

L'implantologie dans le champ juridique et déontologique

2. La responsabilité en implantologie et les conditions de mise en œuvre

Implantology in the legal and ethical field

2. Responsibility in implantology and conditions for its application

HEDI ROMDANE, GILBERT DE MELLO

Les conditions sont identiques à celles encadrant tout autre acte odontologique ou toute prestation médicale. La responsabilité du praticien est engagée, lorsqu'il y a la présence de 3 éléments : une faute ou une erreur, un dommage et un lien de causalité entre les deux ^[4,5,7,8,11].

Faute ou erreur

L'implantologie est une discipline qui a acquis une place importante parmi les traitements réalisés en odontologie. La pose d'implants est une technique faisant partie des traitements odontologiques modernes, et l'évolution permanente de l'implantologie peut rendre ce traitement parfois difficilement maîtrisable. S'aventurer sur le terrain de l'implantologie sans une formation appropriée (compétence) et sans de solides connaissances, c'est s'exposer peu ou prou à des complications qui peuvent toucher l'intégrité physique du patient. Ceci entraîne des actions judiciaires dont le nombre ne cesse d'augmenter. La responsa-

bilité du praticien est de plus en plus mise en cause après la survenue de dommages réels ou fictifs dans le domaine de la responsabilité civile d'une part, quand il s'agit d'une faute délictuelle (art. 1382 et 1383 du Code civil) ou d'une faute contractuelle (art. 1147 et 1148 du Code civil) et, d'autre part, dans le domaine de la responsabilité pénale (art. 319,320, R40 et R41 du Code pénal). Cette situation de conflits tient au fait que le patient tolère mal l'échec du traitement implantaire en raison de son coût élevé et que les souffrances endurées lors de sa réalisation excluent toute désillusion pour le patient ^[12]. Celui-ci a investi pécuniairement et psychologiquement dans ce traitement et il attend beaucoup de la réhabilitation prothético-implantaire : le confort, l'esthétique, la fonction. En cas d'échec, en raison du coût élevé du traitement, on voit s'instaurer chez lui un esprit revendicateur qui le conduit souvent à entreprendre une action judiciaire pour obtenir la réparation d'un dommage réel ou fictif.

médecine
buccale
chirurgie
buccale

VOL. 14, N° 3
2008

page 167

Service de Chirurgie buccale CHU Rennes
Faculté d'Odontologie Université de Rennes 1 Université européenne de Bretagne

Demande de tirés à part :

Hedi Romdane 9 allée du Vieux Saint Louis BP 1513 53015 Laval cedex 15 hediromdane@hotmail.fr

Accepté pour publication le 21 avril 2008

La faute ou l'erreur est alors évoquée par le patient non satisfait, ayant déboursé une somme conséquente pour sa réhabilitation prothétique. Dans ce face à face praticien-patient, l'obligation de moyens est l'obligation la plus concernée et la plus évaluée lors des manifestations judiciaires des patients. Le praticien a-t-il mis tous les moyens à sa disposition pour la réussite de son acte ? En réalité, cette obligation comporte deux questions :

- Les soins prodigués au patient sont-ils conformes aux données avérées de la science médicale ?
- Le praticien a-t-il la compétence nécessaire pour la réalisation de certains actes thérapeutiques, même s'il en a la capacité ?

Dans le premier cas, il s'agit de prodiguer au patient les soins les plus appropriés. On voit déjà poindre la notion de qualité optimale. Cela suppose que le praticien soit au fait des données avérées de la science et que, de surcroît, il les applique dans sa pratique quotidienne. Il est par exemple maintenant bien établi que poser des implants juxta-osseux est considérée comme une violation de l'obligation de qualité puisque ce type d'implant est devenu obsolète [19]. Le patient peut alors obtenir des dommages et intérêts pour soins non conformes aux données acquises de la science. Dans le deuxième cas, si un praticien non compétent ou ne possédant pas la capacité nécessaire dans le domaine de l'implantologie se risque à pratiquer cette activité sans se soucier des limites de ses compétences, sa responsabilité est engagée en cas d'échec et il peut être accusé de faute professionnelle caractérisée et suspecté d'avoir privilégié le côté mercantile [3,40]. Tout manquement au respect des règles qui régissent les différentes étapes du traitement, se solde parfois par un échec. Ce dernier peut avoir des origines différentes :

- Tissulaire : destruction tissulaire directe perturbant le déroulement normal de l'ostéointégration.
- Microbien : infection croisée à partir d'une maladie parodontale qui peut s'avérer fatale pour l'ostéointégration. La maladie parodontale doit donc être traitée avant toute pose d'implant. De même les autres foyers infectieux (caries, foyers infectieux périapicaux...) doivent aussi être éradiqués.

- Mécanique : pour obtenir une bonne ostéointégration, il faut une qualité et un volume osseux suffisants pour la mise en charge des implants. Cette mise en charge suit des règles bien établies et elle est effectuée après un délai de cicatrisation osseuse de 3 à 6 mois.

L'échec peut constituer une aubaine pour certains patients qui ne manquent pas d'échafauder, avec les conseils de leur avocat, un dossier où le dommage est mis en exergue pour stigmatiser la responsabilité du praticien. Le moindre doute sur la compétence ou la capacité du praticien, les conditions de mise en cause de la responsabilité de celui-ci se trouvent alors réunies pour caractériser la faute ou l'erreur. Le dommage étant avéré, le lien de causalité entre les deux est alors constitué et une procédure judiciaire peut être déclenchée par le patient.

Chaque praticien doit par conséquent respecter cette obligation de moyens qui constitue le socle de l'activité de soins.

Spécificités de la responsabilité en implantologie orale [25,41]

L'implantologie est une discipline qui comporte une phase chirurgicale et une phase prothétique, auxquelles il faut ajouter une phase technique qui comprend l'activité de l'assistante et du technicien de laboratoire. Ces phases sont précédées par d'analyse d'un ensemble d'éléments indispensables qui conditionne la prise de décision pour ce type de restauration et permet d'établir le plan de traitement.

Responsabilité dans l'établissement du plan de traitement [1]

Le plan de traitement comporte un ensemble d'éléments indispensable au bon déroulement du traitement. Celui-ci commence par un interrogatoire approfondi si le patient est majeur. S'il est mineur, le patient doit être accompagné. Pour les adultes sous tutelle qui ne peuvent exercer seuls leurs droits, c'est leur tuteur qui joue le rôle de représentant légal. Cet interrogatoire est complété par une série d'actes nécessaires pour appréhender le profil médical et psychologique du patient.

- L'état de santé antérieur doit figurer dans le dossier médical qui comporte en outre un bilan clinique complet.
- Il faut prendre suffisamment de temps pour poser un diagnostic fiable en faisant appel, si nécessaire, à des examens complémentaires tels que, l'examen tomодensitométrique, l'imagerie 3D, la téléradiographie, ou un bilan biologique. Ces examens complémentaires approfondis sont quelquefois indispensables pour déterminer la situation idéale permettant d'obtenir une reconstruction prothétique fonctionnelle et pérenne. De même, le compte rendu radiologique doit fournir des renseignements : elles concernent en général la quantité d'os disponible et sa qualité, en particulier sa minéralisation, pour répondre aux questions de l'implantologiste.

Les contre-indications absolues et relatives doivent être clairement établies. Actuellement, on se focalise sur les bisphosphonates, mais il y a bien d'autres contre-indications à l'implantologie : contre-indications dues à une affection cardiologique (toutes les cardiopathies valvulaires), immunitaire, maligne grave ou à une hémopathie... Lorsque la pose d'un implant est envisagée, le bilan doit être complété par une étude plus détaillée des aspects esthétiques et biofonctionnels. S'il s'agit, par exemple, d'un édentement antérieur, l'aspect esthétique doit être particulièrement soigné. Pour l'édenté unilatéral ou complet inférieur, la solution implantaire peut être envisagée sans se soucier d'un quelconque défaut de communication puisque le patient a reçu l'information et a donné son aval pour la stratégie thérapeutique qui lui était proposée.

- L'analyse prothétique pré-implantaire clôt l'examen global. C'est la partie visible de la restauration implanto-portée et le jugement du patient porte souvent sur ce qu'il voit. Celui-ci peut apprécier la restauration prothétique, mais il peut aussi être déçu par un montage prothétique défectueux ou inesthétique à son goût. Cette situation suscite une question fondamentale : qui est responsable de la restauration prothétique défectueuse ?

Pour répondre à cette question, il faut se souvenir que le traitement implantaire, bien que chiru-

gical à l'origine, est essentiellement prothétique car sa vocation première est le remplacement des dents manquantes. Bien que le prothésiste intervienne après l'implantologiste, il n'en est pas moins soumis à la rigueur nécessaire qui s'impose à tout acte technique. L'acte prothétique comporte les étapes mentionnées dans le plan de traitement global à savoir :

- la prise d'empreintes pour confectionner des modèles d'étude,
- la réalisation d'une cire ajoutée pour un diagnostic précis,
- la réalisation d'un montage directeur,
- la détermination du nombre et de l'emplacement des implants,
- la confection d'un guide chirurgical.

Ces étapes sont relayées par les recommandations de l'implantologiste pour assurer le succès final de la reconstruction implanto-portée. A savoir :

- la durée de l'ostéo-intégration,
- la mise en communication buccale,
- la mise en charge technique sous la prothèse à réaliser,
- la programmation d'une maintenance post-opératoire.

Il existe un élément fondamental dans le lien technique entre les phases chirurgicale et prothétique : c'est le guide chirurgical. Il constitue le plus sûr moyen de posséder cliniquement lors de l'intervention chirurgicale, tous les éléments recueillis au cours des examens pré-implantaires et de la conception du projet prothétique. Pour confectionner ce guide, le praticien peut utiliser le guide radiologique avec ses repères radio-opaques ; celui-ci peut être transformé en guide chirurgical par de légères modifications de la position et de l'orientation initiales. Le guide doit posséder des qualités de stabilité et de rigidité, et il doit être facile à manipuler lors de l'intervention. Comme cette utilisation s'avère parfois peu précise, certains préfèrent réaliser un geste médico-chirurgical assisté par ordinateur, avec forage guidé sur écran en utilisant l'image tridimensionnelle fournie par l'examen tomодensitométrique pré-opératoire.

Cette répartition des tâches entre prothésiste et implantologiste semble suffisamment claire mais comme les activités restent inter-dépendantes, il y a une co-responsabilité dans la réalisation finale.

Cette responsabilité in solidum doit être clairement annoncée au patient. Celui-ci doit avoir intégré l'éventualité d'une complication chirurgicale et/ou prothétique éventuelle et avoir été informé que le pourcentage d'échec ne peut être nul. C'est, sans doute, la meilleure façon de se prémunir contre un quelconque malentendu.

Responsabilité pour la phase chirurgicale

La phase chirurgicale constitue un acte de soins qui répond à une obligation de moyens. Les moyens mis en oeuvre pour la réussite technique de cette phase comportent un bilan médical et un bilan radiologique. Ce dernier s'impose à tout praticien, y compris donc à l'implantologiste, avant tout acte.

Le cliché panoramique est un examen de routine mais c'est une tomographie courbe dont l'épaisseur n'est pas constante le long des arcades dentaires. Il n'est donc pas possible de procéder à des mesures précises sur ce document pour envisager la pose d'implants [42].

L'examen tomodynamométrique constitue par conséquent l'examen de choix dans le traitement implantaire. Cet examen est-il obligatoire ? Cette question est souvent posée à l'expert. La réponse relève du bon sens. Le cliché panoramique peut suffire pour les implants unitaires dans les régions où l'épaisseur osseuse est suffisante et où il n'y a pas de structures anatomiques pouvant être lésées (entre les deux trous mentonniers par exemple). Dans des cas complexes où les examens clinique et radiologique standards sont insuffisants, l'examen tomodynamométrique s'impose car il permet l'évaluation du volume osseux disponible, de la densité osseuse et la localisation précise des éléments anatomiques tels que :

- le canal dentaire à la mandibule,
- le canal palatin, le plancher des fosses nasales et le bas fond des sinus pour le maxillaire.

Dans les édentements étendus, l'examen tomodynamométrique fournit également des renseignements sur l'orientation des reconstitutions bidimensionnelles à réaliser, grâce au guide radiologique mis en place avant de procéder aux coupes axiales.

Pour évaluer le risque majeur de lésions irréversibles, l'examen tomodynamométrique peut être un examen indispensable. Il correspond donc à une obligation de moyens. Toutefois, il est clair qu'il n'a aucun caractère impératif avant une intervention de chirurgie implantaire. Il doit conserver ses indications habituelles comme l'a rappelé J.P. Bernard : « dans le cas précis du bilan tomodynamométrique périimplantaire, seule une nécessité médicale établie devrait amener à en recommander l'utilisation [43] ».

Au stade chirurgical, la faute peut revêtir diverses formes [44] :

- manque de prudence : choix d'une technique inappropriée compte tenu par exemple, d'une fragilité particulière de l'os du site receveur (Cour d'Appel de Paris, 1^{er} avril 1995) [45],
- choix d'un traitement non conforme aux règles de l'art, par exemple intervention relevant plus de la chirurgie maxillo-faciale que de la chirurgie dentaire (Cour d'Appel de Rouen, 18 décembre 2001) [46],
- utilisation d'implant avec date de péremption dépassée ou réutilisation d'un implant déposé,
- lésions vasculaires,
- lésions nerveuses,
- mauvaise position des implants qui les rend inexploitable pour la réhabilitation prothétique.

Responsabilité pour la phase prothétique

La phase prothétique, composante du traitement global, est également soumise à l'obligation de moyens car elle s'inscrit dans le cadre d'un acte de soins, mais elle doit aussi répondre à l'obligation de résultat [10]. En effet, la conception, la production et la fourniture d'une prothèse correspondent à des actes techniques et non à des actes de soins. Le praticien devient alors fournisseur de prothèse et celle-ci devant être sans défaut [15]. Cette obligation est confirmée par une jurisprudence constante : un appareillage mis en place doit être sans défaut, aussi bien dans sa conception que pour le matériau utilisé. La mise en place de la restauration est un acte important dans la mesure où le patient est seul à même de juger du confort que lui procure la prothèse. Il n'a plus un rôle passif comme lors de la conception

de la prothèse, mais au contraire un rôle « très » actif qui le conduit à formuler un jugement, de satisfaction ou de mécontentement concernant le confort et l'esthétique. Le degré de satisfaction du patient reste subjectif et parfois variable dans le temps.

Dans la pratique, le litige est le plus souvent dû à une carence relationnelle ou supposée comme telle. En conséquence, le rapport que le patient entretient avec son praticien a une importance primordiale : la communication ne doit donc pas être limitée et l'information doit être totale afin que le patient puisse donner son consentement éclairé avant la mise en route de toute thérapie implantaire.

Responsabilité sur le plan technique

Il est important de ne pas laisser passer sous silence deux responsabilités qui peuvent venir entacher la pratique implantaire et mettre en cause le praticien. Il s'agit de la responsabilité praticien-assistante et de celle praticien-technicien de laboratoire.

Dans le premier cas, le personnel employé doit être compétent. Une assistante dentaire, fût-elle diplômée, ne peut pratiquer aucun acte en rapport avec la pratique de l'art dentaire, même en présence d'un praticien (loi n° 72661 du 13 juillet 1972 ^[47]). Elle doit également veiller à ne pas violer le secret médical.

Dans le deuxième cas, le technicien de laboratoire ne doit en aucun cas prendre part ou réaliser des actes de soins dentaires, même en présence d'un praticien. En cas de faute, la responsabilité du praticien est engagée vis-à-vis du patient. Lors d'un litige et lorsque le technicien de laboratoire a agi selon la loi, la preuve de la faute revêt des aspects différents eu égard au lien de droit qui lie le praticien au technicien.

Le technicien est soumis à une obligation de résultat mais uniquement dans le cadre juridique du contrat qui le lie au praticien et non vis à vis du patient. Si le praticien doit répondre de la responsabilité du technicien, il peut engager une procédure à son égard (arrêt 440 du 22 avril 1981, chambre 01 du Tribunal de Paris) ^[48].

Si le technicien est le préposé du praticien, ce dernier est responsable de son préposé. A l'opposé, si le technicien est en même temps le pra-

ticien, il est soumis à une obligation de résultat ; il est donc responsable de toute erreur dans la confection de la prothèse.

CONCLUSION

La réhabilitation orale par prothèse implanto-portée conduit fatalement à l'établissement d'une responsabilité in solidum entre l'implantologiste et le praticien prothésiste. Cette responsabilité s'exerce dans le cadre juridique relatif à l'obligation de moyens mais aussi de résultat.

Le respect strict de ces obligations constitue une règle intangible pour beaucoup de magistrats qui n'hésitent pas à sanctionner lourdement nos fautes, voire nos erreurs. Il est donc fondamental d'avoir une bonne maîtrise de cet art récent qu'est l'implantologie, grâce à une solide connaissance en occlusodontie et en prothèse car la compétence en chirurgie buccale seule ne suffit pas. Il faut en outre :

- un plan de traitement bien établi par les deux praticiens intervenants, l'implantologiste et le prothésiste, prenant en compte tous les aspects du profil du patient, un examen psychologique pour déterminer les motivations profondes à la base de la demande de réhabilitation avec une prothèse implanto-portée.
- son éclairage sur les avantages et les contraintes de la réhabilitation prothétique sur racines artificielles, sur le planning et le devis estimatif après avoir expliqué le déroulement des différentes étapes.
- le bilan radiologique qui peut être selon le cas soit une simple radiographie panoramique, soit un examen tomodensitométrique ou encore une radiographie de profil.
- les examens complémentaires indispensables chez les patients présentant des pathologies mises en évidence lors du questionnaire médical.
- les empreintes d'étude qui vont permettre de confectionner un montage à visée diagnostique pour d'une part matérialiser la future prothèse et d'autre part former la base de la réalisation du guide radiologique et chirurgical.
- veiller à la qualité de la relation avec le patient, grâce à une information loyale, claire, et appropriée.

- ne pas entreprendre un traitement dont la complexité et les risques sont supérieurs au bénéfice attendu.
- ne pas oublier que le patient vient généralement consulter pour un inconfort, un handicap, une demande esthétique et qu'il ne s'agit en aucun cas d'une urgence médicale. Le praticien doit donc répondre et offrir une solution au patient demandeur. L'aléa thérapeutique, pas plus l'erreur, et encore moins la faute ne sont tolérés par les tribunaux.

Le respect des données acquises de la science médicale est fondamental d'où l'intérêt d'une formation continue, solide et pérenne.

Enfin, l'exercice professionnel doit se faire dans un cadre sanitaire avec un strict respect des mesures d'hygiène afin d'éviter toute infection nosocomiale. L'asepsie constituant un élément majeur du succès, on doit veiller à ce que le maillon de la chaîne ne puisse être brisé.

RÉFÉRENCES

- 1 - Assemat A, Tessandier, Amzalag G. La décision en implantologie (pp 397). CdP, Paris, 1993.
- 2 - Code de déontologie des chirurgiens dentistes : décret n°67-671 du 22 juillet 1967. JO du 9 août 1967.
- 3 - Ambrosini JC. Conférence du 13 mai 2005 UFR de Stomatologie. CMF/Paris V, DU d'Implantologie orale.
- 4 - Sargos P. Références médicales opposables et responsabilités des médecins. Médecine et Droit, Paris, 1998.
- 5 - Rochette A. Chroniques de jurisprudence. Jurisanté actualités 2005 ; 51.
- 6 - Jacotot D. Sécurité et qualité : de nouvelles obligations ? Bulletin de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odontostomatologie n° 34.
- 7 - Bias G. La sécurité sociale avec ou sans l'expert : contentieux en sécurité sociale. Bulletin de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odontostomatologie n° 36.
- 8 - Camilleri F. Loi du 4 mars 2002, un nouveau mode expertal en matière de responsabilité médicale. Bulletin de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odontostomatologie n° 33.
- 9 - Jacotot D. Principe de précaution. Quand l'obligation d'informer se fait impérieuse : le caractère fautif de la maladresse. Lettre du CNO 2003 ; 22 : 25-7.
- 10 - Buffet J et coll. Commission de méthodologie en matière de procédure civile devant les Cours d'Appel. BICC, n° 632, 15 janvier 2006.
- 11 - Cour de Cassation Civile, Première chambre, pourvoi n°04-14524 : Faute sans dommage : plus de dommages-intérêts pour le patient...
- 12 - Jacotot D. Responsabilité civile médicale : information du patient. Lettre du CNO 2003 ; 16 : 25-27.
- 13 - Jacotot D. Droit des patients vers une obligation de qualité des soins ? Lettre du CNO 2004 ; 24 : 35-36.
- 14 - Jacotot D. A propos d'une décision de la cour de cassation sur l'obligation de compétence. Lettre du CNO 2003 ; 17 : 32.
- 15 - Chardon JC. Les responsabilités du chirurgien dentiste (pp 66-73). Julien Prélat, Paris, 1972.
- 16 - Bias G. Droits du malade et dossier du patient : la conservation du dossier. Bulletin de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odontostomatologie n°32.
- 17 - Saint-Eve E. Obligations de moyens, obligations de résultats. Bulletin Officiel du Conseil de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes 1988 ; 4 : 6-7.
- 18 - Arrêt Mercier, Cassation Civile 20 mai 1936.
- 19 - Missika P. Les données acquises de la science en implantologie. Bulletin de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odontostomatologie n° 40.
- 20 - Arrêt du 23 novembre 2004.
- 21 - Loi du 19 mai 1998.
- 22 - Arrêt du 6 juillet 1994.
- 23 - Directive du Conseil 90/385/CEE du 20 juin 1990 relative aux dispositifs médicaux implantables actifs (JOCE L189 du 20 juillet 1990).
- 24 - Directive du Conseil 93/42/CEE du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux (JO n° L169 du 12 juillet 1993 p. 0001-0043).
- 25 - Dubruielle JH, Dubruielle MTH. Ethique en implantologie dentaire. Service de Chirurgie maxillo-faciale, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. Août 1999. <http://infodoc.inserm>.
- 26 - Article 5211-2 du Code de la Santé Publique.
- 27 - Cour de Cassation, arrêt du 17 février 1971.
- 28 - Cour de Cassation, arrêt du 15 novembre 1997.
- 29 - Wierzba C. Les obligations d'information en pathologie et en chirurgie buccale. 46^{es} journées de la Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale. Nantes 9-11 Octobre 2003.
- 30 - Elmosnino M, Tietart-Froge MP. L'information du patient en Odontostomatologie : réflexions sur la jurisprudence récente de la Cour de Cassation. Actual Odontostomatol 1999 ; 205 : 161-75.

- 31** - Cour de Cassation, arrêt du 29 mai 1951.
- 32** - Castagnet L. L'information doit être « loyale, claire, appropriée à l'état du malade ». Cass. Civ. Première chambre, 7 octobre 1998, arrêt n° 1567 P+B+R+.
- 33** - Eveillon P. Principes de la responsabilité médicale et procédures nouvelles instaurées par la loi du 4 mars 2002 : le devoir d'information. Bulletin de la Compagnie Nationale des Experts Judiciaires en Odontostomatologie n° 31.
- 34** - Jacotot D. Devoir d'information, un régime plus favorable au praticien qu'il n'y paraît. Lettre du CNO 2000 ; 21 : 30-32.
- 35** - Recommandations de l'ANAES, avril 2000.
- 36** - Cour de Cassation, décision du 23 mai 2000.
- 37** - Tribunal d'Instance de Saumur-Auxois, jugement du 18 novembre 1999.
- 38** - Cour d'Appel de Paris, arrêt du 9 avril 1999.
- 39** - Santé 21, OMS, bureau régional de l'Europe, Copenhague, Danemark.
- 40** - Jacotot D. Le non-respect des recommandations de l'ANAES, passible d'une sanction ! Lettre du CNO 2005 ; 43 : 33.
- 41** - Fortin T, Champleboux G, Coudert JP. Prévention des complications et séquelles liés à une mauvaise mise en place des implants endo-osseux : étude préliminaire portant sur l'utilisation d'un système d'imagerie médicale. 1^{er} congrès de l'European Federation of Oral Surgery Societies, Milan, 13-14 octobre 2000.
- 42** - Doyon D et coll. Imagerie dento-maxillaire. Cah Radiol 1995 ; 11 : 28-102.
- 43** - Bernard JP et coll. Le bilan tomodensitométrie pré-implantaire. 46^{es} journées de la Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale. Nantes, 9-11 Octobre 2003.
- 44** - Wierzba C. La responsabilité de l'odontologie en chirurgie buccale. Rev Odontostomatol 1992 : 21 : 233-40.
- 45** - Cour d'Appel de Paris, 1^{er} avril 1995.
- 46** - Cour d'Appel de Rouen, 18 décembre 2001.
- 47** - Loi du 13 juillet 1972.
- 48** - Cour de Cassation, arrêt du 22 avril 1981.