



**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
**DEPARTEMENT FACULTAIRE UFR3S-**  
**ODONTOLOGIE**

Année de soutenance : 2024

N°:

**THÈSE POUR LE**  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 3 décembre 2024

Par Gabriel, ABRAHAM

Né le 26 mars 1998 à Lille-France

Prise en charge en milieu carcéral d'un patient  
porteur d'un dispositif dentaire défectueux

**JURY**

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Anne BÉCART

Madame le Docteur Mélanie COUVREUR





## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
<b>C. CATTEAU</b>	<b>Responsable du Département de prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.</b>
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
<b>M. DUBAR</b>	<b>Responsable du Département de Parodontologie</b>
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
<b>L. NAWROCKI</b>	<b>Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille</b>
<b>C. OLEJNIK</b>	<b>Responsable du Département de Biologie Orale</b>
<b>H. PERSOON</b>	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
<b>M. SAVIGNAT</b>	<b>Responsable du Département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux</b>
<b>T. TRENTESAUX</b>	<b>Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique</b>
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

***PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE***

M Bedez

Biologie Orale

### **Réglementation de présentation du mémoire de Thèse**

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury,

**Madame la Professeure Caroline DELFOSSE**

**Professeure des Universités – Praticien Hospitalier**

*Section Développement, Croissance et Prévention*

*Département Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Études Approfondies Génie Biologie & Médical - option Biomatériaux

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires »

Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Éducation Thérapeutique du Patient

Vice doyen du Département facultaire UFR3S-Odontologie – Lille

Responsable du Département d'Orthopédie dento-faciale

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury et j'en suis très honoré.*

*Soyez assuré de ma plus profonde gratitude et de mon estime à votre égard.*

*Je vous remercie pour les enseignements que vous avez dispensés pendant mes études et pour les vacations cliniques partagées avec vous qui ont toujours étaient très enrichissantes.*

**Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier**

*Section Développement, Croissance et Prévention*

*Département Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Éthique et Droit Médical de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Certificat d'Études Supérieures de Pédodontie et Prévention – Paris Descartes (Paris V)

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Aix-Marseille II)

Master 2 Éthique Médicale et Bioéthique Paris Descartes (Paris V)

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Vice-président de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique

*Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury et je vous en suis très reconnaissant.*

*J'ai grandement apprécié votre bienveillance et votre gentillesse pendant les vacances cliniques ainsi que pendant la formation universitaire.*

**Madame le Docteur Céline CATTEAU**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier**

*Section Développement, Croissance et Prévention*

*Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie  
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne

Master II Recherche « Santé et Populations » - Spécialité Évaluation en Santé  
& Recherche Clinique - Université Claude Bernard (Lyon I)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Lille2)

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les  
soins dentaires (Clermont-Ferrand)

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au  
contexte de vie d'un patient » (CERFEP Lille)

Adjoint au vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie - Lille

Responsable du Département Prévention et Épidémiologie, Économie de la  
Santé et Odontologie Légale

*Je suis très honoré que vous fassiez partie de mon jury  
de thèse.*

*Je vous remercie pour votre pédagogie, votre  
bienveillance et votre implication durant ces études,  
que cela soit dans la formation universitaire ou clinique.*

**Madame le Docteur Anne BÉCART**

**Docteur en Chirurgie Dentaire – Praticien Hospitalier du CHU de Lille**

Expert judiciaire près de la Cour d'Appel de Douai

Expert agréée par la Cour de Cassation

Co-responsable de la Clinique de Médecine Légale et Médecine en Unité

Pénitentiaire,

CHU de Lille

Responsable des services dentaires des unités sanitaires en milieu carcéral,

CHU de Lille

Responsable de l'Unité Fonctionnelle Chambre Mortuaire, CHU de Lille

Responsable de l'Unité Fonctionnelle Gestion des Décès Massifs, CHU de Lille

Attachée d'enseignement à la faculté de Médecine de Lille

Docteur en Éthique Médicale de l'Université Paris Descartes (V)

Membre de l'AFIO

Enseignant – Chercheur au laboratoire UTML et A-EA7367 de l'Université de

Lille

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.*

*Je vous remercie beaucoup pour votre implication et votre aide dans la réalisation de ce travail.*

*Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de mon profond respect.*

**Madame le Docteur Mélanie COUVREUR**

**Docteur en Chirurgie Dentaire – Praticien Hospitalier du CHU de Lille**

Responsable de l'unité fonctionnelle soins dentaires, Unité Sanitaire du Centre Pénitentiaire de Lille-Annœullin

Diplôme d'Université de « Santé publique en milieu pénitentiaire »

*Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse et je vous en suis très reconnaissant.*

*Je vous remercie pour votre grande implication, pour vos précieux conseils et pour le temps que vous avez consacré à la réalisation de ce travail.*

*Les vacances passées à vos côtés au centre pénitentiaire d'Annœullin ont été des moments aussi enrichissants professionnellement qu'elles m'ont permis de découvrir et de m'intéresser à ce type d'exercice.*

À mes proches,



# Table des matières

1.	Introduction .....	17
2.	Dispositif dentaire défectueux et législation .....	18
2.1	Défectuosité due à un défaut de fabrication.....	18
2.1.1	Réglementation française et européenne.....	18
2.1.2	Réglementation turque .....	20
2.1.3	Réglementation algérienne.....	20
2.1.4	Tableau comparatif et récapitulatif.....	22
2.1.5	Cadre légal de la responsabilité .....	22
2.2	Défectuosité due à un non-respect des données acquises de la science .....	23
2.2.1	Législation française.....	23
2.2.2	Cadre légal de la responsabilité .....	23
2.3	Discussion.....	24
3.	Situation en milieu carcéral.....	25
3.1	L'exercice dentaire en milieu carcéral.....	25
3.2	Une population avec des spécificités de prise en charge.....	25
3.2.1	Les spécificités liées à la population carcérale.....	26
3.2.2	Les spécificités liées à l'organisation des soins en établissement pénitentiaire.....	28
3.2.3	Une population judiciairisée .....	29
3.3	Précautions à prendre.....	30
3.3.1	L'information médicale.....	30
3.3.2	Le consentement éclairé .....	32
3.3.3	Le dossier médical.....	33
4.	Observations de 3 cas cliniques .....	36
4.1	1 <sup>er</sup> Cas clinique .....	36
4.1.1	Description .....	36
4.1.2	Prise en charge .....	40
4.1.3	Discussion .....	40
4.2	2 <sup>e</sup> cas clinique .....	41
4.2.1	Description .....	41
4.2.2	Prise en charge .....	45
4.2.3	Discussion .....	46
4.3	3 <sup>e</sup> Cas clinique .....	47
4.3.1	Description .....	47
4.3.2	Prise en charge .....	51

4.3.3	Discussion .....	52
5.	Protection des praticiens.....	53
5.1	État des lieux sur les recours juridiques.....	53
5.1.1	Analyse du recours à la responsabilité civile professionnelle des chirurgiens-dentistes.....	53
5.1.2	Panorama des scandales dentaires médiatisés .....	56
5.1.3	L'impact des influenceurs dans le domaine des soins dentaires ..	59
5.1.4	Le tourisme dentaire.....	61
5.1.5	Discussion .....	68
5.2	Recommandations .....	69
6.	Conclusion .....	72
7.	Références bibliographiques.....	75
8.	Table des figures .....	79
9.	Table des tableaux.....	80
10.	Annexe .....	81

## 1. Introduction

En milieu carcéral, il est proposé au patient-détenu un bilan d'entrée au cours duquel le chirurgien-dentiste fait un examen bucco-dentaire précis.

À cette occasion, le praticien peut être amené à constater la présence de dispositifs médicaux en bouche ne répondant pas aux données acquises de la science ou présentant un risque pour la santé du patient.

Ces matériels sont dits défectueux et leur présence nécessite une réflexion sur notre conduite à tenir.

En effet, la question de leur prise en charge est délicate, aussi bien d'un point de vue technique que juridique car le contexte carcéral impose au chirurgien-dentiste de prendre en charge des patients suivis par d'autres confrères mais il peut également faciliter les démarches juridiques des patients auprès de leur avocat.

La problématique est donc d'apporter les soins appropriés au patient porteur du matériel défectueux tout en protégeant le praticien d'un éventuel recours juridique.

Nous commencerons par définir et analyser la réglementation concernant la défectuosité d'un dispositif dentaire et les responsabilités concernées.

Nous présenterons ensuite les spécificités de la population carcérale dans la prise en charge de sa santé.

Nous illustrerons notre propos au moyen de trois situations cliniques rencontrées en milieu carcéral.

Nous poursuivrons en démontrant que cette problématique n'est pas exclusive au milieu pénitentiaire et expliquerons pourquoi il n'a jamais été aussi important pour le chirurgien-dentiste de se protéger.

Enfin, nous clôturerons ce travail par les recommandations essentielles à la protection des praticiens, aussi bien en milieu libre qu'en milieu fermé.

## **2. Dispositif dentaire défectueux et législation**

Nous pouvons légitimement nous demander de quelle manière un dispositif dentaire peut être considéré comme défectueux et comment cela se traduit au niveau du cadre réglementaire.

L'article 1245-3 du code civil définit un produit comme défectueux "lorsqu'il n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre." (1)

Or ce défaut de sécurité peut être dû à un défaut de fabrication ou à un défaut de conception.

### **2.1 Défectuosité due à un défaut de fabrication**

Pour établir ce qui peut être considéré comme un défaut de fabrication, nous allons analyser les réglementations européenne, turque et algérienne sur les dispositifs médicaux.

Ainsi, cette comparaison des différentes réglementations, permettra d'identifier des écarts de réglementation qui pourraient augmenter les risques de défectuosité sur des dispositifs médicaux fabriqués.

#### **2.1.1 Réglementation française et européenne**

En France, les dispositifs médicaux sur mesure doivent respecter la réglementation européenne.

C'est le règlement UE 2017/745 (remplaçant la directive 93/42 CEE) qui encadre cette réglementation. (2)

Le règlement 2017/745 prévoit au moyen d'une série d'exigences que les dispositifs médicaux soient conçus et fabriqués de manière à ce qu'ils soient adaptés à leur destination, qu'ils soient sûrs, efficaces et ne compromettent pas l'état clinique ou la sécurité des patients. De plus, leur utilisation doit constituer un risque acceptable au regard de la balance bénéfice-risque pour le patient.

Ainsi, le but des exigences imposées par l'Union Européenne est de réduire autant que possible le risque que présente un dispositif médical, sans en altérer la fonction.

Le règlement impose aux fabricants :

- D'établir et documenter un plan de gestion des risques pour chaque dispositif.
- De déterminer et analyser les dangers connus et prévisibles associés à chaque dispositif.
- D'estimer et évaluer les risques associés à l'utilisation prévue et à une mauvaise utilisation.

Les fabricants doivent accorder une attention particulière :

- Au choix du matériau ou de la substance en matière de toxicité et d'inflammabilité.
- À la compatibilité des matériaux et des substances utilisés avec les tissus biologiques, les cellules et les liquides corporels en fonction de la localisation du dispositif.
- À l'incidence des procédés sur les propriétés des matériaux.
  - Propriétés mécaniques des matériaux : ductilité, résistance à la rupture, résistance à l'usure et résistance à la fatigue.
  - Propriétés de surface.
- À réduire autant que possible le risque d'infection microbienne des patients ou des utilisateurs du dispositif médical.

Les fabricants doivent également s'assurer que le dispositif médical ne contienne pas, dans une concentration supérieure à 0,1 % en fraction massique (m/m), de substances :

- Cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction (CMR)
- Perturbant le système endocrinien

Dans le cas contraire, en cas de présence de ces substances dans une concentration supérieure au seuil, le fabricant doit fournir des analyses sur la substance, sur l'exposition potentielle du patient et doit justifier la raison pour laquelle des matériaux de substitutions ne sont pas utilisables.

Le fabricant doit également fournir un ensemble d'informations permettant d'identifier et d'assurer la traçabilité du dispositif médical.

### **2.1.2 Réglementation turque**

La réglementation turque en matière de dispositif médical est totalement alignée sur celle de l'Union Européenne et les exigences imposées aux fabricants sont identiques à celles demandées à leurs homologues répondant à la législation européenne. (3)

Cet alignement réglementaire est illustré par la mise en place d'un accord bilatéral entre la Turquie et l'Union Européenne en 2022 permettant une équivalence des certifications en UE et en Turquie pour les dispositifs médicaux. (4)

Ainsi, un dispositif médical fabriqué en Turquie peut être délivré en UE sans mandataire et inversement.

De plus, un organisme notifié établi en Turquie a les mêmes droits et obligations qu'un organisme établi en UE. Le certificat de conformité fourni par cet organisme permet au dispositif médical de circuler librement en UE.

### **2.1.3 Réglementation algérienne**

En Algérie, c'est le ministère de l'industrie pharmaceutique qui établit les exigences auxquelles doit se conformer un fabricant de dispositif médical. (5)

Il est difficile de se procurer ces exigences dans la réglementation algérienne. Cependant, pour qu'un fabricant commercialise un dispositif médical, il doit remplir un dossier d'homologation devant contenir certaines informations et devant respecter certaines règles.

Nous allons donc nous appuyer sur ces éléments afin de déterminer les exigences imposées par la réglementation algérienne sur les dispositifs médicaux.

Le dossier d'homologation doit comporter les éléments suivants : (6)

- Les caractéristiques du dispositif médical
- La composition du dispositif médical
- La description des méthodes de contrôle utilisées par le fabricant
- Les explications sur les mesures de précaution et de sécurité à prendre lors du stockage du dispositif médical, de son utilisation et de l'élimination des déchets, ainsi qu'une indication des risques potentiels que le dispositif médical pourrait présenter pour l'environnement
- La description des méthodes de contrôle utilisées par le fabricant
- Le résultat des essais :
  - Techniques : physico-chimiques, physico-mécaniques et biologiques
  - Cliniques
- Les procédures de contrôle de la matière première et/ou du composant, des excipients et du produit fini
- L'évaluation du risque
- La performance du dispositif médical
- Le résumé du système de matériovigilance du dispositif
- L'évaluation du rapport bénéfice-risque du dispositif médical
- Le certificat de conformité du dispositif médical aux normes réglementaires
- Un document attestant que les différents intervenants dans la fabrication et les essais cliniques sont en conformité avec les bonnes pratiques de fabrication, les normes ISO, les bonnes pratiques de laboratoire et les bonnes pratiques cliniques (BPF/BPL/BPC).

Les exigences y sont donc moins précises et exhaustives que dans les réglementations européenne et turque.

## 2.1.4 Tableau comparatif et récapitulatif

Tableau 1: Comparaison des législations européenne, turque et algérienne

	Union Européenne	Turquie	Algérie
Établir les risques potentiels	✓	✓	✓
Exigences en matière de toxicité	✓	✓	✓
Exigences en matière de bio-compatibilité	✓	✓	✓
Exigences mécaniques	✓	✓	✓
Exigences en matière de traçabilité	✓	✓	x
Une balance bénéfice/risque favorable	✓	✓	✓
Décrire la méthode des tests effectués	✓	✓	✓
Exigences spécifiques en matière de CMR	✓	✓	x
Évaluation des matières premières	✓	✓	✓

Ce tableau permet de mettre en évidence que de manière générale les exigences imposées par ces différentes réglementations sont assez similaires. Comme vu précédemment, la réglementation algérienne est moins exhaustive et n'impose pas d'exigences en matière de traçabilité, ou n'impose pas d'exigences spécifiques portant sur des substances cancérigènes, tératogènes ou comportant des perturbateurs endocriniens. Cependant, cette réglementation impose tout de même des exigences en matière de toxicité ou de compatibilité biologique par exemple.

Ces différentes réglementations mettent également en lumière le fait qu'aucune de ces réglementations n'impose explicitement que le dispositif médical soit bien adapté à sa fonction. La réglementation impose cependant que le dispositif médical ne soit pas dangereux pour son utilisateur, réponde à des exigences de résistance mécanique et soit compatible avec les tissus biologiques avec lesquels il sera en relation.

## 2.1.5 Cadre légal de la responsabilité

Le fabricant (ou le mandataire dans le cas d'une importation) est soumis à une obligation de résultat. (7) Ainsi, il est obligé de respecter la réglementation lors de la commercialisation d'un dispositif médical et sera tenu responsable dans le cas contraire.

Cependant, en matière de droit, pour que la responsabilité du fabricant soit retenue, il faut qu'il y ait une faute, un préjudice et un lien de causalité entre les deux.

Le patient devra donc prouver, en cas de préjudice dû à un dispositif médical défectueux, que celui-ci est dû à une non-conformité de la part du fabricant

## **2.2 Défectuosité due à un non-respect des données acquises de la science**

### **2.2.1 Législation française**

L'article R4127-233 du code de santé publique établit le cadre légal.

Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :  
"À lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande, en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin" (8)

Ainsi, le chirurgien-dentiste est tenu d'assurer des soins conformes aux données acquises de la science.

Dans le cas contraire sa responsabilité peut être engagée.

### **2.2.2 Cadre légal de la responsabilité**

Comme vu précédemment, en cas de de dispositif dentaire ne répondant pas aux données acquises de la science, le responsable est le praticien.

Cependant, pour que la responsabilité de celui-ci soit engagée, il faut qu'il y ait :

- Une faute : ici un dispositif dentaire ne répondant pas aux données acquises de la science,
- Un préjudice,
- Un lien de causalité entre les deux.

De plus, c'est au patient d'apporter la preuve du préjudice. Il doit donc prouver que le dispositif dentaire ne répond pas aux données acquises de la science. (9)

## 2.3 Discussion

En présence d'un matériel dentaire défectueux et d'un préjudice associé à celui-ci, la responsabilité de deux protagonistes peut être engagée. Soit le fabricant, s'il y a un défaut de fabrication, soit le chirurgien-dentiste s'il y a un défaut de conception.

Dans ces deux situations, c'est au patient de prouver le défaut et le lien de causalité avec le préjudice.

Sans ces éléments, aucune responsabilité concernant le dispositif dentaire ne pourra être engagée.

Concernant la fabrication, nous pouvons constater qu'au niveau international, la réglementation sur la fabrication de dispositifs médicaux est assez consensuelle sur le sujet et ne concerne que des exigences médicales de type compatibilité, toxicité, etc. Elle ne concerne pas des éléments comme l'adaptation de la prothèse ou les données acquises de la science en matière de conception.

Ce sont des éléments sur lesquels il est très difficile pour le patient de s'appuyer pour prouver la présence d'une faute.

Concernant la conception, lorsque le dispositif dentaire ne répond pas aux données acquises de la science, le recours est également délicat car cela est difficile à prouver.

Sans oublier que le chirurgien-dentiste est soumis à une obligation de moyen et non de résultat.

### **3. Situation en milieu carcéral**

#### **3.1 L'exercice dentaire en milieu carcéral**

L'exercice dentaire en milieu carcéral est essentiellement défini par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. (10)

Le grand changement apporté par cette loi est la prise en charge des personnes détenues par une structure hospitalière (anciennement Unité de Consultation de Soins Ambulatoires, UCSA, désormais Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire, USMP, depuis 2013) au sein de l'établissement pénitentiaire. (11) L'USMP est rattachée à un centre hospitalier et est indépendante vis à vis de l'administration pénitentiaire au niveau de son organisation et de la prise en charge des personnes détenues.

L'objectif des USMP est d'assurer une qualité de soin aux individus incarcérés équivalente à celle proposée en milieu libre.

Les missions des USMP s'organisent autour de plusieurs grands axes : (12)

- La prise en charge des soins en milieu pénitentiaire : aussi bien en réalisant un dépistage lors de l'arrivée de la personne détenue qu'en assurant la continuité des soins.
- L'organisation de la continuité des soins à la sortie de l'établissement pénitentiaire.
- La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

#### **3.2 Une population avec des spécificités de prise en charge**

La population carcérale est une population particulière présentant certaines spécificités pour sa prise en charge médicale.

### 3.2.1 Les spécificités liées à la population carcérale

Les résultats d'une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2005 a montré que la moitié des détenus nécessitait des soins dentaires lors de leur incarcération. (13)

De plus, les conditions d'incarcération favorisent un mode de vie sédentaire avec un déséquilibre alimentaire prononcé.

En effet, lors de leur détention, ils pratiquent moins d'activité physique et ont une alimentation souvent plus grasse et plus sucrée.

La population carcérale est également exposée à la présence de substances addictives, de drogues et de produits toxiques.

L'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT) a mené différentes études sur l'usage des stupéfiants des détenus avant et pendant leur incarcération.

L'étude la plus récente et complète est "l'Enquête sur la Santé et les Substances en Prison" (ESSPRI) réalisée en 2023 et portant sur un échantillon de 1094 détenus, représentatif de la population carcérale. (14)

Plusieurs résultats ressortent de cette étude :

- 52 % des détenus ont déjà consommé au moins un produit stupéfiant lors de leur incarcération.
- 63 % des détenus consomment du tabac quotidiennement.
- 39% des détenus consomment au moins une fois par mois du cannabis et 26 % en consomment quotidiennement.
- 14 % des détenus déclarent avoir déjà consommé pendant leur détention de la cocaïne, du crack, de la MDMA ou de l'héroïne.
- 25 % des détenus consommaient régulièrement (au moins 10 fois par mois) du cannabis avant leur incarcération.
- 40 % des détenus ayant déjà consommé de la cocaïne avant leur incarcération en ont consommée pendant celle-ci.

Ainsi, ces statistiques nous montrent que la population carcérale est une population particulièrement touchée par l'usage des stupéfiants et est donc impactée par les effets de cet usage.

Cette consommation de produits stupéfiants peut engendrer des troubles du comportement, des troubles de compréhension et des altérations de l'état général.

Au niveau bucco-dentaire, cela peut entraîner des lésions caractéristiques comme des caries de Lowenthal et des atteintes parodontales. (15)

Cela peut également entraîner des complications pour la gestion de la douleur de ces patients dépendants, que ce soit lors de la prescription d'antalgiques ou lors de l'anesthésie au fauteuil.

La population carcérale est également particulièrement concernée par des troubles de la santé mentale.

La direction générale de la santé a mandaté la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) afin de mener une étude sur la santé mentale des personnes détenues. (16)

L'étude a été menée entre 2020 et 2022.

Les résultats de cette étude sont les suivants :

- “la moitié des personnes interrogées est concernée par un trouble lié à une substance,
- un tiers des hommes, et la moitié des femmes, sont concernés par des troubles thymiques (incluant la dépression),
- un tiers des hommes, et la moitié des femmes, sont concernés par des troubles anxieux,
- 10% des hommes, et un sixième des femmes, sont concernés par un syndrome psychotique,
- un quart des hommes, et la moitié des femmes, sont sujets aux insomnies.”

Ces résultats sont cohérents avec ceux de la Direction Générale de la Santé menée en 2004. (17)

D'après les statistiques trimestrielles de l'administration pénitentiaire du 31 mars 2024, (18)

- Plus de 95 % des personnes écrouées sont des hommes.
- 24 % des détenus n'ont pas la nationalité française.
- 90 % des détenus ont un niveau d'étude inférieur au baccalauréat

Le bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire de 2020 nous indique également que 52 % de la population carcérale ne possède aucun diplôme. (19)

De plus on constate que près d'un quart des détenus ne sont pas de nationalité française et sont donc susceptibles de ne pas ou peu comprendre le français.

Une étude menée par la DREES en 2003 avait également montré qu'une personne sur cinq entrant en prison se déclarait sans domicile stable. (13)

Les personnes détenues sont donc majoritairement des personnes peu instruites et en situation de précarité.

### **3.2.2 Les spécificités liées à l'organisation des soins en établissement pénitentiaire.**

La relation de soin entre soignant et soigné est biaisée par le contexte carcéral car le patient détenu ne dispose pas du libre choix de son praticien.

De plus, le contexte sécuritaire peut limiter l'accès aux soins.

La prison est sectorisée et cette organisation limite les possibilités de consultations.

De plus, pour certaines catégories de détenus, un protocole de surveillance spécifique est mis en place (détenus issus de quartier d'isolement, de maison centrale ou de quartier radicalisé). Ce protocole leur interdit par exemple de croiser d'autres personnes incarcérées. L'application du protocole altère leur accès au soin car ils ne peuvent être soignés que sur certains créneaux particuliers et si l'ensemble des conditions du protocole sont respectées.

L'organisation d'un établissement pénitentiaire rend impossible pour un soignant de rencontrer un détenu sans l'intervention d'un surveillant. Même si les surveillants ne sont pas présents en salle de soin, un détenu doit être escorté pour atteindre l'USMP de la prison. (20)

Au-delà de la mobilité, c'est également au niveau de l'organisation des soins que l'administration pénitentiaire s'interpose. En effet, les patients doivent écrire un courrier pour demander un rendez-vous médical. Ce courrier est à déposer dans une boîte aux lettres spécifique et est ensuite transmis au praticien qui établira un rendez-vous en conséquence.

Il n'y a donc pas de contact direct entre le praticien et le patient pour l'organisation des soins.

Il est important de préciser que même en présence de cette organisation et de ces protocoles particuliers, le secret médical est toujours respecté. Seul le personnel médical et paramédical est en contact avec les informations médicales.

Par exemple, ce sont les infirmières qui font transiter le courrier médical et non les surveillants.

Cependant, malgré ce respect du secret médical, il peut arriver que, par peur que le contenu de leurs lettres ne soit lu par des surveillants ou par d'autres détenus, les personnes incarcérées restent vagues dans la description de leur symptôme, ou sur le motif de leur demande de rendez-vous, altérant l'organisation des soins. (21)

### **3.2.3 Une population judiciairisée**

Le fait que ce soient des patients judiciairisés caractérise également les patients en milieu carcéral.

En effet, ce sont des patients ayant déjà eu une ou plusieurs expériences devant un tribunal et qui ont donc été ou sont en relation avec un avocat.

Ces patients ont donc un accès facilité au système judiciaire.

Des patients détenus ont tendance à espérer, à tort, qu'une remise de peine serait possible s'ils prouvent qu'ils ne bénéficient pas de soins adaptés.

Dans les faits, lorsque les patients détenus évoquent une possible intervention de leur avocat en cas de non satisfaction des soins réalisés, cela reste généralement au stade de la menace. Cependant, la possibilité de voir le dossier médical saisi à la demande du patient en cas de contestation demeure bien réelle.

### **3.3 Précautions à prendre**

Afin de protéger les praticiens hospitaliers contre toute contestation ou recours, il est très important de tenir un dossier médical rigoureux, de garder la preuve de l'information médicale délivrée, du recueil du consentement éclairé ainsi que de l'établissement d'un état dentaire initial.

#### **3.3.1 L'information médicale**

L'information médicale est un élément crucial, que cela soit en matière de droit du patient, ou que cela soit pour la protection du praticien contre un éventuel recours.

Le défaut d'information est un élément sur lequel le chirurgien-dentiste est couramment attaqué lorsque sa responsabilité est mise en cause.

D'un point de vue légal, c'est l'article L1111-2 du code de santé public qui pose le cadre de l'information médicale. (22)

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

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

applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.”

L'article 35 du code de déontologie médicale indique également que l'information délivrée au patient doit être loyale, claire et appropriée sur son état. (23)

Ainsi, ces textes nous indiquent que tout patient doit être informé sur son état de santé, sur le plan de traitement, les risques qu'il comporte et les conséquences en cas de refus de soin.

De plus, l'information doit être la plus claire possible pour le patient et adaptée à son niveau de compréhension.

Pour montrer son importance dans le cadre de la protection du chirurgien-dentiste, nous examinerons brièvement la jurisprudence concernant le défaut d'information en chirurgie dentaire.

Nous pouvons par exemple citer une affaire dans laquelle un praticien a été condamné pour défaut d'information et pour avoir causé une perte de chance. Celui-ci n'avait pas informé la patiente des risques que présentait le fait de recoller un bridge avec du Fixodent ainsi que du risque qu'occasionnait le report des soins. (24)

Dans cette affaire il est important de noter que le praticien n'avait commis aucune faute technique.

Dans une autre affaire, le chirurgien-dentiste a été condamné pour défaut d'information et un préjudice d'impréparation a été retenu car celui-ci n'a pas pu prouver qu'il avait informé le patient des traitements alternatifs moins délabrants. (25)

Dans cette affaire il n'y a pas eu non plus de faute technique.

La jurisprudence des affaires de défaut d'information nous montre que même si l'acte technique est réalisé en respectant les données acquises de la science, en cas de défaut d'information le praticien peut être mis en cause.

Cela nous montre également qu'un défaut d'information peut se traduire de deux manières d'un point de vue juridique :

- Une perte de chance : le patient n'a pas été informé des risques que présentait l'intervention et aurait pu la refuser pour ne pas subir le risque.
- Un préjudice moral d'impréparation : si le patient avait été informé du risque, il aurait pu se préparer aux conséquences possibles d'un échec.

De plus, un arrêt de la cour de cassation du 25 janvier 2017 stipule qu'il est possible sur une même condamnation, de cumuler le préjudice de la perte de chance avec le préjudice d'impréparation. (26)

Ainsi, en pratique, pour bien se protéger, il est important de consigner toutes les informations délivrées au patient.

Ces informations doivent porter sur son état actuel bucco-dentaire, c'est à dire la présence éventuelle de foyers infectieux, de soins à réaliser, de restaurations prothétiques non conformes aux données acquises de la science.

Cela porte également sur les risques que présentent les interventions proposées ainsi que les conséquences d'un refus de celles-ci.

Il est impératif que le patient comprenne l'information délivrée. Ainsi, si celui-ci ne comprend pas le français par exemple, le recours de traducteur en ligne peut être une solution.

### **3.3.2 Le consentement éclairé**

Selon la loi du 4 mars 2002, "Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment". (27)

Le patient doit donner son accord avant de recevoir tout acte médical, et cela vaut également pour la première consultation dentaire.

Ainsi, en pratique, suite à la première consultation avec le patient, le plan de traitement des différents soins nécessaires lui est expliqué et proposé et le consentement est recueilli à ce moment-là.

### 3.3.3 Le dossier médical

Il n'y a pas officiellement d'informations obligatoires devant figurer dans un dossier médical dans un cabinet de ville.

L'article R1112-2 du code de santé publique liste des informations devant figurer au sein du dossier médical dans le cas d'un patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. (28)

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (agence qui est devenu la Haute Autorité de Santé en 2004) a également émis un ensemble de recommandations sur le contenu du dossier médical d'un chirurgien-dentiste. (29)

À partir de ces différents éléments, nous pouvons établir une liste d'informations et de documents utiles pour constituer un dossier médical rigoureux.

- Les antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Les traitements en cours
- La consommation de cigarettes et de produits stupéfiants.
- Les antécédents odontologiques, notamment la dernière visite chez un chirurgien-dentiste.
- Les radiographies réalisées
- Les résultats de tout autre examen complémentaire (examen biologique par exemple)
- Les devis
- Les plans de traitement
- Les informations délivrées au patient ainsi que le recueil du consentement éclairé.
- Les traitements réalisés.
- Le suivi thérapeutique
- Les éléments de traçabilité des dispositifs médicaux sur mesure livrés.

Il est également important de réaliser et de consigner dans le dossier un état dentaire initial.

La réalisation de cet état initial permet d'une part de connaître précisément les antécédents dentaires du patient, facilitant la mise en place d'un plan de traitement et améliorant la prise en charge.

D'autre part, cela permet d'avoir une preuve précise des soins précédemment réalisés, améliorant la protection du praticien si sa responsabilité est engagée sur des soins qu'il n'a pas réalisés.

Cet état dentaire initial s'établit en réalisant certains examens :

- Un examen clinique endo-buccal.

Lors de cet examen, nous allons rechercher et consigner :

- La présence éventuelle de lésions carieuses
- Le type et la qualité des soins déjà présents en bouche.
- Une radiographie panoramique

L'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) recommande d'en réaliser une en présence de signes d'appel lors de la première consultation. (30)

L'Autorité de Sureté Nucléaire (ASN) indique dans un communiqué les indications de radiographie panoramique. (31)

On y retrouve par exemple la situation d'un patient présentant d'anciennes reconstitutions.

Cette radiographie permet de :

- Rechercher la présence de foyers infectieux
- Constater des éléments non visibles cliniquement : homogénéité des obturations endodontiques, détecter des caries proximales, ...
- Avoir une archive de l'état dentaire initial stockée dans le dossier médical
- Des photographies endo et exo-buccales.

En raison du règlement interne de l'établissement pénitentiaire, il n'est pas possible de détenir des moyens de réaliser des photographies dans la pratique dentaire en milieu carcéral.

Une fois toutes ces informations recueillies et consignées dans le dossier médical, nous pouvons établir un plan de traitement et établir la chronologie des soins à réaliser en fonction de l'urgence de la prise en charge.

Nous expliquons le plan de traitement au patient, notamment la balance bénéfice-risque des différents soins et nous recueillons son consentement.

Il est également important de consigner ces éléments dans le dossier médical.

## 4. Observations de 3 cas cliniques

### 4.1 1<sup>er</sup> Cas clinique

#### 4.1.1 Description

##### Présentation du patient

Le patient a 37 ans, est néerlandais.

Le patient est anglophone.

Il a accepté de réaliser un bilan dentaire lors de son arrivée au centre pénitentiaire d'Annœullin en 2019.

Le patient n'a pas d'antécédents médicaux.

Il a eu, deux ans avant son arrivée, une fracture de la mâchoire, ce qui a entraîné la présence de matériel d'ostéosynthèse du côté droit.

Le patient ne consomme ni tabac, ni produits stupéfiants.

Lors de sa première consultation, il ne s'est plaint d'aucune douleur.

##### Situation en bouche

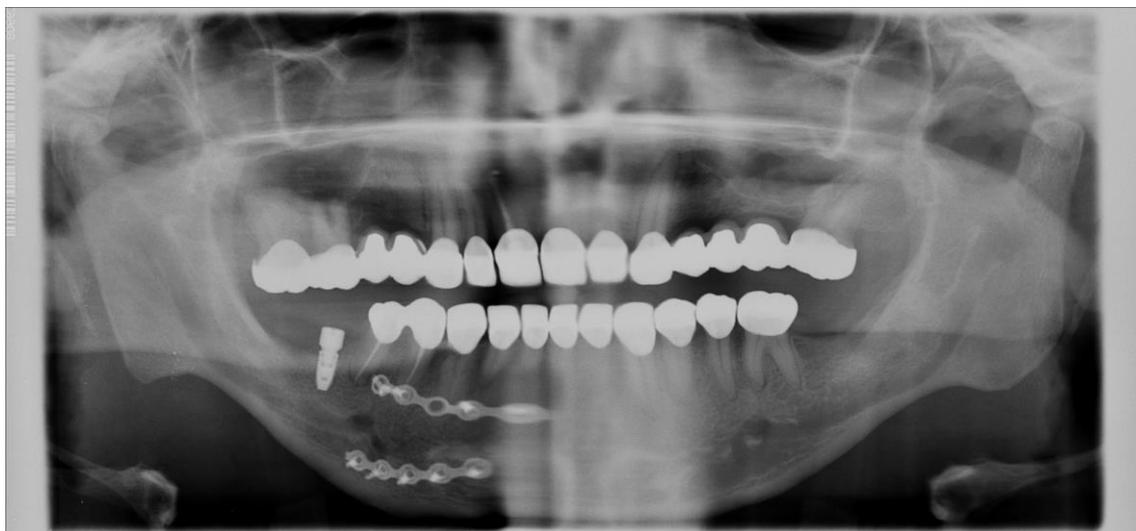


Figure 1: Radiographie panoramique du 1<sup>er</sup> patient

-Présence d'un bridge de 13 à 17, avec 13, 16 et 17 en pilier et 14 et 15 en inters. Le bridge est en zircone et les dents piliers n'ont pas de traitement endodontique. Il y a une radio-clarté apicale au niveau de la 16, pouvant se traduire par une LIPOE (lésion inflammatoire péri-apicale d'origine endodontique).

-Présence d'un bridge de 23 à 27, avec 23 et 27 en pilier et 24,25 et 26 en inter. Le bridge est en zircone et les dents piliers n'ont pas de traitement endodontique.

-Présence de couronnes en zircone de 12 à 22 et de 43 à 36.

Excepté sur la 11, aucune de ces dents ne présente de traitement endodontique. On observe une radio-clarté apicale au niveau de la racine mésiale de 36, au niveau de la 35 et au niveau de la 42.

-Les 44 et 45 présentent des couronnes en zircone solidarisées, et présentent toutes les deux une obturation canalaire.

Au niveau de la 45, on observe une radio-clarté apicale.

-Présence d'un implant sur la 46 avec une vis de cicatrisation.

### Quels sont les éléments présentant un risque ?

Le bridge de 23 à 27 ne correspond pas aux données acquises de la science.

Pour évaluer la résistance d'un bridge, nous pouvons nous baser sur la loi de Duchange.

Celle-ci stipule qu'un bridge est équilibré et fonctionnel lorsque la somme des coefficients masticatoires des dents piliers est supérieure ou égale à celle des inter. (32)

Tableau 2: Valeurs des coefficients masticatoires des différentes dents selon Duchange

	IC	IL	Canine	PM1	PM2	M1	M2	M3
Maxillaire	2	1	3	4	4	6	6	2-6
Mandibule	1	1	3	4	4	6	6	2-5

Dans le cas du bridge secteur 2, le coefficient masticatoire des dents piliers est de 9 (une canine et une molaire) alors que celui des inters est de 14 (2 prémolaires et une molaire).

Par conséquent le bridge secteur 2 n'est pas équilibré.

De plus, de nombreuses recommandations fixent la longueur maximale de la travée d'un bridge en zircone à 2 éléments, et dans cette situation il y en a 3. (33)

Ainsi, dans cette situation, au regard du non-respect des données acquises de la science, ce bridge présente principalement 2 risques :

- La fracture du bridge
- La fracture d'une ou des deux dents piliers.

La présence des radio-clartés sous les différentes dents (16, 35, 36, 42 et 45) présente un risque car celles-ci pourraient entraîner une infection chez le patient.

Nous ne disposons pas de radiographie précédente permettant d'établir une évolution de ces radio-clartés.

Cependant, celles-ci se présentent sous des couronnes en zircone, compliquant la réintervention.

Pour réaliser un traitement (ou retraitement) endodontique dans ces conditions, il faut soit réaliser une cavité d'accès au travers de la couronne, soit déposer la couronne.

Déposer une couronne en zircone impliquera très probablement de la détruire et toute dépose présente un risque pour la dent pilier.

Réaliser une cavité d'accès au travers de la zircone est déconseillé en raison de sa structure car le fraisage de ce matériau entraîne des fissures et des fractures de celui-ci. (34)

De plus, une intervention sur la 16 risquerait de compromettre le bridge dont elle est pilier.

Ainsi, au vu de ces éléments, nous pouvons établir la balance bénéfice-risque de la situation en bouche du patient, ainsi que les conséquences possibles de sa décision.

Tableau 3: Balance bénéfico-risque de la dépose du bridge

	Bénéfice	Risque
Déposer le bridge 23/27	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ne plus avoir de bridge non conforme aux données acquises de la science.</li> <li>-Supprimer le risque futur de fracture radiculaire des dents piliers du bridge.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fracturer les racines radiculaires des dents piliers lors de la dépose.</li> <li>-Provoquer une nécrose ou une pulpite des dents piliers lors de la dépose aboutissant à un traitement endodontique.</li> <li>-Suite à la dépose, le patient aura un espace vide au niveau des dents 24, 25 et 26.</li> </ul>

Ainsi, dans cette situation, la balance bénéfico-risque d'une dépose est clairement défavorable.

Tableau 4: Balance bénéfico-risque des traitements endodontiques

	Bénéfice	Risque
Réaliser les traitements endodontiques des dents 16, 35, 36, 42 et 45.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Éviter l'augmentation des radio-clartés apicales ainsi que le développement d'infections d'origine endodontique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fracturer les dents piliers pendant la dépose des couronnes.</li> <li>-Détruire les couronnes en zircone en réalisant les cavités d'accès.</li> <li>-Devoir déposer le bridge secteur 1 en raison d'une fracture de la zircone de la 16.</li> </ul>

Après avoir établi la balance bénéfico-risque, nous pouvons en informer le patient, afin que celui-ci fasse son choix en matière de traitement, dans les règles du consentement éclairé.

Le patient est également informé des conséquences d'une abstention thérapeutique :

- Une possible fracture future des dents piliers du bridge secteur 2.
- Le développement d'infections sous les dents présentant des radio-clartés.

Dans cette situation, fournir les différentes informations au patient présente une légère difficulté car celui-ci est anglophone.

Un traducteur en ligne peut être utilisé pour permettre la traduction de certains termes techniques nécessaires dans la délivrance de l'information et s'assurer de leur compréhension.

#### **4.1.2 Prise en charge**

Dans le cas présent, le patient ne se plaint d'aucune douleur, par conséquent il n'y a pas de demande de traitement de sa part.

Suite à l'explication de sa situation actuelle en bouche et de la balance bénéfice-risque des différents traitements, le patient ne souhaite pas d'intervention.

Cependant, même si le patient ne souhaite pas d'intervention, les radio-clartés nécessitent une surveillance régulière, qui a été conseillée au patient.

Au niveau du dossier médical, l'état initial a été consigné ainsi que la radiographie panoramique.

Il y a également été inscrit que l'information de la situation en bouche du patient lui a été délivrée ainsi que les conseils donnés pour la suite.

Le fait qu'il ait été informé des conséquences de ses choix est également consigné dans le dossier.

Bien que le patient soit anglophone, l'information a été correctement délivrée et comprise par le patient.

#### **4.1.3 Discussion**

Dans cette situation, le patient n'était pas en demande de soins et ignorait qu'il avait en bouche des éléments présentant des risques.

Une intervention lui aurait occasionné une gêne esthétique et c'est son principal motif de refus.

Si ici le protocole d'informations peut sembler trop conséquent en raison de l'absence de demande du patient, il est important de rappeler qu'au vu de la jurisprudence en matière d'information médicale, le praticien reste vulnérable en cas de recours.

En effet, si le patient n'avait pas été informé des risques encourus et que l'un d'entre eux était survenu (fracture d'une dent pilier par exemple, entraînant son avulsion), dans ce cas, s'il réussit à prouver que le praticien était au courant, ce dernier se retrouverait mis en cause pour préjudice d'information.

Ce préjudice d'information porterait sur une perte de chance due à l'incapacité du patient de prendre une décision permettant de prévenir la fracture de la dent.

Le préjudice pourrait également porter sur un préjudice moral d'impréparation, car le patient n'aurait pas pu se préparer à un risque potentiel.

Le motif technique ne serait pas retenu car le dernier praticien n'aurait pas réalisé les soins.

## **4.2 2<sup>e</sup> cas clinique**

### **4.2.1 Description**

#### Présentation du patient

Le patient est entré au centre pénitentiaire d'Annœullin en 2022.

Il a accepté de réaliser le bilan bucco-dentaire lors de son arrivée mais a refusé de faire une radiographie panoramique.

Le patient est francophone.

Il ne présente pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers.

Le patient consomme du cannabis et de la cocaïne.

Lors de la première consultation, il ne s'est plaint d'aucune douleur.

## Situation en bouche

Le patient présente plusieurs bridges allant de 15 à 25, réalisés en Turquie.

-Présence d'un bridge de 15 à 13 avec 15 et 13 en piliers et 14 en inter.

C'est un bridge céramo-métallique, la 15 est obturée mais ne présente pas d'ancrage radiculaire et la 13 n'a pas eu de traitement endodontique.

-Présence de couronnes solidarisées sur les 11, 12 et 21.

Ce sont des couronnes céramo-métalliques et les dents supports ne présentent pas d'obturation endodontique.

-Présence d'un bridge de 22 à 25 avec 22, 23 et 25 en piliers et 24 en inter.

C'est un bridge céramo-métallique et les dents support ne présentent pas de traitement endodontique.



Figure 2: Radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 13 du 2<sup>ème</sup> patient

Évolution du bridge de 15 à 13.

- En septembre 2022, lors d'une consultation en urgence, le patient se présente avec le bridge de 15 à 13 descellé et fracturé au niveau de la dent pilier 13.

Le bridge ne repose plus que sur la 15. En effet, suite à la fracture, la portion du bridge impliquant la 13 n'est plus exploitable.

Le patient souffre également de fortes douleurs au froid de type pulpite irréversible sur la 13.

Une cavité d'accès est réalisée sur la 13 pour soulager le patient, un rendez-vous pour la dévitalisation de celle-ci est programmé et le bridge est rescellé provisoirement uniquement sur la 15.

- En octobre 2022, le traitement endodontique de la 13 est réalisé et des antibiotiques sont prescrits au patient car celui-ci présente un abcès au niveau de la 15.

Le bridge est rescellé provisoirement et un rendez-vous est programmé en vue de retraiter la 15.

La situation a été expliquée au patient. Celui-ci a été informé que la solution thérapeutique permettant de guérir l'infection est le retraitement endodontique de la 15.

Le patient a également été informé qu'il était très probable que son bridge ne serait plus rescellable en raison de la dégradation de celui-ci.

- En décembre 2022, le retraitement endodontique de la 15 est réalisé et un Ciment Verre Ionomère est posé sur les dents 13 et 15 afin d'assurer l'étanchéité des dents.

La fracture du bridge s'est étendue et celui-ci n'est plus du tout ajusté et non rescellable.

Les explications sont données sur le traitement effectué (retraitement endodontique de la 15) mais malgré celles-ci, la compréhension est difficile pour le patient et il réclame, malgré l'explication, des antibiotiques. De plus, il insiste pour que son bridge soit rescellé, en dépit des explications sur le fait que le bridge n'est pas rescellable, qu'il n'est plus étanche et que le patient risquerait de l'avaler ou de l'inhaler.

Le patient se dit prêt à signer une décharge pour que l'on lui rescelle le bridge.

Devant l'impossibilité de remettre le bridge et malgré les explications données, le patient s'énerve et devient insultant, entraînant l'interruption du rendez-vous.

### Éléments problématiques

Dans cette situation, l'élément présentant un risque est la question du rescellement du bridge.

Tableau 5: Balance bénéfice-risque du rescellement du bridge

	Bénéfice	Risque
Resceller le bridge 13/15	-Amélioration esthétique pour le patient.	-Inhalation ou ingestion du bridge en cas de descellement.  -Reprise carieuse sous le bridge due au mauvais ajustement de celui-ci.

Dans cette situation, la balance bénéfice-risque est très défavorable au rescellement du bridge en raison des risques que cela représente.

De plus, le bénéfice est minime car le bridge est très peu rétentif et risquerait de se desceller peu de temps après son rescellement.

Le patient a proposé de signer une décharge de responsabilité du chirurgien-dentiste si celui-ci rescellait le bridge malgré une situation au très mauvais pronostic.

Il est important de rappeler que la décharge de responsabilité n'a aucune valeur juridique. (7)

En effet le but d'une décharge de responsabilité est d'empêcher les poursuites du patient contre son chirurgien-dentiste à propos d'un soin que le praticien aurait été réticent à réaliser.

Or agir en justice est un droit fondamental pour tout citoyen, auquel rien, pas même une décharge signée de sa main, ne peut lui faire renoncer.

Ainsi, malgré une décharge signée, le patient peut toujours exercer des poursuites et la prise en charge pourra être évaluée et aboutir à une condamnation.

Le praticien est tenu à une obligation de prudence et de diligence et “le chirurgien-dentiste doit s'abstenir, comme le médecin, de tout ce dont il est à même de juger l'exécution trop difficile et la réussite improbable dans l'état et les dispositions du sujet”. (35)

Un jugement du 18 février 2003 du tribunal de grande instance de Montpellier illustre ce point en retenant la responsabilité d'un praticien au motif que c'est “un professionnel averti qui doit résister aux demandes non justifiées de sa patiente”.

En effet, le praticien avait cédé aux demandes d'une patiente en réalisant des soins non conformes aux données acquises de la science et la patiente s'était ensuite retournée contre lui.

#### **4.2.2 Prise en charge**

Comme pour toute situation, mais encore plus dans ce cas, l'information au patient est très importante.

Au moment de son bilan d'entrée, le patient doit être informé de la situation initiale bucco-dentaire ainsi que des soins à réaliser. Cependant, avec l'absence de radiographie panoramique, une partie de cette situation échappe au chirurgien-dentiste.

Le patient doit également être informé de la priorité des soins à réaliser et de ce qui est faisable ou non.

Toutes ces informations doivent être consignées dans le dossier médical.

Il ne faut pas non plus céder aux demandes du patient, même si celui-ci est insistant.

Par exemple, la demande d'antibiotiques de la part des patients est fréquente et est vecteur d'antibiorésistance. C'est au praticien de faire la part des choses et d'évaluer la nécessité d'un traitement.

Il en est de même pour le rescellement du bridge fracturé et non adapté. Même si le patient le réclame, il ne faut pas céder si sa demande n'est pas respectable sur le plan médical.

### 4.2.3 Discussion

Ce cas clinique illustre deux problématiques :

D'une part, une inadéquation totale entre les attentes du patient et la faisabilité technique de sa demande.

De plus céder à la demande du patient aurait exposé la responsabilité du praticien.

En effet, resceller un bridge fracturé, non adapté et présentant une rétention insuffisante aurait pu engager la responsabilité du praticien.

Cette responsabilité s'étendant aussi bien sur le manque d'étanchéité que sur le risque d'inhalation, pouvant engager le pronostic vital du patient. Et ce, même si le praticien n'a pas réalisé le bridge.

D'autre part une communication difficile entre le patient et le chirurgien-dentiste altère le dialogue et la délivrance de l'information.

Dans une situation comme celle-ci, malgré tous les efforts mis en œuvre pour délivrer une information claire, face à un patient fermé au dialogue et ne voulant pas entendre des informations n'allant pas dans son sens, le devoir d'information devient impossible à satisfaire.

Certes l'information a été délivrée, de manière claire, loyale et appropriée mais celle-ci n'a pas forcément été correctement reçue.

Il est également important de préciser que plusieurs praticiens différents sont intervenus à différentes étapes de la prise en charge du patient.

Cette pluralité de praticiens a pu occasionner un défaut de compréhension de la part du patient.

Nous pouvons également nous interroger sur le rôle que peuvent avoir les produits stupéfiants que le patient consomme dans sa capacité à recevoir et comprendre l'information ainsi que dans son comportement.

Ce sont des composants non négligeables à prendre en compte dans la prise en charge en milieu carcéral.

Ainsi, dans ce deuxième cas clinique, même si au final le soin d'urgence a été réalisé et les foyers infectieux éliminés, le patient en sort insatisfait, altérant par la même occasion la relation de confiance soignant/soigné.

## 4.3 3<sup>e</sup> Cas clinique

### 4.3.1 Description

#### Présentation du patient

Le patient a 33 ans.

Entré à la maison d'arrêt de Sequedin en juillet 2022, il a eu un bilan dentaire à son arrivée.

Une radiographie panoramique a été réalisée.

Le patient ne présente pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux.

Le patient ne fume pas et ne consomme pas de produits stupéfiants.

Le patient est francophone.

Le patient s'est fait poser des bridges et des couronnes en 2021 en Turquie.

Selon les dires du patient, le motif de sa consultation en Turquie était une prise en charge de la position vestibulée et haute de ses 13 et 23, ainsi qu'une volonté d'avoir les dents plus claires.

Selon lui, ses dents étaient saines avant son traitement en 2021.

Lors de son bilan, il s'est plaint de fortes douleurs aux gencives ainsi que d'intenses saignements gingivaux au niveau du brossage.

#### Situation en bouche.



Figure 3: Radiographie panoramique du 3<sup>ème</sup> patient

Le patient présente une parodontite caractérisée par une récession osseuse généralisée et des saignements gingivaux très importants.

-Présence d'un bridge maxillaire de 12 dents, avec 13 et 23 en inters.

Le bridge est en zircone et toutes les dents présentent des surcontours.

Les embrasures ne sont pas respectées, tout comme l'anatomie coronaire des dents.

Présence des racines résiduelles des 13 et 23 sous le bridge.

Aucune des dents piliers du bridge ne présente de traitement endodontique

-Présence de couronnes en zircone sur les 36 et 46.

Les couronnes présentent toutes deux des volumes et des surcontours très importants.

Ces deux dents ne présentent pas de traitement endodontique.

Présence d'une radio-clarté apicale au niveau de la racine mésiale de la 36 et une radio-opacité apicale au niveau de la racine mésiale de la 46.

-Présence de couronnes solidarisiées de 33 à 35, de 32 à 42 et de 43 à 45.

Toutes ces couronnes sont en zircone et toutes présentent une anatomie coronaire non respectée, avec notamment des surcontours et une absence de points de contact entre 42 et 43.

Aucune de ces dents n'a de traitement endodontique.

### Quels sont les éléments présentant un risque ?

Les restaurations prothétiques sont totalement inadéquates.

En effet, elles présentent des surcontours importants, une absence de respect des points de contact et de manière plus générale une absence de respect des anatomies coronaires.

Les images apicales sous les 36 et 46 montrent un risque car elles pourraient être à l'origine d'infection future.

Nous ne disposons pas de radiographie précédente permettant d'établir une évolution de ces images.

Réaliser un traitement endodontique sur ces dents impliquerait le démontage des couronnes ou la réalisation d'une cavité d'accès à travers elles.

Or, ces couronnes sont en zirconie, et comme nous l'avons vu dans le premier cas clinique, le fraisage de ce matériau est déconseillé.

De manière générale, aucune des anatomies coronaires des dents n'est respectée et c'est cela qui est à l'origine des problèmes gingivaux et parodontaux.

Cependant, la solution pour ce problème serait la dépose générale pour tout recommencer, ce qui se présente comme un traitement lourd et risqué.

Les racines résiduelles des 13 et 23, présentent également un risque infectieux.

Cependant, dues à leurs situations sous le bridge, leur extraction impliquerait la réalisation d'un lambeau et d'une alvéolectomie vestibulaire.

Tableau 6: Balance bénéfice-risque de la dépose des restaurations inadaptées

	Bénéfice	Risque
Dépose de toutes les restaurations pour en refaire avec une anatomie adaptée	-retrouver une anatomie coronaire satisfaisante et permettre une amélioration de l'état parodontal du patient	-fracturer des racines lors de la dépose. -Provoquer une nécrose ou une pulpite des dents piliers lors de la dépose aboutissant à un traitement endodontique.

Au-delà de la balance bénéfice-risque, le contexte de soin en milieu carcéral rend impossible une prise en charge aussi lourde pour un patient.

Ce contexte de soin rend impossible le fait de bloquer des créneaux trop importants pour la prise en charge d'un simple patient sans porter préjudice aux autres patients.

Tableau 7: Balance bénéfico-risque des traitements endodontiques des 36 et 46

	Bénéfice	Risque
Réaliser les traitements endodontiques des dents 36 et 46	-Éviter l'augmentation des radio-clartés apicales ainsi que le développement d'infections d'origine endodontique.	-Fracturer les dents pendant la dépose des couronnes.  -Détruire les couronnes en zirconie en réalisant les cavités d'accès.

Tableau 8: Balance bénéfico-risque des extractions de 13 et 23

	Bénéfice	Risque
Extraire les 13 et 23	-Empêcher le développement de futures infections dues aux racines résiduelles	-Fissurer ou fracturer le bridge en zirconie en regard des 13 et 23.  -Entraîner une perte osseuse conséquente au niveau des canines suite à l'alvéolectomie

Après avoir établi les différentes balances bénéfico-risque, nous pouvons en informer le patient, afin que celui-ci fasse son choix en matière de traitement, dans les règles du consentement éclairé.

Le patient est également informé des conséquences d'une abstention thérapeutique :

- Une possible infection au niveau des racines résiduelles des 13 et 23.
- Le développement d'infections sous les dents présentant des radio-clartés.
- La persistance de la parodontite et la gingivite.

Pour la solution de tout déposer et tout refaire, le patient est informé que cela n'est pas réalisable dans le contexte de soins pendant sa détention.

### 4.3.2 Prise en charge

Dans cette situation, la demande du patient par rapport à ses fortes douleurs gingivales est directement liée à la forme des restaurations prothétiques.

Or, pour répondre pleinement à sa demande, il faudrait tout démonter, ce qui comme vu précédemment, n'est pas possible dans ce contexte de soin.

Cependant, même si ce n'est pas réalisable, le patient doit tout de même être informé de cette possibilité thérapeutique.

Le patient est également informé sur sa situation actuelle, et sur le non-respect des anatomies cervicales.

Suite à cette information, le patient se montre très suspicieux et la discussion sur la réalisation de ses prothèses est difficile car il est persuadé de la bonne qualité de ses soins.

Malgré l'information sur la situation des dents 13, 23, 36 et 46, ainsi que des conséquences d'une non intervention, le patient ne souhaite aucune intervention sur celles-ci.

Le patient a donc reçu toutes les informations portant sur son état actuel, les risques potentiels et les conséquences possible d'une abstention thérapeutique.

Il est très important de consigner dans le dossier médical que l'information lui a été délivrée.

Ainsi, d'un point de vue technique, la prise en charge du patient s'illustrera par des conseils d'hygiène rigoureux, une révision des méthodes de brossage, un conseil de brosse à dent souple ainsi que des détartrages réguliers.

Il est également important de conseiller le patient de retourner dans l'établissement ayant organisé la pose de ses prothèses afin de les refaire dans le but de retrouver une anatomie coronaire adéquate.

Il sera également important de l'aider dans la continuité de ses soins lorsqu'il sortira de prison.

### 4.3.3 Discussion

La prise en charge de ce patient présente une double difficulté. D'une part, les restaurations prothétiques sont totalement inadéquates, ne permettant pas, dans ce contexte une réelle réponse aux problèmes du patient. D'autre part, le dialogue est difficile car le patient est persuadé que ses prothèses ont été très bien réalisées et que celles-ci ne peuvent pas être à l'origine de ses problèmes. Le patient, étant fermé au dialogue, ne reçoit pas correctement l'information délivrée.

De plus, il est très délicat d'émettre des critiques sur l'anatomie et la qualité des prothèses tout en restant confraternel.

L'histoire du traitement prothétique du patient est également intéressante car celle-ci fait écho à la problématique du tourisme dentaire et de l'influence des réseaux sociaux sur des thérapeutiques parfois inadaptées, éléments que nous aurons l'occasion d'aborder dans la prochaine partie.

## 5. Protection des praticiens

### 5.1 État des lieux sur les recours juridiques

Au-delà de ce que l'on constate spécifiquement en milieu carcéral, l'augmentation des recours de la part des patients semble être plus généralement un phénomène sociétal.

Évaluer la tendance de ces recours permettra de nous aider à comprendre ce phénomène et de montrer l'importance pour le praticien de se protéger pour y faire face.

Pour analyser cette tendance nous allons nous intéresser aux statistiques d'une des organisations de protection des praticiens.

#### 5.1.1 Analyse du recours à la responsabilité civile professionnelle des chirurgiens-dentistes

Cette organisation publie annuellement un rapport recensant tous les sinistres déclarés en responsabilité civile professionnelle par catégorie de sinistre et par profession de santé. On trouve donc dans ce rapport les statistiques annuelles des sinistres déclarés par ses chirurgiens-dentistes adhérents.

En 2021, 69,4 % des 42031 chirurgiens-dentistes exerçant en France sont adhérents à cet organisme assurantiel. Par conséquent nous pouvons considérer que ces chiffres sont représentatifs de la profession.(36), (37)

La sinistralité se définit par le taux de sinistres par assuré.  
Nous allons observer l'évolution de la sinistralité entre 2005 et 2022.

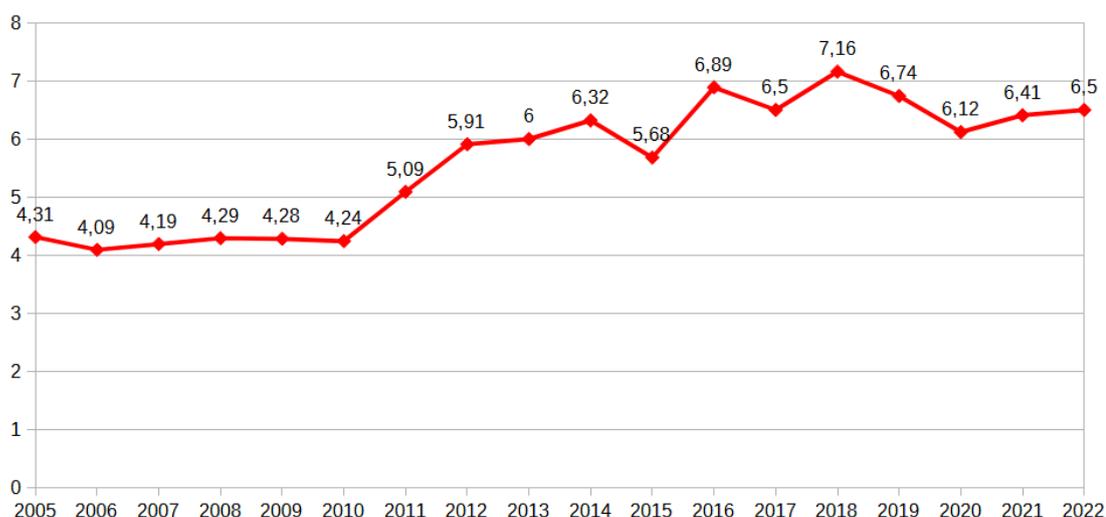
Tableau 9: Données issues des rapports d'activités de 2005 à 2022

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de sociétaires	25008	25949	25091	24945	25246	25616	25732	25108	25467
Nombre de déclarations	1077	1061	1051	1071	1081	1087	1309	1484	1527

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de sociétaires	25671	28508	25454	28178	27860	27989	27485	29185	29699
Nombre de déclarations	1622	1618	1755	1832	1996	1886	1682	1872	1931

À partir de ces données, nous pouvons établir la sinistralité et en analyser la tendance.

**Figure 4:** Taux de sinistralité des chirurgiens-dentistes de 2005 à 2022 (en %)



De 2005 à 2010, la sinistralité est stable et basse. Cependant, à partir de 2011, on observe une nette augmentation jusque 2014 (la sinistralité augmente de 50 % en 5 ans).

On constate une baisse en 2015, qui reste cependant supérieure de 34% au taux de 2010.

Puis la tendance reste à la hausse jusque 2019.

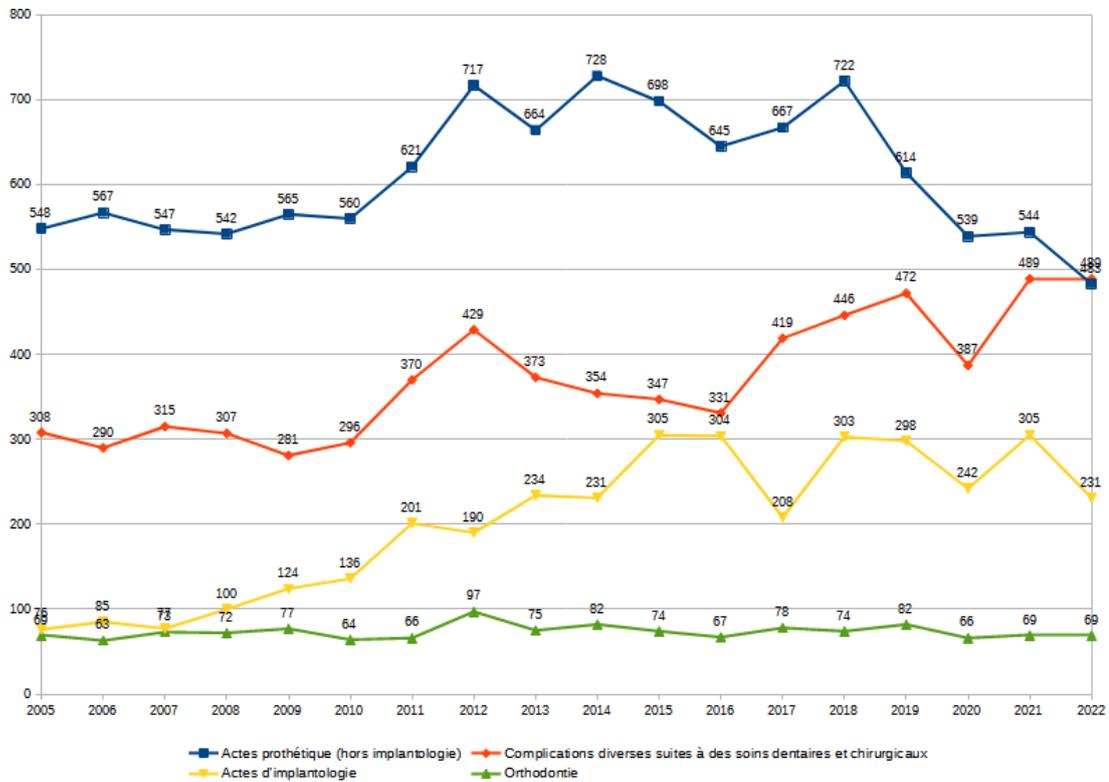
En 2020, on observe une diminution de près de 10 % par rapport à 2019. Il est important de noter que la pandémie de la COVID-19 a eu lieu cette année et l'activité des cabinets dentaire y a été fortement réduite.

Depuis 2020, on retrouve une augmentation de la sinistralité.

Ces chiffres nous permettent de constater une tendance à la hausse de la sinistralité, augmentée significativement depuis 2010 et qui ne semble pas diminuer.

À partir de ces données, nous pouvons nous intéresser à la répartition des déclarations dans 4 catégories : les actes prothétiques (hors implantologie), les complications diverses suite à des soins dentaires et chirurgicaux, l'orthodontie et l'implantologie.

**Figure 5: Répartition des déclarations faites à la MACSF entre 2005 et 2022**



Ce graphique illustre plusieurs éléments :

Les déclarations d'actes prothétiques ont connu une augmentation notable de 2010 à 2012, puis cela s'est stabilisé jusque 2018 et ensuite le nombre de déclarations n'a fait que décroître.

Les déclarations liées aux complications de soins et chirurgie ont augmenté significativement de 2010 à 2012, se sont relativement stabilisées jusque 2016 puis ont augmenté de nouveau jusque 2022.

Les déclarations d'implantologie ont significativement augmenté jusque 2015 puis se sont stabilisées jusque 2022.

Les déclarations d'orthodontie sont stables de 2005 à 2022.

Ce graphique nous permet de constater que même si les sinistres liés aux prothèses sont longtemps restés de loin la première cause de déclaration, ce n'est plus vrai les dernières années, égalisant avec le nombre de déclarations des complications liées aux soins en 2022.

L'implantologie connaît globalement une tendance à la hausse mais s'est fortement stabilisée depuis 2015.

Les complications liées aux soins et à la chirurgie, cependant connaissent une forte augmentation.

Ainsi ces éléments, que cela soit la variation de sinistralité, ou la répartition de celle-ci, nous montrent que les recours à leur RCP (Responsabilité Civile Professionnelle) de la part des chirurgiens-dentistes connaissent depuis plus de 10 ans une augmentation.

Même si la raison des recours change avec le temps, cela que quel que soit le mode d'exercice, bien se protéger n'a jamais été aussi important.

Nous pouvons cependant nous interroger sur les causes de cette augmentation de recours auprès des RCP.

On constate, depuis une dizaine d'années, que le paysage médiatique français voit apparaître des scandales sur le milieu dentaire et ceux-ci deviennent de plus en plus fréquents.

### **5.1.2 Panorama des scandales dentaires médiatisés**

Nous allons observer quelques-uns de ces scandales de manière chronologique et l'image que ceux-ci renvoient sur la profession de chirurgien-dentiste.

#### Dentexia (2016) (38)

Le principal scandale dentaire qui a éclaté dans les médias est le scandale de Dentexia

Dentexia est le nom d'un réseau de centres dentaires ouvert en 2012 et fermé en 2015.

Ce réseau a été créé dans le contexte de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) du 21 juillet 2009

Cette loi a assoupli de manière conséquente les modalités de création d'un centre dentaire.

En effet, suite à cette loi, la demande d'agrément auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé), précédemment requise n'est plus nécessaire et le centre n'a qu'une obligation déclarative auprès de celle-ci.

C'est à la suite à cette loi que les centres dentaires se sont multipliés.

La fermeture des centres a laissé des milliers de patients avec pour la plupart des réhabilitations implantaire non terminées et des soins présentant des défauts de réalisation.

Ce scandale a été mis en lumière par "Envoyé spécial" sur la chaîne France 2 en 2017 avec un important retentissement auprès du grand public.

De très nombreux médias se sont ensuite emparés de l'affaire.

Ce scandale a entraîné le début d'un processus de remise en cause de la réglementation des centres dentaires.

L'affaire est toujours en jugement et ne peut être évoquée plus largement.

#### Mark Van Nierop (2016)

Une autre affaire dentaire qui a terni l'image des chirurgiens-dentistes est celle de Mark Van Nierop.

Mark Van Nierop, surnommé par des médias « le dentiste de l'horreur » est un chirurgien-dentiste hollandais exerçant dans la Nièvre qui a été au cœur d'un scandale de mutilation abusive de nombreux patients.

L'affaire a été très médiatisée et il a été condamné à 8 ans de prison ferme.

#### Proxidentaire (2021) (39)

Les centres "Proxidentaire" (situés à Chevigny-Saint-Sauveur et Belfort) ont été fermés suite à une décision de l'ARS, suite à la constatation de "manquements à la qualité et à la sécurité des soins", "des actes de mutilation et

de délabrement volontaires ont été effectués sur des dents saines, ou sans pathologie notable et sans justification médicale".

Cette fermeture fait suite à de nombreuses plaintes de la part des patients de ces centres.

Des poursuites pénales ont également été engagées contre les chirurgiens-dentistes et la direction de ces centres.

L'affaire a été médiatisée et a notamment été l'élément déclencheur d'un durcissement de la législation sur les centres dentaires.

En effet, suite à ce scandale, un amendement a été déposé et a abouti sur la loi du 19 mai 2023 qui stipule que "les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire sont soumis, pour leur seule activité dentaire, à l'agrément du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé".

#### Les dentistes Guedj de Marseille (2022) (40)

Lionel Guedj et son père Jean-Claude Guedj, tous deux chirurgiens-dentistes exerçant à Marseille ont été condamnés en 2021 à respectivement 8 et 5 ans de prison fermes.

Ils ont été condamnés pour avoir mutilé des dents saines de centaines de patients pour des raisons financières.

Cette affaire a également été médiatisée et renvoie à l'image caricaturale et péjorative du chirurgien-dentiste avide d'argent n'hésitant pas à tromper le patient pour son bénéfice personnel.

#### L'affaire des "sans dents" rue Rivoli (2023)

L'affaire "des sans dents de la rue Rivoli" est le dernier "grand scandale" dentaire médiatisé à ce jour.

Ce scandale a eu lieu dans un cabinet dentaire privé à Paris et celui-ci a fermé ses portes suite à une décision judiciaire, laissant de nombreux patients en cours de traitement.

Ce cabinet privé dépendait d'une société brésilienne et employait également des chirurgiens-dentistes étrangers dépourvus d'autorisation de travailler en France. L'enquête en cours sur ce cabinet porte sur des faits de "blessures volontaires", d'exercice illégal de la profession de chirurgien-dentiste" et de "tromperie aggravée"

Une image du chirurgien-dentiste auprès de la population générale est en partie conditionnée par celle dépeinte dans les médias. La multiplication des scandales concernant le milieu dentaire depuis une dizaine d'années alimente cette image.

Ainsi, une image du chirurgien-dentiste frauduleux ressort de ces affaires. En effet, il est perçu comme quelqu'un n'hésitant pas, par appât du gain ou par incompetence, à tromper ses patients en traitant de manière abusive des dents saines et en réalisant des soins de mauvaise qualité.

Le "patient-spectateur" risque alors d'associer cette image défavorable du chirurgien-dentiste à la profession de manière générale.

Ainsi, la confiance qu'il place en son chirurgien-dentiste traitant peut se trouver compromise s'il se met à douter du bien-fondé des traitements proposés.

De plus, le patient, devenu plus méfiant aura plus facilement recours aux moyens juridiques pour des soins qu'il jugerait insatisfaisants.

En effet, les différents scandales dentaires présentent systématiquement le recours juridique comme la seule manière de résoudre ces affaires.

Le patient pourra être tenté de placer sa confiance dans d'autres personnes, notamment auprès d'influenceurs, dont l'audience augmente depuis l'essor des réseaux sociaux.

### **5.1.3 L'impact des influenceurs dans le domaine des soins dentaires**

Depuis peu sur les réseaux sociaux, notamment sur Instagram et TikTok, des influenceurs font la promotion de leur sourire "parfait" et des supposés moyens permettant d'attendre ces résultats.

On retrouve différentes gammes de traitements, de thérapeutiques et de produits présentés dans ces communications d'influenceurs.

C'est un phénomène très récent, il y a donc peu de recul sur celui-ci mais on observe déjà des dérives.

Pour faire face à ces dérives sur les réseaux sociaux, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) a publié un communiqué le 11 juillet 2023 encourageant notamment à “ consulter régulièrement son chirurgien-dentiste, seul expert capable de fournir des soins et conseils bucco-dentaires sûrs et adaptés à chacun, pour garantir la santé et le sourire”. (41)

L'UFSBD dénonce également des mutilations dentaires inutiles, des traitements orthodontiques non professionnels et des produits d'éclaircissements non conformes à la réglementation.

L'UFSBD explique par exemple que des traitements invasifs promus dans les publicités pourraient être remplacés dans de nombreux cas pour corriger une gêne esthétique par un simple traitement orthodontique si le patient avait consulté le professionnel de santé adéquat.

Un des comportements les plus problématique des influenceurs est la promotion de traitements par facettes, sur dents saines, de canine à canine pour obtenir un “sourire de star”.

De plus, des médias relatent que des soins prothétiques promus par les influenceurs consistent à tailler les dents en moignons pour y recevoir des couronnes. Ces moignons pouvant être taillés de manière mutilante.

Ce phénomène est d'autant plus inquiétant que le public visé est jeune et influençable.

Les nouvelles dents supposément parfaites des influenceurs vont contribuer à installer des complexes au sein de leur public et les pousser à réaliser des soins inutiles et mutilants.

L'interdiction de publicité pour les soins dentaires par des chirurgiens-dentistes exerçant en France fera en sorte que les traitements promus par les influenceurs sont réalisés à l'étranger.

Ce genre de traitement est également interdit en France car cela est considéré comme de la mutilation, les dents étant saines. Par conséquent, un

chirurgien-dentiste en France est tenu de refuser la demande du patient de réaliser ce traitement.

Ainsi, ce genre de publicité promeut la pratique d'un tourisme dentaire qui, au-delà d'un aspect financier, concerne des actes qui ne seraient pas réalisés en France aussi bien pour une raison légale que pour une raison déontologique.

#### **5.1.4 Le tourisme dentaire**

Le tourisme dentaire est un sujet vaste et complexe qui nécessite d'en analyser le contexte pour en comprendre les problématiques.

##### Définition et contexte

Le tourisme dentaire est une sous partie du tourisme médical s'intéressant uniquement aux soins dentaires.

Le tourisme médical pourrait se définir comme "le déplacement dans un pays autre que le pays de résidence, dans le but de bénéficier d'un acte médical non disponible ou difficilement accessible dans son propre pays, soit pour des raisons de législation soit pour des raisons relatives à l'offre de soins" (compétences, coût). (42)

Il est aussi important de noter que même si en France les professionnels du tourisme ne peuvent pas vendre d'acte médicaux ou chirurgicaux, la législation est différente dans les autres pays.

On retrouve par exemple de nombreuses agences de voyage en Allemagne ou au Canada proposant des voyages associant tourisme et intervention chirurgicale.

De plus, de nombreux offices de tourisme de pays accueillant du tourisme médical proposent des brochures sur les cliniques ou hôpitaux du pays (brochures sur les cliniques dentaires de Hongrie délivrées par l'office de tourisme hongrois par exemple).

##### Origines du tourisme dentaire

De nombreux patients d'Europe occidentale ont choisi de renoncer aux soins dans leur pays en raison de son système de santé et ont opté pour des

traitements plus abordables à l'étranger. Les premiers à avoir eu massivement recours au tourisme dentaire ont été les Britanniques, principalement en raison de critiques concernant leur système de santé, le National Health Service (NHS). Les chirurgiens-dentistes qui y exercent sont des fonctionnaires d'État, et leurs tarifs sont réglementés. Cependant, ce système de santé publique présente plusieurs lacunes, dont des listes d'attente très longues et des équipements vieillissants. Face à ces éléments, les patients ont la possibilité de se tourner vers des cabinets dentaires privés où, à l'inverse, les honoraires ne sont pas régulés. Les patients anglais, voulant des délais de soins plus courts mais ne pouvant se permettre les soins des cliniques privées ont donc fait le choix de chercher dans d'autres pays des solutions de soins à plus faible coût.

L'ampleur du phénomène de soins effectués à l'étranger varie donc en fonction du système de santé de chaque pays. Pour comprendre les raisons pour lesquelles des milliers de patients français choisissent chaque année de recevoir des soins dentaires à l'étranger, il est essentiel de s'intéresser au système de santé français.

#### Le système de soins dentaires français

Depuis le 1er juin 2014, tous les actes bucco-dentaires ont été inclus dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)(43). En ce qui concerne la chirurgie dentaire en France, les tarifs appliqués aux consultations, aux soins conservateurs, aux soins chirurgicaux, aux actes radiologiques et de prévention sont déterminés d'après une liste établie conformément à la Convention Nationale. Ces tarifs conventionnels, dits "opposables", s'appliquent aux praticiens qui ont choisi de travailler en tant que conventionnés et ils ne nécessitent pas la réalisation de devis. Pour ces types de soins, les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, sauf dans des cas spécifiques, tels que les exigences particulières des patients (par exemple, une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet) ou si le praticien dispose d'un droit permanent à dépassement.

Le remboursement de ces soins peut atteindre jusqu'à 100% des frais pour le patient : l'Assurance Maladie prend en charge 60% sur la base du tarif

conventionnel, et les 40% restants, connus sous le nom de ticket modérateur, sont pris en charge par la mutuelle du patient s'il en dispose.

Pour les travaux prothétiques, depuis la réforme du 100 % santé (mise en application depuis 2020), la prise en charge peut être totale par la Sécurité Sociale et les complémentaires en fonction du matériau utilisé et de la dent concernée. (44)

En effet, depuis cette réforme, les soins prothétiques sont répartis dans 3 paniers de soins différents :

- Le panier sans reste à charge (RAC 0) : le prix de la prothèse est plafonné et l'intégralité de celui-ci sera pris en charge par l'Assurance Maladie et l'assurance complémentaire (couronne coulée sur les molaires, couronne en zircone sur les prémolaires, prothèse amovible complète d'usage ou encore prothèse amovible transitoire par exemple).
- Le panier avec reste à charge modéré (RAC modéré) : le prix de la prothèse est plafonné, l'Assurance Maladie en rembourse une partie et l'assurance complémentaire s'engage à mieux rembourser la prothèse (stellite par exemple)
- Le panier avec reste à charge libre (panier libre) : le prix de la prothèse est libre, l'Assurance Maladie en rembourse une faible partie et les assurances complémentaires n'ont aucune obligation de remboursement dessus (couronne céramique stratifiée par exemple).

Cependant pour certains types de prothèses (facettes, bridge étendu en céramique ou CCM sur molaire par exemple), les honoraires sont libres.

Le patient aura donc un dépassement d'honoraire plus conséquent et bénéficiera d'un remboursement plus faible de la part des mutuelles.

Tout ce qui concerne l'implantologie n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale, et même si les assurances complémentaires peuvent en prendre en charge une partie, généralement, les patients ont un reste à charge conséquent lorsqu'ils doivent réaliser des soins de ce type.

La plupart des traitements parodontaux, ainsi que les soins esthétiques (éclaircissements dentaires par exemple) sont également à honoraires libres et ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

Actuellement en France, les tarifs des actes opposables et remboursés, tels que les consultations, les soins conservateurs, les soins chirurgicaux, les radiographies et la prévention, sont pour la plupart parmi les plus bas en Europe. En comparaison, dans certaines régions d'Europe de l'Est, par exemple, les tarifs de ces soins sont en moyenne de 2 à 3 fois plus élevés qu'en France. De plus, dans notre pays, certains actes tels que l'anesthésie ou la pose d'un champ opératoire ne sont pas facturés en supplément car inclus dans l'acte global, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays (en Allemagne par exemple).

Cela explique pourquoi, en moyenne, les prothèses ou implants dentaires sont plus onéreux en France, les chirurgiens-dentistes français appliquant des dépassements d'honoraires plus importants pour compenser les actes courants moins rentables, par rapport à certains voisins européens. Ce sont donc ces actes, moins coûteux hors de France, que certains patients auront tendance à réaliser ailleurs.

#### Tendance du tourisme dentaire

Pour observer la tendance du tourisme dentaire, nous utiliserons, au sein de l'Union Européenne, les données du Centre national des soins à l'étranger (CNSE).

Le CNSE est un organisme national qui étudie et gère les dossiers de demandes de remboursement de soins réalisés à l'étranger.

En effet, selon la Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, un patient peut se faire rembourser les soins réalisés dans un autre pays de l'Union Européenne suivant la base de remboursement du pays d'affiliation du patient. (45)

Le CNSE a été créé en 2006 et dépend de la Sécurité Sociale. Il est désormais rattaché au CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale)

Il est rattaché depuis sa création à la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie du Morbihan

En 2009 le CNSE estime qu'il y a eu environ 13 000 touristes dentaires français soignés à l'étranger. (46)

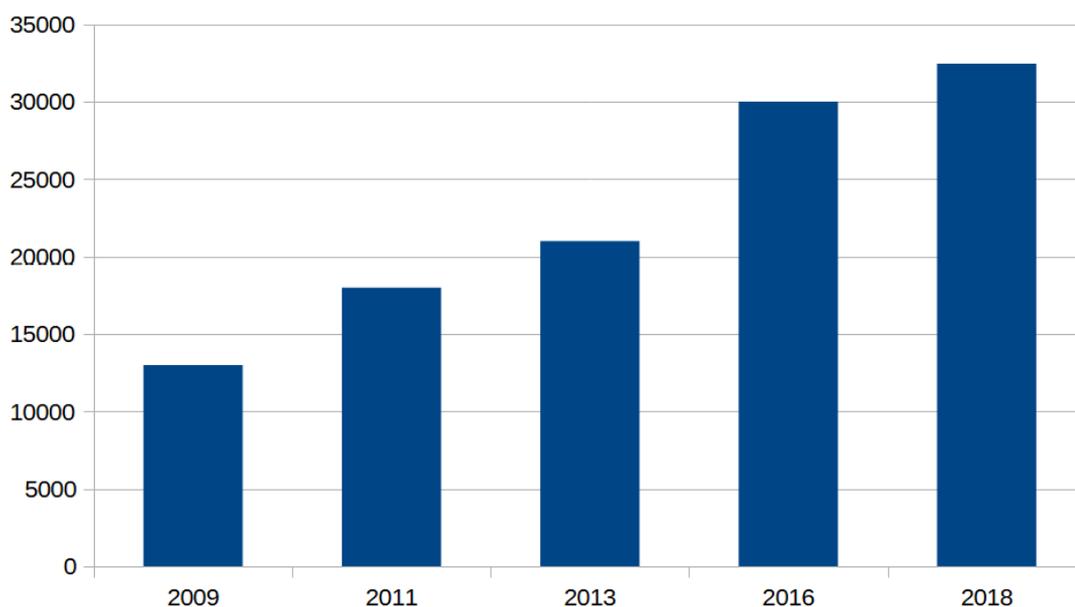
En 2011, c'est environ 18 000 dossiers qui ont été gérés au CNSE en ce qui concerne les soins dentaires réalisés à l'étranger. (47)

En 2013, le CNSE a remboursé plus de 21 000 dossiers de soins dentaires réalisés à l'étranger. (48)

En 2016, 30 013 assurés ont été remboursés pour des soins dentaires à l'étranger. (49)

En 2018, 32 454 dossiers pour des soins dentaires effectués à l'étranger ont été remboursés par le CNSE. (50)

**Figure 6:** Évolution des remboursements par le CNSE des soins dentaires réalisés à l'étranger de 2009 à 2018



#### Limites de cette étude de tendance du tourisme dentaire

Il est important de noter que cette étude de tendance du tourisme dentaire présente des limites et des lacunes.

En effet, les statistiques se basent uniquement sur les dossiers traités qui ont été transmis par les assurés. Les patients qui n'ont pas soumis leur dossier ne sont pas pris en compte dans ces chiffres.

De plus, le recul sur les données demeure relativement restreint, étant donné que le CNSE a été créé en 2006 et ne dispose de données comparatives que depuis 2009, le tourisme dentaire restant un phénomène relativement récent en Europe.

Le CNSE n'a pas transmis de données après 2018, par conséquent, nous ne connaissons pas la tendance sur ces 6 dernières années.

Ainsi, nous ne pouvons pas voir les répercussions de la réforme du 100 % santé (depuis 2020) sur le tourisme dentaire.

Nous pouvons nous attendre à un essoufflement du tourisme dentaire, dû à un meilleur remboursement des prothèses, mais sans données, ce n'est que purement spéculatif.

Il est aussi important de noter que ces données ne couvrent que les actes remboursés, du moins partiellement, par l'Assurance Maladie en France.

Cela ne couvre pas la pose d'implants par exemple.

Ces données ne concernent également que les soins réalisés dans un pays européen. Cela ne couvre pas des soins réalisés en Turquie par exemple.

### Complications liées au tourisme dentaire

Une des problématiques essentielle du tourisme dentaire est la difficulté de prise en charge des complications liées aux soins réalisés.

Nous pouvons citer l'exemple d'un patient pris en charge dans une clinique dentaire à Budapest en 2014. (51)

Selon les dires du patient, 2 praticiens y procèdent à l'avulsion de toutes ses dents, la pose de 18 implants ainsi que 2 bridges complets supra-implantaires.

Or, une fois rentré en France suite à l'intervention en Hongrie, le patient se plaint de fortes douleurs post-opératoires dont il fait part à la clinique. Celle-ci lui propose de revenir (à ses frais) afin de procéder aux corrections nécessaires.

Après être revenu à la clinique, malgré une nouvelle intervention de la part des chirurgiens-dentistes, les douleurs ne disparaissent toujours pas.

En 2015, les douleurs persistant toujours, il recontacte la clinique pour faire part de ses douleurs et y retourne, encore une fois à ses frais.

De retour à la clinique, le patient signe un document indiquant qu'un autre chirurgien-dentiste, dans une autre clinique doit refaire le travail.

Le patient contacte cet autre praticien de retour en France pour sa prise en charge et obtient un rendez-vous dans une clinique au Monténégro. De plus il apprend également que tous les frais de la réintervention seront à sa charge. Le patient refuse la prise en charge en raison du coût de celle-ci.

Le patient se tourne alors vers les moyens légaux pour obtenir réparation et ne plus souffrir.

Il se tourne vers les autorités françaises et l'Ordre National des chirurgiens-dentistes mais ceux-ci ne jouissent d'aucune autorité sur des praticiens hongrois.

Il se tourne alors vers la chambre médicale hongroise mais celle-ci n'a pas le pouvoir d'engager de procédure judiciaire contre un praticien ou un cabinet dentaire.

La chambre médicale hongroise ne peut engager que des procédures déontologiques contre une personne physique, et cette procédure ne peut être initiée que si une plainte en langue hongroise est déposée auprès d'elle.

De plus, même si elle condamnerait déontologiquement le praticien, celui-ci ne serait pas tenu de continuer ou terminer les soins.

Il ne reste pour le patient qu'une voie de recours qui est de déposer une plainte (en hongrois) auprès de l'autorité hongroise en charge de la protection des consommateurs. Ainsi, il pourra demander réparation et la prise en charge de nouveaux soins dentaires.

Cependant, cette procédure est complexe et la difficulté est d'autant plus grande que celle-ci se déroule à des milliers de kilomètres du lieu de résidence du patient, dans une langue étrangère et que celui-ci doit avancer des frais d'avocat et d'interprète.

La mésaventure de ce patient illustre, au moins pour la Hongrie, la difficulté, voire même la quasi-impossibilité en matière de recours contre des soins réalisés à l'étranger dans le cadre du tourisme dentaire.

Ainsi, de manière générale, si un patient a eu des complications lors de soins réalisés dans une clinique à l'étranger et que celle-ci ne parvient pas à résoudre son problème, le patient aura tendance à revenir vers des praticiens français pour espérer y trouver une solution.

Or en revenant se faire soigner en France, et en ayant notamment déjà engagé beaucoup de frais par le passé, les patients dans cette situation auront plus tendance à émettre des recours en engageant la responsabilité du chirurgien-dentiste pour espérer un remboursement des nouveaux frais engagés. Ainsi, dans une telle situation il est important que le chirurgien-dentiste se protège bien afin que sa responsabilité ne puisse pas être mise en cause.

#### **5.1.5 Discussion**

Les recours de la part des patients ne cessent d'augmenter et la confiance de ceux-ci vis à vis de la profession est altérée.

De plus, le patient est exposé à de nombreuses tentations de réaliser des soins dans d'autres pays qui ne sont pas forcément conformes aux données acquises de la science.

Ainsi, le patient s'expose à des complications et comme vu précédemment, il est très difficile d'obtenir réparation sur le lieu de l'intervention si celui-ci est situé hors de France.

Il est donc probable de retrouver ces patients dans le cabinet de leur chirurgien-dentiste traitant.

Ce chirurgien-dentiste traitant ne pourra évidemment pas être mis en cause à propos de soins qu'il n'a pas réalisés (s'il en a la preuve, au moyen d'un bilan initial par exemple). Cependant, sa responsabilité est exposée à une poursuite au motif d'une perte de chance pour défaut d'information.

Il est donc extrêmement important d'informer le patient sur l'ensemble des éléments, de garder la preuve de ces informations, et de réaliser un état dentaire initial rigoureux afin d'éviter d'engager sa responsabilité par la suite.

## 5.2 Recommandations

Après avoir vu pourquoi il était important de se protéger quel que soit le contexte professionnel, voyons comment bien le chirurgien-dentiste peut se protéger en cas de découverte d'un matériel dentaire défectueux.

- Établir un état dentaire initial.

Le but de cet état dentaire initial est de ne pas être mis en cause à propos de soins que l'on n'a pas réalisés, mais également de justifier les informations fournies au patient.

Établir un état dentaire initial pour ne pas être incriminé au sujet de soins passés ne respectant pas les données acquises de la science trouve un précédent dans l'affaire Dentexia. (52) (53)

Suite au scandale, la question de la reprise des soins des patients lésés a été épineuse.

Ainsi, pour protéger le chirurgien-dentiste reprenant les soins de réclamations concernant des actes qui ne sont pas de son fait, un modèle de certificat de situation bucco-dentaire a été créé. Ce certificat comporte un examen clinique, réalisé en milieu hospitalo-universitaire ou en cabinet de ville ainsi qu'une radiographie panoramique et permet une prise en charge équivalente à un bilan bucco-dentaire. (Annexe 1)

Les informations à indiquer sur ce certificat bucco-dentaire concernent la déclaration du patient sur ses soins passés, un examen endo-buccal, un examen exo-buccal, un schéma dentaire à compléter en indiquant le type de soin sur chaque dent, ainsi que le commentaire sur celui-ci et le commentaire de la radiographie panoramique.

Nous allons reprendre les informations requises par ce document pour établir l'état dentaire initial du patient porteur d'un matériel dentaire défectueux.

- Informer le patient.

Il est indispensable d'informer le patient sur certains éléments le concernant, de la manière la plus claire possible et dans une langue qu'il comprend.

- L'informer sur son état actuel en bouche.
- L'informer sur les différentes solutions thérapeutiques possibles.
- L'informer sur la balance bénéfico-risque de ces thérapeutiques.
- L'informer sur les conséquences d'un refus de soin de sa part.

Il est également indispensable de consigner toutes les informations fournies au patient dans le dossier.

Si le patient accepte la solution thérapeutique proposée par le praticien, il est recommandé de lui faire signer un formulaire de consentement éclairé indiquant les risques évoqués.

Il est également très important de laisser un délai de réflexion au patient avant de débuter les soins.

Il est donc vivement conseillé de ne rien débiter lors de la première séance.

Il y a certains points sur lesquels le praticien confronté à une telle situation doit être vigilant.

- Il est fortement déconseillé de faire signer au patient une décharge de responsabilité.

Si une des solutions thérapeutiques implique un pronostic très réservé et une réussite improbable, il est préférable de s'abstenir de la faire. Et ce, même si le patient insiste.

En effet, le praticien est tenu à une obligation de prudence et de diligence et "le chirurgien-dentiste doit s'abstenir, comme le médecin, de tout ce dont il est à même de juger l'exécution trop difficile et la réussite improbable dans l'état et les dispositions du sujet".

- Il faut respecter la confraternité.

Il faut informer le patient de sa situation en bouche de manière loyale et appropriée mais il ne faut pas porter de jugements sur les soins précédemment effectués.

## 6. Conclusion

Le chirurgien-dentiste en milieu carcéral est amené à intervenir sur des patients ayant des dispositifs dentaires n'ayant pas été réalisés dans les règles de bonnes pratiques.

De plus, comme nous l'a montré l'analyse de la situation en milieu carcéral ainsi que l'observation des trois cas cliniques, délivrer une information claire, appropriée et intelligible est un vrai défi.

En effet, ces patients peuvent avoir un faible niveau d'instruction et ne pas être francophones.

De plus, leurs habitudes de vie, les traitements médicaux, la consommation de produits stupéfiants et une hygiène bucco-dentaire trop souvent insuffisante rendent la survenue de complications dentaires plus fréquente qu'en milieu libre. Enfin, leur proximité au monde judiciaire leur rend plus aisé le recours juridique.

L'analyse des réglementations en matière de dispositifs médicaux nous a montré qu'il était difficile, si ce n'est quasiment impossible, pour le patient de prouver la présence d'une faute sur la fabrication de ce type de dispositif.

Concernant la conception du dispositif, le recours de la part du patient sera plus ou moins difficile en fonction du pays originaire de la conception.

Cependant, il sera beaucoup plus aisé de la part du patient d'engager des poursuites à l'encontre du praticien reprenant les soins.

Les praticiens en milieux carcéral peuvent donc rencontrer des difficultés pour communiquer avec le patient, pour reprendre les soins réalisés par un autre professionnel et pour se protéger juridiquement.

Cette problématique existe également dans le milieu libre.

Elle est d'autant plus étendue avec le tourisme dentaire. En effet, avec l'essor de celui-ci, la probabilité d'être en présence de dispositifs dentaires défectueux a augmenté.

Dans ce cas, la défectuosité concerne souvent des prothèses ne correspondant pas aux données acquises de la science.

Les scandales liés aux mauvais actes réalisés par des professionnels ont entamé la confiance de patients vis-à-vis de leur chirurgien-dentiste. Ils mettent également les chirurgiens-dentistes dans des situations délicates lorsqu'ils doivent prendre en charge des patients sur lesquels des actes non conformes aux données de la science ont été réalisés.

Les préconisations que nous avons exposées sont donc valables quel que soit le type d'exercice du chirurgien-dentiste.

Établir un état initial rigoureux est important pour plusieurs raisons. Il permet de faciliter la mise en place d'un plan de traitement, de constituer un support d'aide à l'information et de protéger le praticien, lorsqu'il a bien été tracé dans le dossier médical.

Dans ce cas, le chirurgien-dentiste ne peut pas être poursuivi sur des actes qu'il n'a pas réalisés.

Cependant, le spectre du défaut d'information plane en permanence, même concernant des soins qu'il n'a pas effectués.

Peu importe la thérapeutique retenue, l'information est indispensable et un défaut de celle-ci pourra servir de pierre angulaire dans un recours juridique de la part du patient.

Nous pouvons nous interroger sur l'effet des recommandations de protection sur la relation de confiance avec le patient.

Certes, l'information médicale est une obligation légale et nous sommes tenus d'informer de manière conséquente le patient.

Cependant, trop présenter l'ensemble des risques au patient pourrait l'effrayer et lui faire renoncer à des soins.

De plus, paradoxalement, en lui présentant tous les risques possibles, cela pourrait l'inciter à engager plus fréquemment des poursuites.

Si le praticien respecte les recommandations et applique les règles de bonnes pratiques des soins, ces poursuites n'aboutiront pas mais pourront occasionner du stress et des préoccupations.

Nous constatons que le chirurgien-dentiste doit faire face à plusieurs défis. Non seulement il doit réaliser des soins conformes aux données acquises de la science, assurer une bonne communication et mettre en confiance les patients mais aussi se protéger contre d'éventuels recours juridiques.

Nous pouvons nous interroger sur l'impact de l'évolution actuelle de la société : va-t-elle amplifier ces défis et faire évoluer la pratique de la chirurgie dentaire. ?

## 7. Références bibliographiques

1. Article 1245-3 [Internet]. Code Civil. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032023633](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032023633)
2. Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil relatif aux dispositifs médicaux [Internet]. OJ L avr 5, 2017. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2017/745/oj/fra>
3. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan. TIBBİ CİHAZ YÖNETMELİĞİ [Internet]. juin 2, 2021. Disponible sur: [https://titck.gov.tr/storage/Archive/2021/contentFile/T%C4%B1bbi%20Cihaz%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi\\_91969c4b-58b3-48cb-adfb-03c2cacd5632.pdf](https://titck.gov.tr/storage/Archive/2021/contentFile/T%C4%B1bbi%20Cihaz%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi_91969c4b-58b3-48cb-adfb-03c2cacd5632.pdf)
4. European commission. EU-TURKEY CUSTOMS UNION AGREEMENT IN THE FIELD OF MEDICAL DEVICES [Internet]. mars, 2022. Disponible sur: [https://health.ec.europa.eu/document/download/7907ec70-0b6c-4c27-aeb7-b1c51dbf9105\\_en?filename=md\\_eu-turkey\\_customs-union\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/document/download/7907ec70-0b6c-4c27-aeb7-b1c51dbf9105_en?filename=md_eu-turkey_customs-union_en.pdf)
5. Décret exécutif n° 23-411 fixant les attributions du ministre de l'industrie et de la production pharmaceutique. [Internet]. nov 20, 2023. Disponible sur: <https://www.miph.gov.dz/fr/wp-content/uploads/2023/11/attributions-ministre.pdf>
6. Ministère de l'industrie pharmaceutique. Arrêté du 10 mai 2021 fixant la composition du dossier d'homologation et du dossier de renouvellement de la décision d'homologation des dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine. [Internet]. Disponible sur: <https://www.miph.gov.dz/fr/wp-content/uploads/2021/07/dossier-dhomologation-et-du-dossier-de-renouvellement-de-la-decision-dhomologation-des-dispositifs-medicaux-a-usage-de-la-medecine-h.pdf>
7. MACSF. Livre blanc LA RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN-DENTISTE [Internet]. 2023 janv p. 12. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/content/download/40457/fichier/Livre%20blanc%20responsabilit%C3%A9%20chirurgien%20dentiste%20-%20MACSF.pdf>
8. Article R4127-233 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913037](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913037)
9. Article 1245-8 [Internet]. Code Civil. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032023643](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032023643)
10. A. Bécart-Robert. Exercice de la chirurgie dentaire en milieu pénitentiaire. Odontologie [Internet]. 2014; Disponible sur: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283-0860\(14\)58584-3](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283-0860(14)58584-3)
11. Ministère de la justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2019 p. 7.
12. Ministère de la justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2019 p. 143,144.

13. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes Result [Internet]. mars 2005;(386). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er386.pdf>
14. Spilka S., Morel d'Arleux J., Simioni M. Les consommations de drogues en prison - Résultats de l'enquête ESSPRI 2023. Tendances [Internet]. 2024;(163). Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-05/ofdt\\_tend163.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-05/ofdt_tend163.pdf)
15. C. Pesci-Bardon, I. Prêcheur. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. 2011; Disponible sur: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283-0860\(11\)57550-5](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283-0860(11)57550-5)
16. F2RSM Psy (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie). La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale [Internet]. 2022 déc. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30838.pdf>
17. Rouillon F, Duburcq A., Fagnani F., Falissard B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. étude DGS; 2004.
18. Service de la statistique, des études et de la recherche. Statistiques trimestrielles de milieu fermé. Ministère de la Justice; 2024 mars.
19. Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire 2019-2020 [Internet]. Disponible sur: [https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/Bilan\\_enseignement\\_DAP\\_2019\\_2020.pdf](https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/Bilan_enseignement_DAP_2019_2020.pdf)
20. Ministère de la justice. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. 2019 p. 102.
21. Mahi L. De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant. Anthropol Santé [Internet]. mai 2015;(10). Disponible sur: <https://hal.parisnanterre.fr/hal-01638402>
22. Article L1111-2 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721051](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051)
23. Article 35 - Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. [cité 8 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006680538/1995-09-08](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680538/1995-09-08)
24. ONCD. Informer le patient sur le risque d'aggravation de son état dentaire. La Lettre. 2016;(150):34-6.
25. ONCD. Attention à l'information sur les alternatives au traitement ! La Lettre. 2019;(180):25-6.
26. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 25 janvier 2017, 15-27.898 [Internet]. Publié au bulletin. 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000033943617/>

27. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
28. Article R1112-2 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032926037](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032926037)
29. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient en odontologie [Internet]. 2000. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier\\_patient\\_en\\_odontologie\\_2000.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier_patient_en_odontologie_2000.pdf)
30. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Recommandations et références dentaires [Internet]. 1996. Disponible sur: [http://psa.auvergne.free.fr/news1\\_36/telechargement/andem\\_endo\\_1996.pdf](http://psa.auvergne.free.fr/news1_36/telechargement/andem_endo_1996.pdf)
31. Autorité de sûreté nucléaire. Principales indications des radiographies panoramiques [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.asn.fr/l-asn-informe/actualites/principales-indications-des-radiographies-panoramiques>
32. Hanczyk-Panel C. Évaluation des dents piliers en prothèse [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01880407>
33. Claude Launois, Pascal De March. Bridge de longue portée : céramo-métallique ou tout céramique ? Réal Clin. 15 sept 2007;(3):257.
34. Louis Courcier. Intérêts et limites de la zircone en prothèse fixée. 2011.
35. MACSF. Livre blanc LA RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN-DENTISTE [Internet]. 2023 janv p. 11. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/content/download/40457/fichier/Livre%20blanc%20responsabilit%C3%A9%20chirurgien%20dentiste%20-%20MACSF.pdf>
36. Nicolas Fontenelle. L'Information Dentaire. 2022. Le taux global de sinistralité professionnelle est stabilisé aux environs de 6 %, selon la MACSF. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/le-taux-global-de-sinistralite-professionnelle-est-stabilise-aux-environs-de-6-selon-la-macsf/>
37. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives. 2021 nov p. 12.
38. ONCD. Dentexia : quelles mesures pour les patients piégés ? La Lettre. (146):4-7.
39. ONCD. Vers la fin des centres déviants. La Lettre. (193):5-11.
40. ONCD. Affaire Guedj : les raisons d'une condamnation hors norme. La Lettre. 2022;(201):7.
41. UFSBD. Face aux dérives des réseaux sociaux, la santé bucco-dentaire des Français est en danger ! [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2023/07/CP-Face-aux-derives-des-reseaux-sociaux.pdf>

42. Virginie Chasles. Se déplacer pour se faire soigner : une mobilité en expansion, généralement appelée « tourisme médical ». Géoconfluences. févr 2011;
43. l'Assurance Maladie. CIRCULAIRE CIR-10/2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://circulaires.ameli.fr/sites/default/files/directives/cir/2014/CIR-10-2014.PDF>
44. Article R871-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038035521/2019-01-13](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038035521/2019-01-13)
45. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers [Internet]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024>
46. ONCD. Tourisme dentaires, terre d'aventures... à l'étranger et en France. La Lettre. 2010;(92):5-7.
47. ONCD. Les chiffres (modestes) du tourisme dentaire. La Lettre. 2012;(111).
48. ONCD. Les vrais chiffres du tourisme dentaire. La Lettre. 2014;(130):5-8.
49. ONCD. Les chiffres du tourisme dentaire en 2016. La Lettre. 2017;(161):13-6.
50. Centre national de soins à l'étranger. Rapport d'activité du CNSE. 2018.
51. ONCD. L'errance thérapeutique d'un patient « soigné » à Budapest. La Lettre. 2016;(146):8-10.
52. L'Information Dentaire [Internet]. 2016. Un certificat de situation bucco-dentaire pour le suivi des patients lésés. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/un-certificat-de-situation-bucco-dentaire-pour-le-suivi-des-patients-leses/>
53. Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction de la Sécurité Sociale. Fiche praticien [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Dentexia-fiche%20praticien.pdf>

## 8. Table des figures

Figure 1: Radiographie panoramique du 1 <sup>er</sup> patient.....	36
Figure 2: Radiographie rétro-alvéolaire centrée sur la 13 du 2 <sup>ème</sup> patient.....	42
Figure 3; Radiographie panoramique du 3 <sup>ème</sup> patient.....	47
Figure 4: Taux de sinistralité des chirurgiens-dentistes de 2005 à 2022 (en %) .....	54
Figure 5: Répartition des déclarations faites à la MACSF entre 2005 et 2022 .	55
Figure 6: Évolution des remboursements par le CNSE des soins dentaires réalisés à l'étranger de 2009 à 2018.....	65

## 9. Table des tableaux

Tableau 1: Comparaison des législations européenne, turque et algérienne...	22
Tableau 2: Valeurs des coefficients masticatoires des différentes dents selon Duchange.....	37
Tableau 3: Balance bénéfice-risque de la dépose du bridge .....	39
Tableau 4: Balance bénéfice-risque des traitements endodontiques .....	39
Tableau 5: Balance bénéfice-risque du rescellement du bridge.....	44
Tableau 6: Balance bénéfice-risque de la dépose des restaurations inadaptées .....	49
Tableau 7: Balance bénéfice-risque des traitements endodontiques des 36 et 46 .....	50
Tableau 8: Balance bénéfice-risque des extractions de 13 et 23.....	50
Tableau 9: Données issues des rapports d'activités de 2005 à 2022 .....	53

# 10. Annexe

## Annexe 1



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

### MODELE DE CERTIFICAT DE SITUATION BUCCO-DENTAIRE

(Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

#### ENTETE PRATICIEN / CACHET DE L'ETABLISSEMENT

Je soussigné(e), docteur .....  
chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le(date) ..... à ..... heure(s) .....  
A (lieu de l'examen) .....  
M/Mme/ Mlle/ l'enfant (nom et prénom) .....  
Né(e) le (date en toutes lettres) .....  
(Éventuellement) accompagné(e) de .....

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)

« Cette dernière m'a déclaré que : .....

.....

.....

.....

.....

.....

..... »

Examen clinique :

- Examen exo buccal :

  /Visage : .....

  /Lèvres : .....

  /ATM : .....

  /Ouverture buccale : .....

  /Chaine ganglionnaire : .....

- Examen endo buccal :

  /Intérieur des lèvres : .....

  /Intérieur des joues : .....

  /Langue : .....

  /Plancher de la langue : .....

  /Palais : .....

  /Vestibule : .....

  /Muqueuses : .....

  /Hygiène bucco-dentaire : /  Bonne /  Moyenne /  Mauvaise

  /Autre : .....

.....

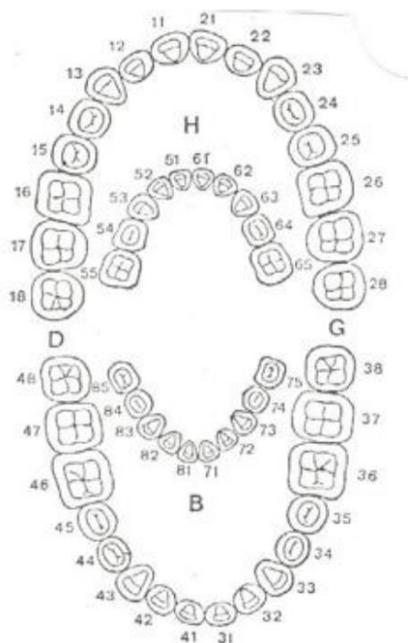


ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

/Schéma dentaire :

- / : dent absente non remplacée
- ∩ : dent à extraire
- c : dent cariée
- o : dent obturée
- O : dent couronnée-dent pilier
- : inter de bridge
- X : dent remplacée par une prothèse amovible
- I : implant

Descriptif et observations complémentaires à noter en marge de chaque dent



/Examen radiographique panoramique (à joindre, avec son commentaire) :

Certificat fait à ..... le (date en toutes lettres) .....

Et remis en mains propres à .....

SIGNATURE DU CHIRURGIEN-DENTISTE ET TAMPON PROFESSIONNEL



Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2024

Prise en charge en milieu carcéral d'un patient porteur d'un dispositif dentaire défectueux. / **Gabriel ABRAHAM**. - p. 84 : ill. 15 ; réf. 53.

**Domaines : Odontologie légale**

Mots clés Libres : milieu carcéral, matériel dentaire défectueux, information médicale, dossier médical

Résumé de la thèse

En milieu carcéral, lors de la réalisation du bilan d'entrée du patient-détenu, le chirurgien-dentiste peut être amené à constater la présence de dispositifs médicaux en bouche ne répondant pas aux données acquises de la science ou présentant un risque pour la santé du patient.

La prise en charge de ces patients est délicate d'un point de vue technique et juridique car ce sont des patients suivis par d'autres praticiens et avec un accès facilité aux démarches juridiques.

Cette thèse montrera également que cette problématique n'est pas exclusive au milieu carcéral et s'étend à tous les exercices.

Le but de cette thèse est de fournir au praticien se trouvant dans une situation similaire des outils pour apporter des soins appropriés tout en le protégeant d'un éventuel recours juridique.

**JURY :**

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Anne BÉCART

Madame le Docteur Mélanie COUVREUR