

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ – TRAITEMENT D'IMPLANT DENTAIRE

By **ORTHOESTHET**  
PARIS

Pour votre traitement, votre praticien vous a recommandé un ou plusieurs implants dentaires. Malgré un taux de réussite élevé, avoisinant les 98 %, la pose d'un implant dentaire comporte des risques potentiels qui nécessitent une considération attentive avant de vous engager dans cette procédure.

### **Qu'est-ce qu'un implant dentaire ?**

Un implant dentaire est une petite vis en titane, mesurant entre 6 et 13 mm de long et entre 3 et 6 mm de diamètre, conçue pour reproduire la forme conique d'une racine dentaire naturelle. À l'intérieur de l'implant se trouve une connectique qui permet de fixer un pilier trans-gingival, lequel supportera une couronne ou un bridge en fonction de vos besoins.

### **Quelle est la procédure ?**

Lors de votre premier rendez-vous, des radiographies et des photographies seront réalisées afin de permettre au praticien d'établir un plan de traitement. Ces images diagnostiques serviront à déterminer la nécessité d'une éventuelle greffe osseuse, préalable ou concomitante à la pose de l'implant, et à choisir l'implant en tenant compte de vos spécificités anatomiques.

L'intervention se déroulera ensuite sous anesthésie locale, dans des conditions d'asepsie rigoureuses pour minimiser tout risque d'infection. Si la qualité de votre os ne permet pas la pose immédiate de l'implant, le praticien se réserve le droit de reporter la procédure. Une vis de cicatrisation (vis qui dépasse de la gencive) peut être mise en place pendant l'intervention si les conditions le permettent.

Après la phase de cicatrisation osseuse, qui dure environ 3 mois pour un implant simple et entre 6 et 9 mois en cas de greffe osseuse, une vis de cicatrisation sera mise en place si cela n'a pas déjà été fait lors de l'intervention.

Une fois que la gencive a bien cicatrisé, des empreintes seront prises et envoyées au laboratoire pour la fabrication de la couronne sur implant. En fonction de la complexité de votre cas, plusieurs rendez-vous peuvent être nécessaires.

### **Quels sont les avantages de la pose d'implant ?**

La solution implantaire offre un résultat fixe, contrairement aux prothèses amovibles. De plus, elle permet de remplacer une ou plusieurs dents sans affecter les dents naturelles adjacentes, contrairement à un bridge traditionnel.

### **Quels sont les risques potentiels ?**

La pose d'implant comporte des risques inhérents, comme toute intervention médicale et chirurgicale. Il est important de noter que le risque zéro n'existe pas. Cependant, le chirurgien-dentiste s'efforce de les minimiser grâce à une évaluation pré-opératoire.

Le tabagisme, y compris le tabagisme passif, peut réduire les chances de succès de l'intervention d'environ 10 %.

Bien qu'extrêmement rare, des dommages aux structures anatomiques telles que le nerf dentaire inférieur, le sinus maxillaire ou les racines des dents adjacentes peuvent survenir.

La péri-implantite, une perte osseuse autour de l'implant, est possible à court et à long terme. Une bonne hygiène bucco-dentaire quotidienne est essentielle pour assurer la durabilité de l'implant.

### **Quelle est la politique de paiement ?**

Il est important de noter que ni les implants ni les greffes osseuses ne sont remboursés par la sécurité sociale. Seules les couronnes sur implant bénéficient d'une base de remboursement fixée à 120 euros, soit 84 euros avec un taux de remboursement à 70 %.

Le cabinet n'assume aucune responsabilité quant au remboursement par les mutuelles.

Le coût total du traitement sera réparti sur plusieurs paiements :

- 20 % du montant de l'intervention sera demandé lors de la prise du rendez-vous.
- Le reste du montant de l'intervention sera dû le jour même.
- Le coût de la couronne sur implant et du pilier implantaire sera divisé en deux paiements : la moitié lors de la prise d'empreinte et l'autre moitié lors de la pose de la prothèse.

Les paiements par carte bancaire ou en espèces sont acceptés. Le paiement par chèque ou virement est également accepté sous réserve d'un encaissement immédiat (virement instantané ou dépôt bancaire immédiat).

En cas de rejet de l'implant à court terme, le retrait de l'implant sera effectué sans frais supplémentaires. Toutefois, des frais additionnels peuvent être appliqués lors de la repose de l'implant pour couvrir les coûts liés à cette intervention.

**Consentement libre & éclairé :**

Je certifie avoir été informé(e) clairement des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Je sais :

1. Que la mise en place chirurgicale d'implants est possible mais qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement.
2. Que les traitements classiques par prothèse fixée (bridge) ou par prothèse adjointe (amovible) sont possibles dans mon cas.
3. Quels sont les risques éventuels ainsi que les suites opératoires classiques et ceux qui résultent d'un échec.
4. Qu'en cas d'échec sur un ou plusieurs implants, ce ou ces implants sera/seront déposé(s) sans frais supplémentaires.

En outre,

5. J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions relatives à mon intervention et je suis satisfait(e) des réponses apportées. Je possède une connaissance générale sur la nature de l'intervention et de l'objectif à atteindre.
6. Je sais qu'il est nécessaire de faire des contrôles cliniques et radiologiques deux fois par an, les trois premières années qui suivent l'implantation ; puis, annuellement par la suite. Je sais aussi qu'une bonne hygiène sera importante pour la longévité de l'implant.

Ainsi donc,

7. Je fais la démarche implantaire de façon volontaire et réfléchie sachant que le risque médical existe.
8. Je sais que le traitement chirurgical par implants n'est pas inscrit à la nomenclature de la Sécurité Sociale et qu'en conséquence, aucune prise en charge n'est possible par les Caisses d'Assurance Maladie.

Je reconnais avoir reçu une information loyale, complète et compréhensible.

Je certifie avoir été informé(e) clairement des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées.

Nom et prénom du patient .....

Date de naissance .....

Date .....

Signature du patient