

PROLOGUE

LA PAROLE EST AUX « GUEULES CASSÉES »

Général du Mottay, président de l'Union des blessés de la face et de la tête

Les blessés à la face de la première guerre mondiale, les futurs « Gueules cassées », ont eu le triste privilège d'ouvrir à la Chirurgie maxillo-faciale un champ de recherche et de développement pratique d'une ampleur inconnue jusqu'alors.

Ce sont les progrès de l'asepsie, l'acharnement de médecins et chirurgiens visionnaires, comme le Dr Morestin (si bien décrit dans le très beau film « La chambre des officiers ») qui ont permis de sauver des hommes qui auraient été irrémédiablement condamnés auparavant, compte tenu des destructions massives du visage occasionnées par les armes nouvelles, notamment les éclats d'obus et les mines.

Sauvés mais à quel prix ! Des opérations multiples, étalées parfois sur plusieurs années, et, pour beaucoup, le traumatisme psychologique que constitue cette atteinte majeure à leur personnalité, sans oublier le regard, généralement peu amène, des autres.

C'est pourquoi les « Gueules cassées » ont, de tout temps, noué avec ceux qui les soignent, chirurgiens, médecins, stomatologistes, sans oublier les infirmières, des liens très étroits empreints de respect mutuel, de confiance et de reconnaissance.

Dans le cimetière de notre maison-mère à Moussy où reposent tant de nos camarades, une stèle rappelle la force et la pérennité de ces liens.

Plus concrètement, dans la mesure de ses moyens, l'Association aide, de façon parfois déterminante, à la création et à l'équipement de structures destinées à réparer ou atténuer les conséquences des blessures crânio-faciales.

C'est leur faiblesse de penser que pour une part, si modeste soit-elle, les « Gueules cassées » ont contribué aux fantastiques progrès qui s'accomplissent tous les jours dans ce domaine et qui permettent à tous ces blessés, pour reprendre leur devise, de « Sourire quand même ».

Ce Livre Blanc vient donc à point nommé pour rappeler que la Stomatologie et la Chirurgie maxillo-faciale répondent à des besoins fondamentaux de notre société.

Puisse-t-il avoir le succès qu'il mérite et que soient tirés tous les enseignements que sa lecture suggère.

PRÉFACE

Professeur Bernard Devauchelle, service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, CHU d'Amiens

Si la « greffe du visage » continue de susciter autant de commentaires, de réflexions, de polémiques, c'est que, au-delà du simple fait que la science y rejoint ici la fiction, elle renvoie à l'imaginaire collectif que sont la mythologie, les religions, les arts... et plus près de nous la psychanalyse dont on sait qu'elle naquit à l'aube du XX^e siècle, en même temps que la chirurgie reconstructrice et esthétique, elle-même réponse aux gueules cassées de la Grande guerre [1].

Le personnage de Janus, Dieu de la péninsule italique, monstre à deux faces, l'une tournée vers l'orient, l'autre vers l'occident, comme pour mieux contrôler l'ensemble de l'univers, nous inspira cette définition :

« La chirurgie faciale est chirurgie du tégument : elle en modèle l'apparence et la forme, l'ombre et le reflet ; elle le remplace quelquefois, le met en tension ici ou lui donne relief là ; elle en modifie la couleur ou la pilosité. Découverte, donc extravertie, cette chirurgie est totalement plastique.

Elle est chirurgie du mouvement, volontaire et non volontaire, et donc de l'expression et met en jeu sous le tégument le muscle peaucier, sa tension, ses points d'application. Intelligente, elle génère l'intelligence du visage ; stéréotypée, elle en consacre la fadeur.

On appréciera qu'elle prend en compte la quatrième dimension, celle du temps de la métamorphose de l'individu, et celle du temps du vieillissement. Plus qu'ailleurs, elle est partie prenante de la croissance, ante et post-natale, et devient à cet égard interceptive.

On concédera volontiers qu'elle soit cranio, orbito ou maxillo-faciale, en ce sens que le tégument prend forme sur le squelette et que redonner à celui-ci son équilibre physiologique et donc ses conditions idéales de fonction, sa pente normale, lui restaurer sa forme détruite, en compenser son insuffisance, procèdent d'une volonté harmonique, soucieuse d'éclairer le visage, de restaurer le profil. C'est la part architecturale de cette chirurgie et sa dimension fonctionnelle.

Il n'est enfin pas négligeable de donner à la chirurgie faciale sa dimension cervicale, de nature différente, par proximité anatomique ou nécessité carcinologique parfois.

Mais la chirurgie faciale est toute entière « authentiquement générale » en ce sens qu'elle est vasculaire et nerveuse, orthopédique et viscérale, endoscopique et microchirurgicale, qu'elle intéresse parties dures et parties molles, qu'elle touche le fond et la forme. Elle est chirurgie du naturel mais aussi chirurgie de l'artificiel ; nous dirions, empruntant aux philosophes, qu'elle est la chirurgie du « presque rien, du je-ne-sais-quoi ». [2]»

L'exégèse est ici anatomique, exploratoire, disséquante en ce sens qu'elle va du dehors vers le dedans, de la surface vers la profondeur, du complexe vers l'unité.

L'histoire de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale procède du mouvement inverse. Née de cette béance (stoma = le trou) qu'est la cavité buccale, elle en explore le contenu, le contenant, les parois, s'intéresse à ses fonctions, extrapole à son environnement pour englober enfin, dans une nécessité d'unicité, ses enveloppes. Elle suit en cela, dans ce mouvement perpétuel, l'écho que l'épistémologue donne à la science médicale, la reconstruction à la distraction.

« Dans l'art comme pour le corps, l'analyse ou la destruction suivent la plus grande pente, l'infinie aisance, la descente à la vallée de Josaphat, où gisaient les os distraits. Quand la création fabrique en détruisant, elle glisse vite à la facilité pour laisser à ses successeurs le pire – mais le plus beau – des legs : toute la vallée à remonter. La dérision à oublier. Les concepts positifs à trouver. Tout le travail à refaire. Des synthèses à bâtir. L'immense armée des os desséchés à relever. » [3]

Il y a bien sûr quelque prétention à cette vision universelle qui n'est ni neuve, ni exclusive. Mais doublée d'une exigence d'excellence de ceux qui y adhèrent, sans souci de prosélytisme, sans compromission, leur volonté tendue dans la seule direction du mieux savoir et du parfaire, elle est la condition même de l'existence et de la survie d'une discipline médicale.

Bibliographie

- 1 – Devauchelle B. « La chirurgie esthétique ». Dictionnaire de la pensée médicale (sous la direction de Dominique Lecourt)
Paris, Presse Universitaire de France, 2004.
- 2 – Jankelevitch V. « Le Je-ne-sais-quoi » - « Le presque rien »
Paris, Le Seuil, 1980.
- 3 – Serres M. « Distraction ». Le Corps en morceaux
Paris, Édition de la Réunion des musées Nationaux, 1990.

LE DÉBUT D'UNE NOUVELLE ÈRE

*Jean-Claude Michel, docteur en chirurgie dentaire, président de la CNSD
(Confédération nationale des syndicats dentaires)*

C'est souvent dans une même famille qu'ont lieu les querelles les plus ardues et les blessures les plus délicates à panser. Les stomatologistes et les chirurgiens dentistes, soucieux de cette porte d'entrée essentielle de l'organisme que sont la bouche et les dents, n'ont pas échappé à cette situation.

Dans le passé, le chirurgien-dentiste, particulièrement conscient de son savoir faire, de sa dextérité et de son expérience en matière dentaire, voyait avec quelque amertume certains patients, surtout des classes les plus aisées, leur préférer le stomatologiste dont la renommée médicale signalait, à leurs yeux, une compétence supérieure. Mais ces patients, étaient-ils vraiment au courant qu'à partir de 1949, le PCB (Physique-chimie-biologie), ancien PCEM (Premier cycle des études médicales), était obligatoire pour faire des études dentaires ?

Les stomatologistes qui ont exercé l'art dentaire durant des décennies sentaient bien qu'ils étaient appelés à d'autres activités. Cette situation inconfortable allait être bouleversée par les décrets successifs concernant ces deux professions.

En 1965, le relais des écoles privées était pris par les Écoles nationales de chirurgie dentaire, puis ensuite par les UFR d'odontologie. Cela inaugurerait le processus d'une évolution rapide vers des statuts qui, en quelques décennies, allaient intégrer la chirurgie dentaire dans le cadre enfin digne d'une spécialité médicale à part entière :

- la loi du 25 décembre 1971 créait le Doctorat d'exercice en Chirurgie Dentaire tant souhaité par la profession ;
- la loi du 13 juillet 1972 reconnaissait la nouvelle capacité professionnelle du chirurgien-dentiste ;
- en 1990, un décret établissait le statut des personnels enseignants et hospitaliers en odontologie (PU-PH, MCU-PH, AHU) ;
- en 1994, l'allongement des études dentaires portées à 6 ans, et la création de l'Internat, confirmaient la progression du cycle universitaire de la chirurgie dentaire ;
- en 2006, la Formation continue pour les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes est désormais obligatoire.

Parallèlement, la formation de la stomatologie subissait de profondes modifications, puisqu'en 1984, les CES médicaux disparaissaient.

À partir de cette même année, l'Internat en Médecine devenait obligatoire pour préparer une spécialité, notamment celle de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie.

Pour la Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie, comme pour l'odontologie, s'ouvre aujourd'hui une nouvelle ère, chacune de ces spécialités ayant participé à l'élaboration d'un champ d'action mieux défini, en rapport avec les progrès de la recherche et des nouvelles technologies. Toute avancée dans le domaine scientifique et humain ouvre en médecine sur de nouveaux problèmes de diagnostic et de traitement, où les relations et interactions entre les spécialités voisines doivent être prises en considération à un rythme croissant.

Il ne s'agit donc plus maintenant de se concurrencer ou d'empiéter sur l'un ou l'autre domaine discutable, mais d'unir les efforts, pour réussir des améliorations et des guérisons indispensables au siècle dernier. Ainsi, aujourd'hui nous pouvons aboutir, après tant de malentendus, à une collaboration pilote entre chirurgiens maxillo-faciaux – stomatologistes et chirurgiens dentistes au niveau de la sphère oro-faciale.

La dent, si longtemps négligée par la plupart des instances médicales, a repris ses lettres de noblesse. On sait l'importance attribuée de nos jours à l'esthétique dont la denture est un symbole, et non des moindres. Nul n'ignore actuellement l'effet positif d'une perfection du sourire aussi bien que les conséquences délétères d'une avarie dans ce domaine, impliquant le psychisme, le comportement et les affections psychosomatiques invasives.

Depuis longtemps, les répercussions des maladies dentaires sur l'organisme général, ont fait l'objet de recherches, que la collaboration entre chirurgiens dentistes et stomatologistes ne peut que favoriser. Il en va de même des problèmes multiples de la cavité buccale: état du parodonte, de l'os alvéolaire, des maxillaires, de l'articulation temporo-mandibulaire, de la salive, de la manducation, de la déglutition, cette énumération étant loin d'être exhaustive.

Le chirurgien-dentiste, dont la fonction évolue à grands pas vers la prévention est, du fait des consultations régulières systématiques, de plus en plus en contact avec l'ensemble de la population. Il se situe donc, mieux que jamais, comme la sentinelle susceptible de dépister l'apparition de pathologies parfois bénignes, mais souvent porteuses de menaces pour la santé et la vie même de l'individu.

On conçoit à quel point la collaboration du chirurgien-dentiste, à un stade précoce, avec le stomatologiste, est bénéfique pour le patient. Ces rapports sont incontestablement facilités par une estime réciproque, une confiance, et une compétence partagée, ainsi que par une cordialité confraternelle de bon aloi: le chirurgien-dentiste et le stomatologiste sont des correspondants naturels et complémentaires.

Le Président de la Confédération nationale des syndicats dentaires est honoré de préfacer ce Livre Blanc de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale; c'est une grande marque d'estime et de reconnaissance de la profession de chirurgien-dentiste qui signe le début d'une nouvelle ère de Santé publique.

POURQUOI UN LIVRE BLANC DE LA STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ?

Professeur Patrick GOUDOT

Service de Chirurgie maxillo-faciale, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier

« Comment va la Stomatologie ? ». Voilà une question que l'on me pose souvent, avec un air contrit, presque à voix basse, comme l'on prend des nouvelles d'un grand malade. Tellement malade qu'il y a d'ailleurs des gens bien intentionnés qui, depuis plusieurs années déjà, font courir le bruit que la Stomatologie n'existe plus.

Alors il est temps de remettre les choses en place, la bouche (« stoma ») au milieu de la face et la Stomatologie au cœur de la spécialité chirurgicale qu'elle a enfantée, la Chirurgie maxillo-faciale.

Certes, comme d'autres spécialités médicales, la Stomatologie est en difficulté en raison de la diminution considérable de ses effectifs consécutive à la réforme de 1984 du 3^e cycle des études médicales qui imposait de passer par l'internat pour accéder à une spécialité.

Cette situation a été aggravée par la diminution des effectifs des étudiants en Médecine. De ce fait, la pyramide des âges s'étrangle après la génération des 40-45 ans et la menace est forte de ne pouvoir répondre aux besoins de Santé publique en matière de pathologie de la cavité buccale et de la face.

Pendant ce temps, la version la plus chirurgicale de notre spécialité, la Chirurgie maxillo-faciale, issue de la filière chirurgicale, continuait à attirer les internes. Dès lors, de bonnes âmes se posent la question de savoir si la Stomatologie est bien nécessaire et si l'union de quelques autres spécialités, prêtes à s'en partager la dépouille, ne pourrait pas tout autant faire l'affaire !

Ne nous voilons pas la face. Nous sommes aussi responsables de cette situation, en particulier par deux excès : « trop de dents », « trop de plastie ».

D'abord « trop de dents ». En effet, jusqu'en 1984, année de la disparition des Certificats d'études spécialisées (CES), la grande majorité des étudiants s'inscrivant en Stomatologie s'installait, à la fin de leur formation, pour pratiquer des soins et prothèses dentaires.

Puis « trop de plastie ». À partir de la réforme du 3^e cycle, les internes engagés dans la formation de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale ont largement délaissé la première.

Pour beaucoup d'entre eux, la Chirurgie maxillo-faciale n'a alors été que le tremplin vers une pratique de chirurgie plastique et esthétique qui, pour être faciale au départ, devenait vite générale. Cette évolution nous a éloignés des schémas européens qui, pour la majorité d'entre eux, appuient la formation en Chirurgie maxillo-faciale, ou plus simplement en chirurgie orale (terme européen plus habituel que celui de Stomatologie), sur une double formation médicale et dentaire.

Les temps changent. Le nombre d'internes augmente, la distinction entre Chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique est claire. La nécessité d'une double formation s'impose et la Fédération de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale existe. Celle-ci rassemble toutes les composantes scientifiques, syndicales et enseignantes de la profession dans le souci de la défendre d'une seule voix et d'en assurer l'avenir et la promotion.

Ainsi, ce livre blanc s'adresse :

- aux institutionnels, afin de donner l'image d'une spécialité qui a toute sa place au sein de notre système de santé et qui est engagée sur le terrain de la Formation médicale continue et de l'Évaluation des pratiques professionnelles ;
- à nos confrères généralistes, que le nouveau parcours de soins conduit parfois à redécouvrir la Stomatologie et son rôle dans la prise en charge de leurs patients ;
- à nos confrères d'autres spécialités, à qui l'on a si peu enseigné la pathologie buccale et faciale au cours de leur formation alors qu'elle interfère si souvent dans les pathologies qu'ils ont en charge ;
- au grand public, aux patients, aux malades, qui ont trop souvent quelques difficultés à nous distinguer des odontologistes ;
- aux odontologistes dont nous devons être les partenaires médicaux spécialisés dans une définition précise de nos domaines de compétence respectifs ;
- enfin aux stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux, qui trouveront dans ce Livre Blanc le reflet de leurs préoccupations et de leurs espérances professionnelles... et l'acte fondateur de leur Fédération.

1

**La Stomatologie et
Chirurgie maxillo-faciale :
état des lieux**

HISTOIRE DE LA STOMATOLOGIE ET DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Dr Charles-Yves Daïeff, Paris

L'histoire de la Stomatologie peut s'envisager d'un double point de vue : du déroulement de son évolution et des hommes qui l'ont marquée, d'une part, et d'autre part, des progrès techniques qui ont abouti à son visage actuel.

GÉNÉRALITÉS

Balbutiements pendant l'Antiquité

Qu'il s'agisse des maladies de la bouche et des dents, ou de la Chirurgie maxillo-faciale, ces pathologies sont connues, étudiées et traitées depuis 3 500 avant J.-C.

En Égypte, les papyrus découverts par Edwin Smith et Ebers les mentionnent. En Inde, la rhinopoièse par lambeau jugal est pratiquée depuis 2 500 avant J.-C, avec lambeau frontal, par des familles de potiers. En Grèce, Hippocrate traite de différentes techniques de chirurgie faciale, et de réduction des luxations de l'ATM (Articulation temporo-mandibulaire).

À Rome, vers le I^{er} siècle avant J.-C, Celce fait la somme, déjà conséquente, des procédés thérapeutiques chirurgicaux concernant les sutures, les extractions de projectiles et les lambeaux cutanés par glissement ou avancement. Le premier millénaire voit de grands chirurgiens, comme Oribase à Byzance, ou Rhasès, Abulcassis, et Avicenne dans le monde musulman.

Ce dernier explique dans son oeuvre médicale maîtresse le « Canon de la médecine » comment traiter les gangrènes pulpaire par trépanation de la couronne.

Du Moyen Âge à la Renaissance : les premiers grands noms de la chirurgie

Nous ne connaissons pas l'activité chirurgicale des Gaulois, mais Guy de Chauliac (1300-1370), de Montpellier, rassemble dans sa « Grande Chirurgie » la somme des connaissances du XIV^e siècle. La profession d'« arracheur de dents » est mentionnée.

La Renaissance est riche en progrès qui sont européens autant que nationaux. Pierre Franco (1506-1597), provençal établi à Lausanne codifie la génio et la cheilopoièse. Gaspar Tagliocozzi, en Italie, entre 1545 et 1559, développe la chirurgie réparatrice faciale, malgré tous les détracteurs dans et hors de l'Église.

Ambroise Paré (1510-1590), domine l'époque. « Chirurgien-barbier », il devient le chirurgien des rois François I^{er} (sait-on qu'il était « appareillé »?...), Henri II et Charles IX. Il s'intéresse entre autres choses, à toute la chirurgie faciale, qu'il s'agisse de sutures artérielles, de reconstruction chirurgicale du nez mais aussi des épithèses nasales, oculaires ou auriculaires, des luxations et fractures mandibulaires, des obturateurs palatins, etc.

L'ombre de l'obscurantisme religieux jusqu'à l'époque des lumières

Une grande lacune scientifique existe entre la fin du XVI^e siècle et le milieu du XVIII^e. Ceci est en partie lié à l'esprit religieux de l'époque. La Faculté de médecine de Paris concrétise cet état d'esprit : en 1788, elle interdit la chirurgie réparatrice du visage « comme contraire aux intentions divines ».

Le renouveau du XIX^e siècle

Au XIX^e siècle, la chirurgie réparatrice renaît, d'abord en Angleterre. En France, les progrès sont surtout le fait de Dominique Larrey, chirurgien des armées de la Révolution, puis du Service de Santé des armées qu'il organise pour Napoléon. Il insiste sur l'intérêt des sutures immédiates. Il traite aussi surtout des fractures de la face et des rhinopoièses.

À Montpellier, Mathieu Delpech et ses nombreux élèves, sont également célèbres. Ce siècle est donc un siècle charnière qui voit le renouveau, l'amélioration, et la diffusion des techniques de chirurgie réparatrice. L'apparition de l'anesthésie générale en 1846, n'y est pas étrangère.

DÉVELOPPEMENT DE LA STOMATOLOGIE COMME UNE SPÉCIALITÉ AU XX^e SIÈCLE

Dès 1894, est fondée la Revue de Stomatologie, et la première chaire de Stomatologie est occupée par Redier, en 1895, à la Faculté libre de médecine de Lille. En 1907 est créée l'Association stomatologique internationale par une vingtaine de nations.

Création de l'École française de Stomatologie et création de la Société de Stomatologie française

L'École française de Stomatologie est ouverte en 1910, passage Dauphine à Paris, par l'omniprésent Cruet. Elle y restera jusqu'à Pâques 1963, date à laquelle les cours furent donnés, dans un environnement enfin moderne, à l'Institut de Stomatologie de la Pitié-Salpêtrière.

La première guerre mondiale, sous l'impulsion de Sauvez, va donner aux stomatologistes l'occasion de créer, à partir de peu de chose, les centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale qui vont traiter les nombreuses « gueules cassées ».

En 1920, la Faculté de médecine de Paris crée un poste de chargé de cours de Stomatologie occupée par Chompret ; à la même époque sont nommés les premiers stomatologistes des hôpitaux. La Faculté de médecine de Bordeaux fonde une chaire de Stomatologie en 1932,

tenu par les Professeurs Cavaille puis Dubecq. En 1939, le Dr Beltrami est nommé Professeur de la spécialité à la Faculté de médecine de Marseille.

La Société de Stomatologie de Paris s'élargit, en 1943, et se transforme en Société de Stomatologie de France.

Rattachement à la faculté de Médecine

Parallèlement, par un décret du 29 septembre 1944, l'École française de Stomatologie est rattachée à la faculté de Médecine. C'est aussi à la fin de la deuxième guerre mondiale qu'apparaissent les Chaires de clinique stomatologique de Paris, Lille, Lyon, Nancy et Nantes, avec création d'un Certificat d'études spéciales (CES) de Stomatologie, en 1949.

Création de la Société française de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale

Après la conquête de son statut médical, affirmé par la Faculté, la discipline accentue son caractère chirurgical et la société devient, le 29 mars 1953, Société française de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.

Mais ce n'est que 20 ans plus tard, en septembre 1973 qu'eut lieu le premier congrès français de ce nom, sous la présidence du Professeur Cernea. Le programme du congrès marquait bien l'étendue du champ d'action de notre spécialité, tout à la fois dentaire, médical et chirurgical. On y retrouvait, entre autres, des communications traitant de la traumatologie maxillo-faciale, de la reconstruction mandibulaire, de tumeurs et de cancérologie bucco-faciale, des kystes des maxillaires, des fentes faciales, de la tuberculose buccale, de la prothèse dentaire et maxillo-faciale, de l'orthopédie dento-faciale, des dysfonctions de l'appareil manducateur.

Concrétisant son caractère de spécialité médico-chirurgicale à part entière, la discipline de « Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale » est associée à l'oto-rhino-laryngologie et à l'ophtalmologie dans la même section du Conseil national des universités (CNU).

DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

L'intitulé « Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale » rend bien compte de l'évolution chirurgicale de la spécialité : nous avons vu que dès l'antiquité, certains chirurgiens s'étaient spécialisés dans la chirurgie faciale. Ce sont les deux conflits mondiaux qui ont fait exploser les connaissances par l'ingéniosité nécessaire à la réparation des « gueules cassées ».

La première guerre mondiale en particulier, par l'importance des combats de tranchées, augmente leur fréquence. La doctrine de cette chirurgie de guerre est qu'« *aucun blessé ne sera évacué vers l'intérieur, sans avoir été préalablement examiné, pansé et opéré par un chirurgien qualifié* » (Med Major Duguet). Ainsi sont bien codifiées les missions de la chirurgie d'urgence d'une part, de la chirurgie réparatrice programmée, d'autre part.

À l'arrière, tous ces blessés sont traités dans des centres maxillo-faciaux inter-régionaux. Les premiers sont créés dès 1915. Il en existait 17 en 1918. Les plus importants sont ceux du Val de Grâce à Paris, ainsi que ceux de Lyon et de Bordeaux.

Les plus célèbres chirurgiens sont Morestin et Léon Dufourmentel. Les progrès rapides de l'anesthésie générale permettent des examens soigneux et des réparations aussi audacieuses que méticuleuses.

On passe vite de l'éther et du chloroforme par masque (nécessitant d'alterner les temps opératoires et les temps anesthésiques) à l'insufflation par trachéotomie (Sébileau). Mais l'anesthésie loco-régionale est utilisée le plus possible.

On ne saurait réduire les progrès réalisés lors de la seconde guerre mondiale, à l'œuvre du médecin général Ginestet, mais celle-ci fut néanmoins considérable, surtout à l'hôpital Desgenettes à Lyon. Les techniques des lambeaux cylindriques, hongrois, naso-géniens par exemple, sont affinées.

En traumatologie, fixateurs externes pour les fracas mandibulaires et réduction du malaire par voie percutanée.

En chirurgie orthognathique, procédés en tiroir à la mandibule inférieure, ostéotomies maxillaires complètes ou segmentaires. Sans compter l'invention de nombreux instruments, tant il est vrai qu'un chirurgien hors du commun (comme Ginestet ou Dautrey) invente l'instrument approprié au meilleur geste plutôt qu'il ne se plie au geste imposé par l'instrument.

Depuis les années 1950-1960, les **quatre piliers constituant la Chirurgie maxillo-faciale** se précisent et sont les témoins de la vaste étendue de son champ d'action : **la traumatologie** dont les bagarres et les accidents de la circulation sont les principaux fournisseurs. (pour ce dernier poste, le port de la ceinture de sécurité, en 1967 a marqué une nette diminution des cas traités) ; **l'orthognathie**, portant sur l'une ou les deux mâchoires ; **la cancérologie**, aidée par les procédés très sophistiqués de réparation qui permettent ainsi des exérèses-réparations audacieuses (mais il s'agit d'une thérapeutique multi-disciplinaire dans laquelle la radio et chimiothérapie ont une large place) ; **la chirurgie plastique de la face** au sein de laquelle, la chirurgie esthétique, même si elle est la plus médiatique, n'est qu'une part de la chirurgie réparatrice.

Les relations de ces deux dernières, ont été magistralement explicitées par le Pr Devauchelle dans le « Dictionnaire de la pensée médicale ». Nous en résumons l'historique. Au début du XX^e siècle, la chirurgie réparatrice est reconnue, alors que la chirurgie esthétique (simple modification d'une forme faciale non pathologique en une autre forme jugée plus « belle » ou au moins différente), est à peine tolérée.

Mais entre les deux guerres, deux phénomènes vont lui apporter une certaine justification : l'éclosion de la psychanalyse, d'une part, qui déculpabilisa cette chirurgie d'être contre nature, et l'activité du chirurgien berlinois, Joseph, fils de rabbin, d'autre part, qui, toute sa vie, participa à cette volonté des juifs de se libérer de la « malédiction du nez ». C'est la thèse défendue par Maxwell Maltz dans « New faces, new futures » : « *Le chirurgien s'efforce... de libérer l'âme... en modifiant l'apparence, de manière à ce qu'elle corresponde parfaitement à la normalité* ». (Devauchelle). C'est aussi, par exemple, ce que voudront faire plus tard beaucoup d'Asiatiques en demandant la suppression de leurs yeux bridés pour s'approcher au plus près de l'idéal occidental. Raymond Passot ou Julien Bourdet par exemple, consacrèrent leurs travaux à cette chirurgie, tout en omettant d'ailleurs, de citer les auteurs anglo-saxons, tels les 4 grands : Gillies, Mc Indoe, Mowlen et Kilner. Mais en 1931, grâce à Maurice Coelst, naquit la revue de chirurgie plastique qui réunit les travaux de tous.

Rapidement on passa de la disgrâce des formes à la disgrâce de la forme affectée par le temps: c'est toute l'histoire du lifting facial, simple réduction de la distension cutanée, au début, avec déplacement de plus en plus latéral de l'incision cutanée de l'abord, puis reposition cutané-musculaire avec décollement de plus en plus étendu et de plus en plus profond (après l'individualisation du SMAS vers 1970), pour aboutir enfin à la reposition ostéo-cutané-musculaire (mask-lift élargi de Tessier).

À ce traitement des différents plans, s'ajoute le traitement du tissu cellulo-graisseux et de la graisse, que l'on peut non seulement supprimer (lipo-aspiration de Illouz vers 1975) là où elle est disgracieuse, mais aussi la replacer, là où elle manque, quand on la réinjecte après un traitement par ultracentrifugation qui n'en conserve que les éléments pérennes (lipos-structure de Sydney Coleman). Enfin, l'avènement des bio-matériaux a permis depuis les années 80, l'introduction de prothèses, surtout en élastomères de silicium.

N'omettons pas pour finir l'apport des préoccupations « esthétiques » des chirurgiens plasticiens aux autres spécialités chirurgicales: la hantise de la cicatrice les a toutes contaminées au point d'inciter les chirurgiens, qu'ils soient digestifs, urologues ou orthopédistes à inverser le dicton ancien: « aux grands chirurgiens, les grandes cicatrices ». Mais il est aussi vrai de dire que les techniques mini-invasives n'ont intéressé les maxillo-faciaux plasticiens qu'après que les chirurgiens digestifs en aient démontré l'intérêt.

Fermons cette parenthèse, et notons qu'à partir de 1984, l'introduction de « l'internat qualifiant » pour tous, par l'obligation d'une formation en chirurgie générale confirme de façon irréversible l'orientation chirurgicale et explique la qualité des opérateurs.

Les avancées dans chacun de 4 domaines mentionnés ci-dessus n'ont pu se faire que grâce aux hardiesses réalisées dans d'autres spécialités, et les chirurgiens maxillo-faciaux témoignent ainsi d'une très vaste culture chirurgicale: ostéotomies de plus en plus élargies ou au contraire finement segmentaires, matériaux d'ostéosynthèses de plus en plus bio-compatibles et miniaturisés, lambeaux ostéo-périostés, lambeaux cutané-musculaires, et toute la panoplie des techniques microchirurgicales: greffes nerveuses, microanastomoses, lambeaux composites, auto ou hétérologues, jusqu'à la récente allotransplantation du tiers inférieur du visage en novembre 2005, (Pr Devauchelle, Amiens) triomphe de toutes les difficultés possibles.

Une autre évolution est à noter depuis les années 50: c'est celle du déplacement hors de Paris des écoles chirurgicales de qualité. La concurrence Paris-Province n'est plus. Elle est remplacée par une émulation entre les écoles des grandes villes, sièges de CHU.

ÉVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA STOMATOLOGIE

L'enseignement lui aussi a évolué. Dès la création de l'École de Stomatologie, en 1910 (et des écoles créées ensuite en France dans les grandes villes de Faculté), cet enseignement, complet et rapide, dure deux ans (c'est le CES – Certificat d'études spéciales –): hospitalier le matin, pour la pathologie et la chirurgie; pratique l'après-midi dans les instituts, pour l'art dentaire. Il y a les notions théoriques un jour, la réalisation en laboratoire le lendemain,

et quelques jours plus tard la pratique sur les patients du dispensaire inclus dans l'Institut (certains patients, d'ailleurs, appréciant la gratuité des prothèses, sont des habitués et donnent des conseils fort utiles aux praticiens novices...).

Est-ce le fait de la qualité des enseignants, ou parce que les étudiants, ayant fini leur cursus médical ont au minimum environ 25 ans, toujours est-il que les progrès sont rapides: en 18 mois, un élève de l'Institut est tout à fait apte à remplacer un dentiste en ville. Le jeune stomatologiste va pouvoir rapidement choisir sa voie: soins et prothèses dentaires, ODMF, ou poursuivre sa formation chirurgicale comme attaché dans les services formateurs.

Tout va changer avec la réforme des études médicales de 1984 induite par les directives européennes. Le CES (Certificat d'études spéciales) de Stomatologie disparaît. Les spécialités chirurgicales (dont la Stomatologie) doivent passer par «l'internat qualifiant».

Dès lors, même si la formation «classique» persiste, sous la forme du DES (Diplôme d'études spécialisées) de Stomatologie, la voie chirurgicale (DES de chirurgie générale, puis DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie créé en 1988) sera privilégiée par les générations successives, même si la durée des études est plus longue (6 ans contre 4 ans), privilégiée à un point tel que le recrutement du DES a inexorablement décliné (le dernier étudiant titulaire du DES, à Paris, l'a été en 2003). Il en a été de même dans les autres facultés.

Mais la voie chirurgicale n'est pas la seule: l'orthopédie dento-maxillo-faciale dispose elle aussi d'un DESC (dit de groupe I). Ceci est la consécration des progrès de cette «spécialité dans la spécialité».

Le «déplacement des dents» était déjà mentionné dans le livre de Pierre Fauchard en 1711. Ce problème fut repris par Bourdet (1722-1789). Delabarre (1787-1862) est l'initiateur de la «bague incisive» ainsi que Maury (1786-1840). Mais, même si les déplacements dentaires isolés sont possibles, avant la deuxième guerre mondiale, l'ensemble de l'orthodontie est amovible et la part fonctionnelle y est importante. L'apport fondamental de cette orientation revient à Pierre Robin (1867-1950): *«tout provient des troubles fonctionnels, masticateurs mais surtout respiratoires: les dysmorphoses dento-cranio-vertébrales sont la signature des troubles fonctionnels des organes contenus dans la tête»*.

Après la deuxième guerre mondiale, on assiste à la diffusion des multibagues, d'origine américaine: Angle, Tweed, Ricketts, Andrews en sont les représentants. La technique de Beeg est célèbre. Elle fut exposée en 1956 et traduite en français par Gérard de Coster en 1976.

Les mécanismes des dysmorphoses faciales sont de mieux en mieux connus, surtout grâce aux travaux de Delaire.

Sans qu'il existe une frontière infranchissable entre elles, deux théories ou du moins deux pratiques continuent de s'affronter: l'une plus «médicale» qui insiste sur les traitements fonctionnels et orthopédiques participant d'une vision globale du jeune patient (d'où la dénomination d'orthopédie dento-maxillo-faciale), et l'autre plus «mécaniste», (orthodontie), s'intéressant à un bel alignement dentaire (parfois aux dépens de l'équilibre facial).

MAIS OÙ EST L'ODONTOLOGIE DANS TOUT CELA ?

En fait, même si son nom (pas plus que celui de Stomatologie d'ailleurs) n'est encore intervenu, jusqu'au XIX^e siècle la pathologie dentaire a toujours fait intégralement partie de l'activité médicale.

Les premiers pas de la chirurgie dentaire

Pierre Fauchard (1678-1761), est reconnu comme « Le père de l'Odontologie et de la Stomatologie » en France. Son unique livre « le chirurgien-dentiste ou traité des dents » date, pour sa première édition, de 1711. Il était médecin, (initialement chirurgien de la Marine), et fut reçu comme « expert pour les dents » (corps créé dès 1699), par la communauté des Chirurgiens de Paris.

En 1731, le Collège des chirurgiens de Paris coiffe la chirurgie dentaire qui est donc bien une spécialité médicale. Ainsi jusqu'à la Révolution, il existe des « arracheurs de dents », d'une part et des médecins-dentistes, d'autre part. La Révolution, dans la recherche forcenée d'une idéologie d'égalité, supprime académies, collèges de chirurgiens et aussi l'enseignement de la chirurgie dentaire.

En effet, à cette époque, les réformes apportées aux arts de guérir ignorent les dentistes (confirmés bien plus tard par la loi du 19 ventôse 1803), tandis que les docteurs en médecine et en chirurgie deviennent des officiers de santé.

Tout au long du XIX^e siècle, un différent oppose donc les médecins-dentistes (officiers de santé) aux dentistes (qui paient simplement patente), les premiers demandant la médicalisation, les autres l'autonomie de la profession.

La séparation s'est poursuivie du fait qu'à partir de 1880, la première école dentaire créée à Paris fut privée, et que l'enseignement de l'art dentaire n'est devenu « public » (mais est resté autonome) qu'au décret du 22 septembre 1965 créant les Écoles nationales de chirurgie dentaire.

Et le nom de la stomatologie apparut

C'est au début du XIX^e siècle que les choses se précisent : En 1817, Delabarre inaugure un cours libre de médecine dentaire qu'il nomme Stomatonomie en 1825. Mais le mot de Stomatologie apparaît pour la première fois en 1868 sous la signature d'Andrieu qui publie le premier fascicule de son « Traité de Stomatologie ».

Cruet précise : « La première Société de Stomatologie, créée en 1887, par un groupe important de dentistes-médecins à la tête desquels était Magitot, vint donner un corps et une doctrine scientifique aux aspirations nouvelles ; la première "Revue de Stomatologie", fondée par Magitot encore, faisait son apparition en 1894. Six ans plus tard, le Congrès international de médecine de Paris, en 1900, donnait à notre spécialité sa première consécration officielle et admettait bien timidement une section de Stomatologie ouverte à tous les dentistes ».

Odontologie et médecine : un mariage contrarié

Tout le début du XIX^e siècle est marqué par la question fondamentale : faut-il laisser la profession dentaire, comme ses tenants le désirent, rester en dehors de la Médecine,

ou bien les maladies de la bouche et de dents doivent-elles rester dans le giron médical, une spécialité pleine et entière comme les « oculistes » ou les « autistes ». Le divorce est définitivement prononcé en 1892, par le fait d'une loi créant le diplôme de chirurgien-dentiste, loi contre laquelle Cruet est féroce : *« loi qui, tout en semblant incorporer le dentiste au corps médical et à la médecine, l'en a en réalité détaché ou chassé »*. Cruet appelait de ses vœux une union des deux professions pour une meilleure qualité médicale : *« qui ne voit et ne se rend compte qu'un corps de dentistes uniquement composé de docteurs en médecine, connaissant bien entendu les connaissances spéciales et techniques qu'ils puiseraient à loisir dans les hôpitaux, les cliniques, les écoles, serait incomparable. »*

Après plus d'un siècle, le divorce perdure. L'amélioration de la formation des dentistes, tout à fait légitime, mais faite en dehors de toute culture médicale générale, a pérennisé la division des deux enseignements : le décret du 11 janvier 1909 fera passer la durée de la formation des dentistes de trois à cinq années : deux consacrées à la prothèse, trois à une formation scientifique et médicale.

En 1932, les députés Milan et Rio présentent au Parlement un projet de loi visant à assimiler la thérapeutique dentaire aux autres éléments de l'art médical. Au docteur en médecine le soin de faire face à la pathologie buccale, les stomatologistes traitant ainsi les cas difficiles.

Tout au long de l'année 1932, on discute sur les modalités permettant l'assimilation des praticiens en exercice. La Fédération des syndicats médicaux s'oppose à l'accès au doctorat en médecine pour les chirurgiens dentistes. On soumet le problème à l'arbitrage de l'Académie de médecine qui, paradoxalement, soutient les chirurgiens dentistes, le maintien d'une spécificité professionnelle lui semble répondre au besoin des populations.

Par contre, elle pense qu'il est urgent de relever le niveau des études. Les vœux exprimés par la savante assemblée décident le ministre de l'Instruction publique à retirer le projet de loi. Suivant le conseil exprimé par les académiciens, un décret est signé le 19 juillet 1932 exigeant, pour entreprendre les études dentaires, la possession du baccalauréat à partir de la rentrée de 1935.

En 1949, le niveau est considérablement relevé. Le certificat de Physique, Chimie et Biologie (PCB) est exigée parallèlement à la suppression de deux années de stage. Est créé un contrôle plus strict des facultés dans les écoles dentaires. Il faudra attendre six années pour que l'enseignement soit pris en charge par l'État. Le décret du 22 septembre 1965 crée des Écoles nationales de chirurgie dentaire. Le ministre Maurice Schumann aura la satisfaction de donner aux dentistes, par la loi du 25 décembre 1971, le doctorat en chirurgie dentaire.

Les situations respectives des dentistes (chirurgiens) et des docteurs dentistes étaient apparus avec éclat au moment de la Grande guerre. Seuls les seconds étaient reconnus par le Service de Santé, les autres faisant fonction d'auxiliaires. Jusqu'en 1917 aucune assimilation dans la hiérarchie ne les distinguait des hommes de troupe.

EN CONCLUSION

Jusqu'au début du XX^e siècle, les « maladies de la bouche, des dents et des maxillaires » étaient traitées par une profession unique, même si chaque praticien n'en exerçait pas la totalité de ses facettes. Puis les dentistes se sont « autonomisés », en s'isolant de la Médecine. Les stomatologistes quant à eux, se sont progressivement désintéressés des soins et prothèses dentaires, pour se consacrer à la chirurgie buccale et faciale.

Une question demeure : dans 20 ans, qui seront les « médecins » de la bouche ?

Les progrès techniques « dentaires »

Le panorama historique de la spécialité ne serait pas complet sans un rapide survol des progrès purement techniques réalisés depuis 2 ou 3 siècles.

1700 : premières empreintes en cire vierge (Mathias Godefroy Purmann - Breslau)

1740 : dentiers à ressort de Pierre Fauchard

1805 : obturateur de Garrot facilitant déglutition et phonation des fentes palatines.

1826 : amalgame d'argent (Caveau)

1835 : en remplacement de l'amalgame d'argent, obturation à l'or mou (non adhésif), par Abbé fils après les travaux de son père en 1745, puis avec de l'or adhésif (ou cohésif) (1854) plus facilement appliqué grâce à un condensateur (Lucien Lederlé et Moineau, en 1908 et 1909)

1871 : premier tour électrique alimenté par batterie (Georges Green), intégré au tour à pédale (1898, Telschow), alimenté par le réseau et intégré à l'équipement comme sur l'Unit Forsyth commercialisé par S.S. White en 1914 (le flexible est remplacé par le système de transmission par bras articulés et poulies de Constant Doriot).

1895 : première radiographie dentaire (W. Koenig, Francort-sur-le -Main)

1870/1890 : nombreux progrès sur les coiffages pulpaire, dévitalisations et traitements antiseptiques endo-canalaires.

1902 : premières résections apicales (Cl. Martin, de Lyon et Maurice Roy de Paris)

1906 : inlay en or coulé (Solbrig après reprise d'une idée de Aguilhon de Saran en 1884).

1906 : (environ) les ciments porcelaine sont stables après de nombreuses variations de formules.

1905 : introduction de la novocaïne pour les anesthésies locales, puis adrénalinée (1906).

1906 : anesthésie tronculaire du nerf alvéolaire inférieur à l'épine de Spix (Nogué).

1906 : blanchiment des dents avec l'eau oxygénée à 25 %.

- 1908 : ciments « silicates ».
- 1908 : les tours électriques tournent à 6 000 t/m.
- 1908 : articulateur de Gysi permettant la reproduction parfaite des mouvements de l'ATM.
- 1909 : théorie de l'infection focale (Rosenow) suivie dans les années 20 d'une longue controverse entre partisans de l'extraction à outrance et ceux conservateurs après traitements endo canaux bien faits.
- 1911 : les tours dentaires tournent à 10 000 t/min. (Émile Huet), et par des modifications des engrenages et des démultiplicateurs, atteindront 80 puis 125 000 t/min., en 1950 avec des lubrifications sous pression.
- 1920 : coiffage pulpaire par l'hydroxyde de calcium (Hermann).
- 1920 : anesthésie locale directe du ligament alvéolo-dentaire (Chompret).
- 1923 : stellite de contention (G. Villain) dans le traitement des parodontoses.
- 1928 : « bourre-pâte rotatif » de H. Lentullo procédé pour lequel il ne demanda jamais de droits d'auteur.
- 1928 : pivots articulés (à rotule) comme éléments de bridges mobiles.
- 1922/1929 : actions multi-usage de l'acide trichloracétique (Gatineau, Darcissac, Eymeri).
- 1934/1940 : les résines artificielles remplacent la vulcanite pour les prothèses.
- 1937 : fondation de l'institut Eastman à Paris, après ceux de nombreux autres aux USA et en Europe, pour favoriser le développement de la pédodontie.
- 1946 : empreintes aux hydrocolloïdes.
- 1947 : commercialisation des fraises en carbure de tungstène.
- 1948 : première grille sous périostée (Golmberg et Gershkoff, USA).
- 1949 : résines auto polymérisables.
- 1957 : turbine à air de J.V. Borden variant de 5 000 à 350 000 t/min. Le concept datait de... Léonard de Vinci. Le premier brevet d'une turbine à air fut déposé en 1874 (Straub). Le vrai développement a été dû à John Walsh (1950).
- Dans les années 1960 :** développement des implantations métalliques intraosseuses (mais ces essais, assortis de 90 % d'échecs à 5 ans, en freinent le développement).
- 1966 : premier patient implanté en Suède par Bränemark.
- Dans les années 80 :** diffusion de la méthode du suédois Bränemark : la mise en nourrice d'implants en titane, permet l'ostéo-intégration de ceux-ci avant leur mise en charge : les succès deviennent positifs pour 90 % à 5 ans.
- 2002 : 110 000 implants dentaires ont été placés en France en 2002.

Bibliographie

Tous les ouvrages ci-dessous sont consultables sur place à la Bibliothèque interuniversitaire de Médecine, 12, rue de l'École de Médecine, ou, pour certains, sur le site :

<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/debut.htm>

- Beeg** American journal of Orthodontics (42:481-510, juillet 1956) ; en français « Théorie et techniques orthodontiques de Beeg » traduit en français en 1972 par Gérard De Coster, 1976.
- Branemark P-I, Breine U, et al.** Intraosseous anchorage of dental prostheses : experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 3:81-100, 1969.
- Branemark P-I, Hansson BO, et al.** Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year study period. Scand J Plast Reconstr Surg 16:1-132, 1977.
- Brue (Eric)** La vie et l'œuvre du Médecin Général Ginestet. Thèse Lyon 1991 (cote 500322).
- Cruet** La Stomatologie (1907) Paris, Steinheidt, 394 pages (Cote 59237).
- Debenney-Bruyère** Modes d'exercice des médecins stomatologistes. Thèse Nantes 1993.
- Dechaume (Michel) et Huard** Histoire illustrée de l'Art Dentaire (1977).
- Fauchard (Pierre)** Le chirurgien-dentiste (1728).
- Ferret (Karine)** Contribution à l'étude de la Chirurgie maxillo-faciale Thèse Nantes 2001.
- Les gueules cassées** Exposition virtuelle sur www.bium.univ-paris5.fr.
- Magitot (André)** Les Écoles dentaires (cote 64455).
- Robin (Pierre)** La glossoptose. Son diagnostic, ses conséquences, son traitement. Pierre Robin Bulletin de l'Académie nationale de médecine, Paris, 1923, 89:37. J Med Paris, 1923, 43:235-237.
La glossoptose, un grave danger pour nos enfants. Pierre Robin Paris, Gaston Doin, 1927.
- Société française d'Histoire de l'Art dentaire** Petite histoire de l'Art Dentaire sur www.bium.univ5.fr.
- Vidal (François)** Coup d'œil sur la législation, la formation et la pratique médicale au XIX^e siècle.

ORGANISATION DE LA PROFESSION

Dr Francis Dujarric, Suresnes

ÉTAT DES LIEUX

Les syndicats

Généralités

Les professions de santé bénéficient en France comme toute activité professionnelle, d'une représentativité syndicale permettant d'interpeller, en tant qu'interlocuteur patenté, les structures officielles de l'État.

La profession médicale est représentée pour son secteur libéral par de grandes centrales syndicales médicales qui ont principalement en charge la défense des conditions d'exercice. Elles interviennent également dans la mise en place de la FMC (Formation médicale continue) et de l'EPP (Évaluation des pratiques professionnelles), et entretiennent des relations avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée, avec pour certaines structures syndicales une représentation européenne.

Ces organismes sont polycatégoriels c'est-à-dire qu'ils représentent à la fois des médecins généralistes et des spécialistes et les différents modes d'exercice tels qu'exercice en établissement privé, en groupe etc.

Historique

Sur un plan historique, le premier regroupement syndical remonte à 1928 avec la création de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Comme ce fut souvent le cas en France dans de nombreux domaines, l'histoire du syndicalisme médical est parsemée d'épisodes chaotiques aboutissant à l'éclosion d'un grand nombre de centrales syndicales telles que la CSME, la FMF (Fédération des médecins de France), le SML (Syndicat des médecins libéraux), MG France (Fédération française des médecins généralistes), etc., pour le plus grand bonheur de leurs présidents... et des gouvernements de droite comme de gauche.

Certes, cela traduit un pluralisme dans l'approche socio-économique et la place de l'éthique dans l'exercice au quotidien de la médecine, mais cela a fondamentalement engendré un affaiblissement et un émiettement des médecins dans leurs rapports avec les partenaires sociaux et gouvernementaux. Ainsi nous nous trouvons aujourd'hui avec un nombre de centrales syndicales médicales à peu près équivalent à celui des grandes centrales nationales de salariés... pour la défense de 120 000 médecins!

Cas particulier des stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux

Malheureusement, dans une plus modeste proportion, notre spécialité a connu les mêmes évolutions. Ainsi, alors que nos effectifs ont toujours été modestes et que nous allons connaître une chute démographique sans précédent, notre spécialité est actuellement représentée par deux syndicats :

- le CMSMFF, affilié au SML;
- l'Union des médecins spécialistes en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, affilié à la CSMF et à la FMF.

Sans s'attarder sur les raisons de cette division, nous ne pouvons que déplorer les conséquences qu'elle entraîne : désintérêt des confrères pour l'action syndicale, affaiblissement auprès des organismes institutionnels, étonnement voire léger mépris des confrères auprès desquels nous avons toujours eu beaucoup de difficultés à justifier les différences entre syndicats.

Apparition des unions professionnelles de médecins

Généralités

Dernière grande nouveauté dans le paysage syndical médical, l'apparition des Unions professionnelles de médecins, créées par la loi du 4 janvier 1993. Devant le constat d'une perte progressive des attributions de la profession médicale et d'un pouvoir de plus en plus important des Caisses d'assurance maladie et des gouvernements, la profession médicale s'est dotée d'un outil lui permettant d'agir dans le domaine de l'évaluation des pratiques médicales. La profession (c'est-à-dire les syndicats de médecins) ne disposait d'aucune information concernant la pratique médicale et n'avait rien à perdre d'une transparence dans la mesure où les médecins pouvaient partager les sources d'informations. C'est à l'initiative du Dr Claude Maffioli, à l'époque président de l'UMESPE (Union nationale des médecins spécialistes confédérés) que les Unions furent créées.

Initialement la loi du 4 janvier 1993 définissait des missions très larges et ambitieuses aux Unions, notamment dans l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles, dans l'organisation et la régulation du système de santé, ainsi que des actions en Santé publique. Malheureusement, le décret d'application du 14 décembre 1993 a considérablement restreint le champ d'action des Unions professionnelles.

Quel bilan à ce jour en faveur de ces Unions ?

Elles ont participé à la régionalisation de notre système de Santé en s'articulant avec les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM), les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), les CRFMC (Conseil régional de FMC) etc.

Elles ont mis en œuvre de nombreuses actions d'évaluation et de formation notamment sur des questions de santé publique,

Enfin elles ont progressivement réalisé le recueil des données informatiques, point de départ de l'évaluation de nos pratiques par l'intermédiaire de concentrateurs de données informatiques, tel le réseau Libéralis.

Des élections sous influence

Les élections aux Unions professionnelles servent également de test pour mesurer la représentativité et/ou l'influence de chaque syndicat. Ce petit « parlement médical » devient parfois un lieu d'empoignade politique perturbant l'efficacité du travail, d'autant plus qu'il existe des syndicats monocatégoriels (MG France, UCCSF (Union collégiale des chirurgiens, médecins et spécialistes français)) prêts à ne défendre que leurs intérêts propres.

Après deux mandatures où la CSMF dominait largement ces Unions, les dernières élections ont montré un recul des syndicats conventionnels : c'est parfois le prix à payer d'un engagement politique responsable.

Notre spécialité a bien entendu des membres élus dans plusieurs régions. Nous pouvons même être fiers de tenir par l'intermédiaire du Dr Michel Gamarra une Présidence de région, celle d'Auvergne.

Création de sociétés savantes

Parallèlement au développement de structures syndicales dont l'objet était prioritairement la défense des intérêts économiques de la profession, se sont créées, puis développées, des sociétés savantes dont l'objet était bien entendu la certification et la diffusion d'un savoir médical. Lors de ces dernières années la nécessité d'une collaboration étroite entre ces deux types d'organisation s'est imposée dans de nombreux domaines, notamment ceux concernant la FMC, l'évaluation des pratiques médicales, l'élaboration de recommandations etc.

Ainsi ce sont installées progressivement au sein de chaque spécialité des Fédérations regroupant l'ensemble des sociétés savantes, syndicats, associations d'une même profession leur permettant de mieux représenter leur spécialité, de mieux la faire connaître et de mieux la défendre si possible.

Malheureusement notre spécialité a tardé à mettre en place cette structure demandée depuis de nombreuses années, et ce n'est que très récemment que nous venons de créer la nôtre. Sous l'impulsion de son Président, le Pr Patrick Goudot, elle s'est rapidement mise au travail en réalisant ce travail collectif et rassembleur qu'est ce livre blanc, véritable acte fondateur de notre Fédération.

Les institutions européennes

Cet état des lieux serait incomplet si l'on n'évoquait pas l'Europe, par ailleurs évoquée par le Pr Ferri. Un rappel historique s'impose.

Dès le Traité de Rome, traité fondateur des Institutions européennes, des représentants des organismes nationaux de médecins des pays fondateurs ont mis en place les premiers éléments des instances européennes.

Ainsi, à l'initiative de la CSMF, est créé le Comité permanent des médecins européens, véritable interface professionnelle avec le niveau politique. Ce Comité étudie et confronte la situation de chaque pays dans le domaine des règles professionnelles et des codes de déontologie, des conditions d'accès à la profession, de la formation initiale et de la FMC. C'est ainsi que le Comité permanent a apporté une contribution majeure aux directives européennes sur la libre circulation des professions de santé et de la reconnaissance des diplômes, dès 1975.

Parallèlement est apparue l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) constituée de représentants des organisations professionnelles de médecins spécialistes. Des sections spécialisées pour chacune des principales disciplines sont créées. Leur travail consiste à harmoniser les formations spécialisées et à définir les critères de reconnaissance mutuelle des médecins spécialistes. Notre spécialité s'insère dans la section « Oro-maxillo-facial Surgery/Stomatology ». Elle illustre tout à fait la nécessité d'harmonisation des formations (cf. article du Pr Ferri p.197). Chaque pays peut envoyer deux membres au sein de sa section. Les membres de la délégation française sont désignés par l'Union des médecins spécialistes en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale. Nous avons toujours tenu à maintenir une double représentativité traduisant le mode d'exercice libéral et le mode d'exercice hospitalier. Actuellement nous sommes représentés par le Pr Ferri et le Dr Kerbrat.

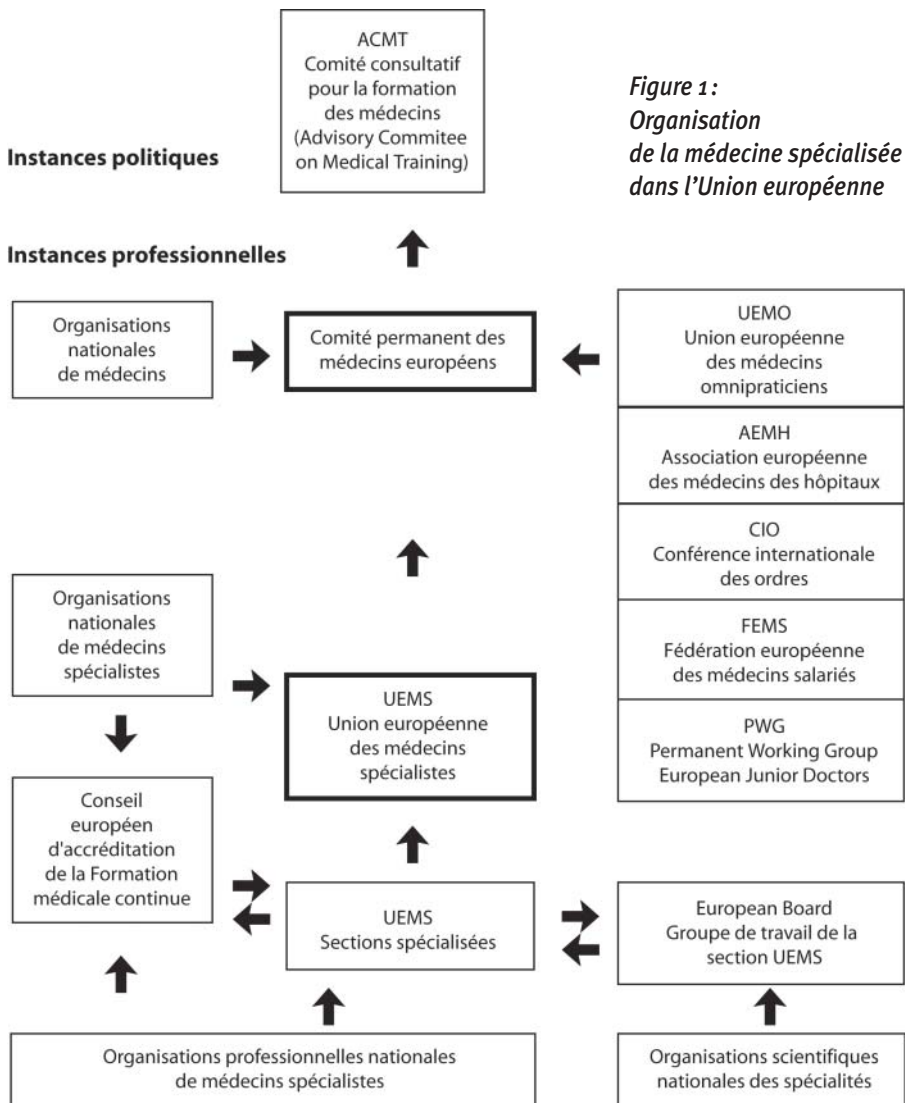


Figure 1 :
Organisation de la médecine spécialisée dans l'Union européenne

DÉFENSE DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Le maintien, voire l'amélioration de nos conditions d'exercice se heurte à des difficultés particulières. Plusieurs raisons expliquent ces difficultés :

- ◆ notre spécialité a une palette de modes d'exercice très large ; cela va d'une activité proche de l'Odontologie, à une activité chirurgicale exclusive en établissement de soins en passant par des niches comme l'implantologie, la dermatologie buccale, la chirurgie plastique de la face. Cette richesse d'activité est parfois un obstacle à une défense du plus grand nombre car selon l'évolution des négociations conventionnelles certains d'entre nous se voient gratifiés d'avantages, d'autres pas et inversement : d'où un sentiment d'abandon des confrères comme cela a été le cas avec la convention médicale actuelle, où le parcours de soins a rendu nos intérêts divergents en fonction du mode d'exercice : être ou ne pas être dans le parcours de soins ; le débat est contradictoire et il faut s'efforcer d'obtenir des compensations dans certains domaines pour que l'ensemble des confrères s'estime défendu. Très récemment le débat a été tranché et une partie de nos activités est placée hors parcours avec en compensation, pour les praticiens n'exerçant qu'une activité médico-chirurgicale, une augmentation de deux actes de base très fréquents ;
- ◆ notre spécialité a deux syndicats représentatifs : là aussi si certains peuvent considérer cela comme une grande diversité exprimant différentes sensibilités, en réalité cela diminue plutôt notre influence auprès des grandes centrales syndicales ; et les partenaires avec lesquels nous sommes contraints de négocier (Assurance maladie, Gouvernement) ne manquent pas de soulever cette dichotomie et d'en tirer éventuellement profit ;
- ◆ enfin nous avons un voisin puissant et parfaitement organisé, je veux parler des organisations syndicales dentaires qui défendent avec logique leur profession et négocient pour leur propre compte l'évolution de leurs conditions d'exercice. Or ce qui s'applique aux odontologistes ne s'applique pas forcément aux médecins stomatologistes même pour ceux qui ont une activité dentaire. L'exemple de la valeur d'une de nos lettres clés le SPM en est une parfaite illustration. Il est resté très en deçà de son équivalent chez les dentistes tout simplement parce qu'à cette époque il n'y avait pas de convention médicale !

En résumé, compte tenu du champ d'activité de notre spécialité, qui est vaste et déborde sur le monde dentaire, notre défense professionnelle sera toujours difficile et nécessitera beaucoup d'énergie et certaines adaptations.

DES PISTES POUR L'AVENIR

Quelles sont les perspectives d'avenir vers lesquelles nous pouvons nous diriger pour améliorer les conditions d'exercice de nos confrères ?

Lors de ces dernières années les principaux changements observés dans notre paysage professionnel sont d'une part l'apparition d'une multiplicité des structures qui interviennent dans les processus décisionnels ; il existe ainsi un niveau national, un niveau régional,

les hautes autorités se multiplient et les commissions dans lesquelles il faut être présents sont en nombre infini; d'autre part la complexité des dossiers a atteint un niveau élevé nécessitant un travail de préparation, une connaissance profonde des dossiers, un travail relationnel important. Tout cela mobilise beaucoup d'énergie.

Face à ces défis la solution passe par une concentration des forces et une spécialisation de certains d'entre nous dans un domaine particulier afin de rassembler les moyens d'agir par l'union et de développer l'excellence par la spécialisation.

On pourrait ainsi envisager :

- ◆ une réunification des deux syndicats afin d'optimiser nos actions, notre influence, et de multiplier les bonnes volontés ;
- ◆ de travailler en collaboration étroite avec les sociétés savantes de notre spécialité pour améliorer la qualité de nos dossiers et de nos argumentaires et envisager un partenariat pour la FMC et l'EPP ;
- ◆ développer et encourager par tous les moyens notre Fédération, élément rassembleur qui montre qu'en unifiant nos forces nous sommes capables de belles réalisations, telles ce Livre Blanc, devenu l'outil indispensable pour la reconnaissance et la défense de notre profession ;
- ◆ harmoniser notre formation initiale avec d'autres pays européens en accédant à une double formation dentaire et médicale, seul moyen de pérenniser notre spécialité à long terme et de répondre au défi démographique qui nous attend !

CHAMPS D'ACTIVITÉ DE LA STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

*Pr Patrick Goudot, service de Chirurgie maxillo-faciale,
hôpital Lapeyronie-CHU de Montpellier*

L'éventail des actes que recouvre l'intitulé de Stomatologie et/ou Chirurgie maxillo-faciale est extrêmement varié. Sous ce label, certains pratiquent des soins dentaires, d'autres des « premières » mondiales comme un transfert de masque facial. Ce chapitre détaille les Champs d'activité de cette spécialité.

DÉFINITION

L'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) définit ainsi, dans une mise à jour 2004, ce qu'elle appelle la « Chirurgie oro-maxillo-faciale/Stomatologie » :

- anamnèse, examen, prévention, traitement, réhabilitation des états pathologiques congénitaux et acquis du crâne, de la face, du cou, de la bouche et des mâchoires. Ces états pathologiques peuvent être la conséquence de maladies, tumeurs, traumatismes, dégénérescence et vieillissement.

Cette définition inclut mais ne se limite pas à :

- **la prise en charge de douleurs et anxiété ;**
Les douleurs faciales revêtent des aspects et des origines multiples. La méconnaissance des causes dentaires ou de la variété de la symptomatologie des dysfonctionnements de l'appareil manducateur peuvent longtemps faire errer le diagnostic, sans négliger les psychalgies d'expression endobuccale, motif fréquent de consultation.
- **la chirurgie dento-alvéolaire ;**
Elle correspond principalement aux avulsions dentaires, en particulier les dents incluses, et au traitement des lésions de l'os alvéolaire (os de soutien de la dent) d'origine dentaire, en particulier des dents incluses.
- **le traitement des infections intéressant l'os et les parties molles de la tête et du cou ;**
L'infection d'origine dentaire peut se limiter aux tissus environnant la dent mais sa diffusion aux mâchoires et aux parties molles peut prendre des proportions dramatiques quand elle évolue par exemple le long du cou jusqu'au thorax, ou vers l'orbite.

- **la prise en charge des traumatismes crânio-maxillo-faciaux (os, dents, parties molles), en phase aiguë ou au stade de séquelles ;**
Ces traumatismes sont l'image même de notre spécialité. Ils supposent de savoir traiter une simple fracture dentaire mais aussi un « fracas » facial intéressant les mâchoires, la région orbitaire, la base du crâne, parfois dans un contexte polytraumatique. Les séquelles de ces traumatismes constituent volontiers des situations chirurgicales difficiles faisant appel à toute la gamme des techniques de chirurgie reconstructrice : ostéotomies, greffes tissulaires, particulièrement osseuses, lambeaux, par exemple.
- **la pathologie et médecine buccale ;**
Ce terme de médecine buccale caractérise plus que tout autre notre spécialité. Il s'agit essentiellement de la pathologie de la muqueuse buccale que certains nomment volontiers « dermatologie » buccale, ce qui reste un terme réducteur.
- **la chirurgie préprothétique et implantologie ;**
L'implantologie dentaire, après 40 ans de développement, est devenue une technique sûre dont les indications peuvent se multiplier grâce à la chirurgie. La chirurgie pré-implantaire a en effet pour but de restaurer les volumes osseux des mâchoires atrophiées par la perte ancienne des dents. Elle fait appel aux technologies de développement des biomatériaux de substitution osseuse et aux techniques chirurgicales de prélèvement osseux en bouche et à distance (voûte du crâne, crête iliaque...).
- **le traitement chirurgical et non chirurgical des maladies et désordres de l'articulation temporo-mandibulaire ;**
La pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire peut être traumatologique, tumorale, inflammatoire ou infectieuse mais le plus souvent cette articulation participe à des syndromes plus complexes, dysfonctionnels, impliquant l'ensemble de l'appareil manducateur (masticateur) et l'équilibre postural cervico-céphalique.
- **le traitement médical et chirurgical des tumeurs de la région cervico-céphalique, y compris les tumeurs bénignes et malignes des glandes salivaires et le traitement des relais nodaux lymphatiques ;**
Tumeurs de la muqueuse buccale et oro-pharyngée, tumeurs osseuses du squelette facial, tumeurs des glandes salivaires, tumeurs cutanées de l'extrémité céphalique et du cou, telle est la variété des lésions tumorales que notre spécialité a à traiter. En faire le diagnostic le plus précoce possible, conduire le bilan d'extension, participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire, assurer le traitement chirurgical d'exérèse tumorale et d'exérèse des aires ganglionnaires cervicales, nécessite une formation en cancérologie et chirurgie générale.
- **la chirurgie reconstructive y compris le prélèvement des greffes de tissus durs et mous et la micro-chirurgie ;**
Greffes cutanées, adipocytaires, osseuses, lambeaux locaux, régionaux ou à distance, lambeaux cutanés, musculo-cutanés, ostéo-musculo-cutanés, lambeaux pédiculés, lambeaux anastomosés sous microscope, dont le transfert de masque facial représente actuellement le nec plus ultra, ne sont que quelques exemples des techniques de chirurgie reconstructive

utilisées dans la spécialité, souvent développées par des impératifs de reconstruction traumatologique lors des conflits armés du siècle dernier, appuyées maintenant sur des travaux de recherche.

- **la chirurgie orthognathique et orthopédique de la face ;**

La nécessité de corriger des anomalies de croissance des mâchoires a conduit les chirurgiens maxillo-faciaux à imaginer une grande variété d'interventions intéressant la mandibule et le squelette facial (ostéotomies). Elles permettent d'harmoniser la face, rétablissant la fonction masticatrice et équilibrant la morphologie du visage.

- **la chirurgie esthétique ;**

La chirurgie de la face représente la part la plus importante de la demande en chirurgie esthétique. « De 7 à 77 ans », elle concerne les oreilles décollées, source de raillerie à l'école, le nez devenu disgracieux pendant l'adolescence, tout autant que la lutte contre le vieillissement grâce aux liftings et aux techniques de correction des rides.

- **le traitement chirurgical des anomalies congénitales y compris les fentes labiales et palatines ;**

Cette chirurgie concilie les contraintes de la chirurgie pédiatrique et l'enjeu d'une correction tant attendue par les parents. Si les fentes labio-palatines, pour la désignation desquelles le vilain terme de « bec de lièvre » doit être banni, en sont la forme la plus connue, toutes les régions de la face peuvent être concernées (nez, région orbito-palpébrale, oreille, mâchoire).

- **la chirurgie « crânio-faciale ».**

Elle ajoute aux difficultés et contraintes précédentes les exigences de la neuro-chirurgie pour corriger les déformations de la voûte crânienne.

À ce versant très chirurgical, il faut ajouter d'autres aspects :

- **les pathologies médicales en collaboration avec d'autres spécialités :**

- pathologie de la muqueuse buccale et des mâchoires, révélatrice ou accompagnant des pathologies générales (hémopathies, maladies infectieuses, pathologies endocriniennes ou maladies de système) ;
- traitement des pathologies de la muqueuse buccale et des mâchoires d'origine iatrogène (immuno-suppresseurs, irradiations ou plus récemment biphosphonates, par exemple) ;
- prise en charge pour chirurgie buccale de patients présentant de lourdes pathologies médicales ou un traitement médical compliquant l'acte chirurgical (anticoagulants, immuno-suppresseurs, par exemple) ;
- recherche de foyers infectieux à titre préventif (par exemple avant prothèse cardiaque ou orthopédique, avant traitement immuno-suppresseur ou radiothérapie) ;
- traitement des lésions précancéreuses de la cavité buccale ;
- prise en charge des douleurs buccales et faciales ;

- **les pathologies dentaires :**

- prévention et soins de la carie dentaire ;
- endodontie et restauration dentaire ;

- parodontologie;
- réhabilitation prothétique fixe ou mobile de la denture.

Ce versant purement dentaire, s'il est encore largement pratiqué par nombre de stomatologues titulaires du CES d'avant 1984, ne fait plus partie depuis cette date du champ d'activité de notre spécialité mais les connaissances en sont indispensables;

- **les prothèses maxillo-faciales** pour correction des pertes de substance des mâchoires et de régions entières de la face (nez, oreille...) par des prothèses de plus en plus souvent implanto-portées;
- **l'Orthopédie dento-maxillo-faciale** qui veille non seulement à la croissance harmonieuse de l'organe dentaire mais aussi au développement de l'ensemble de la face.

Appuyés sur d'indispensables connaissances en anatomie, physiologie, embryologie et croissance de l'extrémité céphalique, le chirurgien maxillo-facial et le stomatologue ont cette vision *globale* de cette région. En toute circonstance, il doivent resituer la pathologie à laquelle ils sont confrontés dans un contexte régional plus large mais aussi dans un contexte général que leur permet d'appréhender et d'apprécier leur formation médicale.

DÉMOGRAPHIE : ÉTAT ACTUEL ET PERSPECTIVES

Dr Charles-Yves Daïeff, Paris

Les sources d'études démographiques concernant la médecine sont nombreuses, qu'il s'agisse des études et statistiques de la DREES qui exploite les données du répertoire Adeli, de celles de la CNAMTS, des données du CNOM sur les spécialités en crise (dont la Stomatologie), qui nous a aimablement autorisé leur reproduction, des rapports de l'ONDPS.

Nous y ajouterons deux études : l'une faite par la Fédération elle-même, en octobre 2005 et exploitée par l'ORS de Bretagne, l'autre réalisée en 1993 par le CMSCMFF, une des composantes syndicales de la Fédération, qui nous servira de référence dans le temps.

Les données recueillies entre les diverses sources ne sont jamais exactement superposables, compte tenu de la mobilité de la population concernée sur quelques mois. En outre, le répertoire Adeli ne prend en compte que les médecins en activité effective, alors que le CNOM comptabilise tous les inscrits. Mais elles sont suffisamment proches pour constituer une base d'étude utilisable pour dégager des tendances.

Nous envisagerons donc les chiffres à la lumière de l'étude du CNOM, les comparerons à ceux de l'étude faite par la Fédération en 2005 d'une part, et ceux de l'enquête du Collège en 1993 d'autre part, ce qui permettra de dégager les tendances et les perspectives.

L'ÉTUDE DU CNOM

La Fédération a adressé 1 451 questionnaires dont 1 425 adresses valides le 18 novembre 2005, ce qui représente une différence de 44 avec les chiffres de l'Ordre, soit 3,18 % en plus.

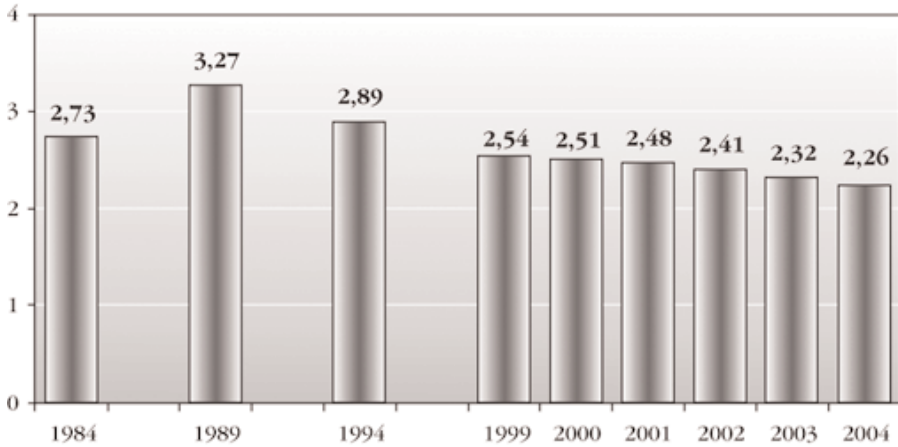
Évolution des effectifs

Depuis 15 ans, le nombre de médecins stomatologistes ne cesse de diminuer : au 1^{er} janvier 2005, ils sont 1 381 inscrits à l'Ordre des médecins, dont 1 322 ont une activité régulière. Pour la métropole, la densité médicale est ainsi passée de 2,73 pour 100 000 habitants en 1984 à 2,26 médecins pour 100 000 habitants en 2004 (1 355), soit une diminution d'environ 17,2 %.

Les stomatologues représentent 0,7 % du total des médecins et 1,3 % des spécialistes français. Près de 96 % des stomatologues exercent une activité régulière (95,7 %) alors qu'ils sont à peine 1,3 % non installés (remplaçants) et 3 % temporairement sans activité⁽¹⁾.

Par ailleurs, il faut rappeler que les effectifs des médecins spécialistes dans l'une des trois spécialités chirurgicales de la face peuvent être complétés par ceux des médecins généralistes titulaires d'une compétence en chirurgie de la face et du cou, mais cela ne concerne à l'heure actuelle qu'un seul médecin généraliste.

**Figure 1 : densité médicale
des stomatologues (total en activité) inscrits à l'ordre depuis 1984
Métropole – pour 100 000 habitants**



Source : CNOM au 01/01/2005, chiffres de l'Insee.

Comme toutes les spécialités médicales et chirurgicales, la Stomatologie-Chirurgie maxillo-faciale a connu une diminution drastique de ses effectifs du fait de la mise en œuvre en 1984 de l'internat qualifiant pour les spécialités. La Stomatologie-Chirurgie maxillo-faciale a été frappée de plein fouet par cette mesure, car jusqu'en 1984 le nombre d'étudiants inscrits en CES était élevé et le nombre de postes d'internes beaucoup moins important que dans d'autres spécialités chirurgicales.

Or le recrutement du CES permettait de couvrir toute l'étendue des aspects variés de la spécialité (odontologie, orthopédie dento-faciale, dermatologie buccale, etc.). La filière de l'internat qualifiant du DES de Stomatologie n'a pas compensé la chute du recrutement. La filière de l'internat qualifiant par le DESC de Chirurgie maxillo-faciale, obtenu après le pré-requis du DES de chirurgie générale, oriente naturellement les internes vers les activités chirurgicales majeures de la face, et notamment vers la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

1. Les annexes présentent pour la plupart, des tableaux des médecins en activité mais aussi des médecins en activité régulière.

De nombreux praticiens ont ainsi abandonné la qualification de Chirurgie maxillo-faciale pour celle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique.

Le solde des entrées et sorties

Le solde des entrées et des sorties dans le tableau détermine l'évolution des effectifs des médecins en activité.

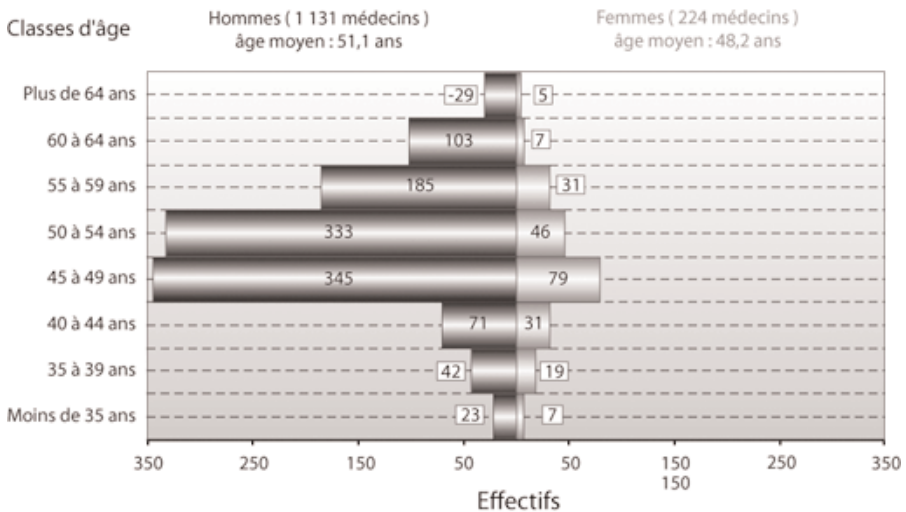
En 2004, 3 stomatologistes en activité se sont inscrits à l'Ordre en métropole, dont 1 femme, alors que 37 sont sortis du tableau. Le solde est donc négatif puisqu'on compte, par rapport à 2002, une baisse de l'effectif de stomatologistes.

Le profil démographique des stomatologistes en activité

Le vieillissement

La pyramide des âges des stomatologistes a basculé : elle repose sur une base fragile car la relève est peu assurée ; et la moyenne d'âge est très élevée (plus de 50 ans).

Figure 2 : pyramide des âges des stomatologistes en activité (total en activité) - Métropole



Source : CNOM au 01/01/2005

Ainsi, l'âge moyen des stomatologistes en activité est de 50,5 ans (respectivement 48,2 ans pour les femmes et 51,1 pour les hommes). Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges des stomatologistes en activité traduit un vieillissement marqué de la population médicale (Fig. 2). Ainsi, l'effectif des stomatologistes de moins de 45 ans est inférieur à celui des plus de 55 ans.

D'ici 10 ans, les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes.

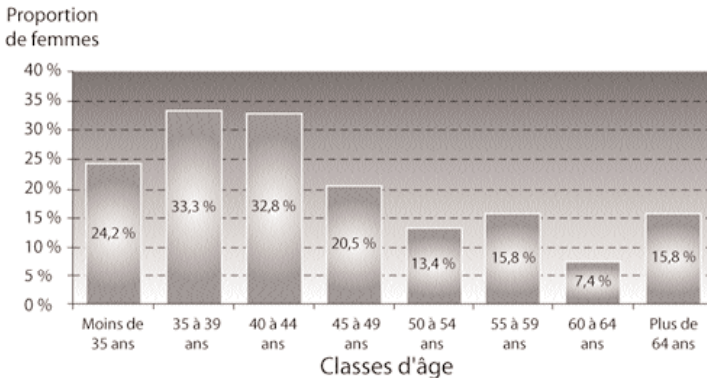
À ce jour les praticiens issus du CES en 1984 sont dans une pyramide d'âge de 45 à 52 ans. Leur départ d'ici quelques années ne sera pas compensé au plan démographique par les praticiens issus de l'internat par la filière DES de Stomatologie dont les effectifs sont négligeables.

En effet, comme le montrent les tableaux départementaux concernant l'âge, la situation peut s'avérer particulièrement préoccupante pour les 55 départements dont plus des deux tiers des praticiens ont plus de 50 ans, voire les trois-quarts pour 36 d'entre-eux ! Cette proportion atteint même les 100 % pour 14 départements (pour 62,1 % en moyenne en métropole) : l'Allier, les Hautes-Alpes, les Ardennes, l'Ariège, l'Aube, le Cher, la Haute-Corse, le Gers, l'Indre, la Haute-Loire, la Nièvre, la Haute-Saône, les Vosges et le Territoire de Belfort. Encore plus alarmant, dans 6 départements, plus des deux tiers des stomatologistes ont plus de 55 ans : Haute Corse et Haute-Loire (100 % pour ces deux départements !), Territoire de Belfort, Dordogne, Puy de Dôme, Allier, Charente (pour 32,6 % en moyenne en métropole), sachant que d'ores et déjà 7 départements français n'ont aucun stomatologiste.

La féminisation

Quant à la féminisation, elle a toujours été relativement faible en Stomatologie ; elle atteint maintenant 18,2 % (contre 38,8 % de la totalité des femmes médecins).

Figure 3 (stomatologistes, total en activité)
Proportion de femmes selon l'âge de chaque tranche d'âge - Métropole



Source : CNOM au 01/01/2005

Il s'agit toutefois d'une profession qui tend à se féminiser progressivement. Cette évolution devrait se confirmer dans les prochaines années, avec le départ à la retraite des plus anciennes classes d'âges (plus de 55 ans) où la part des femmes est la moins importante.

Le cadre d'analyse et le mode d'exercice

Plusieurs situations caractérisent l'exercice médical, elles sont regroupées selon deux dimensions : le cadre d'activité et le mode d'exercice du médecin (Tab. 1).

Les différents modes d'exercice sont :

- l'exercice libéral ;
- mixte (c'est-à-dire libéral et salarié) ;
- salarié (décomposé en médecine salariée, hospitalière, médecine salariée et hospitalière) ;
- une catégorie divers ;
- et une catégorie sans exercice déclaré.

Parmi les 1 355 stomatologues métropolitains inscrits à l'ordre (dont 16,5 % de femmes), on dénombre :

- 775 stomatologues exerçant uniquement en libéral ;
- 194 exerçant uniquement en salariés ;
- 324 ayant une activité mixte ;
- 2 stomatologues ayant d'autres activités, salariées ou libérales (catégorie divers) ;
- 59 stomatologues sans exercice déclaré.

On recense donc 1 296 stomatologues en métropole ayant une activité régulière (soit 95,6 %) qui se répartissent de la façon suivante (Tab. 1) :

- 1 099 stomatologues libéraux, dont 775 de libéraux exclusifs (70,5 %) ;
- 194 salariés exclusifs, dont 73,7 % d'hospitaliers ;
- 2 stomatologues ayant d'autres activités, salariées ou libérales (catégorie divers) ;
- 1 stomatologue est classé sans exercice déclaré.

Parmi les médecins salariés relevant de la stomatologie, les femmes représentent 30,4 % de l'effectif. Elles sont aussi 37,3 % parmi les médecins sans exercice déclaré (ce qui confirme les conclusions du chapitre consacré à la féminisation).

Globalement, la stomatologie est encore une spécialité essentiellement à dominante masculine exercée en mode libéral (81,2 %).

Tableau 1 :
répartition des stomatologistes en activité selon le mode d'exercice et le sexe

Mode d'exercice	Effectif	Part de femmes	
		Effectif	Pourcentage
Libéral	775	13,7 %	57,2 %
Mixte	324	11,4 %	24 %
Libéral-Salarié	24	13 %	1,8 %
Libéral-Hospitalier	272	11,8 %	20,1 %
Libéral-Salarié-Hospitalier	28	7,1 %	2,1 %
Salarié	194	30,4 %	14,3 %
Médecine salariée	42	40,5 %	3,1 %
Hospitalier	143	25,9 %	10,6 %
Médecine salariée-Hospitalier	9	55,6 %	0,6 %
Divers	2	0 %	0,1 %
Total médecins ayant une activité régulière *	1 296	15,6 %	95,6 %
Sans exercice déclaré	59	37,3 %	4,4 %
Remplacants	18	55,6 %	1,3 %
Total France métropolitaine	1 355	16,5 %	100 %

(Métropole)

*Note : 1 stomatologiste, sans exercice déclaré, est en activité régulière.

Source : CNOM au 01/01/2005

Par ailleurs, la répartition de ces spécialistes sur le territoire est très inégale. Ainsi, pratiquement la moitié des départements français (46 exactement) ne comptent aucun stomatologiste salarié, donc aucun hospitalier temps plein, et 7 départements n'ont aucun praticien !

Dans l'étude de la Fédération, on note :

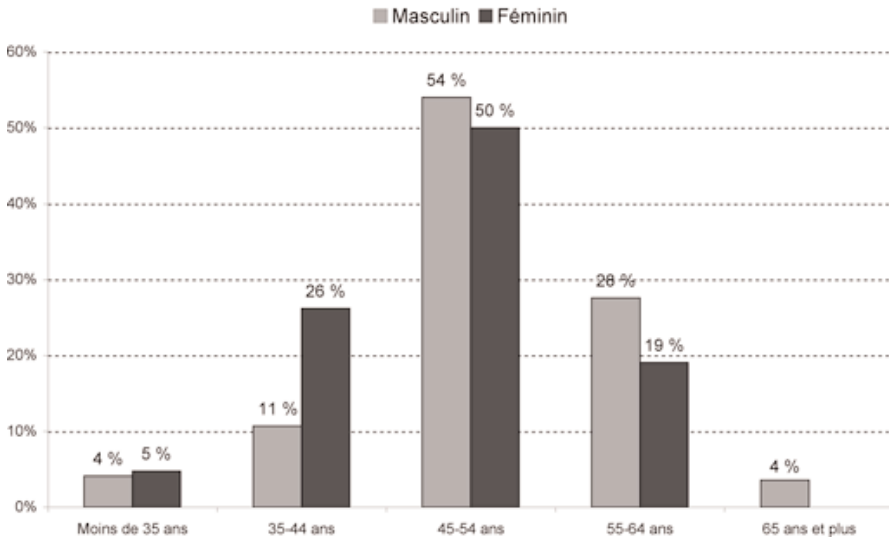
Distribution des stomatologistes par sexe et tranche d'âge

Les hommes représentent 86 % de l'échantillon. 71 % des stomatologistes ont moins de 55 ans ou plus. Plus de la moitié (54 %) des stomatologistes se situent dans la tranche des 45-54 ans.

Tranche d'âge	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin		Nombre	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Moins de 35 ans	22	4%	4	5%	26	4%
35-44 ans	57	11%	22	26%	79	13%
45-54 ans	288	54%	42	50%	330	53%
55-64 ans	147	28%	16	19%	163	26%
65 ans et plus	19	4%			19	3%
Total	533	100%	84	100%	617	100%

La distribution du nombre de femmes selon l'âge est statistiquement différente de celle des hommes. Les femmes stomatologistes sont plus nombreuses dans les classes d'âge jeunes. Elles sont en moyenne plus jeunes de trois années que leurs collègues masculins (48 ans contre 51,2 ans). Le graphique ci-dessous met en évidence la différence de structure d'âge entre les hommes et les femmes.

Figure 4 : répartition en % des stomatologistes selon le sexe et l'âge



Ainsi les chiffres trouvés par la Fédération et le CNOM sont comparables : 86,5 % d'hommes et 14,5 % de femmes pour la Fédération, contre 83,5 % d'hommes et 16,5 % de femmes pour l'Ordre (certaines femmes, diplômées, n'exerçant pas).

L'étude faite par la Fédération note encore :

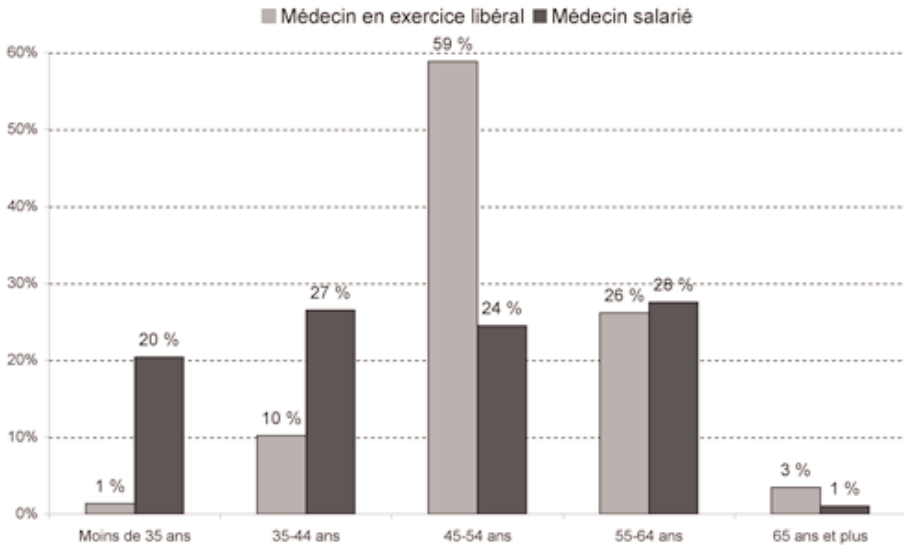
Distribution des stomatologistes selon le mode d'exercice principal et l'âge

Les stomatologistes libéraux représentent 84 % de l'ensemble des répondants.

La distribution des répondants selon l'âge est influencée par le mode d'exercice principal des stomatologistes, les salariés sont statistiquement plus jeunes que leurs collègues libéraux en moyenne d'un peu plus de cinq années (46,1 ans contre 51,6 ans). Le figure 5 met en évidence la différence de structure d'âge des stomatologistes selon le mode d'exercice principal.

Tranche d'âge	Mode d'exercice principal				Total	
	Médecin en exercice libéral		Médecin salarié		Nombre	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Moins de 35 ans	7	1%	20	20%	27	4%
35-44 ans	53	10%	26	27%	79	13%
45-54 ans	306	59%	24	24%	330	53%
55-64 ans	136	26%	27	28%	163	26%
65 ans et plus	18	3%	1	1%	19	3%
Total	520	100%	98	100%	618	100%

Figure 5 : répartition des stomatologistes selon le mode d'exercice principal et l'âge



En outre, cette population vieillit. Son âge moyen est de 51,4 ans alors qu'il était de 45 ans en 1993.

La répartition géographique

Les écarts entre l'ensemble des praticiens en activité et ceux ayant une activité régulière dans la répartition géographique étant non significatifs, cette section porte sur les spécialistes en Stomatologie en activité. La répartition des stomatologistes se traduit, comme pour les deux autres spécialités chirurgicales de la face, par d'importantes inégalités.

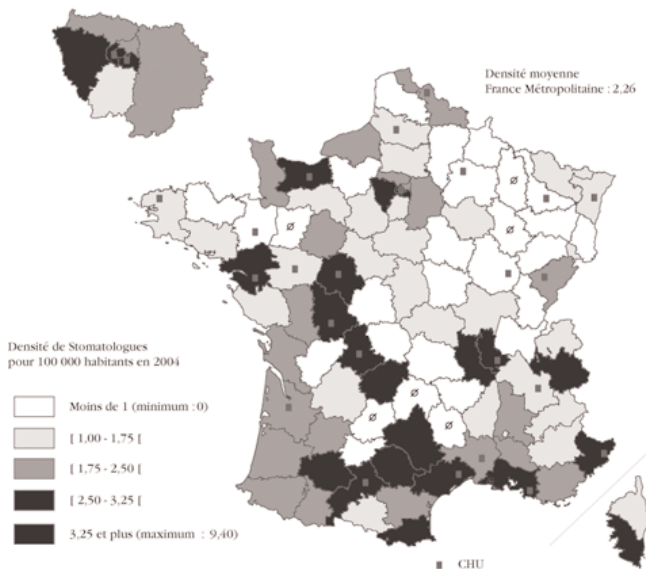
La densité métropolitaine calculée sur la base de la population française en 2005 est de 2,3 pour 100 000 stomatologistes (2,2 pour ceux ayant une activité régulière). Après avoir augmenté de 0,1 en 2003, la densité médicale de stomatologistes a stagné en 2004.

On constate un réel contraste entre les régions du Nord et du Centre de la France, relativement sous-dotées en stomatologistes, et les régions du Sud. Au niveau régional, l'Île-de-France (3,8) et la région PACA (3,1) apparaissent comme bien plus favorisées que les régions Auvergne (0,8) et Champagne-Ardenne (0,6). Certains départements ne disposent d'aucun stomatologiste en activité (Mayenne, Meuse) et d'autres font face à une grande rareté de médecins (Vosges (0,3), Nièvre (0,5)). Les départements les mieux dotés en médecins stomatologistes sont les Bouches-du-Rhône (3,9) et Paris (9,4).

Il faut souligner que la Chirurgie maxillo-faciale-Stomatologie, appellation actuelle de la spécialité réunifiée, malgré la coexistence maintenue des deux filières (DES de Stomatologie, DESC de Chirurgie maxillo-faciale et de Stomatologie), n'est pas présente dans toutes les UFR de médecine. Cette carence, que les responsables universitaires de la discipline s'efforcent actuellement de combler, contribue indiscutablement à l'absence de recrutement de la spécialité dans certaines régions.

La chute démographique due principalement à la suppression du CES, connaîtra son plein effet dans les 15 années à venir, mais il faut souhaiter qu'elle soit compensée par l'ensemble des mesures actuellement envisagées par les responsables hospitaliers universitaires de la discipline, notamment dans le cadre de la réforme licence-master-doctorat.

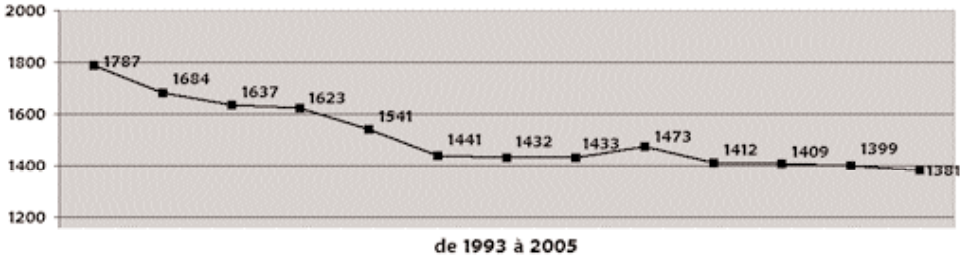
Figure 6 : densité départementale de stomatologistes en activité (total en activité) pour 100 000 habitants - Métropole



L'ÉVOLUTION PAR RAPPORT À 1993

À partir de l'enquête faite par la Fédération en novembre 2005, nous pouvons tirer quelques éléments de comparaison avec l'enquête de 1993.

L'évolution sur 12 ans du nombre total des stomatologistes



NB: chiffres tirés d'un rapport au ministre de la Santé, en 2001, complétés par ceux des rapports ultérieurs, et en 2004 et 2005 des statistiques du Conseil de l'Ordre. Elles sont toujours un peu supérieures, de 20 à 40 unités environ, aux stomatologistes « actifs », déclarés dans le répertoire Adeli.

L'évolution sur 12 ans du nombre de praticiens par type de diplôme d'origine

	1993 en %	2005 en %
CES	97	72
DES de Sto	0	2
DESC de CMF	0	10
Compétence CMF	2	23
Compétence ODMF	20	23
Compétence Chir Plast	4	?

Activité des praticiens

L'enquête de 1993 aboutissait aux conclusions suivantes :

« On constate que l'activité des praticiens s'étend aux activités apprises, en théorie et en pratique, au cours du CES – dentisterie, chirurgie buccale, chirurgie des sinus et des glandes salivaires. Elles sont réalisées par plus de 50 % des praticiens.

Les activités comprenant un acte chirurgical plus lourd – chirurgie cancérologique, orthognatique, de l'ATM, esthétique...- enseignées sans mise en pratique ou nécessitant une expérience plus longue, sont de loin moins réalisées.

Les activités très spécialisées – chirurgie pédiatrique, des fentes et des paralysies faciales, chirurgie crano-faciale – ne sont réalisées que rarement : moins de 10 % des praticiens. »

En 2005, on aboutit aux mêmes conclusions mais il s'y ajoute des considérations territoriales : il y a d'autant moins de stomatologistes dans un territoire qu'il n'y a pas d'enseignement. Rappelons que 7 départements n'ont pas un seul stomatologiste en exercice et qu'il n'y a que 27 CHU possédant des enseignants dans la spécialité (cf. page XX).

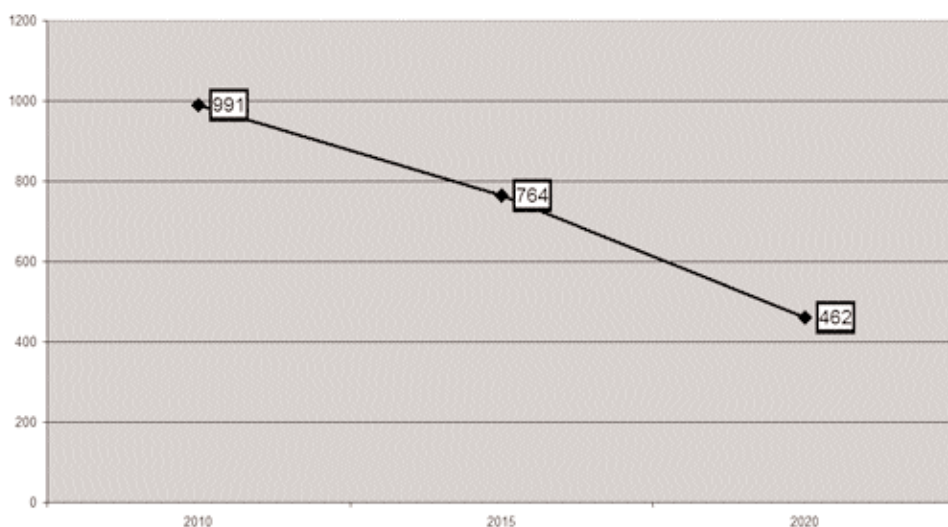
PERSPECTIVES

Si l'on projette simplement les chiffres précédents, on constate que la réduction du nombre des praticiens libéraux (à l'opposé des praticiens salariés, surtout hospitaliers) va être rapide, surtout en raison de la disparition des omnipraticiens formés par le CES, dont la retraite va intervenir dans les 15 ans à venir :

Évolution à long terme

	31/12/1998	31/12/2010	31/12/2015	31/12/2020
Total	1 548	991 (-557)	764 (-227)	462 (-302)
Exercice				
salariés	148	121	108	96
libéraux	1 400	870	656	366
Activité				
Omnipratique	993	500 à 530	270 à 280	90 à 100
ODMF	246	200 à 220	160 à 170	120 à 140
CMF	309	250 à 280	260 à 290	280 à 300

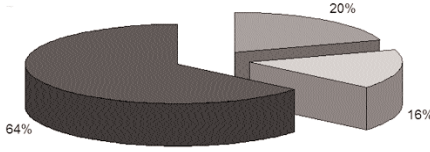
(source SESI, répertoire Adeli)



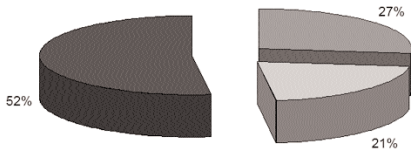
Projection sur 20 ans avec l'évolution actuelle

Ces chiffres sont largement au-dessous des besoins de la Santé publique qui sont estimés à 800 chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux confondus (hors soins et prothèses).

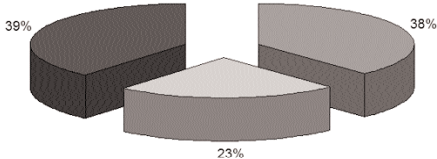
En 1998



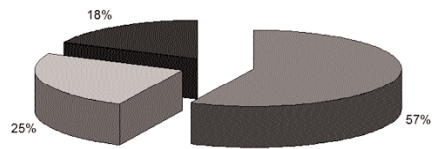
En 2010, environ 990 stomatologistes



En 2015, environ 715 stomatologistes



En 2020, environ 510 stomatologistes



■ CMF ■ ODMF ■ Omnipraticiens

NB: les totaux ne correspondent pas aux totaux de la courbe, puisque nous n'avons retenu que la médiane des fourchettes par grande spécialité: seuls les pourcentages sont intéressants.

Les causes de cette réduction sont connues :

- depuis l'internat des spécialités (internat « qualifiant ») et la disparition du CES, le DES de Stomatologie est fort peu demandé au bénéfice du DESC, considéré comme plus prestigieux ;
- absence de CHU formateurs dans plusieurs régions, ce qui limite les implantations locales de stomatologistes et de chirurgiens maxillo-faciaux ;
- désaffection générale vis-à-vis des spécialités chirurgicales ;
- relative ignorance, par les étudiants, de l'étendue du champ d'action de la spécialité ;
- en filigrane, pression des chirurgiens dentistes pour occuper des postes chirurgicaux, surtout hospitaliers.

Les remèdes en découlent. Ils se situent à 3 niveaux :

- la formation des futurs praticiens ;
- la modification de l'image de la profession ;
- le renouvellement des stomatologistes.

La formation des futurs praticiens

Elle doit s'appuyer sur une double formation : médicale et dentaire. Nous citons une information qui montre bien que l'idée est en l'air depuis longtemps. Il s'agit d'un paragraphe des « International Guidelines » votées lors du II^e Congrès de l'IAOMS (International association of oral and maxillofacial surgeons) à Buenos-Aires, en 1992, et rapporté par le Pr Vaillant qui représentait la France :

« Il est hautement souhaitable que cette formation soit codifiée et que le chirurgien buccal et maxillo-facial possède d'une part le Doctorat en chirurgie dentaire, ou le Doctorat en médecine dentaire, ou son équivalent ; et d'autre part, le Doctorat en Médecine ou son équivalent.

Il est reconnu cependant que dans certaines parties du monde, il n'est pas possible d'être titulaire à la fois d'un diplôme médical et d'un diplôme dentaire.

Dans ces pays où le chirurgien buccal ou maxillo-facial possède seulement l'un des diplômes, il est de la responsabilité des enseignants de s'assurer de la formation approfondie dans l'autre discipline.»

La modification de l'image de la profession

Pour le grand public, la confusion est quasi totale entre les dentistes et les stomatologistes. Bon nombre de patients n'imaginent pas que nous soyons médecins. Nous serions plutôt des « superdentistes ». Si l'on nous considère médecins, un certain nombre pensent encore que nous avons un rapport étroit avec la gastro-entérologie (estomac...).

Pour nos confrères médecins, le fait que certains d'entre nous pratiquent des soins et prothèses dentaires occulte en partie pour eux la dimension médico-chirurgicale de la spécialité.

Quelles solutions ?

- vis-à-vis du public, une campagne médiatique s'impose pour préciser les domaines et les spécificités,
- vis-à-vis des étudiants, il serait indiqué de réaliser chaque année, une séance d'information pour les étudiants de 5^e année, avant l'internat, pour expliquer l'intérêt d'une spécialité offrant tant d'ouvertures.

Le renouvellement des stomatologistes

On vient de le voir, le renouvellement des stomatologistes est déficitaire :

- pour les omnipraticiens, par le peu d'attractivité du DES (durant 4 ans contre 2 ans pour l'ancien CES) ;
- pour les maxillo-faciaux, par la désaffection générale des internes vis-à-vis des spécialités chirurgicales, et par le faible nombre des postes hospitaliers disponibles.

La solution, très liée au problème de la formation, passe par :

- une augmentation des postes hospitaliers, tant des internes que des Praticiens hospitaliers (PH).
- une modification du cursus de formation tant pour les omnipraticiens que pour les maxillo-faciaux afin de rendre la spécialité plus attractive et inattaquable.
- une revalorisation efficace des actes intellectuels pour valoriser la part de la stomatologie médicale.

CONCLUSION

La spécialité vit un changement profond qui a débuté en 1984, avec la disparition du CES et la création de «l'internat qualifiant»: ceci l'a orienté vers une spécialisation chirurgicale encore plus marquée, et de très haut niveau.

La composante «soins et prothèses dentaires» va pratiquement disparaître du champ d'activité dans les 20 ans à venir: 64 % d'omnipraticiens en 1998, réduits à moins de 20 % en 2020. Mais il faut espérer qu'elle restera partie intégrante de l'enseignement, pour conserver aux chirurgiens maxillo-faciaux leur compétence en matière de consultants en odontologie.

Les différents aspects de la chirurgie buccale (implantologie, parodontologie, chirurgie endo-buccale) vont se développer, surtout dans l'activité libérale.

L'ODMF, grâce à son abord «médical» des patients perçus dans leur globalité, restera une composante stable de la spécialité, environ le quart.

L'attractivité du DES, formant des praticiens médico-chirurgicaux, devrait passer par son ouverture aux étudiants en odontologie à la condition que ceux-ci aient une formation médicale suffisante.

La féminisation, déjà inférieure à la moyenne de la population médicale, (18,2 % contre 38,8 %) devrait faiblement augmenter, du fait du départ en retraite des classes d'âge plus élevées où les femmes sont moins présentes. Mais l'accentuation de l'orientation chirurgicale de la spécialité tire les chiffres vers le bas, même si celui des spécialistes en ODMF restera à peu près stable.

En résumé, il est évident que si la stomatologie est en train d'abandonner l'exercice des soins et prothèses dentaires, en revanche, elle va y gagner une qualité chirurgicale accrue. Qu'il s'agisse de Chirurgie maxillo-faciale où la formation initiale en chirurgie générale est de 2 ans, ou de la chirurgie buccale pour laquelle la formation médicale initiale lui donne une garantie de sérieux et de sécurité, fondamentale en terme de Santé publique, la Stomatologie est irremplaçable. En dépit des assertions contenues dans le rapport «Mission Odontologie⁽²⁾», non, les stomatologistes ne sont pas en voie de disparition.

2. www.sante.gouv.fr/html/actu/odontologie/rapport.pdf

Bibliographie

Études et rapports

- Démographie médicale - rapport de la Commission présidée par Yvon Berland, avril 2005.
- La démographie médicale française : état des lieux - CREDES, décembre 2001.
- Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale - Guy Nicolas, Michèle Duret, 2001.
- Rapport d'ensemble sur la démographie médicale - Jean Choussat, 1997.
- Rapport « Mission Odontologie » remis au ministre de la Santé le 13 novembre 2003, (D. Bois, J. Massonnaud, J. Melet), www.sante.gouv.fr/htm/actu/odontologie/rapport.pdf.
- Thèse de Mme le Dr. C. Debeney-Bruyère sur "le mode d'exercice des médecins Stomatologistes et CMF dans le secteur libéral, en 1993, en France", d'après 648 réponses à un questionnaire initié par le Collège des médecins stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux de France.
- Enquête de la Fédération de Stomatologie, traitée par Mr Tréhony et Mme Léna Pénnoignon, sur 622 réponses.
- Etude sur les spécialités médicales en crise (38-2) au 1^{er} janvier 2005, réalisée en collaboration avec Laurence Altmann et Philippe Ulmann du département des études économiques et des systèmes de santé – ACCESS-IT – de la société Entreprises Consult.

Comparaisons internationales

- La régulation des professions de santé : Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, États-Unis - DREES, mars 2002 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud22.pdf>.

Observatoire de la démographie des professions de Santé

- Décret 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.
- Synthèse du rapport 2004 de l'Observatoire de la démographie des professions de santé : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/synthese_2004_ondps.pdf.

FORMATION INITIALE

Pr Jacques Lebeau, service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, CHU de Grenoble

Face, visage, figure, nombreux sont les termes désignant une même structure anatomique et physiologique. C'est en effet la zone corporelle initiale qu'offre le patient au regard de son médecin, quel que soit le motif de la consultation. Lire un visage dans sa structure, mais également dans sa dynamique demande un apprentissage qui, comme tel, doit obéir à une méthodologie d'acquisition.

L'enseignement de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale est donc inclus dans le premier et deuxième cycle des études médicales, et ce pour tous les étudiants. Le troisième cycle, comme pour les autres spécialités chirurgicales, s'adresse aux futurs spécialistes.

Le langage du visage doit être appris. Cela commence par une connaissance approfondie des structures anatomiques. Viendra ensuite la bonne connaissance de la sémiologie offerte par cette structure tant dans son aspect, ses modifications, mais également dans les troubles de sa dynamique. Cela inclut l'examen systématique et approfondi de la cavité buccale, auquel nous devons instruire tous les étudiants en médecine, futurs cliniciens.

PREMIER ET DEUXIÈME CYCLES DES ÉTUDES MÉDICALES

Apprendre à lire sur un visage et à examiner une cavité buccale est le rôle dévolu aux PCEM2 et au DCEM1 avec des variables inhérentes à l'autonomie de chaque université. La spécificité de cet enseignement est liée d'une part à l'apprentissage méthodique de l'examen endo-buccal, ainsi qu'à l'acquisition d'une méthodologie de l'examen de la face qui comprend non seulement une approche statique, mais également l'acquisition des connaissances de la dynamique du visage et de ses troubles congénitaux ou acquis.

Cet apprentissage passe tant par un enseignement théorique qui utilise de plus en plus d'outils d'imagerie, que par un apprentissage pratique, notamment sous forme d'APP (Apprentissage par problèmes).

Dans un certain nombre de facultés, l'enseignement de cette sémiologie s'intègre dans un module commun avec les autres spécialités de l'extrémité céphalique, incluant alors une approche anatomique, physiologique, puis sémiologique dans laquelle la Stomatologie prend une part prépondérante, notamment en matière de pathologie endo-buccale.

Deuxième partie du deuxième cycle : DCEM2, DCEM3, DCEM4

Pendant ces trois années, les étudiants apprennent les maladies avec leur cortège de signes cliniques et paracliniques et leur prise en charge thérapeutique non spécialisée. C'est aussi la période de préparation aux Épreuves classantes nationales (ECN).

La place à l'issue de ce « concours » déterminera le choix de la spécialité pour le troisième cycle des études médicales ainsi que le lieu où cette spécialité sera apprise.

Les enseignants se trouvent donc devant une double problématique : celle d'un enseignement pratique efficace pour l'acquisition de bons réflexes cliniques, et celle, plus pragmatique, pour les étudiants dont la stratégie est l'acquisition d'une connaissance directement utile à la rédaction de dossiers type ECN.

Création de l'ouvrage « Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie pour le deuxième cycle des études médicales »

Dans ce but, l'ensemble des enseignants de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale s'est réuni pour écrire et éditer un ouvrage commun, intitulé « Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie pour le deuxième cycle des études médicales ».

Au sein du vaste programme national, aussi peu précis dans son contenu que flou dans ses objectifs, l'ensemble des enseignants de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie a recensé les 13 items concernant peu ou prou la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.

Un sommaire a été établi, puis chaque chapitre a été écrit par deux professeurs et corrigé par deux autres, et enfin, un comité de coordination a équilibré l'ensemble. Cela s'est traduit par un ouvrage de 120 pages, référence collégalement admise et recommandée pour la préparation aux ECN. Cet ouvrage répond également à la grande disparité d'enseignement en fonction des UFR (Unité de formation et de recherche), sachant qu'actuellement 6 CHU n'ont pas de professeurs de Chirurgie maxillo-faciale. Il est bien entendu qu'un dossier de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie représente le même poids qu'un autre dossier lors des ECN.

Le collège des enseignants de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie espère ainsi alléger quelque peu le poids du handicap dont souffrent les étudiants des UFR sans enseignant.

Cet ouvrage est bâti comme suit :

- le premier chapitre est consacré à l'anatomie crânio-faciale permettant aux étudiants de resituer les pathologies qui vont suivre ;
- le chapitre 2 se concentre sur l'examen de la face et de la cavité buccale ;
- le chapitre 3 qui répond à l'item 35 est intitulé « développement bucco-dentaire et anomalies » et rend compte du fait malformatif le plus fréquemment rencontré ;
- le chapitre 4 enseigne la traumatologie maxillo-faciale, thème très fréquemment retrouvé dans les dossiers d'ECN ;
- le chapitre 5 concerne la pathologie non tumorale de la muqueuse buccale ;
- le chapitre 6 est consacré aux tumeurs de la cavité buccale ;
- le chapitre 7 aux tumeurs osseuses maxillo-mandibulaires ;
- le chapitre 8 aborde la pathologie des glandes salivaires ;
- le chapitre 9, les lésions dentaires et gingivales ;
- le chapitre 10 répond aux items 305 et 262 et concerne les douleurs buccales et algies de la face ;
- enfin le chapitre 11 traite des angiomes de la face et de la cavité buccale.

Si cet ouvrage collectif répond aux objectifs théoriques d'acquisition des connaissances et stratégiques de préparation aux ECN, il n'apprend pas à utiliser ces connaissances, à hiérarchiser les problèmes et doit s'accompagner d'un enseignement pratique.

Celui-ci est effectué au lit du patient et lors de séances de type Apprentissage au raisonnement clinique (ARC). C'est probablement dans cet enseignement que la disparité entre UFR est la plus grande, conséquence de l'absence d'enseignant dans un certain nombre de CHU, comme nous venons de le déplorer.

LE TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

Plusieurs orientations d'exercice sont offertes aux étudiants :

- un DES de Stomatologie ;
- un DESC de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie ;
- un DESC d'Orthopédie dento-maxillo-faciale.

Le DES de Stomatologie peut être obtenu après une durée d'étude de 4 ans comprenant environ 250 heures d'enseignement théorique, avec obligation de formation pratique de 4 semestres dans des services agréés pour ce diplôme et 4 semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité.

Les étudiants ayant obtenu ce DES de Stomatologie, pourront avoir une activité intéressante toute la pathologie de la cavité buccale, aussi bien médicale que chirurgicale.

Le DESC de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie fait suite au DES de Chirurgie dite «générale». Les étudiants titulaires de ce DES de chirurgie générale peuvent s'inscrire au DESC de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie dont l'enseignement se fait sur une durée de 6 semestres et comprend un enseignement théorique d'environ 200 heures et un enseignement pratique de 6 semestres dans des services agréés pour ce diplôme.

Les étudiants titulaires de ce DESC auront une pratique essentiellement chirurgicale comprenant toutes les pathologies endo-buccales, mais également la chirurgie des malformations crânio-maxillo-faciales et la chirurgie plastique esthétique et réparatrice maxillo-faciale.

C'est enfin le seul DESC donnant une formation approfondie pour la prise en charge des traumatismes maxillo-faciaux.

Le DESC d'Orthopédie dento-maxillo-faciale est offert aux étudiants titulaires du DES de Stomatologie. Il se déroule sur 4 semestres comprenant un enseignement théorique d'environ 150 heures et une formation pratique de 4 semestres dans des services agréés pour ce diplôme. Les étudiants titulaires de ce diplôme auront une pratique orientée vers les anomalies dento-alvéolaires, les dysharmonies dento-maxillaires et concernant donc en majorité enfants et adolescents.

CONCLUSION

En conclusion, l'enseignement de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale couvre donc tout le champ des études médicales. Il a pour but, dans les premier et deuxième cycles, de donner à tout futur clinicien les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à l'examen d'une face et d'une cavité buccale et doit permettre à tout médecin de reconnaître les pathologies les plus courantes, d'apprécier la gravité et l'urgence de la prise en charge de ces pathologies, pour une orientation thérapeutique optimale.

L'enseignement en troisième cycle ouvre le large champ d'activités spécialisées médico-chirurgicales de toutes les pathologies faciales. Ces maquettes sont les seules à couvrir tout le champ de la pathologie endo-buccale, qu'elle soit muqueuse, musculaire, osseuse ou dentaire. Pour les étudiants passionnés par le fait malformatif, c'est toute la pathologie malformative crânio-faciale qui est offerte à leur compétence.

Enfin, l'étudiant passionné par la morphologie aura acquis l'expertise nécessaire à la pratique de la chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique de la face.

LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE (FMC)

Dr Pierre Sabin, Saint-Cloud

Dr Jean-Pierre Fusari, Lyon

Il fut un temps où la formation initiale suffisait au médecin pour soigner, une vie durant, ses patients. La connaissance du latin, la pratique de la saignée et de l'administration du clystère ne nécessitaient guère, il est vrai, de recourir à une formation médicale complémentaire et, a fortiori, pas à une formation « continue ».

De nos jours, l'évolution des moyens thérapeutiques : médicaments, techniques chirurgicales, imagerie etc., ne permettent pas à la formation initiale de prétendre délivrer les connaissances suffisantes à un exercice médical de qualité durant toute une vie professionnelle ; nous reviendrons (voir page 162) sur le lien entre la FMC et la démarche de qualité des soins.

LA FMC : D'UN DEVOIR MORAL À UNE OBLIGATION LÉGALE

Jusqu'à la loi du 4 mars 2002, la pratique d'une forme ou d'une autre de FMC était laissée à l'appréciation et à la conscience de chacun et la seule exigence était celle du Code de déontologie médicale (CDM), inscrite dans son titre I « Devoirs généraux des médecins », à l'article 11, qui stipule que « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles ».

En fait, peu ou prou, et à quelques exceptions près, les médecins pratiquaient de la FMC sans le savoir, en participant aux congrès et différents EPU (Enseignement post-universitaire) nationaux ou régionaux.

Le degré de FMC suivie pouvait être très variable ; cependant les organes officiels (bulletin de l'Ordre des médecins, recommandations de l'ANAES, lettres d'information de la CNAM, etc.) et les informations professionnelles reçues systématiquement par chaque médecin français fournissaient un minimum de connaissances nouvelles.

Par ailleurs, les médecins recevaient, par le biais des médias professionnels ou des délégués médicaux..., une forme (fruste) de FMC.

D'autres formes de FMC sous la forme de Sociétés scientifiques nationales ou d'Associations de FMC, nationales ou régionales, mais pour certains volontaires seulement, existaient depuis déjà de nombreuses années et apportaient une FMC de qualité.

Toutefois il s'agissait là d'une FMC à géométrie variable, à appréciation subjective, et à efficacité incontrôlable.

LA FMC EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

S'agissant de notre spécialité, il faut admettre qu'un élément pouvait jouer en défaveur de la FMC. Soyons justes, sans revenir au clystère et au latin, admettons que la manière d'extraire les dents n'a que peu évolué depuis 50 ans, sauf sur le plan de l'anesthésie.

L'avulsion de la dent de sagesse incluse n'a pas été révolutionnée, mais a subi des améliorations progressives liées notamment au matériel chirurgical employé. Les conseils de nos « Bons Maîtres » restent toujours valables.

Certaines pratiques, dans notre discipline, et notamment en chirurgie buccale, sont restées un peu immuables. Ceci ne favorise pas, chez nos -nombreux- confrères qui ont une pratique classique et limitée à la chirurgie bucco-maxillaire, un engouement pour la FMC.

Pour autant, la diversité des pratiques est importante dans notre spécialité, qu'il s'agisse de la Stomatologie médicale ou chirurgicale ou de la Chirurgie maxillo-faciale.

Mais pour certaines activités, telles que l'implantologie et la chirurgie pré-implantaire, l'utilisation des biomatériaux pour ne citer qu'elles, la connaissance des nouvelles techniques, de nouveaux produits et des progrès de l'imagerie, sont des facteurs déterminants pour les patients en terme de diminution des risques d'échec ou de complications.

C'est dire la nécessité et l'importance de la FMC dans notre discipline, identique à toutes les disciplines médicales ; c'est dire aussi que la formation initiale devrait intégrer, à côté des sciences dites « fondamentales », des sciences humaines et sociales, le goût et l'intérêt pour une formation constante, tout au long de la vie professionnelle du médecin.

En résumé, il faut que, en continuité d'une formation initiale de qualité, la FMC privilégie l'aspect intellectuel, pratique et décisionnel de l'exercice médical.

L'évaluation et la comptabilisation de cette activité de formation se fera en « crédits de FMC » (voir glossaire) qui représentent le moyen, pour les responsables de la FMC, de comptabiliser, en temps (journées ou heures de formation) ou en « points » l'atteinte (vérifiée) des objectifs de formation des participants à ces formations.

La valeur des « crédits » ou « points » de FMC pour chacune des actions de formation est l'objet des discussions et des travaux dont ce livre blanc constitue l'un des exemples.

Pour analyser l'importance de la FMC, son rôle et sa place en médecine en général et dans notre spécialité plus particulièrement il est bon de disposer :

- des principaux repères réglementaires et législatifs concernant la FMC ;
- d'un glossaire des termes et définitions relatifs à la FMC ; nous n'avons retenu que les mots les plus fréquemment utilisés ; le glossaire intégral est disponible sur Internet ;
- de quelques références bibliographiques, très souvent accessibles sur le net.

LA FMC : REPÈRES RÉGLEMENTAIRES

Pendant longtemps, les pouvoirs publics ont laissé, à l'appréciation du Conseil de l'ordre, des sociétés savantes, des syndicats, des associations professionnelles etc. et de la conscience professionnelle de chaque médecin, le soin de pratiquer sa propre FMC hors des officines publiques ou privées qui désormais délivrent aux praticiens la FMC.

Il est logique d'avancer et de bouger avec son temps, d'autant que la FMC est maintenant obligatoire; il ne faut quand même pas jeter le bébé avec l'eau du bain, et dire que même sans FMC officielle, nos compatriotes n'ont pas globalement été martyrisés par les stomatologistes ou les chirurgiens maxillo-faciaux de ce pays... mais en bons citoyens respectueux de la Loi nous pratiquons la FMC et plus encore nous adhérons au principe de Qualité pour notre activité.

► La FMC a été instituée officiellement par une ordonnance « Juppé » du 25 avril 1996: *« Il est inséré dans cette section I un paragraphe 3 ainsi rédigé: règles relatives à la formation médicale continue ».*

Dans les dispositions générales, l'article L 367-2. stipule:
« L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de Santé public ou privé participant au Service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du Conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 367-5, soit auprès de la Commission médicale d'établissement mentionnée à l'article L. 714-16 ou à l'article L. 715-8...

... La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Le Conseil régional de la formation médicale continue et la commission médicale d'établissement saisissent à cet effet le Conseil régional de l'Ordre des médecins. »

► Le décret du 5 décembre 1996 (décret n° 96-1050, relatif à la FMC), bien qu'il ait été abrogé par le décret du 14 novembre 2003, indique clairement que, dès cette date, le souci des instances politiques était de fixer un cadre très précis à la formation des médecins exerçant à titre libéral. *«... Du conseil national et des conseils régionaux de la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral».*

« Article 1^{er}: [...] le Conseil national de la formation médicale continue:
1°: élabore une liste annuelle des thèmes de formation médicale continue prioritaires...
2°: recense les moyens nationaux de formation continue [...]. et apprécie leur valeur scientifique et pédagogique en fonction des critères qu'il détermine;
3°: [...] établit un barème définissant notamment la part respective des différents actions et moyens de formation médicale continue [...];
4°: [...] établit un rapport quinquennal qu'il transmet au ministre chargé de la Santé [...]. »

► Dans la loi du 4 mars 2002 (n° 2002-303), la FMC est l'un des aspects de cette loi; dans l'article 59, on retrouve l'objectif de la FMC et un rappel de l'ordonnance de 1996 quand au caractère obligatoire de cette formation, et aux sanctions disciplinaires en cas de méconnaissance de cette obligation.

« Chapitre II : formation médicale continue et formation pharmaceutique continue.

Article 59

I. -... : la formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de Santé publique.

Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins en vertu des dispositions de l'article L. 4111-1.

L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.»

« Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

1° : de fixer les orientations nationales de la formation médicale continue ;

2° : d'agréer les organismes formateurs, notamment sur la base des programmes proposés ;

3° : d'agréer, après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L. 4133-1 ;

4° : d'évaluer la formation médicale continue ;

5° : de donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue. « Chaque conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation médicale continue dans son domaine de compétence. Ces rapports sont rendus publics. »

L'arsenal législatif et réglementaire concernant la FMC a été complété par les modifications apportées par la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique.

« Article 98 : la formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de Santé publique.

La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-1.

Les professionnels de santé visés au deuxième alinéa du présent article sont tenus de transmettre au Conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 4133-4 les éléments justifiant de leur participation à des actions de formations agréées, à des programmes d'évaluation réalisés par un organisme agréé, ou attestant qu'ils satisfont, à raison de la nature de leur activité, au respect de cette obligation.

Le respect de cette obligation fait l'objet d'une validation.

Peut obtenir un agrément toute personne morale de Droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les Conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2.»

« Le Comité de coordination de la formation médicale continue est chargé d'assurer la cohérence des missions des Conseils nationaux prévus aux articles L. 4133-2 et L. 6155-2. Il est composé à parts égales de représentants désignés par ces Conseils. Il comporte en outre des représentants du ministre chargé de la Santé et des représentants du ministre chargé de l'Enseignement supérieur. »

CONCLUSION

À ce jour les moyens de suivre, dans de bonnes conditions, des formations complémentaires dans notre discipline nous sont donnés, au plan réglementaire et financier.

Il nous reste, et c'est un autre défi que nous devons rapidement relever, à créer et développer des formations de qualité (voir page 155) propres à notre spécialité, dans les différents domaines qui la composent.

Il faudra aussi, au sein de la Fédération et de la SFSCMF, que nous soyons à même de mettre en place les moyens de contrôle de la qualité de ces actions de FMC.

Glossaire de la formation médicale continue

Pourquoi un glossaire ?

Concernant la FMC, les médecins doivent avoir un langage commun, afin d'éviter des approximations, des contre-sens ou des incompréhensions dans les explications données. Les travaux des CN FMC, dont le « glossaire de la FMC » est l'un des exemples, sont destinés à être diffusés auprès des professionnels intervenant à un titre ou à un autre en FMC ainsi qu'auprès des diverses institutions professionnelles, mais aussi auprès des médias.

Ces différents publics ne doivent pas risquer de faire une interprétation erronée des textes relatifs à la FMC pour de simples erreurs d'origine sémantique.

Comment ce glossaire a-t-il été élaboré ?

Ce projet a été initié par des experts du CN FMCH. L'ensemble des définitions a été validé en séance plénière de ce Conseil. Les résultats de ce travail sont remis aux experts issus des deux autres Conseils nationaux à l'occasion de la réunion commune aux trois CN FMC. Il est souhaité une validation par le Comité de coordination, qui a encouragé cette initiative du CN FMCH.

Quels termes ont été retenus ?

Pour constituer ce glossaire de la Formation médicale continue, deux types de choix ont été effectués :

- choix des termes à définir les plus usités en formation professionnelle ;
- choix des définitions qui ont déjà fait l'objet de consensus pour les professionnels de la Santé en France.

Ce glossaire devrait être complété au fur et à mesure des besoins exprimés dans les CN FMC.

À qui est-il destiné ?

Il est avant tout un outil de travail pour les CN FMC ; mais il devrait être un document à diffusion plus large, à but éducatif et/ou de simple communication. Il est disponible sur le site du CN FMCH.

Il est en liberté d'accès et d'utilisation (exempt de droits de diffusion).

Au 19 novembre 2004, le glossaire comprenait 151 définitions entrant dans le champ de la FMC.

Seul les termes les plus usuels du glossaire ont été retenus en annexe du présent ouvrage.

2

**Les pratiques
en Stomatologie et
Chirurgie maxillo-faciale**

LES PRATIQUES DIAGNOSTIQUES

La spécificité de l'acte clinique

Pr Jacques-Marie Mercier, service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale, CHU de Nantes

La grande variété des pathologies rencontrées en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie donne à l'acte clinique de multiples facettes.

Cependant, l'essence même de la discipline étant basée sur la connaissance du système stomato-gnathique (de stoma=bouche et gnathos=mâchoire) élément fondamental de la manducation, deux particularités prédominent :

- *l'examen clinique endo-buccal ;*
- *l'évaluation du squelette facial.*

L'EXAMEN ENDO-BUCCAL

C'est incontestablement l'examen clinique de référence en Stomatologie. Première approche des voies aéro-digestives supérieures, l'examen endo-buccal apporte des éléments déterminants dans le diagnostic des pathologies organiques et fonctionnelles locales ou systémiques.

La richesse des indications susceptibles d'être fournies par un tel examen, tant d'un point de vue strictement médical que chirurgical ou encore en matière de prévention de santé publique, dans tous les âges de la vie, lui confère une importance capitale.

• **L'examen statique des muqueuses** tapissant les différents éléments anatomiques de la cavité buccale a un intérêt :

- dans le diagnostic des gingivites et stomatites dont certaines sont d'origine purement locales, et d'autres le reflet d'une pathologie systémique. C'est le vaste domaine de la pathologie dermatologique de la muqueuse buccale où les facteurs locaux, proprement stomatologiques sont souvent méconnus des autres disciplines ;
- dans la différenciation des lésions malignes ou potentiellement malignes de petites tailles, des autres lésions, et dont on connaît la gravité du retard du diagnostic ;
- dans les atteintes du parodonte ou parodontopathies dont les causes, multiples, peuvent mettre en péril la pérennité des dents.

Langue, plancher de la bouche, gencive, face interne des joues, voûte palatine et voile du palais doivent être examinés soigneusement et palpés.

La denture (ou dentition) lactéale (temporaire) ou définitive (permanente) selon l'âge du patient fait également partie intégrante de l'examen endobuccal.

Établir une cartographie dentaire (dents absentes, dévitalisées, prothétiques, cariées) avec l'aide de la radiographie. Il faut avertir le patient des risques évolutifs notamment infectieux ou de perte dentaire, de la nécessité de réaliser des soins appropriés, l'informer sur les possibilités de remplacement. Tout ceci constitue un acte de prévention en matière de Santé publique et d'économie de la Santé.

• **L'examen dynamique** est concomitant au précédent. Il permet d'apprécier :

- l'évaluation de la fonction manducatrice qui comprend l'appréciation et la mesure de l'ouverture buccale, des fonctions canines (latéralité mandibulaire), de la fonction incisive (propulsion mandibulaire) dont on connaît le retentissement sur la fonction articulaire de l'articulation temporo-mandibulaire, et enfin de l'occlusion dentaire ;

- les troubles de l'articulé dentaire (ou occlusion dentaire) sont très fréquents dans la population. C'est une des causes les plus fréquentes de consultation.

Certains d'entre eux d'origine purement dento-alvéolaire peuvent être traités par un traitement orthodontique.

D'autres sont le reflet d'un mauvais équilibre squelettique facial (dysmorphose dento-squelettique) et sont accessibles sur le plan thérapeutique, à partir de 12 ans, uniquement à la chirurgie orthognathique (ou chirurgie orthopédique des maxillaires).

Il est classique de dire qu'un sujet ayant une occlusion dentaire normale sans traitement orthodontique présente habituellement un équilibre facial dento-squelettique satisfaisant ;

- la posture, le volume de la langue et sa mobilité, sa position lors de la déglutition et de la phonation sont des éléments qu'il faut prendre en compte dans le diagnostic de cette dysmorphose dans la mesure où ils peuvent avoir une responsabilité dans la constitution de cette dysmorphose.

Cet examen dynamique est indispensable dans l'appréciation des Dysfonctions de l'appareil manducateur (DAM), pathologie très fréquente, d'origine plurifactorielle concernant des patients au nomadisme médical abondant et qui arrivent souvent découragés dans nos consultations après une batterie d'examens complémentaires souvent aussi inutiles que coûteux.

L'EXAMEN DU SQUELETTE FACIAL

Charpente osseuse de la face, s'étendant du bord supra orbitaire au bord basilaire de la mandibule, le squelette facial peut être le siège de nombreuses pathologies, infectieuses, traumatiques, tumorales bénignes ou malignes, congénitales ou acquises.

► Ses relations intimes avec le squelette crânien, la charnière cranio-rachidienne et le rachis cervical font que le développement de l'un influe sur le développement de l'autre et

réciroquement d'où l'intérêt de l'étude posturale cranio-facio cervicale et des anomalies pouvant la perturber.

La nature embryologique membraneuse du tissu osseux cranio-facial, la multiplicité des pièces squelettiques séparées par des sutures elles-mêmes membraneuses et le particularisme des unités squelettiques existant au sein même de ces pièces squelettiques confèrent au squelette facial une plasticité morphogénétique dépendante des fonctions oro-faciales (manducation, ventilation, déglutition, phonation) et en même temps un pouvoir réparateur qui lui est propre.

Par ailleurs, ces confins cranio-faciaux sont souvent concernés dans le domaine traumatologique. Les dislocations orbito-naso frontales en représentent l'aspect le plus typique et la recherche d'une brèche osteo-durale se devra d'être systématique.

► Intimité relationnelle également entre dents et squelette facial :

- l'importance des premières dans le développement du second est bien illustrée dans les agénésies ou les pertes précoces des dents permanentes.
- cellulites, sinusites maxillaires, ostéites, infections à distance, retard de consolidation, pseudarthrose, ostéoradionécrose ont la plupart du temps une origine dentaire. Certaines de ces infections peuvent avoir une évolution dramatique voire fatale, qu'une action préventive bien conduite permet dans bien des cas d'éviter.
- il faut rappeler aussi le rôle fondamental de l'examen de l'occlusion dentaire dont la normalité traduit le bon équilibre squelettique facial. Toute malocclusion d'origine basale squelettique est le reflet d'une dysmorphose faciale au retentissement fonctionnel et esthétique susceptible d'avoir un impact psychologique majeur. La solution pouvant être soit orthopédique soit chirurgicale selon l'âge et l'importance de la déformation osseuse.
- cette même perturbation occlusale, par son caractère récent, brutal, traumatique est le témoin quasi indiscutable d'une fracture sous-jacente, dento-alvéolaire ou des maxillaires.

L'examen du squelette facial ne saurait se limiter à cette relation avec le système dento-alvéolaire. La traumatologie orbitaire et nasale est une constante de la Chirurgie maxillo-faciale au même titre que la malformation congénitale.

► Intimité, enfin, avec les tissus mous de la face.

Nous avons vu précédemment le rôle clinique de l'enveloppe muqueuse entourant les éléments constitutifs de la cavité buccale. De la même manière, il existe une inter dépendance évidente entre le squelette et l'enveloppe cutané-musculaire de la face.

Hormis la propension à l'œdème survenant dans un contexte traumatique effaçant, du même coup, toute appréciation de l'état squelettique sous-jacent, toute déformation squelettique faciale apparaît de façon plus ou moins flagrante à l'examen clinique de la face soit directement à la vue, soit de façon palpable.

La référence à des critères de normalité (symétrie, proportionnalité...) bien établis, tout en respectant les caractéristiques propres à chaque individu, est la base de tout examen clinique.

Inversement, l'atteinte des tissus mous (congénitale ou acquise) a des conséquences sur le développement du squelette facial et entre de ce fait dans le champ d'action du chirurgien maxillo-facial.

EXAMEN FACIAL ÉTENDU

Au-delà des spécificités étymologiques de l'examen clinique en Stomatologie, l'évolution de nos sociétés centrées sur l'esthétique faciale, la mise à disposition de nouveaux moyens diagnostiques et thérapeutiques destinés à améliorer la prise en charge de pathologies plus complexes a entraîné l'apparition de la Chirurgie maxillo-faciale sur les mêmes bases que la Stomatologie dont elle est indissociable.

De ce fait, la spécificité de l'examen clinique s'étend à l'extrémité céphalique tout entière hormis l'encéphale et les organes sensoriels que sont l'œil, l'oreille et le larynx, champ d'action d'autres disciplines.

Selon la symptomatologie, la plainte ou la demande du patient, l'examen clinique s'intéressera à l'ensemble des téguments de la face et du cou, aux aires ganglionnaires, aux glandes salivaires, au système neuro-musculaire ou vasculaire et parfois dans une démarche pluridisciplinaire afin de donner au patient les meilleures chances d'un bon résultat.

Les explorations radiologiques

Dr Philippe Katz, Paris

La recherche d'un diagnostic stomatologique fait intervenir des examens complémentaires. Les plus fréquemment utilisés sont les examens radiographiques utilisant des radiations ionisantes. L'évolution des technologies a entraîné une diminution des doses de rayonnement durant la dernière décennie de plus de 50 % grâce à l'écllosion de la numérisation des radiographies qui a contribué à l'amélioration de la qualité des clichés.

Enfin, l'archivage de ces examens au sein de dossiers informatisés des patients est désormais possible.

Nous décrirons successivement les examens radiographiques standards puis les systèmes tomographiques à rayons X et magnétiques. Nous consacrerons un chapitre à l'exploration des glandes salivaires.

LES EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES STANDARD

L'exploration radiologique dentaire et osseuse

Le cliché radiographique rétro-alvéolaire

Certainement la plus ancienne des radiographies stomatologiques ; elle est toujours indispensable pour la recherche d'anomalies allant de la carie au traumatisme en passant par les parodontopathies.

Pratiquée de façon courante par tous les praticiens, elle peut être réalisée soit de façon classique sur les films argentiques développés manuellement, et reste d'une qualité diagnostic irréprochable, (les artéfacts sont rares), soit elle est numérisée par l'intermédiaire de capteurs numériques qui retransmettent l'image sur un ordinateur. Plus simple d'utilisation, elle présente cependant encore quelques défauts et les artéfacts ne sont pas rares. L'avantage majeur est celui de pouvoir archiver les radiographies dans le dossier informatisé du patient. La reproduction du cliché sur papier est toujours de mauvaise qualité.

Le cliché occlusal

Aussi ancien que le rétro-alvéolaire, ce type de cliché n'est encore qu'argentique à développement manuel chimique. Il offre l'avantage de pouvoir étudier, au maxillaire et à la mandibule, les groupes dentaires incisivo canins. Il est indispensable dans la recherche de

malposition dentaire avant les traitements d'orthodontie. Il permet aussi l'examen du plancher de la bouche à la recherche de lithiases radio opaques et lors des traumatismes dentaires, chez les jeunes enfants, d'avoir une bonne visualisation des germes des dents permanentes.

Les examens radiographiques standard de l'étage moyen de la face

Incidence nez-front, nez-menton (Blondeau) et verticale de Hirtz

Ils permettent une approche des cavités sinusiennes de la face, tant des sinus maxillaires, frontaux, ethmoïdaux que sphénoïdaux que des structures osseuses. L'opacité d'une cavité aérique de type sinusite doit conduire à envisager un complément d'investigation par tomодensitométrie qui donnera de meilleurs renseignements.

Étude des condyles mandibulaires

L'incidence de face basse bouche ouverte permet une bonne approche des condyles mandibulaires de face. Elle permet de vérifier l'intégrité des articulations après un traumatisme. Cette incidence peut aussi servir pour la visualisation de la branche montante mandibulaire et aussi des dents de sagesse inférieures incluses.

Les téléradiographies orthodontiques de la face

Pratiquées pour les diagnostics d'orthodontie, elles restent des éléments indispensables pour le repérage de toutes les malformations. Elles sont en incidence de profil, de face et verticale dite de Bouvet.

Depuis l'arrivée de la numérisation, la qualité de ces clichés s'est nettement améliorée superposant les parties molles aux parties osseuses. La possibilité d'effectuer les tracés céphalométriques par l'assistance d'ordinateurs a facilité le travail des orthodontistes.

LES SYSTÈMES TOMOGRAPHIQUES

La tomographie

Le système radiographique à balayage est utilisé depuis de nombreuses années. Il permet notamment d'effacer les structures anatomiques situées de part et d'autre de la zone à examiner. Ces systèmes se sont améliorés au fil des années pour obtenir des images de plus en plus fines. Les balayages peuvent être simples ou dit homothétiques linéaires ou complexes.

Elle a été supplantée par le scanner, un système tomographique numérisé qui donne de meilleurs résultats.

La tomographie panoramique des mâchoires

Depuis son début dans les années 70, cette technique n'a pas cessé d'évoluer pour restituer une image développée des arcades dentaires dans leur ensemble. Aujourd'hui, il existe plus d'une dizaine de sortes de ces appareils donnant tous des résultats similaires.

Il s'agit du meilleur examen radiographique de dépistage de l'ensemble de l'étage inférieur de la face. Pratiqué encore par quelques praticiens de façon classique sur film argentique,

il est le plus souvent informatisé ce qui le rend plus facile d'emploi. Sa retranscription sur gélatine photographique est toujours possible et l'on obtient un véritable film radiographique.

Les renseignements fournis par cette exploration sont immenses. Elle doit être considérée comme le cliché de dépistage de toute anomalie des arcades dentaires. En effet, la visualisation des dents, des maxillaires et de la partie inférieure des sinus se fait facilement.

Proposée dès l'âge de 5 ans, elle peut être un examen de contrôle pendant la croissance et être renouvelée tous les 3 ans. La visualisation des pathologies traumatiques et tumorales est excellente.

Les articulations temporo-mandibulaires sont bien visibles. En cas de traumatisme, le cliché panoramique des mâchoires met en évidence les fractures.

Le scanner ou tomodensitométrie

Le système tomographique à rayons X est entièrement numérisé et permet d'obtenir une qualité d'image nettement supérieure aux anciens tomographes. L'analyse de l'image faite par les ordinateurs permet de travailler dans les trois dimensions de l'espace.

Sans rentrer dans les détails, ces machines sont aujourd'hui hélicoïdales et multibarrettes; ceci a pour but principalement d'augmenter la rapidité de prise de vue des images et donc de réduire les doses de rayonnement X. L'acquisition des données se fait simplement en une seule fois, le patient étant en décubitus dorsal.

Les reconstructions peuvent être obtenues en bidimensionnelle ou 2D, en coupes coronales et sagittales ou sagittales obliques. Le fenêtrage est adapté aux tissus examinés, durs pour l'os, mous pour les parties molles.

L'injection d'un produit de contraste iodé permet d'obtenir une différenciation de la vascularisation ce qui est essentiel dans l'examen des tumeurs.

Les reconstructions en volume, seront particulièrement appréciées pour les tissus osseux. Elles ont comme particularité de rendre sur un écran plan un effet de volume du crâne ce qui est important dans la recherche de traumatismes, elle a pour but de visualiser les déplacements osseux.

Aujourd'hui utilisées au niveau dentaire, ces reconstructions mettent parfaitement en évidence les anomalies de positionnement des dents et notamment des dents incluses.

Des programmes ont été spécialement conçus pour la pose d'implants. Les logiciels Dentascan® et DentaCT® permettent d'obtenir des reconstructions mandibulaire ou maxillaire en grandeur réelle en coupes fines de 1 mm.

La simulation de pose d'implant peut se faire sur ces examens. Des logiciels spécialement adaptés peuvent ainsi simuler l'intervention en donnant la taille de l'implant mais aussi la direction et l'angle dans lequel il doit être mis.

Le rendu de cet examen a tendance à être de plus en plus digitalisé sous forme de disque compact permettant un archivage dans tous les ordinateurs.

Le scanner est aujourd'hui un examen incontournable de la sphère stomatologique.

La Résonance magnétique nucléaire ou RMN

L'IRM ou Imagerie par résonance magnétique nucléaire est une technique non invasive, d'une totale innocuité, basée sur le principe de la résonance des atomes de certaines molécules (en imagerie diagnostique : l'hydrogène) sous l'action de certaines ondes de radiofréquences.

L'appareil est constitué d'un tunnel formé d'un aimant très puissant (0,1 à 1,5 Tesla) entourant le lit d'examen sur lequel s'allonge le patient. Des antennes spécifiques y sont connectées.

Certaines émettent une onde radiofréquence qui excite ou stimule les noyaux d'hydrogène contenus dans l'eau composant nos cellules (près de 80 % du poids corporel est constitué d'eau).

Après arrêt de la stimulation (qui dure à peine quelques millisecondes) les atomes d'hydrogène restituent cette énergie qui se dissipe dans différents plans de l'espace sous l'action du champ magnétique de l'aimant.

L'énergie est alors captée par d'autres antennes dites antennes réceptrices puis analysée par un puissant ordinateur qui construit alors une véritable carte énergétique de la partie du corps étudiée.

Suivant la composante en eau des tissus analysés, leur vascularisation et leurs pathologies éventuelles, les images seront différentes et l'ordinateur réalise des clichés en noir et blanc d'une très grande sensibilité, précieux pour le diagnostic, notamment en matière de pathologie tumorale ou infectieuse.

Il est ainsi possible de réaliser des coupes dans tous les plans de l'espace et ce de pratiquement n'importe quelle partie du corps humain comme si l'on effectuait une étude à ciel ouvert sans, bien entendu, toucher le malade.

L'onde radiofréquence est d'une totale innocuité, parfaitement indolore et le patient ne ressent absolument rien.

L'inconvénient majeur réside dans le fait que le patient doit respecter une stricte immobilité pendant toute la durée de l'examen (environ une quinzaine de minutes) et que par ailleurs le fait d'être enfermé dans un tunnel bruyant est parfois difficile à supporter pour certaines personnes en particulier les claustrophobes.

Du fait du champ magnétique puissant pouvant déplacer les objets dits ferromagnétiques, il existe certaines contre-indications : les valves cardiaques artificielles métalliques, les stimulateurs cardiaques, certains clips cérébraux ou certaines prothèses ou objets métalliques.

Il va de soi que tous les objets métalliques ou magnétiques doivent être déposés à l'extérieur de la salle d'examen (clefs, pièces de monnaie, carte bancaire...). Cette dernière est par ailleurs protégée (on dit blindée) par un procédé spécifique (cage de Faraday) qui la met à l'abri des perturbations ou pollutions magnétiques extérieures (émission d'ondes CB, etc.).

Cet examen est plus particulièrement recommandé pour les parties molles de la face. Il est aussi d'une grande importance dans l'examen des articulations temporo-mandibulaires. Il permet une excellente visualisation des condyles et plus particulièrement des ménisques.

LES EXPLORATIONS DES GLANDES SALIVAIRES

L'analyse des glandes salivaires mérite un chapitre particulier. Les glandes salivaires représentent une partie importante de la pathologie étudiée par les stomatologistes. La connaissance exacte de chaque examen est essentielle pour l'approche du diagnostic.

Sialographie

La sialographie est la plus ancienne des méthodes d'exploration des glandes salivaires. Réalisée avec des produits hydrosolubles, elle se pratique toujours après avoir pris des clichés sans préparation pour identifier des calcifications.

La technique en est relativement simple et parfaitement connue depuis des décennies ; cependant un rappel s'impose. Pour réaliser cet examen, il est indispensable de réunir des conditions techniques adéquates.

Le patient sera en position assise dans un fauteuil d'examen équipé d'un scalytique, permettant un éclairage optimum de la cavité buccale (fauteuil d'examen ORL ou dentaire). Après avoir dilaté à l'aide de sondes lacrymales calibrées fines, l'orifice du canal excréteur de la glande salivaire soit parotide soit sub-mandibulaire, on met en place un cathéter spécialement conçu à cet effet. Il est indispensable de ne pas traumatiser l'ostium. Il est possible de réaliser cet examen sous loupe binoculaire, ce qui facilite grandement la vision de l'orifice et sous anesthésie locale réalisée à l'aide d'un spray de xylocaïne.

Le volume injecté de liquide de contraste se fera le plus doucement possible. La quantité est fonction de la douleur ressentie par le patient. En effet, la mise en tension de la capsule de la glande entraîne les douleurs. Dès que le patient ressent une gêne, il conviendra d'arrêter. Il ne sert à rien d'avoir une effraction de la capsule, entraînant de vives douleurs et n'apportant pas de renseignement supplémentaire quant au diagnostic.

Les clichés seront pris de façon standard en cours de remplissage de la glande. Au niveau de la glande sub-mandibulaire, on pratiquera des incidences de profil, mais aussi de trois quarts afin de dégager parfaitement la glande sous le bord inférieur du ramus mandibulaire. Au moins quatre clichés seront ainsi effectués.

Au niveau de la glande parotide, les incidences seront de face en rasant bien la convexité de la glande en réplétion, et de profil, le cou en extension et en tournant légèrement la tête du côté opposé à la glande examinée. Quatre clichés seront ainsi effectués. Avec l'aide de la radiologie numérisée, il est possible de faire varier les contrastes et ainsi de dégager les structures anatomiques des glandes salivaires. Les clichés d'évacuation seront toujours pris au moins trente minutes après l'injection et si possible après avoir fait saliver le patient.

Deux incidences seront refaites, de face et de profil. Au besoin, un cliché plus tardif, une heure après sera nécessaire pour bien vérifier qu'il n'existe pas de stase salivaire.

Cet examen doit conserver toutes ses indications, car il reste facile à effectuer, donne d'excellentes images des glandes salivaires et est d'un coût modique.

Les contre-indications sont principalement les allergies à l'iode, mais un traitement préventif anti-allergique peut réduire les troubles, et les infections purulentes ou non.

Un traitement anti-infectieux sera alors administré 10 jours avant l'examen comprenant un antibiotique type spiramycine associé à un corticoïde et un anti-spasmodique.

Cette technique est intéressante pour la pathologie médicale: lithiases, sialodochites et sialadénites, pathologies auto-immunes, sialoses où les images sialographiques sont parfois pathognomoniques. Il n'y a pas d'intérêt à pratiquer une sialographie en pathologie tumorale.

Rappelons que son coût est faible par rapport aux renseignements fournis.

Échographie

L'échographie est actuellement le premier examen à pratiquer au décours d'une pathologie salivaire, quelle que soit sa nature. Il doit être pratiqué de façon systématique et méthodique. L'utilisation de matériel récent numérique s'avère indispensable.

Le système de reproduction doit être aujourd'hui parfaitement adapté à l'imagerie; on ne saurait encore voir des reproductions de mauvaise qualité sur papier thermique. Cet examen reste cependant extrêmement dépendant de l'opérateur qui devra parfaitement connaître le maniement de son appareil mais aussi l'anatomie de la partie examinée.

L'exploration des plans superficiels et des parties molles du cou nécessite l'utilisation de sondes de haute fréquence multifocales de 7,5 MHz à 15 MHz. Les barrettes linéaires sont les mieux adaptées, les ultrasons abordant perpendiculairement les structures.

Les artefacts liés à l'obliquité du faisceau sont ainsi diminués. Ainsi, même si les barrettes ont un volume important, elles donnent des images plus faciles à interpréter. L'usage de nouveaux programmes comme les faisceaux croisés et les réductions de bruit (Speckle Reducing Intensity) permettent d'améliorer très nettement l'imagerie.

La technique est simple, mais doit être rigoureuse. La pression sur la sonde doit être minimale afin de ne pas altérer les signaux. Pour cela, il convient d'étaler une épaisseur importante de gel sur la barrette.

La position demi-assise du patient permet une visualisation des glandes submandibulaires. Le côté opposé est étudié par comparaison. Les aires ganglionnaires cervicales sont toujours examinées.

L'exploration dépend de la glande à analyser:

- au niveau de la glande parotide, les coupes sont effectuées transversalement et sagittalement sur le corps de la glande, dans la région rétro auriculaire, pour dégager le lobe profond, sans oublier un balayage de la partie antérieure, le long du canal excréteur à la recherche du prolongement antérieur;

- au niveau de la glande submandibulaire, les coupes sont longitudinales dans le grand axe de la glande, dégageant le cou au maximum pour être le plus perpendiculaire au parenchyme;

- la glande sublinguale, le plancher de la bouche et les ganglions sous-mentaux sont examinés en coupes coronales et sagittales, afin de dégager les éléments anatomiques.

Les échodopplers couleur et énergie sont pratiqués de façon systématique pour identifier la vascularisation de la glande examinée à la recherche d'une pathologie.

Les structures glandulaires ont une échostructure élevée, proche de celle de la thyroïde, différente des structures musculaires.

L'échographie permet de visualiser les tumeurs, les calculs et les processus inflammatoires. Les canaux sont visibles sous forme de lignes hyperéchogènes. Ils donnent des structures linéaires, hypoéchogènes s'ils sont remplis de liquide, salive ou liquide purulent en cas d'infection.

Tomodensitométrie

Cet examen a constitué pendant les années 1980 une avancée diagnostique importante. Il a permis d'étudier le parenchyme glandulaire et d'analyser les processus tumoraux. Il est aujourd'hui en voie d'abandon au profit de l'IRM.

Outre les éventuels problèmes liés à une allergie à l'iode, l'inconvénient majeur de cette technique est la présence fréquente d'artefacts se projetant sur la parotide, due au matériel dentaire balayé lors de l'acquisition, responsables d'une analyse incomplète de la glande.

Ce matériel dentaire est impossible à éviter si les coupes sont réalisées selon un mode hélicoïdal axial étudiant la région.

Le contraste spontané des glandes salivaires dépend de leur taille et de leur richesse en graisse. La parotide a une densité plus faible que la glande submandibulaire. Le contraste spontané entre la parotide, les éléments musculaires de voisinage (plus denses) et la graisse parapharyngée (moins dense) est excellent, ce d'autant que le sujet est obèse ou alcoolique. Ce contraste est moins favorable chez le sujet jeune (avant 20 ans) ou dénutri. La visualisation des glandes sublinguales est inconstante en TDM.

La densité de la parotide et de la glande submandibulaire est très voisine de celle des muscles. L'examen comporte des coupes axiales de 2 à 3 mm d'épaisseur, jointives, centrées sur la parotide, avant, puis après injection de produit de contraste. Pour les glandes submandibulaires, la réalisation de coupes coronales reconstruites peut être informative.

Après l'injection de produit de contraste, les vaisseaux intraglandulaires sont visibles, l'ensemble des glandes salivaires prend progressivement le contraste, diminuant la différenciation de la glande salivaire avec les muscles adjacents.

L'analyse des coupes en fenêtres osseuses est utile pour détecter les calculs salivaires, les phlébolithes au sein d'hémangiomes, et apprécier les destructions osseuses compliquant certaines tumeurs malignes ou une pathologie infectieuse agressive. L'extension d'une tumeur aux espaces profonds de la face, graisseux, est aussi relativement bien mise en évidence.

Imagerie par résonance magnétique

Actuellement, l'IRM constitue l'examen des glandes salivaires le plus performant dans le bilan des processus expansifs dont elles sont le siège. Ses indications doivent être larges. Elle est le plus souvent proposée au décours d'une échographie de la région.

L'IRM est réalisée en tenant compte des contre indications habituelles incontournables (pace maker, stent posé depuis moins de 6 semaines) ou modulables (agitation, claustrophobie). Elle nécessite la coopération du patient qui doit éviter d'avaler pendant les séquences et rester immobile.

Protocole d'exploration

L'examen est réalisé avec une antenne tête, couplée à des antennes de surfaces permettant grâce à leur utilisation alternative, à la fois une analyse fine du parenchyme glandulaire et un bilan d'extension éventuel loco-régional de bonne qualité. Le choix entre une étude bilatérale comparative en antenne tête ou d'une étude en antenne de surface focalisée est fonction du radiologue et de la taille de la lésion. Le plus souvent une association des deux permet une étude optimale.

Après un repérage triplan, l'exploration va comprendre au moins des séquences pondérées en T2 couplées le plus souvent à une suppression de graisse, en T1, en T1 après injection avec suppression de graisse (suppression classique, water excitation, voire soustractions).

En raison du caractère hétérogène du massif facial et de la fréquence du matériel dentaire générant des artefacts, les coupes en écho de spin sont préférées à celles écho de gradient, même si ce choix est un facteur d'allongement du temps global d'examen.

L'utilisation fréquente de suppression de graisse a pour but de bien mettre en évidence, au sein d'une graisse devenue, grâce à cette correction de séquence, très hypo-intense, tous les processus hyperintenses en T2 (kystes) comme en T1 (prises de contrastes, inflammations). Ceux-ci pourraient en effet être masqués par le signal spontanément intense de la graisse.

En revanche, la séquence en T1 sans injection ne devrait jamais être réalisée d'emblée avec suppression de graisse, car les lésions hypo-intenses seraient alors invisibles, au sein d'une graisse elle-même hypo-intense.

Rappelons que l'on ne doit jamais injecter d'emblée le patient. En effet si la suppression de graisse est inefficace, et que l'on a injecté le patient d'emblée, on peut manquer une lésion prenant le contraste masqué par la graisse.

Le plan d'étude choisi est fonction de la région étudiée : on réalise généralement une séquence sagittale T1 qui permet un repérage de la glande anormale et un centrage des séquences suivantes : des séquences axiales T2 suppression de graisse, T1 et T1 injecté suppression de graisse centrée sur la glande pathologique.

L'exploration de la glande parotide nécessite des coupes axiales partant de l'articulation temporo-mandibulaire allant jusqu'au bord inférieur de l'os hyoïde. La pile de coupes étudiant la glande submandibulaire doit explorer au moins la moitié supérieure du cou et le massif facial, celle des glandes sublinguales est centrée sur la mandibule.

En cas de processus expansif d'allure maligne ou infectieuse, il est conseillé de compléter l'exploration de la glande par une étude des aires ganglionnaires du massif facial et cervical, en T2 et/ou T1 injecté suppression de graisse dans le plan coronal et orienté dans l'axe des vaisseaux du cou, repéré sur la séquence sagittale.

Les séquences échoplanar de diffusion ont été appliquées récemment aux glandes salivaires parotidiennes et submandibulaires. Normalement, l'ADC (coefficient de diffusion apparent) est plus faible dans les glandes parotidiennes ($0,28 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) que dans les glandes submandibulaires ($0,37 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$). La diffusion permet en cas de processus expansif d'orienter le diagnostic vers une étiologie inflammatoire ou infectieuse ou de conforter

la suspicion diagnostique de tumeur. Le rapport entre le coefficient apparent de diffusion (ADC) du tissu parotidien pathologique (ADC TP) et celui du tissu sain (ADC TS) (parotide controlatérale) est calculé.

La sialo IRM permet la visualisation du système canalaire intra-glandulaire pathologique sur des coupes axiales en écho de gradient T2, jointives, de 0,5 à 0,7 mm, (3 DFT-CISS par exemple) qui réalisent une acquisition volumique, permettant des reconstructions multiplanaires. L'utilisation de bandes de présaturation permet de différencier les vaisseaux (hypersignal des éléments artériels, hyposignal des éléments veineux) des éléments canaux.

Scintigraphie

Cet examen permet de vérifier la fonctionnalité des glandes salivaires. Il est réservé à certaines pathologies telles que les hyposialies des maladies dégénératives.

Elle repose sur l'injection intraveineuse d'un traceur radioactif (technétium 99 mBg, pertechnétate 185 à 370 mBg) que les glandes parotides et submandibulaires fixent au même titre que la thyroïde. Il s'agit d'une étude fonctionnelle et non anatomique, les anomalies visibles étant liées :

- soit à l'hypofixation glandulaire ;
- soit à la rétention du traceur au sein d'éléments fonctionnels non sécrétants.

Sialo-endoscopie

Dernier-né des examens des glandes salivaires, il a été réalisé, pour la première fois en 1988. Pratiqué dans un premier temps à l'aide d'endoscopes souples de moins d'un millimètre de diamètre, on utilise aujourd'hui des endoscopes semi-rigides avec ou sans canaux opérateurs et sous irrigation. Cette nouvelle technique permet une approche in vivo des différentes pathologies obstructives des canaux salivaires.

À l'état normal, l'endoscopie permet de visualiser les canaux salivaires excréteurs des glandes parotides et sub-mandibulaires. On peut ainsi remonter jusque dans les bassins et apercevoir les premières divisions canaux. Les structures tubulaires sont blanc nacré et la vascularisation est visible le long des parois. Aucune formation pathologique ne vient bloquer la progression de l'endoscope.

Cet examen est totalement indolore et peut être réalisé chez des enfants à partir de 5 ans. Il permet une nouvelle approche thérapeutique des sialo-lithiases évitant ainsi des interventions chirurgicales plus lourdes.

CONCLUSION

L'imagerie reste un apport complémentaire au diagnostic. La démarche clinique ne doit pas être ignorée, elle ne saurait être remplacée par des examens aussi sophistiqués soient-ils.

La recherche d'une étiologie médicale doit se faire dans un souci de respect des doses reçues et des coûts engendrés par les techniques employées.

Le scanner ou l'IRM ne représentent pas les meilleurs examens susceptibles d'apporter une réponse à toutes les questions posées.

Savoir quels sont les examens les plus appropriés pour la recherche de telle ou telle maladie est essentiel.

Il conviendra donc de savoir définir des algorithmes d'examens afin de ne pas les multiplier.

Enfin, le clinicien plutôt que de faire une prescription d'une technique radiologique devra indiquer clairement au radiologue ce qu'il désire rechercher. La prise en compte des antécédents médicaux est plus importante que la technique radiologique.

LES MODES D'EXERCICE CHIRURGICAL

La chirurgie en cabinet, la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation conventionnelle

*Pr Patrick GOUDOT, service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale,
hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier
Dr Béatrix ZAGALA, Nancy*

La variété du tissu concerné (dent, muqueuse, os, peau...), la variété des pathologies (infection, tumeur, traumatisme, malformation, trouble de la croissance...), l'éventail des gravités lésionnelles (de la dent délabrée à la chirurgie reconstructive à plusieurs équipes) permettent ou imposent de pratiquer notre spécialité dans des lieux différents.

Certaines interventions peuvent être réalisées dans les locaux d'un cabinet médical, d'autres dans un environnement hospitalier répondant parfaitement aux critères de la chirurgie ambulatoire, d'autres enfin ne sont concevables que dans le cadre d'un plateau technique lourd.

LA PRATIQUE CHIRURGICALE EN CABINET

Contraintes et environnement

Il n'existe pas de contrainte réglementaire encadrant précisément l'activité chirurgicale en cabinet médical (ou dans le cadre d'un secteur de consultation dans un établissement hospitalier public ou privé).

Par contre, il a été publié une longue liste de recommandations qui peuvent servir de référence de **bonnes pratiques**, en particulier en cas de conflit juridique entre le praticien et son patient. Parmi les points les plus importants notons :

- la traçabilité de la stérilisation du matériel et des produits et implants utilisés ;
- les règles de sécurité tel que le protocole d'appel à des secours médicalisés et la disponibilité dans les locaux d'un matériel de réanimation en cas de complication vitale (arrêt cardiaque par exemple).

En matière de prévention des infections liées aux soins, un document de 120 pages vient d'être édité par la Direction générale de la Santé inventariant en particulier les règles à respecter concernant :

- l'hygiène de base ;
- l'antisepsie ;
- la gestion des dispositifs médicaux ;
- la prévention des accidents exposant au sang ;
- l'aménagement, l'organisation et l'entretien des locaux ;
- la gestion des déchets.

Indications

La grande majorité des actes chirurgicaux réalisables sous anesthésie locale ou loco-régionale peut être effectuée dans cet environnement.

a - La chirurgie buccale

Les avulsions de dent incluse, les avulsions multiples, les avulsions difficiles, les résections apicales, l'exérèse de lésions osseuses ou muqueuses, les plasties de brides et freins, la parodontologie, le traitement de certaines lésions des glandes salivaires, la chirurgie orthodontique à type de dégageant dentaire ou mise en place de système de traction et d'ancrage, la chirurgie pré-prothétique à type d'aménagement muqueux, d'approfondissement vestibulaire, de greffes, la pathologie infectieuse sont des exemples de cette chirurgie buccale réalisable sous anesthésie locale.

Cette chirurgie est souvent affectée dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM) d'une cotation faible qui ne couvre pas toujours les coûts induits. L'action de nos syndicats auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) permet d'améliorer progressivement cette situation. La chirurgie implantaire et pré-implantaire n'est par contre pas soumise aux contraintes de la nomenclature.

b - La chirurgie cutanée

Sous anesthésie loco-régionale, il est aussi possible de réaliser au cabinet l'exérèse de lésions cutanées bénignes ou malignes de l'extrémité céphalique et du cou et de procéder à leur réparation au moyen de greffes cutanées, souvent prélevées derrière l'oreille, ou de plasties locales.

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire a été reconnue en 1992 comme une véritable alternative à l'hospitalisation. Depuis, ce mode de prise en charge est en constant développement.

Contraintes et environnement

Les structures pratiquant la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux

ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Ce secteur ambulatoire doit répondre à des conditions techniques de fonctionnement clairement énoncées dans le Code de Santé publique (article D-712-30 et suivants) :

- durée d'ouverture (inférieure ou égale à 12 heures) ;
- organisation ;
- personnel médical et paramédical ;
- éligibilité des patients.

L'ouverture d'un secteur ambulatoire au sein d'un établissement de soins est soumise à demande d'autorisation auprès de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH). L'enquête du PNIR (Programme national inter-régimes) de 2003 montre que cette pratique est très prisée du public. Son développement est très inégal.

En 1999, les établissements d'hospitalisation privée disposaient de 81 % des places et effectuaient 87 % des actes réalisés en ambulatoire contre 19 % des places et 13 % des actes au sein des établissements publics.

Cet écart était encore plus important en matière d'actes chirurgicaux puisque les établissements privés réalisaient en ambulatoire 44 % d'actes chirurgicaux contre 56 % d'actes médicaux alors que la proportion dans les établissements publics était de 31 % seulement d'actes chirurgicaux contre 69 % d'actes médicaux.

La disparité du recrutement entre ces deux types d'établissement ne suffit pas à expliquer cet écart, même si l'on peut concevoir que le recrutement hospitalier public est souvent affecté de pathologies volontiers considérées comme plus lourdes.

Pour ce qui concerne notre domaine, l'acte de référence de cette étude du PNIR est l'extraction dentaire. Il faut noter une très forte disparité régionale puisque le taux d'extractions dentaires en ambulatoire (par rapport à l'ensemble des extractions réalisées en milieu hospitalier) était de 10,8 % en Franche-Comté contre 70,7 % en Poitou-Charentes.

Pour l'avulsion de deux dents de sagesse, l'économie induite par la pratique en ambulatoire en établissement privé était de 23 % par rapport à la pratique en hospitalisation complète et ce taux était encore plus important en établissement public.

En conséquence, outre de vertueuses considérations d'économie en coût de la Santé publique, il apparaît souhaitable pour nos patients, pour les établissements dans lesquels nous exerçons (et d'autant plus que nous en sommes parfois actionnaires) et pour nous-mêmes de développer ce type de pratique chirurgicale.

Indications

Notre spécialité se prête tout particulièrement à la pratique de la chirurgie ambulatoire en raison de la gêne fonctionnelle modérée, de la douleur contrôlable et du peu d'hémorragies post-opératoires qui caractérisent de nombreuses interventions. La chirurgie buccale, en particulier les avulsions multiples, avulsions de dents incluses, est le type même de la chirurgie éligible à ce mode d'hospitalisation. On peut lui adjoindre :

- la traumatologie (fractures du nez, traumatismes alvéolo-dentaires, plaies) ;
- la chirurgie des tumeurs bénignes des mâchoires ;

- la chirurgie des tumeurs cutanées;
- l'implantologie;
- la chirurgie esthétique.

Cette liste n'est pas exhaustive, de nombreux lecteurs y trouveront des manques coupables. La pratique de la chirurgie ambulatoire paraît en effet très dépendante des habitudes et des pratiques des chirurgiens et des anesthésistes.

L'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE

Contraintes et environnement

Il s'agit de toute hospitalisation au cours de laquelle l'opéré passe au moins une nuit en établissement de santé. Il faut encore distinguer hospitalisation complète et hospitalisation de semaine, selon que l'opéré séjourne ou non pendant la fin de semaine.

Ces types d'hospitalisation correspondent à une répartition des lits au sein de l'établissement et retiennent sur l'importance du personnel soignant présent les samedis et dimanches. L'hospitalisation complète pose la question de la disponibilité de l'opérateur ou d'un chirurgien référent pendant le week-end.

Indications

La Durée moyenne de séjour (DMS) de l'hospitalisation conventionnelle d'un service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale avoisine 3,5 jours.

Parmi les différentes spécialités chirurgicales, cette DMS est des plus basses même si certains domaines comme la traumatologie « panfaciale » (c'est-à-dire intéressant l'ensemble des structures de la face), la traumatologie balistique, la cancérologie, la chirurgie reconstructrice imposent des hospitalisations beaucoup plus longues.

LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

L'article R 740-1 du Code de Santé publique définit la chirurgie esthétique comme une chirurgie « tendant à modifier l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande, sans visée thérapeutique ou reconstructrice ».

Après de si longues années pendant lesquelles cette chirurgie a été livrée aux appétits de nombreux médecins pas toujours scrupuleux ni prudents, les décrets 2005-776 et 2005-777 en encadrent de façon précise la pratique. Ils en définissent les spécialités autorisées.

Ainsi, tout stomatologiste ou chirurgien maxillo-facial est autorisé à pratiquer la chirurgie esthétique mais doit en limiter ses indications aux domaines de sa spécialité, c'est-à-dire la face: liftings, rhinoplasties, blépharoplasties, implants capillaires...

Ces textes définissent aussi, et l'on pourrait dire surtout, les conditions d'autorisation des installations en chirurgie esthétique, autorisations accordées ou renouvelées par le préfet. Les contraintes ainsi définies rendent difficiles la pratique de cette chirurgie en dehors des établissements de santé mais ceux-ci n'ont pas l'exclusivité de ces autorisations d'installation

en chirurgie esthétique. Par contre, les règles tarifaires conventionnelles concernant le type d'hospitalisation (ambulatoire ou conventionnelle) ne s'appliquent plus puisque l'opéré paie l'intégralité des coûts générés par l'intervention et l'hospitalisation, après avoir accepté et signé le devis proposé lors d'une consultation pré-opératoire.

Bibliographie

Au cabinet :

Guide des bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, Direction générale de la Santé, janvier 2006 :
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/infect_soins/sommaire.htm

Chirurgie ambulatoire :

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée :
www.fehap.fr

Programme national inter-régimes. Conditions du développement de la chirurgie ambulatoire. Volet synthèse et mise en perspective, septembre 2003 :
www.ameli.fr/243/DOC/1047/article.pdf.html

Chirurgie esthétique :

Journal Officiel n° 161 du 12 juillet 2005

Implants et prothèses : questions, idées reçues et contrevérités

Dr Pierre SABIN, Saint-Cloud

L'implantologie dentaire (ou intra-orale) et l'implantologie maxillo-faciale (ou extra-orale) représentent une activité relativement récente dans la discipline. Confidentielle à ses débuts, cette thérapeutique a connu, dans les années 80, un regain d'intérêt. Aujourd'hui, les implants dentaires connaissent un développement important. Toutes les activités liées aux implants, intra ou extra-oraux sont naturellement — mais non exclusivement — de la compétence des stomatologistes et des chirurgiens maxillo-faciaux. Cet article fait le point sur les dernières techniques et innovations en matière d'implants et des prothèses.

INTRODUCTION

Pratique grevée de nombreux échecs à ses débuts, l'implantologie dentaire ne s'est pas imposée comme une alternative thérapeutique sérieuse aux traitements conventionnels des absences dentaires. Pour cette raison, les actes d'implantologie dentaire n'ont pas fait l'objet d'une inscription à la NGAP¹. Les travaux et les publications scientifiques de l'École suédoise ont radicalement modifié l'intérêt de la discipline dans son ensemble pour cette nouvelle thérapeutique de l'édentement. Bien que décrits dans la CCAM², les actes concernant les implants dentaires ne font pas, (jusqu'à ce jour), l'objet d'une prise en charge et restent donc des actes « hors nomenclature ». Les implants extra-oraux par contre ont été introduits dans la NGAP par assimilation et sont inscrits et pris en charge dans la CCAM.

L'implantologie dentaire qui pourrait concerner plusieurs centaines de milliers de personnes dans notre pays, fait donc l'objet d'un développement particulier dans ce Livre Blanc. Ne serait-ce qu'au plan du nombre de patients ou de malades à traiter, les implants auront une place de plus en plus importante en Stomatologie et en Chirurgie maxillo-faciale.

Cette place, dans la pratique des chirurgiens maxillo-faciaux, concerne aussi des actes qui précèdent la pose des implants dentaires ; certaines implantations nécessitent un aménagement chirurgical du site osseux receveur par greffe d'os autologue. Les prises de

¹ Nomenclature générale des actes professionnels : ancienne classification des actes médicaux

² Classification commune des actes professionnels : remplace depuis cette année la NGAP

greffons extra-buccaux (iliaques, crâniens ou tibiaux) sont du seul ressort des médecins compétents en Chirurgie maxillo-faciale.

Cette importance grandissante de l'implantologie dans l'activité générale des stomatologistes et des chirurgiens maxillo-faciaux pose un certain nombre de questions : formation des praticiens à cette technique, coût des soins, conditions matérielles de réalisation des actes, perspectives de prise en charge....

Les réponses à ces interrogations doivent être formulées avec précision et clarté puisque la pratique de l'implantologie est partagée, pour l'extra-orale avec les ORL et pour l'intra-orale avec les chirurgiens-dentistes. Or ces réponses, qui dépendent aussi des autres acteurs concernés par l'implantologie (Pouvoirs publics, prothésistes, sociétés commerciales...), sont déterminantes pour l'amélioration de l'accès « aux implants dentaires » pour les patients pouvant relever de cette thérapeutique.

Après un bref historique, le chapitre est divisé en trois parties : les implants dentaires, la prothèse sur implants dentaires et enfin prothèses et implants extra-oraux.

Il nous a semblé utile de préciser quelques termes techniques, de corriger quelques idées reçues ou quelques contre-vérités, avant de répondre aux questions que posent le plus souvent les patients à leurs praticiens.

HISTORIQUE

Pour notre discipline, mais surtout pour les patients, les implants dentaires (ou intra-oraux) et les implants maxillo-faciaux (ou extra-oraux) resteront l'une des principales innovations techniques de ces dernières décennies.

La possibilité de fixer ou de stabiliser, de manière fiable et définitive, des prothèses dentaires ou extra-orales à un os sous-jacent, a notoirement amélioré les conditions de vie de nombreux patients, présentant des pathologies très diverses allant du simple édentement à la perte d'un membre ou d'une partie de la face.

La « révolution » thérapeutique que représente l'implantologie, dans le domaine odontologique a été initiée par Brånemark, un chercheur suédois. Du début des années 50, date de ses premières constatations de la tolérance de l'os du tibia de lapin pour le titane, des chambres d'observation de microscopie optique in vivo à ses dernières innovations pour le traitement des amputations par prothèse implanto-stabilisées, il n'a eu de cesse, de faire évoluer sa "découverte" : l'extrême tolérance du tissu osseux vivant vis-à-vis du titane, découverte à laquelle on a donné le nom d'ostéo-intégration.

Celle-ci se caractérise par une liaison intime, solide et durable entre os et titane de l'implant, sans interposition de tissu fibreux réactionnel et avec une parfaite tolérance des tissus mous traversés par le pilier, pour autant que ces tissus mous soient stabilisés autour de ce pilier.

Après plus de dix ans d'expérimentation animale, la première application en clinique humaine a été effectuée par Brånemark, en 1966 : la pose d'implants dentaires dans une mandibule. Ce premier patient a marqué le début de l'implantologie « scientifique ». Celle-ci se démarque des autres expérimentations (antérieures ou postérieures à celle de l'École suédoise) plus empiriques que scientifiques dont les bons résultats (car il y en eut quelques-uns) n'étaient pas scientifiquement reproductibles.

Plus de dix ans après, en 1977, Brånemark et Tjellstrom, ont réalisé la première pose d'un implant extra-oral destiné à supporter une BAHA (Bone Anchored Earing Aid), une prothèse d'assistance à l'audition à ancrage osseux. Par la suite ce type d'implants a permis de maintenir des prothèses maxillo-faciales.

Le premier implant dentaire (de type suédois), mais aussi le premier implant extra-oral, ont été posés, en France, en 1984 et 1987 par un stomatologiste, chirurgien maxillo-facial : Jean-François Tulasne.

L'importance des travaux de l'École suédoise est bien résumé dans la conclusion d'un éditorial de Tulasne pour la Revue de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale consacré aux implants extra-oraux : *« L'œuvre de Brånemark, qui n'est pas achevée, aura été marquée par le souci constant d'évaluer ses résultats, de perfectionner ses méthodes et de permettre au plus grand nombre possible de patients de bénéficier de son expérience et de découvrir ou retrouver ainsi une qualité de vie que nul autre avant lui n'aurait pu leur apporter. »*

On peut affirmer que l'implantologie intra-orale a « révolutionné » le traitement de l'édentement.

LES IMPLANTS DENTAIRES (OU INTRA-ORaux)

Il ne s'agit pas, ici et maintenant, de faire un cours sur les implants ; ce Livre Blanc n'a pas cette vocation et nombre d'ouvrages pourront satisfaire un lecteur exigeant. Donc pas de cours magistral ; en revanche il n'est pas inutile de préciser quelques termes techniques, et de tenter de répondre, succinctement, aux questions les plus fréquemment posées par les patients.

Quelques questions

Toute perte de dent peut-elle être traitée par implant ?

Il existe des contre-indications absolues pour certaines pathologies hématologiques, cardiaques, valvulaires, immunodéficience, irradiation oncologique... et des contre-indications relatives : affections rénales, hépatiques ou endocrinienne telle que le diabète. Pour ce dernier, par exemple, un diabétique (bien équilibré) édenté complet ayant de sérieux problèmes d'alimentation pourra tout à fait bénéficier d'un traitement implantaire.

Il existe des contre-indications « techniques » : constriction permanente des mâchoires, réflexes nauséux... ou insuffisance de volume osseux. Dans ce dernier cas, il est possible de recourir aux greffes osseuses.

Quelles formalités doit-on effectuer avant une pose d'implant dentaire ?

Une pose d'implant est systématiquement précédée par un examen clinique, radiologique (et éventuellement biologique) détaillé et par des explications claires et précises.

Le praticien doit s'assurer de l'absence de contre-indications. L'option implantaire ne doit être proposée au patient que si elle est jugée meilleure que les autres options thérapeutiques. Le recours aux implants doit tenir compte du type d'édentement, de la qualité osseuse, de l'âge, de l'état de santé...

Une pose d'implant doit absolument être précédée, au plan administratif, du recueil du consentement éclairé ce qui implique d'avoir fourni toutes explications demandées par le patient et d'avoir fourni (même sans interrogations du patient) des informations sur le traitement envisagé, au plan technique, financier et médico-légal. Ces différents éléments doivent être consignés explicitement dans un double document écrit : le plan de traitement et le devis.

Des informations par brochures peuvent être confiées au patient notamment en ce qui concerne l'hygiène pré et post opératoire. Le succès des implants, sur le long terme, en dépend.

Un scanner est-il indispensable ?

Le scanner est le seul examen radiologique permettant d'apprécier objectivement la structure osseuse du site receveur des implants. Pour autant, les premières poses d'implants ont été réalisées, en Suède, sans scanners préalables. Enfin, la pose de trois implants, dans une mandibule, entre les trous mentonniers, pour stabilisation d'une prothèse adjointe totale peut être réalisée avec pour seules radiographies un cliché panoramique et une téléradiographie de profil.

D'une manière générale, en cas de complication, il sera toujours reproché au praticien de ne pas avoir prescrit de clichés scanner. De plus, pour visualiser une pose d'implants avec un logiciel de simulation chirurgicale, le scanner est indispensable.

Tous les stomatologues peuvent-ils poser des implants ?

Un praticien réalisant des poses d'implants doit pouvoir faire état de sa formation donc de son aptitude à réaliser ce type d'actes. Il en va de l'intérêt du patient, de celui du praticien et de celui de toute la profession.

La formation des stomatologues comporte un volet chirurgical important leur permettant, pour ceux qui n'ont pas reçu d'enseignement en implantologie au cours de leurs études, d'être rapidement compétent dans ce domaine dès lors qu'ils suivent une formation idoine (théorique mais surtout pratique). Un critère important, pour le patient – et au plan médico-légal – est de savoir gérer les complications éventuelles.

Le recours aux logiciels de simulation chirurgicale de pose d'implants permet, à tout stomatologue, après une formation adaptée au maniement de ce logiciel, de pratiquer ce type d'intervention dans des conditions optimales de sécurité.

Concernant les stomatologues-chirurgiens maxillo-faciaux, l'implantologie étant pratiquée dans la quasi-totalité des CHU, leur formation à cette thérapeutique est intégrée dans leur cursus ; pour les chirurgiens maxillo-faciaux, la formation à la prothèse implantoportée dentaire est le plus souvent théorique ; la prothèse maxillo-faciale implanto-stabilisée leur est plus familière.

Les implants dentaires peuvent-ils être posés en cabinet ?

À ce jour (octobre 2006), aucun texte officiel n'impose à un praticien (stomatologiste ou chirurgien-dentiste) de conditions particulières et précises pour la pose des implants. Il peut donc intervenir dans son cabinet. Seules les règles de « bonnes pratiques » recommandent d'effectuer ces actes dans un environnement chirurgical.

Pour les stomatologistes, soumis aux mêmes contraintes que les autres médecins, les pouvoirs publics mettent en place, pour les disciplines chirurgicales, les mesures d'accréditation des pratiques des actes dits « à risque » et des plateaux techniques sur lesquels ces actes doivent être réalisés. L'implantologie est donc concernée.

Une solution est de créer un espace dédié à la chirurgie implantaire dans le cabinet ou d'effectuer ces interventions en clinique chirurgicale. Une autre solution résiderait dans la création de plateaux techniques spécifiquement dédiés à l'implantologie et à la chirurgie buccale, homologués et accrédités et que se partageraient plusieurs praticiens.

Non soumis – pour l'instant – aux mêmes règles que les médecins, il est fort probable que les chirurgiens-dentistes seront ultérieurement contraints aux mêmes obligations pour les actes d'implantologie ou de chirurgie pré-implantaire (actes communs aux deux professions).

Pourquoi certains implants sont-ils plus onéreux que d'autres ?

Bien sûr, il existe des variations de forme, d'état de surface, etc... Cependant, il est peu probable qu'une étude scientifique indépendante parvienne à démontrer que les cellules osseuses qui régénèrent l'os autour des implants, -les ostéoblastes-, fabriquent un os de qualité différente selon que ces ostéoblastes sont au contact d'implants de prix plus ou moins élevé.

Les fabricants de barres de titane (avec lesquelles sont réalisées les implants) sont moins d'une dizaine dans le monde. Les machines-outils, qui permettent d'usiner le titane, sont, en pratique, les mêmes chez les différents fabricants d'implants. En France, pour ce qui est de la qualité des produits manufacturés, le patient est protégé par les normes européennes, très strictes, appliquées aux produits médicaux implantables. Pour commercialiser des implants, les sociétés doivent obtenir une certification ; toutes les sociétés commercialisant – officiellement – en France sont marquées « CE » et répondent aux normes EN 46001 et ISO 9001.

Les représentants commerciaux et les travaux de recherche génèrent des frais que les fabricants répercutent sur le prix de leurs implants. À ce titre, on peut expliquer, les écarts tarifaires entre implants de marques différentes. A contrario, on ne peut dire ou laisser croire aux patients (ou aux praticiens) que la qualité de l'intégration osseuse d'un implant est fonction de son prix de vente.

Existe-t-il des allergies au titane ?

Il n'est pas décrit d'allergie au titane dans la littérature médicale. Contrairement aux aciers médicaux (qui contiennent entre autres du chrome, du nickel, métaux donnant lieu à des allergies et faisant partie des maladies professionnelles) le titane T40 est dit « commercialement pur ». Il ne contient pas, contrairement au titane TA6V de trace d'autres métaux tel que l'aluminium. Le titane est donc le plus « biocompatible » des métaux. C'est pour cette raison que la quasi-totalité des implants est, à ce jour, en titane (T40).

Pourquoi certains implants ne sont pas « ostéo-intégrés » ?

L'absence d'ostéo-intégration d'un implant se traduit par une mobilité et/ou une douleur à la mobilisation de l'implant. Un implant non ostéo-intégré doit être enlevé. Cette « perte » d'un implant peut survenir avant ou après la pose de la prothèse.

Avant la pose de la prothèse, la perte d'un implant signifie qu'il n'y a pas eu ostéo-intégration. Ce peut être un problème lié à la technique chirurgicale (échauffement osseux trop important, infection, axe d'insertion incorrect...) ou à la qualité de l'os (trop dense ou au contraire trop peu minéralisé).

Après la pose de la prothèse, la perte de l'implant peut être précoce ; il s'agit alors d'un problème d'occlusion (sur-occlusion, inadaptation de la prothèse). Enfin il existe une perte de l'implant liée au vieillissement ; une perte de l'os autour des implants est inéluctable avec le temps. L'École suédoise évalue cette perte « verticale » à 1 à 2 mm la première année et ensuite 1/10 de mm chaque année.

La pose d'un implant est-elle douloureuse ?

Sous anesthésie locale, une pose d'implant n'a aucune raison d'être « douloureuse ». En effet, pour que l'os se reconstitue autour de l'implant posé, et qu'il s'intègre à l'os, il faut nécessairement que l'os ait été préservé au plan thermique, mécanique et infectieux. Les gestes d'implantologie doivent en conséquence être le moins « agressifs » possible. Une pose d'implant doit être moins douloureuse qu'une extraction dentaire (simple). Une prémédication (psychologique et/ou médicamenteuse) permet de diminuer le stress lié à ce type d'intervention.

Quel est l'âge limite pour la pose d'implants ?

Il n'y a pas de limite physiologique : aussi longtemps qu'un os est susceptible de régénération, l'ostéointégration d'un implant est théoriquement envisageable.

Bien entendu, l'indication de pose d'implant doit rester raisonnable ; l'âge physiologique du patient est l'un des paramètres pris en compte par le praticien : ce qui relève autant de l'éthique que du bon sens.

Qu'est-ce que la « mise en nourrice » d'un implant ?

Il s'agit d'une technique de pose des implants consistant à enfouir dans l'os l'implant protégé par une vis de couverture puis à recouvrir l'implant par la gencive. Trois à six mois plus tard, une découpe de la gencive permet de retirer la vis de couverture et de visser le pilier (de cicatrisation) sur l'implant. C'est le protocole chirurgical initial de l'École suédoise.

Qu'est-ce qu'une implantation « deux temps en un » ?

Technique chirurgicale de pose des implants en un seul temps opératoire. Après avoir enfoui l'implant dans l'os le praticien pose immédiatement le pilier (de cicatrisation) sur l'implant, pilier qui traverse la gencive. La cicatrisation osseuse demande comme pour la mise en nourrice, plusieurs mois.

Termes techniques en implantologie

Implant dentaire

Un implant dentaire (ou intra-oral) est une racine dentaire artificielle. Les implants ont pour fonction de remplacer les racines dentaires et sont, comme celles-ci, endo-osseux ; de ce fait, ils peuvent supporter des prothèses fixes ou des prothèses amovibles. L'implant est surmonté d'un élément prothétique (couronne, inlay-core, attachement, plateau pour aimant...).

Ostéo-intégration d'un implant

Un implant remplit sa fonction lorsqu'il est intimement intégré au tissu osseux dans lequel il est placé. Il ne doit exister aucune interposition de tissu fibreux réactionnel entre les cellules osseuses et l'oxyde de titane. Par facilité de langage, on dit alors que l'implant est ostéointégré ; d'où le terme créé en Suède d'« osseointégration », en français : ostéo-intégration.

Edentement

Il s'agit de la perte ou de l'absence congénitale d'une dent (couronne et racine). Un édentement peut être partiel ou total. Limité à une dent, l'édentement partiel est dit unitaire.

Plan de traitement

Document écrit (pouvant comprendre des schémas) exposant de manière concise mais explicite les différentes étapes du traitement projeté par le praticien. Il accompagne le ou les devis des différents professionnels chargés d'intervenir (en chirurgie, parodontologie, occlusodontie...). Idéalement, un plan de traitement doit être global et proposer l'ensemble des étapes permettant d'aboutir à une réhabilitation complète des deux arcades dentaires.

Devis (descriptif) :

Document réglementairement obligatoire pour les actes prothétiques, il est aussi nécessaire pour la chirurgie implantaire (même si aucun règlement formel n'existe à ce jour).

Il doit décrire précisément les actes envisagés et les moyens matériels prévus (nombre, localisation, type et taille des implants par exemple). Il doit être signé par le patient et le praticien en double exemplaire.

Il est souvent associé mais ne doit pas être confondu avec le plan de traitement. Un praticien, exécutant, seul, toutes les étapes du traitement, peut rédiger un plan de traitement chiffré tenant lieu de devis.

Guide radiologique

Il s'agit d'une plaque de résine pouvant prendre la forme d'une prothèse adjointe que l'on place en bouche avant de réaliser des radiographies et notamment un scanner des mâchoires pour prévoir la position des futurs implants.

Plus ou moins complexe, un guide radiologique a un coût variant de quelques dizaines à plusieurs centaines d'euros.

Logiciels de simulation chirurgicale

Authentique progrès de l'imagerie en implantologie, les logiciels de simulation permettent, en fonction notamment du guide radiologique, de positionner idéalement les implants.

Respect des espaces inter-dentaires (embrasures), mesure précise (diamètre et longueur) des implants, prévision des contraintes prothétiques... ces logiciels révolutionnent non pas le geste chirurgical (qui bien entendu reste le même : perçage, taraudage éventuel et vissage de l'implant) mais il transforme les conditions de fiabilité et de sécurité de ce geste chirurgical.

Dans ces conditions, tout stomatologiste peut, après une formation adaptée (théorique et surtout pratique) au maniement de ce logiciel, réaliser des poses d'implants en toute sécurité. C'est à partir des simulations réalisées avec ces logiciels que l'on fait réaliser un guide chirurgical (voir ce terme).

Le prix (plusieurs milliers d'euros) de ces logiciels très performants, qu'un praticien s'initiant à l'implantologie n'utilisera que quelques jours dans l'année, les rend difficilement accessibles, malgré leur incontestable intérêt. Seule une mise en commun des coûts permettrait à des praticiens débutants de les acquérir.

Guide chirurgical

Comme le guide radiologique, dont il est le plus souvent la continuité, il peut être plus ou moins sophistiqué ; il peut simplement indiquer au chirurgien l'emplacement souhaitable du forage osseux. Associé à un logiciel de simulation chirurgicale, il inclut des tubes de diamètres croissants, assurant le guidage des forets ce qui permet de sécuriser le geste chirurgical. Il peut aussi présenter des butées d'enfoncement pour les forets. L'inconvénient est son coût, parfois dissuasif (plusieurs centaines d'euros par arcade).

Quelques idées reçues

Un praticien doit savoir utiliser toute une palette d'implants (vis, plaque, disque...)

La plupart des implants commercialisés sont des implants-vis. Dans les services hospitaliers, en implantologie intra et extra-orale, les implants utilisés sont – presque exclusivement – en forme de vis.

La supposée adéquation entre volume osseux et type d'implants perd tout sens dès lors que l'on utilise des greffes osseuses. Au choix d'un implant adapté à l'os restant, il semble préférable de réaliser l'aménagement osseux du site implantaire afin de mettre en place des implants-vis.

Tous les implants sont en titane

Le plus souvent, les implants sont en titane T40; quelques-uns sont en titane TA6V; des implants en zircone (de couleur blanche) existent et semblent devoir se développer dans les années à venir. Par le passé toutes sortes de matériaux ont été utilisées (tantale, carbone, acier); ils sont désormais abandonnés.

Une pose d'implants est un acte onéreux

Sauf exception, les tarifs d'implantologie dentaires varient de 500 à 1 300 € par implant.

Cette disparité est fonction de la personne ou à la structure à laquelle on s'adresse: praticien privé, dispensaire, faculté d'odontologie ou service de CMF de CHU.

Elle est aussi fonction d'autres paramètres: nombre d'implants, notoriété du praticien, zone géographique... qui concernent plus le secteur privé que les structures publiques.

En milieu hospitalier (ou en facultés d'odontologie), pour des indications particulières, il arrive que des poses d'implants puissent être d'un coût modique (250 à 350 € par implant). Une prise en charge intégrale est également possible pour les reconstructions maxillo-faciales (après cancer, traumatismes balistiques malformations etc...)

Une des raisons du coût souvent plus élevé des interventions en cabinet privé tient aussi au fait que dans son cabinet, aménagé pour ce type d'acte, le praticien (omnipraticien) assume, souvent seul, l'intégralité des frais liés à l'acte (création de l'environnement chirurgical) et aux conditions d'exercice imposées par les règles de « bonne pratique » (stérilisation, traçabilité, entretien du matériel...). À l'avenir, les contraintes d'agrément ou d'accréditation des locaux et des pratiques renforceront encore les coûts de fonctionnement; ce que supporteront moins aisément les cabinets privés d'omnipraticien.

Un partage des frais d'équipement d'un plateau technique répondant aux normes en vigueur, permettrait à des praticiens (expérimentés ou non) regroupés pour utiliser ce plateau technique, d'offrir aux patients des conditions de pratique de l'implantologie correspondant aux règles de bonne pratique mais à des tarifs comparables à ceux des hôpitaux ou des facultés d'odontologie.

Quelques contrevérités

Il faut remplacer chaque dent manquante par un implant

Pour des édentements unitaires, cette indication tend à devenir la règle; lorsqu'il manque plusieurs dents contiguës et *a fortiori* lorsque toutes les dents sont absentes, le plan de traitement doit faire apparaître le nombre d'implants indispensables.

Ceci étant dit, on « peut » remplacer, chez un édenté total, chaque dent manquante – ou presque – par un implant mais il n'est pas honnête de dire au patient que c'est une nécessité ou une obligation thérapeutique.

Poser un implant est un acte chirurgical difficile

Comme pour tout acte chirurgical il faut avoir appris à effectuer ce geste et être équipé pour le faire. Il faut donc avoir suivi, au cours de ses études universitaires – ou en dehors de celles-ci – un enseignement théorique et pratique en implantologie. Il faut ensuite, conformément à ce que l'on enseigne, pratiquer dans des conditions d'asepsie et de stérilité conformes aux règles de bonne pratique. Tout praticien sérieux et respectueux de ses patients se doit d'appliquer ces règles.

C'est un acte difficile : impossible de répondre par oui ou non : certains cas sont simples d'autres sont plus compliqués. La difficulté se répartit selon une courbe de Gauss et chaque praticien doit savoir où s'arrête sa compétence professionnelle afin, si nécessaire, de se faire assister ou de confier son patient à quelqu'un de plus compétent, ce qui est la règle commune pour tous les actes que nous réalisons habituellement.

Quoi qu'il en soit et en se référant à la CCAM (Classification commune des actes médicaux), la pose d'un implant (extra-oral) représente, par rapport aux autres actes de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale un acte de difficulté comparable à l'extraction d'une canine incluse.

Pour éviter les greffes osseuses on peut utiliser des substituts osseux

Pour les chirurgiens maxillo-faciaux, au moins, aucun produit de comblement n'est équivalent à l'os autologue en terme de tolérance et de plasticité. Os autologue et substituts osseux ont toutefois un point commun : ils sont, tous les deux, radio-opaques.

Il est plus simple et plus rapide d'utiliser un substitut osseux que d'effectuer un prélèvement osseux.

Mais les substituts osseux actuels sont plus souvent en cause que l'os autologue dans les phénomènes de rejet ou les complications infectieuses ; leur coût doit également être pris en compte.

La chirurgie osseuse pré-implantaire est onéreuse

Lorsque la quantité d'os est insuffisante pour poser des implants, il faut ajouter (ou augmenter) la quantité d'os du site receveur. Plusieurs moyens – chirurgicaux – sont envisageables : expansion osseuse, distraction, auto-greffes de ramus, de hanche ou d'os pariétal.

Sauf exception pour la reconstruction des maxillaires atrophiques, cette chirurgie, longue et minutieuse n'est pas prise en charge... Mécaniquement, eu égard à la durée d'utilisation du bloc opératoire, les coûts des frais de salle d'opération et des honoraires médicaux (chirurgien et anesthésiste), sont élevés.

Les implants ne sont pas pris en charge

Un certain nombre de compagnies d'assurance et certaines mutuelles (cf. *Que Choisir*, février 2003) prennent – partiellement – en charge la prothèse implantoportée ; certaines d'entre elles remboursent aussi en partie la pose des implants. Cependant, pour la Sécurité sociale, la pose des implants dentaires n'est pas, à ce jour, prise en charge mais figure déjà dans la CCAM.

Il semble que pour au moins une affection, la dysplasie ectodermique, des discussions soient en cours pour que les enfants présentant des oligodonties (des absences de dents définitives) majeures de plus de six dents, bénéficient, dans un avenir prochain, d'une prise en charge.

Bien que cette mesure soit très limitée en nombre de patients pris en charge, elle aura un impact important pour les mutuelles et les compagnies d'assurance, car elle donnera une base de référence pour d'éventuelles prises en charge par ces organismes.

Il est vraisemblable que la prise en charge des implants dentaires sera à peu près similaire à celle des implants extra-oraux qui sont pour leur part déjà inscrits à la CCAM. Il est peu probable que les écarts soient significatifs, dans la mesure où les gestes et le matériel sont quasiment identiques. Il serait dès lors étonnant que pour des actes très proches, un chirurgien maxillo-facial, un stomatologiste ou un chirurgien-dentiste ne perçoivent pas des honoraires équivalents.

Pour information les honoraires correspondant à la pose d'un implant extra-oral s'élevaient selon la CCAM à :

$$324,2\text{€}$$

(LALA002 + LALB001 + LABA002 soit 167,20 + 115,2 + 41,80€).

Il faut ajouter à cette somme, le remboursement de l'implant et du pilier de cicatrisation ainsi que les frais de salle d'opération.

LA PROTHÈSE SUR IMPLANTS

Quelques définitions concernant la prothèse

Prothèse adjointe

Une prothèse adjointe est l'inverse d'une prothèse conjointe ; elle peut être (volontairement) enlevée. On parle aussi de prothèse (ou d'appareil) mobile ou amovible. Ce que l'on appelle familièrement un « appareil complet » devrait être appelé une « prothèse adjointe complète (ou totale) ».

Il existe des prothèses adjointes partielles (ne remplaçant qu'une ou plusieurs dents) ou complètes (remplaçant toutes les dents). Une prothèse adjointe est constituée d'une base de résine ou de métal (on parle alors de squeletté ou de stellite). Cette base résine ou métallique est surmontée par des dents en résine ou en céramique.

Inlay-Core

Élément de prothèse conjointe appelé aussi « faux moignon » car il reconstitue prothétiquement un « moignon » dentaire sur lequel peut être placée une couronne unitaire ou un pilier de bridge.

Attachements

Système constitué de deux ou trois pièces permettant de stabiliser une prothèse adjointe sur des dents. L'une des pièces se fixe sur la dent ; l'autre sous la prothèse. Le rôle des attachements est de maintenir, de stabiliser la prothèse (adjointe).

Adhésifs/Colles

Moyen le plus utilisé de stabilisation des prothèses adjointes (essentiellement des prothèses complètes) ; les adhésifs voient leur intérêt disparaître avec les attachements.

Quelques termes techniques concernant la prothèse « sur implants »

Pilier

Un pilier est une pièce qui se positionne sur l'implant. Le pilier traverse la gencive ; c'est lui (en général) que le patient perçoit en bouche.

Pilier de cicatrisation et pilier prothétique

Il existe deux types de piliers ; celui que l'on pose sur l'implant durant la période de

cicatrisation de la gencive, il s'agit du pilier de cicatrisation et celui qui va être utilisé pour supporter ou stabiliser une prothèse et l'on parle alors du pilier prothétique.

Prothèse implantoportée

Il s'agit d'une prothèse portée ou supportée par un implant. Seules les prothèses conjointes (ou fixes : couronnes et bridges) sont réellement implantoportées.

Prothèse implantostabilisée

Il s'agit d'une prothèse adjointe (mobile) partielle ou complète stabilisée par des attachements. L'une des parties de l'attachement est fixée sur l'implant l'autre partie est placée sous la prothèse.

On a coutume de dire que « les attachements remplacent la colle ». Cela signifie que la prothèse est stabilisée et non fixée aux implants. Donc il persiste une légère mobilité tout à fait normale. De plus les deux, trois ou quatre implants destinés à stabiliser la prothèse ne peuvent (et ne doivent) à eux seuls, supporter les efforts de mastication.

Pilier-boule

Pilier cylindrique surmonté d'une petite sphère pleine complémentaire d'une sphère creuse de même diamètre située sous la prothèse (adjointe) ; il s'agit du système d'attachement implantoporté le plus simple et le plus utilisé.

Stabilisation par barre et clips

Système dérivé de la stabilisation des prothèses adjointes classique ; deux implants (au moins) supportent une barre transvissée sur ces implants. La prothèse (adjointe) présente, à sa partie en contact avec la muqueuse, des clips en métal ou en téflon, retenus dans la prothèse et se clipsant sur la barre.

Prothèse (conjointe) transvissée

Prothèse la plus simple ; la couronne prothétique est traversée par une vis qui la maintient sur l'implant. Avantage, en cas de dévissage, la solution est simple : on enlève le ciment obturant l'orifice de la vis et on ressert celle-ci. Inconvénient, la couronne présente un orifice obturé par un « ciment blanc » ; parfois cet orifice est incompatible avec l'esthétique. Il faut alors avoir recours à une prothèse « à étage » : un inlay-core est transvissé sur l'implant et la couronne prothétique est scellée avec un ciment (provisoire) sur cet inlay-core. Avantage : l'esthétique ; inconvénient : un dévissage de l'inlay-core peut devenir un « casse-tête ». Heureusement des solutions se précisent notamment en terme d'anti-dévissage des inlays-core .

Inlay-Core implantoporté

Élément prothétique reconstituant un « moignon » dentaire transvissé pour être fixé sur l'implant. Grâce à cet intermédiaire, on peut redresser des axes divergents ou convergents (qui ne permettent pas de réaliser des prothèses transvissées). Ils permettent une meilleure esthétique et reçoivent des prothèses scellées.

Quelques idées reçues concernant la prothèse

Une « dent sur pivot » est un implant

Contrairement à ce que pensent beaucoup de patients; la couronne « Richmond », (le terme exact pour la « dent sur pivot »), est posée sur une racine dentaire naturelle.

Le bridge complet sur implants est la meilleure solution de l'édentement complet

Le recueil d'un consentement « éclairé » du patient oblige le praticien à expliquer au patient que le bridge complet présente « aussi » quelques désavantages (coût, contraintes d'hygiène, complications éventuelles...) par rapport à des prothèses plus simples. Mais ses avantages sont incontestés.

La prothèse doit être réalisée par celui qui pose les implants

Prothèse implantoportée et chirurgie implantaire sont en effet deux activités différentes. Il est en théorie préférable pour un patient d'être pris en charge par un spécialiste du domaine chirurgical puis par un spécialiste du domaine prothétique.

En fait, cliniquement, seuls quelques cas nécessitent vraiment d'avoir recours à des spécialistes en chirurgie et en prothèse. Pour l'immense majorité des cas, plus simples, un omnipraticien, à la condition d'avoir reçu une formation adaptée et reconnue, et de pratiquer dans un environnement chirurgical, peut réaliser lui-même la pose des implants puis la prothèse implantoportée ou implanto-stabilisée.

Quelques questions

Quels sont les avantages des prothèses sur implants par rapport aux prothèses classiques ?

Il faut distinguer les avantages vis-à-vis des prothèses fixes ou des prothèses amovibles et faire la distinction entre les avantages esthétiques et de confort qu'il est inutile de développer tant ils sont évidents et les avantages fonctionnels résumés ci-dessous :

- Par rapport à la prothèse fixe, les implants portant des couronnes ou les implants portant des bridges évitent de prendre appui sur les dents adjacentes ;
- Par rapport à la prothèse mobile partielle, les implants évitent les crochets qui ont tendance à mobiliser les dents sur lesquelles ils prennent appui ;
- Par rapport à la prothèse complète, les implants permettent une stabilisation de la prothèse et ils évitent aux patients d'avoir recours aux adhésifs.

Pourquoi les armatures métalliques des couronnes et des bridges implantoportés sont-elles en or ?

L'implantologie moderne est d'origine suédoise et la plupart des notions qui font autorité en implantologie viennent de ce pays. Ainsi, est-il interdit, en Suède, d'utiliser en bouche d'autres métaux que l'or, le platine ou le titane. C'est la raison principale pour laquelle les armatures sont le plus souvent en or. Elles sont aussi parfois en titane, mais le coût est évidemment beaucoup plus élevé pour une fiabilité similaire.

Les éléments prothétiques se fixant sur les implants sont-ils compatibles entre les différentes marques ?

Le matériel suédois (d'origine) a semblé, un temps, pouvoir devenir une référence lorsque les brevets le protégeant sont tombés dans le domaine public. Un certain nombre de « clones » de l'implant suédois a été fabriqué. Pour certains éléments de certaines marques, il existe donc une certaine compatibilité.

Cette évolution a cessé avec l'apparition des connexions internes (entre pilier et implant), souvent propres à chaque type d'implant... En règle générale, chaque fabricant, pour des raisons commerciales, essaie de créer des gammes de produits spécifiques protégés par brevets.

Patients et praticiens n'ont rien à gagner dans cette singularité des connexions car des séries de pièces plus limitées entraînent des coûts de production plus élevés donc des matériels plus onéreux à acquérir.

Cette politique commerciale a pour effet, en France, de maintenir, au plan financier, le traitement implantaire hors de portée d'une large majorité de patients. Dans la mesure où les implants dentaires sont un moyen thérapeutique utile (voire nécessaire pour certains patients), on peut se demander, au plan éthique, si les médecins peuvent accepter, en contradiction avec notre serment, que le critère d'accès à ce progrès médical soit le revenu du malade.

Quelques contrevérités

La prothèse sur implants est plus compliquée que la prothèse classique

La prothèse sur implant répond à des protocoles très précis mais ne demande pas une plus grande compétence, ni même une meilleure dextérité, il faut simplement avoir reçu (ou acquis) une formation adaptée.

La prothèse sur implants est plus chère que la prothèse classique

Une prothèse sur implant nécessite plus de matériel qu'une prothèse classique : transferts, analogues, implants et piliers... tout cela à un prix ; donc une prothèse sur implants, conjointe ou adjointe nécessite, *a priori*, le même matériel qu'une prothèse classique à laquelle s'ajoute « l'accastillage », c'est-à-dire toutes les pièces nécessaires à la réalisation des prothèses « sur implants ».

Il faut cependant apporter deux correctifs à cette évidence apparente ; d'une part, concernant le laboratoire de prothèse, il est, en général, plus simple (et donc- moins onéreux) de réaliser une prothèse sur implant que sur dent naturelle (qualité des empreintes avec transferts, incontestabilité des limites de préparation sur une réplique etc...); d'autre part, concernant le travail du praticien, la taille d'une dent pour la préparer à recevoir une couronne ou un pilier de bridge demande du temps et du matériel (turbine, fraises...) ce qui n'est pas le cas pour la prothèse sur implant.

Ajouter au prix d'une prothèse traditionnelle, le coût de l'accastillage pour obtenir celui d'une prothèse sur implant est une méthode simpliste ne reflétant pas la réalité, ce qui pénalise la prothèse sur implant et limite son développement.

La prothèse sur implants relève de « spécialistes »

Réaliser une prothèse sur implant nécessite d'avoir appris à le faire. Beaucoup de stomatologues (ou de chirurgiens-dentistes) actuellement en activité libérale n'ont pas étudié, au cours de leurs études, les protocoles de réalisation des prothèses implantoportées.

Ces connaissances nouvelles peuvent être acquises par la FMC et peuvent entrer dans un processus de « démarche-qualité » et d'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

À la condition d'avoir reçu une formation adaptée, tous les Stomatologues omnipraticiens (et cela vaut pour les chirurgiens-dentistes) sont en mesure, comme pour la chirurgie implantaire, de réaliser ce type de prothèse dans les limites de leur compétence et de leur aptitude à gérer ces complications.

LES IMPLANTS MAXILLO-FACIAUX (OU EXTRA-ORAUX)

Ils sont à la prothèse maxillo-faciale (PMF) ce que sont les implants intra-oraux à la prothèse dentaire. Ils ont transformé, en Suède où ils ont été mis au point, l'indication de PMF. En effet grâce à ce mode de fixation des prothèses, il a été possible de les faire plus esthétiques, plus fines (puisqu'il n'est plus nécessaire d'utiliser des adhésifs).

Dans le même temps, les implants assurent une facilité et une fiabilité dans le positionnement des PMF sans comparaison avec ce que permettaient les PMF classiques.

Ce type d'implants est posé essentiellement en milieu hospitalier et moins d'une dizaine de chirurgiens maxillo-faciaux pratiquent en privé ce type d'actes. Ce type d'implants et de prothèses est intégralement pris en charge et cela peut et doit indiquer la voie pour les implants intra-oraux.

Le geste de pose d'implant, qu'il soit intra ou extra-oral est pratiquement le même; il doit cependant être adapté à la structure anatomique cranio-faciale rencontrée.

La prothèse maxillo-faciale

Domaine peu connu de notre spécialité, elle a pour origine, (si l'on excepte le Masque de Fer et quelques raretés historiques) le traitement des « Gueules cassées », les traumatisés de la face et de la tête de la Grande guerre. Excellent moyen de redonner rapidement un aspect compatible avec une vie sociale, la PMF est prise en charge intégralement et demeure assez confidentielle malgré l'intérêt que représente le recours aux implants extra-oraux, pour le traitement des pertes de substances faciales étendues.

L'implantologie extra-orale, en permettant d'établir, à travers le plan cutané, une connexion entre intérieur et extérieur de l'organisme humain, constitue un domaine de recherche et d'applications éventuelles par exemple pour le passage de courants électriques à travers la peau.

DÉVELOPPEMENT DE L'IMPLANTOLOGIE DENTAIRE : QUELQUES PROPOSITIONS

Sans faire d'angélisme, ni trop se bercer d'illusions, il est nécessaire que tous les acteurs liés à l'implantologie (Pouvoirs publics, fabricants, prothésistes et praticiens) œuvrent dans le même sens pour qu'un maximum de patients et de malades puissent bénéficier, un jour, de ce progrès thérapeutique. Il faut pour cela trouver des réponses à un certain nombre de questions que nous avons soulevées dans ce chapitre.

Pour résumer, ce qui caractérise, pour le patient, la qualité d'une intervention, ce n'est pas seulement le succès de cette intervention. C'est, aussi, qu'elle ait été pratiquée par un praticien compétent, dans un environnement adapté, pour un coût raisonnable et selon des règles médico-légales rigoureuses.

Concernant les praticiens et contrairement aux produits, il n'existe pas de normes. Mais les textes réglementaires sont en préparation afin qu'un praticien obtienne un certain nombre de points attestant qu'il participe aux actions de FMC, qu'il inscrive sa pratique professionnelle dans une démarche de qualité et qu'il envisage une évaluation de ses pratiques professionnelles.

Concernant un environnement chirurgical pour un omnipraticien libéral débutant, seul, une activité d'implantologie dentaire, créer un environnement chirurgical est un investissement lourd à la rentabilité incertaine et pesant sur les honoraires demandés au patient. Une des solutions consiste à partager les frais induits par l'activité d'implantologie.

Ainsi, pour le même praticien, la mise en commun avec quelques autres confrères d'un plateau technique serait un moyen de développer sa nouvelle activité dans des conditions techniques irréprochables correspondant aux règles de bonne pratique, pour un investissement financier divisé par le nombre de confrères regroupés. De tels regroupements permettraient aussi de diviser les frais d'acquisition de matériel (laser, microscope, appareils de radiographie...) et de logiciels d'imagerie relativement coûteux.

Au plan financier, le fait de se regrouper aurait un intérêt supplémentaire, celui de commander, en quantité, des implants, du matériel à usage unique ou du matériel ancillaire. Il s'agirait d'un facteur d'économies importantes.

Enfin, au plan médico-légal, la réunion de plusieurs confrères permettrait de confier à un personnel (infirmier ou équivalent) spécialisé la stérilisation et la traçabilité, l'entretien du matériel chirurgical et du plateau technique.

Il serait temps également, que, dans l'intérêt des patients et dans l'optique d'une future opposabilité des tarifs, une certaine standardisation des pièces prothétiques puisse être obtenue, sachant que nombre des anciens brevets sont dorénavant dans le domaine public.

CONCLUSION

L'édentement a des répercussions physiologiques (mastication et phonation) et psychologiques souvent importantes. L'implantologie représente une évolution thérapeutique majeure dans le traitement de cette affection touchant une part importante de la population. Pris en charge totalement ou partiellement dans de nombreux pays d'Europe, le traitement de l'édentement par prothèse implantoportée ne fait pas l'objet, en France, d'une prise en charge par les organismes de sécurité sociale.

L'accès d'un plus grand nombre de patients à l'implantologie est l'affaire de tous, Pouvoirs publics, praticiens, sociétés commerciales, laboratoires de prothèses, Assurances, Mutuelles.... La réduction des coûts de traitement est possible, si chacun des partenaires se fixe pour objectif d'y parvenir.

Les praticiens, par la formation et le partage des frais d'équipement, prendront leur part de cet effort collectif pour développer l'implantologie dans l'intérêt des patients.

Les médicaments et les biomatériaux

Pr Dominique Muster, service de Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale et Chirurgie plastique reconstructrice, CHU de Strasbourg

Comme nombre de spécialités, la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale comporte un volet médical et un volet chirurgical avec des solutions thérapeutiques spécifiques. La thérapeutique médicale bucco-dentaire fait appel à des médicaments administrés par voie générale et/ou par voie locale.

La thérapeutique par voie générale est ciblée sur un effet pharmacologique déterminé (antibiotique, antalgique, anti-inflammatoire, correction d'une carence...).

La thérapeutique par voie locale (bains de bouche, gels, suspensions, solutions...) vise souvent, quant à elle, une action immédiate de soulagement au niveau des zones atteintes pour améliorer rapidement le bien-être ou le confort du patient.

La thérapeutique chirurgicale, orale et maxillo-faciale, lorsqu'il s'agit de réparer, de reconstruire, ou de modifier la morphologie, fait appel à des greffes tissulaires (traitées ailleurs) ou à des biomatériaux d'origine minérale, synthétique ou biologique, qui sont finalisés dans leur forme et leur fonction pour réaliser des biomatériels (prothèses, implants, matériaux de comblement...).

La Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale est une discipline carrefour et certains moyens ou méthodes qu'elle emploie peuvent également être utilisés dans des disciplines voisines (dermatologie, infectiologie, ORL, gastro-entérologie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique reconstructrice...).

LES MÉDICAMENTS

L'état des lieux effectué en 2006 nous amène aux trois constatations suivantes :

- l'arsenal thérapeutique mis à la disposition du praticien pour traiter la pathologie médicale bucco-dentaire est quasiment inchangé quant à ses moyens et méthodes depuis une trentaine d'années ;
- il tend à se réduire fortement quant à la variété des formes galéniques, excipients et principes actifs disponibles sur le marché ;
- il n'exploite quasiment pas les importantes possibilités des systèmes à libération contrôlée intra-buccale.

Comme très peu de nouveaux principes actifs apparaissent chaque année sur le marché, l'innovation que peut souhaiter le praticien est plutôt à rechercher du côté des nouveaux

systèmes thérapeutiques utilisant des formes adaptées à la délivrance locale et tenant compte des caractéristiques spécifiques de l'environnement oral.

Thérapeutique par voie générale

Anti-infectieux

- **Antibiotiques antibactériens**

Au sein de l'environnement général de la cavité buccale, il existe un certain nombre de micro-environnements avec leur microflore particulière.

Les variations qualitatives et quantitatives existant au niveau des différents sites (langue, salive, plaque dentaire) sont dues aux interactions complexes de nombreux facteurs écologiques (anatomiques, salivaires, microbiens, hygiéno-diététiques, etc.) que la thérapeutique devra prendre en compte, tout en évitant de perturber durablement leur subtil équilibre afin de gérer au mieux le rapport bénéfices/risques et aussi le coût.

Les nombreux travaux de pharmacologie et d'infectiologie réalisés ces 50 dernières années ont abouti à la mise à disposition des praticiens d'une grande variété d'antibiotiques.

L'antibiothérapie antibactérienne est réservée aux infections bactériennes ou présumées bactériennes. Elle n'a pas à être prescrite dans l'aphtose, les infections virales (herpès) et les infections mycosiques.

Un prélèvement bactériologique est utile pour rechercher un streptocoque hémolytique et nécessaire dans les infections graves, récidivantes ou chroniques telles que les ostéites. Un prélèvement histologique s'impose pour le diagnostic d'affections spécifiques (actinomycose, tuberculose).

Dans notre spécialité, sont surtout prescrites en première intention des pénicillines A, des macrolides, des synergistines, en association parfois à des nitro-imidazolés. Les lincosanides et l'association amoxicilline-acide clavulanique ne sont en général prescrits qu'en deuxième intention.

Les cyclines sont plutôt réservées aux parodontopathies (parodontite juvénile).

Quant aux céphalosporines ou aux fluoro-quinolones, elles n'ont que des indications exceptionnelles.

Certains états physiologiques ou pathologiques peuvent en outre conduire à moduler le choix ou à le restreindre.

En cas d'infection, les anti-inflammatoires ne doivent jamais être prescrits de façon isolée en première intention. Il faut attendre que l'infection soit maîtrisée. La douleur devra être traitée préférentiellement par des antalgiques.

L'antibioprophylaxie chez les sujets à risque infectieux doit être commencée une heure avant les interventions à risques. Sa durée varie selon les cas, allant de 48 heures en cas de valvulopathie à plusieurs semaines sur terrain irradié (prévention de l'ostéoradionécrose).

- **Antifongiques**

En Stomatologie, les antifongiques par voie générale ne sont utilisés qu'en cas d'intolérance au traitement local et chez les patients fragilisés, notamment les immuno-déprimés. Le traitement des candidoses oro-pharyngées en première intention est essentiellement local (amphotéricine B, miconazole, nystatine).

La durée du traitement chez le patient immuno-déprimé est fonction du pronostic de réversibilité/irréversibilité de l'immuno-dépression. On fait appel surtout à des anti-fongiques imidazolés ou à des bitriazolés. Les traitements par les polyènes ou par les bases pyrimidiques sont à réserver au milieu hospitalier.

- **Antiviraux**

Les infections virales rencontrées en pathologie bucco-dentaire (herpès-HSV-, zona-VZH-) sont souvent traitées symptomatiquement. Deux médicaments sont disponibles pour leur traitement étiologique : l'aciclovir et le valaciclovir.

Les interférons et la trithérapie préventive ou curative des infections à VIH sortent du cadre de cette approche.

Anti-inflammatoires

La thérapeutique anti-inflammatoire est destinée à contrôler l'excès de réaction aspécifique des tissus et à éviter la transformation de la phase aiguë de l'inflammation en phase chronique.

Les anti-inflammatoires appartiennent à des classes chimiques différentes les unes des autres et sont souvent doués en outre d'une activité antipyrétique et antalgique périphérique. Leur mode d'action est purement symptomatique puisque le cours de la maladie n'est pas arrêté en général.

- **Anti-inflammatoires stéroïdiens : les glucocorticoïdes**

Les glucocorticoïdes de synthèse, communément appelés corticoïdes, sont utilisés en odonto-stomatologie essentiellement pour leurs effets anti-inflammatoires ou exceptionnellement anti-allergiques.

Du point de vue pratique, on gardera en mémoire que les corticoïdes sont bien résorbés par voie orale et que la demi-vie biologique, comprise entre 12 et 54 heures, est largement supérieure à la demi-vie plasmatique.

Par voie orale, la demi-vie biologique détermine par conséquent la répartition des prises (rythme de prise se limitant à une dose unique quotidienne administrée le matin en une seule prise afin de reproduire le rythme circadien physiologique du cortisol).

Pour un corticoïde donné, le pouvoir anti-inflammatoire, l'action sur le métabolisme glucidique et le freinage de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien sont des actions strictement parallèles. Ainsi, l'importance des effets pharmacologiques (désirés et indésirables) est proportionnelle à la dose prescrite et à la durée du traitement.

Les corticoïdes sont des substances à faible risque d'interactions médicamenteuses graves. Il existe des précautions d'emploi liées aux troubles métaboliques et des adaptations de posologies avec certains médicaments, surtout pour des traitements de longue durée.

L'importance du phénomène inflammatoire aigu consécutif à certains actes chirurgicaux en Stomatologie peut justifier la prescription d'une corticothérapie de courte durée (inférieure à 5 jours).

Par définition, on peut dire que la corticothérapie en cure courte constitue un traitement suffisant pour limiter l'inflammation aiguë sans les importants effets indésirables inhérents à toute corticothérapie prolongée.

La posologie doit être adaptée au poids du patient : elle est habituellement de 1 mg/kg/j de prednisolone, en général le matin de l'intervention et poursuivie 3 jours après.

Une association est impérative à une antibiothérapie à large spectre ou adaptée à la flore pathogène en raison du caractère immunosuppresseur des corticoïdes.

L'utilisation des corticoïdes par voie parentérale face à une situation d'urgence médicale (réaction allergique à une manifestation cutanéomuqueuse ou respiratoire et choc anaphylactique) doit être soigneusement pesée. Actuellement la tendance est à privilégier l'adrénaline et à n'utiliser les corticoïdes qu'en complément éventuel.

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**

Les AINS regroupent différentes classes chimiques de synthèse (salicylés et assimilés, arylcarboxyliques, anthraniliques) de structure non stéroïdienne, à la différence des glucocorticoïdes.

En Stomatologie, les essais cliniques des AINS sont relativement rares et leur méthodologie pas toujours rigoureuse.

Ces AINS peuvent être prescrits soit pour leurs propriétés antalgiques soit pour leurs propriétés anti-œdémateuses et anti-inflammatoires. Ce sont des médicaments symptomatiques qui ne dispensent en aucun cas du traitement étiologique, chaque fois que ce dernier est possible. Avant toute prescription d'un AINS, une analyse soigneuse et individualisée du rapport bénéfices/risques est souhaitable.

- **Nouveaux anti-inflammatoires**

Comme l'ont souligné les travaux cliniques les plus récents, les inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 sont à manier avec la plus grande prudence et ils n'ont d'ailleurs pas, en principe, à être prescrits en Stomatologie.

Antalgiques

La douleur, qu'elle soit secondaire à une intervention ou symptôme d'un état pathologique est aujourd'hui de plus en plus difficilement admise par le malade. Le soulagement rapide de sa souffrance apparaît comme une priorité thérapeutique. L'appel au praticien correspond souvent à un deuxième recours de la part du patient en cas d'échec de son automédication habituelle. Elle correspond dans ce cas à une demande de technicité supérieure impliquant une évaluation précise et un soulagement rapide.

Les antalgiques opioïdes sont soit extraits de l'opium, soit produits par synthèse ou hémisynthèse. Leurs indications en Stomatologie sont limitées mais plusieurs de leurs représentants sont utilisés. Ils sont puissants et réservés aux douleurs de forte intensité

(douleurs cancéreuses). Depuis quelques années, l'évolution se fait toutefois vers une utilisation plus systématique des morphiniques en prenant bien en compte effets indésirables, terrain et interactions médicamenteuses.

Les antalgiques non opioïdes regroupent de nombreuses molécules de nature chimique variée. Ils sont efficaces sur les douleurs d'intensité moyenne; certains ont une action anti-inflammatoire et anti-pyrétique.

Les principaux représentants sont: aspirine, dérivés salicylés, paracétamol, noramidopyrine, AINS à dose antalgique.

Enfin, des antalgiques dits « adjuvants » sont habituellement utilisés dans d'autres indications que la douleur, mais peuvent dans certaines situations avoir une activité antalgique (anti-épileptiques, anti-migraineux, anti-dépresseurs...).

Sialomodulateurs

Parmi les sialomodulateurs, les sialagogues et les fluidifiants des sécrétions servent à lutter contre la sensation de bouche sèche et les difficultés qui en résultent pour la mastication ou la déglutition des aliments. D'autres médicaments, au contraire, permettent de réduire l'hypersalivation gênante (sialorrhée).

Vitamines

Les vitamines sont surtout indiquées dans les états de carences. En dehors de ces indications, leur utilisation est empirique ou pharmacologique. La désaffection pour les traitements vitaminiques, en raison de l'absence de preuves scientifiques de leur efficacité, écarte sans doute à tort des produits souvent bénéfiques à l'usage.

Oligoéléments

Parmi les oligoéléments, le zinc s'est révélé intéressant dans le traitement de l'aphtose. Quant au fluor, la dose journalière nécessaire pour la prophylaxie de la carie dentaire est proche de celle qui peut donner la fluorose et il faut ainsi tenir compte de la teneur en fluor de l'eau de boisson qui varie selon les régions et aussi de l'alimentation avant toute prescription.

Divers

Des molécules variées, surtout utilisées dans d'autres domaines de la thérapeutique ont également fait preuve d'efficacité dans certains états pathologiques bucco-dentaires (acide tranexamique, clonazépam, dapsone, colchicine, ébastine, extraits d'insaponifiable d'avocat de soja, ou de maïs, griséofulvine, pentoxifylline, propanolol...).

La thalidomide demeure d'une excellente efficacité dans les aphtoses rebelles ou sévères sous réserve de rigoureuses précautions d'utilisation (contraception notamment).

Thérapeutique par voie locale

Les traitements topiques sont utiles pour améliorer rapidement le bien-être et le confort des patients car ils agissent immédiatement au niveau de la zone atteinte. Ils peuvent être utilisés

seuls ou combinés à des traitements par voie générale en fonction du type de pathologie en cause. Leur temps de contact au niveau de la zone ciblée est toutefois limité et le renouvellement est souvent nécessaire.

Bains de bouche

Les bains de bouche constituent un traitement local d'appoint des affections de la cavité buccale. La durée du traitement ne devrait pas dépasser une dizaine de jours et les bains de bouche ne doivent pas être avalés. Un traitement prolongé peut exposer un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de sélection et de diffusion bactérienne ou fongique.

Les études cliniques comparatives rigoureuses manquent et dans la grande majorité des cas seule l'activité antiseptique est formellement objectivée. La chlorhexidine demeure particulièrement intéressante. Elle est active dès 0,02 % avec une concentration optimale se situant entre 0,10 et 0,20 %.

Des préparations magistrales peuvent être également utilisées, en particulier dans le traitement local des candidoses (bains de bouche composés : Fungizone®, Eludril®, eau bicarbonatée 1,4 %). Quant aux bains de bouche aux corticoïdes, ils s'utilisent dans les cas de lichen érosif ou d'ulcérations aphthoïdes (après s'être assuré qu'il ne s'agit pas d'un herpès).

Substituts salivaires

Les substituts salivaires sont utilisés dans les xérostomies, surtout quand il n'est pas possible de stimuler la sécrétion salivaire, ce qui est le cas lorsque le parenchyme glandulaire n'est plus totalement ou partiellement fonctionnel.

Autres topiques

Différentes crèmes, pommades et gels à visée antibactérienne, antifongique ou antivirale peuvent être utilisés seul ou en complément pour des durées ne devant pas dépasser une dizaine de jours.

Enfin, d'autres topiques sont utilisés pour leurs propriétés caustiques et kératolytiques (notamment lichen buccal dans ses formes hyperkératosiques).

Dispositifs à libération contrôlée

L'application à notre spécialité des dispositifs à libération contrôlée mériterait d'être plus développée qu'elle ne l'est, car c'est certainement là que résident les plus importantes et les plus innovantes possibilités thérapeutiques pour les affections de la muqueuse buccale :

- fibres creuses pour l'application d'antibiotiques par voie locale dans le traitement des parodontites ;
- comprimés collés au niveau d'une couronne dentaire pouvant libérer fluorure de sodium, corticoïdes, antiseptiques, sulfate de zinc, antifongiques... ;
- patchs buccaux polymériques pour la libération contrôlée de corticoïdes, d'anesthésiques locaux ou d'analgésiques opioïdes....

L'efficacité thérapeutique de ces substances actives dans le traitement des pathologies buccales superficielles est le plus souvent limitée par l'incapacité des véhicules utilisés à assurer un contact prolongé entre la substance active et les tissus lésés. Le faible pouvoir de rétention des formes buccales classiques sur le site d'application (bains de bouche, comprimés à sucer, gels buccaux) est à l'origine d'effets thérapeutiques transitoires obligeant le patient à des applications répétées pouvant entraîner en contrepartie une toxicité systémique consécutive aux déglutitions successives du médicament.

Le traitement des pathologies buccales superficielles requiert donc des formulations adaptées aussi bien à la topographie de la lésion qu'à l'anatomie et à la physiologie de la cavité orale.

Cependant, la mise au point de systèmes bioadhésifs à application buccale doit respecter un cahier des charges contraignant, ce qui explique la rareté des systèmes commercialisés.

BIOMATÉRIAUX

Selon la définition du consensus de Chester (1991), les biomatériaux sont des matériaux destinés à être en contact avec les tissus vivants et/ou les fluides biologiques pour évaluer, traiter, modifier les formes ou remplacer tout tissu, organe ou fonction du corps.

Ils se différencient des médicaments en ce sens qu'ils ne réalisent pas leur objectif thérapeutique principal par un effet chimique à l'intérieur de l'organisme et n'ont pas besoin d'être métabolisés pour être actifs.

Ils doivent ainsi être considérés comme des « matériaux avancés », mais avec la dimension supplémentaire de la **biocompatibilité**, qui leur impose de « réconcilier » des paramètres scientifiques et techniques avec la biologie humaine.

La science des biomatériaux peut être définie comme l'étude et la connaissance des matériaux dans le contexte de leurs **interactions avec les systèmes vivants**. Elle est à la thérapeutique chirurgicale ce que la pharmacologie est à la thérapeutique médicale. Le développement de biomatériaux et biomatériels est une tâche complexe, que seuls des groupes multidisciplinaires peuvent mener à bien, en réunissant des spécialistes qui souvent n'avaient pas l'habitude de dialoguer entre eux : cliniciens, physiciens, mécaniciens, chimistes, biologistes, industriels, juristes, économistes...

Si les aspects fonctionnels de la performance des matériaux peuvent être prévus avec une certaine fiabilité, l'appréciation de la performance biologique des implants demeure encore toutefois difficile et la vérification clinique tempère parfois l'enthousiasme suscité par les résultats expérimentaux.

Et même si de multiples études expérimentales ont montré la richesse des possibilités d'application en clinique de nombreux matériaux, fort peu arrivent au stade de la production industrielle et de l'utilisation courante par le praticien. Il ne suffit pas qu'un matériau possède des caractéristiques physicochimiques et mécaniques appropriées jointes à une biocompatibilité spécifique pour qu'il devienne un biomatériel utilisé dans la pratique chirurgicale courante.

Il doit également faire preuve de son aptitude à la production industrielle dans des conditions économiquement satisfaisantes et être d'utilisation aisée pour le chirurgien. Son intérêt devra enfin être confirmé par des études cliniques multicentriques.

Dans notre spécialité, comme dans bien d'autres, les biomatériaux contribuent de façon importante à la réparation ou à la reconstruction organo-tissulaire. Ils peuvent être classés en deux grandes catégories : biomatériaux d'origine non vivante (métaux, céramiques, polymères de synthèse) et biomatériaux d'origine biologique (végétale ou animale).

Biomatériaux métalliques

Le tableau ci-dessous résume les principales catégories.

Métaux purs :

- précieux (Au, Ag, Pt)
- non précieux (Ti, Ta, Nb, Zr)

Alliages métalliques :

- aciers inoxydables traditionnels (316L...) et avancés (350, 22-13-5, double phase...)
- alliages chrome-cobalt (avec ou sans W, Mo, Ni)
- alliages de titane (TiAl6V4, TiAl5Fe2.5...)
- alliages à base de platine

Composés inter-métalliques :

- amalgames dentaires Ag-Sn-Hg
- alliages à mémoire de forme (Nitinol...)

Les métaux purs ne sont employés que dans des applications bien précises et ce sont surtout les alliages métalliques qui sont couramment utilisés en clinique. Les alliages avancés visent à améliorer encore propriétés mécaniques, résistance à la corrosion, biocompatibilité et usinabilité.

En ce qui concerne les **alliages de titane** (de plus en plus utilisés en prothèse articulaire, ostéosynthèse, prothèse et implantologie dentaires) s'ils présentent de nombreux avantages (excellente résistance en fatigue-corrosion, élasticité égale à deux fois celle de l'acier, biocompatibilité), ils n'en ont pas moins quelques inconvénients (comportement médiocre en frottement, coût élevé).

Malgré leurs inconvénients, les métaux demeurent difficilement contournables dès qu'il s'agit d'obtenir solidité et stabilité immédiates (ostéosynthèse, prothèse articulaire, attelles de reconstruction...).

Les **perspectives technologiques** concernent surtout les progrès des techniques d'élaboration (métallurgie des poudres, frittage) et les traitements de surface (implantation ionique, lasers, plasmas froids) qui permettent d'augmenter durabilité, résistance à l'usure, à l'abrasion, à la corrosion.

Biomatériaux céramiques

Le tableau ci-dessous résume les principales catégories.

Céramiques dites bio-inertes :

- à base d'oxydes (Al_2O_3 , ZrO_2 ...)
- à base de carbures et de nitrures (Si, Ti)
- carbones (vitreux, pyrolytique, quasi-diamant...)

Céramiques dites bio-actives :

- à base de phosphate de calcium (HA, TCP...)
- à base d'autres sels de calcium (carbonates, sulfates, aluminates)
- bioverres et vitrocéramiques

Bien que de nombreuses compositions de céramiques aient été testées en vue d'applications médicales, seules quelques-unes sont utilisées couramment en clinique :

- l'alumine et la zirconie, essentiellement dans le remplacement articulaire ou corono- et radiculo-dentaire,
- les phosphates ou les sulfates de calcium comme revêtement sur des alliages métalliques ou à l'état de particules ou de blocs poreux pour la réparation/reconstruction osseuse,
- les verres bioactifs et les vitrocéramiques pour le remplacement des osselets de l'oreille, des vertèbres, comme revêtement sur des alliages métalliques ou des aluminocéramiques, ou encore à l'état de particules ou de blocs pour la réparation/reconstruction osseuse.

Biomatériaux polymériques de synthèse

Le tableau ci-dessous résume les principales catégories.

Élastomères :

- capables de résister à d'importantes déformations et de retourner à leurs dimensions originelles
- silicones, polyuréthanes...

Plastiques : plus rigides

- thermodurcissables (résines époxy, triazines...)
qui ne peuvent être réutilisés (réactions chimiques irréversibles)
- thermoplastiques : acryliques (PMMA, PHEMA, PVA)
polyesters (PET...) et polyamides, polyéthylène (UHMWPE),
fluorocarbonés (PTFE),
- thermoplastiques à haute résistance (polysulfones, polyacétals, polycarbonates, PEEK...) qui peuvent être fondus, remis en forme ou pré-formés

Les **silicones** ou **polydiméthylsiloxanes** (Silastic®, Polysilane®) sont utilisés pour les prothèses mammaires et divers implants en chirurgie plastique.

Le **polyméthacrylate de méthyle** est employé dans les ciments de prothèses orthopédiques, les obturations et prothèses dentaires et en cranioplastie.

Les **polyalkénoates de verre** sont employés en dentisterie restauratrice (ciments ionomères), en reconstruction ossiculaire après durcissement mais ont été écartés de la chirurgie de la base du crâne (toxicité des ions F et Al de l'Ionocem®).

Les **polymères biorésorbables** (PGA, PLA, polydioxanone) sont utilisés notamment pour la réalisation de matériels d'ostéosynthèse résorbables ou de planchers orbitaires et dans la chirurgie du septum nasal ainsi qu'en chirurgie esthétique (Newfill® : ce produit à base de PLA ne doit être utilisé qu'en se conformant strictement aux indications du fabricant avec une technique d'injection rigoureuse, sous peine de complications).

Les **inconvenients** suivants sont propres aux polymères **biorésorbables** :

- perte de leur rigidité avant l'achèvement de la consolidation osseuse ;
- dégradation hétérogène (phases cristallines, phases amorphes) ;
- libération de produits de dégradation acides altérant la biocompatibilité
- rigidité relative (gênante pour la compliance avec les tissus mous ou les vaisseaux).

Différents **composites à base d'acryliques** (BOP® et HTR®) ont été proposés en chirurgie orale et maxillo-faciale (comblement, reconstruction).

Le **polyéthylène à haute densité** (PEHD ou UHMWPE) a été largement utilisé pour les implants orthopédiques, en particulier pour les surfaces portantes articulaires (prothèse de hanche ou de genou). En Chirurgie maxillo-faciale et plastique, son utilisation s'est raréfiée depuis l'apparition de silicones.

Parmi les **polymères fluoro-carbonés**, le polytétrafluoroéthylène (PTFE) est utilisé dans les membranes pour la RTG, l'augmentation des tissus mous, patchs vasculaires. Sous forme de composite, il a été proposé pour des implants maxillo-faciaux et des prothèses d'ATM (mais les propriétés mécaniques insuffisantes ont entraîné son retrait dans cette dernière application).

Les **polyétheréthercétone** (PEEK), notamment renforcés par des fibres de carbone, peuvent être employés pour la réalisation d'implants et de plaques d'ostéosynthèse en Chirurgie maxillo-faciale.

Biomatériaux d'origine biologique

Ils se différencient en :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Biomatériaux d'origine végétale- Biomatériaux d'origine animale |
|--|

Parmi les biomatériaux d'origine **végétale** on trouve :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- arbres d'Europe (bouleau, chêne) et d'Afrique (ébène vert)- graminées arborescentes d'Asie (bambou)- squelettes calcifiés d'algues rouges (<i>Corallina officinalis</i>)- dérivés des parois cellulaires (cellulose, saccachitine) |
|---|

Les biomatériaux d'origine **animale** comprennent quant à eux :

- dérivés de tissus durs et mous de mammifères : ivoire, dent, os (allogénique, xénogénique, BMP...), cartilage, collagène
- dérivés des fluides biologiques : fibrinogènes et fibrine, acide hyaluronique
- dérivés des œufs d'oiseaux : coquilles d'œufs (poule, autruche)
- dérivés des mollusques : nacre (huître)
- dérivés des carapaces de crustacés et des cuticules d'insectes : chitine
- dérivés des sécrétions d'araignées : soie d'araignée
- dérivés des madréporaires : corail

Les **inconvenients** des biomatériaux d'origine biologique concernent les points suivants :

- réponses antigéniques à bas bruit et à long terme
- pureté du produit et sécurité infectiologique
- calcification

D'**indispensables précautions** sont bien sûr à prendre, notamment en ce qui concerne la sélection des donneurs et les techniques de stérilisation (hépatites, SIDA, ESB...). Pour tous les biomatériaux d'origine biologique, il faut souligner la difficulté de s'assurer en pratique courante qu'ils ont satisfait à tous les critères de sélection et avec quelle sécurité la conformité à ces critères a été établie.

Rappelons qu'en France deux agences d'État veillent à l'application de la réglementation

- l'Établissement français des greffes (EFG), établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé, créé en 1994 (encadrement du prélèvement, sécurité des produits du corps humain) ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de Santé (AFSSaPS), établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé, créé en 1998 : à l'intérieur de cet organisme, la DEDIM (Direction de l'évaluation des dispositifs médicaux) assure, entre autres, la surveillance des marchés.

PERSPECTIVES

Les limitations inhérentes à l'emploi des biomatériaux (détérioration à long terme des propriétés structurales et des interfaces, difficultés à trouver des substituts pour remplacer certains types tissulaires) ont entraîné le développement de l'ingénierie tissulaire qui s'efforce de reproduire les principales propriétés des tissus et de contrôler leur comportement dans le temps.

L'évolution des **biomatériaux** permet ainsi de reconnaître une **première génération** où les propriétés physiques et mécaniques des matériaux étaient seules considérées, puis une **deuxième génération** où une grande attention a été portée aux propriétés de surface pour favoriser l'intégration tissulaire au niveau des sites d'implantation et enfin une **troisième génération** qui vise la régénération tissulaire, mais demeure encore freinée par deux problèmes majeurs : celui de l'environnement moléculaire optimal (multiplicité des facteurs régulateurs de la morphogénèse) et celui de la fonctionnalité biomécanique.

La multiplicité des substituts osseux actuellement commercialisés rend bien compte du fait qu'aucun n'est pleinement satisfaisant. En outre, il y a peu d'études multicentriques cliniques et le succès d'un matériau est souvent fonction de l'importance de son utilisation par son promoteur.

Actuellement hydroxyapatite (HA), phosphate tricalcique (TCP) et corail demeurent les biomatériaux les plus utilisés comme substituts osseux en Chirurgie maxillo-faciale.

D'un point de vue pratique, il est néanmoins raisonnable d'espérer qu'au regard des bons résultats déjà obtenus par les substituts osseux synthétiques utilisés seuls (qui tous manquent d'ostéoinductivité), les produits composites contenant biomatériaux ostéoconducteurs, facteurs de croissance et cellules ostéogéniques de culture seront certainement à même de se substituer entièrement aux greffes osseuses autologues.

Bibliographie

Dubruille JH, Dubruille MT, Goudot P, Muster D, Pigot JL, Vanhakendover S. « Réhabilitation orale et implantologie ». *Encycl Méd Chir Odontologie* (Elsevier, Paris 2000), 23-330-A-10, 2000, 30 p.

Mainard D. « Les substituts osseux en 2005 ». Romillat éd, Paris 2005.

Muster D. « Thérapeutique médicale bucco-dentaire : moyens et méthodes », Elsevier éd, Paris 2004.

Muster D, Ben Slama L. « La bouche, parent pauvre de l'industrie du médicament ». *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 2006, 107.

Muster D, Rosenstiel M, Meyer C. « Biomateriaux en chirurgie orale et maxillo-faciale », *l'Homme Réparé : succès et limites de l'implantologie* (R. Guidoin). John Libbey Eurotext éd, Paris/Montrouge (à paraître).

Muster D, Vouillot JL, Dubruille JH. : « Biomateriaux, biomatériels et bio-ingénierie en chirurgie orale et maxillo-faciale » (I et II). *Encycl Méd Chir Stomatologie/Odontologie*, Elsevier, Paris 1999, 22-014-F-10 et 22-014-F-14.

Szpirglas H, Ben Slama L. « Pathologie de la muqueuse buccale ». EMC/Elsevier éd, Paris 1999.

COMPLÉMENTARITÉ ENTRE L'EXERCICE LIBÉRAL ET HOSPITALIER EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

*Dr Luc Chikhani, chef du service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale,
Hôpital européen Georges Pompidou, Paris
Dr Jean-Pierre Fusari, Lyon*

Comme dans la plupart des spécialités médicales, en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, il existe une dualité d'exercice : hospitalier et libéral. La grande majorité des praticiens exercent exclusivement en ville, quelques-uns sont attachés dans un service hospitalier.

Plus rarement, certains sont praticiens hospitaliers à temps partiel. Une minorité de praticiens en Stomatologie et en Chirurgie maxillo-faciale est plein temps hospitalier ou hospitalo-universitaire.

Malgré ce déséquilibre numérique, il existe une complémentarité déjà existante entre l'exercice libéral et hospitalier qu'il convient de promouvoir et de développer.

Cette dualité d'exercice, entre libéral et hospitalier, est un atout majeur de notre spécialité et bénéficie à nos patients. En effet, contrairement aux idées reçues et galvaudées dans la presse généraliste, il n'y a pas des patients et des pathologies de ville d'un côté et des patients et des pathologies d'hôpital de l'autre.

Quel que soit notre mode d'exercice, hospitalier ou libéral, nous sommes au service des patients qui sont notre raison d'être. D'ailleurs, nos patients l'ont bien compris et consultent souvent alternativement en privé ou à l'hôpital à leur choix, pour des raisons qui dépassent largement les motifs strictement financiers ou de notoriété.

Ils attendent de nous un service et exigent désormais cette complémentarité d'exercice libéral/hospitalier.

Dans les services hospitaliers, les différentes activités des praticiens temps plein hospitalo-universitaires et libéraux attachés se complètent pour assez fréquemment s'équilibrer en volume ; c'est dire la complémentarité indispensable, à préserver et à prolonger, pour offrir aux patients toute l'étendue des possibilités et des techniques de notre spécialité.

DUALITÉ D'EXERCICE EN MATIÈRE DE SOINS

Historiquement

Il y a vingt ou vingt-cinq ans, la plupart des praticiens de notre spécialité étaient issus du CES et les anciens internes étaient rares en Stomatologie et en Chirurgie maxillo-faciale. Il existait une sorte de condescendance des anciens internes envers les anciens CES (qui exerçaient le plus souvent exclusivement en libéral) alors que les praticiens anciens internes étaient le plus souvent hospitaliers ou hospitalo-universitaires.

À cette époque il était d'usage que les praticiens hospitaliers prennent en charge ce qui était considéré comme la partie la plus noble de notre spécialité, c'est-à-dire la chirurgie et les anciens CES s'occupaient des problèmes strictement dentaires et prothétiques, moins valorisants en terme d'image.

Ce raccourci démographique rapide de la Stomatologie, à l'origine de conflits relationnels entre les deux modes d'exercice libéral et hospitalier a heureusement fait long feu.

Des formations spécialisées

En effet, grâce à la Formation médicale continue (FMC), les collègues stomatologistes (anciens CES ou anciens internes) ont pu bénéficier de formations spécialisées notamment en Chirurgie maxillo-faciale, et en implantologie, ce qui a permis d'améliorer l'équilibre dans la répartition de l'exercice de notre spécialité.

De fait, de nombreux praticiens anciens CES peuvent désormais exercer la chirurgie au même titre que les anciens internes. De plus, depuis 1984, le passage obligatoire par l'internat pour l'obtention du diplôme de Stomatologie ou de Chirurgie maxillo-faciale a contribué à assainir les relations entre l'hôpital et la ville.

De fait, actuellement, il n'y a plus un champ d'activité qui soit réservé de façon exclusive à l'hôpital ou à l'exercice libéral (à l'exception de la chirurgie esthétique de la face, qui reste essentiellement du domaine libéral du fait de son caractère hors nomenclature) et tous les volets de notre spécialité (traumatologie, cancérologie, chirurgie orthognatique, chirurgie reconstructrice, pathologies salivaires, pathologies des articulations temporo-mandibulaires, pathologies dentaires et infectieuses, orthodontie, chirurgie orthognatique et même l'implantologie) sont pratiqués indifféremment en ville ou à l'hôpital.

La concurrence comme stimulant

Cette concurrence privé/public est un stimulant pour tous les praticiens, quel que soit leur mode d'exercice, et ce pour le plus grand bénéfice de nos patients.

Parmi les exemples les plus représentatifs de cette dualité en matière de soins, on peut rappeler qu'il est désormais très courant que :

- des patients de ville soient adressés à l'hôpital par les praticiens libéraux pour des comblements de sinus avant une réhabilitation implantoportée qui sera réalisée en ville;
- que des patients opérés à l'hôpital d'une lésion tumorale maligne de la cavité buccale bénéficient d'une réhabilitation prothétique en ville par prothèse obturatrice ou par prothèse conventionnelle voire implantoportée;

- des patients initialement consultés à l'hôpital pour des problèmes d'articulation temporo-mandibulaire soient adressés secondairement en ville à des praticiens spécialisés dans ce type de pathologies;
- des patients bénéficiaires d'un traitement orthodontique en ville soient opérés à l'hôpital d'une ostéotomie et inversement;
- des patients qui ont consulté en ville pour des urgences infectieuses soient adressés à l'hôpital et réciproquement.

DUALITÉ D'EXERCICE EN MATIÈRE DE FORMATION

Un enseignement en pleine évolution

La FMC est désormais une obligation pour tous les praticiens, quel que soit leur mode d'exercice. Traditionnellement, l'enseignement et la formation appartenaient exclusivement à l'hôpital (et à la faculté) dans le cadre du DES ou des DIU (diplômes inter universitaires).

À nouveau, notre spécialité a considérablement évolué et de nombreux praticiens libéraux assurent désormais des enseignements de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital et/ou à la faculté, en collaboration étroite avec des praticiens hospitalo-universitaires. Ceci permet de fournir en outre aux étudiants une information précieuse et pratique sur le mode d'exercice en libéral.

Des groupes d'enseignement et des sociétés scientifiques

De plus, un certain nombre de praticiens libéraux ont organisé des groupes de formation ou des sociétés scientifiques (comme les AEOS : Association d'enseignement d'odontostomatologie) de grande qualité, à tel point que les chefs de services hospitaliers encouragent leurs internes et leurs chefs de clinique à assister à leurs séances et même à y participer.

Ces sociétés répondent de façon peut-être plus ciblée à la demande des praticiens libéraux et à leur attente en matière de formation et sont donc complémentaires des formations traditionnelles organisées par l'hôpital et par la faculté.

Des praticiens reconnus pour leur compétence particulière

Enfin, certains praticiens stomatologistes et/ou chirurgiens maxillo-faciaux exclusivement libéraux ont acquis une notoriété particulière du fait d'un savoir-faire ou d'une compétence spécifique dans un domaine très pointu de notre spécialité.

Il s'agit notamment des pathologies concernant les articulations temporo mandibulaires, la chirurgie préimplantaire, l'implantologie, la chirurgie plastique de la face, la prothèse obturatrice, l'expertise médico-légale en Chirurgie maxillo-faciale etc.

Ces praticiens sont régulièrement sollicités pour l'enseignement des internes ou pour la formation des praticiens déjà en exercice, car ces domaines d'activité de notre spécialité sont peu enseignés à la faculté et à l'hôpital.

CONCLUSION

Même si l'exercice libéral et l'exercice hospitalier sont radicalement différents en termes de mode de fonctionnement, de « rendement » et de contraintes administratives de tous ordres, cette dualité d'exercice et cette complémentarité (exercice libéral/exercice hospitalier) qui concerne tous les champs d'activité de notre vaste spécialité doivent rester un atout qu'il faut développer et promouvoir pour le plus grand bénéfice de nos patients.

LES RÉSEAUX EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Dr Patrick Jammet, service de Chirurgie maxillo-faciale, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier

Le réseau de Santé est un moyen de favoriser une prise en charge globale du patient mais aussi d'expérimenter de nouvelles formes de coopération entre professionnels et d'améliorer la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. C'est un apport nouveau à la mise en œuvre de la politique régionale de Santé.

Dans le Languedoc-Roussillon, l'enveloppe régionale dédiée aux réseaux de santé n'a cessé de croître. D'un montant initial de 0,9 million d'euros, elle a atteint 4,8 millions d'euros en 2005.

DÉFINITION

La loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner définit le réseau de santé comme étant « une forme organisée d'actions collectives centrées sur le patient, de professionnels volontaires, rémunérés spécifiquement ou non à ce titre, dédiée à la poursuite d'objectifs formalisés, répondant à un besoin de santé sur un territoire donné pour une période donnée, transversale aux institutions et évaluée périodiquement. »

Nous pouvons donc définir le réseau comme étant une organisation autour d'un outil qu'est le dossier médical (dossier patient) et d'une dynamique de professionnels dans une trajectoire commune: celle du patient.

LE CADRE JURIDIQUE DE PROMOTION ET DE FINANCEMENT

La difficulté de constitution et de mise en marche des réseaux de santé n'est pas étrangère à l'existence des deux systèmes actuels de promotion qui agissent parfois en concurrence :

- les réseaux expérimentaux de l'Assurance-maladie;
- les réseaux de soins de la réforme d'hospitalisation.

Les réseaux expérimentaux de l'assurance-maladie

Ces réseaux sont avant tout destinés à permettre la prise en charge des pathologies lourdes et chroniques. Liés par convention, les professionnels libéraux agissant en réseau peuvent bénéficier des tarifs exceptionnels, dérogatoires au tarif commun, pour couvrir leur activité de travail.

Le financement de ces réseaux est assuré désormais pour l'essentiel par le Fonds d'aide à la qualité des soins de vie (FAQSV). Leur gestion est confiée aux Unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM). Le décret du 12 novembre 1999 prévoit que les principaux bénéficiaires de ces fonds sont les professionnels libéraux.

Les réseaux de soins de la réforme d'hospitalisation

À la différence des précédents, ces réseaux de soins ont une vocation plus large, couvrant l'ensemble des pathologies. Impliquant nécessairement la présence d'un hôpital, ils peuvent être destinés à couvrir des besoins de santé d'une population (exemple : les personnes âgées, ou les pathologies particulières). Leur formalisation minimale est celle d'une convention constitutive. Ils sont agréés par l'Agence régionale de l'hospitalisation et accrédités par la HAS dans un délai maximum de 5 ans après leur mise en place.

L'Union régionale des médecins libéraux (URML) a un rôle souvent méconnu facilitateur dans la création des réseaux. L'URML s'occupe en effet de la constitution du réseau en association « loi de 1901 », de la recherche des financements par le FAQSV pour la logistique, mais également pour la rémunération des professionnels impliqués. L'URML se charge également du secrétariat, du conseil informatique et enfin, de la présence d'un médecin de santé publique en particulier pour le dossier CNIL (Commission informatique et liberté) et les autres problèmes juridiques.

Au total, 22 réseaux de santé sont aujourd'hui financés en Languedoc-Roussillon. L'ensemble des départements de la région dispose d'au moins un réseau, quelle que soit la priorité de santé. Parmi les 7 des 11 priorités régionales, ces réseaux concernent : le diabète, les personnes âgées, la cancérologie, la périnatalité, les soins palliatifs, la permanence des soins, les adolescents difficiles.

L'ORGANISATION DES RÉSEAUX

Les réseaux de santé prennent aujourd'hui plusieurs formes possibles selon leur degré d'ambition et de maturité. Il s'agit, a minima, d'organisations informelles fondées sur une charte définissant les objectifs poursuivis, les moyens d'action, leur mise en œuvre et le dispositif d'évaluation.

Il peut s'agir, a maxima, de personnes morales (associations, GIE (Groupement d'intérêt économique), GIP (Groupement d'intérêt professionnel) ...) poursuivant en propre et par délégation de leurs membres, des objectifs pour lesquels des financements pérennes sont mobilisés. Les membres peuvent émaner de secteurs variés : sanitaires, sociaux...

Dans ce cas, le réseau utilise en partie des moyens humains placés sous son autorité, bénéficie de solutions dérogatoires de financements tarifaires d'activité, aujourd'hui hors NGAP.

Association loi de 1901 (exemple : revediab (diabète), onco-lr (cancérologie Languedoc-Roussillon)), GIP (exemple : oncora (cancérologie Rhône-Alpes)).

CE QUE LES RÉSEAUX NE SONT PAS...

Les réseaux de santé ne se réduisent ni à l'existence d'un groupe de professionnels liés par des relations confraternelles, ni à la télé-médecine. Les réseaux de santé constituent des formes organisées dont la mise en œuvre est laborieuse. Les contraintes de création et de fonctionnement vont à l'encontre des pratiques habituelles. Ceci explique sans doute l'écart important qui existe entre les initiatives recensées et les réseaux véritablement opérationnels.

Deux séries de difficultés sont également à l'origine de bien des retards :

- l'absence de véritable incitation financière pour les acteurs ;
- la charge d'administration et d'animation des réseaux, souvent sous-estimée.

Les enjeux des réseaux de Santé

Les réseaux de Santé doivent en théorie permettre :

- d'appliquer la réglementation. Celle-ci évolue en permanence dans les domaines les plus divers tels que SIDA, hépatites, urgences, périnatalité, diabète... ;
- d'améliorer la qualité des prises en charge des patients ;
- de mobiliser de nouveaux partenaires pour une prise en charge globale. Les constats de défauts de coordination des professionnels requis pour améliorer la santé des patients sont nombreux. Une meilleure coordination doit être mise en place entre les professionnels de soins : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, libéraux et publics, les professionnels sociaux, éducatifs. L'objectif est de garantir pour les patients un meilleur repérage des équipes qui peuvent les aider, une coordination véritable des interventions des métiers professionnels mobilisés ;
- diminuer les coûts des prises en charge.

In fine, la réduction des coûts liés à la non-qualité doit être recherchée. Ainsi à titre d'exemple, un retard de sortie de patient lié, dans certains cas, à une mauvaise anticipation du relais pris par une équipe d'aval, correspond à un coût indu. La correction de ce dysfonctionnement doit se traduire par une réduction des coûts de maintien du plateau technique grâce à un redimensionnement à la baisse. Ceci peut également concerner les prises en charge dans le cadre d'hospitalisations de jour.

Exemples de réseaux de Santé en Languedoc-Roussillon

En périnatalité, le réseau « Naître en Languedoc-Roussillon » a permis d'obtenir des bons résultats sur le taux de mortalité périnatal particulièrement élevé dans cette région.

Les 4 missions spécifiques de ce réseau sont :

- **mission 1** : l'élaboration, l'actualisation et la diffusion des référentiels de soins en analgésie, anesthésie obstétricale, obstétrique normale et à risque, l'échographie périnatale, la formation médicale, la psychologie périnatale, le suivi des grossesses à bas risque, l'addiction et la grossesse.
- **mission 2** : l'information médicale pour tous les professionnels de périnatalité

- **mission 3 :** la mise en place d'un dossier périnatal commun informatisé: projet régional majeur qui permettra de disposer d'un outil gratuit, consultable par tous, via Internet, compatible avec les dossiers « établissements » et ceux de la plupart des médecins libéraux.
- **mission 4 :** création d'un comité de professionnels pour l'analyse rétrospective de dossiers de mortalité périnatale afin d'éviter les accidents futurs et d'améliorer les pratiques. Ce réseau a fait l'objet d'une dotation financière qui reflète les coûts des tutelles face aux difficultés périnatales rencontrées dans notre département. Elle a permis non seulement d'indemniser les praticiens libéraux (élaboration de référentiels, formation et utilisation de dossier périnatal) mais également d'avoir une existence « physique » par l'attribution de locaux, secrétaires et coordinateurs. Le même dossier périnatal a été adopté par 22 maternités publiques et privées.

CONCLUSION

La collaboration des stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux avec les chirurgiens dentistes et/ou orthodontistes, les chirurgiens plasticiens, les oto-rhino-laryngologistes, les kinésithérapeutes, les oncologues, les dermatologues... favoriserait la création de réseaux de santé dans le cadre de notre spécialité.

Tel ne semble pas être le cas actuellement. « Lourdeur administrative » et financement sont peut-être à l'origine de cette absence.

Néanmoins, on peut penser que l'application stricte de la tarification d'activité risque de modifier fortement la prise en charge des patients en particulier en oncologie, et nécessitera peut-être soit une participation plus active des acteurs de notre spécialité aux réseaux déjà mis en place, voire la création de réseaux spécifiques à celle-ci.

3

**Recherche, innovation
et progrès thérapeutiques
en Chirurgie maxillo-faciale**

RECHERCHE, INNOVATIONS ET PROGRÈS THÉRAPEUTIQUES EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Dr Georges Bettega, service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital A. Michallon, Grenoble

*Dr Arnaud Picard, service de Chirurgie maxillo-faciale et plastique à l'hôpital d'Enfants Armand Trousseau,
Université Pierre et Marie Curie, Paris*

Comme beaucoup de spécialités, la Chirurgie maxillo-faciale et la Stomatologie ont beaucoup évolué ces dernières décennies. Elles ont été un moteur très efficace en recherche appliquée, et on leur doit un grand nombre d'innovations technologiques auxquelles ont participé plusieurs équipes françaises.

Les secteurs de développement sont très variés : imagerie, navigation chirurgicale, robotique, endoscopie, conception de nouveaux outils, synthèse résorbable et tout récemment la très médiatique greffe du visage.

L'IMAGERIE

C'est sûrement un des domaines qui a le plus bénéficié des avancées technologiques en particulier grâce à la numérisation et aux systèmes d'acquisition rapide. L'imagerie en trois dimensions est devenue un standard [1] et elle a modifié les habitudes chirurgicales.

Modèle graphique

Cette troisième dimension est exploitée soit au travers de modèles virtuels sur un environnement graphique (écrans), soit à l'aide de modèles physiques le plus souvent stéréolithographiques [2].

L'environnement graphique a l'énorme avantage de multiplier les possibilités de planification sans altérer le modèle virtuel d'analyse (la reconstruction 3D). Il permet, en théorie, d'associer simulation osseuse et simulation des parties molles. Le support graphique est tout à fait adapté à une analyse quantitative précise (mensurations). Le coût principal est celui du temps d'utilisation du simulateur.

Par contre, il est presque impossible sur ce support graphique de définir avec précision l'articulé dentaire, ce qui en limite considérablement l'utilité en chirurgie orthognathique. En effet, l'appareillage orthodontique génère des artefacts radiologiques (notamment au scanner). Les modalités de segmentation sont compliquées et de l'information est perdue. Or c'est au niveau des arcades dentaires que la précision, en chirurgie orthognathique, est la plus importante. L'autre problème soulevé par ces modèles sur un environnement graphique

est que le transfert des données au bloc opératoire se limite le plus souvent à un simple affichage du résultat.

Modèle stéréolithographique

Ce dernier est intuitivement plus naturel pour le chirurgien. Il dispose d'un modèle concret, palpable, et personnalisé. Il est plus facile de discerner et de traiter les conflits structuraux (épaisseur d'os, orientation...) que sur un modèle virtuel. L'enseignement et l'apprentissage sont plus faciles. Ces modèles permettent en outre de préparer à l'avance les plaques d'ostéosynthèse ou les implants, ce qui contribue à réduire la durée opératoire. Mais ces modèles se prêtent mal à une analyse quantitative précise. Ils ne sont utilisables qu'une seule fois, il n'est pas possible d'intégrer à l'étude les modifications des parties molles. Et surtout les délais et les coûts de fabrication sont incompatibles avec une pratique clinique courante.

L'apport de l'imagerie

La diffusion de ces modèles, surtout graphiques, a contribué au développement des systèmes de planification 3D. Des céphalométries tridimensionnelles, plus ou moins abouties, ont été proposées [3, 4, 5]. Les applications en routine sont encore marginales mais leur mise en œuvre devrait s'étendre. Ce même support tridimensionnel a permis, à l'instar de l'orthopédie, de promouvoir la Conception assistée par ordinateur (CAO). Elle permet entre autres d'adapter des instruments ou des prothèses. Un exemple très concret est celui de la reconstruction mandibulaire à l'aide de distracteurs configurés à la morphologie du patient [6]. Cette CAO trouve un autre champ d'application en implantologie notamment pour la fabrication de guides chirurgicaux [7].

Dans le même esprit, certaines équipes combinent les données d'imagerie à des modèles mathématiques (éléments finis notamment) pour simuler l'effet de certaines interventions ou pour modéliser le comportement des parties molles de la face [8, 9].

LA NAVIGATION CHIRURGICALE ET LA ROBOTIQUE

Elle regroupe tous les outils d'assistance chirurgicale visant soit à simplifier, soit à optimiser une intervention. Il s'agit de transférer au bloc opératoire les données fournies par la planification (en particulier tridimensionnelle). Le principal problème est celui de la fusion des données pré et per-opératoires. La plupart des systèmes de navigation sont basés sur des données d'imagerie en particulier scanner, mais ils sont encore assez lourds et onéreux. La navigation proprement dite met en œuvre le plus souvent des localisateurs optiques en lumière infrarouge voire en lumière visible. Certains de ces systèmes sont utilisés en routine, en chirurgie orthognathique pour le remplacement condylien [10].

L'utilisation de robot reste encore très théorique bien qu'elle soit le sujet de nombreuses discussions [11]. La première application chirurgicale remonte à 1985, pourtant assez peu de cas ont été traités ainsi depuis. La complexité et le coût prohibitif de ces systèmes en limitent l'intérêt. Assez peu d'équipes en France ont investi ce domaine [12, 13], aucun cas dans la spécialité n'a encore bénéficié de cette technologie.

LES NOUVEAUX OUTILS

Dans ce domaine, la chirurgie cranio-maxillo-faciale est très active. L'étroitesse des champs opératoires, les particularités anatomiques font que la spécialité est un champ d'expérimentation très dynamique.

La piezochirurgie

C'est ainsi qu'ont été mis au point de nouveaux outils de découpe comme la piezochirurgie [14]. Elle permet une découpe osseuse précise tout en préservant les parties molles. Elle est particulièrement adaptée à la chirurgie pré-implantaire (élévation sous-sinusienne notamment) et à la chirurgie orthognathique.

Au prix de quelques adaptations, elle devrait pouvoir être employée en chirurgie cranio-faciale.

Le matériel résorbable

En matière d'ostéosynthèse, après l'ère du titane, le matériel résorbable fait l'objet de nombreuses études de biomécanique ou de tolérance [15]. Si l'intérêt en chirurgie pédiatrique est acquis, les bénéfices en traumatologie et en chirurgie orthognathique de l'adulte doivent être confirmés, compte tenu du surcoût.

La distraction osseuse

Les recherches autour de l'os (ostéogénèse et les substituts osseux) sont une constante de la spécialité. Elles se sont cristallisées ces dernières années autour de la distraction osseuse. Cette technique d'allongement osseux a révolutionné le traitement de certaines malformations (syndromes latéraux entre autres).

Les inconvénients des premiers systèmes externes (cicatrices, inconfort social...) ont été balayés par les distracteurs endobuccaux [16]. De grandes pertes de substance osseuse ou mixte (comme dans les traumatismes balistiques) peuvent maintenant être traités par cette technique [6].

Les substituts osseux et les facteurs de croissance

Les substituts osseux et les facteurs de croissance sont également en cours d'évaluation. Les études expérimentales rapportent un nombre croissant de cytokines impliquées dans la régulation du remodelage osseux (Transforming Growth Factor, Bone Morphogenetic Proteins, Insulin-like Growth Factor, Fibroblast Growth Factor) [17].

Ils devraient à terme ouvrir de nouvelles perspectives thérapeutiques. Certaines, comme les concentrés plaquettaires autologues, sont déjà en œuvre [18].

La chirurgie mini-invasive

Cette dernière a aussi contribué à la conception de nouveaux outils. Cette technique est tout à fait adaptée à la face et l'endoscopie y est utilisée depuis longtemps. Après l'exploration des articulations temporo-mandibulaires, la miniaturisation des endoscopes a permis d'étendre les indications. Il est désormais possible de diagnostiquer et de traiter les pathologies salivaires et lacrymales de façon très efficace et beaucoup plus conservatrice.

La sialendoscopie est devenue la référence [19]. L'endoscopie a également été utilisée en traumatologie faciale [20], en chirurgie reconstructrice pour limiter les séquelles de prélèvement des lambeaux [21], et en chirurgie esthétique.

LA RECHERCHE FONDAMENTALE

Le développement normal et pathologique de la sphère cranio-faciale est sans aucun doute le secteur de recherche fondamentale le plus actif dans la spécialité, impliquant plusieurs laboratoires de biologie cellulaire et moléculaire français de référence.

Les dix dernières années ont été marquées par un progrès immense dans la compréhension des mécanismes moléculaires, lié d'une part à l'explosion des manipulations génétiques chez l'animal et d'autre part, au développement des techniques d'isolement et de cultures cellulaires.

Concernant la morphogénèse cranio-faciale, il a été démontré à partir de chimère caille-poule que les cellules des crêtes neurales jouaient un rôle majeur dans le développement des composants mésenchymateux à l'origine du squelette cranio-facial, des muscles, de la composante musculieuse péri-vasculaire, le mésoderme étant pour sa part impliqué dans le développement des muscles masticateurs, des muscles oculaires, de l'os occipital et de l'endothélium du système vasculaire cranio-facial [22].

Le développement cranio-facial peut être séparé en 2 phases chevauchantes : la morphogénèse précoce correspond à la mise en place des patrons développementaux et la phase tardive correspond à l'histogénèse et la minéralisation. Les éléments impliqués dans le développement squelettique précoce ont été identifiés et hiérarchisés.

Si le squelette axial et appendiculaire est sous la dépendance du complexe *Hom/Hox*, le squelette cranio-facial est sous dépendance des gènes non *Hox*. Ces gènes sont dits « divergents », les plus étudiés actuellement sont les gènes *Msx* (Muscle segment homeobox gene) et *Dlx* (Distalless homeobox gene) [23]. Ces homéogènes ont d'abord été identifiés chez la drosophile, des mutations de ces gènes conduisant à des changements d'identités de segments.

Par la suite, des membres de cette famille ont été identifiés dans toutes les espèces. Ils codent des protéines qui possèdent un domaine très conservé, dit homéodomaine.

Au niveau de la région cranio-faciale, les travaux rapportés ces dernières années ont souligné le rôle majeur des familles *Dlx* et *Msx* au cours du développement osseux et dentaire. L'annulation de *Msx1* chez la souris entraîne des perturbations morphologiques faciales graves (fentes palatines, hypoplasie maxillaire et mandibulaire).

Une mutation du gène *Msx2* est associée à la craniosynostose de Boston. De même, de graves atteintes du squelette craniofacial ont été rapportées chez les animaux mutés nuls *Dlx3* et *Dlx5*.

Contrairement à une opinion répandue dans la littérature, les cellules des crêtes neurales elles-mêmes ne possèdent pas l'information nécessaire pour spécifier la forme et la position de chacun des os de la face.

Il a été démontré que les cellules des crêtes neurales exprimant les homéogènes non *Hox* avaient besoin d'information de la part de l'endoderme afin de déterminer l'organisation morphologique et spatiale du squelette facial et mandibulaire [24].

Les homéogènes jouent également un rôle important dans les étapes de morphogenèse tardive et sont impliqués dans les différentes voies de différenciation cellulaire, notamment dans l'ostéogenèse. Il a été démontré que le gène *Dlx5* était impliqué dans un processus de cascades génétiques incluant des facteurs de croissance tels les BMP 2, 4 et 7 (Bone Morphogenetic Protein) et les FGF (Fibroblast Growth Factor). [25]

Au cours de la morphogenèse tardive, la régulation de l'expression des protéines impliquées dans l'édification du squelette par les différentes cellules sécrétrices (ostéoblastes, chondroblastes, odontoblastes...) est un sujet de grand nombre de travaux. Chacune des cellules synthétise une série de protéines qui sont des marqueurs phénotypiques.

Diverses voies de régulation ont été rapportées: la voie systémique touchant l'ensemble des cellules d'un tissu minéralisé, la voie impliquant la vitamine D, des voies locales impliquant des facteurs de croissance et de différenciation comme les BMPs et des voies spécialisées comme la voie *cbfa1* pour les ostéoblastes. Les mécanismes spécifiques impliquant des effecteurs de l'histogénèse sont aujourd'hui inconnus.

Cependant, il a été démontré que l'expression des homéogènes jouant un rôle au stade de morphogenèse précoce perdurait au sein de différents types de cellules progénitrices participant à la formation des tissus minéralisés [26, 27]. Les travaux en cours doivent démontrer la participation des mêmes facteurs aux stades de morphogenèse précoce et de morphorégulation tardive.

CONCLUSION

La recherche et les innovations en Chirurgie maxillo-faciale sont très fertiles et témoignent d'un dynamisme constant et d'une capacité à intégrer les nouvelles technologies. Elles se traduisent par le dépôt de nombreux brevets par des praticiens à l'INPI (Institut national de propriété industrielle). Elles signent également une volonté d'interdisciplinarité dont l'exemple le plus récent est la première greffe du visage [28].

Bibliographie

- 1- Bourjat P. L'imagerie utile en Chirurgie maxillo-faciale : avantages et inconvénients des modalités d'examen (1^{re} partie). *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2006 ; 107(2) : 86-92.
- 2- D'Hauthuille C, Taha F, Devauchelle B, Testelin S. Comparison of two computer-assisted surgery techniques to guide a mandibular distraction osteogenesis procedure. Technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005 ; 34(2) : 197-201.
- 3- Treil J, Faure J, Braga J, Casteigt J, Borianne P. Imagerie et céphalométrie tridimensionnelles des asymétries cranio-faciales. *Orthod Fr* 2002 ; 73(2) : 179-97.
- 4- Faure J, Treil J, Borianne P, Casteigt J, Baron P. Céphalométrie tridimensionnelle en orthopédie dento-faciale. Les possibilités actuelles du logiciel Cépha 3DT. *Orthod Fr* 2002 ; 73(1) : 19-37.
- 5- Bettega G, Payan Y, Mollard B, Boyer A, Raphael B, Lavalée S. A simulator for maxillofacial surgery integrating 3D cephalometry and orthodontia. *Comput Aided Surg* 2000 ; 5(3) : 156-65.
- 6- Labbe D, Nicolas J, Kaluzinski E, Soubeyrand E, Sabin P, Compere JF, Benateau H. Gunshot wounds : reconstruction of the lower face by osteogenic distraction. *Plast Reconstr Surg* 2005 ; 116(6) : 1596-603.
- 7- Fortin T, Champleboux G, Lormee J, Coudert JL. Precise dental implant placement in bone using surgical guides in conjunction with medical imaging techniques. *J Oral Implantol* 2000 ; 26(4) : 300-3.
- 8- Luboz V, Ambard D, Swider P, Boutault F, Payan Y. Computer assisted planning and orbital surgery : patient-related prediction of osteotomy size in proptosis reduction. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2005 ; 20(9) : 900-5.
- 9- Payan Y, Chabanas M, Pelorson X, Vilain C, Levy P, Luboz V, Perrier P. Biomechanical models to simulate consequences of maxillofacial surgery. *C R Biol* 2002 ; 325(4) : 407-17.
- 10- Bettega G, Cinquin P, Lebeau J, Raphael B. Computer-assisted orthognathic surgery : clinical evaluation of a mandibular condyle repositioning system. *J Oral Maxillofac Surg* 2002 ; 60(1) : 27-34 ; discussion 34-5.
- 11- Korb W, Marmulla R, Raczkowski J, Muhling J, Hassfeld S. Robots in the operating theatre — chances and challenges. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004 ; 33(8) : 721-32.
- 12- Schneider O, Troccaz J. A six-degree-of-freedom passive arm with dynamic constraints (PADyC) for cardiac surgery application : preliminary experiments. *Comput Aided Surg* 2001 ; 6(6) : 340-51.
- 13- Taha F, Gravez P, d'Hauthuille C, Bonneau E, Devauchelle B. Surgicobot : surgical gesture assistance COBOT for maxillofacial interventions. *J Craniomaxillofac Surg* 2004 ; 32(suppl 1) : 83.
- 14- Béziat JL, Nimeskern N, Geha H, Gleizal A. The piezoelectric osteotomy : a new technique for bone section. Interest in maxillofacial surgery. *J Craniomaxillofac Surg* 2004 ; 32(suppl 1) : 83.

- 15- Bouletreau P, Jurdic P, Mazzorana M, Breton P, Freidel M. Évaluation des réactions tissulaires locales à l'implantation de matériel d'ostéosynthèse résorbable en Chirurgie maxillo-faciale. Essai prospectif randomisé de stratégie thérapeutique. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005 ; 106(5) : 316-20.
- 16- Diner PA, Kollar EM, Martinez H, Vazquez MP. Intraoral distraction for mandibular lengthening : a technical innovation. *J Craniomaxillofac Surg* 1996 ; 24(2) : 92-5.
- 17- Bouletreau P, Longaker MT. Biologie moléculaire de la distraction osseuse. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2004 ; 105(1) : 23-5.
- 18- Bettega G, Brun JP, Cracowski JL, Verain A, Raphael B. Utilisation de concentrés plaquettaires autologues dans la reconstruction pré-implantaire des maxillaires. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005 ; 106(3) : 189-91.
- 19- Chossegras C, Guyot L, Richard O, Barki G, Marchal F. A technical improvement in sialendoscopy to enter the salivary ducts. *Laryngoscope* 2006 ; 116(5) : 842-4.
- 20- Meningaud JP, Rigolet A, Ernenwein D, Bertolus C, Pitak Arnnop P, Bertrand JC. La voie d'abord rétro-caronculaire assistée par endoscopie pour le traitement des fractures de la paroi interne de l'orbite : étude préliminaire. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005 ; 106(4) : 205-9.
- 21- Dakpe S, Carton S, d'Hautuille C, Testelin S, Devauchelle B. Prélèvement d'un lambeau de serratus sous contrôle endoscopique. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2005 ; 106(4 Suppl) : 1S4.
- 22- Creuzet S, Couly G, Le Douarin NM. Patterning the neural crest derivatives during development of the vertebrate head : insights from avian studies. *J Anat* 2005 ; 207(5) : 447-59. Review.
- 23- Blin-Wakkach C, Lezot F, Ghouli-Mazgar S, Hotton D, Monteiro S, Teillaud C, Pibouin L, Orestes-Cardoso S, Papagerakis P, Macdougall M, Robert B, Berdal A.
Endogenous *Msx1* antisense transcript : in vivo and in vitro evidences, structure, and potential involvement in skeleton development in mammals. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001 19 ; 98(13) : 7336-41.
- 24- Couly G, Creuzet S, Bennaceur S, Vincent C, Le Douarin NM.
Interactions between Hox-negative cephalic neural crest cells and the foregut endoderm in patterning the facial skeleton in the vertebrate head. *Development*. 2002 ; 129(4) : 1061-73.
- 25- Holleville N, Quilhac A, Bontoux M, Monsoro-Burq AH.
BMP signals regulate *Dlx5* during early avian skull development. *Dev Biol* 2003 ; 257(1) : 177-89.
- 26- Berdal A, Lezot F, Pibouin L, Hotton D, Ghouli-Mazgar S, Teillaud C, Robert B, MacDougall M, Blin C. *Msx1* homeogene antisense mRNA in mouse dental and bone cells.
Connect Tissue Res 2002 ; 43 (2-3) : 148-52.
- 27- Wurtz T, Berdal A. Osteoblast precursors at different anatomic sites.
Crit Rev Eukaryot Gene Expr 2003 ; 13(2-4) :147-61. Review.
- 28- Devauchelle B, Badet L, Lengele B et al. First Human face allograft : early report. » *The Lancet* 2006 ; 368(9531) : 203-9.

LA GESTION DU RISQUE EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE : ÉTAT DES LIEUX ET TENDANCES ACTUELLES

Dr Michel Sapanet, service de médecine légale, CHU de Poitiers

ÉTAT DES LIEUX : CULTURE DE SÉCURITÉ, GESTION ET INDEMNISATION DES RISQUES

La culture de sécurité est présente depuis de nombreuses années dans les industries à risques technologiques majeurs, l'industrie nucléaire ou l'aéronautique par exemple. Elle repose sur une culture d'entreprise non punitive. Cette gestion du risque en amont de sa réalisation est d'introduction plus récente dans les établissements de soins, très en retard dans les cabinets médicaux individuels. Si elle présente un intérêt de société majeur, sa diffusion se heurte à la notion de faute, dont la recherche et la preuve sont les bases habituelles de l'indemnisation des victimes, une fois le risque réalisé.

a) L'exemple des Etats-Unis

Dans le domaine de la santé, les États-Unis ont été les premiers à réaliser l'analyse des accidents¹ dans les années cinquante. Initiée en anesthésie et en obstétrique devant l'inflation des indemnisations liées à l'assurance de la responsabilité médicale, l'analyse des risques s'est progressivement appliquée à l'ensemble des activités médicales. A l'origine purement défensive, la gestion des risques a progressivement intégré une dimension préventive, conduisant à une réflexion sur la qualité des soins. Actuellement certains états et organismes fédéraux ont imposé par la loi des systèmes de gestion des risques iatrogènes, en particulier la déclaration des accidents. Du fait du caractère fédéral de l'administration américaine, des législations spécifiques de chaque état et de la coexistence de différents systèmes de santé, aucun programme unifié n'a pu être mis en place, ce qui nuit à l'efficacité du système.

Malgré ses défauts, cette organisation est riche d'enseignements, en particulier en comparaison avec les méthodes appliquées dans le secteur industriel. Ainsi, les accidents ne doivent pas être considérés comme la seule source de données : l'analyse des « quasi-accidents » doit également être prise en compte. Dans la plupart des cas, qu'il s'agisse de sinistre réalisé ou de quasi-accident, ce n'est pas un événement unique qui est à l'origine du problème mais

¹ Gaultier-Gaillard S., de Marcellis-Warin N. *Gestion et prévention des risques iatrogènes : une étude comparative en milieu hospitalier entre la France et l'étranger. Rapport (en ligne) pour le Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

plutôt une cascade d'évènements ou de comportements pouvant impliquer de nombreux intervenants. Chaque événement, s'il était resté isolé ou avait bénéficié de mesures correctives, n'aurait pas entraîné le sinistre.

Les experts américains ont également conseillé une organisation spécifique pour la sécurité des patients : des programmes de sécurité séparés des programmes de qualité, un leadership unique, des actions coordonnées, la mise en place de recommandations, de mécanismes incitatifs pour la prévention des risques et de mécanismes d'apprentissage. L'action doit être ciblée sur les erreurs les plus importantes en terme de conséquences. La liste des évènements à recenser doit être définie sur une base commune à l'ensemble des établissements de soins. L'ensemble doit être doté de systèmes de protection des données et en assurer la confidentialité. L'information des patients est également un aspect important des programmes de sécurité.

Cependant l'efficacité du système nécessite un profond changement des mentalités dans le milieu médical et l'acquisition d'une culture de la sécurité. Celle-ci ne peut se développer dans un environnement punitif privilégiant la recherche d'une faute et sa sanction, entraînant la culpabilisation, responsable d'une sous-déclaration des incidents, du rejet de l'erreur sur l'autre. Aux Etats-Unis, le système est donc confronté à des limites intrinsèques, la recherche d'une indemnisation par la voie contentieuse étant fortement ancrée dans les mentalités.

b) Le système d'indemnisation sans faute : l'exemple de la Nouvelle-Zélande

La Nouvelle-Zélande a su s'affranchir très tôt (dès 1974) de la notion de faute et de culpabilité dans la démarche d'indemnisation des accidents médicaux en adoptant un système « no fault » développé à l'extrême². L'avantage pour les professionnels de santé est de ne courir aucun risque médico-légal ni économique. Pour les patients, les démarches sont simplifiées à l'extrême :

Le demandeur n'a pas à rechercher un responsable ni à prouver une faute, la procédure est rapide, peu onéreuse. La contrepartie est une indemnisation forfaitaire (adaptée cependant au niveau de ressources) et non intégrale de tous les préjudices. Pour tous, le système participe à la préservation de la relation médecin-malade. L'ensemble s'accompagne d'un programme d'amélioration de la qualité et d'accréditation responsabilisant les praticiens avec un contrôle et des sanctions possibles au plan disciplinaire, mais le nombre de praticiens concernés est extrêmement faible³. La mise en place de ce système a bénéficié de deux éléments : la Nouvelle Zélande possède une petite population et il existe un fort sentiment de solidarité collective.

c) La France et la loi du 4 mars 2002 : le choix d'une continuité et l'occasion perdue d'une rupture

Depuis l'arrêt Mercier de 1936, les principes de la responsabilité civile des praticiens reposent sur la nature contractuelle de la relation médecin-malade mettant à la charge du praticien une obligation générale de moyens. Plusieurs décennies de jurisprudence sur ces principes ont permis de nombreux développements, en particulier à partir des années 1990.

² Collins D. *Compensating patients and regulating professional standards in New Zealand*, Actes du 16^e congrès mondial de droit médical, Toulouse, 7-11 août 2006, volume 1, 317-327

³ Sladden N., Graydon S. *Liability for medical malpractice- Recent New Zealand developments*. Actes du 16^e congrès mondial de droit médical, Toulouse, 7-11 août 2006, volume 2, 1225-1233

Parmi les exemples, le renversement de la charge de la preuve en matière d'information du patient, la création d'obligations de résultat en matière de sécurité de l'acte opératoire, plusieurs arrêts tant des juridictions civiles qu'administratives relatifs à l'aléa thérapeutique (c'est-à-dire des conséquences d'un accident médical ne trouvant pas son origine dans une faute) sont autant d'indices d'une volonté d'indemnisation élargie. Le point d'orgue de ce mouvement indemnitaire a été atteint avec l'arrêt Perruche, indemnisant un handicap congénital gravissime qui n'avait pas son origine dans une faute médicale, mais qui n'avait pas été diagnostiqué avant la naissance, faisant perdre une possibilité d'interruption médicale de grossesse. Dans toutes ces circonstances, l'indemnisation était à la charge du praticien (ou de l'établissement de soins) ou de son assureur ; elle n'était pas forfaitaire mais intégrale, ses montants de plus en plus élevés, sans qu'à aucun moment semble-t-il les magistrats ne s'interrogent sur le retentissement économique de leurs décisions, en particulier en matière d'assurabilité des risques médicaux.

Ces décisions juridictionnelles s'inscrivaient dans un mouvement général de prise en charge et d'indemnisation des victimes, souvent initié ou pour le moins conforté par le législateur : lois pour l'indemnisation des victimes d'infractions pénales, d'actes de terrorisme, d'accidents de la route.

Dans le même mouvement, à la fin des années 1990, l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux faisait l'objet d'une réflexion qui était l'occasion de créer une rupture et de basculer vers un système d'indemnisation « sans faute ». Le législateur avait déjà innové en 1985, en matière d'accident automobile, lorsqu'il avait adopté une procédure amiable faisant abstraction de la recherche des responsabilités pour l'indemnisation des victimes (loi du 7 juillet 1985 dite Loi Badinter) Malgré les aspects très positifs de cette innovation et les expériences étrangères en matière de responsabilité médicale, le législateur n'a pas fait le choix d'un système « sans faute » pour l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Un des arguments développés lors des débats parlementaires était le risque de déresponsabiliser les professionnels de santé (risque réel mais qui pouvait être contrôlé par des procédures d'accréditation comme celles développées en Nouvelle-Zélande) Le choix a donc été de consacrer les grands arrêts de la jurisprudence en leur donnant force de loi et de consacrer le principe général d'une responsabilité pour faute. Dans le même temps un frein très relatif a été mis aux dérives indemnitaires en annulant les effets de la jurisprudence Perruche et en reportant la charge de l'indemnisation de l'aléa thérapeutique sur la collectivité et non plus sur les praticiens⁴.

La loi a certes fait un pas timide vers la culture de sécurité en prévoyant la déclaration obligatoire des effets indésirables, incidents ou accidents observés à l'occasion de l'activité de diagnostic, de soins ou de prévention⁵. Mais en consacrant dans le même temps la notion de responsabilité pour faute, on peut douter du caractère applicable de ces dispositions,

⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 23 II Journal officiel du 5 mars 2002 et Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 117-I Journal officiel du 11 août 2004 ; Article L1413-14 du Code de la Santé publique : « Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de la déclaration à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé des événements indésirables liés à un produit mentionné à l'article L. 5311-1. »

d'ailleurs établies dans un premier temps « à titre expérimental »⁶. C'est l'occasion d'une rupture avec le système « indemnisation pour faute » qui a été perdue, avec des conséquences qui sont encore difficiles à évaluer. La porte reste ouverte à toute jurisprudence indemnitaire reposant sur l'interprétation de la notion de faute ou son contournement (cf. infra) La preuve nécessaire d'une faute pour obtenir indemnisation laisse persister les conditions d'un contentieux et les praticiens restent soumis à la pression du risque médico-légal. Dans un tel contexte, l'analyse des éléments qui ont concouru à la genèse de l'événement, de l'accident, restera difficile. Si en théorie elle peut être riche de renseignements et aboutir à des mesures correctives applicables aux patients suivants, dans les faits il n'en sera rien : l'analyse se heurtera aux arguments de la défense du praticien.

LES SOURCES D'ÉTUDE DU RISQUE EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Est-il possible de déterminer la fréquence d'une complication en relation avec un acte et son incidence en matière de responsabilité médicale et ainsi de définir les actes à risques médico-légaux ?

a) La littérature médicale est une première source d'information. La fréquence des complications par acte peut être obtenue par des études soit rétrospectives (les plus fréquentes), soit prospectives. Pour une même complication, les chiffres obtenus peuvent être fondamentalement différents, la saisie des études prospectives étant beaucoup plus rigoureuse.

Il existe d'autres difficultés méthodologiques : toutes les complications n'ont pas donné lieu à évaluation, certaines complications n'ont pas de retentissement médico-légal. Ainsi, les troubles sensitifs du nerf alvéolaire inférieur, après ablation d'une dent de sagesse, sont certes une complication, mais sans incidence s'ils sont transitoires ; ils ne constituent une séquelle qu'après une longue période qui les exclut en pratique du champ des études prospectives. Enfin, en terme de séquelles indemnisables, il n'existe pas d'étude statistique quantifiant le dommage corporel en rapport avec les actes réalisés sur la sphère buccale. Dans tous les cas ces sources ne renseignent en rien sur les suites médico-légales. Sans les négliger, les résultats ne sont qu'indicatifs. Ils permettent essentiellement au praticien d'informer son patient sur la fréquence d'un risque particulier, lorsque celui-ci a été évalué.

b) Les rapports annuels des compagnies qui assurent le risque médical sont une seconde source d'information. Au nombre de 40 en 1980, elles n'étaient plus que 6 en 2000. Les difficultés posées par la loi du 4 mars 2002 ont encore réduit ce chiffre. La plupart des compagnies se sont désengagées d'un risque en forte croissance, tant pour la fréquence des sinistres que pour les coûts des indemnisations.

6Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, art. 117-III : conditions d'application. « Les dispositions de l'article L. 1413-14 et du 3° de l'article L. 1413-16 du même code concernant les événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que des infections nosocomiales sont applicables après une période d'expérimentation menée sous la responsabilité de l'Institut de veille sanitaire d'une durée maximale de trois ans à compter de la publication de la présente loi. Les modalités de cette expérimentation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Les informations fournies par les compagnies d'assurance permettent de quantifier assez précisément le volume des complications qui peuvent avoir une incidence médico-légale. Cependant elles ne permettent pas de déterminer la fréquence d'une complication au cours d'un acte donné. D'une part toutes les complications ne donnent pas lieu à déclaration. D'autre part, pour évaluer la fréquence par acte, il faudrait disposer d'outils d'information adaptés. Les statistiques actuelles de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ne renseignent pas dans ce domaine. A plus long terme, il est possible d'imaginer que le rapprochement d'outils de codification (Classification internationale des maladies, Classification commune des actes médicaux) associés aux obligations de déclarer les événements indésirables permettent une meilleure approche statistique. Mais la complexité des liens à établir laisse prévoir d'importantes difficultés.

Ainsi toutes les approches statistiques présentent forcément des biais. Celles des compagnies d'assurance spécialisées dans le risque médical ont le mérite de correspondre actuellement au plus près à la réalité de la mise en cause de la responsabilité des praticiens.

Les données chiffrées les plus exploitables sont celles des rapports du conseil médical du Groupe des assurances mutuelles médicales (GAMM)⁷. Le GAMM réunit en coassurance le Sou Médical (société médicale d'assurance et de défense professionnelle) et la MACSF (Mutuelle d'assurance du corps de Santé français). Ce groupe représentait en 2004 plus de 268 000 sociétaires parmi lesquels 626 stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux⁸. Au sein des rapports du conseil médical du GAMM, il n'existe pas de distinguo entre stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux. Ces derniers sont intégrés au groupe des stomatologues.

Compte tenu des aspects très variés de l'exercice stomatologique, certains praticiens réalisant exclusivement des actes odontologiques (soins, prothèses...), la réalité du risque ne peut être réellement évaluée qu'en étudiant également celle des chirurgiens-dentistes.

Le GAMM assure 24 651 chirurgiens-dentistes (comprenant les sociétaires du Sou Médical- Groupe MACSF et ceux du contrat groupe CNSD : Confédération nationale des syndicats dentaires)

LE BILAN GLOBAL SUR CINQ ANNEES D'EXERCICES (PÉRIODE 1998 À 2001 ET ANNÉE 2004)

Pour les quatre exercices de 1998 à 2001, les deux rubriques « Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale » et « chirurgiens-dentistes » ont adressé 2002 déclarations.

Dans la période 1998-2001, la sinistralité (taux de praticiens qui déclarent un sinistre dans l'année) variait selon les années de 11,5 à 12,7 % pour les stomatologues, de 2,9 à 4,1 % pour les chirurgiens-dentistes. En 2004, elle était respectivement de 15,0 % et 4,3 %. Il existe donc une aggravation de la sinistralité des stomatologues, alors que celle des chirurgiens-

⁷ *Rapports du conseil médical du GAMM sur les exercices 1998, 1999, 2000 et 2001.*

⁸ *Responsabilité, 2005 N° hors série nov 2005*

dentistes reste globalement stable. Cette évolution peut correspondre à celle de la démographie des stomatologistes : le mode d'exercice des plus jeunes est en effet, du fait de leur formation initiale, plus chirurgicale, donc à risque aggravé. Si cette hypothèse est exacte, cette tendance devrait s'affirmer dans les années à venir.

Pour les stomatologistes, les procédures laissent une grande place à la recherche d'une indemnisation amiable (75 à 85 % des cas selon les années), devant les référés civils (10 à 20 %) ; les voies répressives sont minoritaires avec les plaintes pénales (1,2 à 1,6 %) et les plaintes ordinaires (2 à 5 %). Au sein des spécialités, la Stomatologie est marquée par une faible judiciarisation des dossiers : en 2004, toutes spécialités médicales et chirurgicales confondues, l'indemnisation amiable représente seulement 36,0 % des dossiers, la voie civile 30,5 %, les plaintes pénales 7,7 %, les plaintes ordinaires 11 % et les demandes d'indemnisation devant les CRCI 14,8 %, (mécanisme d'indemnisation qui n'a pas été sollicité jusque là pour la Stomatologie)

Ces chiffres s'expliquent vraisemblablement par le caractère le plus souvent bénin ou modéré des préjudices. Pour autant ils placent la Stomatologie et la Chirurgie maxillo-faciale dans le groupe des spécialités à forte sinistralité, coût moyen des dossiers élevé (ces données ne sont pas disponibles pour les chirurgiens-dentistes)

La plupart des déclarations (85 %) peuvent être regroupées en terme d'activités.

activité	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale période 1998-2001		Stomatologie Chirurgie maxillo-faciale en 2004		chirurgiens-dentistes période 1998-2001	
	nombre	fréquence	nombre	fréquence	nombre	fréquence
soins, prothèses	94	34,7 %	30	34,5 %	1016	71,9 %
extractions	117	43,2 %	44	50,6 %	98	6,9 %
endodontie	12	4,4 %	3	3,4 %	167	11,8 %
implants	19	7,0 %	5	5,8 %	81	5,7 %
orthodontie	13	4,8 %	3	3,4 %	45	3,2 %
Chirurgie maxillo-faciale	16	5,9 %	2	2,3 %	0	0,0 %
parodontologie	0	0,0 %	0	0,0 %	7	0,5 %
total	271		87		1414	

Les 15 % restant ne peuvent être attribués à une activité particulière : Il en est ainsi des fractures dentaires, qui peuvent être la conséquence soit d'actes chirurgicaux, d'extractions dentaires, d'actes de soins ou de prothèses. De même les inhalations et ingestions de corps étrangers, les contestations relatives à la conduite thérapeutique, les accidents d'anesthésie locorégionale ne peuvent être classés plus précisément.

Les différences d'exercice entre stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux d'une part, chirurgiens-dentistes d'autre part, se retrouvent dans les causes des déclarations. Les extractions sont la principale cause de sinistres pour les premiers, les soins et prothèses pour les seconds.

L'ANALYSE DES SINISTRES

a) Les extractions dentaires

Ces sinistres sont le plus souvent en relation avec les extractions de dents de sagesse (en particulier mandibulaires) qui représentent à elles seules 38,2% des sinistres déclarés en 2004 par les Stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux. Les motifs de déclaration sont l'atteinte du nerf alvéolaire inférieur ou du nerf lingual dans 64,7% des cas, une fracture mandibulaire dans 11,8% des cas, les autres motifs comprenant des erreurs d'extractions, des blessures ou brûlures par les instruments, la projection d'un germe dentaire dans le sinus, des fistules bucco sinusiennes, des alvéolites, des bris dentaires, des bris d'instruments.

Les risques neurologiques

Les séquelles des lésions neurologiques sont invalidantes et peuvent avoir un retentissement psychiatrique ou justifier des traitements neuroleptiques. Elles répondent bien à la définition des risques dont les patients doivent être préalablement informés.

La jurisprudence de la Cour de cassation oblige le praticien à donner « une information loyale, claire et appropriée » au patient⁹. Jusqu'en 1998, seuls les risques les plus fréquents devaient être annoncés. Deux arrêts rendus le 7 octobre 1998¹⁰ ont transformé cette obligation, puisque c'est la gravité des risques encourus qui détermine l'étendue de l'information. Cette notion de risques graves comprend, selon le rapporteur Sargos, « ceux qui sont de nature à avoir des conséquences mortelles, invalidantes, ou même esthétiques graves compte tenu de leurs répercussions psychologiques et sociales »

Cette définition est indifférente à la fréquence du risque : même exceptionnels (c'est-à-dire inférieurs à 1%), ils doivent être signalés au patient : « le médecin n'est pas dispensé de son obligation d'information par le seul fait que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement. »¹¹

Cette jurisprudence est consacrée et inscrite dans la loi du 4 mars 2002 : « Art. L. 1111-2. 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... »

La jurisprudence a également précisé que « le médecin n'est pas dispensé de l'information sur la gravité du risque par le seul fait que l'intervention était nécessaire. »¹²

9 Cass. Civ. 1re, 1er fév. 1961, J.C.P. 1961-II-12129, note R. Savatier

10 Cass. Civ. 1re, 7 oct. 1998 J.C.P. 1998-II-10179, concl. Saint-Rose, note P. Sargos, Bull. civ. I n° 287 et 291

11 Cass. Civ. 1re, 7 déc. 1999, Resp. civ. et ass. 2000 comm. n° 92

12 Cass. Civ. 1re, 18 juill. 2000, Resp. civ. et ass. nov. 2000 comm. 336; Les Petites Affiches 2000 n°220, p. 10, note J.-F. Barbieri

Le risque de lésion neurologique doit d'autant plus être annoncé que les indications d'extraction des dents de sagesse ont souvent un but prophylactique, ce qui pose également le problème de leur indication. Le travail le plus complet sur ce sujet est celui réalisé en septembre 1997 par l'ANAES¹³ qui a établi un ensemble de recommandations.

Si les indications sont très larges, elles doivent cependant rester encadrées par le respect des obligations de moyens qui incombent au praticien, en particulier pour une bonne évaluation du rapport bénéfice/risques. De ce point de vue, l'absence d'un bilan radiographique montrant les rapports entre dent et canal dentaire avant extraction serait fautive. Bien qu'une sémiologie radiologique très fine ait été décrite, permettant a priori d'appréhender les rapports entre les racines dentaires et le nerf dentaire inférieur sur les incidences classiques (rétro-alvéolaires et panoramique dentaire), celles-ci ne donnent pas de certitude lorsque la dent et l'image du canal dentaire se projettent sur un même plan. Dans les cas difficiles, le scanner est le meilleur examen pour définir les rapports entre la dent incluse et le canal dentaire.

Contrairement au nerf alvéolaire inférieur, le risque pour le nerf lingual est moins lié aux rapports anatomiques de la dent de sagesse qu'aux contraintes de la voie d'abord chirurgicale. La Cour de cassation¹⁴ a eu l'occasion de se prononcer à ce propos :

« Attendu que, le 23 janvier 1991, M. X..., médecin stomatologiste, a, en procédant sur la personne de M^{lle} Y... à l'extraction d'une dent de sagesse, provoqué un traumatisme du nerf sublingual; que M. X... reproche à l'arrêt attaqué (Aix-en-Provence, 8 avril 1998) d'avoir retenu sa responsabilité, alors que le fait pour un médecin de blesser un nerf qui n'était pas visé par son intervention ne révèle aucune faute lorsque, selon le moyen, le trajet du nerf était anormal et ne pouvait être décelé;

Mais attendu que, dès lors que la réalisation de l'extraction n'impliquait pas l'atteinte du nerf lingual et qu'il n'était pas établi que le trajet de ce nerf aurait présenté chez M^{lle} Y... une anomalie rendant son atteinte inévitable, la cour d'appel a pu décider que M. X... avait commis une faute dans l'exécution du contrat le liant à sa patiente;

par ces motifs, rejette le pourvoi. »

La Cour de cassation retenait la responsabilité du praticien au motif que d'une part la réalisation de l'extraction n'impliquait pas l'atteinte du nerf lingual, que d'autre part il n'était pas établi que le trajet de ce nerf présentait une anomalie. Pour s'exonérer de sa responsabilité, le praticien aurait dû démontrer que le nerf lingual présentait une anomalie qui rendait son atteinte inévitable, démonstration bien évidemment impossible.

Cet arrêt est riche d'enseignement si l'on établit un parallèle avec le nerf alvéolaire inférieur dont les rapports anatomiques et éventuelles anomalies peuvent être parfaitement établis radiographiquement. Une bonne iconographie préopératoire présente donc de nombreux avantages : meilleure information du patient, appréciation plus exacte du risque...

13 ANAES Indications et non-indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires - Recommandations et Références Médicales 1997, ISBN 2 910 653-33-1

14 Cass. Civ. 1^{re}, 23 mai 2000, Bulletin 2000 I N° 153 p. 100; Gazette du Palais, 2000-12-19, n° 354 p. 42, note J.L. VIRFOLET

Le risque de fracture mandibulaire

Les fractures de la mandibule s'observent le plus souvent pour des dents incluses très près du bord basilaire de la mandibule, de volume important, et d'autant plus qu'elles sont situées dans la bissectrice de l'angle mandibulaire¹⁵, que l'extraction impose un fraisage osseux important. Ce risque s'explique par la structure osseuse de la mandibule¹⁶ et par le fraisage qui, par voie vestibulaire, affaiblit les lignes de résistance de la mandibule. Certains facteurs sont inhérents à la pathologie, comme les grands kystes. Des fractures survenant sur un os fragilisé par d'autres affections (maladie de Paget, ostéoporose sénile) ont été décrites. D'autres facteurs sont caractéristiques d'une faute (comme la tentative d'extraction forcée de la dent à l'élévateur, alors que le fraisage de l'os alvéolaire est insuffisant ou que la dent n'a pas été fragmentée) mais celle-ci est le plus souvent difficile à prouver. Peut-être faut-il voir là les raisons des motivations d'un arrêt de la Cour de cassation du 3 février 1998¹⁷ : dans l'espèce, l'expert avait retenu que la fracture provoquée par le chirurgien-dentiste lors de l'extraction était un accident opératoire imprévisible et relativement classique, qu'aucune faute ne pouvait être reprochée au praticien compte tenu que l'extraction avait été particulièrement difficile. La cour d'appel avait malgré tout retenu la responsabilité du praticien, la Cour de cassation confirmait l'arrêt au motif « qu'ayant relevé que la fracture du maxillaire avait été le fait de M^{me} M. en procédant à l'avulsion de la dent, la cour d'appel a pu considérer qu'une violation de l'obligation contractuelle liant ce praticien à son client, engageait la responsabilité de celui-ci ; que par ce seul motif, la cour d'appel, qui n'a pas mis à la charge du praticien une obligation de résultat, a légalement justifié sa décision ». L'ambiguïté de cette décision tient au fait que les attendus de l'arrêt de la Cour de cassation fondent leur motivation sur le lien direct entre l'acte (extraire la dent) et son résultat (la fracture de la mandibule) sans argumenter la faute.

b) L'activité de soins et de prothèse

Les obligations de moyen

Les décisions judiciaires relatives aux obligations de moyen en odontologie sont multiples. L'une d'elle est particulièrement intéressante dans la mesure où elle analyse les difficultés qui peuvent se présenter lorsque les données acquises de la science ont des incidences financières comme cela peut se présenter en matière de prothèse. Dans un arrêt du 19 décembre 2000¹⁸, la Cour de cassation a estimé que des considérations financières ne pouvaient autoriser un praticien à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science. En l'espèce, la patiente était incapable d'assurer financièrement la pose d'une prothèse fixe qui était la solution conforme aux données acquises de la science. Le praticien avait donc réalisé des extractions puis mis en place une prothèse amovible. Par la suite ces soins s'étaient révélés dommageables du fait d'infections et d'inadaptation de la prothèse. Faisant abstraction de la non-conformité des soins, la cour d'appel avait écarté toute responsabilité du praticien au motif que l'expert avait occulté le problème de la prise en charge financière de la prothèse

15 Cernea P. *Dent de sagesse et accidents d'extraction*. AOS N° 27 1954

16 Reçoit J. Champion P. Shneck G. *Recherche d'un abord anatomique des dents de sagesse inférieures et de leurs germes : la voie linguale*. *Re. de Stomatologie*, 1975,76,7, 549-558

17 *Cass. Civ. 3 fév. 1998, Bull. civ. I, n° 46; J.C.P. 1998-IV-1687, Resp. civ. et ass. 1998, n° 165, J.C.P. 1998-I-187, n° 33, obs. G. Viney.*

18 *Cass. Civ. 1^{re}, 19 décembre 2000, Bull. n° 331*

et que le praticien avait donné des soins adaptés aux possibilités financières de la patiente. Cet arrêt a été cassé car de telles considérations ne pouvaient autoriser un praticien à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science.

Les décisions judiciaires sont également une occasion de rappeler que la malade, outre qu'elle expose à la qualification d'infraction pénale, est constamment considérée comme fautive par la Cour de cassation. Un arrêt du 30 novembre 1997¹⁹ en témoigne : en l'espèce, le praticien avait laissé échapper un tire-nerf avalé par son patient. La cour d'appel avait considéré qu'il s'agissait « d'un simple accident thérapeutique dont le risque est inhérent à toute intervention de chirurgie dentaire et ne pouvait constituer une faute médicale imputable au docteur C » La Cour de cassation a jugé ce moyen inopérant, considérant que « toute malade d'un praticien engage sa responsabilité et est, par-là même, exclusive de la notion de risque inhérent à un acte médical »

Les obligations de résultat

Dans l'acte prothétique, la jurisprudence distinguait depuis de nombreuses années deux phases : la conception et les étapes préparatoires, soumises à une obligation de moyen, et la fourniture de la prothèse soumise à une obligation de résultat. Ce *distinguo* avait été réaffirmé à de nombreuses reprises non seulement en matière de prothèse dentaire mais également pour tous les produits de santé dès lors qu'ils n'ont pas un caractère expérimental²⁰.

Ainsi, la Cour de cassation énonçait le 29 octobre 1985 que « si un chirurgien-dentiste est tenu à une simple obligation de moyen non seulement quant aux soins proprement dits, par lui prodigués, mais aussi en ce qui concerne les améliorations de son état que celle-ci pouvait espérer grâce à l'acquisition et à la pose d'un bridge sans défaut, il n'en reste pas moins qu'en tant que fournisseur de la prothèse, il devait délivrer un appareil apte à rendre le service que sa patiente pouvait légitimement attendre, c'est à dire un appareil sans défaut et qu'il doit dès lors réparer le préjudice dû à la défectuosité de celui qu'il a posé. » Cet arrêt excluait clairement de l'obligation de résultat les soins préprothétiques, la conception, la pose et l'adaptation de la prothèse, pour lesquels le praticien restait soumis à une obligation de moyens : sa responsabilité n'était retenue que si ces actes n'étaient pas conformes aux données acquises de la science. De même, le praticien n'était pas obligé d'obtenir un résultat, en l'occurrence l'amélioration de l'état clinique du patient²¹.

Depuis un arrêt du 23 novembre 2004²², la Cour de cassation a remis en cause ce principe : « le chirurgien-dentiste est, en vertu du contrat le liant à son patient, tenu de lui fournir un appareillage apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre, une telle obligation incluant la conception et la confection de cet appareillage, étant de résultat ». En l'espèce,

¹⁹ Cass. Civ.1, 30 nov. 1997, J.C.P. 1997-IV-2224 ; Resp. civ. et ass. 1997, n° 373 ; Rev. dr. san. soc. 1998-288, obs. L. Dubouis

²⁰ Cass. Civ.1, 18 avril 1953 ; Cass. Civ.1, 15 nov. 1972, D.1973, 343 ; Cass. Civ.1, 29 octobre 1985, GP.1986, som.182 ; Cass. Civ.1, 15 nov. 1988 B I 319 ; Cass. Civ.1, 12 juin 1990 B I n° 162 ; Cass. Civ.1, 4 février 2003

²¹ Notons que pour la Cour de cassation les imperfections de la prothèse susceptibles d'être corrigées lors d'une consultation ne constituent pas un défaut rendant l'appareillage inapte à son emploi

²² Cass. Civ. 1, 23 novembre 2004, 03-12.146, Dalloz 2005, IR, p. 17

il s'agissait d'un chirurgien-dentiste qui avait posé deux bridges du maxillaire, l'un de 4, l'autre de 6 éléments. Ce dernier avait présenté des descellements à répétition, justifiant la procédure. L'expert notait que « la prothèse présentait par sa conception même une fragilité intrinsèque en raison des données physiologiques de la patiente », ajoutant que le praticien « devait intégrer dans les choix opérés de telles données pour mener à bien la reconstruction dentaire ». Malgré ces éléments, il avait retenu des travaux conformes aux règles de l'art.

Dans son analyse du dossier, le Sou Médical, assureur du praticien, considère que des contradictions du rapport d'expertise sont à l'origine de cette décision : l'expert, à la question de savoir si les prothèses étaient conformes aux règles de l'art, aurait dû répondre par la négative. Il notait en effet qu'une résistance plus importante (de la prothèse) aurait pu être obtenue par un bridge unique de 10 éléments plutôt que deux bridges indépendants ; il notait également l'absence d'équilibre fonctionnel et occlusal de la prothèse. Face à ces contradictions, les magistrats se sont attachés, pour caractériser les obligations de résultat, à relever les fautes du chirurgien-dentiste alors même que l'obligation de résultat entraîne une présomption de responsabilité sans qu'il soit nécessaire de caractériser une faute.

Cependant une autre analyse de la décision est possible. Elle n'est pas illogique dans la tendance actuelle qui est de protéger le patient. L'extension de l'obligation de résultat à la conception même de la prothèse rapproche celle-ci de la notion plus générale de produit et amène la prothèse dentaire dans le champ du régime de responsabilité des produits défectueux, plus protecteur pour le consommateur²³.

Le devis prothétique

La recherche du mot « devis » dans le code de la santé publique retrouve 4 occurrences. Trois articles concernent les « prestations de chirurgie esthétique », pour lesquelles la remise d'un devis détaillé est prévue (Art L.6322-2), encadrée de modalités particulières (Article D6322-30) sous peine de sanctions pénales (art. L.6324-2)²⁴.

Un article mentionne expressément le chirurgien-dentiste. (Article R4127-240 ou 33 du Code de déontologie) qui précise entre autres « Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient. »

La convention nationale des chirurgiens-dentistes²⁵ destinée à régir les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie, prévoit également qu'« avant l'élaboration

23 Loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité des produits défectueux, JORF du 21.05.1998 p. 7744 et s. transposant la directive 85/374/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 25 juillet 1985, relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de responsabilité des produits défectueux. Voir Markovits LGDJ « la directive du 27 mai 1985 sur la responsabilité du fait des produits défectueux » 1990

24 La loi a prévu que ce champ d'activité était ouvert (entre autres) aux médecins qualifiés spécialistes en Chirurgie maxillo-faciale, en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie, en Stomatologie, ou qualifiés compétents ou titulaires d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de groupe II en Chirurgie maxillo-faciale, en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie, dès lors qu'ils n'exercent la chirurgie esthétique que dans le cadre de la spécialité dans laquelle ils sont inscrits au tableau de l'ordre (Article D6322-43)

25 arrêté portant approbation du 14 juin 2006

d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit... ». Ce devis comprend notamment la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés, le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon les cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels.

A l'exception de la chirurgie esthétique, les médecins stomatologistes ne sont pas concernés par ces textes. Ils sont par contre soumis comme tous les praticiens à l'obligation d'information prévue à l'article L1111-3 du code de la santé publique qui énonce que « toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. »

Il n'existe pas d'obligation d'information sur le remboursement par des régimes complémentaires : c'est au patient de se renseigner, sauf dispositions particulières de son contrat.

En matière de prothèse, il est difficile d'imaginer que cette information soit donnée sous une autre forme qu'un devis écrit, bien qu'à notre connaissance les décisions de justice en ce sens ne concernent que des chirurgiens-dentistes²⁶.

Outre sa valeur comme preuve d'une information, le devis est également un argument pour obtenir paiement des honoraires prévus une fois les travaux effectués²⁷. Cependant, il engage également le praticien qui s'expose à un risque d'impayé s'il facture un dépassement, circonstance possible lorsqu'une difficulté imprévue modifie son plan de traitement.

c) Les implants dentaires

Les mécanismes de mise en cause de la responsabilité dans les traitements implantaires ne présentent pas d'originalité juridique. Comme en matière de prothèse dentaire, les juridictions distinguent les obligations de moyens liées au diagnostic, au bilan préimplantaire, à la pose des implants et les obligations de résultat quant à la qualité structurelle des implants et des prothèses qui les surmontent.

26 arrêt de la Cour d'appel de Versailles du 4 février 1988 « des soins importants ne doivent pas être accomplis sans devis préalable afin que la patiente connaisse la nécessité le coût et les aléas des travaux à effectuer... Dans le cas contraire, le paiement des honoraires est limité aux travaux réalisés dans la mesure d'une acceptation de la patiente ».

27 Cass. Civ. 1^{re}, 30 juin 1992. En l'espèce, un stomatologue avait réalisé des soins prothétiques sans devis préalable. Une fois les soins réalisés, sa demande d'honoraires se heurta à un refus du patient. La Cour de cassation admit le principe du paiement des honoraires malgré l'absence de devis, dès lors que la prestation avait été réellement réalisée. D'autre part il appartenait aux juges du fond de déterminer le montant des honoraires dus au praticien eu égard à l'étendue des services fournis et à sa qualification professionnelle.

Là encore, les soins doivent être conformes aux données acquises de la science, et le praticien doit savoir résister aux pressions de son patient²⁸ : dans un arrêt de 1994, la Cour d'appel de Paris considère « que le Dr B ne saurait valablement prétendre que c'est sur la demande insistante de M.C. que des prothèses fixées ont été réalisées, dès lors que le chirurgien-dentiste a l'obligation d'exécuter ses travaux selon les règles de l'art, en toute sécurité en fonction des risques encourus et des conséquences prévisibles, sans être déterminé ni motivé par le seul désir esthétique du client ; que le Dr B a commis des fautes en posant des implants de type juxta-osseux à la mandibule et en installant des prothèses fixées, techniques inappropriées au cas de M.C. ; que sa responsabilité contractuelle est donc engagée... »

Le contentieux lié aux implants est encore faible, mais il est vraisemblable que certaines spécificités de cette activité seront à l'origine de son augmentation. Il en est ainsi de l'intervention fréquente de plusieurs acteurs, de l'information délivrée aux patients, en particulier sur le taux de réussite ; souvent annoncé « à 95 % » alors que la revue de la littérature relève des chiffres très variables selon les méthodes statistiques, les séries et les caractéristiques des implants²⁹. De même, la qualité des matériaux se différencie par son côté proche de l'expérimentation ou au moins de l'innovation industrielle et peut parfois créer une situation à risque médico-légal pour le praticien³⁰ : par exemple, en 2001, un implant dentaire recouvert d'hydroxyapatite avait été l'objet d'une décision de retrait du marché à la suite d'un signalement de matériovigilance reçu en 1998 par la Direction des hôpitaux du ministère chargé de la Santé. Il faisait état de processus inflammatoires et infectieux, de destructions osseuses très importantes avec perte de l'implant ayant nécessité la réalisation de greffes de comblement.

d) l'orthodontie

Les obligations en orthodontie ne sont pas différentes de celles qui s'imposent dans les autres exercices de la spécialité. Si les magistrats ne mettent pas d'obligation de résultat à la charge des praticiens, ils sont d'autant plus attentifs au respect des obligations de moyens lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic³¹.

En ce qui concerne les obligations de sécurité, une décision judiciaire de novembre 1994³², a eu à l'époque une large diffusion dans le milieu orthodontique (un enfant avait perdu son œil embroché par un arc de forces extra-orales). Ses conséquences ont dépassé les pratiques médicales puisque depuis cette date des modifications ont été introduites dans

28 C.A. Paris, ch.7, 27 avril 1994, *Juris Data* n° 021466

29 Voir en cela une observation clinique rapportée dans *Responsabilité*, 2005 ; 5 (20) : 15-16 où le praticien avait annoncé un taux de succès de 80 % au maxillaire, 90 % à la mandibule, sous estimant les conséquences d'un tabagisme et de séquelles de parodontite chronique, l'expert évaluant le taux de réussite à 30 % seulement

30 Décision du 14 mai 2001 du ministère de l'Emploi et de la solidarité

31 Voir en cela une observation clinique rapportée dans *Responsabilité*, 2005 ; 5 (20) : 14-15 : une jeune patiente avait été traitée orthodontiquement par technique amovible puis deux ans plus tard technique fixe par deux praticiens différents. Ils ont été condamnés in solidum en première instance, le premier n'ayant pas réalisé de bilan préthérapeutique en particulier fonctionnel, le second n'ayant pas diagnostiqué une rhizalysie débutante qui s'était généralisée faute d'une surveillance régulière (indemnisation à hauteur de 30 % du dommage pour le premier praticien, de 70 % pour le second ; cette décision a été frappée d'appel)

32 Cass. Civ. 1^{re}, 22 novembre 1994, Bull. n° 340. Pansier J-F et Skornicki F, *La faute et l'accident en matière de responsabilité médicale*, *Gazette du Palais*, 23- 24 octobre 1998, p. 11

la conception des appareils extra-oraux. Les praticiens ont essentiellement retenu de cet arrêt une obligation de résultat en matière de sécurité, tenant tant à la conception de l'appareil qu'à ses conditions d'utilisation et au fait que le chirurgien-dentiste réalisait un acte de fourniture. Cependant cet arrêt présentait également un autre argument tenant à l'obligation, pour l'orthodontiste, de donner des informations sur le caractère dangereux de l'appareil, même si celui-ci était sans défaut et si le caractère dangereux ne pouvait résulter d'un usage normal.

e) La Chirurgie maxillo-faciale : les ostéotomies

Avant 1990, les déclarations de sinistre en rapport avec les ostéotomies faciales étaient très épisodiques. Depuis 1999, plusieurs déclarations sont réalisées presque chaque année au GAMM, alors qu'il s'agit d'une activité chirurgicale peu fréquente dans l'ensemble des actes de Chirurgie maxillo-faciale. C'est également l'activité responsable des préjudices moyens parmi les plus importants.

Cette chirurgie a habituellement pour premier motif une indication fonctionnelle : corriger le décalage qui existe entre les arcades dentaires pour redonner au patient un articulé dentaire correct et améliorer sa mastication. Elle présente également un autre aspect qui n'est pas négligeable en matière de responsabilité médicale : elle modifie constamment l'aspect du visage. Ce retentissement esthétique est d'ailleurs, dans un tiers des cas, le motif initial de consultation des patients. Il y a donc souvent l'attente d'un certain résultat esthétique, parfois franchement au premier plan. Pour autant, il n'est pas certain que les ostéotomies pourraient être considérées comme des « prestations de chirurgie esthétique », pour lesquelles la remise d'un devis détaillé est prévue (Art L.6322-2), encadrée de modalités particulières (Article D6322-30) sous peine de sanctions pénales (art. L.6324-2)³³.

La fréquence et la gravité potentielle des complications³⁴ imposent dans tous les cas une information d'une très haute qualité. Un arrêt de la Cour d'appel de Paris³⁵ pose cependant les limites de cette information, face à un risque inconnu. En l'espèce, la responsabilité d'un stomatologiste était recherchée dans l'apparition d'une cécité relevée dans les suites immédiates d'une ostéotomie maxillaire pour dysmorphose faciale. Une artériographie avait montré une dissection artérielle du siphon carotidien. Les experts n'avaient retenu aucune faute du praticien, le mécanisme lésionnel étant une transmission de l'onde de choc consécutive à l'impact des ciseaux à os. La Cour d'appel confirmait la décision du tribunal de grande instance, retenant la responsabilité du stomatologiste en « considérant qu'à juste titre les premiers juges ont estimé que la nature du contrat qui se forme entre un chirurgien et son client ne met en principe à la charge du praticien qu'une obligation de moyens ; que toutefois cette obligation, applicable en cas d'échec de l'acte de soins, compte tenu notamment

33 La loi a prévu que ce champ d'activité était ouvert (entre autres) aux médecins qualifiés spécialistes en Chirurgie maxillo-faciale, en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie, en Stomatologie, ou qualifiés compétents ou titulaires d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de groupe II en Chirurgie maxillo-faciale, en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie, dès lors qu'ils n'exercent la chirurgie esthétique que dans le cadre de la spécialité dans laquelle ils sont inscrits au tableau de l'ordre (Article D6322-43)

34 voir aussi Sapanet M., Lolom P. Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie, 615-639 in 'Responsabilité médicale. La référence pour les hôpitaux, médecins, juristes' ouvrage collectif sous la direction de Rogier A. Eska ed. Paris 2005

35 CA paris, 15 janv. 1999, 1^{re} ch. sect. B, n° 13

de l'état de maladie et de l'aléa inhérent à toute thérapie n'est pas exclusive d'une obligation accessoire, destinée à assurer la sécurité du patient ; que le chirurgien a ainsi une obligation de sécurité qui l'oblige à réparer le dommage causé à son patient par un acte chirurgical nécessaire au traitement, même en l'absence de faute, lorsque le dommage est sans rapport avec l'état antérieur du patient ni avec l'évolution prévisible de cet état. »

L'originalité de cet arrêt est qu'il contournait les difficultés d'indemniser un aléa thérapeutique en mettant à la charge du praticien une obligation de résultat en matière de sécurité. Un autre élément original est que cette complication n'avait, jusque là, jamais été décrite. La cour ne pouvait donc reprocher au chirurgien un défaut d'information.

Depuis la loi du 4 mars 2002, qui a intégré la jurisprudence antérieure³⁶, une telle situation serait vraisemblablement indemnisée au titre de l'aléa thérapeutique dans un recours devant les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI)

L'INFLUENCE DE LA RÈGLE JURIDIQUE SUR L'EXERCICE MEDICAL

a) La loi et sa jurisprudence

Les principes de la responsabilité civile du médecin sont nés de la jurisprudence de l'arrêt Mercier, déclinée ensuite par la Cour de cassation au titre d'obligations accessoires. Ils restent centrés sur les règles de l'art et le concept de données acquises de la science.

Les rapports annuels de la Cour de cassation³⁷ ont insisté sur l'importance de ces données. En particulier, le rapport de l'année 2000 rappelait que ce concept est conforté par les dispositions des codes de déontologie et « qu'il est également à la base de la mise au point par l'ANAES des "référentiels médicaux", notamment en ce qui concerne les références médicales opposables tendant à identifier les actes médicalement dangereux ou inutiles »

Le législateur a ensuite intégré une grande partie de la jurisprudence de la Cour de cassation et a mis un frein à certaines dispositions. Il participe également à la définition des bonnes pratiques médicales, lorsqu'il prévoit dans la loi du 4 mars 2002³⁸ que certaines recommandations établies par la Haute Autorité de Santé sont homologuées par arrêté (en l'espèce, l'information fournie *a posteriori*³⁹ ; à noter que le Conseil d'Etat a exercé son contrôle sur le texte des recommandations⁴⁰)

36 L'arrêt du 8 novembre 2000, de la CC rappelle que « la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient ».

37 Rapports annuels de la Cour de cassation 1998 et 2000.

38 Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, JO du 23 avril 2005 : « Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de la présente section. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par la HAS et homologuées par arrêté du ministre chargé de la Santé ».

39 Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

40 Il a annulé la 2^e phrase du 2^e alinéa du IV-1 qui prévoyait que la communication peut porter sur l'ensemble des informations figurant dans le dossier médical. CE 26 septembre 2005, Conseil national de l'ordre des médecins, n° 270234.

b) Les dispositions réglementaires

Les dispositions réglementaires présentent un corpus de textes de volume croissant. Elles témoignent d'un mouvement normatif qui n'est pas récent mais va en s'accroissant, avec une incidence directe sur la responsabilité médicale. Ainsi, un exemple appliqué à l'odontologie date de la fin des années 1950. Dans un esprit pragmatique, le ministère de la Santé publique avait diffusé auprès de tous les chirurgiens-dentistes une notice informative relative à la prévention du rhumatisme articulaire aigu et à la prophylaxie. Ce document avait été également publié au Bulletin officiel du ministère de la Santé⁴¹ sous la forme d'une circulaire d'information (mais non diffusé au Journal officiel)

En 1975, un arrêt de la Cour d'appel de Colmar retenait la responsabilité d'un praticien qui avait extrait des dents à un patient aux antécédents valvulaires connus, sans réaliser d'antibioprophylaxie. Les suites avaient été marquées par une endocardite. Dans ses attendus, la Cour retenait « qu'il lui appartenait... d'assurer la couverture antibiotique prescrite par les règles de l'art... qu'à plus forte raison les règles de l'art s'imposent lorsqu'elles sont prescrites par une circulaire ministérielle... »

Les dispositions réglementaires concernent de multiples secteurs de l'activité médicale.

La traçabilité est de développement récent dans l'exercice de l'odontologie. Elle s'est imposée sous l'influence des directives européennes progressivement intégrées au droit positif. Définie par la norme internationale ISO 8402, la traçabilité est « l'aptitude à retrouver l'historique ou la localisation d'une entité au moyen d'une identification enregistrée ». Elle fait suite aux directives européennes sur les dispositifs médicaux et la création de comités de matério-vigilance. La traçabilité doit permettre le suivi des dispositifs médicaux depuis leur phase de fabrication jusqu'à leur mise en service, puis pendant leur période d'utilisation. Parmi ces dispositifs, ceux qui sont réalisés sur mesure concernent plus particulièrement les stomatologues : notamment les prothèses dentaires, les protège-dents, les gouttières occlusales, les plans rétro-incisifs, les prothèses maxillo-faciales⁴². La traçabilité s'accompagne, pour les praticiens, de l'obligation de signalement de tout incident relatif aux dispositifs ou produits médicaux utilisés, quelle que soit la gravité⁴³.

Plus inattendu, le stomatologue peut être concerné par des dispositions réglementaires parfois loin des préoccupations du soin : par exemple, les établissements existants et accueillant du public devront être accessibles aux handicapés⁴⁴. Les cabinets médicaux et dentaires sont

⁴¹ Bulletin officiel du 10 juin 1959 ; 2500 :59-64.

⁴² Guide d'application du 17 novembre 1998 des textes réglementaires relatifs au marquage CE pour la mise sur le marché et la mise en service des dispositifs médicaux fabriqués sur mesure. Texte de la Direction des hôpitaux, non paru au Journal officiel.

⁴³ Décret du 15 janvier 1996 (article R.5212-1 à 23 du Code de la Santé publique) transposant les directives européennes n° 90/385/CEE du 20 juin 1990 et n° 93/42/CEE du 14 juin 1993. Voir aussi l'article L.5212-2 du Code de la Santé publique.

⁴⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Art. L. 111-7-3. – « Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps... Les établissements recevant du public existants devront répondre à ces exigences dans un délai, fixé par décret en Conseil d'État, qui pourra varier par type et catégorie d'établissement, sans excéder dix ans à compter de la publication de la loi... ».

bien concernés, puisque mentionnés dans le rapport d'une étude d'impact préparatoire à l'élaboration des décrets d'application, réalisée par le Conseil général des ponts et chaussées.

Les exemples de dispositions réglementaires pourraient être multipliés. Leur contenu expose les praticiens au risque particulier de mise en cause de leur responsabilité pénale.

CONCLUSION

La loi du 4 mars 2002 a été une occasion perdue d'adopter un système d'indemnisation des accidents médicaux qui fasse abstraction de la notion de faute. La crainte d'une déresponsabilisation des professionnels était trop forte, alors même que des moyens comme les accréditations, l'acquisition et le développement d'une culture de la sécurité sur un mode non punitif en auraient fixé les limites.

Aucun argument ne permet donc d'imaginer une baisse de la sinistralité en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale dans les années à venir. Au contraire, la judiciarisation des conflits humains (qui touche tous les secteurs de la vie sociale), l'inflation des lois et des règlements, en particulier dans le domaine de la sécurité, imposent au praticien non pas d'exercer une médecine « défensive », mais d'accepter l'idée qu'un jour il sera acteur dans un contentieux initié par un patient mécontent.

Gérer le risque médico-légal passe par l'acquisition d'une culture de ce risque, par un suivi des nouveautés juridiques, par une formation continue de bonne qualité, par une meilleure information du patient. Le temps que nécessitent ces actions n'est pas du temps perdu, dès lors qu'il peut éviter la réalisation d'un sinistre.

LA « DÉMARCHE QUALITÉ » DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Dr Pierre Sabin, Saint-Cloud

L'évolution des politiques économiques montre, qu'aujourd'hui, fort peu de secteurs professionnels échappent à la démarche qualité. Avec la certification des établissements de soins, le monde de la santé est en partie concerné.

Il n'y a donc aucune raison que le secteur sanitaire dans son ensemble, et que la pratique médicale en particulier, échappe à l'amélioration de la qualité de notre pratique professionnelle.

INTRODUCTION

Compte tenu de l'évolution rapide des données à mobiliser dans l'exercice de l'activité et de l'interdépendance des professionnels de santé, interdépendance provoquée par leur spécialisation croissante, il est évident que l'amélioration de la qualité des moyens mis en œuvre dans le secteur sanitaire va de pair avec une bonne connaissance de ces moyens en permanente évolution.

De plus, le médecin est, aujourd'hui, face à des patients de plus en plus informés (par la presse grand public mais surtout par Internet), patients qui agissent et réagissent par l'intermédiaire d'associations (de malades, de consommateurs etc.) et qui un jour prochain, suivant en cela peut-être le (mauvais) exemple américain, agiront à titre personnel pour exiger les preuves de la qualité des actes médicaux.

La formation médicale initiale, unanimement reconnue, présente systématiquement et nécessairement un retard sur les connaissances nouvelles, retard que seule la Formation médicale continue (FMC) peut combler. On peut légitimement penser que la FMC fera, à l'avenir, partie intégrante du plan de carrière du médecin en tant que facteur d'amélioration de la qualité de ses prestations.

On ne peut dire plus clairement que FMC et démarche qualité sont rigoureusement indissociables.

DÉFINITIONS

En règle générale, au plan professionnel, on appelle politique-qualité les orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par une entreprise (et plus précisément par sa direction) et formalisés dans un document écrit.

La « politique-qualité » définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en terme de satisfaction des bénéficiaires.

Le terme « démarche-qualité », quant à lui, désigne l'approche et l'organisation opérationnelles permettant d'atteindre les objectifs fixés par la politique-qualité.

Transposés à la médecine, ces principes ne changent pas. On pourrait ainsi réécrire les définitions précédentes en les adaptant au domaine médical :

- on appelle « politique-qualité en médecine », les orientations et objectifs généraux de qualité exprimés par la HAS et formalisés dans des documents écrits (recommandations, réglementations, accréditations etc.).

La « politique-qualité » définit ainsi les orientations et les enjeux poursuivis en terme de satisfaction des patients ;

- le terme « démarche-qualité » (D-Q) désigne l'approche et l'organisation opérationnelles permettant d'atteindre les objectifs fixés par la politique-qualité dans le domaine de la Santé publique.

Afin de mieux cerner ce que sont « l'approche et l'organisation opérationnelle » qui doivent permettre d'atteindre les objectifs de la politique-qualité en Santé publique, il est pratique de se référer aux principes de D-Q du domaine industriel ou commercial et de les adapter au domaine de la santé.

LES PRINCIPES DE LA DÉMARCHE-QUALITÉ

Pour les professionnels et les structures de soins

Comme toute autre action dans le domaine médical, la D-Q consiste à mieux concevoir, imaginer ou adapter les moyens thérapeutiques et plus globalement, la pratique professionnelle, dans l'intérêt direct ou indirect⁽¹⁾ du patient.

La D-Q ne doit donc pas seulement être une démarche ponctuelle ou isolée de « fournisseur » de soins de meilleure qualité, mais elle doit être une démarche plus large et plus ambitieuse d'offrir des prestations de (meilleure) qualité de l'activité en général, qu'il s'agisse des personnels ou des structures.

Bien entendu cette D-Q ne peut être un catalogue personnel de mesures décidées et choisies par chaque acteur de santé publique. Comment en effet pourrait-on mesurer, étalonner, évaluer chaque pratique professionnelle, si chacun érige ses propres règles.

1. Améliorer les conditions de travail du personnel médical et paramédical peut être perçu comme un intérêt indirect du patient.

Cette démarche-qualité est à envisager en lien avec les autres démarches d'amélioration de la qualité initiées par les Pouvoirs publics (dossier médical personnel et version 2 de la procédure de certification) pour que l'ensemble de ces mesures aient des conséquences positives immédiates pour les patients.

On comprend mieux, alors, la nécessité, l'intérêt et le sens d'une « évaluation des pratiques professionnelles », d'une « accréditation ⁽²⁾ » ou d'une « certification » (voir glossaire de FMC p. 66).

Pour autant la démarche vers l'amélioration de la qualité des soins doit demeurer une démarche personnelle et volontaire pour laquelle les mesures incitatives devraient toujours primer ou au moins précéder les mesures coercitives et contraignantes.

C'est cette démarche personnelle et volontaire qui doit, pour être efficace, et quantifiable, s'inscrire dans le cadre déterminé des (bonnes) pratiques professionnelles en synergie avec les autres acteurs de santé publique. Dans ce contexte, et seulement dans celui-ci, cette démarche est alors, une démarche-qualité.

Autre principe fondamental, on distingue généralement l'évaluation formative de l'évaluation sommative. La première a pour objectif d'établir un bilan (de connaissances ou de pratiques professionnelles) de type « cliché », à un moment donné.

Au contraire, la seconde, l'évaluation formative, est en processus dynamique, recherchant l'amélioration continue des connaissances et/ou des pratiques. C'est ce que l'on appelle « la démarche qualité ». C'est une évaluation de type formative que les praticiens mettront en œuvre dans le système d'EPP.

Toute sa vie (professionnelle) durant, il faut, pour un acteur de santé publique, acquérir de nouvelles connaissances et les mettre au service de sa pratique et donc in fine de ses patients : c'est un mouvement permanent et la « Qualité » un principe déterminé mais jamais acquis « une fois pour toutes ».

Seuls des « objectifs » peuvent être atteints qui sont autant d'étapes dans la recherche de « la Qualité ».

Pour s'en convaincre, il suffit d'observer que les Pouvoirs publics donnent des certifications ou des accréditations pour des durées limitées qu'il s'agisse des personnes, des groupes de personnes (les services hospitaliers), ou des structures telles que des plateaux techniques (personnes morales).

2. Accréditation :

a. pour les établissements de santé : procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels en exercice, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé ;

b. pour les professions de santé : reconnaissance externe de la qualité de la pratique professionnelle des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé. Cette accréditation est accordée par la Haute Autorité de Santé. Elle est valable pour une durée de 4 ans ;

c. pour un individu : procédure d'évaluation externe assurant sa capacité ou légitimité à prendre une décision.

Au plan pratique, le terme d'accréditation se rapporte d'ordinaire à l'agrément de structures de formation, ou d'institutions de soins en fonction de leur qualité technique et/ou éthique.

En résumé, une D-Q, en médecine, doit être une démarche éthique, systématique, méthodologique mais également permanente concernant la pratique professionnelle.

Pour les patients

Savoir que la D-Q engagée par les médecins aboutira à une évaluation de leurs pratiques, dans un cadre indépendant, suivie d'éventuelles actions correctrices, sera un indicateur de l'attention qu'ils portent à la qualité de leurs pratiques. Pour les patients cette démarche représentera un gage de la qualité de leur prise en charge par leurs médecins.

Pour les centres de soins, le devoir d'informer les patients et de recueillir leur consentement éclairé sont autant de signes que les choses évoluent déjà dans le sens de la qualité.

Nul doute que l'évolution continuera en ce sens sous la pression des patients et des organismes sociaux.

Le patient trouvera la preuve de la D-Q dans des documents d'« Assurance qualité » qui regrouperont les éléments préétablis et systématiques de la démarche-qualité.

LES REPÈRES RÉGLEMENTAIRES DE LA DÉMARCHE-QUALITÉ

L'évaluation des pratiques professionnelles est aujourd'hui principalement organisée par les textes suivants (classés chronologiquement) :

- loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 relative à la mise en place des conférences médicales d'établissements;
- loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à l'obligation de formation continue;
- loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance-maladie relative à l'Assurance-maladie (JO du 17 août 2004);
- décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles;
- décret n° 99-1 130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles;
- ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 (article L. 6 146);
- décret n° 2006-650 et 2006-653 du 2 juin 2006 précisant le dispositif réglementaire en matière de FMC/EPP.

D'importance variable, ces textes régissent tous (entre autres) la démarche-qualité dans le domaine de la Santé publique :

- la loi du 13 août 2004 crée la HAS, qui fait suite et remplace, notamment, l'ANAES;
- la création de cette structure, montre le désir des Pouvoirs publics d'agir dans ce domaine de la recherche de qualité dans le domaine de la santé publique. Il apparaît clairement dans ce texte qu'un des moyens de s'assurer de cette recherche de la qualité des soins est « d'établir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales ».

Ceci est explicite dans les articles L. 161-37 à 39 :

« Article L. 161-37.- La Haute Autorité de Santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :

1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription, au remboursement et à la prise en charge par l'assurance-maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée. À cet effet, elle émet également un avis sur les conditions de prescription, de réalisation ou d'emploi des actes, produits ou prestations de santé et réalise ou valide des études d'évaluation des technologies de santé ;

2° Élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ;

3° Établir et mettre en œuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales mentionnées à l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique ;

4° Établir et mettre en œuvre les procédures de certification des établissements de santé prévues aux articles L. 6113-3 et L. 6113-4 du code de la santé publique ;

5° Participer au développement de l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de Santé. [...]»

« Article L. 161-38. - La Haute Autorité de Santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique.

À compter du 1^{er} janvier 2006, cette certification est mise en œuvre et délivrée par un organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute Autorité de Santé.»

« Article L. 161-39. - La Haute Autorité de Santé peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu..., d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent. Elle peut être également consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'Assurance-maladie, sur le bien-fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou catégorie de produits ou prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant.»

LES ACTEURS DE LA DÉMARCHE-QUALITÉ

Les acteurs de la D-Q sont, pour schématiser :

- d'une part la HAS ainsi que les quatre partenaires cités dans le décret du 14 avril 2005 : les Conseils nationaux de la formation médicale continue (CNFMC), les Unions régionales des médecins libéraux (URML), le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), les Commissions médicales d'établissement, Commissions médicales, Conférences médicales ;
- d'autre part, les acteurs de Santé publique : les praticiens, le personnel paramédical et les structures de soins.

La HAS

La Haute Autorité de Santé se définit ainsi elle-même (dans la page d'accueil de son site Internet) :

« La Haute Autorité de Santé est un organisme d'expertise scientifique, consultatif, public et indépendant, chargé :

- *d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance-maladie ;*
- *de mettre en œuvre la certification des établissements de santé ;*
- *de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de Santé et du grand public.*

La HAS formule des recommandations et rend des avis indépendants, impartiaux et faisant autorité. Ils permettent d'éclairer les pouvoirs publics quant aux décisions de remboursement des produits et services médicaux et de contribuer à améliorer la qualité des pratiques professionnelles et des soins prodigués au patient.

La Haute Autorité de Santé reprend ainsi les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES), celles de la Commission de la transparence et de la Commission d'évaluation des produits et prestations et s'en voit adjoindre de nouvelles.»

La HAS se veut souveraine et indépendante :

« La HAS est un organisme spécialisé placé en dehors des structures administratives traditionnelles et non soumis au pouvoir hiérarchique. Elle appartient au corps des autorités administratives indépendantes (type CSA, ART, CNIL, etc.).

L'indépendance des avis rendus et des recommandations formulées est garantie par :

- *le statut de la HAS (« autorité publique indépendante ») et l'absence de tutelle ministérielle ;*
- *l'autonomie financière ;*
- *le mode de désignation des membres du Collège, nommés, à raison de deux chacun, par les plus hautes autorités de l'État ;*
- *leur diversité et leur représentativité professionnelles ;*
- *l'abandon de leurs autres mandats et responsabilités professionnelles qui auraient pu créer des conflits d'intérêt ;*
- *la pratique de la collégialité dans les processus de validation et de prise de décision ;*
- *l'existence d'un Code interne de déontologie.*

Ces dispositions constituent des garanties d'indépendance vis-à-vis des pressions industrielles, administratives, politiques et professionnelles et donc d'impartialité des messages, des avis et des recommandations diffusés.»

On remarquera cependant que : *« ... le mode de désignation des membres du Collège, nommés, à raison de deux chacun, par les plus hautes autorités de l'État... »* crée – qu'on le veuille ou non – une forme de lien entre la personne désignée et « l'autorité politique » (chef de l'État, président du Sénat et de l'Assemblée nationale) qui effectue le choix.

Il ne s'agit donc pas de membres élus ou désignés par leurs pairs mais de personnes (incontestablement compétentes), mais cependant choisies et désignées par des personnages qui déterminent la politique de santé de la nation.

Sans faire un quelconque procès d'intention aux membres désignés de cette institution prestigieuse quant à leur probité, il eut été plus conforme à nos traditions démocratiques que les membres (médecins) de cette Haute Autorité de Santé soient élus ou désignés par les médecins eux-mêmes, par leurs pairs.

La rigueur scientifique et la transversalité dont se réclame la HAS ne sont guère discutables d'autant qu'en fonction des problèmes ou de situations complexes, la HAS prévoit de faire appel à l'expertise d'autres organismes de santé tels que les agences et instituts sanitaires (Agence française de sécurité sanitaire des produits de Santé, Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Institut national de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) ou même à d'autres organismes scientifiques (Inserm, Institut national du cancer, etc...).

La HAS définit ainsi ses principes fondateurs et ses missions :

« Les évaluations et recommandations élaborées par la HAS se fondent sur des arguments scientifiques, particulièrement sur la notion de « niveau de preuve scientifique », ainsi que sur des études relevant des sciences humaines (études sociologiques, démographiques, etc.) et des études économiques.

Elles s'appuient sur les données les plus actuelles de la littérature scientifique et reflètent l'état des connaissances à un moment donné. Elles sont réalisées à l'aide d'une méthodologie rigoureuse, explicite, reproductible et sans a priori, c'est-à-dire ne s'appuyant pas sur une opinion déjà constituée. Le doute formulé est le reflet du doute des scientifiques.

Cette approche concourt à une meilleure cohérence de l'évaluation et des avis rendus et permet de proposer aux professionnels de santé un panel d'outils d'amélioration de la qualité des soins, portant sur l'ensemble des soins. »

Dans les faits, la HAS pourra faire, en toute indépendance, les recommandations qu'elle veut ; l'application de ces recommandations relèvera cependant d'une manière ou d'une autre du pouvoir discrétionnaire des politiques.

Chacun sait bien, dans la pratique, le poids du ministère de la Santé... et bien plus encore celui du ministre des Finances qui a le dernier mot, lorsqu'il faut financer telles ou telles mesures de Santé publique.

Il n'a d'ailleurs échappé à personne que le président de la République lui-même a décidé de « grands chantiers » dans le domaine de la Santé qu'il s'agisse par exemple du « plan cancer » ou du « plan recherche »... Ce qui prouve que, dans le domaine de la Santé publique, le rôle des hommes politiques ne se limite pas à désigner les membres de la HAS.

Concernant la démarche-qualité, nous retiendrons, des (nombreuses) missions fixées par la loi à la HAS, les missions directement concernées par la qualité des soins : l'évaluation des pratiques professionnelles et la certification des établissements de Santé.

Les partenaires de la HAS désignés dans le décret du 14 avril 2005

La HAS définit les modalités de l'évaluation, agréé les organismes, habilite les médecins et contrôle le bon fonctionnement des dispositifs d'évaluation, de certification et d'accréditation.

Elle sollicite l'avis des CN FMC pour déterminer les modalités d'évaluation. Les URML organisent l'évaluation des médecins libéraux. Les CME organisent l'EPP des médecins salariés exerçant en établissement de santé et les URML et les CME organisent conjointement l'évaluation des médecins libéraux exerçant en établissement de Santé.

Les Médecins habilités (MH) ou les Organismes agréés (OA) accompagnent les médecins dans la mise en œuvre de leur évaluation et proposent si nécessaire les mesures correctrices à mettre en place.

Les Conseils régionaux de FMC/EPP enregistrent les certificats délivrés par les URML, les CME, les MH et/ou les OA et le Conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) délivre alors aux médecins évalués l'attestation quinquennale d'EPP.

Les acteurs de Santé publique

La D-Q peut être initiée par une personne, un groupe de personnes ou par une structure (personne morale). L'obligation de D-Q n'existe pas en tant que telle ; la D-Q est un (ou le) moyen de parvenir à l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

C'est l'évaluation de ces pratiques professionnelles qui fait l'objet, par la loi du 13 août 2004, d'une obligation pour les professionnels et les équipes médicales d'être évalués (afin d'être accrédités – ce qui n'est pas encore obligatoire –).

Les médecins doivent obligatoirement : acquérir des points de FMC et se soumettre au dispositif d'EPP

La D-Q est également la démarche nécessaire (*et suffisante?*) que doivent suivre les établissements de soins pour obtenir leur certification (appelée, par le passé, accréditation).

DÉMARCHE-QUALITÉ/FMC ET EPP

L'évaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue ont une finalité commune : l'amélioration de la qualité des soins et services rendus au patient. Pour atteindre ce même but, EPP et FMC empruntent des voies complémentaires. La FMC utilise une approche plutôt pédagogique, fondée sur l'acquisition de nouvelles connaissances et/ou de nouvelles compétences. L'EPP correspond davantage à une approche clinique et pratique, fondée sur l'analyse des données de l'activité.

En fait EPP et FMC se rejoignent, notamment parce que la FMC doit être (aussi) attentive aux résultats clinique et pratique qu'elle obtient et que l'EPP doit (également) s'appuyer sur les recommandations de « bonnes pratiques » liées à des connaissances et/ou des compétences nouvelles qu'il faut acquérir ou actualiser pour analyser l'activité clinique.

Quoi qu'il en soit, le décret du 14 avril 2005 indique clairement la relation entre les deux : *« l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue ».*

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Prévue par l'article 14 de la loi du 13 août 2004, l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a fait l'objet d'un décret d'application le 14 avril 2005. Les termes de ce décret définissent l'EPP comme *« l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique »*.

L'EPP est obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2005. Elle peut concerner un individu : *« La HAS établit et met en œuvre la procédure d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles des médecins quelles que soient leurs modalités d'exercice. Cette procédure est obligatoire ; en cas de non-respect, les médecins s'exposent aux sanctions prévues par les articles L.145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »*

Cette EPP peut concerner des groupements de médecins et des équipes médicales : *« La Haute Autorité de Santé définit et organise la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles. Ces référentiels sont réalisés, selon des méthodes reconnues, avec les professionnels et les organismes concernés. »*

Méthodologie de l'EPP

L'EPP consiste à comparer de façon régulière la pratique effectuée et les résultats obtenus par cette pratique, selon les recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

L'évaluation des pratiques se traduit donc, par un double engagement des praticiens. D'une part ils s'engagent à ce que leur exercice clinique soit en phase avec les recommandations de « bonne pratique » professionnelle et d'autre part ils s'engagent à analyser, comparer, évaluer leur pratique en référence à ces recommandations.

Modalités de l'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques médicales correspond à une démarche volontaire de tout praticien qui souhaite s'engager dans une démarche de qualité avec l'optique de perfectionner sa pratique.

Dans cette démarche il est accompagné soit par des MH soit par des OA afin de mettre en œuvre son évaluation.

Ces MH et/ou ces OA sont susceptibles de proposer, si nécessaire, les mesures correctrices à mettre en place pour la validation finale de l'évaluation.

Descriptif d'une action ou d'un programme d'EPP (d'après documents ANAES)

Une action ou un programme d'EPP se déroule sous une des formes suivantes : évaluation individuelle ou évaluation collective (mono ou pluridisciplinaire/pluriprofessionnelle). Le dispositif d'EPP correspond soit à une action ponctuelle, soit à un programme continu.

On entend par action ponctuelle, une action d'amélioration des pratiques professionnelles fondée sur un cycle d'amélioration unique. Celui-ci débute par une phase d'analyse de la pratique professionnelle existante et s'achève par l'appréciation des améliorations obtenues ; elle se déroule généralement sur une durée totale inférieure à six mois.

On entend par programme continu, un programme d'amélioration des pratiques professionnelles fondé sur des cycles d'amélioration successifs. Chacun d'entre eux débute par une phase d'analyse de la pratique professionnelle existante et s'achève par l'appréciation des améliorations obtenues. Une action continue peut également se traduire par une organisation de la pratique médicale autour de protocoles garants des règles de bonnes pratiques.

Tout programme d'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) doit satisfaire aux conditions suivantes; au plan thématique, le programme d'EPP doit préciser: le thème choisi et les objectifs à atteindre. Le cas échéant, le programme devra préciser la cohérence des thèmes retenus avec les priorités de Santé publique et les orientations nationales retenues pour la formation médicale continue.

Le choix de la thématique retenue sera fondé sur un certain nombre de critères (faisabilité de l'évaluation, existence d'une marge d'amélioration possible, fréquence de la pratique évaluée dans l'activité individuelle du médecin).

Au plan de la méthode, le programme d'EPP doit préciser quelle méthode est retenue pour l'évaluation: audit, revue de pertinence, chemin clinique, revue de morbi-mortalité..., les modalités de recueil et d'analyse des données, les modalités de retour d'information vers les professionnels évalués.

Le programme d'EPP doit également préciser l'origine et la nature des recommandations professionnelles utilisées dans le programme d'évaluation, notamment: la base scientifique des références utilisées pour l'évaluation, le niveau de preuve des données scientifiques ainsi que le grade des recommandations et enfin le recours éventuel – s'il n'y a pas de données validées sur le sujet – à un accord professionnel. Le programme devra être à jour des données scientifiques utilisées comme référence.

Du point de vue confidentialité, le programme d'EPP contient les dispositions nécessaires à la confidentialité des parties, concernant les résultats de l'évaluation des professionnels évalués ainsi que les données nominatives utilisées, lorsque l'évaluation porte sur des données relatives à des patients.

Ces données doivent être rendues anonymes conformément aux dispositions relatives au secret professionnel.

Pour la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration, le programme d'EPP comporte: une phase d'élaboration des actions d'amélioration, une phase de mise en œuvre des actions d'amélioration et une phase de suivi dans le temps qui implique la mise en place d'une évaluation continue ou d'une succession d'évaluations ponctuelles, visant à pérenniser les améliorations obtenues.

Le programme doit être adapté au mode d'exercice du professionnel. Le programme précise ce qui relève uniquement de l'activité propre du médecin, et ce qui relève de son environnement professionnel (établissement de santé, réseau de soins...).

La HAS recommande que soient mis à disposition du professionnel engagé des outils informatiques, notamment d'aide à la décision et de suivi du déroulement du programme.

Le programme d'EPP proposé au professionnel engagé doit présenter les qualités suivantes :

- acceptabilité ;
- faisabilité ;
- validité et efficacité.

Ses qualités se traduisent en particulier par :

- une intégration aisée à l'exercice quotidien du professionnel engagé dans la démarche ;
- un contenu en adéquation avec la pratique du ou des professionnels engagés ;
- la collecte et l'analyse de données cohérentes avec la finalité d'amélioration de la qualité des soins ;
- un recueil des données qui permette de rendre compte des améliorations de pratique.

LA CERTIFICATION (EX ACCRÉDITATION) DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La loi du 13 août 2004 utilise le terme « certification » en lieu et place du terme « accréditation » utilisé, auparavant, pour les établissements de soins. Le vocable « accréditation » devrait désormais être réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales. Au-delà de ce changement de mots, la procédure et l'objectif restent identiques.

Concernant la procédure, celle-ci porte sur l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, au sein des établissements de Santé publics et privés, des réseaux de soin et des centres de soin.

L'objectif, lui, reste le même : évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés par ces structures.

La HAS organise, met en œuvre et délivre les certifications. 2 800 établissements de soin sont certifiés tous les quatre ans.

La procédure de certification s'articule autour de trois grands axes stratégiques : l'appréciation du service médical rendu aux patients, le renforcement de l'évaluation de la politique de qualité des soins dans l'établissement et enfin l'accent mis sur la gestion des risques.

Cette procédure d'évaluation externe à un établissement de santé est effectuée par des professionnels en exercice. Elle est indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle et concerne l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

L'ACCRÉDITATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Pour les professionnels de santé, médecins ou équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé, l'accréditation correspond à une reconnaissance par une structure externe de la qualité de la pratique professionnelle de ces médecins ou de ces équipes médicales.

Cette accréditation est accordée par la HAS. Elle est valable pour une durée de 4 ans.

Cette accréditation peut permettre aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées aux risques professionnels de recevoir une aide à la souscription de l'assurance obligatoire.

AGRÉMENT

En pratique, le terme d'agrément se rapporte généralement aux structures de formation, ou d'évaluation des pratiques professionnelles auprès desquels les médecins viennent mettre en œuvre leur démarche en vue de leur évaluation et/ou de leur agrément.

C'est le cas de la procédure d'agrément des organismes d'EPP dont la création est prévue dans la loi du 13 août 2004 :

« L'organisme candidat adresse son dossier de candidature au directeur de la HAS. À cette fin, il complète le dossier type de demande d'agrément.

Le dossier de candidature est étudié par la HAS. Celle-ci se réserve la possibilité de s'adjoindre le concours de tout tiers pour l'étude du dossier. Celui-ci est communiqué pour avis aux CN FMC dès sa réception. »

PROCÉDURE D'HABILITATION

Il s'agit de la procédure prévue dans la loi du 13 août 2004 qui concerne les médecins libéraux chargés de l'EPP de leurs confrères.

Pour être habilité, un médecin doit satisfaire à un certain nombre de conditions : avoir fait lui-même l'objet d'une évaluation ponctuelle ou être engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, avoir satisfait à son obligation de FMC, se soumettre à l'obligation de formation des médecins habilités, initiale et continue, fixée par la HAS, s'engager à consacrer par année de travail un minimum de dix jours à l'accompagnement de démarches d'évaluation individuelle ou en groupe, s'engager à remplir des missions de médecin habilité pendant cinq ans, s'engager à tenir informée la HAS de tout changement dans son statut ou son activité professionnelle et avoir fait une déclaration d'intérêts et s'engager à la modifier dès qu'un changement intervient dans sa situation.

CONCLUSION

À ce jour, en juillet 2006, les obligations légales sont limitées :

- pour un médecin libéral, satisfaire à la procédure d'EPP ;
- pour un médecin (ou un groupe de médecins) exerçant en établissement de Santé, satisfaire « à la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de Santé ».

La D-Q dans notre discipline devra nous concerner tous, libéraux ou hospitaliers à titre personnel. Elle devra aussi concerner chacune des composantes de la Fédération.

Cette démarche devrait concerner tous les aspects de la vie professionnelle, des connaissances qu'il faut acquérir et maintenir, jusqu'aux conditions d'exercice (tenu des dossiers, conditions d'exercice etc.). Il faut donc se faire à l'idée qu'il ne s'agit pas seulement de satisfaire un « contrôle » type examens ou concours comme nous en avons connu, mais d'un état d'esprit de recherche constante des moyens d'améliorer sa pratique... vaste projet quand même !

Concernant la SFSCMF, il sera important que la société savante représentative de tous les praticiens de la discipline s'engage dans une démarche-qualité afin d'assumer sa place et son rôle dans la Fédération, pour un partenariat efficace avec la HAS. Celle-ci ne peut, à l'évidence, réaliser elle-même les innombrables évaluations, émettre des avis, établir des procédures, élaborer des recommandations, habilitier, certifier, accréditer sans s'appuyer (entre autres) sur les sociétés savantes.

La SFSCMF devrait notamment se pencher, à la demande de la HAS, sur l'agrément des OA et l'habilitation des MH auxquels les stomatologues et les chirurgiens maxillo-faciaux devront faire appel pour leur EPP et/ou leur accréditation.

La réflexion d'une démarche de type ISO pour la SFSCMF devra être engagée.

Le dynamisme et la volonté de s'engager dans la démarche-qualité de la SFSCMF seront le meilleur moyen d'entraîner praticiens et structures de soins de la discipline dans la voie d'une meilleure qualité de nos prestations, dans l'intérêt supérieur des malades et des patients.

ACCÈS AUX SOINS EN STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Dr Philippe Vermesch, Saint-Raphaël

Les différents dispensateurs de soins en stomatologie se répartissent tant dans leurs secteurs géographiques que dans leur mode d'exercice. Cela va du stomatologiste exerçant exclusivement en cabinet libéral à celui qui exerce de façon exclusive dans un établissement de soins en passant par celui qui répartit son temps de travail entre ces deux lieux d'exercice.

Leur activité dépend de l'approche que chacun d'entre eux a vis-à-vis de notre spécialité. C'est ainsi que certains seront exclusivement chirurgicaux travaillant avec de nombreux correspondants médicaux ou dentaires, d'autres auront une activité dite omnipratique selon laquelle ils réalisent soins et prothèses dentaires associés bien sûr à une chirurgie pouvant aller jusqu'à la greffe osseuse pré-implantaire.

Se rajoute à ces activités un éventuel volet d'Orthopédie dento-maxillo-faciale en fonction de la formation de chacun. Depuis quelques années l'implantologie fait également partie du paysage (soit en tant que poseurs omnipraticiens, soit en tant que poseurs correspondants des chirurgiens-dentistes).

Avant toute chose, il convient de décrire succinctement le système de santé français et ses différents acteurs. Un des principes de la protection sociale est l'accès aux droits sociaux afin que les ressources économiques ne soient pas un obstacle pour l'égalité d'accès aux soins de tous membres de la société. En France, le modèle retenu est celui de l'assurance-maladie, mutualisant les risques et financée par les cotisations sociales. Ce modèle exige un savant équilibre entre le niveau des cotisations, le type de cotisants et leur nombre, et les dépenses de quelques malades à un instant donné. Cet équilibre est rarement atteint.

ON DISTINGUE

Le régime général qui est le plus important des régimes (deux tiers de la population). Il couvre :

- pour l'ensemble des risques : les salariés de l'industrie, du commerce et des services ;
- pour les charges de famille : l'ensemble de la population résidente.

Le régime général couvre ainsi les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, veuvage, accidents de travail et de trajet, maladies professionnelles.

Les régimes particuliers qui dépendent du régime général pour un ou plusieurs risques mais ont leur propre régime pour les autres risques. Les régimes particuliers des salariés concernent par exemple : les salariés d'EDF, les salariés du Crédit foncier, le personnel de la préfecture de police de Paris, qui ont des avantages par rapport aux prestations offertes par le régime général. Les régimes particuliers des non-salariés protègent par exemple : les médecins et auxiliaires médicaux conventionnés en secteur 1, les étudiants, les artistes peintres et sculpteurs, les personnes âgées bénéficiaires de pension ou d'allocation vieillesse, les invalides de guerre...

Les régimes spéciaux qui disposent d'une gestion autonome et qui sont indépendants du régime général. Les deux régimes spéciaux les plus importants sont le régime des exploitants agricoles (MSA) et le régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles (ou régime « non non »). Les autres régimes spéciaux sont les systèmes de protection sociale nés avant la sécurité sociale : régime des mineurs, des marins, SNCF, RATP, Banque de France... Il en existe 167.

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Il est assuré par deux grandes catégories de ressources : les cotisations et le financement public, constitué des impôts et taxes affectés ainsi que des contributions publiques.

Sécurité sociale	75,5 %
État	1,1 %
Mutuelles	7,5 %
Assurance	2,8 %
Institutions de prévoyance	2,1 %
Ménage	11,1 %

La sécurité sociale présente un déficit de l'assurance-maladie augmentant régulièrement d'année en année ayant nécessité des mesures afin de les contenir : convention médicale d'août 2005 par la négociation et moindre remboursement des caisses par voie législative.

LES PRESTATIONS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les prestations en nature couvrent les frais médicaux, chirurgicaux, paramédicaux effectués en ville (secteur libéral) ainsi que les frais de pharmacie, d'appareillages et d'hospitalisation (publiques, privées à but non lucratif ou lucratif c'est-à-dire les cliniques).

Le remboursement de ces frais n'est pas intégral. La participation de l'assuré social varie de zéro à 100 % selon les cas. Cette partie des frais médicaux laissée à la charge de l'assuré est censée modérer la consommation des soins en sensibilisant les malades au coût de la santé. Ce ticket modérateur est le plus souvent remboursé par un organisme de protection sociale complémentaire.

Pour accompagner la convention d'août 2005 et le parcours de soins passant par le médecin traitant, le gouvernement a instauré un ticket modérateur de 40 % (au lieu de 30 %) dans le cas d'un patient consultant directement le spécialiste. Un euro supplémentaire est prélevé pour chaque consultation (dans la limite de 50 euros par an).

Actuellement le stomatologiste fait partie du parcours de soins. Il est donc nécessaire, afin que le patient ait un remboursement optimum, que ce dernier passe par son médecin traitant avant de le consulter. Le stomatologiste est désormais placé en accès spécifique (c'est-à-dire « hors parcours de soins ») pour tout ce qui concerne les soins, prothèses, ODMF, extractions dentaires et lésions en rapport avec les dents. À partir du 1^{er} janvier 2007, cette mesure sera étendue aux soins de prévention bucco-dentaires.

On peut donc distinguer plusieurs sortes de couvertures sociales

La plus grande partie des frais de santé est couverte par le régime général et remboursée sur une base de 60 à 70 % des tarifs opposables en fonction du parcours de soins, le reste l'étant plus ou moins en fonction de l'organisme complémentaire du patient.

Ceux qui dépendent de régimes particuliers ou spéciaux dont le remboursement dépendra des prestations offertes par ces organismes.

Enfin ceux qui pour des raisons de revenus insuffisants dépendent du régime de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMU). Dans le cadre du parcours de soins, les professionnels pratiquent en tiers payant un tarif opposable décidé par le gouvernement. (Ces tarifs viennent d'être relevés pour la première fois depuis la création de ce régime).

Il existe enfin le système d'aide médicale d'état gratuit financé par les conseils généraux qui prend en charge les frais d'urgence des résidents étrangers en situation irrégulière et les frais médicaux donnés à titre humanitaire pour les personnes temporairement présentes sur le territoire français.

Le partage de la couverture sociale entre les organismes de base, la sécurité sociale, et les organismes complémentaires privés sont un enjeu des dix années à venir. Les problèmes posés vis-à-vis du reste de la population sont : la définition de tarifs opposables pour les soins dentaires, le panier de soins des services offerts, la prise en charge illimitée du forfait hospitalier.

RECOURS AUX SOINS

La demande de soins est différente des besoins de santé qui sont définis par les professionnels de la Santé. C'est à ces besoins que sont proposées des réponses en termes de structures modernes. Les malades auront donc recours à des systèmes de santé différents selon les types d'explications qu'ils retiendront pour leur mal, et selon l'adaptation des services à leurs désirs et capacités financières. Les itinéraires de soins des patients sont donc multiples, très diversifiés et complexes dans leur organisation et leur chronologie.

Pour ses propres soins, le patient a le choix entre s'adresser aux différentes structures existantes : le professionnel libéral stomatologiste, le dentiste libéral à la fois correspondant,

complémentaire et concurrent du stomatologiste, les centres hospitaliers régionaux et universitaires lorsqu'ils disposent d'un service dentaire et/ou stomatologique, les centres dentaires mutualistes ayant une activité dentaire et d'Orthopédie dento-maxillo-faciale. Pour les plus démunis, il existe dans certaines villes des centres gérés par des organisations humanitaires où des praticiens travaillent de façon bénévole.

Le prix des prestations fournies

Les stomatologistes pratiquent soit en secteur 1 soit en secteur 2. Dans ce dernier les tarifs sont laissés à la discrétion des praticiens pour tous les actes qu'ils pratiquent. Ils payent en conséquence une cotisation sociale de 9,81 % sur l'ensemble de leurs bénéfices non commerciaux.

Le stomatologiste secteur 1, en contrepartie d'un versement des caisses au titre de ses cotisations Urssaf, se doit de pratiquer des tarifs opposables sur l'ensemble de ses actes. Ceux-ci peuvent néanmoins être sujets à dépassement dans le cadre du Dépassement exceptionnel (DE) ou du dépassement permanent réservé à quelques praticiens. Le parcours de soins permet un dépassement autorisé de 17,5 % dans la limite de 30 % des actes pour tout patient n'en faisant pas partie. Pour les actes pratiqués en prothèse dentaire et Orthopédie dento-maxillo-faciale, ceux-ci sont libres et subissent un dépassement dit à entente directe laissé à l'appréciation du praticien.

Seule exception à la règle, les actes en prothèse et Orthopédie dento-maxillo-faciale pratiqués chez les patients CMU qui doivent répondre à un dépassement « opposable et limité ».

Certains actes dentaires notamment de parodontologie, d'endodontie et d'implantologie ne sont pas inscrits à la NGAP. Ils sont donc pratiqués « hors nomenclature » sans aucun remboursement de la part du régime général. Le remboursement est à la discrétion des régimes complémentaires.

Le parcours de soins

La convention médicale de 2005 a créé un parcours de soins dans le but d'optimiser les orientations médicales des patients et de centraliser les informations au niveau du médecin traitant. Dans cette optique, le patient présentant une pathologie doit passer par son médecin traitant qui l'enverra consulter un spécialiste s'il l'estime nécessaire.

Pour rendre ce parcours de soins plus incitatif, la caisse a institué un remboursement moindre de 60 % au lieu de 70 % pour le patient consultant directement le spécialiste. La « sanction » ne peut cependant être supérieure à 2,50 euros.

Les stomatologistes font partie du parcours de soins et de par leur activité omnipratique pour les deux tiers d'entre eux, s'est très vite posé le problème de la logique du passage par le médecin traitant pour subir des soins dentaires conservateurs ou des extractions lorsqu'elles étaient demandées par le dentiste. Ce dernier ne pouvant être traité à égal du médecin traitant puisqu'il ne fait pas partie du parcours de soins de la convention médicale.

Les caisses, selon les régions, ont appliqué leur propre vision de la convention : certaines considéraient le stomatologiste en accès spécifique et d'autres appliquaient de façon stricte le parcours de soins. Des négociations récentes ont abouti à un accès spécifique du stomatologiste pour toute la pathologie dentaire. Ceci impliquera que le praticien travaillera en honoraires opposables sans possibilité de dépassements autorisés comme le lui permet le parcours de soins.

En contrepartie de cette opposabilité, les stomatologistes bénéficieront des augmentations tarifaires négociées dans la convention dentaire ainsi que du volet préventif institué par le bilan bucco-dentaire. Ce dernier prévoit en effet une consultation aux âges de 6, 9, 12, 15 et 18 ans au cours de laquelle sont décidés les soins à effectuer pendant une période de six mois à venir.

Cette consultation et ses soins sont pratiqués en tiers payant à tarifs opposables. Il est clair que le stomatologiste qui ne bénéficie pas actuellement de ce système verra partir progressivement les enfants ainsi que leurs familles (tout ceci par un système concurrentiel déloyal institué par la caisse).

Il ne faut bien sûr pas oublier la somme d'un euro prélevée par la caisse pour chaque remboursement d'une prestation médicale, ce qui ne concerne pas les feuilles de soins dentaires...

Bibliographie

Le Faou A L . Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada. ELLIPSES MARKETING Éd 2003. 224 pages.

Tessier S, Andréys JB, Ribeiro MA. Santé publique, santé communautaire. 2^e édition. MALOINE Éd 2004. 342 pages.

Leborgne C, Keller B : Les acteurs du système de soins français. BAILLIERE (Éditions J.-B.) 2005. 192 pages.

LE RÔLE DES STOMATOLOGISTES DANS LA PROMOTION DE LA SANTÉ

*Dr Jean-Baptiste KERBRAT, Rouen
Olivier FRÉGAVILLE-ARCAS, Paris*

La promotion de la Santé est un véritable programme de santé publique dont le but est de permettre à chaque individu d'assurer un meilleur contrôle sur sa santé et sur les moyens de l'améliorer.

Après les généralités, est démontrée l'importance de la place des stomatologistes et des chirurgiens maxillo-faciaux dans la prévention de la Santé.

Et la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé sur le rôle incontournable de pilier que jouent les stomatologistes et les chirurgiens maxillo-faciaux pour tout ce qui est lié à la face, l'appareil buccal et la denture.

PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la Santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre état de santé, et d'améliorer celle-ci.

La prévention est traditionnellement l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Plusieurs types de prévention sont décrits :

- **la prévention primaire** : tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition des cas nouveaux. Il s'agit d'une action en amont de l'apparition de la maladie. Il en est ainsi du bilan bucco-dentaire. La prévention des cancers de la bouche et la détection des lésions pré-cancéreuses en sont un autre exemple. Il est important d'attirer également l'attention sur les risques tabagiques ;

- **la prévention secondaire** : tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée d'évolution. Il s'agit d'une action qui se situe au tout début d'une maladie et prend en compte le dépistage et le traitement précoce des cas. En orthopédie, le stomatologiste sera plus sensible à agir sur les pièces osseuses jeunes, évitant ainsi, à l'enfant, une chirurgie lourde plus tardive. En matière de malformation, il saura avoir une vue prospective complète depuis la correction de l'anomalie anatomique, jusqu'à la réhabilitation prothétique ;

- **la prévention tertiaire** : tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités

fonctionnelles et sociales consécutives. Lorsque l'on revient à la définition de la promotion de la santé, on constate qu'elle élargit le contexte de prévention et a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens de l'améliorer. Comme tous les médecins, le stomatologiste et le chirurgien maxillo-facial veilleront à ce que leur patient n'ait pas de risque d'incapacité.

Les actions à mener ne sont possibles que s'il existe une prise de conscience collective d'une réalité préventive, une participation de chaque acteur du système de Santé, une intégration de cette action aux actions curatives avec réorientation du système de Santé, et une connaissance préalable de la population et de ses besoins.

Le développement d'une promotion de la santé efficace et innovante nécessite l'élaboration d'une vraie politique de santé publique, une mobilisation des acteurs du terrain et les représentations régionales de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (INPES).

Promotion de la Santé dans le domaine de la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale

La spécificité de la profession de stomatologiste réside dans un savoir médical, une connaissance approfondie de la bouche et de la muqueuse, et une connaissance commune de la dent avec le dentiste. En terme de Santé publique, le stomatologiste est incontournable pour tout ce qui est tumeur de la bouche, soins d'un patient avec des antécédents lourds (cardio-vasculaires, ou diabétiques par exemple). Les soins étant liés aux antécédents médicaux du patient, le stomatologiste supervise les différentes thérapies.

Véritable charnière, entre les médecins et le dentiste, le stomatologiste est amené à avoir un rôle princeps dans la prévention médicale, comme n'importe quelle autre spécialité. Il peut en effet déceler au plus tôt et prévenir les dysmorphoses de la face chez les enfants. On peut imaginer un triptyque entre les médecins, les dentistes et les stomatologistes ou chirurgiens maxillo-faciaux. L'ORL discutera plus facilement avec un confrère médecin d'un problème respiratoire entraînant un trouble de croissance du maxillaire.

Du fait de son double cursus, le stomatologiste a non seulement des connaissances sur les dents, mais aussi sur les pathologies de la muqueuse, de la chirurgie de la bouche et l'orthodontie. Il est notamment capable, lors d'un examen, de déceler les lésions précancéreuses et d'établir une prévention ad hoc d'une tumeur de la bouche.

Le stomatologiste et le chirurgien maxillo-facial connaissent les interactions entre le nez, les dents et la bouche. Qui mieux que le stomatologiste est capable de suivre un patient atteint par ce cancer, ou de prendre en compte les antécédents cardiovasculaires et diabétiques d'un patient ?

Le chirurgien maxillo-facial a quant à lui des connaissances en stomatologie, mais aussi en chirurgie de la face. Là encore, cette double formation dentaire et chirurgicale est nécessaire au diagnostic et à la réalisation de certains actes. Comment réaliser correctement une chirurgie des maxillaires sans connaissance de l'occlusion ? Il est ainsi parfaitement formé pour la chirurgie réparatrice et esthétique de la face.

La formation médicale du stomatologiste pourrait lui permettre d'être au cœur de la prévention qui devrait se traduire par une extension du bilan bucco-dentaire au senior jusqu'au 3^e âge, lorsque les pathologies bucco-dentaires représentent 12,1 % des affections déclarées, proportion en constante augmentation.

DEVOIR D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PATIENT

Dr Jean-Claude Ambrosini, Paris

Le droit à l'information occupe une place prépondérante dans notre société. La Médecine, qui se double d'une mission d'ordre humaniste et éthique, y compris les spécialités chirurgicales et technologiques, à l'image de la Stomatologie, n'échappent pas à cette règle.

INTRODUCTION

Rappelons que selon un principe général d'ordre public, l'acte médical étant par nature constitutif d'atteinte à l'intégrité corporelle du patient, dans tous les systèmes juridiques fondés sur l'idée de liberté et de démocratie, tout traitement est subordonné au consentement du patient qui est seul à pouvoir décider d'une intervention extérieure sur son propre corps. C'est un des aspects des droits fondamentaux à la vie, à l'intégrité physique, à la sécurité de la personne, à la liberté individuelle. [1]

Dans notre pays, la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, affirme droits et obligations en la matière [2] : ceux du médecin conseiller, thérapeute responsable, et ceux du patient, malade, blessé, handicapé ou vieillissant, à la fois aussi consommateur et assuré social. Cette loi, expression de la démocratie sanitaire, a le mérite de clarifier les choses : l'obligation d'une faute pour établir la responsabilité professionnelle du médecin, et la nécessité du respect contractuel conformément au Code civil reconnaissant ainsi en matière de santé une réelle égalité entre les parties contractantes.

Je précise qu'il ne sera analysé ici que l'information médicale au sens du consentement aux soins.

Historique

En France, c'est en 1862 qu'un arrêt de la Cour de cassation (Cass.) posa le principe selon lequel « *Toute personne, quelles que soient sa situation et sa profession, est soumise à la règle des articles 1382 et 1383 du Code civil* ».

Article 1382 du CC : « *Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ».

Article 1383 du CC : « *Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait mais encore par sa négligence ou son imprudence* » (= *faute involontaire*).

Dès lors, le médecin perd sa situation de privilégié, liée à sa notoriété et au caractère sacramentel de son article : il devient un citoyen comme les autres. Sur le plan professionnel ce n'est plus un sorcier, on lui affecte une responsabilité professionnelle individuelle délictuelle.

Puis, le 20 mai 1936 survient une autre décision de la Cour de cassation : c'est le fameux arrêt Mercier qui admet l'existence d'un véritable contrat entre soignant et soigné. Ce contrat engage deux volontés : celle de soigner, prodiguer des soins « non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la Science », et celle d'être soigné, s'engager (si consentement) à recevoir les soins proposés, à exécuter les prescriptions, à les honorer. C'est un contrat synallagmatique : chaque partie prend des engagements réciproques vis-à-vis de l'autre (art. 1102 du CC). Il peut être conclu soit à titre onéreux (art. 1106 du CC), directement ou par tiers paiement, soit à titre gratuit, il s'agit alors d'un contrat de bienfaisance (art. 1105 du CC).

Le fondement délictuel de la responsabilité individuelle professionnelle du médecin s'est ainsi transposé dans un cadre contractuel [3]. À travers ce nouvel esprit de la jurisprudence, le médecin pouvait-il entrevoir le retour à une position privilégiée, à la diminution de sa responsabilité ? L'imaginer serait une erreur, car le contrat médical est en tout point assimilable à un contrat quelconque, régi par l'article 1101 du CC, et l'inexécution des obligations contractuelles, même involontaire, est condamnable si elle entraîne un préjudice.

Qu'est-ce qu'un contrat ?

Un contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire, ou ne pas faire quelque chose.

Pour être juridiquement valable tout contrat doit répondre à 4 conditions : un objet licite (c'est-à-dire non contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs), une raison de s'engager, la capacité de contracter, et le consentement de la partie qui s'oblige, objet de notre développement.

Une obligation s'impose donc aux contractants : ils doivent connaître la teneur du contrat et donner leur assentiment (art. 1108 du CC). Ce consentement doit être exempt de vices : il pourrait être réputé vicié s'il est entaché de dol (= tromperie commise en vue de décider une personne à conclure un contrat), d'erreur ou de violence. [4]

LE CONSENTEMENT DU PATIENT

Il existe donc un contrat médical qui impose au praticien sinon de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs, conformes aux données actuelles de la science. C'est une obligation de moyens, obligation de prudence et de diligence, à laquelle s'ajoute une obligation de recueillir le consentement libre de son patient avant d'entreprendre un traitement [5].

Cette obligation du Code civil est aussi une obligation déontologique : « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas » (art. 36 du Code de déontologie des médecins (CDM)).

Par ailleurs, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance (parent, proche ou médecin traitant) qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révoquée à tout moment. La personne de confiance accompagne le patient dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (art. L. 1111-6 du Code de Santé publique (CSP)).

Le consentement doit être libre mais il doit aussi être éclairé (Cass. 08.11.1955 – déclaration de l'OMS Europe- Amsterdam.1994).

QUI DIT CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DIT INFORMATION DE QUALITÉ

Il est évident que pour librement décider, le patient doit être clairement renseigné, et si ce dernier a le droit d'être informé, le médecin a le devoir d'informer : une information transparente, de qualité, simple mais complète, ce qui signifie une mise à la portée du patient, information comprise par lui, moralement, intellectuellement, et psychologiquement. Bien faire passer le message en portant une grande attention à la parole du malade. Ne pas aller au-delà de sa volonté librement exprimée [6]. L'information fait donc partie désormais de l'acte thérapeutique : « un bon médecin aujourd'hui, c'est un médecin qui a appris à informer » [7]. Il doit veiller à la compréhension des explications fournies (art. 34 du CDM).

En ODMF les tracés céphalométriques sont, par exemple, des documents très pratiques pour expliquer l'étiopathogénie et le traitement proposé d'une dysmorphose. Grâce à la technicité actuelle de l'imagerie gérée par ordinateur on peut, en odontologie courante, transmettre une information préopératoire à son patient. Mais il ne faut pas en déduire qu'il faut tout dire : l'intérêt du malade reste prioritaire et c'est au médecin d'apprécier en conscience (art. 35 du CDM).

Le contenu de l'information

Bien informer est difficile. L'information doit porter sur le diagnostic, la thérapeutique, les techniques utilisées, le suivi médical et le pronostic. Elle doit être « loyale, claire, simple, intelligible et appropriée » (Cass. 26.01.1961).

Appropriée aux circonstances

Selon la pathologie et le pronostic, un praticien n'informe pas dans les mêmes conditions pour une prothèse dentaire, une prognathie, un carcinome buccal, un évidement ganglionnaire et selon le « terrain » lui-même (anxiété, pusillanimité). On imagine mal aujourd'hui une information médicale qui serait déloyale [21].

Les suites possibles encourues

Il faut aussi informer son patient des suites possibles de son intervention thérapeutique, des « risques fréquents ou graves normalement prévisibles ». La jurisprudence récente (Cass. 15.06.04 et 26.10.04), complexe et peu claire, affirme par le mot « normalement » une position antithétique du terme « exceptionnel », ce qui est plus conforme à l'exercice médical. Mais attendons en la matière l'évolution jurisprudentielle [8].

Les alternatives thérapeutiques

Il faut en sus indiquer les alternatives thérapeutiques, les facteurs de réussite, les dangers encourus en cas d'abstention, et surtout ne point négliger le devoir de conseil. Si la thérapeutique conseillée échoue, c'est au patient de prouver qu'il a été mal avisé et il peut alors arguer de la perte d'une chance de guérison [6]. L'expression de l'information doit être d'autant plus formelle que l'enjeu de l'acte médical est important, tout en gardant à l'esprit que, sur le plan juridique, il n'y a pas de petits actes médicaux, il n'y a pas de spécialité mineure : sur le fond, l'acte médical reste le même aux yeux des magistrats.

« Informer c'est aussi s'informer » [9]

État antérieur du patient, tares viscérales, allergies, traitements anticoagulants ou antiagrégants, doivent être indiqués dans le dossier. En cas de litige, cet aspect peut s'avérer essentiel.

Comment informer ?

Il convient d'établir un document écrit, personnalisé, c'est-à-dire adapté au cas précis du malade (et non un banal formulaire standardisé), de façon à montrer la réalité d'une information « éclairée » et laisser un temps de réflexion. Sur ce point pas de réglementation précise, mais du bon sens. Plus le traitement est complexe, plus le délai de réflexion doit être long : 8 jours à 3 semaines, en fonction du type de soin chirurgical (intervention majeure mutilante faciale, par exemple) ou de l'importance et du coût des travaux de réhabilitation bucco-dentaire (prothèse, implants).

Le devis d'honoraires doit être cosigné par le soignant et le soigné. Ne pas oublier éventuellement d'ajouter un avenant s'il y a modification dans le plan et les moyens de traitement (par exemple au cours d'un traitement ODMF).

Le consentement écrit peut ainsi avoir des vertus pédagogiques et permettre d'accompagner le patient dans le choix thérapeutique [11]. Inclure ensuite l'ensemble des informations dans le dossier médical, un « vrai » dossier et non une banale fiche informatique comptable. Tenu à jour régulièrement (art. 45 du CDM), le dossier doit rester accessible à l'information de l'intéressé (art. L. 1111-7 du CSP).

La preuve du consentement

En cas de litige, c'est au médecin qu'il incombe d'apporter la preuve qu'il a donné l'information souhaitable au patient et reçu le consentement de celui-ci (arrêt Hédéracée : Cass. 25.02.97).

Antérieurement cette preuve était à la charge du patient : le renversement jurisprudentiel a surpris et interpellé tous les professionnels de santé ! En vérité, cet arrêt n'est que la stricte application de l'article 1315 du CC qui précise que « celui qui se prétend libéré de son obligation doit prouver le paiement ou le fait qu'il a produit l'extinction de son obligation » (exemple : c'est au locataire de prouver qu'il a bien réglé son loyer).

Le consentement peut être prouvé par tous les moyens (Cass. 14.10.97) : courrier écrit au correspondant et dicté devant le patient, nombre, dates et durée des consultations avant

l'intervention, bilan et examens complémentaires préopératoires [9], fiche d'information cosignée, cassette audio visuelle, cédérom.

La preuve testimoniale est possible, mais dans le secret de la consultation médicale, il est difficile d'apporter la preuve de ses paroles, surtout en l'absence de témoin, car l'infirmière, l'assistante dentaire, salariées sous l'autorité du praticien ne peuvent légalement témoigner selon la loi du 4 mars 2002 (art. L 1111-2 du CSP) n'exigeant pas une preuve écrite, absence d'obligation confirmée par un arrêt de la Cour de Cass. du 18 mars 2003. On admet judiciairement que la preuve peut résulter « de présomptions de fait » (art. 1353 du CC). L'appréciation reste donc réservée au Juge, et finalement on peut penser que seul l'écrit reste la « summa probatio », la preuve parfaite [13].

C'est pourquoi, si un document écrit n'est pas obligatoire il est judicieux de le conseiller, tout en sachant bien que l'information cosignée n'est pas une décharge de responsabilité pour le praticien, et que la démarche peut, a contrario, provoquer la méfiance du patient [10].

Une information écrite cosignée peut se structurer sur un modèle simple

« Monsieur....., Madame.....

Agissant en tant que responsable légal de après bilan clinique et étude des examens complémentaires (décrire et personnaliser les données, mentionner les alternatives thérapeutiques proposées), signifiés dans le dossier médical n°..... du Dr

Il a été décidé d'un commun accord avec le Dr..... de procéder à la thérapeutique suivante..... ayant pour but.....

..... consécutivement aux informations, indications et contre-indications qui lui ont été données et exposées (les indiquer en les personnalisant au cas du patient, avec les recommandations du consensus professionnel concernant l'acte considéré et les risques normalement prévisibles).

Nous a donné son consentement éclairé pour les soins proposés.

S'engage au suivi médical post-opératoire prescrit (à préciser selon le cas du patient).....

Montant des honoraires: Prise en charge SS:

Mutuelle éventuelle:

»

Il est évident que le domaine de la dentisterie opératoire ne peut faire l'objet pour chaque acte unitaire d'une « information protocolaire » de ce type [14]. Mais il est conseillé d'établir un bilan global sur un document à remettre pour information au patient, signalant notamment l'état antérieur (parodonte, obturations et prothèses déjà en bouche), les recommandations d'hygiène et traitements médicaux éventuels, les risques liés aux extractions dentaires envisagées, les risques inhérents aux reprises de traitement canalaire.

L'omniprésence de l'Informatique permettra vraisemblablement, dans un proche avenir, de faciliter une information de qualité en matière de consentement éclairé du patient.

Le DMP est une solution intéressante. C'est la raison pour laquelle le CNOM accompagne positivement cette évolution technologique [15] qui à ce jour reste encore à concrétiser. Avec leurs confrères, les médecins stomatologistes sont à l'écoute d'une orientation pragmatique en ce domaine, facilitant au mieux les relations consensuelles avec leurs patients [12].

La Capacité civile du contractant

La capacité civile est relative aux droits qui régissent les rapports des particuliers entre eux, et qu'on appelle « droits civils ». Cette capacité appartient à tous les Français, à condition évidemment que l'individu ait à la fois la jouissance et l'exercice des droits. Elle s'impose à tout contractant, y compris dans le cadre d'un contrat médical, donc au médecin et au patient.

Ainsi, le mineur, le majeur protégé, l'aliéné, l'interdit, le failli, sont des « incapables » qui ne peuvent exercer seuls les droits dont ils sont investis. Le médecin doit alors s'efforcer de prévenir les parents, le représentant légal (tuteur ou médecin d'un CHS) et obtenir leur consentement (art. L. 1111-2 du CSP – art. 42 du CDM). Le problème est d'autant plus vif que l'on a de plus en plus de parents séparés qui ne sont pas toujours d'accord sur la nécessité du traitement proposé. C'est une situation souvent rencontrée en ODMF.

À ce sujet il faut bien retenir les dispositions nouvelles concernant l'autorité parentale [16]:

- article 371-1 du CC: « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans la sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité* »;

- article 373-2 du CC: « *La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale.* » Dans tous les cas, l'accord écrit des deux parents et l'information de l'enfant sont nécessaires;

- article 373-2-1 du CC « *Si l'intérêt de l'enfant le commande, le juge peut confier l'exercice de l'autorité parentale à l'un des deux parents.* » Dans ce cas l'autorité parentale est exercée par celui d'entre eux à qui le Tribunal a confié la garde de l'enfant, sauf pendant le droit de visite et de surveillance de l'autre;

- par dérogation le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement de l'autorité parentale sur les décisions à prendre si le traitement s'impose pour sauvegarder la santé d'un mineur qui s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale: dans ce cas le jeune patient se fait accompagner par une personne majeure de son choix. (art. L. 1111-5 du CSP). Il en est de même si le patient mineur est bénéficiaire à titre personnel de la CMU.

Les limites du droit au consentement

Seules, l'urgence, l'impossibilité d'informer (art. L 1111-2 du CSP), ou le refus du patient (Cass. 07.10.98) peuvent dispenser le médecin du devoir d'informer.

Remarque: juridiquement, il n'y a pas de responsabilité médicale contractuelle toutes les fois où le praticien donne ses soins à une personne inanimée ou dans le coma, à un mineur

ou un incapable dont il ne peut joindre le représentant légal, et lorsqu'il s'agit de médecine préventive obligatoire (vaccinations) ou médecine du travail. La responsabilité de l'acte médical reste alors d'ordre délictuel.

Les Biomatériaux et le consentement éclairé

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de Santé (Afssaps) établissement public de l'État, sous tutelle du ministre chargé de la santé, veille à la mise en application des règlements relatifs à l'importation, les essais, la fabrication, la préparation, l'exportation, la distribution, le conditionnement, la conservation, l'exploitation, la mise sur le marché, la publicité, la mise en service des produits à finalité sanitaire. À ce titre, sa compétence s'étend aux biomatériaux (art. L. 5311-1 du CSP).

Ce sont des matériaux synthétiques ou naturels conçus et réalisés pour être utilisés sous contrainte biologique [17], qui ont permis une avancée sans précédent dans le domaine de la Stomatologie et de la CMF [18].

Ils sont classés en trois catégories :

- les biomatériaux non-enfouis (obturations dentaires, couronnes, bridges, prothèses amovibles, brackets et frondes en ODF) ;
- les biomatériaux semi-enfouis (implants dentaires) ;
- les biomatériaux enfouis : matériels d'ostéosynthèse, matériaux de comblement, prothèses, attelles, plaques vissées.

Mais il faut savoir que dès qu'un produit s'intègre dans l'acte médical, la responsabilité professionnelle du praticien s'implique dans le droit commun de la consommation [19].

C'est la directive M-85-374 du Conseil des communautés européennes qui organise la responsabilité des fabricants sur les dommages causés par un produit défectueux. La loi du 19 mai 1998 transpose cette directive dans le droit français qui inclut les produits de santé (art. 1142-1 du CSP) dans la liste des produits visés.

Les directives successives, n° 90-385/CEE pour les dispositifs médicaux implantables et n° 93-42/CEE pour les autres dispositifs, imposent une réglementation stricte relative à la mise sur le marché des biens médicaux, qui ne doivent pas compromettre « l'état clinique et la sécurité des patients et utilisateurs ».

Intervenant à titre onéreux le médecin stomatologiste, le chirurgien maxillo-facial, le plasticien, prescripteur ou simple fournisseur, même s'ils ne produisent pas, même s'ils ne « vendent » pas, participent à la chaîne de distribution.

Or, en droit commercial, si un défaut est établi, ainsi que son rôle dans la production du dommage pour l'usager, la responsabilité du producteur, ou du distributeur est engagée de « plein droit ».

C'est une obligation maximale de résultat pour le praticien concerné : mais, attention, cette obligation de résultat reste limitée au produit lui-même et non à l'acte thérapeutique. La prescription est de 10 ans à compter de la date à laquelle le producteur a mis en circulation le produit défectueux.

Les patients ont le droit de savoir ce que sont et d'où viennent ces produits. Il importe donc, là aussi, d'obtenir et d'entretenir la confiance du patient par une information

transparente: toutes les garanties de qualité doivent être fournies dans l'information contractuelle liant le praticien à son patient, ici considéré comme « consommateur » (Cass. 06.07.1994).

Ce qu'il faut faire:

- s'informer au mieux sur les biomatériaux utilisés;
- utiliser des produits marqués CE avec labels de qualité (AFNOR);
- vérifier l'attestation de conformité aux performances exigées par l'Afssaps (art. 5211-2 du CSP). Le certificat est à fournir par le fabricant (art. 5211-3);
- établir une fiche de traçabilité des matériaux utilisés, afin de vérifier au mieux les maillons de la chaîne de fabrication et distribution du produit. Cette fiche doit être annexée au dossier médical du patient. Il faut en donner un exemplaire au patient avant toute intervention.

CONCLUSION

Médecine et jurisprudence ont beaucoup évolué, passant d'un certain paternalisme médical à une relation égalitaire face à l'acte thérapeutique technique. Mais il ne faudrait pas que la confiance, fondement du soin efficace, disparaisse à la suite d'une application trop sourcilieuse de la jurisprudence [22]. Le consentement éclairé du patient et l'information par le praticien sont désormais devenus droit et devoir sociétaux. C'est pourquoi le couple médecin - patient doit apprendre à dialoguer [20], un dialogue unique, où le médecin rejoint le vécu du patient, et le patient rejoint le vécu de son médecin: expression au quotidien d'un consensus humaniste responsable. Là réside peut-être le « consentement valide » [8]?

L'évolution de la société dévoile aussi un constat: aujourd'hui le patient est un consommateur de soins, un « usager du système de santé » [2]. C'est une réalité juridique dont il faut désormais tenir compte.

Bibliographie

- 1- Comporti M et Lore C. La décision médicale et les droits du malade. Conseil de l'Europe. Actes du Colloque de Santa Margherita Ligure. 27-28 mars 1982.
- 2- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Relative aux droits des malades et à la qualité du Système de santé. JO. 134^e année/n° 54.
- 3- Frogé E. Anesthésie et Responsabilité. Collection Médecine Légale. Masson Éd. 1972.
- 4- Ambrosini JC, Berry A et Fellus P. Revue d'ODF. Vol. 19 n° 111 juillet 1985.
- 5- Penneau J et Penneau M - Actualités Médico-Légales. N° 23. Réparation du dommage corporel. Masson Éd. 1982.
- 6- Cressard P. CNOM. Le Quotidien du Médecin. N° 7831 du 27 octobre 2005.
- 7- Maugard E. Le Quotidien du Médecin. N° 6350 du 05 octobre 1998.
- 8- Penneau M. L'évolution de la jurisprudence en matière d'information. Colloque du CMSCMFF sur le Consentement éclairé du patient/Orly. 1^{er} avril 2006.
- 9- Bertrand JC et Chikhani L. Le point de vue de l'expert judiciaire et du médecin de C^{ie} d'Assurances. Colloque du CMSCMFF/Orly. 1^{er} avril 2006.
- 10- Hervé C. Directeur du Laboratoire d'Éthique Médicale. Paris V - Colloque du CMSCMFF. 1^{er} avril 2006.
- 11- Commissionat Y. Atelier du Colloque du CMSCMFF/Orly. 1^{er} avril 2006.
- 12- Ambrosini JC. Synthèse du Colloque du CMSCMFF. Orly. 1^{er} avril 2006.
- 13- Laborier B. Économie et Droit. La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. n° 17. Mai 2000.
- 14- Boccara E. Contrat de soins et consentement éclairé en Odontologie. Paris 1995.
- 15- Lucas J. Le Bulletin de l'Ordre national des médecins. N° 5 mai 2006.
- 16- Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002. relative à l'autorité parentale. JO. 134^e année/n° 54.
- 17- Revue Implantodontie. N° 23. 4^e trim 1996.
- 18- Méningaud JP. Les Biomatériaux. La Lettre de la Stomatologie. N° 17. Mars 2003.
- 19- Ambrosini JC. La Responsabilité Médicale en Implantologie Orale. UFR de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale. Paris V^e. 19 mai 2006.
- 20- Evin C. Le Quotidien du Médecin. N° 6200 du 14 janvier 1998.
- 21- Hoerni B. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 182/n° 3. 1998.
- 22- Burgelin JF. Procureur Général près la Cour de Cassation. La judiciarisation de la médecine. Le Courrier de l'Éthique Médicale. SFFEM. Vol. 3 / 2003.

LES ASSOCIATIONS DE MALADES

Dr Marc Bonnel, Paris

Dans le contexte actuel de changement des systèmes de Santé et de développement explosif de l'information médicale du public, le patient tend à jouer un rôle de plus en plus actif et responsable, tant au niveau individuel qu'associatif; il s'agit d'un phénomène de société profond, international, vraisemblablement irréversible.

Les associations jouent un rôle très important dans cette dynamique de responsabilisation de la personne malade. Outre leur rôle traditionnel d'information et de soutien, elles représentent de plus en plus des interlocuteurs privilégiés au sein de la Société civile.

L'ÉVOLUTION DU RÔLE DES ASSOCIATIONS

Le rôle traditionnel des associations

Il est centré sur l'information et le soutien des malades et de leur entourage.

Le but des associations est d'informer leurs adhérents, de les conseiller pour surmonter les difficultés de la vie quotidienne, de les soutenir psychologiquement et les aider à trouver un nouvel équilibre dans leur vie familiale, sociale et professionnelle.

L'association permet au malade de dialoguer avec d'autres personnes qui ont l'expérience de la même maladie. Il est extrêmement utile d'écouter la personne malade, lui permettre d'exprimer ses douleurs et son vécu, ses problèmes, briser l'isolement, la reconforter, l'aider à devenir un acteur de sa propre prise en charge en la stimulant, en lui montrant ce qu'elle peut faire elle-même, la conseiller pour optimiser ses relations avec les professionnels de santé, l'accompagner dans ses démarches administratives.

Les associations donnent également, aussi souvent que possible, des conseils aux familles des patients, souvent anxieuses, voire désemparées et épuisées (aide aux aidants).

L'information est réalisée grâce à des permanences d'accueil (dans les locaux des associations, dans des services hospitaliers...) ou téléphoniques, grâce aussi à l'édition de bulletins, journaux et brochures, de documents audiovisuels, par des sites Internet, enfin des séminaires et réunions d'information, avec le concours fréquent d'experts médicaux.

Responsabilisation du malade

Les associations jouent un rôle majeur dans la dynamique de responsabilisation de la personne malade et «l'empowerment». De plus en plus, elles représentent des interlocuteurs privilégiés pour les professionnels de santé et pour la société civile, intervenant au niveau

des différents leviers de décision. Un nouveau partenariat s'est instauré avec les médias et aussi avec l'industrie pharmaceutique.

Les « patients » sont devenus des usagers, des consommateurs de santé, des citoyens, représentés dans les différentes instances concernées.

Après l'instauration des conférences nationales et régionales de Santé, les états généraux de la Santé ont bien révélé en 1998 l'ampleur de cette nouvelle aspiration sociale – apparue dans le sillage de la lutte contre le SIDA – qui conduit les citoyens à souhaiter participer pleinement aux choix sanitaires, qu'il s'agisse de médecine ou de santé publique.

La loi du 4 mars 2002 « *Droits des patients et qualité des systèmes de Santé* » a souligné que le malade est acteur de sa santé, partenaire des professionnels – et précisé le rôle des Associations, désormais interlocuteurs des Pouvoirs publics

Les associations en France dans le domaine de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale

Il existe de nombreuses associations dédiées spécifiquement à l'une des maladies en cause : Gougerot-Sjogren..., ou encore des maladies « orphelines ». Leur rôle est essentiel dans l'amélioration de la prise en charge des soins, par exemple dans le cadre des dysplasies ectodermiques, où la détermination de l'Association *ad hoc* va permettre le remboursement de la pose d'implants et d'appareillage prothétique par l'Assurance-maladie. Le pouvoir et le rôle des « Gueules cassées », première vraie association de malades issus des rangs des combattants sont aujourd'hui unanimement reconnus (cf. prologue p. 9).

Dans le cadre de la loi relative à la politique de Santé publique, ces associations sont appelées à jouer un double rôle :

- un rôle de consultation : elles seront présentes au sein du Haut conseil de la Santé publique, ainsi que dans les commissions qui prépareront les quatre grands plans nationaux de Santé publique (dont le plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques) ;

- un rôle sur le terrain : elles pourront faire partie du groupement régional de Santé publique et ainsi recevoir des moyens afin de participer à la politique régionale de Santé publique.

Sur le plan international, il existe également une forte dynamique associative, en particulier dans les pays anglo-saxons.

Au total, dans notre société en pleine mutation, le patient citoyen a désormais de nouveaux droits, de nouveaux devoirs, de nouvelles responsabilités, dans une dynamique de dialogue et de partenariat, avec une implication forte des acteurs de la chaîne de Santé.

Dans ce contexte évolutif, la qualité de la relation médecin/malade demeure plus que jamais fondamentale, au niveau individuel et au niveau institutionnel. C'est en parlant d'une même voix que professionnels et associations peuvent le mieux mobiliser les Pouvoirs publics et obtenir la mise en œuvre de moyens à la hauteur de l'importance des affections à traiter. C'est en alliant la qualité humaine du dialogue aux avancées des traitements et des stratégies, dans l'esprit de multidisciplinarité et de complémentarité que pourront être réalisés les progrès décisifs indispensables pour diminuer les conséquences humaines et socio-économiques des affections liées à la Stomatologie et à la Chirurgie maxillo-faciale et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

5

**Stomatologie et
Chirurgie maxillo-faciale
en Europe**

STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE EN EUROPE

Pr Joël Ferri, Service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, CHRU de Lille

La Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale est apparue en Europe devant la nécessité d'une connaissance spécifique relative aux maladies de la cavité buccale. En effet, plusieurs pathologies, notamment celles d'origine dentaire, avaient révélé la nécessité d'une connaissance particulière à la fois dans un but diagnostique mais également thérapeutique.

En fonction des cultures, de l'histoire de chacun des pays qui composaient l'Europe d'alors, cette activité était plus volontiers d'obéissance médicale en Europe du sud et centrale et plus dentaire en Scandinavie et au Royaume-Uni. Nous allons voir dans ce chapitre les différents aspects de la Stomatologie et de la Chirurgie maxillo-faciale en Europe.

RAPPEL HISTORIQUE

Dès le départ, c'est la traumatologie faciale qui fut à l'origine de la spécialité. Malgré des principes généraux de traitement déjà établis par les chirurgiens de la grande armée napoléonienne (Larrey), c'est le premier conflit mondial qui devait faire prendre toute sa place à notre spécialité.

En effet, la guerre « moderne » engendrait un nombre jusqu'ici inconnu de défigurés. La dette de la nation reconnue, leur prise en charge devenait impérative. La prothèse maxillo-faciale, la reconstruction faciale, prirent alors toute leur dimension. Des grands noms de notre spécialité apparaissaient dans les principaux pays belligérants. En France, l'institut de Stomatologie était créé pour répondre à la demande légitime de réparation de ces « gueules cassées ».

La reconstruction maxillo-faciale faisait évoluer l'activité vers une pratique plus chirurgicale, tout en conservant sa spécificité buccale. Dépassant la seule activité post-traumatique, la discipline s'investit dans le traitement des tumeurs avec son savoir faire si pointu dans la reconstruction. Cette évolution se faisait partout en Europe avec l'apparition, au sein des facultés de médecine ou de chirurgie dentaire, d'une spécialisation officielle.

Au fil des années, l'élévation du niveau de vie aidant, la population faisait prévaloir des préoccupations fonctionnelles. Dès lors, les dysmorphoses et les malpositions dentaires devenaient des pathologies à part entière. L'orthopédie dento-faciale naissait et aller prendre

une importance considérable. Très vite de nombreux stomatologues européens et de nombreux français investissaient ce champ d'activité en s'intéressant tout particulièrement aux troubles «du rangement dentaire» associés aux syndromes malformatifs. Cette spécialisation nécessitait tout à la fois une connaissance dentaire approfondie, en plus des connaissances médicales indispensables à la compréhension des syndromes malformatifs. La réparation, acte chirurgical nécessaire, renforçait encore l'obligation d'une formation dans ce domaine.

La forme moderne de notre spécialité était née avec cette nécessité de triple connaissance: médicale, dentaire et chirurgicale. La discipline prenait en France le nom de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale. Le premier congrès français de ce nom eut lieu à Paris les 27, 28 et 29 septembre 1973 sous la présidence du Professeur Cernea. Le programme du congrès marquait bien le champ d'application de notre spécialité, désormais médico-chirurgicale. On y retrouvait, entre autres, des communications traitant de la traumatologie maxillo-faciale, de la reconstruction mandibulaire, de tumeurs et de cancérologie bucco-faciale, des kystes des maxillaires, de la tuberculose buccale, de la prothèse dentaire et maxillo-faciale, de l'orthopédie dento-faciale, des dysfonctions de l'appareil manducateur et des fentes faciales.

L'apparition récente de techniques nouvelles telles que les lambeaux libres ou l'utilisation d'implants endo-osseux vissés n'a rien changé quant au champ d'action de notre discipline, même si ces thérapeutiques ont permis la réparation de lésions jusqu'ici inenvisageable.

LA SITUATION EUROPÉENNE

Si le champ d'activité de la discipline est bien défini, la formation d'origine des divers praticiens retentit sur leur pratique quotidienne.

Cas du Royaume-Uni, des pays scandinaves et des Pays-Bas

Ces pays ont, *a priori*, une activité plus «dentaire» de par leur formation initiale. La spécialité est retenue sous la terminologie d'«Oral and maxillofacial Surgery». Largement présente sur le terrain, elle est une spécialisation officielle de la dentisterie, mais une formation médicale complémentaire est obligatoire. Toutefois, les pays scandinaves, à ce jour, ne reconnaissent pas la nécessité formelle d'une formation médicale même si une évolution dans ce domaine est perceptible.

Au Royaume-Uni, la formation médicale est recommandée tout particulièrement pour les praticiens se destinant à une activité de Chirurgie maxillo-faciale. Toutefois, celle-ci n'est pas formalisée, et la qualification est obtenue au cas par cas en fonction du cursus du praticien.

Le cas de l'Allemagne

La chirurgie orale est reconnue depuis peu comme une spécialité dentaire dans ce pays, alors que la Chirurgie maxillo-faciale demande obligatoirement la double formation.

Cas de la Belgique et de la Suisse

Les autorités médicales de ces pays demandent une réelle double formation, les praticiens débutant la plupart du temps par la formation médicale. Ils sont alors tous médecins et dentistes.

Le cas de l'Italie, de l'Espagne, du Portugal, de l'Autriche et de la France

À l'inverse, les pays du sud de l'Europe pratiquent d'emblée une activité plus chirurgicale en ayant beaucoup développé la reconstruction maxillo-faciale. La double qualification n'y est pas systématique : elle est même exceptionnelle.

Les praticiens sont médecins.

La France, en particulier

En France, l'activité dento-alvéolaire était jusqu'à présent dévolue à la Stomatologie. La qualification était obtenue par la voie du CES. La compétence en Chirurgie maxillo-faciale était obtenue par commission de validation qui accordait ou non cette « surspécialisation » en Chirurgie maxillo-faciale. L'autre voie était celle de l'internat ; la qualification était alors acquise automatiquement. La réforme de l'accès aux spécialités a laissé ouverte la seule voie de l'internat. Comme pour d'autres spécialités, le nombre de praticiens formés a donc été réduit considérablement.

À ce jour, deux DES existent en France : celui de Stomatologie et celui de Chirurgie générale permettant d'obtenir un DESC de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie.

Le DES de Stomatologie est exceptionnellement investi par les internes (à l'exception de ceux qui se destinent à l'Orthopédie dento-maxillo-faciale). Ils s'orientent pratiquement tous vers le DESC de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie.

La pratique quotidienne de nos praticiens comprend la chirurgie dento-alvéolaire, les extractions dentaires. Les chirurgiens maxillo-faciaux étendent leurs compétences à la traumatologie, les malformations, la carcinologie maxillo-faciale, la chirurgie plastique et reconstructrice de la face.

CONCLUSION

Aujourd'hui, la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale est donc cette discipline prenant en charge la pathologie buccale, maxillaire et faciale, traumatique, malformative, ou médicale. Elle est une des spécialités officiellement reconnues par l'Union européenne avec des représentants de chacun des pays membres. Son champ d'activité est clairement défini. Pour cette pratique, une formation médicale, dentaire et chirurgicale s'avère nécessaire. Elle est recommandée par les instances européennes, toute la difficulté étant de définir quelle importance chacune de ces parties doit prendre dans la formation actuelle du stomatologiste et chirurgien maxillo-facial moderne. La longueur d'une telle formation n'échappe à personne, d'où la nécessité de cursus adapté à cette spécialité si particulière.

6

Enquêtes réalisées par l'Observatoire régional de Santé de Bretagne

(ORS Bretagne)

*Par Alain Tréhony, directeur
et Léna Pennognon, statisticienne démographe*

*à la demande et avec la contribution
du COMITÉ de PILOTAGE du LIVRE BLANC*

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce chapitre expose les résultats de deux enquêtes réalisées dans le cadre de l'élaboration du Livre Blanc de la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.

Le but de ces enquêtes était de mieux connaître d'une part les praticiens de cette spécialité, d'autre part leur profil d'activité de consultation et d'actes.

« **L'enquête stomatologistes** » a consisté à envoyer en **novembre 2005** un questionnaire à chacun des quelques **1 450 praticiens** de cette spécialité exerçant en France. Les questions couvraient de multiples aspects de leur formation et de leurs conditions d'exercice.

« **L'enquête consultation et acte en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale** » a impliqué **111 professionnels volontaires** qui ont accepté de recueillir en **mars et avril 2006** des informations pour leurs **30 premiers patients** venus en consultation ou pour un acte dans une semaine déterminée. Cette enquête a permis d'exploiter plus de **3 300 fiches patients**.

La réalisation de ces enquêtes a été confiée à l'**Observatoire régional de Santé de Bretagne** (ORS Bretagne). Le comité de pilotage du Livre Blanc a largement contribué au travail de conception des questionnaires, ainsi qu'à la mobilisation de leurs collègues. Le succès de ces enquêtes repose en grande partie sur ces efforts qui ont permis les excellents niveaux de participation. Les professionnels volontaires méritent des remerciements particuliers pour l'enquête consultation et acte.

ENQUÊTE AUPRÈS DES STOMATOLOGISTES ET DES CHIRURGIENS MAXILLO-FACIAUX :

MODES D'EXERCICE, TEMPS PROFESSIONNELS ET FORMATION

(NOVEMBRE 2005)

MÉTHODE

L'enquête auprès des stomatologistes a utilisé comme support un questionnaire postal (dont on trouvera une copie en annexe) adressé en un seul envoi. Plusieurs associations de professionnels ont transmis leurs informations à l'Observatoire régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne) afin de constituer un fichier de 1 451 adresses de stomatologistes et de chirurgiens maxillo-faciaux exerçant en France.

Le questionnaire de quatre pages, accompagné d'une lettre signée par les représentants des organisations impliquées dans le projet Livre Blanc, a été expédié une seule fois le 18 novembre 2005 (cf. lettre en annexe).

Au total, 622 questionnaires valides ont été retournés à l'ORS Bretagne. En excluant les 26 adresses erronées, le taux de réponses atteint 44 % ce qui est très satisfaisant pour une enquête postale en un seul envoi.

	Nombre	%
Questionnaires envoyés	1451	
Adresses erronées	26	2 %
Questionnaires envoyés avec adresses correctes	1425	
Réponses	623	44 %
Exclus (Retraités)	1	-
Questionnaires valides (participation)	622	44 %

*Tableau 1 :
Taux de réponse
à l'enquête
auprès des
stomatologistes*

REPRÉSENTATIVITÉ DES RÉPONDANTS

Un peu plus de quatre stomatologistes sur 10 ont répondu, ce qui pose la question de la représentativité de l'échantillon des répondants vis-à-vis de l'ensemble des médecins stomatologistes exerçant en France.

Il est possible d'estimer cette représentativité en comparant la distribution des 622 répondants selon le sexe et l'âge à celle des stomatologistes inscrits auprès de l'Ordre national des médecins.

*Tableau 2 :
Comparaison de la répartition
selon le sexe des répondants
à l'enquête avec celle des
stomatologistes inscrits à l'Ordre
des médecins*

France entière	Ordre des Médecins*	Enquête auprès des stomatologistes Participants
Hommes	84 %	86 %
Femmes	17 %	14 %
Non renseigné		1 %

* Conseil National de l'Ordre des Médecins - Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2005

La proportion d'hommes est légèrement plus élevée que celle observée dans le fichier de l'Ordre des médecins.

France métropolitaine	Ordre des médecins*	Enquête auprès des stomatologistes Participants
Moins de 35 ans	2%	4%
35-44 ans	12%	13%
45-54 ans	59%	53%
55-64 ans	24%	27%
65 ans et plus	3%	3%
Non renseigné		1%

*Tableau 3 :
Comparaison de la répartition
selon l'âge des répondants
à l'enquête avec celle des
stomatologistes inscrits
à l'Ordre des médecins*

* Conseil national de l'ordre des médecins – Les spécialités en crise Rapport n° 38-2

Note : La répartition des stomatologistes selon l'âge a été établie à partir de la pyramide des âges des stomatologistes présentée dans le rapport n° 38-2 du Conseil national de l'ordre des médecins.

Le tableau ci-dessus permet de comparer la distribution des répondants selon l'âge à celle de l'ensemble des stomatologistes exerçant en France métropolitaine telle qu'elle est présentée par l'Ordre des médecins.

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), l'âge moyen des stomatologistes en activité est de 50,5 ans (respectivement 48,2 ans pour les femmes et 51,1 ans pour les hommes). Notre échantillon confirme les résultats du rapport puisque nous obtenons 50,8 ans (respectivement 48 ans chez les femmes et 51,2 ans chez les hommes).

CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

Distribution des stomatologistes par sexe et tranche d'âge

La profession est relativement âgée et peu féminisée. Les moins de 45 ans ne représentent que 17% de l'ensemble des effectifs, alors que les plus de 55 ans en représentent près de 30%.

Plus de la moitié des stomatologistes ont entre 45 et 54 ans.

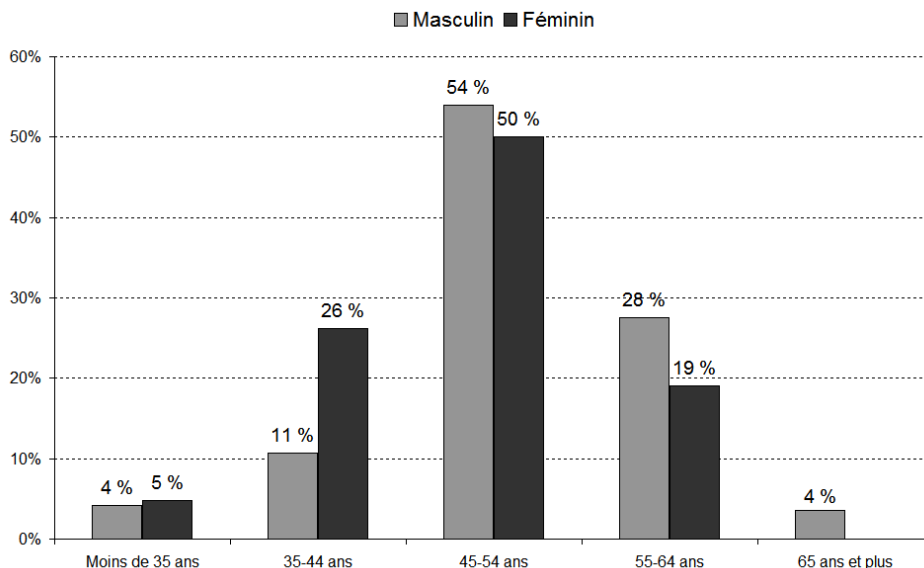
La distribution du nombre de femmes selon l'âge est statistiquement différente de celle des hommes. Elles sont en moyenne plus jeunes de trois années que leurs collègues masculins (48 ans contre 51,2 ans).

Tableau 4 : Distribution des stomatologistes selon le sexe et l'âge

Tranche d'âge	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin		Nombre	%
	Nombre	%	Nombre	%		
Moins de 35 ans	22	4 %	4	5 %	26	4 %
35-44 ans	57	11 %	22	26 %	79	13 %
45-54 ans	288	54 %	42	50 %	330	53 %
55-64 ans	147	28 %	16	19 %	163	26 %
65 ans et plus	19	4 %			19	3 %
Total	533	100 %	84	100 %	617	100 %

La figure ci-dessous met en évidence la différence de structure d'âge entre les hommes et les femmes.

Figure 1 : Répartition des stomatologistes selon le sexe et l'âge



Distribution des stomatologistes selon le mode d'exercice principal et l'âge

Les stomatologistes libéraux représentent 84 % de l'ensemble des répondants.

La distribution des répondants selon l'âge est influencée par le mode d'exercice principal des stomatologistes, les salariés sont statistiquement plus jeunes que leurs collègues libéraux en moyenne d'un peu plus de cinq années (46,1 ans contre 51,6 ans).

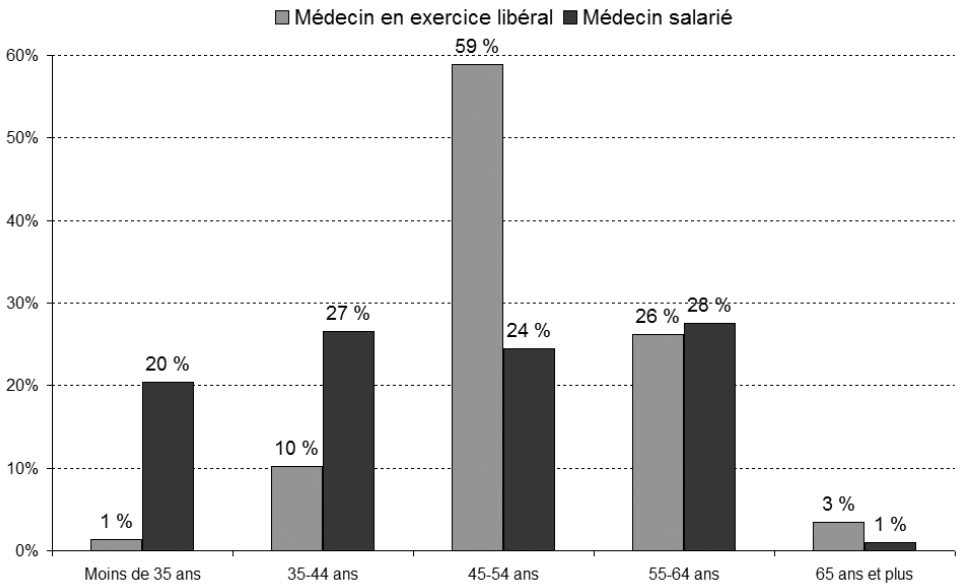
Le graphique (Fig. 2) met en évidence la différence de structure d'âge des stomatologistes selon le mode d'exercice principal.

Tableau 5 : Distribution des stomatologistes selon l'âge et le mode d'exercice principal

Tranche d'âge	Mode d'exercice principal				Total	
	Médecin en exercice libéral		Médecin salarié			
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 35 ans	7	1 %	20	20 %	27	4 %
35-44 ans	53	10 %	26	27 %	79	13 %
45-54 ans	306	59 %	24	24 %	330	53 %
55-64 ans	136	26 %	27	28 %	163	26 %
65 ans et plus	18	3 %	1	1 %	19	3 %
Total	520	100 %	98	100 %	618	100 %

La profession libérale est marquée par une concentration des effectifs entre 45 et 54 ans, soit six stomatologistes sur dix, et à l'inverse par une faiblesse des effectifs de moins de 45 ans, soit un seul stomatologiste sur dix.

Figure 2 : Répartition des stomatologistes selon le mode d'exercice principal et l'âge



Distribution des stomatologistes libéraux selon le sexe et l'âge

La Stomatologie libérale est moins féminisée que la Stomatologie salariée. Parmi les libéraux, la répartition est de sept hommes pour une femme.

La distribution des stomatologistes libéraux selon l'âge est influencée par le sexe, les femmes sont statistiquement plus jeunes que leurs collègues masculins en moyenne de 3 années (49 ans versus 52 ans).

Le tableau suivant met en évidence la différence de structure par âge selon le sexe.

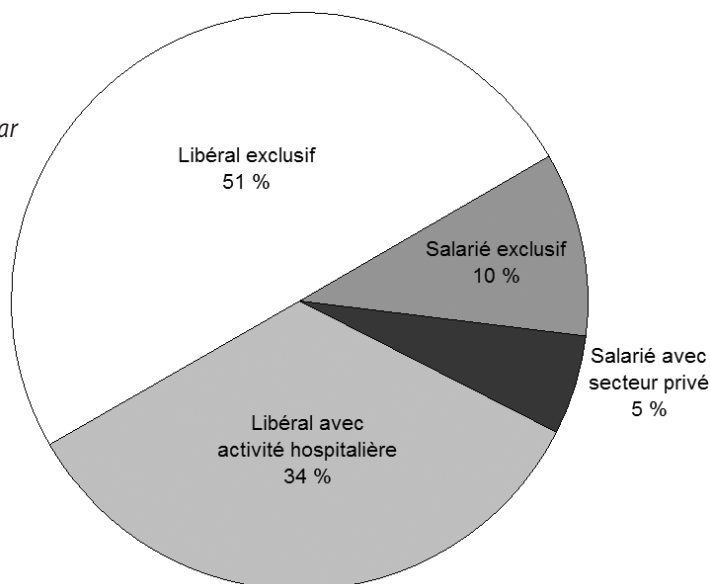
Tableau 6 : Distribution des stomatologistes libéraux selon le sexe et l'âge

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 35 ans	5	1 %	1	2 %	6	1 %
35-44 ans	39	9 %	14	22 %	53	10 %
45-54 ans	269	59 %	37	57 %	306	59 %
55-64 ans	123	27 %	13	20 %	136	26 %
65 ans et plus	18	4 %			18	3 %
Total	454	100 %	65	100 %	519	100 %

Répartition des stomatologistes par catégories

Les réponses des stomatologistes ont permis de les classer dans quatre catégories de statut. Il en résulte de fortes proportions de médecins exclusivement libéraux et de médecins libéraux avec une activité hospitalière.

Figure 3 : Répartition des stomatologistes par catégories de statut



Distribution des stomatologistes selon la taille de l'agglomération où ils exercent

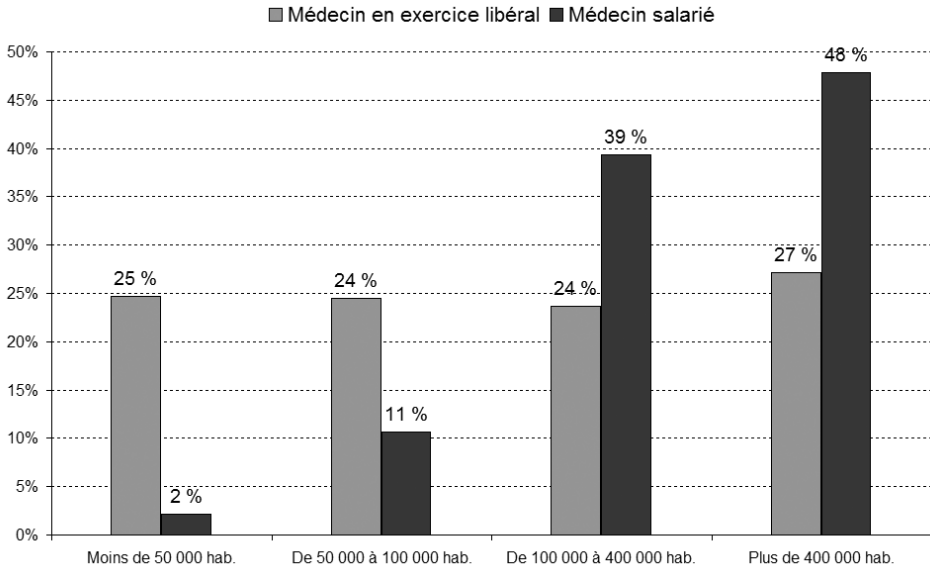
Plus des trois quarts des stomatologistes exercent dans une agglomération de plus de 50 000 habitants. Le statut des répondants influence cette répartition, puisque près de la moitié des stomatologistes salariés pratique leur spécialité dans une agglomération de plus de 400 000 habitants contre un stomatologiste libéral sur quatre.

Le mode d'exercice salarié chez les stomatologistes est quasiment absent des agglomérations de moins de 50 000 habitants.

Tableau 7 : Distribution des stomatologues selon la taille de l'agglomération où ils exercent et le mode d'exercice principal

Taille de l'agglomération	Mode d'exercice principal				Total	
	Médecin en exercice libéral		Médecin salarié			
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 50 000 hab.	126	25 %	2	2 %	128	21 %
De 50 000 à 100 000 hab.	125	24 %	10	11 %	135	22 %
De 100 000 à 400 000 hab.	121	24 %	37	39 %	158	26 %
Plus de 400 000 hab.	139	27 %	45	48 %	184	30 %
Total	511	100 %	94	100 %	605	100 %

Figure 4 : Répartition des stomatologues selon la taille de l'agglomération où ils exercent



Distribution des stomatologues selon qu'ils exercent dans leur région de qualification ou non

Le croisement des réponses concernant la ville de formation et le lieu d'exercice permet d'étudier les flux entre région de formation et région d'exercice en France métropolitaine (la Corse mis à part puisqu'aucun des répondants n'y a été formé). Ceci montre qu'en moyenne 68 % des stomatologues sont installés dans la région où ils ont été formés.

Pour les sept régions universitaires dont les effectifs de stomatologues formés sont supérieurs à 30, nous pouvons calculer le pourcentage de « rétention », c'est-à-dire de stomatologues travaillant dans leur région de formation. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Région	Nombre de stomatologistes		% de rétention
	exerçant dans leur région de formation	formés dans la région	
Provence-Alpes-Côtes d'Azur	33	41	80 %
Rhône-Alpes	74	92	80 %
Pays-de-la-Loire	32	44	73 %
Nord-Pas-de-Calais	24	35	69 %
Ile-de-France	129	194	66 %
Midi-Pyrénées	28	43	65 %
Languedoc-Roussillon	18	31	58 %

Tableau 8 :
Pourcentage de rétention dans sept régions

L'interprétation du pourcentage de rétention n'est pas univoque. Un fort pourcentage de stomatologistes de formation autochtone dans une région considérée peut mesurer soit leur attachement à la région, soit le manque d'attractivité de cette région pour les autres stomatologistes.

FORMATION INITIALE DES STOMATOLOGISTES

La formation initiale des stomatologistes a été étudiée selon plusieurs caractéristiques qui sont présentées ci-dessous : les diplômes de Stomatologie, les autres diplômes et les formations cliniques.

Distribution des stomatologistes selon leur diplôme

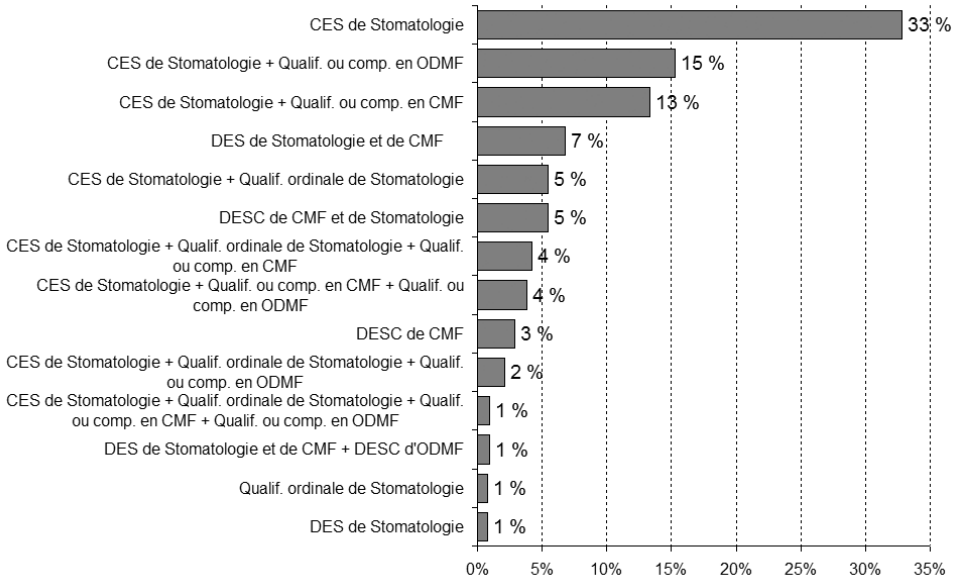
Plusieurs diplômes permettent la reconnaissance d'exercice de la profession de stomatologiste. Huit stomatologistes sur dix sont titulaires du CES de Stomatologie et près du quart est titulaire d'une qualification ou compétence en Chirurgie maxillo-faciale ou en Orthopédie dento-maxillo-faciale (ODMF).

Tableau 9 :
Répartition des diplômés

	Nombre	%
CES de Stomatologie	492	79%
Qualification ou compétence en Chirurgie maxillo-faciale	144	23%
Qualification ou compétence en Orthopédie dento-maxillo-faciale	143	23%
DES de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale	91	15%
Qualification ordinaire de Stomatologie	52	8%
DESC de Chirurgie maxillo-faciale et de Stomatologie	39	6%
DESC de Chirurgie maxillo-faciale	25	4%
DES de Stomatologie	11	2%
DESC d'Orthopédie dento-maxillo-faciale	9	1%

Les titulaires du seul CES de Stomatologie représentent le tiers des répondants contre près de trois fois moins pour les titulaires des seuls DES ou DESC de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale. La moitié des stomatologistes a déclaré être titulaire de plusieurs diplômes, et pour l'essentiel, il s'agit de l'association d'un CES de Stomatologie et d'une qualification ou compétence.

Figure 5 : Répartition en % des principales combinaisons de diplômes cités



Les formations en complément du diplôme de Stomatologie

Cette profession se caractérise par la grande fréquence des diplômes complémentaires acquis.

432 stomatologistes, soit sept médecins sur dix, ont déclaré être titulaires d'au moins une formation (DU minimum ou équivalent) en complément de leur diplôme de Stomatologie. En moyenne, les stomatologistes sont titulaires de 2 formations complémentaires différentes.

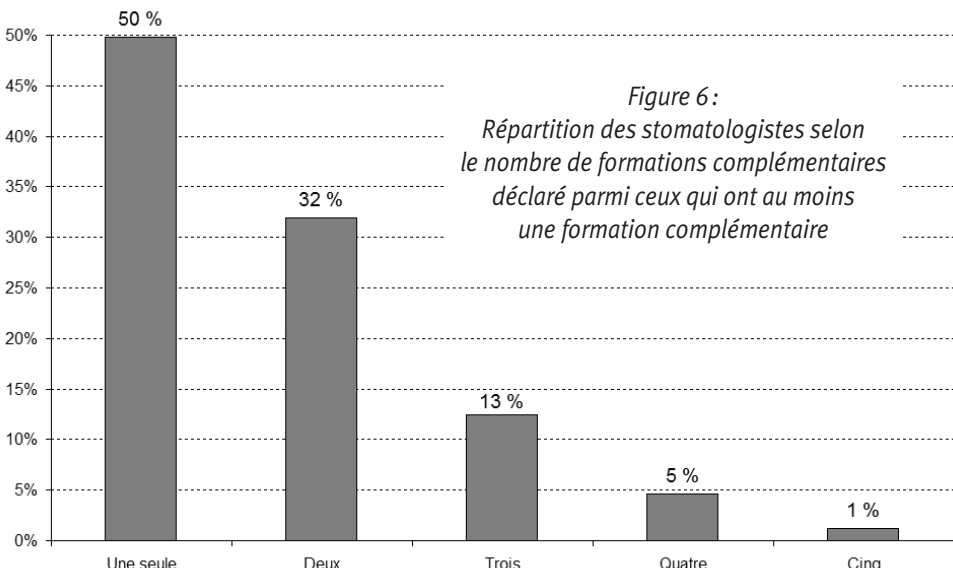
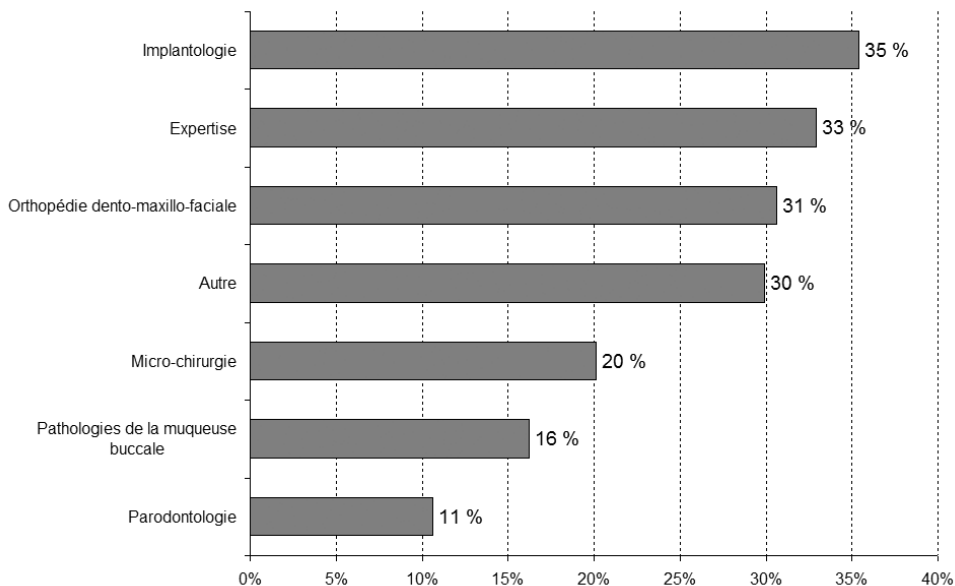


Figure 6 : Répartition des stomatologistes selon le nombre de formations complémentaires déclaré parmi ceux qui ont au moins une formation complémentaire

Parmi les stomatologistes qui ont une formation complémentaire, les formations les plus citées indépendamment du mode d'exercice principal sont :

- l'implantologie (35 %) ;
- l'expertise (33 %) ;
- l'Orthopédie dento-maxillo-faciale (31 %).

Figure 7 :
Répartition des formations complémentaires citées



Le mode d'exercice principal influence l'ordre de citations des différentes formations complémentaires.

Chez les stomatologistes libéraux, les 3 formations complémentaires les plus citées sont :

- l'implantologie (40 %) ;
- l'Orthopédie dento-maxillo-faciale (35 %) ;
- l'expertise (33 %).

Chez les stomatologistes salariés :

- la micro-chirurgie (61 %) ;
- les autres formations (41 %) ;
- l'expertise (34 %).

La catégorie « Autres formations » a été utilisée par trois stomatologistes sur dix déclarant au moins une formation complémentaire. Au regard de la forte proportion de ces réponses, une attention particulière y a été portée. Les principales formations citées concernent la chirurgie plastique de la face, la cancérologie et la prothèse maxillo-faciale.

Distribution des stomatologistes selon leur formation clinique

L'enquête s'est intéressée à plusieurs formations cliniques et activités hospitalières des stomatologistes avant leur situation professionnelle actuelle: interne de région sanitaire, interne de CHU, chef de clinique assistant, assistant hors CHU et assistant CHU.

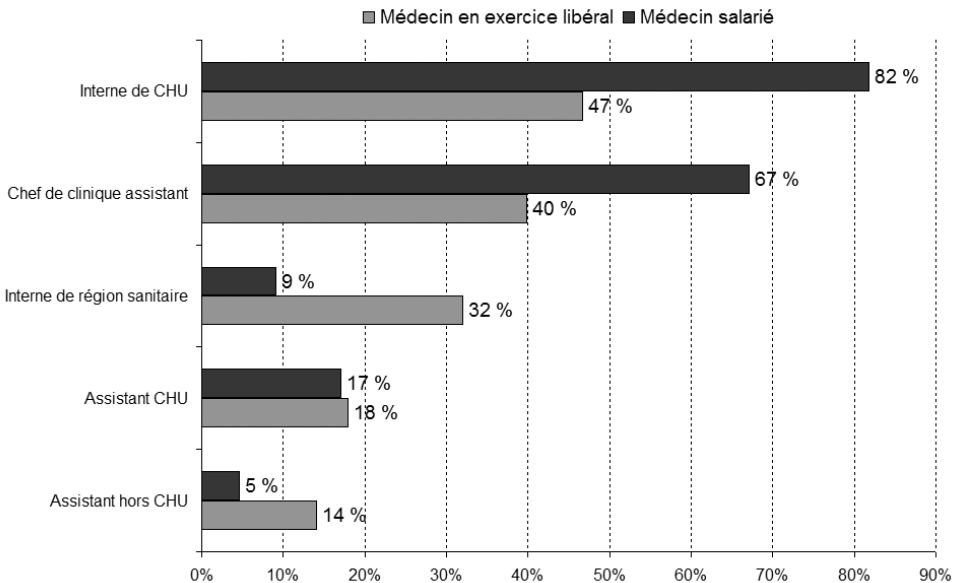
Ces formations cliniques ont concerné un peu plus de 40% des stomatologistes. Parmi eux, six sur dix ont été interne de CHU et cinq sur dix ont été chef de clinique assistant.

	Nombre	%
Interne de CHU	155	58 %
Chef de clinique assistant	130	49 %
Interne de région sanitaire	65	24 %
Assistant CHU	47	18 %
Assistant hors CHU	29	11 %

Tableau 10:
Formation clinique déclarée par les stomatologistes

Le graphique suivant ventile les différents niveaux de responsabilité hospitalière des stomatologistes qui ont ou ont eu une formation hospitalière selon leur mode d'exercice principal. En effet, le mode d'exercice principal influence les réponses données puisque deux tiers des stomatologistes libéraux n'ont déclaré aucune formation antérieure contre seulement un salarié sur dix.

Figure 8: Formation clinique déclarée par les stomatologistes selon le mode d'exercice principal



LES STOMATOLOGISTES EN EXERCICE LIBÉRAL

Cette section s'intéresse aux seuls stomatologistes libéraux.

84 % des stomatologistes (soit 524 professionnels) ont déclaré exercer principalement une activité libérale. Parmi ceux-ci, 58 % sont conventionnés du secteur 1 et 41 % du secteur 2. Le dépassement permanent et le non-conventionnement ne concernent que 6 stomatologistes.

Pour 15 % des libéraux, leur cabinet se situe dans une clinique.

Exercice en groupe

L'exercice en cabinet isolé est plus fréquent que celui en cabinet de groupe, soit respectivement 56 % contre 44 %.

La Société civile de moyens (SCM) est de loin la forme juridique de groupe la plus fréquente, citée par 78 % des stomatologistes exerçant en groupe, contre 11 % dans les deux cas, pour la Société civile professionnelle (SCP) et pour un autre mode d'association. La Société d'exercice libéral (SEL) représente moins de 1 % des formes juridiques.

Près d'une fois sur deux, l'association n'implique que deux médecins, cependant la participation à des cabinets composés de cinq médecins ou plus est signalée par 11 % des stomatologistes exerçant en groupe.

Par ailleurs, plus de six stomatologistes sur dix exerçant en groupe sont associés avec au moins un autre collègue stomatologiste.

Les stomatologistes libéraux qui ont une activité hospitalière

L'activité hospitalière des stomatologistes libéraux est réalisée soit en tant que vacataire, soit en tant que temps partiel hospitalier.

Les vacances

Parmi les libéraux, trois stomatologistes sur dix réalisent des vacances hospitalières.

Près d'un stomatologiste sur deux n'effectue qu'une seule vacation par semaine, cependant un quart des stomatologistes vacataires réalise trois vacances ou plus par semaine.

Vacations	Nombre	%
1	69	47 %
2	41	28 %
3	26	18 %
4 et plus	10	7 %
Total	146	100 %

Tableau 11 :
Répartition des stomatologistes vacataires selon le nombre de demi-journées réalisées

Le temps partiel hospitalier

Un peu plus d'un stomatologiste libéral sur dix exerce un temps partiel hospitalier. Pour les deux tiers d'entre eux, ils effectuent cinq ou six demi-journées de présence par semaine soit environ un mi-temps.

Temps partiel	Nombre	%
1	3	5 %
2	3	5 %
3	4	6 %
4	10	16 %
5	17	27 %
6	26	41 %
Total	63	100 %

Tableau 12 :
Répartition des stomatologistes libéraux avec temps partiel hospitalier selon le nombre de demi-journées réalisées

Le personnel employé dans les cabinets libéraux

La très grande majorité des cabinets emploie du personnel (90 %), mais le recours à des sociétés de service est également fréquent (40 %).

Tableau 13 : Répartition des personnels déclarés dans les cabinets libéraux par ordre de fréquence décroissante

Personnel du cabinet	Nombre	%
Nombre de stomatologistes libéraux répondants	524	
Nombre de stomatologistes ayant du personnel dans leur cabinet	474	90 %
Secrétaire	331	63 %
Assistante en odonto-stomatologie	238	45 %
Personnel d'entretien	214	41 %
Infirmière	49	9 %
Autre	34	6 %
Technicien de laboratoire	24	5 %
Manipulateur radio D.E	2	-

Les catégories de personnel les plus fréquentes sont les secrétaires, les assistantes en Odonto-Stomatologie et le personnel d'entretien. Un stomatologiste sur dix indique que son cabinet emploie également des infirmières.

En moyenne les stomatologistes ayant du personnel emploient 2,8 personnes. Au regard du nombre important de valeurs non renseignées pour les Équivalents temps plein (ETP), il n'est pas possible de calculer une moyenne pour l'ensemble des stomatologistes déclarant du personnel.

Toutefois, sur la base des ETP renseignés, soit 45 % des stomatologistes libéraux déclarant employer du personnel, les stomatologistes emploient en moyenne 2,1 ETP. Cependant la dispersion des deux séries est importante : de 1 à 23 emplois et de 0,2 à 9,5 ETP.

Équipement des cabinets libéraux

477 stomatologistes, soit 91 % de l'ensemble, ont déclaré disposer d'au moins un équipement dans leur cabinet.

Les équipements cités sont les suivants :

Tableau 14 : Répartition des équipements déclarés dans les cabinets libéraux

	Nombre	%
Nombre de stomatologistes libéraux répondants	524	
Nombre de stomatologistes déclarant au moins un équipement	477	91 %
Autoclave	418	80 %
Salle de stérilisation	348	66 %
Matériel de bloc dentaire	223	43 %
Radio. Conventionnelle	207	40 %
Radio. Numérisée	183	35 %
Salle de chirurgie	181	35 %
Radio. Panoramique	159	30 %
Télé-Radio.	70	13 %
Laser	23	4 %

Les stomatologistes libéraux sont plutôt bien dotés en équipement pour leur cabinet puisque la moitié de ceux qui déclarent du matériel dispose d'au moins quatre équipements différents. Le tableau ci-dessus présente les équipements les plus cités par ordre de fréquence décroissante.

Huit stomatologistes libéraux sur dix disposent d'au moins un autoclave dans le cabinet, les deux tiers disposent d'une salle de stérilisation et un tiers d'une salle de chirurgie.

Utilisation de l'informatique dans les cabinets libéraux

L'utilisation du matériel informatique est très répandue puisque citée par 91 %, soit 475 des stomatologistes exerçant en cabinet libéral.

L'utilisation du matériel informatique dans les cabinets est précisée dans le tableau suivant.

Tableau 15 : Répartition des différentes utilisations du matériel informatique

	Nombre	%
comptabilité + secrétariat + gestion des dossiers médicaux	232	49 %
secrétariat + gestion des dossiers médicaux	70	15 %
secrétariat	53	11 %
comptabilité + secrétariat	50	11 %
gestion des dossiers médicaux	29	6 %
comptabilité + gestion des dossiers médicaux	18	4 %
comptabilité	16	3 %
Autre (internet ou télétransmission uniquement)	7	1 %
Total	475	100 %

Dans les cabinets équipés en informatique, le motif d'utilisation le plus fréquemment cité est le secrétariat (85 %), la gestion des dossiers médicaux (74 %) et la comptabilité (67 %).

De plus, au moment de l'enquête, les trois quarts des stomatologues libéraux avaient accès à Internet et plus de la moitié (54 %) télétransmettaient.

LES STOMATOLOGISTES SALARIÉS

Tous types de situations confondues, 98 stomatologues (16 %) déclarent exercer principalement une activité salariée.

Parmi ceux-ci, neuf sur dix le font dans un établissement public uniquement. Les autres stomatologues déclarent exercer une activité dans un établissement d'hospitalisation privé ou dans une structure non hospitalière.

Activité dans le secteur public

Au total, 92 stomatologues sont salariés dans un établissement public parmi les 98 répondants.

La distribution selon le type d'établissement montre que près des trois quarts des stomatologues exerçant dans un hôpital public sont salariés d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) et plus d'un sur cinq sont salariés d'un Centre hospitalier non universitaire. À noter qu'un stomatologue déclare une activité salariée à la fois dans un établissement hospitalo-universitaire et dans un établissement non universitaire.

Les stomatologues salariés des hôpitaux publics relèvent de différents statuts :

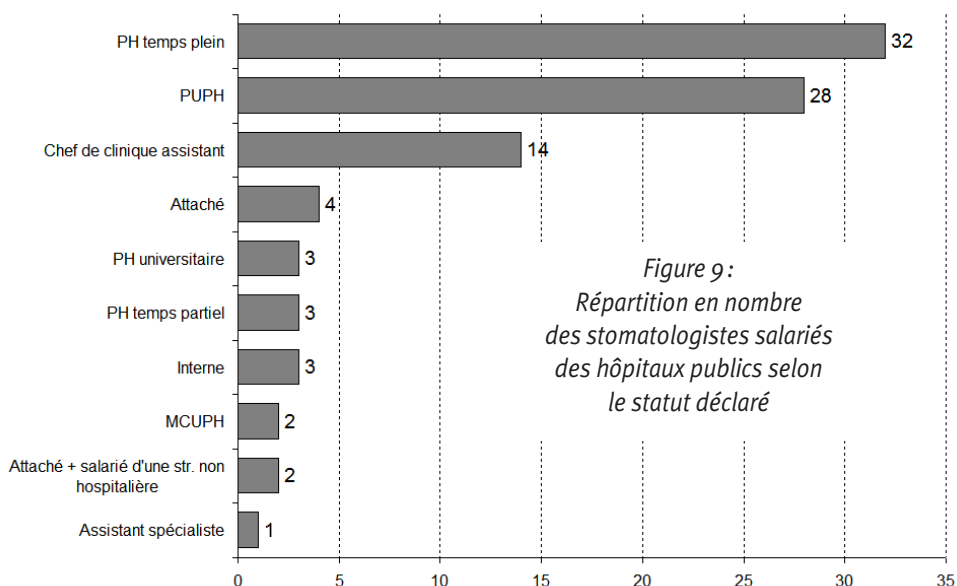
- praticiens hospitaliers exerçant à temps plein (35 %);
- professeurs des universités – praticiens hospitaliers (30 %);
- chefs de clinique assistant (15 %).

Les autres statuts (MCUPH, PH universitaire, PH à temps partiel, Assistant spécialiste, Attaché, Interne) ne concernent qu'un nombre très restreint de stomatologues salariés. À noter que quatre stomatologues ne déclarent pas d'autres activités que celle d'attaché.

Le type d'établissement dans lequel exercent les stomatologues influence le type de statut rencontré, ainsi, dans les Centres Hospitaliers non universitaires, neuf stomatologues sur dix sont praticiens hospitaliers à temps plein, les autres l'étant à temps partiel.

En revanche, le type de statut est plus diversifié dans les CHU, on y retrouve tous les statuts précités, les trois plus fréquents étant :

- les PUPH pour 47 %;
- les Chefs de clinique assistants 24 %;
- les PH à temps plein pour 20 %.



Les stomatologistes salariés disposant d'un secteur privé

Près de 4 stomatologistes sur dix salariés dans un établissement public, déclarent disposer d'un secteur privé dont la situation conventionnelle se répartit de la manière suivante: un tiers dans le secteur 1, la moitié dans le secteur 2 et le complément en dépassement permanent.

PARTICIPATION À UN TOUR DE GARDES OU D'ASTREINTES

La présente section traite de l'ensemble des stomatologistes libéraux et salariés.

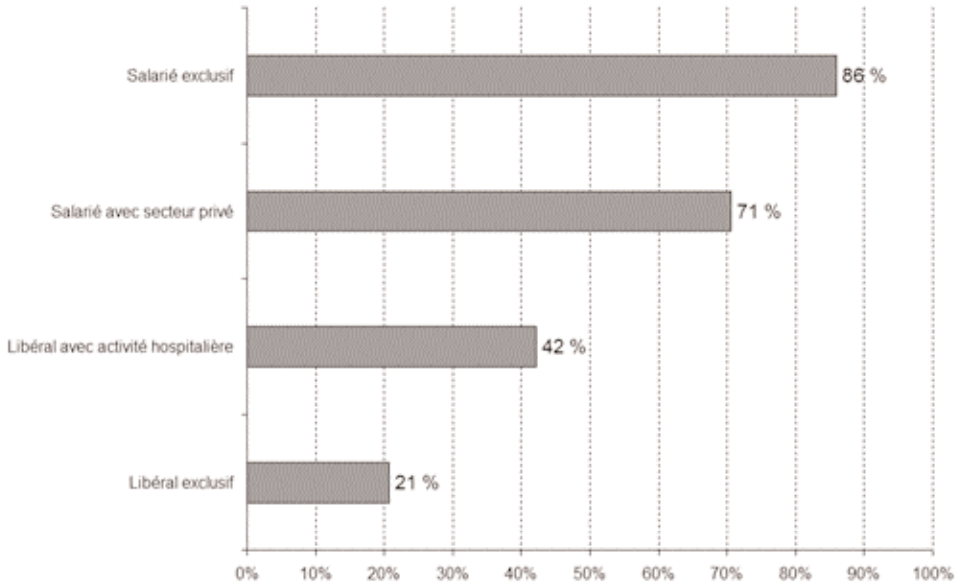
38 % de l'ensemble des stomatologistes se déclarent impliqués dans un tour de gardes ou d'astreintes. Pour l'essentiel, il s'agit d'astreintes puisqu'elles concernent 36 % des stomatologistes alors que la participation à un tour de gardes n'en concerne qu'un peu plus de 2 % seulement. Les astreintes sont presque exclusivement des astreintes de spécialité en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale.

	Nombre	%
Nombre de stomatologistes répondants	614	
Astreintes		
Stomatologie CMF	188	31 %
Polyvalente	16	3 %
Les deux	4	1 %
Gardes sur place		
Stomatologie CMF	7	1 %
Polyvalente	4	1 %
Les deux	-	
Gardes sur place Polyvalente + Astreintes Stomatologie CMF	2	
Gardes sur place Stomatologie CMF + Astreinte Stomatologie CMF	1	
Sans précision	9	1 %
Total	231	38 %

Tableau 16 : Répartition des stomatologistes selon leur participation à un tour de gardes ou d'astreintes

Bien sûr, la participation à un tour de gardes ou d'astreintes est plus élevée pour le statut de salarié où elle concerne 80 % des répondants, cependant les stomatologistes libéraux ne sont pas exclus de ce type d'activité.

Figure 10 : Pourcentage de participation des stomatologistes à un tour de gardes ou d'astreintes selon leur catégorie



PRATIQUE DES ACTIVITÉS

Les stomatologistes ont été invités à citer les activités qu'ils pratiquent personnellement. En moyenne, ce sont 7,8 activités qui sont pratiquées par les stomatologistes répondants.

Les résultats présentés dans le tableau concernent la totalité des répondants selon leur mode d'exercice principal et sont classés par ordre de fréquence « globale » décroissante.

Les trois activités les plus fréquemment citées par les stomatologistes libéraux sont les avulsions dentaires, les pathologies de la muqueuse buccale et les dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire.

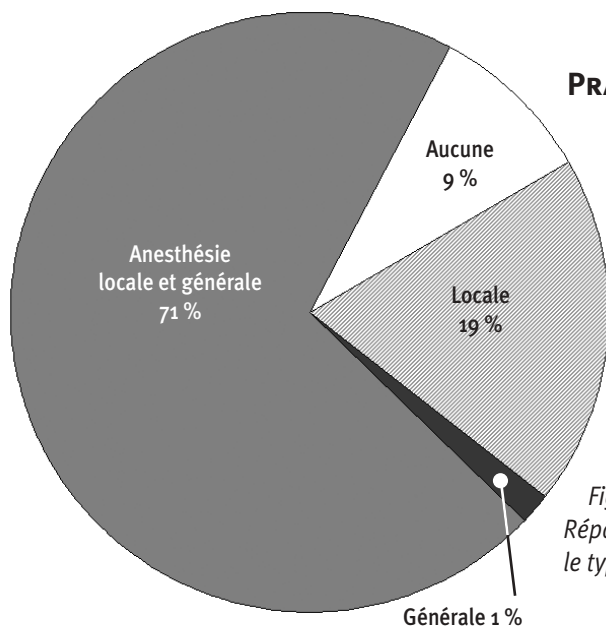
La moitié des libéraux pratique personnellement l'implantologie et quatre sur dix pratiquent la chirurgie des glandes salivaires et la chirurgie pré-implantaire.

Chez les stomatologistes salariés, les trois activités les plus fréquemment citées sont : la traumatologie, la chirurgie des glandes salivaires et les avulsions dentaires.

Les activités pratiquées par les stomatologistes sont nombreuses et extrêmement variées témoignant d'une forte qualification.

Tableau 17 : Distribution des activités pratiquées selon le mode d'exercice principal

	Ensemble		Médecin en exercice libéral		Médecin salarié	
	Répondants = 619		Répondants = 521		Répondants = 98	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Avulsions dentaires	538	87 %	461	88 %	77	79 %
Pathologies de la muqueuse buccale	471	76 %	410	79 %	61	62 %
Dysfonctionnements ATM	432	70 %	366	70 %	66	67 %
Chirurgie des glandes salivaires	301	49 %	221	42 %	80	82 %
Traumatologie	298	48 %	212	41 %	86	88 %
Implantologie	281	45 %	257	49 %	24	24 %
Radio.	280	45 %	267	51 %	13	13 %
Chirurgie pré-implantaire	259	42 %	201	39 %	58	59 %
Parodontologie	254	41 %	247	47 %	7	7 %
Chirurgie dermatologique	199	32 %	131	25 %	68	69 %
Prothèses	191	31 %	186	36 %	5	5 %
Soins dentaires	182	29 %	178	34 %	4	4 %
ODMF enfants de 8 ans et plus	176	28 %	171	33 %	5	5 %
Orthognathie	171	28 %	111	21 %	60	61 %
Carcinologie	167	27 %	99	19 %	68	69 %
ODMF Adultes	151	24 %	146	28 %	5	5 %
Expertise	132	21 %	109	21 %	23	23 %
ODMF enfants de moins de 8 ans	129	21 %	126	24 %	3	3 %
Chirurgie esthétique de la face	105	17 %	62	12 %	43	44 %
Chirurgie des malfor. de la face	97	16 %	43	8 %	54	55 %
Rééducation	30	5 %	25	5 %	5	5 %



PRATIQUE DE L'ANESTHÉSIE

Une très grande majorité de stomatologistes déclare travailler sous anesthésie. Sept stomatologistes sur dix utilisent les deux modes d'anesthésie, locale et générale, et un sur cinq l'anesthésie locale uniquement. Les stomatologistes ne pratiquant que l'anesthésie générale, sont peu nombreux.

Figure 11 : Répartition des stomatologistes selon le type d'anesthésie pratiqué

Parmi les stomatologistes travaillant sous anesthésie, la moitié d'entre eux déclare travailler plus fréquemment sous anesthésie locale que sous anesthésie générale. À l'inverse, le tiers d'entre eux déclare travailler plus fréquemment sous anesthésie générale.

Anesthésie	%
Locale + fréquente que générale	49 %
Locale = générale	17 %
Générale + fréquente que locale	34 %

*Tableau 18:
Répartition en % des pratiques
anesthésiques*

FORMATION CONTINUE

Dans le tableau suivant, est présentée l'implication des stomatologistes dans les actions de formation continue. Six stomatologistes sur dix déclarent adhérer à une association et/ou institution organisant de la formation continue. Par ailleurs, plus des trois quarts ont participé à un ou plusieurs congrès au cours des douze mois précédents l'enquête et, pour la même période, ils sont plus de la moitié à avoir assisté à un autre type de formation professionnelle.

*Tableau 19: Répartition des types de participation
en matière de formation continue*

	Nombre	%
Acteur de formation continue	206	36 %
Adhésion à une asso et/ou institution	326	58 %
Participation à un ou plusieurs congrès	481	78 %
Participation à un autre type de formation professionnelle	305	55 %

Les stomatologistes : acteurs de formation continue

Plus du tiers des stomatologistes répondants se déclarent acteurs de formation continue en tant qu'organisateur, animateur ou expert et réalisent en moyenne 4,6 actions de formation continue dans l'année.

Le rôle d'animateur est le plus répandu chez les stomatologistes participant à des actions de formation continue puisqu'ils sont les deux tiers à le déclarer. On notera cependant qu'un stomatologiste sur dix déclare tenir à la fois les trois rôles d'organisateur, d'animateur et d'expert.

Participation aux congrès

En moyenne, les stomatologistes ont déclaré participer à 1,4 congrès internationaux, à 1,7 congrès nationaux et à 2,2 congrès régionaux au cours des douze derniers mois, ceci correspondant en moyenne à 8 demi-journées de présence tous types de congrès confondus.

Le tableau ci-après présente les différentes réponses des stomatologistes quant à leur participation à des congrès.

Congrès	Nombre	%
National	126	26 %
National + régional	84	17 %
International + national	79	16 %
International + national + régional	70	15 %
Régional	49	10 %
International	39	8 %
Non renseigné	22	5 %
International + régional	12	2 %

Tableau 20 :
Répartition de la participation des stomatologistes selon les types de congrès

Outre les formations précitées, les stomatologistes participent également à d'autres types de formation professionnelle qui correspondent en moyenne à 8 demi-journées de formation dans l'année.

Acquisition et perfectionnement des compétences

La formation continue des stomatologistes concerne pour l'essentiel leur perfectionnement dans le champ des compétences cliniques et dans le champ des compétences techniques.

Le champ des compétences cliniques est le contenu le plus fréquent des activités de formation continue suivies durant les douze mois précédant l'enquête, puisque cité par les trois quarts des stomatologistes.

Les compétences techniques sont également fréquemment citées, dans la même proportion que les compétences cliniques.

Les formations concernant la gestion ou d'autres sujets sont relativement peu citées.

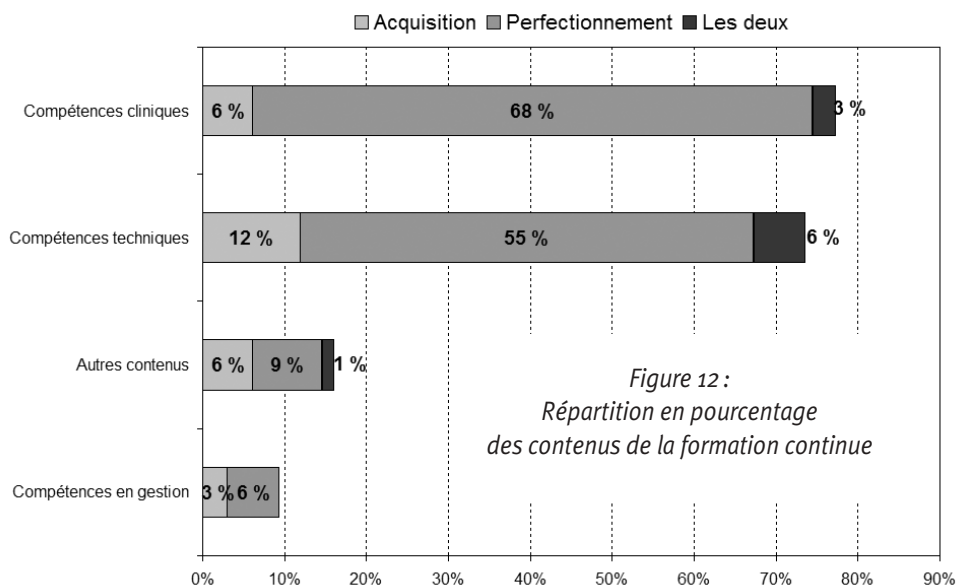


Figure 12 :
Répartition en pourcentage des contenus de la formation continue

Lecture régulière de revues et consultation Internet

Revues stomatologiques

La quasi-totalité des répondants déclare lire régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par mois une ou plusieurs revues de Stomatologie.

Plus de quatre stomatologistes sur dix consultent régulièrement au moins trois revues de Stomatologie différentes.

Il a été demandé aux stomatologistes de signaler trois revues. Sur cette base les plus fréquemment citées sont listées dans le tableau ci-après.

Tableau 21 : Liste des revues de Stomatologie les plus fréquemment citées

	Nombre	%
La Revue de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale	297	49%
Info dentaire	150	25%
Revue d'Orthopédie dento-faciale	61	10%
La lettre de Stomatologie	52	9%
Actualités odonto stomatologiques	42	7%
Indépendantaire	41	7%
Encyclopédie médico chirurgicale	37	6%
Journal of oral and maxillo facial surgery	37	6%
Cahiers de Stomatologie	33	5%
Annales de chirurgie plastique	32	5%
Implant	29	5%
Journal of cranio maxillo facial surgery	25	4%
...	...	

Revues de médecine

La lecture régulière de revues de médecine est également fréquente puisqu'elle concerne une grande majorité de stomatologistes (60%).

Les revues les plus fréquemment citées sont listées dans le tableau ci-dessous.

	Nombre	%
Le quotidien du médecin	160	46 %
Panorama du médecin	136	39 %
Concours médical	33	9 %
La revue du praticien	25	7 %
Prescrire	6	2 %
...	...	

*Tableau 22 :
Liste des revues
de médecine
les plus fréquemment
citées*

Consultations de sites Internet

Le quart des stomatologistes a indiqué consulter un site Internet médical au moins une fois par semaine.

Parmi ceux-ci, plus des deux tiers déclarent consulter trois sites Internet différents par mois.

Comme pour les revues, il leur a été demandé de préciser les trois principaux sites qu'ils consultent.

Les sites les plus fréquemment cités sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 23:
Liste des sites Internet
les plus fréquemment
cités

	Nombre	%
Nombre de stomatologistes ayant cité au moins 1 site	142	
PubMed	37	26 %
AFJCMF	21	15 %
EMC	17	12 %
JIM	15	11 %
Medline	11	8 %
...

RÉPARTITION HEBDOMADAIRE DU TEMPS PROFESSIONNEL

Une section du questionnaire invitait les stomatologistes à estimer leur temps de travail hebdomadaire consacré aux différentes activités professionnelles. Le temps moyen est de 46 heures par semaine pour les médecins en libéral comme les salariés. Pour les deux statuts, le quart des professionnels travaille moins de 40 heures par semaine, 38 % travaillent de 40 à 50 heures, 23 % de 50 à 60 heures et 12 % au-delà de 60 heures. La composition de l'emploi du temps type des stomatologistes est décrite dans le tableau ci-dessous.

	Médecin en exercice libéral	Médecin salarié	Ensemble
Consultation au cabinet	13,2	2,4	11,4
Consultation externe hospitalière	2,2	8,1	3,1
Visite hospitalière au lit du patient	0,7	3,7	1,2
Soins et prothèses	5,8	0,8	5
Chirurgie bucco-dentaire	10,7	3,7	9,5
Chirurgie maxillo-faciale	2,6	12,8	4,3
ODMF	5,3	0,7	4,5
Enseignement	0,4	2,7	0,8
Recherche	0,1	1,8	0,4
Formation	0,8	1,8	1
Tâches administratives	3	3,9	3,2
Tâches d'intérêt collectif	0,3	1	0,4
Autres activités professionnelles	0,8	2,2	1
Toutes activités	45,8	45,6	45,7

Tableau 24 :
Répartition du temps
hebdomadaire moyen
(en heures) selon
le mode d'exercice
principal

Note: Certains stomatologistes ont rencontré des difficultés à répartir leur temps dans les activités proposées. Leurs déclarations n'ont pas pu être prises en compte dans le calcul des temps moyens. Les résultats portent en définitive sur 85 % des stomatologistes.

Le nombre d'heures déclaré selon les activités professionnelles pratiquées varie selon le mode d'exercice principal des stomatologistes.

En effet, pour les stomatologistes libéraux le temps moyen consacré aux activités telles que l'enseignement, la recherche, la formation, les tâches administratives, les tâches d'intérêt collectif et autres activités professionnelles est près de trois fois moins élevé que chez leurs collègues stomatologistes salariés (5,8 heures contre 14,4 heures).

L'activité de soins et de prothèses, celle d'Orthopédie dento maxillo-faciale ainsi que les consultations au cabinet sont des activités pratiquées quasi exclusivement par des stomatologues libéraux.

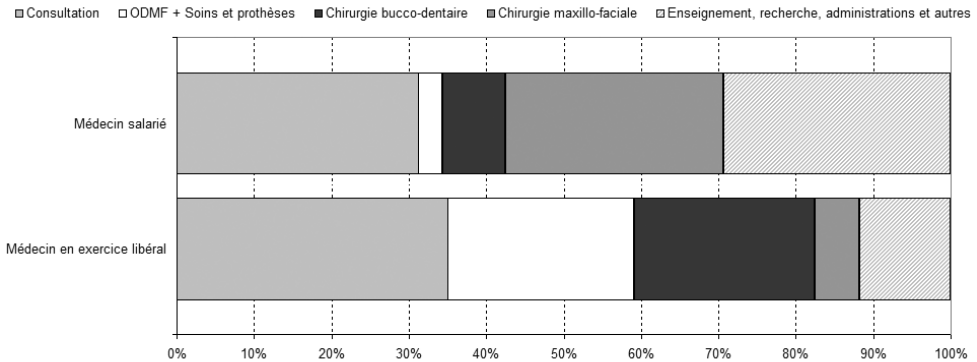
Concernant les activités chirurgicales, les stomatologues salariés pratiquent pour l'essentiel la Chirurgie maxillo-faciale tandis que leurs collègues libéraux pratiquent la chirurgie bucco-dentaire.

Le graphique suivant « Répartition du temps de travail des stomatologues selon le mode d'exercice principal » est une représentation regroupée de l'activité des stomatologues libéraux et salariés.

Les activités d'ODMF et de soins et prothèses occupent le quart du temps de travail hebdomadaire des libéraux. Ceci est une des caractéristiques du statut de libéral par rapport à celui de salarié.

À l'inverse, les activités extra-cliniques, à savoir enseignement, recherche, formation, tâches administratives et autres activités, occupent 30 % du temps de travail hebdomadaire des salariés, cette caractéristique distingue également la pratique des stomatologues salariés par rapport à celle des libéraux.

Figure 13 : Répartition du temps de travail hebdomadaire des stomatologues selon le mode d'exercice principal



Une activité peu reconnue, à savoir les conseils et avis prodigués aux patients ou aux collègues par téléphone, consomme cependant un temps non négligeable pour les médecins spécialistes.

Pour les stomatologues ayant déclaré consacrer du temps à cette activité, avis et conseils les occupent en moyenne 1 heure et 24 minutes par semaine et 30 % des médecins l'estiment à 2 heures ou plus par semaine.

Enfin, en moyenne les stomatologues déclarent prendre 6,3 semaines de vacances par an (les femmes légèrement plus que leurs collègues masculins : 6,8 semaines versus 6,2).

La durée de congés est statistiquement influencée par le mode d'exercice principal, ainsi les stomatologues principalement libéraux déclarent une durée de congés supérieure à celle de leurs collègues salariés (6,5 semaines contre 5,3 semaines).

ENQUÊTE SUR L'ACTIVITÉ DE CONSULTATION ET/OU ACTE DE STOMATOLOGIE OU DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

ORGANISATION DU RECUEIL

Fin mars 2006, des médecins en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale volontaires ont accepté de remplir une « fiche patient » pour chacune de leurs 30 premières consultations ou actes de Stomatologie ou de Chirurgie maxillo-faciale.

Sur la fiche patient, une dizaine de sections explorait la consultation ou l'acte dans ses caractéristiques essentielles telles que le motif ayant entraîné la consultation ou l'acte, les actes techniques réalisés, le matériel utilisé, les explorations proposées, les traitements prescrits et l'orientation du patient. Un grand soin a été apporté à l'élaboration de la fiche patient afin qu'elle puisse être remplie rapidement à la fin de la consultation ou de l'acte, ou juste après, sans toutefois perturber l'activité des participants.

L'option retenue pour le codage des motifs ayant donné lieu à la consultation ou à l'acte a été de proposer une liste de 22 items représentant l'étendue des situations rencontrées en consultation de Stomatologie ou de Chirurgie maxillo-faciale.

Les actes opératoires réalisés ont été relevés selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

LES MÉDECINS PARTICIPANTS

Recrutement des participants et taux de participation

Les médecins invités à participer à cette enquête appartiennent à deux groupes distincts définis par leur lieu principal d'exercice, les centres hospitaliers ou les cabinets libéraux. Ces deux catégories se subdivisent en trois groupes : la Stomatologie, la Chirurgie maxillo-faciale (CMF), l'Orthopédie dento-maxillo-faciale (ODMF). Ces catégories définissant a priori des profils d'activité différents, l'enquête a cherché à obtenir des effectifs permettant d'être représentatifs de leur proportion réelle dans la profession.

Le recrutement des participants a été réalisé par des membres du comité de pilotage. Parmi les 139 médecins invités à participer à l'enquête, 111 ont retourné des fiches patient remplies, ce qui correspond à un taux de participation très satisfaisant de 80 %.

Parmi ceux-ci, on compte 12 médecins exerçant principalement en milieu hospitalier et 99 en cabinet libéral, répartis en 50 spécialistes en Stomatologie, 39 en Chirurgie maxillo-faciale et 22 en ODMF.

Une relance téléphonique a été réalisée au cours de la semaine du 18 avril 2006.

ACTIVITÉ DES STOMATOLOGISTES PARTICIPANTS

L'ORS Bretagne a reçu en retour 3 330 fiches patient de consultation et/ou d'acte de Stomatologie ou de Chirurgie maxillo-faciale. Tous les stomatologues participants ont retourné leur cahier complété dans leur intégralité, ce qui atteste de leur motivation et de leur implication dans la réussite de l'enquête.

La période d'enquête s'est étalée du 24 mars 2006 au 9 mai 2006. En moyenne 3 jours ont été nécessaires aux libéraux et 4 jours aux hospitaliers, pour réunir leurs 30 fiches patient, ce qui correspond à une moyenne journalière de 12 fiches pour les libéraux et de 8 fiches pour les hospitaliers.

Contexte de la consultation et/ou de l'acte opératoire

La consultation de Stomatologie peut être pratiquée en milieu hospitalier ou libéral, ce peut être une première consultation ou une consultation de suivi, et qui éventuellement se situe dans un contexte d'urgence.

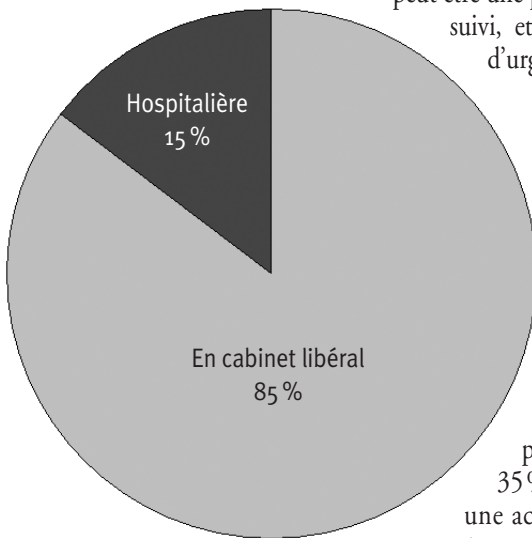
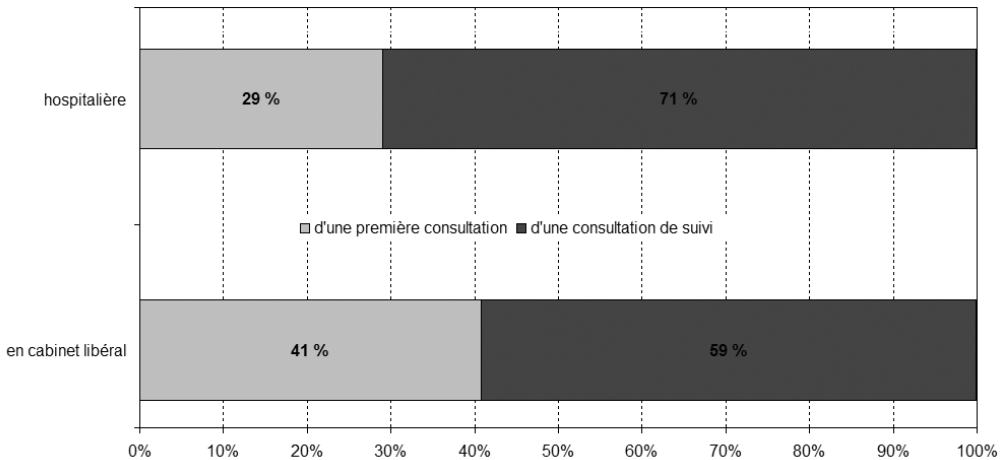


Figure 1 : Répartition des patients selon le lieu de consultation

Plus de huit patients sur dix ont consulté un stomatologue en cabinet libéral. Cette répartition est déterminée par celle des médecins libéraux et hospitaliers parmi les stomatologues. Ils sont 50 % à pratiquer une activité exclusivement libérale, 35 % une activité libérale et hospitalière et 15 % une activité exclusivement hospitalière (source : première enquête).

Figure 2 : Répartition des patients selon le type de consultation



L'activité des stomatologistes à l'hôpital est majoritairement orientée vers les consultations de suivi de leurs patients connus. En pratique libérale, 6 patients sur 10 sont déjà connus et suivis par le stomatologiste. À l'inverse, 4 patients sur 10 viennent pour une première consultation. La proportion relativement importante de nouveaux patients, s'explique en partie par l'activité d'avulsion dentaire, pour laquelle 60 % des patients sont des primo consultants.

Actes opératoires réalisés

Un acte opératoire a été mentionné dans moins d'un tiers des fiches patient. Lorsqu'un acte opératoire a été pratiqué, il l'a été pour le plus grand nombre en salle de consultation (58 %), et moins fréquemment en bloc opératoire ou plateau technique lourd (42 %).

Contexte d'urgence des consultations

Pour l'ensemble des patients, un peu plus de 8 % des consultations interviennent dans un contexte d'urgence, cette fréquence varie légèrement selon le type de consultation, libérale (8 %) ou hospitalière (11 %).

Toutefois, chez les nouveaux patients, la fréquence relative de l'urgence en milieu hospitalier est significativement plus élevée qu'en cabinet libéral. En effet, en milieu hospitalier, une consultation sur quatre de nouveaux patients est dans un contexte d'urgence, soit plus du double de la proportion observée en consultation libérale pour laquelle seulement une première consultation sur dix est dans un contexte d'urgence.

L'acte opératoire est beaucoup plus fréquent chez les patients suivis que chez les nouveaux patients. Chez ces derniers, l'acte opératoire est presque toujours motivé par un contexte d'urgence.

Urgence et motifs de consultation

Les motifs de consultation des patients sont détaillés dans la 4^e section de ce chapitre. Nous signalons en figure 3 les motifs pour lesquels un contexte d'urgence est fréquent.

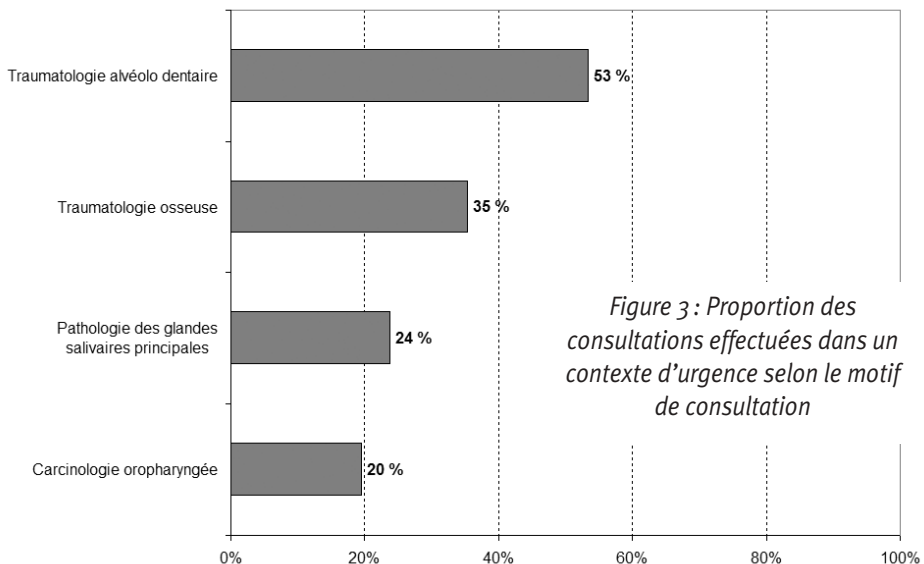
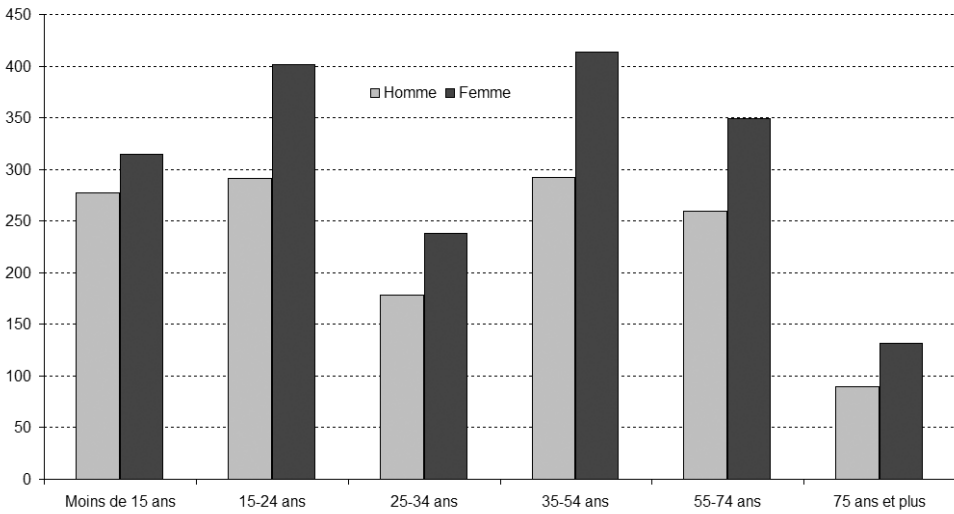


Figure 3 : Proportion des consultations effectuées dans un contexte d'urgence selon le motif de consultation

Caractéristiques des patients

L'âge moyen des patients ayant consulté durant l'enquête est de 36,9 ans. Les stomatologistes prennent en charge des patients de tous âges, et la part des jeunes est importante : 40% des patients ont moins de 25 ans. Un peu plus de la moitié des patients ont moins de 35 ans. La figure 4 montre clairement que les femmes dépassent en nombre les hommes. Elles représentent 57% des consultants. Les effectifs féminins sont dominants quelle que soit la tranche d'âge concernée, et leur âge moyen est supérieur d'environ un an et demi à celui des hommes (37,5 ans contre 36,2 ans).

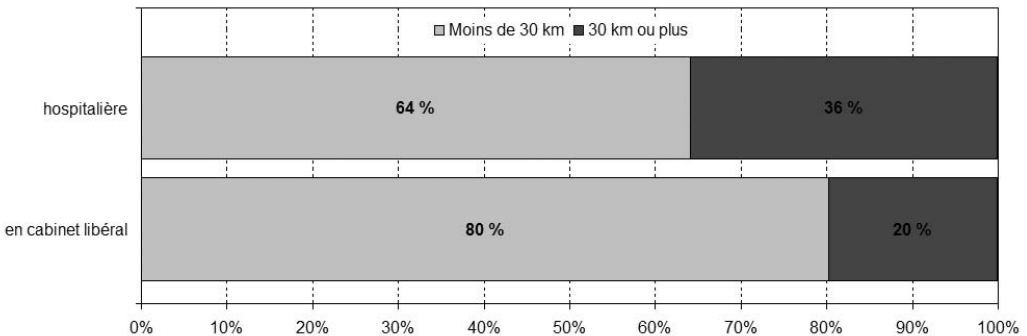
Figure 4 : Distribution des patients selon le sexe et l'âge



Distances au lieu de consultation

Plus des trois quarts des patients résident à moins de 30 kilomètres du lieu où ils ont consulté un stomatologiste. L'attraction de patients plus éloignés est plus marquée pour les consultations hospitalières, puisque dans ce cas, plus d'un patient sur trois est domicilié à 30 kilomètres ou plus du lieu de la consultation, contre un patient sur cinq pour les consultations réalisées en cabinet libéral.

Figure 5 : Distance entre le lieu de résidence des patients et le lieu de la consultation



Trajectoires des patients

Classiquement, les patients se présentent pour une consultation ou un acte de Stomatologie ou de Chirurgie maxillo-faciale sur recommandation d'un dentiste ou d'un médecin d'une autre spécialité. 17 % se présentent de leur propre initiative, c'est-à-dire en accès direct.

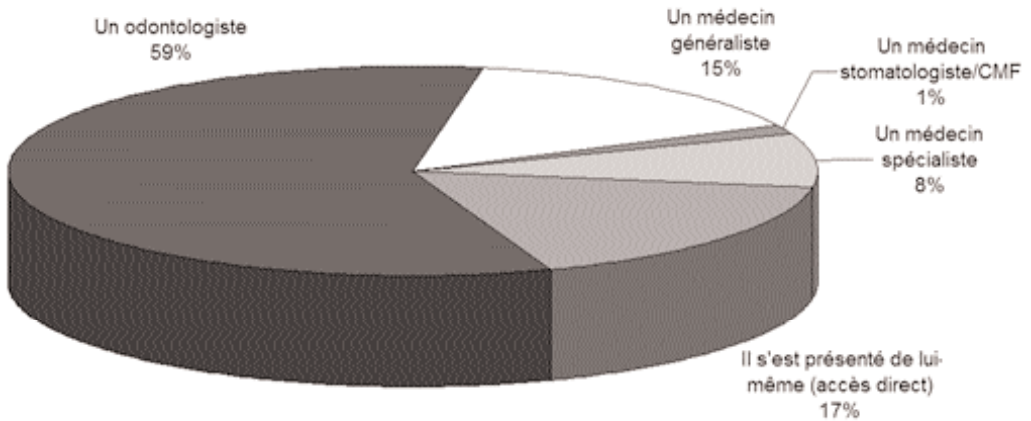
À l'issue de la consultation de Stomatologie, le médecin peut proposer une consultation de suivi, des séances de soins ou une prise en charge chirurgicale ou technique, ou bien adresser le patient à un confrère d'une autre spécialité.

L'ensemble de ces différentes options de « mode de recours » et d'« orientation » constitue la trajectoire des patients dans la chaîne de soins, axée sur une consultation ou sur un acte de Stomatologie ou de Chirurgie maxillo-faciale. Les paragraphes suivants décrivent tout d'abord les modes de recours, les orientations proposées et enfin, une vue d'ensemble de la trajectoire des patients vus au cours de l'enquête.

Mode de recours

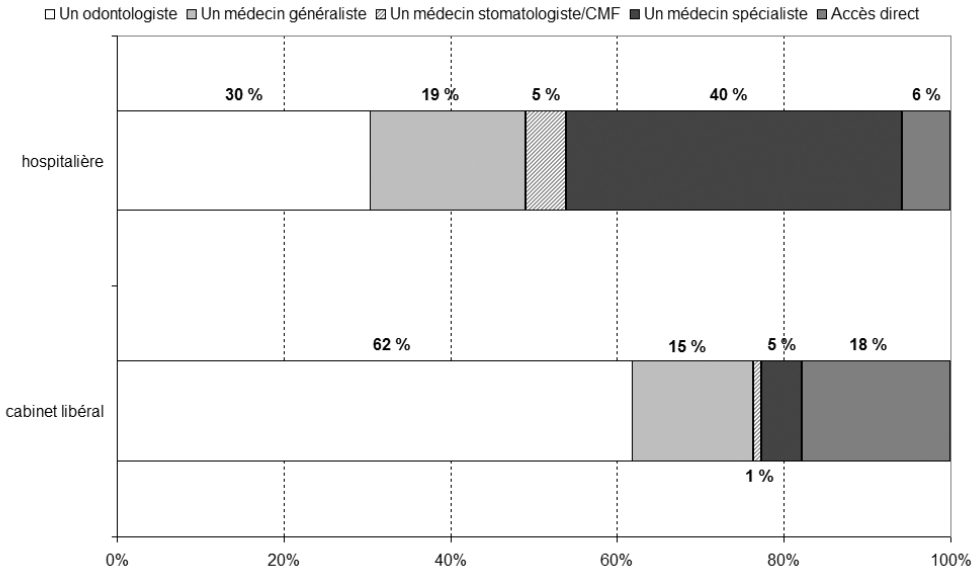
L'analyse des modes de recours ne concerne par définition que les premières consultations. Sur l'ensemble de ces premières consultations, c'est un odontologiste qui réfère le plus souvent le patient chez le stomatologiste (6 fois sur 10), puis le médecin généraliste (15 % des cas) et enfin le médecin spécialiste (8 % des cas). La présentation spontanée d'un patient (accès direct) concerne une petite minorité d'entre eux. Seulement 1 % des patients est adressé par un confrère stomatologiste.

Figure 6 : Mode de recours des patients pour l'ensemble des premières consultations



Cette section « en amont » de la trajectoire du patient est plus précisément décrite en fonction du lieu d'exercice des stomatologistes. En effet, si les proportions citées dans le paragraphe précédent décrivent assez bien la situation des stomatologistes exerçant en cabinet libéral, le profil des consultations hospitalières se démarque nettement. Dans ce contexte hospitalier, la référence par un médecin spécialiste ou par un stomatologiste représente ensemble 45 % des premières consultations contre seulement 6 % en cabinet libéral. En contrepartie, la référence par un odontologiste est deux fois moins fréquente en milieu hospitalier qu'en cabinet de ville et l'accès direct y est très limité.

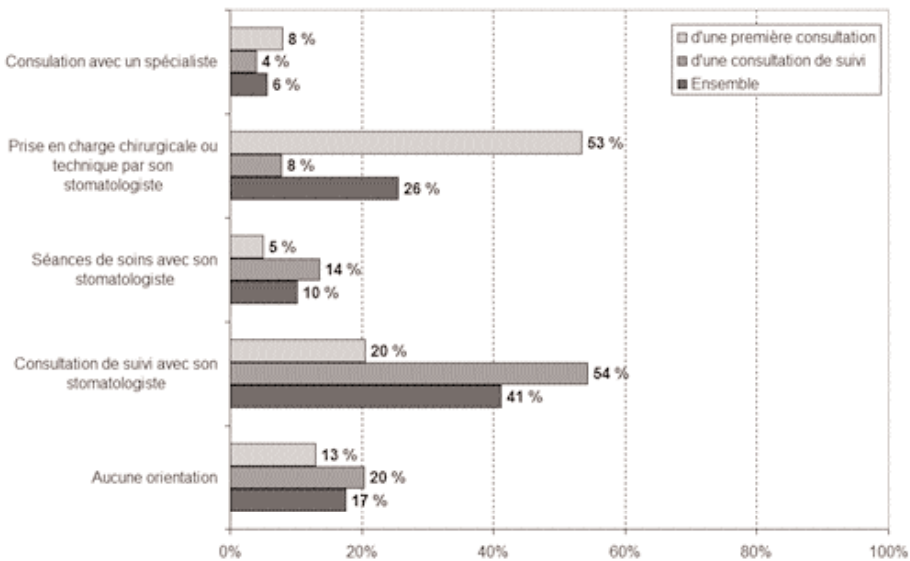
Figure 7 : Mode de recours des patients vus en première consultation selon le lieu



Orientation des patients

Dans la figure 8, les différentes options d'orientations ont été hiérarchisées afin de ne compter qu'une seule fois une consultation à l'issue de laquelle plusieurs options auraient été présentées au patient (par exemple prise en charge chirurgicale ou technique et consultation de suivi). La hiérarchie des options suit l'ordre descendant dans lequel elles sont présentées sur le graphique.

Figure 8 : Orientation des patients à l'issue de la consultation



Tous patients confondus, les options d'orientation sont en premier lieu une consultation de suivi (41 % des patients) ou une prise en charge chirurgicale ou technique (26 %). L'orientation vers un confrère spécialiste (Stomatologie et autres spécialités) est peu fréquente.

Les variations d'orientation sont nettes selon que les patients consultent dans le cadre d'une première consultation ou d'une consultation de suivi. En effet, les premières consultations seront suivies pour plus de la moitié d'entre elles par une prise en charge chirurgicale ou technique tandis que les consultations de suivi donneront lieu pour plus de la moitié également à une autre consultation avec le stomatologiste ou le chirurgien maxillo-facial.

Ces résultats reflètent l'importance de l'intervention chirurgicale ou technique des stomatologistes à l'issue d'une première consultation et la mise en place par la suite d'une surveillance et de soins sur la durée.

Vue d'ensemble de la trajectoire des patients

La figure 9 (page suivante) trace les trajectoires en amont et en aval des premières consultations ou actes de Stomatologie ou de Chirurgie maxillo-faciale. Les différents modes de recours et les effectifs de patients correspondants sont listés sur la gauche de la figure. Les patients sont ensuite distribués selon les deux types de consultations possibles (libérale ou hospitalière). Les effectifs et pourcentages de patients dans chacune des options d'orientation sont présentés sur la droite. Certaines trajectoires ne concernent qu'un nombre limité de patients, ce qui invite à les interpréter avec prudence.

Les résultats permettent de caractériser les réponses qu'apportent les stomatologistes aux demandes qui leur sont faites par les professionnels qui leur envoient les patients.

Le stomatologiste ou le chirurgien maxillo-facial qui reçoit un patient envoyé par un odontologiste ou un spécialiste, mettra le plus fréquemment en place, à l'issue de sa première consultation, une prise en charge chirurgicale ou technique,

Le stomatologiste ou le chirurgien maxillo-facial qui reçoit un patient envoyé par un généraliste mettra en place à l'issue de sa consultation, soit une prise en charge chirurgicale ou technique, soit une consultation de suivi par lui-même, en fonction de l'état du patient et des soins qu'il a reçus du généraliste.

Les motifs de la consultation ou de l'acte

Les motifs de consultation sont classés dans la figure 10 selon leur importance décroissante globale en terme de patients concernés et ventilés selon le lieu de la consultation.

Parmi l'ensemble des patients, 1 074 ont consulté pour avulsions dentaires ce qui représente le motif de plus d'une consultation sur trois.

Les actes d'Orthopédie dento-maxillo-faciale (ODMF) sont le second motif de consultation ou d'acte. Ils ont concerné à 80 % des enfants de 15 ans et moins.

Ce classement global varie significativement selon le lieu de la consultation. Les actes d'ODMF qui représentent le motif de près d'une consultation sur quatre en cabinet libéral, sont rarement rencontrés en consultation hospitalière. Les soins dentaires et les prothèses sont des motifs rencontrés en cabinet libéral. La chirurgie qu'elle soit orthognathique, dermatologique ou des malformations de la face est un motif plus fréquent en pratique hospitalière qu'en pratique libérale. La traumatologie osseuse est presque exclusivement hospitalière et l'implantologie est une pratique pour l'essentiel libérale.

Figure 9 : Trajectoire des patients issus d'une première consultation (n=1 037)

Mode de Recours	Lieu d'exercice	Orientation		
Un odontologiste 612	en cabinet libéral	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	65	11 %
			88	15 %
	17		3 %	
	384		66 %	
	27		5 %	
	consultation hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	1	3 %
			4	13 %
			1	3 %
			17	55 %
			8	26 %
Un médecin généraliste 153	en cabinet libéral	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	17	13 %
			50	37 %
	4		3 %	
	46		34 %	
	17		13 %	
	consultation hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	1	5 %
			8	42 %
			2	11 %
			6	32 %
			2	11 %
Un médecin spécialiste (y compris stomatologistes) 100	en cabinet libéral	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	4	7 %
			10	19 %
	2		4 %	
	34		63 %	
	4		7 %	
	consultation hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	4	9 %
			10	22 %
			17	37 %
			15	33 %
Il s'est présenté de lui-même (accès direct) 172	en cabinet libéral	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	40	24 %
			39	23 %
	26		16 %	
	51		31 %	
	10		6 %	
	consultation hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> Aucune orientation Consultation de suivi Séances de soins Prise en charge chirurgicale ou technique Consultation avec un spécialiste 	2	33 %
			2	33 %
			1	17 %
			1	17 %
1037			1037	1037

Figure 10 : Distribution des motifs de consultation en fonction du lieu

Motifs de la consultation	Ensemble		en cabinet libéral		hospitalière	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Avulsion dentaire	1074	34,7%	923	34,9%	151	33,4%
ODMF	628	20,3%	612	23,1%	16	3,5%
Autre	300	9,7%	255	9,6%	45	10,0%
Soin dentaire	217	7,0%	214	8,1%	3	0,7%
Prothèse	192	6,2%	189	7,1%	3	0,7%
Pathologie de la muqueuse buccale	138	4,5%	108	4,1%	30	6,6%
Pathologie osseuse bénigne	136	4,4%	113	4,3%	23	5,1%
Parodontologie	113	3,6%	105	4,0%	8	1,8%
Dysfonctionnement ATM	112	3,6%	96	3,6%	16	3,5%
Implantologie	95	3,1%	86	3,3%	9	2,0%
Chirurgie orthognathique	78	2,5%	39	1,5%	39	8,6%
Chirurgie dermatologique	67	2,2%	20	0,8%	47	10,4%
Carcinologie oropharyngée	44	1,4%	26	1,0%	18	4,0%
Traumatologie osseuse	34	1,1%	5	0,2%	29	6,4%
Douleur psychosomatique	26	0,8%	23	0,9%	3	0,7%
Chirurgie des glandes salivaires principales	24	0,8%	16	0,6%	8	1,8%
Chirurgie pré-implantaire	24	0,8%	14	0,5%	10	2,2%
Chirurgie des malformations de la face	24	0,8%	1	0,0%	23	5,1%
Chirurgie esthétique de la face	22	0,7%	14	0,5%	8	1,8%
Chirurgie des glandes salivaires endobuccales	19	0,6%	18	0,7%	1	0,2%
Traumatologie alvéolo dentaire	17	0,5%	14	0,5%	3	0,7%
Expertise	4	0,1%	4	0,2%	0	0,0%

L'Orthopédie dento-maxillo-faciale est une spécialité qui concerne très majoritairement des enfants, l'âge moyen des patients ayant consulté pour ce motif dans l'enquête est de 15 ans. Deux autres motifs de consultation sont surtout le fait de personnes très jeunes, la traumatologie alvéolo-dentaire ainsi que la chirurgie des malformations de la face.

Au contraire, les pathologies de la muqueuse buccale, l'implantologie, la chirurgie dermatologique, les prothèses concernent des patients relativement âgés.

	Age du patient	
	Moyenne	Ecart-type
Carcinologie oropharyngée	59	15
Prothèse	59	15
Douleur psychosomatique	57	19
Chirurgie dermatologique	56	22
Pathologie de la muqueuse buccale	54	19
Implantologie	53	13
Parodontologie	51	18
Chirurgie pré-implantaire	50	17
Expertise	49	13
Soin dentaire	48	19
Chirurgie des glandes salivaires principales	47	20
Pathologie osseuse bénigne	47	16
Autre	44	22
Chirurgie des glandes salivaires endobuccales	43	23
Dysfonctionnement ATM	41	19
Chirurgie esthétique de la face	37	15
Avulsion dentaire	35	20
Traumatologie osseuse	31	17
Chirurgie orthognathique	27	11
Traumatologie alvéolo dentaire	21	18
Chirurgie des malformations de la face	17	13
ODMF	15	9

Figure 11 : Âge moyen des patients selon le motif de la consultation

Actes techniques réalisés pendant la consultation

Pour près des 2/3 des consultations au moins un acte technique a été réalisé.

Au total, 1 975 actes techniques ont été réalisés pendant les consultations, dont un peu plus du quart ont été des actes d'ODMF, de la radiographie et des actes de chirurgie buccale. Les pansements, la biopsie, l'implantologie, les actes de rééducation ou d'exploration fonctionnelle sont, comparativement aux actes cités ci-dessus, peu fréquents lors des consultations.

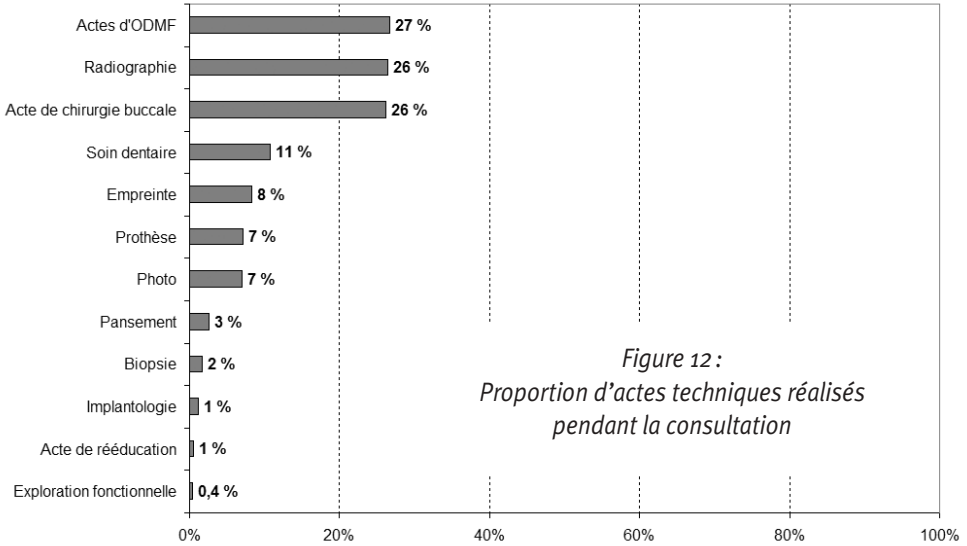


Figure 12 :
Proportion d'actes techniques réalisés pendant la consultation

La figure 13 présente en nombre les actes les plus fréquemment réalisés selon qu'ils l'ont été lors d'une première consultation ou d'une consultation de suivi.

Les actes techniques d'Orthopédie dento-maxillo-faciale sont rarement réalisés lors d'une première consultation. Les autres actes techniques, à l'exception de la radiographie qui se pratique autant dans les deux situations, sont surtout réalisés lors d'une consultation de suivi.

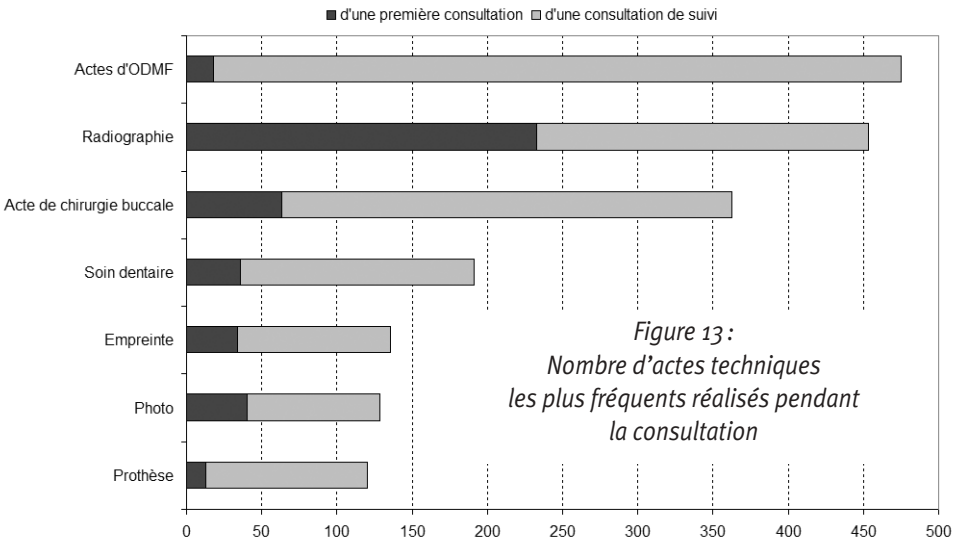


Figure 13 :
Nombre d'actes techniques les plus fréquents réalisés pendant la consultation

Dans la figure 14, nous présentons la répartition des principaux actes techniques réalisés en pratique hospitalière et en pratique libérale.

Les actes les plus fréquents sont :

- en pratique libérale, les actes d'ODMF
- en pratique hospitalière, les actes de chirurgie buccale.

La radiologie occupe une part identique en pratique libérale et hospitalière.

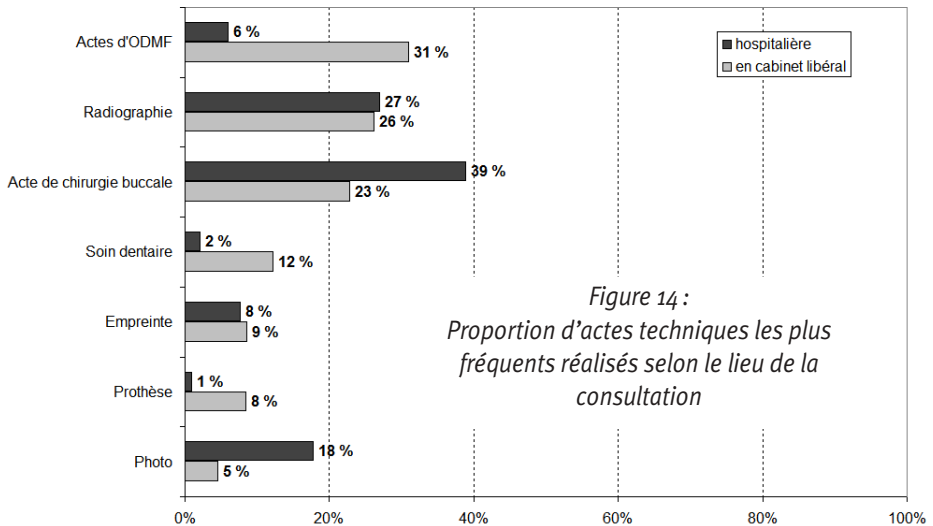


Figure 14 :
Proportion d'actes techniques les plus fréquents réalisés selon le lieu de la consultation

Actes opératoires réalisés

Sept actes opératoires sur dix sont réalisés sous anesthésie locale. La nature de l'anesthésie varie selon le lieu de réalisation de l'acte opératoire. Si sept actes réalisés en bloc opératoire ou en plateau technique lourd sur dix sont sous anesthésie générale, celle-ci n'est jamais utilisée pour les actes pratiqués en salle de consultation.

Lieu de réalisation de l'acte opératoire	Acte avec anesthésie locale	Acte avec anesthésie générale
Salle de consultation	100%	-
Bloc opératoire ou plateau technique lourd	31%	69%
Ensemble	70%	30%

Figure 15 :
Répartition des actes opératoires réalisés selon le type d'anesthésie

Les codes CCAM renseignés

Dans l'ensemble, 80 % des actes opératoires ont été codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Trois sous chapitres de la CCAM regroupent 95 % des actes codés :

- actes thérapeutiques sur la bouche et l'oropharynx ;
- actes thérapeutiques sur le squelette du crâne et de la face ;
- actes thérapeutiques sur la peau et les tissus mous.

La figure 16 permet de visualiser les principaux actes regroupés selon ces 3 sous chapitres.

Figure 16 : Principaux actes médicaux classés selon la CCAM

	Nombre d'actes médicaux	%
ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA BOUCHE ET L'OROPHARYNX	613	79%
07.02.01 Lèvres	2	
07.02.02 Dents	510	
07.02.03 Prothèses dentaires	11	
07.02.04 Orthodontie	29	
07.02.05 Parodontie	35	
07.02.06 Cavité orale [Cavité buccale]	23	
07.02.07 Glandes salivaires	3	
ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LE SQUELETTE DU CRÂNE ET DE LA FACE	91	12%
11.02.01 Actes thérapeutiques sur la voûte du crâne [calvaria]	1	
11.02.03 Actes thérapeutiques sur le squelette de l'étage moyen de la face	55	
11.02.04 Actes thérapeutiques sur la mandibule	20	
11.02.05 Autres actes thérapeutiques sur le crâne et la face	15	
ACTES THÉRAPEUTIQUES SUR LA PEAU ET LES TISSUS MOUS	35	4%
16.03.02 Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous	1	
16.03.03 Parage et/ou suture de plaie de la peau et des tissus mous	1	
16.03.07 Exérèse de lésion de la peau et des tissus mous	19	
16.03.08 Couverture de perte de substance par autogreffe de peau	1	
16.03.09 Autres autogreffes au niveau des téguments	1	
16.03.10 Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional	10	
16.03.12 Lissage [Dérillage] [Lifting]	1	
AUTRES ACTES MÉDICAUX	40	5%
TOTAL	779	100%

Les actes sur les dents sont les plus fréquents. L'examen plus précis de cette catégorie d'actes (non détaillée sur le tableau) donne 58 % d'avulsions d'une ou de deux dents et 35 % d'avulsions de plus de deux dents.

L'avulsion d'une ou de deux dents est faite principalement sous anesthésie locale, alors que l'avulsion de plus de deux dents est faite en grande partie sous anesthésie générale (Fig. 17).

	Acte avec anesthésie locale	Acte avec anesthésie générale
Avulsion d'une ou de deux dents	242	31
Avulsion de plus de deux dents	39	137

Figure 17 :
Nombre d'actes médicaux pour avulsion dentaire selon le type d'anesthésie

L'avulsion d'une ou plusieurs troisièmes molaires (ou dents de sagesse) se fait pour 45 % sous anesthésie locale et 55 % sous anesthésie générale.

Consommables utilisés pendant l'acte

Près de la moitié des consultations (45 % précisément) a nécessité l'utilisation de consommables.

Les consommables les plus fréquemment cités sont présentés dans la figure 18.

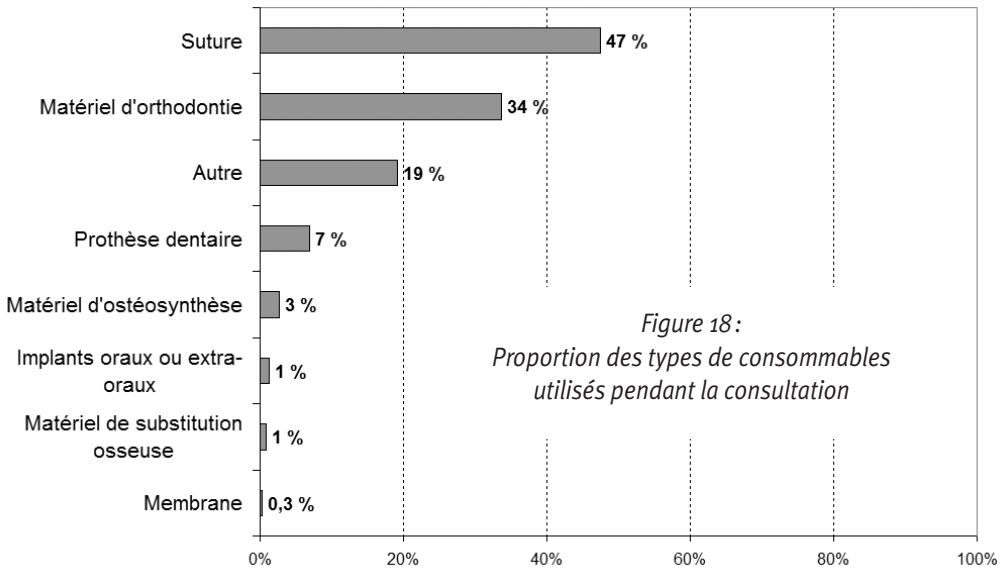


Figure 18 :
Proportion des types de consommables
utilisés pendant la consultation

Le matériel d'orthodontie est multi-attaches dans 75 % des cas et fonctionnel dans 25 %.

Les matériaux utilisés pour les prothèses dentaires sont des métaux non précieux pour plus de 50 % des cas, de la résine pour 25 %. Les métaux précieux et la céramique sont moins fréquemment utilisés.

Le matériel d'ostéosynthèse est non résorbable dans 85 % des cas.

Une part importante (19 %) revient aux autres consommables : pâte à empreinte, pansement ou mèche, ciment, matériel de contention dentaire...

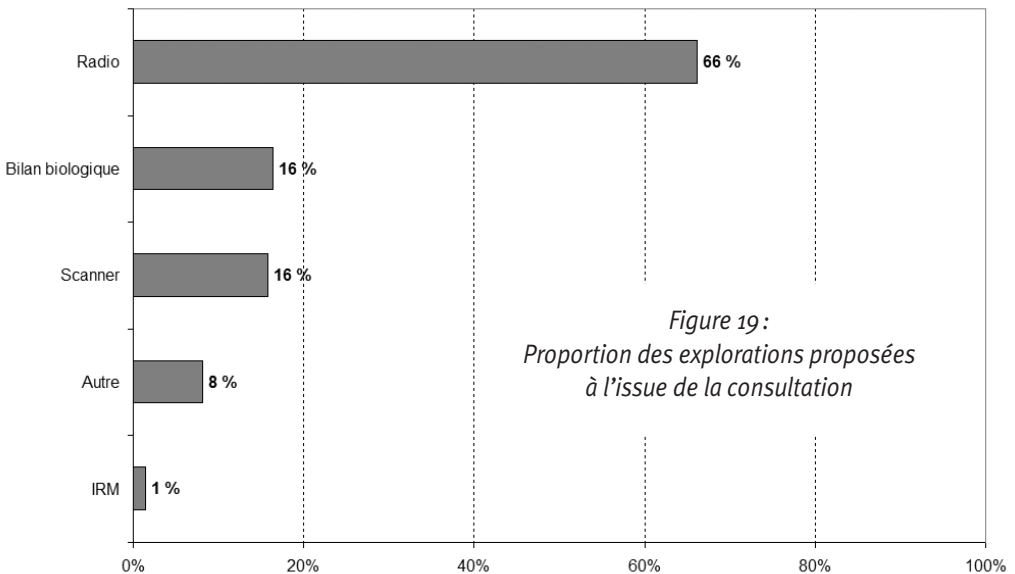


Figure 19 :
Proportion des explorations proposées
à l'issue de la consultation

Prescriptions et traitements

À l'issue de la consultation, le stomatologiste peut prescrire des explorations (Fig. 19), différents types de prise en charge ou un traitement médicamenteux.

Une exploration a été prescrite pour un quart des consultations. L'exploration la plus fréquemment prescrite est la radio.

Pour une consultation sur dix, le stomatologiste a prescrit un autre type de prise en charge (Fig. 20).

Les plus fréquentes sont les prescriptions d'Orthopédie dento-maxillo-faciale. Les prescriptions de la catégorie « autres » sont pour moitié des soins de chirurgiens dentistes et

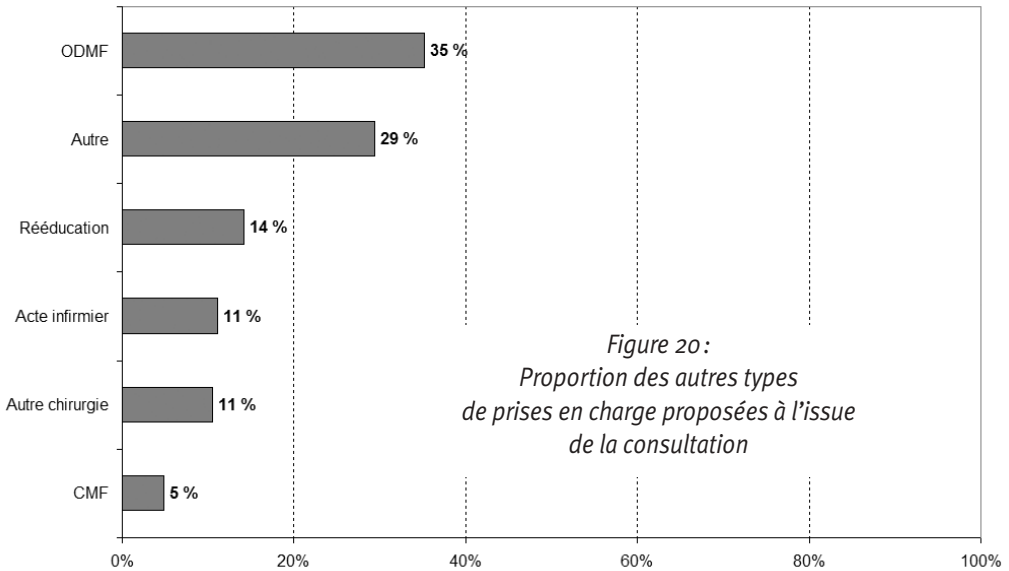


Figure 20:
Proportion des autres types
de prises en charge proposées à l'issue
de la consultation

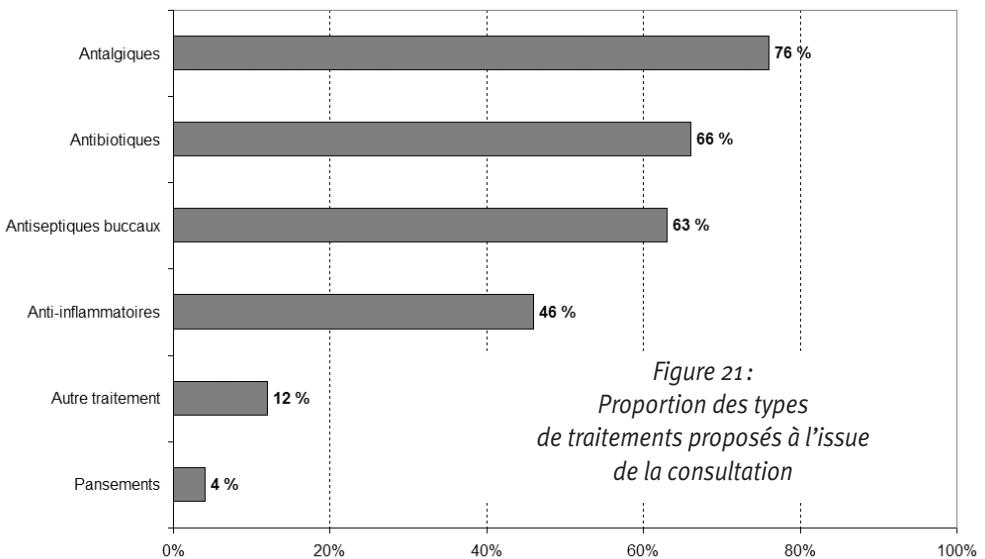


Figure 21:
Proportion des types
de traitements proposés à l'issue
de la consultation

pour moitié des prises en charge très diverses, par exemple hospitalisation, kinésithérapie, consultation de spécialiste...

À l'issue de la consultation, la moitié des patients a un traitement médicamenteux. Plusieurs traitements peuvent être associés. Le nombre moyen de traitements proposés est de 2,7 par patient.

Les traitements les plus fréquemment prescrits sont les antalgiques.

Les antalgiques prescrits sont sept fois sur dix des antalgiques de niveau 1 (analgésiques périphériques et non morphiniques) et trois fois sur dix des antalgiques de niveau 2 (antalgiques centraux).

Les anti-inflammatoires prescrits sont près de six fois sur dix des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les corticoïdes étant prescrits quatre fois sur dix.

Délai pour une consultation de suivi

La consultation de suivi intervient en moyenne 7 semaines après la consultation actuelle. La moitié des consultations de suivi demande un délai de 4 semaines ou moins et 75 % un délai de 6 semaines ou moins (Fig. 22).

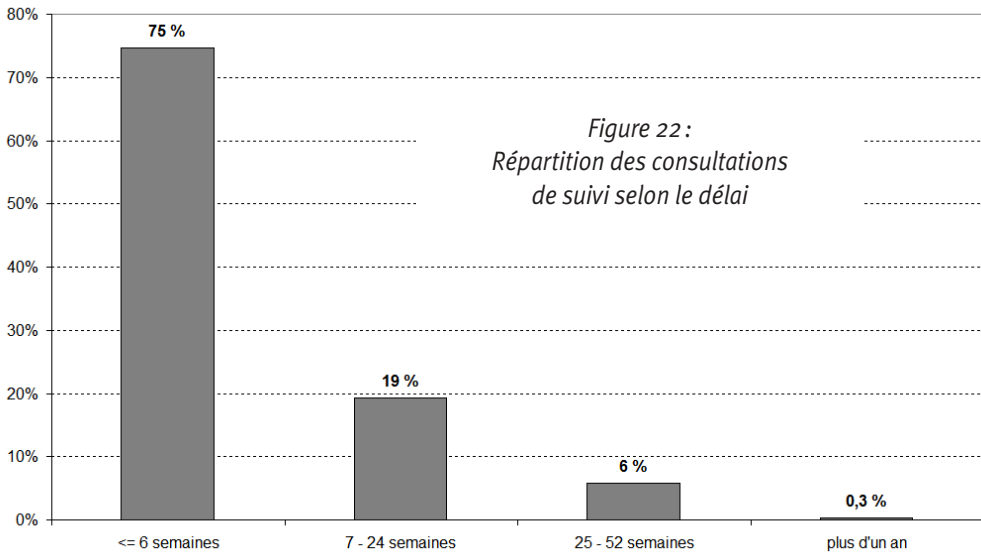


Figure 22 : Répartition des consultations de suivi selon le délai

Le délai est variable selon les motifs de la consultation ou de l'acte (Fig. 23). Il est le plus long pour les soins dentaires et le plus court pour les avulsions dentaires. Cependant, la variation de durée est forte autour de ces moyennes (comme l'attestent les écart-types importants).

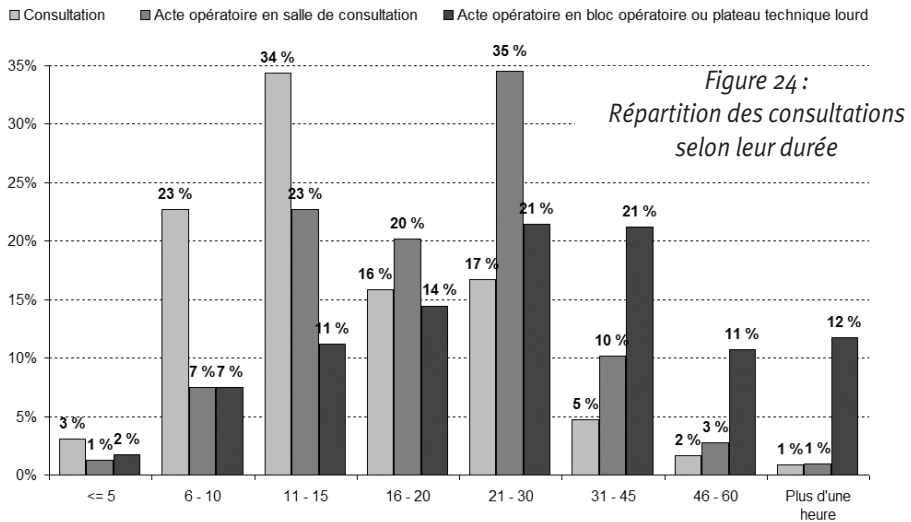
Motif de la consultation	délai en semaines	
	Moyenne	Ecart-type
Soin dentaire	17	20
Autre	9	13
ODMF	7	8
Prothèse	5	12
Avulsion dentaire	4	3

Figure 23 : Délai moyen en semaines pour l'obtention d'une consultation de suivi selon les motifs de consultation les plus fréquents

Durée de la consultation ou de l'acte opératoire

La figure 24 permet de visualiser la variabilité de la durée de la consultation ou de l'acte opératoire, autour de la moyenne indiquée figure 25. La durée moyenne d'une consultation est de 19 minutes et 60 % des consultations sont d'une durée inférieure ou égale au quart d'heure. Les actes opératoires réalisés en salle de consultation sont d'une durée moyenne supérieure, soit 25 minutes. Les actes opératoires réalisés en bloc opératoire ou plateau technique lourd sont en moyenne beaucoup plus longs, soit 46 minutes, avec des durées maximum de 3 heures et plus pour les interventions lourdes.

La durée de la consultation ou de l'acte opératoire est variable selon le motif. Une consultation sans acte opératoire a une durée comprise entre 15 minutes lorsque le motif est relatif à de la chirurgie dermatologique ou à de la chirurgie des malformations de la face, et 31 minutes lorsque le motif est relatif à une prothèse. Un acte opératoire réalisé en salle de consultation est d'une durée variant de 24 minutes pour une avulsion dentaire à 32 minutes pour un acte d'implantologie.



Les actes opératoires réalisés en bloc opératoire ou en plateau technique lourd ont une durée supérieure en particulier s'agissant d'un acte d'implantologie qui demande en moyenne plus d'une heure d'intervention, ou une intervention de chirurgie orthognatique qui dure en moyenne une heure et 45 minutes.

Figure 25 :
Durée des consultations
et/ou des actes opératoires
en minutes

	Durée moyenne
Consultation	19
Acte opératoire en :	
salle de consultation	25
bloc opératoire ou plateau technique lourd	46

Figure 26 :
Durée des consultations et/ou des actes opératoires en minutes selon le motif*

	Consultation		Acte opératoire en :			
			salle de consultation		bloc opératoire ou plateau technique lourd	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Avulsion dentaire	16	7	24	10	31	16
Pathologie de la muqueuse buccale	21	10	26	15		
Dysfonctionnement ATM	19	8				
Chirurgie des glandes salivaires endobuccales						
Chirurgie des glandes salivaires principales	18	7				
Traumatologie osseuse	17	9				
Traumatologie alvéolo dentaire						
Implantologie	23	9	32	19	62	41
Pathologie osseuse bénigne	16	7	23	10	40	20
Chirurgie pré-implantaire	18	8				
Parodontologie	21	8	30	17	29	9
Chirurgie dermatologique	15	6			38	21
Prothèse	31	19	29	15		
Soin dentaire	26	14	27	10		
ODMF	18	13	27	19		
Chirurgie orthognatique	27	15			105	89
Carcinologie oropharyngée	19	12				
Expertise						
Chirurgie esthétique de la face	19	9				
Chirurgie des malformations de la face	15	6				
Douleur psychosomatique	26	9				
Autre	20	10	28	13	66	117

* Les moyennes présentées dans le tableau ont été calculées uniquement pour les motifs de consultation pour lesquels le nombre de consultation ou acte opératoire réalisé est supérieur à 15, les autres étant sujettes à une variabilité des valeurs trop importante.

7

Conclusion

PERSPECTIVES POUR LA STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

le Bureau de la Fédération de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale

Comment se présente l'avenir de notre spécialité? Nous mettons volontairement notre «spécialité» au singulier. Pour nous, et nous espérons que le lecteur l'aura ressenti en parcourant cet ouvrage, Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale ne sont que deux intitulés, recouvrant chacun des aspects particuliers d'une même spécialité médicale.

De la même façon qu'il n'y a qu'une seule ophtalmologie, quand le praticien à qui vous confiez la correction de votre vue n'est peut-être pas celui qui a opéré votre parent de la cataracte, ou qu'une seule oto-rhino-laryngologie, bien que celui qui a exploré vos vertiges n'ait pas voulu opérer votre ami de son cancer laryngé.

Nous pourrions ainsi, au fil de l'inventaire des spécialités médicales, distinguer des pratiques différentes, plus ou moins spécialisées, plus ou moins chirurgicales, sous un même intitulé. Nous n'avons pas su maintenir cette apparente cohésion mais il n'est plus temps de revenir sur ces épisodes difficiles.

Tout au long des chapitres précédents, le lecteur aura pu constater combien notre exercice évolue. Les perspectives présentées par les différents auteurs sont de plusieurs ordres: médical, réglementaire, démographique et universitaire.

LES PERSPECTIVES MÉDICALES

La recherche

Dans leur chapitre, les docteurs Bettega et Picard ont parfaitement situé les multiples progrès technologiques auxquels participe notre spécialité. En ce domaine, la question est de savoir si nous disposons des moyens matériels et humains nécessaires à une recherche de niveau international.

La réponse est non, en raison du faible effectif de nos équipes médicales et des maigres moyens financiers mis à notre disposition, en particulier du fait de l'absence d'un fort support financier de l'industrie et de l'université. Malgré ces handicaps, la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale française «cherche» et «trouve».

Les acteurs de cette recherche sont quelques rares structures dédiées à la recherche fondamentale, les candidats à un poste de professeur des Universités, mais aussi les services hospitalo-universitaires et des praticiens libéraux qui mènent quotidiennement une recherche clinique.

Les difficultés que nous éprouvons se traduisent par la présence insuffisante des auteurs français aux sommaires des revues internationales. La réponse à cette situation est en cours. De nombreux jeunes maxillo-faciaux, briguant un poste universitaire, cherchent et publient. La réunion des moyens dont disposent nos services grâce à des réseaux, des études multicentriques, pourrait donner encore davantage de force à nos travaux.

Les soins

La qualité des soins dispensés finit toujours par bénéficier des progrès de la recherche. Le Pr Muster dans son chapitre a montré les progrès de la pharmacopée, en particulier en matière de prise en charge de la douleur, et les chemins à suivre pour une médication adaptée aux exigences de notre spécialité.

En ce domaine, les odontologistes représentent pour les laboratoires pharmaceutiques une cible beaucoup plus intéressante que les quelques centaines de stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux. C'est avec eux que nous devons travailler.

LES PERSPECTIVES RÉGLEMENTAIRES

Formation médicale continue, Évaluation des pratiques professionnelles..., autant de carcans, de règlements, de contrôles à notre libre exercice, mais faut-il nous laisser aller à cette paranoïa? Devons-nous subir ces contraintes ou nous laisser aller au syndrome de Stockholm et collaborer avec nos « bourreaux »?

Ce n'est pas ainsi qu'il nous semble devoir répondre à ces questions. Mais plutôt considérer la façon dont nous pouvons retourner ces « contraintes » à notre bénéfice. Notre intérêt n'est-il pas d'en profiter pour mettre en place une FMC de qualité, profitable à tous et qui ne soit plus du ressort de l'industrie? Ne devons-nous pas en profiter pour améliorer nos pratiques, offrir à nos patients davantage de sécurité et diminuer la sinistralité de notre profession qui reste une des plus élevées parmi les spécialités médicales? Ceci ne pourrait avoir qu'un effet favorable sur nos primes d'assurance en responsabilité civile.

Il revient à la Fédération de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, à la Société française de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, ainsi qu'aux autres sociétés savantes, à nos syndicats professionnels d'être les acteurs de cette évolution réglementaire afin de l'adapter à notre spécialité et d'en faire profiter chacun. Ces travaux ont commencé.

LES PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUE ET UNIVERSITAIRE

A priori, les perspectives les plus inquiétantes paraissent être d'ordre démographique et, si l'on en croit les courbes présentées dans son chapitre par le Dr Daïeff, nous ne devrions plus être que « quelques-uns » dans une quinzaine d'années. Serions-nous condamnés à disparaître ou ne plus subsister que sous la forme « maxillo-faciale », chirurgien très spécialisé à forte dominance hospitalière, comme par exemple les neuro-chirurgiens?

À l'évidence, c'est tout un pan du diagnostic et de la thérapeutique médicale qui serait ainsi délaissé, en particulier ce qui concerne la pathologie fonctionnelle de la face, la pathologie de la muqueuse buccale, bref tout le versant médical de notre spécialité.

La désaffection de la Stomatologie seule est une réalité, et ceux de nos collègues libéraux dont l'exercice s'appuie essentiellement sur une pratique de soins et prothèses dentaires savent parfaitement qu'à leur retraite ils ne pourront céder leur patrimoine professionnel à un autre stomatologiste. Pourtant le besoin est réel et le stomatologiste qui se retrouve isolé au sein d'un bassin de population de 100 000 habitants ne peut plus faire face à la demande de soins. L'évolution démographique et sociale des étudiants en médecine peut-elle suffire à inverser cette évolution ?

La réponse est négative car l'attrait qu'offrait autrefois un CES (Certificat d'études spécialisées) d'une durée de deux ans a bien sûr disparu, alors que cette brièveté de formation était un élément de choix non négligeable.

Le nombre d'internes admis en chirurgie et spécialités chirurgicales augmente certes mais les postes qui leur sont offerts sont répartis sur de nombreuses spécialités qui sont à peu près toutes en difficulté (nous ne sommes en effet pas les seuls).

Par contre, alors que le nombre d'internes augmente, le nombre de postes de chef de clinique à la faculté-assistant des hôpitaux nécessaires à leur spécialisation chirurgicale ne semblent pas devoir augmenter. Mais la formation en Stomatologie ne prévoit pas, contrairement à la Chirurgie maxillo-faciale, la nécessité de ce statut post-internat.

Cette situation est aggravée par un accès limité à la spécialité. En effet, plusieurs CHU, faute d'enseignants en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, n'offrent pas de formation *ad hoc* aux étudiants.

À ces critères « numériques » s'ajoutent des questions que nous devons nous poser concernant la qualité de la formation. Le corps enseignant de notre spécialité est-il capable et peut-il prétendre enseigner aux futurs spécialistes tant la pathologie malformative crânio-faciale et la chirurgie reconstructrice de la face que la chirurgie orale et la pathologie dentaire ?

Pouvons-nous encore longtemps être parmi les rares en Europe à ne pas exiger une double formation universitairement certifiée en médecine et en odontologie ?

Vouloir avoir raison contre tous est un trait de caractère bien français mais encore faudrait-il que cela se justifie par une supériorité du résultat obtenu. Pouvons-nous maintenir artificiellement deux filières de formation, l'une en Stomatologie, l'autre en Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie ?

Pouvons-nous continuer à nous « opposer » à nos confrères odontologistes quand certains d'entre eux désirent bénéficier d'une étiquette « chirurgicale » et prouvent qu'ils ne sont pas loin d'avoir le bagage nécessaire ? Leur laisser accéder à une spécialité qu'ils appelleraient « chirurgie buccale » créerait une ambiguïté supplémentaire qui ne pourrait qu'ajouter à la confusion du public et nous être défavorable.

À l'évidence, la réponse à ces questions est là encore négative. Il devient impératif que les jeunes stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux bénéficient d'une double formation sur le mode européen et que la part dentaire de celle-ci soit confiée à des odontologistes quand les stomatologistes à pratique dentaire sont si peu hospitaliers, quasiment jamais universitaires et de moins en moins nombreux. Il faut « unifier » les filières Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale en faisant de la seconde la continuité chirurgicale faciale extra-buccale de la première.

Le Collège des enseignants de notre spécialité a proposé au Collège national de chirurgie une formation de cinq ans de Stomatologie suivie de deux ans en Chirurgie maxillo-faciale après l'Internat. Il espère être entendu.

S'il faut convenir que les enseignements d'odontologie ont un rôle à jouer dans la double formation du stomatologiste/chirurgien maxillo-facial, il devient difficile de ne pas envisager une réciprocité qui permettrait aux internes d'odontologie d'accéder à notre spécialité médicale.

La solution raisonnable ne serait-elle pas de faire ici ce qui se fait déjà pour la biologie, à laquelle peuvent accéder internes en médecine et internes en pharmacie. Imaginons alors une spécialité qui serait accessible aux internes en médecine et aux internes en odontologie, charge à eux d'acquérir les notions qui leur font réciproquement défaut.

Cette formation pourrait se dérouler sur le schéma d'une formation chirurgicale en cinq ans d'internat et deux ans de post-internat. Elle s'appellerait « **Chirurgie orale et maxillo-faciale** », reprenant ainsi l'intitulé, la formation et le cahier des charges de la spécialité telle qu'elle est le plus souvent conçue en Europe (cf. Annexe 4).

Certes le titre de cet ouvrage deviendrait caduque mais *ce Livre Blanc aurait atteint son but : être la pierre angulaire de la relance de notre belle spécialité.*

ANNEXE 1

LA FÉDÉRATION DE STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Fondée le 8 juin 2005, la Fédération de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale rassemble toutes les forces vives de la spécialité. Elle est uniquement composée de personnes morales en rapport avec la spécialité.

LES SEPT MEMBRES FONDATEURS

Ces derniers sont répartis en trois groupes :

- ▶ un groupe universitaire: le Collège des hospitalo-universitaires français de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie ;

- ▶ un groupe syndical composé du Collège des médecins spécialistes en stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, de l'Union des médecins stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux et de l'Association française des jeunes chirurgiens maxillo-faciaux ;

- ▶ un groupe de sociétés scientifiques composé de la Société française de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, de l'Association française des chirurgiens maxillo-faciaux et de la Société médicale d'Orthopédie dento-maxillo-faciale.

Chacune de ces sept composantes est représentée par un membre au conseil d'administration et y dispose d'une voix.

Ces groupes ne sont pas fermés et toute association ou syndicat de portée nationale peut prétendre intégrer la Fédération avec l'accord du conseil d'administration.

LE BUT DE LA FÉDÉRATION

Son but est de réunir l'ensemble des structures scientifiques, universitaires, syndicales et de formation continue de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale afin de coordonner leurs actions, prévoir l'évolution de la discipline, rechercher les moyens nécessaires à son adaptation, agir pour informer et faire connaître la discipline dans toutes ses conditions d'exercice actuelles.

LA PREMIÈRE ACTION DE LA FÉDÉRATION

Elle aura été l'élaboration de ce Livre Blanc, acte fondateur fort. Quel est maintenant l'avenir de cette Fédération? Située à la croisée des préoccupations de ses membres, elle doit être l'interlocuteur unique des institutions et organismes qui régissent notre activité. Les deux prochains « chantiers » qu'elle doit prendre à bras-le-corps sont l'EPP (Évaluation des pratiques professionnelles) et la FMC (Formation médicale continue).

Elle doit avoir là un rôle de coordination et d'incitation auprès des stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux et de relais auprès de la Haute Autorité de Santé et de la Fédération des spécialités médicales. Autant de tâches nouvelles, ardues, dont les difficultés majeures sont peut-être de convaincre de leur bien-fondé l'ensemble de la profession et de trouver des confrères prêts à sacrifier de leur temps et de leur énergie pour ces tâches.

ANNEXE 2

RÉFÉRENCES DES TEXTES OFFICIELS LIÉS À LA STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

I - Le Diplôme d'études spéciales de Stomatologie (DES)

Ce DES a été créé par l'arrêté du 23 mai 1990 et les arrêtés modificatifs ultérieurs. Il obéit à la réglementation générale des DES prévue par l'arrêté du 5 mai 1988. Il figure à l'annexe Y ajoutée par l'arrêté du 11 juin 1998 et concerne les internes nommés à compter du 1^{er} novembre 1998. Enfin, il y a le décret du 22 septembre 2004.

- **Arrêté du 4 mai 1988** relatif aux diplômes d'études spécialisées de médecine (NOR RESK8800670A - J.O. du 08/05/88 – Pages: 6709/6710 - Annexes: BOEN - (Abroge implicitement les arrêtés des 17 octobre 1984 et 8 février 1985) - J.O. du 08/05/88 - Pages: 6710/6711 - Annexes au B.O.E.N.

- **Arrêté du 20 décembre 1991** modifiant l'arrêté du 4 mai 1988 modifié relatif aux diplômes d'études spécialisées de médecine (NOR SANP9200034A - J.O. du 17/01/92 - Page: 823 - (Modifie les art. 5 et 9 et les annexes)

- **90-11 - Arrêté du 23 mai 1990** fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine (NOR SPSP9001 100A)

- **92-01 - Arrêté du 5 mars 1992** modifiant l'arrêté du 23 mai 1990 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine et l'arrêté du 4 mai 1988 modifié relatif aux diplômes d'études spécialisées de médecine (NOR MENZ9200592A - J.O. du 12/03/92 - Page: 3565 - Annexes: B.O.E.N.- (Insère l'art. 1er bis dans l'arrêté du 23 mai 1990 - Modifie l'art. 1^{er} et ajoute les art. 14 et 15 dans l'arrêté du 4 mai 1988)

- **88-09 – Arrêté du 9 mai 1995** modifiant l'arrêté du 4 mai 1988 modifié relatif aux diplômes d'études spécialisées de médecine et l'arrêté du 23 mai 1990 modifié fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine (NOR RESK9500706A - J.O. du 11/05/95 - Pages: 7916/7917) Rectif.: JO 02-09-1995 - p. 13000 - (Modifie l'art. 3 et l'annexe P et insère l'annexe EE dans l'arrêté du 4 mai 1988 - Modifie l'art. 1er et insère l'art. 1er ter dans l'arrêté du 23 mai 1990).

- **98-21 - Arrêté du 11 juin 1998** modifiant l'arrêté du 23 mai 1990 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine (NOR MENS9801686A)

- **Arrêté du 22-9-2004** JO DU 6-10-2004, concernant la liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine NOR: MENS0402086A

II - Le Diplôme d'études spécialisées complémentaires de Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie (DESC du groupe II)

Ce DESC a été créé par l'arrêté du 5 mai 1988 et les arrêtés modificatifs ultérieurs. Il obéit à la réglementation générale des DESC prévue par l'arrêté du 5 mai 1988. Il figure dans les annexes mises à jour et concerne les internes nommés après le 1er novembre 1991. Ce DESC ne se conçoit qu'en complément des deux premières années du DES de chirurgie générale (annexe O ci-dessous). Des modifications sont intervenues pour les internes inscrits au 1^{er} novembre 1999, selon les deux arrêtés ci-dessous :

- **88-08 - Arrêté du 4 mai 1988** modifié fixant la liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine - NOR RESK8800538A - JO du 08-05-88 - Page : 6709

- **Arrêté du 31 janvier 2000** modifiant l'arrêté du 4 mai 1988, concernant les internes inscrits au 1^{er} novembre 1999. NOR: MENS0000218A.

III - Le Diplôme d'études spécialisées complémentaires en Orthopédie dento-maxillo-faciale (DESC de groupe I)

Ne peuvent s'y inscrire que les étudiants titulaires du DES de Stomatologie, avec l'accord de l'enseignant coordonnateur du diplôme d'études spécialisées complémentaire. Ce DESC a été créé par l'arrêté du 5 mai 1988 et les arrêtés modificatifs ultérieurs. Il obéit à la réglementation générale des DESC prévue par l'arrêté du 5 mai 1988. Il figure dans les annexes mises à jour et concerne les internes nommés après le 1^{er} novembre 1991.

- **88-08 - Arrêté du 4 mai 1988** modifié fixant la liste des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine - NOR RESK8800538A - JO du 08-05-88 - Page : 6709

IV - Le Certificat d'études cliniques spéciales, mention Orthodontie (CECSMO),

Ce diplôme a été créé par un arrêté du 20 avril 1977, plusieurs fois modifié notamment par
-arrêté du 4 août 1987

-arrêté du 26 février 1998

Cette spécialité est ouverte à tous les praticiens de l'Union européenne, en vertu de décret ci-dessous :

- **Décret N° 2005/541 du 25 mai 2005**

Décret pris pour l'application des articles L 632-13 et L 634-1 du code de l'éducation et relatif à la poursuite des études en vue de l'obtention d'un diplôme en médecine ou en chirurgie dentaire.

V – La chirurgie esthétique

Elle peut tout à fait être exercée par tout stomatologiste ou chirurgien maxillo-facial, mais il est indispensable que le praticien se limite à sa sphère géographique. En outre les conditions et les modalités d'exercice sont très strictes. Pour la première fois, toutes ces conditions sont très précisément exposées par le décret du 11 juillet 2005.

Décret n° 2005-777 du 11 juillet 2005 relatif à la durée du délai de réflexion prévu à l'article L. 6322-2 du code de la santé publique ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement des installations de chirurgie esthétique et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets).

Les autorisations des installations en chirurgie esthétique

J.O n° 161 du 12 juillet 2005 page 11398 texte n° 23

- **Décret n° 2005-776 du 11 juillet 2005** relatif aux conditions d'autorisation des installations de chirurgie esthétique et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'État) NOR: SANH0522164D

Les conditions d'utilisation des installations de chirurgie esthétique

Section II

Art. D. 766-2-2 et suivants

Délai de réflexion

Art. D. 766-2-1

ANNEXE 3

LE PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT NATIONAL DU 3^e CYCLE DE STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

1^{er} module : les bases fondamentales

Le développement crânio-facial et sa croissance

Anatomie

- Tissus mous crânio-faciaux et cervicaux
- Squelette osseux et cartilagineux
- Vaisseaux et nerfs
- Glandes salivaires
- Cavité buccale
- Organe dentaire
- Pharynx

Physiologie

- sensorielle
- des voies aéro-digestives supérieures
- de la langue
- de la salivation
- de la mastication et déglutition
- de la dentition, denture et de l'occlusion

Techniques d'examen de la face

- L'examen clinique
- L'imagerie
- Les explorations fonctionnelles

2^e module : pathologies médicales stomatologiques et maxillo-faciales

- **Méthodologie et épidémiologie**
Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique.
Epidémiologie en Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie.
- **Organisation, gestion, droit et responsabilité médicale en Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie**
- **Les infections bucco-dentaires et leurs complications**
 - locales
 - loco-régionales
 - générales
- **Stomatites bactériennes, virales, mycosiques**
- **Manifestations buccales des hémopathies et des immunodéficiences acquises**
- **Aphthose**
- **La douleur faciale**

3^e module : Stomatologie générale

Préparation du malade à l'intervention

Techniques d'anesthésie locale et loco-régionale

- Indications
- Accidents

Avulsions dentaires :

- sur l'arcade
- dents incluses
- techniques
- complications
- techniques
- complications

Transplantations et réimplantations dentaires

Avulsions dentaires et troubles de l'hémostase

Traitement des communications bucco-sinusiennes et bucco-nasales

4^e module : Chirurgie pré-prothétique et implantologie

Reconstruction des crêtes alvéolaires

Implantologie :

- les implants oraux
- les implants extra-oraux
- techniques
- indications
- techniques
- indications

5^e module : Pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire

Dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire

- Manifestations cliniques
- Examen clinique
- Examens complémentaires
- Thérapeutiques :
 - médicales et occlusodontiques
 - chirurgicales

Limitation d'ouverture buccale

- Trismus
- Ankylose

6^e module : Traumatologie cranio-maxillo-faciale (parties molles et osseuses)

Bases anatomo-pathologiques et physio-pathologiques

Plaies et pertes de substance des parties molles

- Cicatrice et cicatrisation
- Evaluation et traitement des plaies et pertes de substance selon leur :
 - localisation
 - étiologie

Plaies des vaisseaux, nerfs, canaux

- Vaisseaux superficiels et profonds de la face
- Nerf facial
- Canal de Sténon
- Voies lacrymales

Traumatologie osseuse (fractures et disjonctions)

- Disjonctions crânio-faciales

- Fractures partielles maxillaires, mandibulaires, orbitaires, nasales
- Fracture des confins crânio-faciaux
- Fractures et luxations dento-alvéolaires

7^e module : Pathologie tumorale bénigne et maligne
(incluant les tumeurs cutanées)

Stratégies diagnostiques et protocoles thérapeutiques de :

La pathologie tumorale bénigne

- cutanée
- muqueuse
- osseuse :
 - dysplasies du squelette crânio-facial
 - kystes et tumeurs bénignes d'origine dentaire
- angiomes et lymphangiomes cervico-faciaux.

La pathologie tumorale maligne

- cutanée
 - carcinomes basocellulaires
 - carcinomes spinocellulaires
 - mélanomes
 - autres
- muqueuse
 - langue
 - plancher buccal
 - gencives
 - lèvres
 - palais
 - autres localisations
- osseuse
 - tumeurs rares

8^e module : Pathologie des glandes salivaires
(médicale et chirurgicale)

Anomalies de sécrétion

Pathologie infectieuse

Lithiases

Tumeurs bénignes

Tumeurs malignes

9^e module : Chirurgie reconstructrice cranio-maxillo-faciale

(incluant les procédés de prélèvements de greffe, de lambeaux et la microchirurgie)

Principes généraux

- Principes de vascularisation et innervation
- Différents types de lambeaux et greffes
- Protocoles de prélèvement
- Protocoles de surveillance

Expansion tissulaire

Greffes cutanées

Greffes osseuses

Lambeaux locaux

Lambeaux loco-régionaux

Lambeaux à distance

- pédiculés
- libres

Les procédés de distraction du squelette crânio-facial

Biomatériaux

10^e module : Chirurgie orthognathique et ODMF

Les déséquilibres maxillo-mandibulaires

- Examen clinique
- Analyse céphalométrique
- Diagnostic orthodontique
- Orthopédie dento-maxillo-faciale: appareillage et méthodes thérapeutiques

Indications et techniques d'ostéotomies en chirurgie orthognathique

- Ostéotomies maxillaires
- Ostéotomies mandibulaires
- Ostéotomies maxillo-mandibulaires
- Génioplasties

11^e module : Chirurgie esthétique de la face et du cou

Principes généraux

- Droit et responsabilité médico-légale en chirurgie esthétique
- Ethique et chirurgie esthétique
- Approche psychologique

Septo-rhinoplasties

Otoplasties

Blépharoplasties

Chirurgie du vieillissement cutané

11^e module : Traitement chirurgical des malformations cranio-faciales
(incluant le traitement des fentes labio-maxillo-palatines)

Le développement crânio-facial et sa croissance pathologiques

Kystes et fistules de la tête et du cou

Fentes labio-maxillo-palatines

Crânio-facio-sténoses

Les autres malformations crânio-faciales

ANNEXE 4

PRÉ-REQUIS DE LA COMMISSION EUROPÉENNE POUR LA QUALIFICATION EN CHIRURGIE ORALE

La Commission européenne a défini en 2001 les pré-requis nécessaires à la qualification en Chirurgie orale. Elle reconnaît qu'il s'agit là d'un socle minimum, même si cette spécialité connaît selon les pays de l'Union européenne des formations initiales diverses médicales ou dentaires, ou les deux, qui conduisent à des intitulés différents :

- Chirurgie orale;
- Chirurgie orale et maxillo-faciale;
- Stomatologie;
- Chirurgie maxillo-faciale.

Ces pré-requis sont les suivants :

- *Exposition chirurgicale des racines et des dents incluses ou impactées :*
 - reconnaître les divers rapports anatomiques qui posent des difficultés cliniques lors de l'ablation ou peuvent conduire à des complications après ablation chirurgicale des racines et des dents;
 - décider sur les bases des antécédents, de l'examen, des radiographies et des tests spécifiques s'il est judicieux d'enlever les dents impactées ou de poursuivre un traitement plus conservateur;
 - être conscient des conséquences possibles de l'exérèse chirurgicale de racines ou de dents impactées aussi bien à court qu'à long terme;
 - être capable d'enlever des racines incluses.
- *Exposition de dents incluses :*
 - décider, avec l'aide d'une consultation orthodontique quand nécessaire, si l'exposition chirurgicale de la dent peut l'aider vers une mise en place favorable sur l'arcade;
 - décider, sur la base des antécédents, de l'examen et de tests spéciaux, s'il est judicieux de procéder à une exposition chirurgicale, à l'ablation ou à la surveillance d'une dent incluse;
 - connaître la procédure chirurgicale pour l'exposition d'une dent incluse.
- *Prise en charge du traitement des fractures des mâchoires et du squelette facial :*
 - diagnostic clinique et radiologique des fractures;
 - traitement ouvert et fermé et fixation des fractures;

- prise en charge multidisciplinaire des blessés ou des patients avec de multiples lésions ou de multiples blessures.
- *Traitement chirurgical des fistules bucco-sinusiennes :*
 - diagnostic clinique et radiographique des fistules bucco-sinusiennes ;
 - mise en route appropriée des méthodes conservatrices ou chirurgicales à la lumière de la situation de la fistule et de l'anatomie environnante ;
 - fermeture chirurgicale de la fistule.

- *Diagnostic et traitement des pathologies des glandes salivaires :*
 - utiliser les tests spécifiques appropriés au diagnostic des maladies des glandes salivaires ;
 - traitement adéquat des pathologies des glandes salivaires.

- *Chirurgie des implants oraux à intégration tissulaire :*
 - évaluation, en collaboration avec les confrères concernés, du bénéfice pour le patient des implants à intégration tissulaire ;
 - interprétation des techniques nécessaires à la sélection appropriée des sites de mise en place des implants ;
 - connaître la procédure courante de mise en place des implants ;
 - usage et technique d'augmentation osseuse dans la région où l'os est insuffisant pour la mise en place d'implant, incluant le prélèvement d'os dans les sites donneurs adéquats ;
 - utilisation des procédures de régénération tissulaire guidée et des substituts osseux ;
 - comparer les applications de la chirurgie implantaire en terme de restauration.

- *Greffes muqueuses, cutanées et osseuses :*
 - prélèvements simples de muqueuse, peau et greffes osseuses avec le minimum de traumatisme pour les sites donneurs et receveurs.

- *Anomalies congénitales et acquises des mâchoires et des articulations temporo-mandibulaires* (à l'exclusion des anomalies compliquées mettant en cause la base du crâne) :
 - prise en charge des anomalies congénitales et acquises des mâchoires et de l'articulation temporo-mandibulaire ;
 - traitement chirurgical des anomalies congénitales et acquises des mâchoires ;
 - collaboration avec l'orthodontiste en ce qui concerne le traitement conservateur ou combiné à la chirurgie des anomalies des mâchoires ;
 - diagnostic et traitement des pathologies des articulations temporo-mandibulaires, exploration clinique et radiologique ;
 - identification des influences systémiques et psychologiques sur le contexte et/ou le traitement ;
 - traitement conservateur et chirurgical des pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire y compris l'arthroscopie.

- *Évaluation et prise en charge des douleurs orales, faciales et crâniennes y compris celles qui sont associées à des désordres de l'articulation temporo-mandibulaire et aux dysfonctions associées:*
 - conduite de l'interrogatoire, de l'examen clinique et choix des examens complémentaires;
 - diagnostic de la douleur oro-faciale y compris d'origine dentaire;
 - prise en charge clinique et thérapeutique des douleurs oro-faciales.

- *Traitement chirurgical apical:*
 - juger s'il est nécessaire de procéder à un traitement chirurgical endodontique plutôt que de poursuivre un traitement plus conservateur en complément du traitement chirurgical endodontique.

- *Transplantation dentaire:*
 - prévenir le patient des lésions associées et du risque d'infection en rapport avec la technique;
 - décider sur les bases des antécédents, de l'examen et de tests spécifiques s'il est judicieux de transplanter la dent;
 - positionner et stabiliser la dent transplantée.

- *Biopsies et excisions de tissu pathologique buccal et dentaire:*
 - reconnaître et prioriser les lésions nécessitant une biopsie;
 - procéder à l'incision et à l'excision de tissus buccaux, y compris leur fixation appropriée à leur transport pour diagnostic histo-pathologique.

- *Chirurgie pré-prothétique en liaison avec les dentistes:*
 - apprécier le bénéfice pour les patients de toute technique chirurgicale pré-prothétique;
 - savoir procéder aux techniques de préparation des tissus durs et mous pour faciliter le succès des procédures de restauration.

ANNEXE 5

DÉFINITIONS DE LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE (validées par le Conseil national de FMC)

Accréditation (accréditation)

a) **pour les établissements de santé**: procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels en exercice, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.

L'article 35 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie remplace le terme d'«accréditation» par celui de «certification des établissements de santé».

Réf.: loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO n°190 du 17 août 2004), article 35 portant création de la Haute autorité de Santé.

ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de Santé, juin 2003, 136 pages.

b) **pour les professions de santé**: reconnaissance externe de la qualité de la pratique professionnelle des médecins ou des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé. Cette accréditation est accordée par la Haute autorité de Santé. Elle est valable pour une durée de 4 ans.

Réf.: Code de la Santé publique (nouvelle partie législative), articles L1414-3-3 et L4135-1.

c) **pour un individu**: procédure d'évaluation externe assurant sa capacité ou légitimité à prendre une décision.

Au plan pratique, le terme d'accréditation se rapporte d'ordinaire à l'agrément de structures

de formation, ou d'institutions de soins en fonction de leur qualité technique et/ou éthique.

Réf.: P. Klotz, la FMC: comparaisons internationales in La Formation médicale continue P. Gallois Ed. Flammarion Paris 1997.

Voir les termes: *Agrément, Attestation, Certification, Recertification.*

Action de formation (training session)

Terme (impropre ?) souvent utilisé pour désigner une activité formelle de formation. Cette activité peut être unique (par exemple une journée de formation ou un séminaire) ou peut être une partie d'un cours ou d'un diplôme. Sa durée est déterminée en fonction de l'objectif d'apprentissage/enseignement. A différencier d'une session de formation ou séquence de formation.

Réf.: CN FMC des praticiens hospitaliers.

Activité de formation (educational activity):

Ensemble des actions et travaux visant l'atteinte d'objectifs d'apprentissage (toute activité visant à se former).

a) **activité formelle de formation**: l'activité est formalisée, pendant une durée déterminée, le plus souvent – mais non nécessairement – en groupe (séminaire, atelier, soirée de formation, table ronde, cours, congrès, etc.) et conduit à la délivrance d'une attestation par l'organisme de formation.

b) **activité informelle de formation**: toute activité professionnelle, individuelle ou en groupe, n'ayant pas affiché d'objectifs

spécifiques de formation mais concourant à l'amélioration des pratiques du professionnel qui participe, donc à sa formation. Il s'agit par exemple de lecture de livres et de revues, de participation à des travaux de recherche, à un réseau professionnel, à une réunion de dossiers. Le plus souvent, cette activité informelle ne permet pas l'obtention d'attestation de formation octroyée par un organisme de formation bien qu'elle doive être prise en compte dans les efforts de formation des professionnels.

Réf. : Davis DA et coll, *JAMA* 1999;282: 867-874.

Agrément (accreditation, certification)

a) **Terme utilisé essentiellement en français** pour indiquer l'approbation accordée par une autorité.

Réf. : R. Legendre, *dictionnaire actuel de l'éducation* 2^e éd. ESKA Paris 1993.

b) **En formation médicale continue**, ce terme est souvent utilisé dans le même sens que celui d'accréditation. En général, l'agrément est octroyé par une tutelle ; il s'agit du résultat d'une procédure d'évaluation externe d'un organisme de formation, ou d'une activité de formation, ou d'un intervenant, apportant une validation de qualité minimale et une autorisation de réalisation ou d'exercice dans le cadre réglementaire.

c) **Agrément des organismes de FMC par les Conseils Nationaux de FMC**: les conseils agréent pour 5 ans, sur leur demande, les organismes de droit public ou privé à caractère lucratif ou non qui organisent des actions de FMC. L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L.920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du Préfet de région. Il est donné sur la base d'un cahier des charges élaboré par chacun des Conseils.
Réf. : décret 2003-1077 du 14 novembre 2003, JO n° 265 du 16 novembre 2003.

d) **Agrément des organismes aptes à effectuer** les procédures d'évaluation mentionnées à

l'article L.4133-1 qui en font la demande, par les Conseils Nationaux de FMC . Il est donné pour 5 ans sur la base d'un cahier des charges élaboré par chacun des Conseils.

Réf. : décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 JO n° 265 du 16 novembre 2003.

Pour la FMC individuelle des praticiens en médecine, le terme agrément n'est pas usuel. Analyse (ou identification) des besoins de formation (learning needs assessment) : processus permettant d'identifier les besoins de formation par interrogation des différents acteurs (tutelles, intervenants, experts, public cible et autres personnes concernées). Dans le cadre d'une démarche qualité, l'interrogation du public cible semble être le strict minimum. Il peut s'agir d'enquêtes préalables, d'analyse d'incidents, de revues de la littérature, de pré-tests etc.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers. CH Honnorat in *Formation Médicale Continue* P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

Aptitude (ability, aptitude)

Disposition à effectuer des apprentissages dans un domaine particulier.

Réf. : L Côté (CIDMEF).

Associations de FMC

Associations à statuts déposés ou de fait réunissant des professionnels de la Santé dans un but de formation. Il existe des associations locales, régionales et nationales.

a) **médecins généralistes**: surtout des groupes locaux se réunissant près de leur lieu d'exercice. Voir le terme *EPU*.

Réf. : Hercek A. in *Formation Médicale Continue* P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

b) **médecins spécialistes**: au niveau régional ou local, regroupements de spécialistes d'une discipline, quel que soit leur mode d'exercice: libéraux, hospitaliers et universitaires (participation essentiellement à des « staffs » à des réunions de bibliographie).

Réf. : Domergue R. in *Formation Médicale Continue* P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

c) **autres professionnels de Santé** : ont leurs spécificités ; les pharmaciens peuvent utiliser le terme de Formation Pharmaceutique Continue (FPC). Voir aussi : *Société Savante*.

Attestation de formation

(*certificate of studies/formation*)

Document papier délivré par un organisme de formation et apportant la preuve qu'un individu a suivi une action de formation. Peut y figurer le nombre de crédits de formation obtenus (voir Crédit de formation), voire la performance c'est à dire les résultats obtenus s'il y a eu une évaluation individuelle.

Réf. : *CN FMC des praticiens hospitaliers*.

Auto-apprentissage (self-directed learning)

Processus par lequel le sujet contribue à l'accomplissement de sa propre éducation (à distinguer du processus exercé par une personne sur une autre personne).

Réf. : *L Côté (CIDMEF)*

Balint (groupe de type)

Dans le domaine psychothérapeutique, groupe se réunissant régulièrement dans un but de formation pluridisciplinaire, avec un animateur, autour de situations pathologiques d'intérêt commun afin de comprendre le niveau second et implicite des manifestations rencontrées. Ces réunions nécessitent l'apport de chaque participant pour la compréhension des attitudes et contre-attitudes des uns et des autres.

Réf. : *CN FMC des praticiens hospitaliers*.

Bilan de compétence

Selon la loi du 31 décembre 1991, tout salarié a le droit à un bilan de compétences. Il s'agit d'analyser ses compétences professionnelles et personnelles ainsi que ses aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation. Réf. : *Législation française*.

Un certain nombre d'organisations professionnelles s'intéressant à la FMC ont mis en place des outils individuels d'exploration de

la compétence. Ils sont basés sur une démarche personnelle d'auto évaluation accompagnée par l'organisation. Basés sur la pratique réelle de chaque médecin, ils lui permettent dans un deuxième temps d'orienter son propre plan de formation.

Réf. : *ACFM, MG Form, UNAFORMEC*.

Buzz-group

Méthode pédagogique utilisée pour de grands groupes (en amphithéâtre par exemple), permettant un peu d'interactivité. Les participants se regroupent par 5 ou 6 maximum, en se retournant dans les rangs, pour se mettre d'accord en quelques minutes sur les questions à poser à l'expert. Un animateur recueille les questions et les transmet à l'expert. Voir *Panel-discussion* ou *Binomiale* (méthode) qui sont d'autres méthodes en grand groupe.

Réf. : *G. Duroux in Formation Médicale Continue P. Gallois, Ed. Flammarion Paris 1997*.

Certification professionnelle

Reconnaissance de la qualification des praticiens en fin de formation initiale ; elle n'est indispensable dans certains pays que pour certaines spécialités d'exercice et souvent pour un temps limité (nécessité d'une recertification). Les termes de certification et de recertification sont de plus en plus utilisés (en place de celui d'accréditation) dans le monde francophone à la suite des anglo-saxons (pays où la certification est effectuée par le Board de chaque spécialité). Elle peut être exigée par certains employeurs (hôpitaux, compagnies d'assurance) pour garantir la qualité des soins.

Réf. : *Roberts J. BMJ 1995 ; 310 : 724-7*.

Compétence (ability, competence)

Terme pouvant avoir de multiples interprétations (il y en a plus de 200 dans la littérature).

a) **en éducation** : capacité d'une personne à mobiliser des connaissances théoriques et pratiques pour atteindre une performance. Cette définition a une double implication : la compétence n'est pas un terme synonyme de perfor-

mance (la performance est le résultat) ; on ne peut pas définir pour un individu une compétence sans un objet (une fonction, une tâche).
Réf. : Davis DA, Fox RD, The physician as learner, American Physician Association Ed Library of Congress Chicago, 1994.

b) ensemble des connaissances, habiletés et attitudes (ensemble des savoirs, savoir faire et savoir être) exercés dans un champ de l'expérience humaine et nécessaire pour tenir un poste.
Réf. : Barjou B et coll. Réussir dans ses nouvelles responsabilités Ed ESF Paris 1997. CN FMC des praticiens hospitaliers.

La compétence représente la mise en oeuvre de savoir et de savoir-faire pour la réalisation d'une tâche. La compétence dépend en premier lieu des aptitudes et des capacités mais elle résulte surtout de l'expérience professionnelle ; elle s'observe objectivement à partir du poste de travail. Elle est de fait validée par la performance professionnelle.

Réf. : Guittet A. Développer les compétences. Ed. ESF Paris 1994

Remarque : en éducation, il a pu être dit par Chomsky que la compétence est une virtualité dont l'actualisation (par la parole ou par l'écrit – il faudrait ajouter la pratique) constitue la performance.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Compétence clinique (clinical competence)

Les dimensions de la compétence clinique telles qu'elles peuvent être évaluées sont : les connaissances et la compréhension (des maladies, des mécanismes physiopathologiques etc.) ; le recueil des données cliniques (interrogatoire, examen clinique) ; le raisonnement clinique (qualité des hypothèses, stratégie) ; les gestes techniques (pour investigation et traitement) ; les qualités personnelles et relationnelles (relation médecin-patient, rigueur professionnelle).

Réf. : Neufeld, 1985.

Compétences transversales

Compétences qui ne sont pas attachées à une activité, à un poste particulier. Elles ne sont

ni spécifiques ni techniques ; au contraire, elles sont générales et ceux qui les possèdent peuvent les utiliser dans plusieurs fonctions.
Réf. : Guittet A. Développer les compétences. Ed. ESF Paris 1994.

Connaissance (knowledge)

En général, faits, informations, notions, principes, qu'on acquiert grâce à l'étude, à l'observation ou à l'expérience.

En épistémologie : opération intellectuelle par laquelle un objet est rendu présent aux sens ou à l'esprit.

Remarque : le terme connaissance est plus précis que celui de savoir dans le domaine de la formation. La connaissance est un savoir intégré par l'étudiant/le formé. En psychologie cognitive, on distingue les connaissances déclaratives (d'ordre propositionnel, « ce qu'on peut verbaliser », soit la théorie) et les connaissances d'action parfois dénommées procédurales (d'ordre productionnel, « ce qu'on constate dans l'action », soit la pratique).

Réf. : Eduquer et Former, Sciences Humaines 1996;12:13.

Contrôle de connaissances

(control of learning)

Activité par laquelle un apprenant se soumet à l'appréciation d'experts à propos de ses acquisitions, dans un domaine donné, en vue de l'obtention d'une reconnaissance de compétences.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Crédit de formation médicale continue

(CME credits)

dans le cadre de l'évaluation d'une activité de formation, moyen utilisé par les responsables de la formation pour comptabiliser en temps (journées, heures de formation) ou en points (nombre de crédits ou autre dénomination) l'atteinte présumée ou constatée d'objectifs de formation par les participants.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Critère d'évaluation (evaluation criterion)

Qualité ou norme qui sert à porter un jugement.
Réf. : R Legendre, Dictionnaire actuel de l'éducation 2^e ed ESKA Paris 1993.

Développement Professionnel Continu (Continuing Professional Development)

Processus continu d'acquisition de compétences professionnelles tenant compte d'un continuum depuis l'université, l'internat (ou résidanat) pour la médecine et la formation continue. Ce terme inclut le concept de performances à acquérir grâce à toutes les activités professionnelles et formatives, formelles et informelles.

Réf. : R Legendre, dictionnaire actuel de l'éducation 2^e ed ESKA Paris 1993.

Diplôme

D'un point de vue étymologique, document papier certifiant (reconnaissance officielle) la validation de l'accomplissement d'une formation effectuée par un individu. Il s'agit donc d'une évaluation sommative (en fin de formation) et sanctionnelle (l'obtention du diplôme nécessite une évaluation personnelle formalisée). Par extension, le diplôme représente une activité de formation diplômante.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Evaluation

De façon générique, jugement porté sur la valeur en fonction de critères précis.

La mise en place d'un système d'évaluation en FMC est une étape très importante de la planification d'une action de formation ; elle consiste à prendre en compte les étapes suivantes :

- pourquoi évaluer ? En effet, le résultat de l'évaluation doit conduire à une décision. Ceci appelle les notions d'évaluation normative et critériée. Voir normative (évaluation), critériée (évaluation).
- son objet (évaluer quoi ?) doit toujours être précisé. Communément, lors d'une formation, il faut distinguer :

- soit l'évaluation des apprentissages des participants (en termes d'acquisition de connaissances, ou mieux, de compétences),
 - soit l'évaluation de l'action de formation (c'est à dire toutes les composantes de la planification de cette action : les besoins et les objectifs de formation ; les méthodes et moyens , dont les intervenants ; le système d'évaluation lui-même),
 - soit l'évaluation du programme de formation.
 - qui évalue ? Evaluation interne ou externe ;
 - comment ? voir les mots *Formative* (évaluation), *Sommative* (évaluation), *Sanctionnelle* (évaluation).
- Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.*

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

a) Mission des URML.

b) Les conditions sont :

- d'utiliser les données de la science : la pratique de référence est établie à partir d'une recherche documentaire réalisée selon une méthode décrite,
- d'obtenir la validation du protocole (qui doit être décrit précisément) et de la démarche par un professionnel extérieur au groupe,
- de suivre l'impact de ces programmes sur des indicateurs préalablement définis. Ces indicateurs visent en priorité à évaluer l'amélioration de la qualité des pratiques. Pour cela ils doivent s'appuyer sur l'activité clinique des participants au programme d'évaluation. *Réf. : ANAES.*

c) l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour l'ensemble des médecins (libéraux, salariés non hospitaliers, hospitaliers publics et privés). Il est satisfait à cette obligation par la participation à un des dispositifs prévus ou agréés dans des conditions fixées par décret. Le non respect expose à des sanctions. La notification est faite au médecin qui a un

mois pour faire connaître ses observations et s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de sa pratique professionnelle (délai de 6 mois). Les poursuites sont suspendues voire abandonnées s'il y a constat du respect de l'engagement. Le décret d'application est en attente.

Réf. : loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; article 14.

Expert (expert)

a) **En langage commun** : celui qui, par l'expérience et par la pratique, a acquis une grande habileté. Un expert est la personne choisie pour ses connaissances en particulier techniques pour faire des constatations, estimations. *Réf. : dictionnaire Le Robert.*

b) **En pédagogie** : voir le mot expertise.

c) **En FMC** : au cours d'une formation formalisée, intervenant scientifique dont la mission est de veiller à la qualité des contenus scientifiques et d'apporter les solutions théoriques et pratiques aux problèmes étudiés par les participants formés. Remarque : dans le domaine de la FMC, le terme expert est réducteur ; il est utilisé le plus souvent pour désigner l'intervenant supposé avoir une expertise dans le domaine de la formation (contenu scientifique, compétences de pratiques) ; il n'est pas sensé avoir nécessairement des compétences pédagogiques.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formalisée (formation) ou formation formelle

Toute formation organisée. En revanche, une formation informelle est une procédure individuelle de formation (auto-apprentissage) pouvant utiliser divers outils (internet, revues...). *Réf. : Davis DA, Fox RD, The physician as learner, American Physician Association Ed Library of Congress Chicago, 1994.*

Formation (formation, training)

a) **En général** : processus associant enseignement et apprentissage et ayant pour objectif

de permettre à un individu d'acquérir des connaissances. Ensemble des activités, des situations pédagogiques et des moyens didactiques ayant pour objectif l'acquisition de connaissances.

b) **En pédagogie** : action de former ou de se former ; résultante de cette action.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation médicale continue ou FMC (continuing medical education ou CME)

Activités qui permettent à un médecin de perfectionner ses connaissances et ses capacités tout au long de sa vie et d'améliorer ses conditions d'exercice professionnel en complétant, par les moyens pédagogiques appropriés, les données initiales fournies par l'enseignement supérieur.

Réf. : définition UNESCO

Remarque : selon cette définition, la FMC commence dès la fin du 3^e cycle des études médicales ; l'acquisition d'un surcroît de compétences (diplôme, capacité) est à classer dans la FMC ; en revanche, un changement d'orientation imposant de reprendre des études de 3^e cycle est à classer dans la FMI.

Selon cette définition, la FMC regroupe l'ensemble des activités formelles et informelles concourant à l'acquisition des compétences (lectures, conférences, ateliers, formation à distance etc.).

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Formation médicale initiale ou FMI (initial medical education, initial medical training)

a) **Formation initiale** : premier programme de formation conduisant à l'exercice d'un métier ou d'une profession. *Réf. : CTEQ.*

b) **FMI** : premier programme de formation conduisant à l'exercice de la profession de médecin, c'est à dire les trois premiers cycles des études médicales. *Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.*

Remarque : ne pas confondre avec la formation générale (non spécialisée).

Formation médicale permanente
(*permanent education*)

a) **Formation médicale depuis les études initiales** jusqu'à la formation continue incluse. Voir *Développement professionnel continu*.
Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

b) **Formation professionnelle** destinée à améliorer, à contrôler et à actualiser, les connaissances acquises pendant l'exercice d'un métier, d'une technique ou d'une profession.
Réf. : R Legendre, *dictionnaire actuel de l'éducation* 2^e ed ESKA Paris 1993.

Remarque : terme à risques pouvant être l'objet de différences d'interprétation.

Internet (formation par) (e-learning)

Formation essentiellement individuelle (parfois mixée avec du « présentiel ») et qui apporte des crédits de formation dans certains pays (par exemple aux USA) mais pas dans d'autres (Royaume-Uni).
Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Métaplan (méthode)

Méthode pédagogique simple pour petit groupe (de 5 à 15 participants) permettant de favoriser la réflexion et l'expression individuelle, de provoquer des interactions, voire de débloquer une situation. Chaque participant dispose de cartons qu'il remplit en réponse personnelle à des problématiques exposées par l'animateur/l'expert. Les cartons sont affichés sur un panneau et servent à la discussion du groupe et à l'évolution du débat.
Réf. : G Duroux in *Formation Médicale Continue* P Gallois, Ed Flammarion Paris 1997.

Mise en situation

Au cours d'une séquence pédagogique, méthode consistant à placer l'apprenant dans une problématique correspondant à l'objectif spécifique de formation. La mise en situation peut être réelle ou simulée.
Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Organisme de formation (provider)

Structure ayant la maîtrise d'oeuvre d'activités de formation :
- en FMI : la Faculté de médecine ;
- en FMC : les diverses structures s'occupant de FMC, avec un statut national ou local.
Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Ce sont des organismes de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, qui organisent des actions de FMC. L'agrément ne peut être délivré qu'aux organismes dont la déclaration d'activité mentionnée à l'article L.920-4 du code du travail a été enregistrée auprès du Préfet de région.
Réf. : décret 2003-1077 du 14 novembre 2003 JO n° 265 du 16 novembre 2003.

Plan de formation (training plan)

a) **Dispositions prises pour développer une ou des activités de formation** à but spécifique à l'intention d'un groupe déterminé de personnes, soit au plan national/régional/sectoriel, soit au niveau de l'institution (plan de formation institutionnel).

b) **Pour une personne** : plan de formation individuel.
Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

Planification de la formation
(*planning of training*)

Processus décisionnel dans lequel des orientations et un plan d'action, logique et ordonné, sont déterminés, a priori en tenant compte des besoins, des objectifs, des personnes, des ressources et des opérations impliqués dans la réalisation d'une action ou d'un plan de formation.
Réf. : R Legendre, *dictionnaire actuel de l'éducation*. 2^e ed. ESKA Paris 1993.

Prioritaire (thème)

a) **De manière générale, en FMC** : thème de formation considéré comme nécessaire et important.
b) **Les Conseils nationaux de la FMC définissent pour 5 ans**, après avis du Comité de

coordination de la FMC prévu à l'article L.4133-3 du code de la santé publique, les orientations nationales de la formation médicale continue. Ils fixent à ce titre les thèmes prioritaires de formation.

Réf.: décret 2003-1077 du 14 novembre 2003, JO n°265 du 16 novembre 2003.

Public cible (target group)

Public visé par les organisateurs d'une activité de formation. C'est au sein de ce public que seront pris les participants à la formation.

Réf.: CN FMC des praticiens hospitaliers.

Qualification (qualification, skill)

a) **Aptitude et capacité** à exécuter une tâche ou à exercer un emploi.

Réf.: dictionnaire Le Robert.

b) **Appellation professionnelle avec reconnaissance officielle**, par les organismes autorisés (par exemple l'Ordre des médecins), de compétences (acquises par une formation qualifiante) permettant un exercice professionnel particulier. Voir *Accréditation, Certification professionnelle*.

Réf.: CN FMC des praticiens hospitaliers.

Recertification professionnelle

Évaluation de type sommatif (sanctionnant) de ses pratiques, par rapport à des normes (standards), éventuellement périodique, permettant d'avoir l'autorisation d'exercice. Voir certification professionnelle.

Réf.: CN FMC des praticiens hospitaliers.

Savoir faire (know-how)

Dextérité dans l'exécution d'une tâche ; capacité à résoudre des problèmes rencontrés dans la pratique. Voir *Habilité*.

Réf.: R Legendre, dictionnaire actuel de l'éducation 2^e ed ESKA Paris 1993.

Session de formation

Terme utilisé préférentiellement pour désigner une période de formation, c'est à dire une partie délimitée dans le temps d'une formation (le plus souvent une journée ou une

demi-journée). La session a une cohérence thématique ; elle recouvre une suite de séquences de formation.

Réf.: CN FMC des praticiens hospitaliers.

Seuil de performance

Seuil minimal à partir duquel on considère qu'un objectif est atteint.

Réf.: L Côté (CIDMEF)

Société savante (scientific society)

Groupe organisé, dans un champ disciplinaire donné, dont les adhérents ont pour objectif de rendre compte de leurs travaux, d'améliorer la connaissance dans leur domaine, d'assurer la formation et la recherche, de diffuser les résultats de leurs activités, de soutenir et promouvoir leur discipline.

Réf.: H Maisonneuve, N Moreau, F Steudler, C Guérot, A Durocher.

Remarque: depuis le XIX^e siècle, ces associations professionnelles d'une même discipline, parfois dénommées académies, ou sociétés scientifiques, ont pour but principal la production et la diffusion d'un savoir scientifique articulé avec la pratique médicale de leurs membres. Champs d'activité: la recherche, l'évaluation, l'organisation de congrès et de groupes de pairs, la publication scientifique, la documentation, la réflexion sur de grandes questions professionnelles comme l'éthique, la compétence médicale clinique et donc la FMC.

Réf.: Fourquet F et al *L'organisation des sociétés savantes médicales en France, La Presse médicale, 1997;26:715-8.*

La Fédération des spécialités médicales regroupe en France les sociétés Savantes et les Collèges nationaux professionnels.

Staff

a) **Groupe des responsables** d'une structure, d'une organisation.

b) **Dans les hôpitaux français:** réunion d'équipe à but professionnel, scientifique, décisionnel, et/ou formatif.

Réf.: CN FMC des praticiens hospitaliers.

Tuteur (tutor)

Facilitateur de l'apprentissage d'un apprenant ou d'un groupe (tutorial).

Remarque: en FMI, le tutorat de groupe se rapproche de la fonction d'animateur de groupe en FMC. En FMI, et particulièrement pour les séances d'APP, les tuteurs peuvent ne pas être des experts de contenu.

Réf. : Des Marchais E, Apprendre à devenir médecin, Ed Université de Sherbrooke, 1996.

Validation des acquis et de l'expérience (VAE)

Processus consistant à faire reconnaître les acquis de son expérience professionnelle (salariée ou non) pour justifier tout ou partie des connaissances et/ou des compétences exigées pour l'obtention d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle.

Réf. : CN FMC des praticiens hospitaliers.

ANNEXE 6

LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Vous trouverez ci-joint les principales recommandations de la HAS ayant trait à la pratique de la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale. Ces dernières sont accessibles sur le site de la HAS.

Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale

Recommandations pour la pratique clinique éditées en novembre 2005.

L'argumentaire :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6LTDQZ/\\$File/douleur_chirurgie_buccale_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6LTDQZ/$File/douleur_chirurgie_buccale_rap.pdf?OpenElement)

Synthèse des recommandations :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LFAL-6LTDQZ/\\$File/douleur_chirurgie_buccale_recos.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LFAL-6LTDQZ/$File/douleur_chirurgie_buccale_recos.pdf?OpenElement)

Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans

Recommandations pour la pratique clinique éditées en novembre 2005.

L'argumentaire :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6LLH72/\\$File/Puits_Sillons_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6LLH72/$File/Puits_Sillons_rap.pdf?OpenElement)

Synthèse des recommandations :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LFAL-6LLH72/\\$File/Puits_Sillons_recos.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LFAL-6LLH72/$File/Puits_Sillons_recos.pdf?OpenElement)

Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie

Recommandations pour la pratique clinique éditées en juin 2005.

L'argumentaire :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6GMFZR/\\$File/anesthésie_odontologie_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LFAL-6GMFZR/$File/anesthésie_odontologie_rap.pdf?OpenElement)

Synthèse des recommandations :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/SY_LFAL-6GMFZR/\\$File/anesthésie_odontologie_synth.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/SY_LFAL-6GMFZR/$File/anesthésie_odontologie_synth.pdf?OpenElement)

***Prise en charge diagnostique et thérapeutique
du carcinome basocellulaire de l'adulte***

Recommandations pour la pratique clinique éditées en mars 2004.

L'argumentaire :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-5ZZGXL/\\$File/Carcinome%20_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-5ZZGXL/$File/Carcinome%20_rap.pdf?OpenElement)

Synthèse des recommandations :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LILF-5ZZGXL/\\$File/Carcinome_recos.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LILF-5ZZGXL/$File/Carcinome_recos.pdf?OpenElement)

Les critères d'aboutissement du traitement d'orthopédie dento-faciale

Recommandations pour la pratique clinique éditées en décembre 2003.

L'argumentaire :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-5X6E3C/\\$File/Traitement_orthop_dento_faciale_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-5X6E3C/$File/Traitement_orthop_dento_faciale_rap.pdf?OpenElement)

Synthèse des recommandations :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LILF-5X6E3C/\\$File/Traitement_orthop_dento_faciale_recos.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LILF-5X6E3C/$File/Traitement_orthop_dento_faciale_recos.pdf?OpenElement)

***Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale
chez l'enfant et l'adolescent***

Recommandations pour la pratique clinique éditées en juin 2002.

L'argumentaire :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-5HYLYG/\\$File/orthodontie_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_LILF-5HYLYG/$File/orthodontie_rap.pdf?OpenElement)

Synthèse des recommandations :

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LILF-5HYLYG/\\$File/orthodontie_recos.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RE_LILF-5HYLYG/$File/orthodontie_recos.pdf?OpenElement)

ANNEXE 7

SITES INTERNET CONSACRÉS À LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

Cédric d'Hauthuille, ancien interne et chef de clinique au CHU d'Amiens, chef de clinique au CHU de Nantes.

Bibliographie, revues

Accès à la base de donnée medline

La base de données bibliographiques de la NLM (National library of medicine-USA), qui indexe les principales publications médicales depuis 1966, n'a pas son propre serveur web, mais est consultable au travers de plusieurs serveurs :

- <http://www.pubmed.com>
- <http://www.medscape.com>
- <http://www4.infotrieve.com/newmedline/search.asp>
- http://www.hon.ch/HONselect/index_f.html : le nouvel outil de la Fondation Health On the Net. HONselect combine cinq types d'informations – la classification MeSH®, des articles scientifiques, l'actualité médicale, les sites Web et le multimédia – en un seul et unique outil afin de mieux cibler et accélérer votre recherche d'informations médicales.
- <http://bibliodent.univ-lille2.fr/bibdent/> : bibliodent. Banque de données bibliographiques francophone en odontostomatologie.

Lecture critique d'articles

- <http://www.spc.univ-lyon1.fr/lecture-critique/> : les résultats des essais thérapeutiques prennent une place de plus en plus importante dans la médecine moderne. La maîtrise de leur lecture critique devient une compétence indispensable au médecin. Elle lui permet de juger par lui-même de l'opportunité de changer sa pratique en fonction des résultats des essais cliniques et des méta-analyses. Cette importance a été reconnue par la réforme de la 2^e partie du 2^e cycle des études médicales qui offre une large place à la lecture critique. Ainsi l'examen validant classant de fin de 2^e cycle comportera une épreuve de lecture critique. Ce site propose un accès libre à un ensemble de ressources destinées à tous ceux qui souhaitent découvrir ou acquérir la maîtrise de cette technique.
- http://www.atoute.org/recherche_informations_medicales/bibliographie.htm : aide à la recherche Medline, utilisation des mots clefs MeSH.

Bibliothèques

- <http://corail.sudoc.abes.fr> : Sudoc (Système universitaire de documentation) recherches bibliographiques sur les collections des bibliothèques universitaires françaises et autres établissements d'enseignement supérieur, pour tous les types de documents et sur les collections de périodiques de 2900 centres documentaires. Il vous permet également de savoir quelles bibliothèques détiennent ces documents.
- <http://www.bium.univ-paris5.fr/> : Bibliothèque inter-universitaire de médecine, pour la recherche d'articles, ou de thèses (catalogue des Thèses de Médecine et d'Odontologie indexées depuis 1985).
- <http://www.biomedicale.univ-paris5.fr/anat/rubrique1.html> : Institut d'anatomie de Paris. Recherche bibliographique en anatomie, téléchargement de schémas anatomiques. On y trouve de nombreuses publications non référencées dans les bases de données classiques.
- <http://www.chu-rouen.fr/documed/bib.html> : Bibliothèques médicales francophones

Liste établie par le CHU de Rouen : informations sur les différentes bibliothèques avec pour certaines un lien sur leur catalogue en ligne.

- <http://locatorplus.gov/> : LocatorPlus. Le catalogue de la National library of medicine (NLM) (Etats-Unis), le plus complet dans le domaine médical pour les livres, les périodiques et les documents audiovisuels est consultable également sur « Entrez database » à l'adresse : <http://web.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=NlmCatalog>.
- <http://www.bl.uk/> (British Library) : la Bibliothèque nationale du Royaume-Uni. Accès à leur catalogue et à leur service de fourniture de documents via le «BPLC» (British Library Public Catalogue).
- <http://lcweb.loc.gov/index.html> (Library of congress) : la Bibliothèque nationale nord-américaine. Accès à leur catalogue.
- <http://www.libdex.com/> (LibDex) : «The Library Index» – liens vers des catalogues de bibliothèques du monde entier sur le Web.
- <http://freebooks4doctors.com/> : Livres médicaux «full-text» gratuits.
- <http://www.filmed.org/> : La vidéothèque Filmed, avec ses 3187 films, est la plus importante vidéothèque du monde de la santé, en Europe.

La recherche en France

- <http://www.cea.fr/> : Commissariat à l'énergie atomique.
- <http://www-dsv.cea.fr/> : Direction des sciences du vivant
- <http://www.cng.fr/> : Centre national de génotypage.
- <http://www.cnrs.fr/> : Centre national de la recherche scientifique dont le site du département des Sciences de la vie <http://www.cnrs.fr/SDV/>.
- <http://www.frm.org/> : Fondation pour la recherche médicale (dont actualités et dossiers).
- <http://www.genethon.fr/php/index.php> : Généthon.
- <http://www.genopole.org/html/fr/home/index.htm> : Génopole.

- <http://www.genoscope.cns.fr/> : Génoscope - Centre National de Séquençage.
- <http://www-igbmc.u-strasbg.fr/> : Institut de génétique et de biologie moléculaire et cellulaire.
- <http://www.ifremer.fr/> : Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer.
- <http://www.infobiogen.fr/> : Infobiogen.
- <http://www.inra.fr/> : Institut national de la recherche agronomique.
- <http://www.inserm.fr/> : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- <http://www.curie.fr/> : Institut Curie - Section de recherche.
- <http://www.ijm.jussieu.fr/> : Institut Jacques Monod.
- <http://www.institutmaladiesrares.net/presentation.html> : Institut des maladies rares - Groupement d'intérêt scientifique.
- <http://www.pasteur.fr/> : Institut Pasteur.
- <http://www.ints.fr/> : Institut national de la transfusion sanguine.
- <http://www.ird.fr/> : Institut de recherche pour le développement.
- <http://www.mnhn.fr/> : Museum national d'histoire naturelle.
- <http://sbcf.free.fr/> : Société de biologie cellulaire de France.
- <http://bioc.polytechnique.fr/sfbbm/> : Société française de biochimie et biologie moléculaire.
- <http://www.sfi-immunologie.com.fr/> : Société française d'immunologie.
- <http://www.sfm.asso.fr/> : Société française de microbiologie.
- <http://sfmu.free.fr/index.html> : Société française des microscopies.

Reuves françaises

- <http://www.e2med.com/rsto> : La Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale (Organe officiel de la Société française de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale).
- <http://emc-consulte.com> : Encyclopédie médico-chirurgicale.
- <http://www.revue-odf.org/> : Revue d'orthopédie dento-faciale.
- <http://www.information-dentaire.fr/> : L'information dentaire.
- <http://www.sciencedirect.com> : Science direct : les résumés d'articles de nombreuses revues sont disponibles sans avoir à s'abonner. L'abonnement donne accès aux articles complets.

Reuves internationales

- <http://www.harcourt-international.com/journals/ijom/default.cfm> : International journal of oral and maxillofacial surgery (IAOMS).
- <http://www.harcourt-international.com/journals/jcms/default.cfm> : Journal of cranio-maxillofacial surgery (EACMFS).
- <http://www.joms.org/> : Journal of oral and maxillo-facial surgery.
- <http://www.sciencedirect.com/science/journals> : Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics et BJOM (British journal of oral and maxillofacial surgery).

- <http://cpcj.allenpress.com/cpcjonline/?request=index-html> : The Cleft palate-craniofacial journal.
- <http://www.head-face-med.com/home/> : Head & face medicine. Journal en ligne sur les pathologies cranio-faciales, leur génétique, physiopathologie, épidémiologie, et nouvelles technologies.

Reuves en orthodontie

- <http://www.angle.org/anglonline/?request=index-html> : The Angle orthodontist (Full Text gratuit).
- <http://orthodfr.sfof.org/indexfr.php> : L'Orthodontie Française.
- <http://www.editionsid.com> : Revue d'orthopédie dento-faciale et Actualités odonto-stomatologiques.
- <http://www.revue-odf.org/> : Revue d'orthopédie dento-faciale.
- <http://www.bioprogram.com/> : Revue de la société bioprogressive Ricketts.
- <http://ejo.oxfordjournals.org/> : European journal of orthodontics.
- <http://journals.elsevierhealth.com/periodicals/ymod> : American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.
- <http://www.masson.fr> : International orthodontics.

Acheter des livres sur Internet

- <http://www.editionsid.com> : Editions SID.
- www.alapage.com : pour les ouvrages français, mais aussi anglais, allemands, espagnols, ou italiens.
- www.amazon.com : pour les livres anglo-saxons, mais également www.amazon.fr.
- www.bn.com : Barnes & Noble (livres neuf et d'occasion anglo-saxons).
- <http://www.electre.com> : Electre est une base de données professionnelle exclusivement destinée à la recherche de références bibliographiques.
- <http://acqweb.library.vanderbilt.edu/pubr.html> : Acqweb. Le lien sur les sites d'éditeurs du monde entier.
- <http://www.meditheque.fr> : Librairie médicale spécialisée - 20 000 références disponibles.

Associations, Sociétés savantes

- <http://www.afjcmf.org> : Association française des jeunes chirurgiens maxillo-faciaux ; partie information grand public, et professionnelle ; forum de discussion, annuaire des membres, thèses consultables en ligne, annuaire des cours et congrès.
- <http://www.collegesto.com/> : Collège des médecins stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux de France
- <http://www.gueules-cassees.asso.fr> : Les Gueules cassées ; Le site de l'Association des gueules cassées créée après la première guerre mondiale.

Associations, Sociétés savantes internationales

- <http://www.iaoms.org/> : International association of oral and maxillofacial surgeons.
- <http://www.eurofaces.com> : European association for xranio-maxillofacial surgery.
- <http://www.aaoms.org> : American association of oral and maxillofacial surgeons.
- <http://www.aacom.org> : American college of oral & maxillofacial surgeons.
- <http://www.baoms.org.uk> : British association of oral & maxillofacial surgeons.
- <http://www.iadmf.org> : International association of dento-maxillo-facial radiology.
- <http://www.omfs.be> : European board of oro-maxillofacial surgery.
- <http://www.maxface.org/> : American society of maxillofacial surgeons.
- <http://www.caoms.com/> : Canadian association of oral and maxillofacial surgeons.

Maladies orphelines

- <http://orphanet.infobiogen.fr> : Informations sur les maladies et les médicaments orphelins.

Information grand public

- <http://stomatonantes.free.fr/accueil.htm> : Site du service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Nantes. Une information grand public poussée et très bien faite, notamment en chirurgie orthognathique.
- www.greffeduvisage.org : Conférences de presse de la greffe de visage réalisée en chirurgie maxillo-faciale à Amiens en septembre 2005.
- http://www.lasante.be/metiersante/la_stomatologie.htm : Définition de la spécialité par le ministère belge.

Enseignement en ligne

- <http://www.remede.org/> : Association d'étudiants en médecine francophones.
- <http://www.avis-internat.com/accueil.html> : Préparation de l'internat.
- <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/alpesmed/corpus.htm> : Outil pédagogique de référence pour les étudiants de 2^e et 3^e cycle des études médicales. Il regroupe 284 questions de pathologies médicales de 31 disciplines en cohérence avec les objectifs du nouveau programme de l'Examen national classant.
- <http://www.md.ucl.ac.be/stom/page6.htm> : Enseignement des 2^e et 3^e cycles.

ANNEXE 8

FEDERATION de STOMATOLOGIE et de CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Collège des Enseignants
Hospitalo-Universitaires

Union des Médecins Stomatologistes
et Chirurgiens Maxillo-Faciaux

Société Médicale d'Orthopédie
Dento-Maxillo-Faciale

Société de Stomatologie et
Chirurgie Maxillo-Faciale

Association des Jeunes Chirurgiens
Maxillo-Faciaux

Association Française des Chirurgiens
Maxillo-Faciaux

Collège des Médecins Stomatologistes et
Chirurgiens Maxillo-Faciaux

Rennes, le 15 novembre 2005

Madame, Monsieur, cher Confrère,

Les instances représentatives de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale ont engagé depuis plusieurs mois une réflexion sur la réalisation d'un

LIVRE BLANC de la STOMATOLOGIE et de la CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

qui sera présenté en exclusivité au Congrès de BESANCON le 11 octobre 2006.

Associant un bilan de l'existant à une réflexion prospective, cette publication devrait permettre à notre profession, en pleine mutation, d'affirmer son rôle auprès des patients et des Institutions.

La présente enquête, la plus exhaustive possible auprès de tous les stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux, tant hospitaliers que libéraux, est une étape fondamentale de ce projet.

A partir du questionnaire anonyme ci-joint que nous vous demandons de remplir, une photographie exacte de la situation actuelle de notre profession sera réalisée.

Le contenu du questionnaire est le fruit d'une collaboration étroite entre les médecins stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux et l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, à qui la gestion de cette enquête a été confiée.

Toutes les garanties nécessaires au maintien de la confidentialité ont été prises et l'enquête a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL.

A l'avance, nous vous remercions de

consacrer 15 minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire.

Votre réponse à adresser avec l'enveloppe T jointe avant le 5 décembre sera très utile pour l'avenir de notre profession et notre reconnaissance auprès des Institutions et de nos partenaires.

Croyez, Madame, Monsieur, cher Confrère, en nos sentiments confraternels et dévoués.

Pr Patrick GOUDOT,

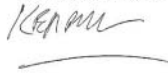
Président de la Fédération de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale
Président du Collège des Enseignants Hospitalo-Universitaires



Dr Francis DUJARRIC, Président de
l'Union des Médecins Stomatologistes
et Chirurgiens Maxillo-Faciaux



Dr Jean-Baptiste KERBRAT, Président de
la Société Médicale d'Orthopédie
Dento-Maxillo-Faciale



Pr Jean-Louis BLANC, Président de la
Société de Stomatologie et Chirurgie
Maxillo-Faciale

Dr Philippe VERMESCH, Président du
Collège des Médecins Stomatologistes et
Chirurgiens Maxillo-Faciaux



Dr Cédric d'HAUTUILLE, Président de
l'Association des Jeunes
Chirurgiens Maxillo-Faciaux



Pr Jacques-Marie MERCIER, Président de
l'Association Française des Chirurgiens
Maxillo-Faciaux

Si un ou plusieurs de vos collègues n'a pas été destinataire de ce questionnaire, merci de lui en adresser une photocopie et de lui demander de communiquer son nom et ses coordonnées au secrétariat de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne :
Téléphone : 02 99 14 24 24 - Courriel : orsb@orsbretagne.fr

ANNEXE 9

QUESTIONNAIRE DE LA PREMIÈRE ENQUÊTE SUR L'EXERCICE DES STOMATOLOGISTES ET CHIRURGIENS MAXILLO-FACIAUX

Enquête STOMATOLOGISTES

Merci de remplir ou cocher les cases correspondant à vos réponses.

① Identification :

1. Age 2. Sexe : masculin 1 féminin 2
3. Quel est le numéro du département dans lequel vous exercez :
4. Quelle est la taille de l'agglomération dans laquelle vous exercez :
- | | | | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Moins de 50 000 habitants | <input type="checkbox"/> 1 | De 50 000 à 100 000 hab. | <input type="checkbox"/> 2 |
| De 100 000 à 400 000 hab. | <input type="checkbox"/> 3 | Plus de 400 000 hab. | <input type="checkbox"/> 4 |

② Formation :

1. En quelle année et dans quelle ville avez-vous obtenu votre thèse ? Année

Ville universitaire : _____

2. Etes-vous titulaire d'un :

- | | | | |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| CES de stomatologie | <input type="checkbox"/> 1 | DES de stomatologie | <input type="checkbox"/> 2 |
| Qualification ordinaire de stomatologie | <input type="checkbox"/> 3 | DES de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 4 |
| Qualification ou compétence en chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 5 | DESC de chirurgie maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 6 |
| Qualification ou compétence en orthopédie dento-maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 7 | DESC de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie | <input type="checkbox"/> 8 |
| | | DESC d'orthopédie dento maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 9 |

3. Avez-vous une formation (DU minimum ou équivalent) en :

- | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|
| Expertise | <input type="checkbox"/> 1 | Implantologie | <input type="checkbox"/> 2 | Parodontologie | <input type="checkbox"/> 3 |
| Pathologies de la muqueuse buccale | <input type="checkbox"/> 4 | Orthopédie dento-maxillo-faciale | <input type="checkbox"/> 5 | Micro-chirurgie | <input type="checkbox"/> 6 |
| Autre | <input type="checkbox"/> 7 | préciser | | | |

3. Avez-vous été :

- | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| Interne de région sanitaire | <input type="checkbox"/> 1 | Interne de CHU | <input type="checkbox"/> 2 | | |
| Chef de clinique assistant | <input type="checkbox"/> 3 | Assistant hors CHU | <input type="checkbox"/> 4 | Assistant CHU | <input type="checkbox"/> 5 |

4. Exercez-vous dans la région où vous avez acquis votre qualification ? Oui 1 Non 2

③ Mode d'exercice :

Quel est votre mode d'exercice **principal** ? (ne cochez qu'une seule case) :

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--|
| Médecin en exercice libéral | <input type="checkbox"/> 1 | si oui merci de répondre à la section 4
puis poursuivre à la section 6 |
| Médecin salarié | <input type="checkbox"/> 2 | si oui merci de répondre à la section 5
puis poursuivre à la section 6 |

④ Médecin en exercice libéral :

1. Quelle est votre situation conventionnelle ?

Secteur 1 1Secteur 2 2DP 3Non conventionné 4

2. Mode d'exercice : Exercez-vous ?

Seul 1En groupe 2

2.1. Si en groupe } type d'association : SCM 1 SCP 2 SEL 3 Autre 4

vous inclus, nombre total d'associés dont stomatologiste(s)

2.2. Etes-vous attaché hospitalier ? Oui 1 Non 2 Nombre de ½ journées par semaine

2.3. Etes-vous temps partiel hospitalier ? Oui 1 Non 2 Nombre de ½ journées par semaine

3. Votre cabinet est-il situé dans les locaux d'une clinique ? Oui 1 Non 2

4. Personnel du cabinet :

4.1. Le cabinet emploie-t-il du personnel ?

Oui 1Non 2

Si oui, combien de personnes au total et en équivalent temps plein (ETP) :

1. Secrétaire Nombre : ETP2. Infirmière DE Nombre : ETP3. Assistant odonto-stomatologiste Nombre : ETP4. Manipulateur radio DE Nombre : ETP5. Technicien de laboratoire Nombre : ETP6. Personnel d'entretien Nombre : ETP7. Autre Nombre : ETP

4.2. Le cabinet a-t-il recours à une ou des sociétés de prestation de service (hors comptabilité)?

(exemple : pour le ménage, téléphone, secrétariat ...)

Oui 1Non 2

5. Equipement du cabinet :

5.1. De quel(s) matériel(s) disposez-vous dans votre cabinet ?

Radio. Conventionnelle 1 Radio. Numérisée 2 Radio panoramique 3 Télé - Radio. 4Salle de stérilisation 5 Salle de chirurgie 6 Matériel bloc dentaire 7 Laser 8Autoclave 9 Nombre : 5.2. Surface professionnelle m²

5.3. Votre cabinet est-il équipé en matériel informatique ? Oui 1 Non 2

Si oui : Pour la comptabilité 1Pour le secrétariat 2Pour la gestion des dossiers médicaux 3

5.4. Avez-vous accès à Internet ? Oui 1 Non 2

5.5. Téléransmettez-vous ? Oui 1 Non 2

5 Médecin salarié :

1. Etes-vous salarié :

- Dans un établissement public 1 CHU 1.1 CH 1.2
 Dans un établissement hospitalier privé 2 Non lucratif 2.1 Lucratif 2.2
 Dans une structure non hospitalière 3 Préciser : _____

2. Si vous êtes salarié en établissement public, quel est votre statut ?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|---|----------------------------|
| PUPH | <input type="checkbox"/> 1 | } <i>si oui à l'un de ces statuts, êtes-vous ?</i> | A temps plein | <input type="checkbox"/> 1 |
| MCUPH | <input type="checkbox"/> 2 | | A temps partiel | <input type="checkbox"/> 2 |
| PH universitaire | <input type="checkbox"/> 3 | | Indiquer le nombre de demi-journées pour le temps partiel <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| PH temps plein | <input type="checkbox"/> 4 | | | |
| PH temps partiel | <input type="checkbox"/> 5 | | | |
| Chef de clinique assistant | <input type="checkbox"/> 6 | | | |
| Assistant Spécialiste | <input type="checkbox"/> 7 | | | |
- Disposez-vous d'un secteur privé ? 8 Secteur 1 8.1 Secteur 2 8.2 DP 8.3 Non conventionné 8.4
- Attaché 9 Nombre de vacances par semaine

6 Quel que soit le mode d'exercice

1. Participez-vous à un tour de gardes ou d'astreintes ?

- Oui 1 Non 2

Si oui, s'agit-il de :

- | | | | |
|------------------|------------------|----------------------------|---|
| Gardes sur place | Polyvalente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Gardes sur place | Stomatologie CMF | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Astreintes | Polyvalente | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Astreintes | Stomatologie CMF | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> |

Combien par an ?

2. Quelles activités pratiquez-vous personnellement (quel que soit le lieu) ?

- | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Radio. | <input type="checkbox"/> 1 | Avulsions dentaires (dents incluses) | <input type="checkbox"/> 2 | Chirurgie des glandes salivaires | <input type="checkbox"/> 3 |
| Rééducation | <input type="checkbox"/> 4 | Parodontologie | <input type="checkbox"/> 5 | Carcinologie | <input type="checkbox"/> 6 |
| Soins dentaires | <input type="checkbox"/> 7 | Implantologie | <input type="checkbox"/> 8 | Traumatologie | <input type="checkbox"/> 9 |
| Prothèses | <input type="checkbox"/> 10 | Pathologie de la muqueuse buccale | <input type="checkbox"/> 11 | Orthognatie | <input type="checkbox"/> 12 |
| ODMF adultes | <input type="checkbox"/> 13 | Expertise | <input type="checkbox"/> 14 | Chirurgie dermatologique | <input type="checkbox"/> 15 |
| ODMF enfants de 8 ans et plus | <input type="checkbox"/> 16 | Dysfonctionnements ATM | <input type="checkbox"/> 17 | Chirurgie esthétique de la face | <input type="checkbox"/> 18 |
| ODMF enfants de moins de 8 ans | <input type="checkbox"/> 19 | | | Chirurgie pré-implantaire | <input type="checkbox"/> 20 |
| | | | | Chirurgie des malformations de la face | <input type="checkbox"/> 21 |

Formation continue

1. Etes-vous acteur de formation continue ? Oui 1 Non 2

- Si oui, Organisateur 1 Animateur 2 Expert 3

2. Nombre d'actions de formation continue en 2004 en tant qu'acteur ?

3. Adhérez-vous à une association et/ou institution organisant de la formation continue ? Oui 1 Non 2

4. Dans les 12 derniers mois, avez-vous participé à un (ou plusieurs) congrès ?

- Oui 1 Non 2 Si oui, combien : International National Régional

Correspondant à combien de demi-journées de présence en tout :

5. Dans les 12 derniers mois, avez-vous assisté à un autre type de formation professionnelle ?

Oui 1 Non 2 Si oui, à combien de demi-journées de présence en tout :

6. La formation continue à laquelle vous avez assisté au cours des douze derniers mois a t'elle concerné l'acquisition ou le perfectionnement des compétences suivantes ?

	Acquisition	Perfectionnement
6.1 Compétences cliniques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.2 Compétences techniques	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.3 Compétences en gestion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.4 Autres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

7. Combien de revues en rapport avec votre activité professionnelle lisez-vous régulièrement ? (au moins une fois par mois)

Si oui, la (les) quelle(s) ? (en lettres capitales)

1 : _____
2 : _____
3 : _____

8. Lisez-vous régulièrement (au moins une fois par mois) une (ou plusieurs) revue(s) de médecine ?

Oui 1 Non 2 Si oui, combien de revues :

Si oui, la (les) quelle(s) ? (en lettres capitales)

1 : _____
2 : _____
3 : _____

9. Combien de fois par semaine consultez-vous un site Internet médical?

Le (les) quel(s) ? (en lettres capitales)

1 : _____
2 : _____
3 : _____

8 Répartition de votre temps professionnel

1. En moyenne, combien d'heures par semaine consacrez-vous aux activités suivantes ?

- 1.1. Consultation au cabinet : heures
- 1.2. Consultation externe hospitalière : heures
- 1.3. Visite hospitalière au lit du patient : heures
- 1.4. Soins et prothèses heures
- 1.5. Chirurgie bucco-dentaire heures
- 1.6. Chirurgie maxillo-faciale heures
- 1.7. ODMF heures
- 1.8. Enseignement heures
- 1.9. Recherche heures
- 1.10. Formation heures
- 1.11. Tâches administratives heures
- 1.12. Tâches d'intérêt collectif (syndicat, commission, Ordre,...) heures
- 1.13. Autres activités professionnelles heures

2. A combien d'heures par semaine estimez-vous le temps consacré aux conseils téléphoniques (aux patients ou aux médecins) ? heures

3. Combien de semaines de vacances prenez-vous par année ? semaines

Merci d'insérer votre questionnaire dans l'enveloppe T ci-jointe, libellée à l'adresse de l'ORS Bretagne et de nous le retourner avant le 5 décembre.....

ANNEXE 10

QUESTIONNAIRE DE LA DEUXIÈME ENQUÊTE SUR LE CONTENU DE LA CONSULTATION DES STOMATOLOGISTES ET CHIRURGIENS MAXILLO-FACIAUX

Fiche de recueil : Consultation et/ou acte opératoire

Cocher cette case si le patient refuse de contribuer au présent recueil d'information

1. Contexte de la consultation et/ou de l'acte opératoire :

Date : Jour /__ /__ / Mois /__ /__ /

S'agit -il :

d'une première consultation d'une consultation de suivi
en cabinet libéral en hospitalisation

d'un acte opératoire
en salle de consultation en bloc opératoire en plateau technique lourd

Existe t-il un contexte d'urgence ? Oui Non

2. Renseignements concernant le patient :

Age /__ /__ /__ / an(s) Sexe : Homme Femme

Provenance : Moins de 30 Km 30 Km ou plus

Le patient est arrivé : En taxi ou VSL En ambulance Par ses propres moyens

3. Mode de recours :

Le patient est-il envoyé par : (une seule réponse)

un odontologiste un médecin généraliste un médecin stomatologiste / CMF
un médecin spécialiste Il s'est présenté de lui-même (accès direct)

4. Actes techniques réalisés pendant la consultation :

Aucun Radiographie Acte de rééducation Exploration fonctionnelle
Biopsie Soins dentaire Acte de chirurgie buccale Acte d'ODMF
Pansement Prothèse Implantologie Photo Empreinte

5. Actes opératoires réalisés :

Acte avec anesthésie locale Acte avec anesthésie générale

Code CCAM de l'acte /__ /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

Préciser le DIAGNOSTIC de la présente consultation ou du présent acte opératoire :

6. Matériel utilisé pendant l'acte :

Suture Matériel d'ostéosynthèse : titane résorbable titane non résorbable

Implants oraux ou extra-oraux

Matériel d'orthodontie : fonctionnel multi attaches

Prothèse dentaire : métaux précieux métaux non précieux résine céramique

Matériaux de substitution osseuse Membranes

Autre Précisez :

7. Explorations prescrites en dehors de la consultation :

Scanner IRM Radio bilan biologique
 Autre Précisez :

8. Traitement proposé :**Avez-vous prescrit :**

Des antibiotiques Des anti-inflammatoires : AINS corticoïdes
 Des antalgiques : niveau 1 (analgésiques périphériques et non morphiniques)
 niveau 2 (antalgiques centraux) niveau 3 (antalgiques à actions spécifiques)
 Des antiseptiques buccaux Des pansements

9. Avez-vous prescrit un autre type de prise en charge :

Aucun Rééducation Acte infirmier
 CMF ODMF Autre chirurgie
 Autre Précisez :

10. Orientation du malade :

A l'issue de la consultation ou de l'acte opératoire, avez-vous proposé pour le patient :
 (plusieurs réponses possibles)

Une consultation de suivi avec vous-même Si oui, délai de /__/__/__/ mois
 Des séances de soins avec vous-même
 Une prise en charge chirurgicale ou technique avec vous-même
 Une consultation avec un collègue : d'une même spécialité d'une autre spécialité

11. Durée de la consultation ou de l'acte opératoire : /__/__/__/__/ minutes

ANNEXE 11

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SUR LA PERCEPTION DE LA STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Questionnaire complété par médecin généraliste
 odontologiste
 ni médecin, ni dentiste

Age : Sexe : N° département :

Connaissez-vous les spécialités suivantes ?

- stomatologie oui non
- chirurgie maxillo-faciale oui non
- chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice oui non
- oto-rhino-laryngologie (ORL) oui non

Avez-vous été déjà traité par un stomatologiste ou un chirurgien maxillo-facial ou avez-vous déjà adressé l'un de vos patients à un stomatologiste ou un chirurgien maxillo-facial ?
 oui non

Pour chacun des problèmes suivants, à quel spécialiste vous adresseriez-vous en premier ou adresseriez-vous votre patient ?

- un stomatologiste cocher 1
- un chirurgien maxillo-facial cocher 2
- un chirurgien ORL cocher 3
- un chirurgien plasticien cocher 4
- autres cocher 5

Traumatismes :

	1	2	3	4	5
Coupure au niveau du visage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la pommette.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture d'autres os de la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pathologies

	1	2	3	4	5
Cancer de la cavité buccale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de la langue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes au niveau de l'articulation de la mâchoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grain de beauté (ou équivalent) sur le visage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction autour des yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction sur la face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuméfaction du cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablation de glande salivaire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chirurgie reconstructrice :

	1	2	3	4	5
Chirurgie des sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant atteint d'un bec de lièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant atteint d'une fente au niveau du palais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pose d'implants dentaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chirurgie esthétique :

	1	2	3	4	5
Chirurgie esthétique du nez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparence du visage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparence des mâchoires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>