également pour permettre les soins sur 27)
- ✓ 16/01/2003 : mise en place du bridge transitoire confectionné au laboratoire de prothèse avec l'utilisation de deux tenons sur 26 et 27 pour assurer le maintien postérieur
- ✓ 15/09/2003 : prise d'empreinte individuelle
- ✓ 29/09/2003 : prise d'empreinte de situation
- ✓ 13/10/2003 : pose de l'inlay-core sur 22, et des inlay-core clavetés sur 26 et 27
- ✓ 13/10/2003 : scellement du bridge comprenant les dents 22/23/25/26/27

4.3.2 A LA MANDIBULE

36-37 :

- ✓ 18/07/2003 : prise d'empreinte individuelle
- ✓ 23/07/2003 : pose de couronnes transitoires confectionnées au laboratoire de prothèse

35 :

- ✓ 01/05/2004 : prise d'empreinte individuelle et pose de la couronne provisoire confectionnée au cabinet
- ✓ 04/05/2004 : prise d'empreinte de situation
- ✓ 03/06/2004 : scellement de l'inlay-core et de la couronne céramo-métallique

34 :

- ✓ 02/01/2003 : confection d'une couronne provisoire au cabinet
- ✓ 01/05/2004 : prise d'empreinte individuelle
- ✓ 04/05/2004 : prise d'empreinte de situation
- ✓ 03/06/2004 : scellement de l'inlay-core et de la couronne céramo-métallique

45 :

- ✓ 23/03/2004 : prise empreinte individuelle
- ✓ 01/04/2004 : scellement de la couronne céramo-métallique

46 racine mésiale :

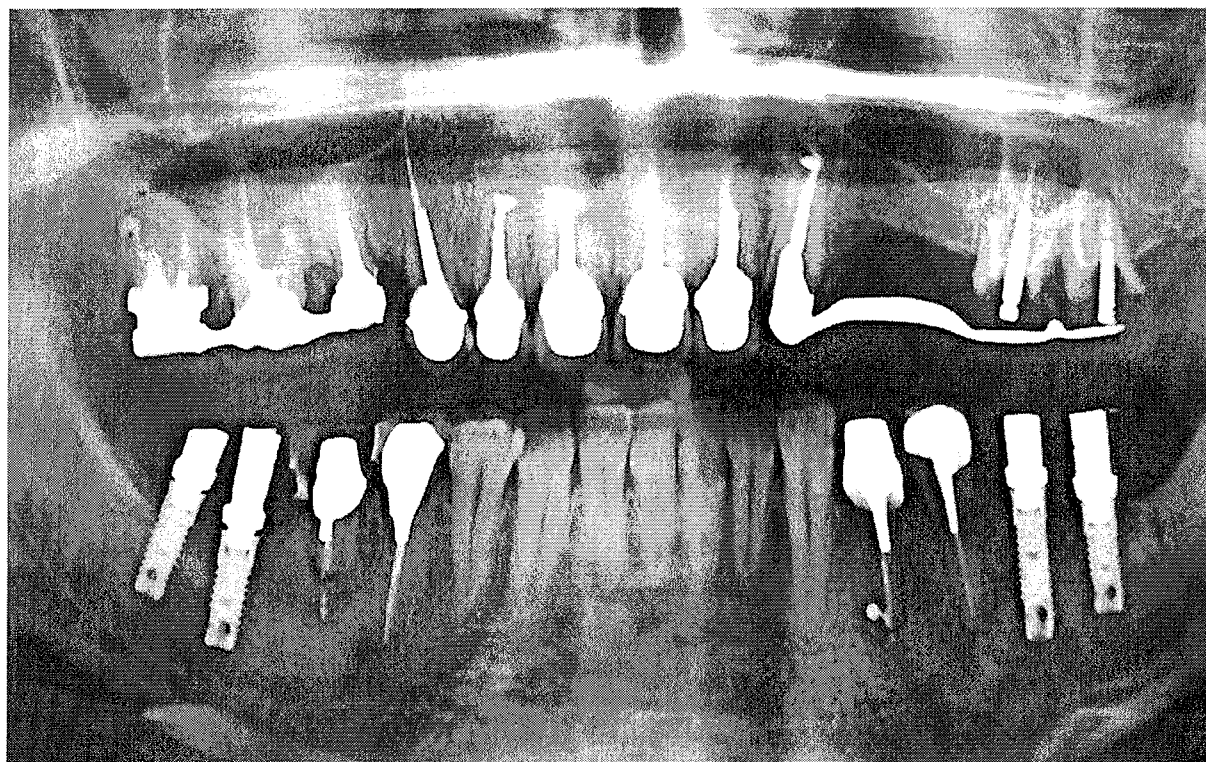
- ✓ 05/12/2002 : confection au cabinet d'une provisoire après amputation radiculaire
- ✓ 18/07/2003 : prise d'empreinte individuelle
- ✓ 23/07/2003 : scellement de l'inlay-core
- ✓ 01/04/2004 : scellement de la couronne céramo-métallique

46-47 :

- ✓ 18/07/2003 : prise d'empreinte individuelle
- ✓ 23/07/2003 : pose de couronnes transitoires confectionnées au laboratoire de prothèse

4.4 PERIODE DE SURVEILLANCE ET DE MAINTENANCE

Doc. 13 : Radiographie panoramique le 1 décembre 2003



Tous les foyers infectieux en phase aiguë ou chronique ont été traités.
Par conséquent, ces infections ayant été jugulées, les écoulements purulents ont été asséchés.

A ce jour, cette patiente est en phase de maintenance et de surveillance.

Discussion

Le champ de l'endodontie est en perpétuelle évolution en termes de matériels et de techniques qui se sont développés, mais aussi par le nombre croissant de patients qui peuvent bénéficier d'un traitement endodontique.

Pourtant, la prise en charge des traitements radiculaires reste un réel problème inextricable au cœur de notre exercice dentaire.

L'endodontie est bien souvent mal perçue...

En effet, les chirurgiens-dentistes l'abordent avec de nombreuses réticences, et ceci s'explique par quatre raisons essentielles [73]. D'un point de vue technique, cette discipline est difficile et délicate, source de stress pour le praticien, car certaines erreurs techniques peuvent être fatales et compromettre la conservation de la dent. Sa mise en œuvre est susceptible de provoquer des suites opératoires douloureuses, souvent mal vécues par le patient. A la différence des autres soins conservateurs, le traitement endodontique n'a aucune plus-value esthétique directe. Et enfin, la rémunération de ces actes pour un praticien conventionné, demeure encore aujourd'hui largement sous évaluée.

...elle est sujette à de nombreuses controverses qui "sabotent" potentiellement le succès endodontique...

En évaluant l'état actuel de l'endodontie, nous constatons d'énormes différences dans la façon dont elle est comprise et pratiquée de pays en pays, de ville en ville, de cabinet en cabinet et même de praticien à praticien au sein de chaque cabinet.

Les différences dans la manière dont l'endodontie est pratiquée sont liées à l'existence de systèmes de pensées différents qui ont conduit à des controverses légendaires. Et même sur des éléments fondamentaux, les opinions divergent [5].

Par exemple, il n'y a pas d'accord sur :

- La façon de tester la vitalité pulpaire ;
- La concentration, la température et le type de solution d'irrigation ;
- La longueur de travail ;
- Le maintien de la perméabilité ;
- La séquence de préparation canalaire et le pourcentage idéal de conicité qui assure que le système canalaire peut être nettoyé et obturé en trois dimensions ;
- Sur les ciments de scellement canalaires ...

Ces controverses non résolues provoquent des confusions chez les chirurgiens-dentistes qui essaient d'assimiler et d'intégrer de nouvelles technologies [36].

...pourtant, l'avancée technologique de cette discipline est spectaculaire...

Il est certain que l'endodontie a été ces dernières années le théâtre d'un développement technologique très important, avec l'avènement des systèmes de rotation continue, des limes endodontiques en nickel-titane, de la technologie ultrasonique, des aides optiques de type loupes et microscopes opératoires, et enfin du Mineral Trioxyde Aggregate (M.T.A.).

Chacune de ces innovations a largement marqué l'endodontie et contribué de façon significative à l'obtention prévisible d'un plus grand nombre de succès [36,73].

- **Le microscope** a permis de voir des choses jusqu'à présent invisibles, et a conduit au développement d'une nouvelle instrumentation qui a affiné de manière significative les techniques utilisées en endodontie. De même, l'utilisation du microscope permet au praticien d'avoir une meilleure ergonomie.
- L'évolution de **la technologie des ultrasons** s'est faite grâce à l'avènement du microscope. Les ultrasons vont améliorer la réussite des procédures endodontiques en mettant en évidence les canaux supplémentaires, en perméabilisant des canaux calcifiés, en activant les produits d'irrigation intracanalaires... Dans le domaine du retraitement non chirurgical, les applications des ultrasons comprennent l'élimination des matériaux de reconstitution de la chambre pulpaire, la dépose des tenons et le retrait d'instruments cassés et des matériaux d'obturation. Par ailleurs, les ultrasons sont utilisés pour condenser le M.T.A.
- Il existe de nombreux avantages à utiliser **les instruments rotatifs** en nickel-titane pour mettre en forme les canaux radiculaires. Les limes utilisées en rotation continue ont ainsi permis de réduire le nombre d'accidents iatrogènes observés avec l'usage des limes en acier inoxydable comme les marches, les faux-canaux les perforations apicales. Toutefois, beaucoup de praticiens sont encore réticents à adopter cette technologie essentielle. Ils ont peur de casser l'instrument, alors que ce problème de fracture survient la plupart du temps quand les instructions et le protocole d'utilisation n'ont pas été respectés.
- **Le M.T.A.**, commercialisé sous le nom de ProRoot® représente un progrès pour les coiffages pulpaire, l'obturation de certains canaux et la gestion des perforations radiculaires. Il est également couramment utilisé lors des obturations "à rétro".

Ces moyens mis à la disposition des praticiens facilitent considérablement les traitements canaux. Mais ils imposent de gros investissements en matériel et en formation [58].

... et il y a le souci de la rentabilité ...

Ceci se justifie par une nomenclature qui n'honore ni le traitement ni le retraitement endodontique à sa juste valeur, avec des honoraires en inadéquation avec les données avérées de la science. Le traitement canalaire fait l'objet d'une cotation stricte. Il est opposable, c'est à dire qu'il n'est pas possible de facturer de dépassement d'honoraire pour cet acte [68].

PASCAL STEICHEN a décrit différentes attitudes que beaucoup de praticiens adoptent pour palier au manque de rentabilité de l'endodontie [68] :

- Il y a *les résignés*, qui savent que l'endodontie n'est pas rentable, et qui soignent sans calculer le réalisme économique des actes pratiqués. Ils répercutent le temps passé à l'endodontie sur le prix de la prothèse. Cette gestion aléatoire est insatisfaisante car elle crée une dentisterie à deux vitesses.

- Il y a *les tricheurs*, qui cotent des soins mal honorés ou non réalisés. Il va sans dire que ce comportement inadmissible nuit à la collectivité dentaire dans son ensemble.

- Il y a *les cyniques* qui adoptent une attitude de réduction de la qualité des soins pour régler le problème de la rentabilité de l'endodontie.

- Enfin, il y a *les militants* qui prônent la revalorisation des actes endodontiques à leur juste valeur. Certains veulent « échanger » une baisse des prix de prothèse contre un meilleur remboursement des soins, et d'autres revaloriser les soins sans contre-partie.

Actuellement, les praticiens confient de plus en plus fréquemment les traitements endodontiques complexes à des endodontistes. Cette spécialité se répand considérablement à l'étranger et existe notamment aux Etat-Unis depuis fort longtemps. La France, malheureusement, reste en retard sur son époque [56].

Conclusion

Dans ce travail, nous avons pu nous rendre compte de l'importance du traitement endodontique dans la réussite de la réhabilitation bucco-dentaire, en relatant l'histoire de Madame X. Nous nous sommes intéressé à cette patiente car l'existence des complications suite aux soins effectués par son praticien était indiscutable, et le résultat ne correspondait pas aux attentes que l'on peut espérer d'un traitement correctement conduit. Malgré une réhabilitation prothétique convenable, ce praticien avait manifestement négligé les traitements endodontiques, et oublié que ceux-ci sont la base fondamentale de la santé bucco-dentaire à long terme.

A travers l'étude de ce cas, nous avons également noté l'importance de la communication dans la démarche médicale. Elle influe sur toutes les étapes du diagnostic, elle participe à l'élaboration de la thérapeutique et elle permet de désamorcer un conflit naissant. Il est conseillé au praticien, quelles que soient les charges de l'exercice de son art, de prendre le temps nécessaire à un dialogue de qualité [81].

Nous avons pu également remarquer que devant les nombreuses possibilités de mise en cause de la responsabilité du praticien, une « victime » dispose de plusieurs voies de recours [29]. A l'heure actuelle, il est important de ne pas négliger les solutions dites amiables. Nous constatons d'ailleurs que le nombre de contestations aboutissant devant les tribunaux représentent le quart des déclarations initiales. Et ce type de procédures ne cesse d'augmenter [81].

Nous avons enfin rappelé que l'endodontie est une discipline difficile, peu rentable, mais capitale puisque le pronostic endodontique et pronostic prothétique sont intimement liés [15].

Le Docteur CLIFFORD J. RUDDLE souligne dans une interview donné au mensuel américain Dentistry Today que “quand le meilleur de ce que l'endodontie peut offrir sera intelligemment assimilé, le temps sera venu d'admettre que la racine dentaire naturelle constitue le meilleur implant” [36].

BIBLIOGRAPHIE

1. **AGENCE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE (A.N.D.E.M.)**
Recommandations et références -Retraitement endodontique des dents permanentes matures
Réal. Clin., 1996, 7, 3, 385-407

2. **ALVES J., WALTON R., DRAKE D.**
Coronal leakage : Endotoxin penetration from mixed bacterial communities through obturated, post-prepared root canals
J Endod., 1998, 24, 587-591

3. **AMADO LEVY-VALENSY E.**
La communication. *In* : Les communications sans langage verbal, Ch. II
Paris : Presses Universitaires de France , 1967, 60p.

4. **ARYANPOUR S., D'HOORE W., VAN NIEUWENHUYSEN J.P.**
Testez votre prise de décision : quand reprendre un traitement endodontique ?
Rev. Belge Med. Dent., 1999, 54, 4, 233-241

5. **ARYANPOUR S., D'HOORE W., VAN NIEUWENHUYSEN J.P.**
Testez votre prise de décision : quand reprendre un traitement endodontique ?
Les résultats de l'enquête
Rev. Belge Med. Dent., 2000, 55, 4, 289-301

6. **ARYANPOUR S., D'HOORE W., VAN NIEUWENHUYSEN J.P.**
Testez votre prise de décision : quand reprendre un traitement endodontique ?
Un exemple de choix thérapeutiques
Rev. Belge Med. Dent., 2000, 55, 4, 302-312

7. **ARYANPOUR S., SABBAGH J., VAN NIEUWENHUYSEN J.P.**
Facteurs influençant le résultat à long terme des traitements endodontiques
Cah. Prothèse, 2001, 116, 7-19

8. **BACCINO E., ZERILLI A.**
Expertise de responsabilité en matière odontostomatologique
Encycl Méd chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Odontologie, 23-850-A-15, 2001, 9p.

9. **BERGENHOLTZ G., LEKHOLM U., MILTHON R., ENGSTROM S.**
Influence of apical over-instrumentation and over filling on retreated root canals
J. Endod., 1979, 10, 310-314

10. **BERT M.**
Expertise judiciaire
Actual. Odonto. Stomatol., 2002, 218, 217-224

- 11. BERY A., CREUSOT G., SAPANET M.**
L'expertise dentaire et maxillo-faciale
Paris : Masson 1996, 147p.
- 12. BONNETON E., PIN J.P.**
Procédure en contentieux médical
Actual. Odonto. Stomatol., 2002, 218, 151-162
- 13. BOGAERTS P., SIMON J.**
Absence de guérison après traitement endodontique adéquat
Rev. Belge Méd. Dent., 1992, 47, 4, 101-115
- 14. BOGAERTS P., SIMON J.**
Lésions réfractaires après traitement endodontique adéquat
Réal. Clin., 1996, 7, 3, 323-339
- 15. BUKIET F., CAMPS J., POMMEL L.**
Endodontie préprothétique : Critères influençant la sélection des piliers
Cah. Prothèse, 2003, 124, 7-17
- 16. CALAS P.**
La préparation canalaire apicale
Inf. Dentaire, 2004, 86, 5, 261-266
- 17. CANTATORE G.**
L'irrigation de l'endodonte: importance dans le nettoyage et la stérilisation du réseau canalaire
Réal. Clin., 2001, 12, 2, 185-201
- 18. CANTATORE G.**
Obturation canalaire et préservation radiculaire
Réal. Clin., 2004, 15, 1, 33-53
- 19. CASTELLUCCI A.**
Avancées technologiques en chirurgie endodontique
Réal. Clin., 2001, 12, 2, 213-225
- 20. CHABAS F.**
La mise en œuvre de la responsabilité médicale
Rev. Prat., 1984, 34, 1019-1020
- 21. CHABAS F.**
La responsabilité médicale et chirurgicale en droit privé
Rev. Prat., 1984, 34, 666-668
- 22. CHARON J., JOACHIM F.**
Service patient, service gagnant
Paris : Cdp, 1995, 120p.

- 23. CHARON J., JOACHIM F., SANDELE P., BUCILLAT Y., HULIN M.**
Comment éviter les redoutables escalades
Rev. Odonto-Stomat., 1993, 22, 457-467
- 24. CHOCQUE J.C.**
A propos de la responsabilité du technicien de laboratoire de prothèse
Chir. Dent. Fr., 1983, 147, 214-215
- 25. CHOCQUE J.C.**
La refondation du droit de la responsabilité civile professionnelle
Chir. Dent. Fr., 2002, 1072, 11-12
- 26. CHOCQUE J.C.**
La responsabilité médicale : commentaires de la loi du 30 décembre 2002
Chir. Dent. Fr., 2003, 1123, 10-12
- 27. CLAISSE A.**
Les lésions périapicales : stimuler le potentiel réparateur
Tribune dentaire, 1995, 3, 12, 43-45
- 28. COCHET I.**
Le rôle de l'irrigation dans le traitement des lésions apicales d'origine endodontique
Inf. Dentaire, 2003, 85, 8, 457-461
- 29. DAUPLEIX Ch., WIERZBA C.B.**
Conduite de l'expertise
Chir. Dent. Fr., 1996, 791, 33-35
- 30. DE MOOR R., COPPENS C., HOMMEZ G.**
Nouvelles considérations à propos de la percolation coronaire?
Rev. Belge Med. Dent., 2002, 57, 3, 161-185
- 31. DIEMER F., THIAM A., COLIN L., CALAS P.**
Traitements canalaires et restaurations coronaires transitoires
Clinic, 2004, 25, 9, 555-562
- 32. DUMONT M.**
Assurance responsabilité professionnelle
Actual. Odonto. Stomatol., 2002, 218, 173-183
- 33. EMERY O.**
Obturation corono-radicaire et étanchéité du système canalaire
Strat. Proth., 2002, 2, 5, 345-359
- 34. FRIEDMAN S.**
Sélection du cas en vue du retraitement endodontique
Réal. Clin., 1996, 7, 3, 265-279

- 35. GASCOUGNOLLE J.M.**
Déontologie et droits du patient en odontologie
Mém. Réparation du dommage corporel odontol. : Nancy 1 : 1992, 71p
- 36. INTERVIEW DU DOCTEUR CLIFFORD J. RUDDLE**
Bilan des dernières avancées en endodontie
Inf. Dentaire, 2003, 22, 1503-1510
- 37. JACOTOT D.**
Règlement des litiges : L'obligation de tenter la conciliation
La Lettre, 2003, 17, 33-34
- 38. JACOTOT D.**
Responsabilité civile médicale : assuré, mais pas rassuré
La Lettre, 2003, 17, 27-30
- 39. KRIEF A., MALLET J.P.**
Reportage: Le retraitement endodontique
Inf. Dentaire, 2002, 84, 32, 2315-2318
- 40. LASFARGUES J.J., MACHTOU P.**
Pathogenèse des lésions périapicales
Réal. Clin., 2001, 12, 2, 139-148
- 41. LAURICHESSE J.M.**
Indications des reprises de traitement : endodontie ou chirurgie
Tribune dentaire, 1995, 3, 4, 29-32
- 42. LEVY P.**
Le devoir d'information en chirurgie buccale
Inf. Dentaire, 2003, 85, 32, 2297-2302
- 43. MACCOTTA J.**
Réflexions sur la conciliation
Actual. Odonto. Stomatol., 2002, 218, 207-215
- 44. MACHTOU P.**
Étanchéité apicale versus étanchéité coronaire
Réal. Clin., 2004, 15, 1, 5-20
- 45. MACHTOU P.**
Pronostic du retraitement endodontique orthograde
Inf. Dentaire, 2003, 85, 4, 203-215
- 46. MANDEL E.**
Thérapeutique globale et pronostic endodontique
Inf. Dentaire, 2001, 85, 23, 1923-1929

- 47. MARTIN D.**
La temporisation endoprothétique: aspects cliniques
Réal. Clin., 2004, 15, 1, 55-66
- 48. NOSSINTCHOUK R.**
Communiquer en odonto-stomatologie : obligations et stratégies
Rueil-Malmaison : CdP, 2003, 145p.
- 49. NOSSINTCHOUK R., BERY A.**
Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire
Paris : CdP Guide clinique 1998, 234p.
- 50. NOUVEAU CODE DE PROCEDURE CIVILE**
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- 51. OSGOOD C.**
Studies on the generality of affective meaning systems
Amer. psychol., 1962, 17, 10-28
- 52. PERTOT W.J.**
Peut-on guérir une lésion périapicale?
Les cahiers de l'ADF, 1999, 6, 22-27
- 53. PERTOT W.J., MACHTOU P.**
L'étanchéité coronaire : facteur de réussite du traitement endodontique
Cah. Prothèse, 2001, 116, 21-29
- 54. PROUST J.P.**
Peut-on guérir une dent infectées?
Chir. Dent. Fr., 1998, 68, 907, 12-17
- 55. RAY H., TROPE M.**
Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration
Int. Endod. J., 1995, 28, 12-18
- 56. RICCI C.**
L'endodontie nécessite-t-elle un exercice exclusif en France ?
Inf. Dentaire, 2004, 23, 1529-1530
- 57. RILLIARD F.**
Indications et objectifs du retraitement endodontique
Inf. Dentaire, 2001, 83, 29, 2221-2226
- 58. RILLIARD F., BAREK S., ROTH F.**
Evaluation du coût des traitements endodontiques en structure universitaire
Inf. Dentaire, 1999, 81, 3, 173-180

- 59. ROTH F., LASFARGUES J.J. et coll.**
Retraitement endodontique des dents permanentes immatures. Recommandations et références de l'Agence Nationale d'Evaluation Médicale
Réal. Clin., 1996, 7, 3, 385-406
- 60. ROUGE-MAILLART C., PENNEAU M.**
Bref mode d'emploi de l'expertise à usage de l'expert stomatologiste et chirurgien maxillo-facial 1ère partie : Différentes sortes d'expertises
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., Paris: Masson 2003; 104, 2, 98-103
- 61. ROUGE-MAILLART C., PENNEAU M.**
Bref mode d'emploi de l'expertise à usage de l'expert stomatologiste et chirurgien maxillo-facial 2ème partie : L'expertise du dommage corporel et l'expertise en responsabilité médicale
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., Paris: Masson 2003; 104, 3, 144-148
- 62. SABEK M.**
Les responsabilités du chirurgien-dentiste
Les Etudes Hospitalières, 2003, 294p.
- 63. SABEK M.**
Une expertise exemplaire
Inf. dentaire, 2004, 86, 5, 292-294
- 64. SARGOS P.**
Responsabilité civile médicale : grandes évolutions de la jurisprudence de la Cour de Cassation
Actual. Odonto. Stomatol., 2002, 218, 137-148
- 65. SIMON S.**
Economie tissulaire et traitement endodontique
Réal. Clin., 2004, 15, 1, 21-32
- 66. SJÖGREN U., HÄGGLUND B., SUNDQVIST G., WING K.**
Factors affecting the long-term results of endodontic treatment
J. Endod., 1990, 16, 498-504
- 67. STABHOLZ A., FRIEDMAN S., TAMSE A.**
Endodontic failures and re-treatment
In: Pathways of the pulp, 6th / ed. Cohen and Burns
Saint Louis: Mosby, 1994, 690-728
- 68. STEICHEN P.**
Rentabiliser l'endo.
Indépendantaire, 2005, 25, 62-65
- 69. THERY-HUGLY M.C., TODOROVA I.**
Relation praticien-patient
Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Odontologie, 23-840-C-10, 1998, 10p.

- 70. TORABINEJAD M., UNG B., KETTERING JD.**
In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth
J Endod., 1990, 16, 566-569
- 71. TRONSDAD L., ABSJORNSEN K., DOVING L., PEDERSEN I., ERIKSEN H.M.**
Influence of coronal restorations on the periapical health of endodontically treated teeth
Endod. Dent Traumatol., 2000, 16, 218-221
- 72. TROPE M.**
Impératifs biologiques du traitement des dents infectées
Réal. Clin., 2001, 12, 2, 171-184
- 73. VAN NIEUWENHUYSEN J.P., MALLET J.P.**
Pourquoi encore tant d'échecs en endodontie ?
Indépendantaire, 2004, Hors série, 37-40
- 74. VANNESSON H., BONNIN J.J., LAITHIER P.**
Une lésion périapicale ne condamne pas l'organe dentaire
Rev. Fr. Endod., 1989, 8, 1, 29-39
- 75. VASSAL J.P.**
Comment réagir face à une plainte de patient
Inf. Dentaire, 2004, 86, 21, 1379-1380
- 76. WILCOX L.R.**
Endodontic retreatment: ultrasonics and chloroform as the final step in reinstrumentation
J. Endod., 1989, 15, 125-128
- 77. WILCOX L.R., KRELL K.V., MADISON S., RITTMAN B.**
Endodontic retreatment: evaluation of gutta-percha and sealer removal and canal reinstrumentation
J. Endod., 1987, 9, 453-457
- 78. WILCOX L.R., MACHTOU P.**
Efficacité et pronostic de retraitement endodontique
Réal. Clin., 1996, 7, 3, 377-384
- 79. WILCOX L.R., SWIFT M.L.**
Endodontic retreatment in small and large curved canals
J. Endod., 1991, 7, 313-315
- 80. WILCOX L.R., VAN SURKSUM R.**
Endodontic retreatment in large and small straight canals
J. Endod., 1991, 3, 119-121

81. ZERILLI A., BACCINO E.

Responsabilité du chirurgien dentiste

Encycl Méd chir (Elsevier, Paris), Stomatologie-Odontologie II, 23-843-A-10, 1996,
6p.

ANNEXE

PLAN DU RAPPORT D'EXPERTISE

rédigé par le professeur K, suite à l'expertise du 7 novembre 2002

Exp. 1 : Enoncé de la mission confié à l'expert par le tribunal de Grande Instance (ordonnance du 11 juin 2002).....	p. 1
Exp. 2 : Présentation des personnes présentes lors de l'expertise.....	p. 2
Exp. 3 : Enumération des pièces constituant le dossier.....	p. 2,3,4
Exp. 4 : Exposé des doléances de Madame X	p. 4,5,6,7,8
Exp. 5 : Anamnèse: Etat radiographique de la denture de Madame X antérieur au moment de la prise en charge par le docteur Y.....	p. 8,9,10
Exp. 6 : Dossier informatique de Madame X indiquant les soins et travaux effectués par le docteur Y.....	p. 11,12
Exp. 7 : Examen clinique de Madame X, le jour de l'expertise, comprenant l'état général, l'examen exobuccal, l'examen endobuccal, l'état dentaire.....	p. 13,14,15
Exp. 8 : Examen radiographique de Madame X au moment de l'expertise.....	p. 16
Exp. 9 : Discussion.....	p.17,18
Exp. 10 : Conclusions	p. 18,19,20,21

**De l'importance du traitement endodontique dans la réussite de la
réhabilitation bucco-dentaire
Echec thérapeutique et responsabilité civile du praticien :
à propos d'un cas complexe**

TABLE DES MATIERES

Sommaire	1
Introduction	3
1. <u>Description du cas et étude analytique du traitement initial</u>	5
1.1. Anamnèse- Etat dentaire du patient au début des soins	5
1.1.1. Motif de consultation	5
1.1.2. Descriptif de l'état dentaire initial	5
1.1.2.1. Au maxillaire	6
1.1.2.2. A la mandibule	7
1.1.3. Analyse de l'état dentaire initial	8
1.1.3.1. Le bilan	8
1.1.3.2. Importance du traitement endodontique	9
1.1.3.2.1. Définition et objectif	9
1.1.3.2.2. Etanchéité apicale versus étanchéité coronaire	9
a. Etanchéité apicale	9
b. Etanchéité coronaire	11
1.1.3.2.3. Critères d'évaluation du traitement endodontique	12
1.2. Indications du traitement proposé	14
1.2.1. Descriptif du traitement initial effectué	14
1.2.1.1. Au maxillaire	14
1.2.1.2. A la mandibule	15
1.2.2. Analyse du traitement initial effectué	16
1.2.2.1. Le bilan	16
1.2.2.2. Importance du retraitement endodontique	17
1.2.2.2.1. Généralités	17
1.2.2.2.2. Définition	18
1.2.2.2.3. Objectif	18
1.2.2.2.4. Indications	18
1.2.2.2.5. Faisabilité du retraitement	21
1.2.2.2.6. Facteurs affectant le pronostic du retraitement	22
a. Facteurs défavorables	22
b. Facteurs favorables	24
1.3. Complications	25
1.3.1. Descriptif des complications	25
1.3.1.1. Au maxillaire	25
1.3.1.2. A la mandibule	26

1.3.2. Analyse des complications.....	27
1.3.2.1. Le bilan	27
1.3.2.2. Pathogenèse des lésions périapicales	27
1.3.2.2.1. La réponse initiale et l'exacerbation primaire	27
1.3.2.2.2. La transformation chronique et l'exacerbation secondaire	28
1.3.2.2.3. La transformation en kyste	28
1.3.2.3. Lésions réfractaires au traitement endodontique adéquat	29
1.3.2.3.1. Les kystes « vrais »	29
1.3.2.3.2. L'infection actinomycosique périapicale	30
1.3.2.3.3. le granulome à corps étranger	30
1.3.2.3.4. Les facteurs intrinsèques	30
2. <u>Développement du conflit patient-praticien</u>	32
2.1. Comment se génère-t-il?	32
2.1.1. Importance de la communication dans la relation patient/praticien	35
2.1.1.1. Principes guidant la communication verbale	35
2.1.1.2. Principes guidant la communication non-verbale	36
2.1.1.3. Principes guidant la communication écrite	37
2.1.1.4. Principes guidant la communication téléphonique	37
2.1.2. Dommage vu par le praticien traitant : face à face avec l'échec thérapeutique	38
2.1.3. Dommage ressenti par le patient : perte de confiance	39
2.2. Comment gérer le conflit?	41
2.2.1. Par voie amiable	41
2.2.1.1. Par le dialogue	41
2.2.1.2. Par la conciliation	41
2.2.1.3. Par les assurances	42
2.2.1.3.1. Législation actuelle	42
2.2.1.3.2. Instruction des dossiers	44
a. Les différentes déclarations	44
b. La constitution du dossier	44
c. Analyse de la responsabilité	44
d. La transaction	45
2.2.2. Par la voie contentieuse	46
2.2.2.1. Le contentieux de l'indemnisation	46
2.2.2.1.1. Devant le juge administratif	46
2.2.2.1.2. Devant le juge civil	46
2.2.2.2. Le contentieux de la répression	47
2.2.2.2.1. Devant le juge pénal	47
2.2.2.2.2. Devant la juridiction disciplinaire	48

3. <u>Mise en route de la procédure civile portée en référé</u>	50
3.1. Avant l'expertise	50
3.1.1. Saisine de l'expert	50
3.1.2. La mission d'expertise civile	52
3.1.3. Convocation du patient, du praticien et des conseils	55
3.2. Tenue de l'expertise	56
3.2.1. Examen et recueil des documents	56
3.2.2. Examen de la victime	56
3.2.2.1. Rappel des faits	56
3.2.2.2. Examen clinique	57
3.3. Le pré-rapport d'expertise	58
3.4. Le rapport d'expertise	58
3.5. Mise en œuvre de la responsabilité civile du praticien	69
3.5.1. La faute	70
3.5.2. Le préjudice	71
3.5.3. La causalité	71
3.5.4. Cas particuliers	72
4. <u>Reprise des travaux initiaux</u>	74
4.1. Traitement des foyers infectieux	74
4.1.1. Descriptif des traitements réalisés	74
4.1.2. Mécanismes de cicatrisation	79
4.1.2.1. Après traitement endodontique	79
4.1.2.2. Après résection apicale	79
4.2. Pose d'implants	81
4.3. Réhabilitation prothétique	82
4.3.1. Au maxillaire	82
4.3.2. A la mandibule	83
4.4. Période de surveillance et de maintenance	84
5. <u>Discussion</u>	86
Conclusion	90
Bibliographie	91
Annexe	99
Table des matières	100
Table des illustrations	103

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Doc. 1 : Radiographie panoramique de madame X du 14 avril 1998	5
Doc. 2 : <i>Tableau 1 :</i> Critères retenus pour évaluer le résultat d'un traitement canalaire (proposé par l'ANDEM).....	13
Doc. 3 : Pronostic du retraitement endodontique des dents ne présentant pas de parodontite apicale (d'après Friedman S.).....	17
Doc. 4 : Pronostic du retraitement endodontique des dents présentant une parodontite apicale (d'après Friedman S.).....	17
Doc. 5 : <i>Tableau 2 :</i> Organigramme de décision du retraitement endodontique (proposé par l'ANDEM).....	20
Doc. 6 : Radiographie panoramique de madame X du 23 octobre 2002.....	25
Doc. 7 (a,b) : Courrier rédigé par madame X le 11 mars 2002, à l'attention du docteur Y (retrouvé dans le rapport d'expertise (Exp. 5)).....	33
Doc. 8 : Extrait du courrier, rédigé par l'avocat de la victime le 25 mars 2003, proposant une solution transactionnelle à madame X.....	45
Doc. 9 (a,b,c) : Documents extraits du rapport d'expertise (Exp.7) concernant l'examen clinique de madame X.....	60
Doc. 10 : Document extrait du rapport d'expertise (Exp.8) concernant l'examen radiographique de madame X.....	63
Doc. 11 (a,b) : Documents extraits du rapport d'expertise (Exp.9) concernant le chapitre discussion rédigé par l'expert.....	64
Doc. 12 (a,b,c,d) : Documents extraits du rapport d'expertise (Exp.10) concernant les conclusions de l'expert.....	66
Doc. 13 : Radiographie panoramique de madame X du 1 décembre 2003.....	84

**GIACOMETTI (Cécile) – DE L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE DANS LA
REUSSITE DE LA REHABILITATION BUCCO-DENTAIRE
ECHEC THERAPEUTIQUE ET RESPONSABILITE CIVILE DU PRATICIEN : A PROPOS D'UN CAS
COMPLEXE**

NANCY, 2005.-103f. ;ill. ;30cm.

Th.:Chir.-Dent. : Nancy : 2005

Mots clés: Endodontie

Expertise

Domage

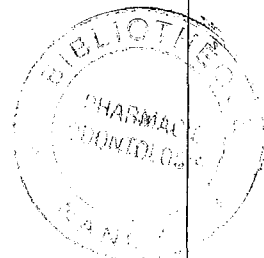
Plainte

Mesh : Endodontics

Expertise

Damage

Complaint



**GIACOMETTI (Cécile) – DE L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE DANS LA
REUSSITE DE LA REHABILITATION BUCCO-DENTAIRE
ECHEC THERAPEUTIQUE ET RESPONSABILITE CIVILE DU PRATICIEN : A PROPOS D'UN CAS
COMPLEXE**

Th.:Chir.-Dent. : Nancy : 2005

La place de l'endodontie dans l'interactivité des disciplines est importante puisque pronostic endodontique et pronostic prothétique sont intimement liés. Un bon diagnostic préopératoire, la mise en œuvre d'un traitement canalaire selon des règles strictes ainsi qu'une restauration coronaire adéquate sont les seuls garants du succès d'un traitement à long terme.

Mais encore aujourd'hui, trop de praticiens négligent l'importance de l'endodontie de qualité dans la réussite de la réhabilitation bucco-dentaire, et se trouvent face à des échecs thérapeutiques. Les conséquences pathologiques et conflictuelles peuvent être dramatiques.

La chronologie du parcours médical et judiciaire d'un cas clinique complexe de réhabilitation par prothèses scellées, dans une affaire d'indemnisation du dommage corporel, illustre entièrement ce sujet. L'apparition de multiples complications infectieuses, affectant sérieusement cette patiente, a révélé que le praticien mis en cause avait négligé initialement les traitements endodontiques. Cette patiente s'est estimée victime d'un dommage médical. Elle a souhaité obtenir la réparation de son préjudice et mettre en cause la responsabilité du praticien par la mise en œuvre d'une procédure civile. L'institution judiciaire en charge du traitement de ce contentieux a alors demandé une opération d'expertise, pour éclairer le Juge dans un domaine qui ne lui est pas familier.

Ces procédures sont longues et coûteuses. Il est donc important de ne pas négliger les solutions dites amiables.

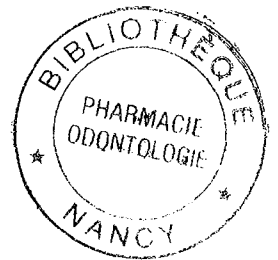
JURY :

Monsieur M. PANIGHI	Professeur des Universités	Président
Monsieur J.P. ARTIS	Professeur 1 ^{er} grade	Juge
Monsieur O. ARTIS	Assistant	Juge
Monsieur P. GANGLOFF	Praticien Hospitalier	Juge

Adresse de l'auteur : Cécile GIACOMETTI
2, rue du chapitre
88000 EPINAL

FACULTE D'ODONTOLOGIE

Jury : Président : M. PANIGHI – Professeur des universités
Juges : J.P. ARTIS – Professeur de 1^{er} Grade
O. ARTIS – Assistant Hospitalier Universitaire
P. GANGLOFF – Praticien Hospitalier



Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

présentée par : **Mademoiselle GIACOMETTI Cécile**

né(e) à: **EPINAL (Vosges)**

le **09 novembre 1978**

et ayant pour titre : «**De l'importance du traitement endodontique dans la réussite de la réhabilitation bucco-dentaire. Echec thérapeutique et responsabilité civile du praticien : à propos d'un cas complexe**»

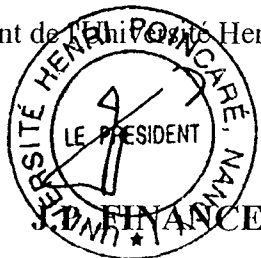
Le Président du jury,
Pr. M. PANIGHI



Autorise à soutenir et imprimer la thèse N° 2326

NANCY, le 3 octobre 2005

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1



**GIACOMETTI (Cécile) – DE L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE DANS LA
REUSSITE DE LA REHABILITATION BUCCO-DENTAIRE
ECHEC THERAPEUTIQUE ET RESPONSABILITE CIVILE DU PRATICIEN : A PROPOS D'UN CAS
COMPLEXE**

NANCY, 2005.-103f. ;ill. ;30cm.

Th.:Chir.-Dent. : Nancy : 2005

Mots clés: Endodontie
Expertise
Dommage
Plainte

Mesh : Endodontics
Expertise
Damage
Complaint

**GIACOMETTI (Cécile) – DE L'IMPORTANCE DU TRAITEMENT ENDODONTIQUE DANS LA
REUSSITE DE LA REHABILITATION BUCCO-DENTAIRE
ECHEC THERAPEUTIQUE ET RESPONSABILITE CIVILE DU PRATICIEN : A PROPOS D'UN CAS
COMPLEXE**

Th.:Chir.-Dent. : Nancy : 2005

La place de l'endodontie dans l'interactivité des disciplines est importante puisque pronostic endodontique et pronostic prothétique sont intimement liés. Un bon diagnostic préopératoire, la mise en œuvre d'un traitement canalaire selon des règles strictes ainsi qu'une restauration coronaire adéquate sont les seuls garants du succès d'un traitement à long terme.

Mais encore aujourd'hui, trop de praticiens négligent l'importance de l'endodontie de qualité dans la réussite de la réhabilitation bucco-dentaire, et se trouvent face à des échecs thérapeutiques. Les conséquences pathologiques et conflictuelles peuvent être dramatiques.

La chronologie du parcours médical et judiciaire d'un cas clinique complexe de réhabilitation par prothèses scellées, dans une affaire d'indemnisation du dommage corporel, illustre entièrement ce sujet. L'apparition de multiples complications infectieuses, affectant sérieusement cette patiente, a révélé que le praticien mis en cause avait négligé initialement les traitements endodontiques. Cette patiente s'est estimée victime d'un dommage médical. Elle a souhaité obtenir la réparation de son préjudice et mettre en cause la responsabilité du praticien par la mise en œuvre d'une procédure civile. L'institution judiciaire en charge du traitement de ce contentieux a alors demandé une opération d'expertise, pour éclairer le Juge dans un domaine qui ne lui est pas familier.

Ces procédures sont longues et coûteuses. Il est donc important de ne pas négliger les solutions dites amiables.

JURY :

Monsieur M. PANIGHI	Professeur des Universités	Président
<u>Monsieur J.P. ARTIS</u>	Professeur 1 ^{er} grade	Juge
Monsieur O. ARTIS	Assistant	Juge
Monsieur P. GANGLOFF	Praticien Hospitalier	Juge

Adresse de l'auteur : Cécile GIACOMETTI
2, rue du chapitre
88000 EPINAL