

Commission de législation

"Directive services" – Origines et évolutions

ORIGINES

1957 : le Traité de Rome inscrit la liberté d'établissement et de circulation des services comme un des objectifs de la Communauté économique européenne.

1986 et 1992 : l'Acte unique, puis le Traité de Maastricht ouvrent la voie à la libéralisation des services du secteur marchand.

2000 : le Conseil européen de Lisbonne vise à définir une stratégie pour l'élimination des entraves aux services et à faire de l'UE une zone économique compétitive et dynamique à l'horizon 2010.

2002 : un rapport sur l'état du marché intérieur des services révèle l'ampleur et la gravité des obstacles qui affectent une large variété de services comme les services de distribution, d'agences d'emploi, de certification, de laboratoire, de construction, d'agences immobilières, d'artisanat, de tourisme, des professions réglementées, etc.

Le 13 janvier 2004 : le Commissaire au marché intérieur, M. Fritz Bolkestein, présente sa "*proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur*" à la Commission qui est unanime à l'approuver.

LA PROPOSITION BOLKESTEIN

La "*directive Bolkestein*" définit son champ d'application (articles 1 à 4), traite de la liberté d'établissement (articles 5 à 15) et de la liberté de circulation (articles 16 à 25).

– Le champ d'application de la directive

Le propos de la directive est de fournir un cadre juridique unique pour le commerce des services en supprimant les barrières à la liberté d'établissement et à la liberté de circulation des services. Tous les services sont concernés à l'exception de ceux qui sont fournis directement et gratuitement par les pouvoirs publics ainsi que les services qui font déjà l'objet d'une législation européenne spécifique (télécommunications, transports, services financiers). Les services sociaux, l'enseignement, l'audiovisuel et la culture sont donc concernés, ainsi que les services juridiques, les professions réglementées, la santé et l'ensemble du système de couverture des soins de santé qui font d'ailleurs l'objet de dispositions particulières.

– La liberté d'établissement

Les conditions d'autorisation d'une activité de service formulées par les états devront être non discriminatoires, objectivement justifiées par une raison impérieuse d'intérêt général, proportionnelles à cette raison impérieuse, précises et non équivoques, objectives et rendues publiques à l'avance. Les exigences en matière de nationalité, de résidence sur le territoire, de limites quantitatives ou territoriales, de forme juridique imposée au prestataire, d'un minimum de personnel requis, de tarifs obligatoires minimum ou maximum sont levées. La simplification administrative se traduit, en particulier par la mise en place de guichets uniques auprès desquels un prestataire peut accomplir toutes les procédures administratives relatives à son activité ; l'accomplissement de ces procédures doit également être rendu possible par voie électronique.

– La liberté de circulation ou "le principe du pays d'origine"

L'article 16 de la proposition dispose que *"les États membres veillent à ce que les prestataires soient soumis uniquement aux dispositions nationales de leur État membre d'origine"*. C'est l'État membre d'où le prestataire est originaire qui est chargé du contrôle de celui-ci et des services qu'il fournit, y compris lorsqu'il opère dans un autre État. Selon ce principe, un prestataire de services est exclusivement soumis à la loi du pays où il est établi et non à la loi du pays où il fournit le service.

ÉVOLUTIONS

Printemps 2005 : le Conseil européen (réunion des chefs d'État et de gouvernement) indique que *"le marché intérieur des services doit être pleinement opérationnel tout en préservant le modèle social européen"*. Le débat populaire montre alors que *"la rédaction actuelle de la proposition de directive ne répond pas pleinement aux exigences"*.

En dépit des "OUI" et des "NON" obtenus sur la Constitution européenne, de la bataille budgétaire tournant autour du "rabais britannique" et de la PAC, la libéralisation des services reste cependant une priorité pour Bruxelles. La commission Barroso présente d'ailleurs huit mesures clés qui incluent, outre le soutien à la connaissance et à l'innovation et l'amélioration et la simplification du cadre réglementaire pour les entreprises, l'achèvement du marché intérieur des services.

Depuis le printemps 2005 et suite aux interventions du nouveau commissaire en charge du marché intérieur, Charlie McCreevy, et aux amendements proposés par certains rapporteurs, Évelyne Gebhardt (rapporteur du Parlement européen) et Anne Van Lancker (rapporteur du Comité emploi et affaires sociales), on assiste à une évolution. En effet, les amendements proposés par les rapports préliminaires apportent des modifications sur des points essentiels du texte de la Commission :

– **L'exclusion du champ de la directive des services d'intérêt général**

Ceci concerne en particulier la santé et les services sociaux, l'éducation, la culture et les services audiovisuels.

– **Le remplacement du principe du pays d'origine par un "*principe de reconnaissance mutuelle*"**

M^{me} Gebhardt explique que "*ce principe (de pays d'origine) n'existe pas dans les traités, que seules la reconnaissance mutuelle et l'harmonisation y sont mentionnées*". Le principe de reconnaissance mutuelle s'appliquerait aux services destinés aux entreprises. Le principe du pays de destination est aussi introduit dans le texte ; il concernerait essentiellement les services fournis aux consommateurs. Pour certains services, le rapport préconise l'harmonisation des législations nationales.

– **Le renforcement du rôle du guichet unique**

Les démarches administratives auprès du guichet unique devraient être réduites au minimum et avoir un caractère purement formel. Simultanément, le guichet unique devrait constituer une garantie supplémentaire du droit de l'État d'accueil à exercer des contrôles (dans la première proposition de directive, c'est le pays d'origine qui avait le droit et le devoir de contrôler les services fournis à l'étranger par son ressortissant).

– **Le principe du contrôle par le pays d'accueil**

Le rapporteur insiste sur le caractère immuable de ce droit et recommande la suppression de la disposition proposée par la Commission (article 13) et selon laquelle le pays d'accueil doit répondre, au plus vite et dans un délai déterminé, à la demande d'autorisation de prestation de service, et que, passé ce délai, le prestataire devrait pouvoir exercer son métier.

30 novembre 2005 : vote en commission IMCO

Lors de ce vote consultatif sur les deux questions clés concernées par les amendements les députés ont exprimé un "refus" plus ou moins marqué :

– concernant l'amendement sur l'exclusion des services d'intérêt économique général du champ d'application de la directive : 17 voix pour et 19 contre. L'amendement serait rejeté.

– concernant le retrait du principe du pays d'origine et le lancement d'un processus d'harmonisation : 16 voix pour et 21 voix contre. L'amendement serait rejeté

Par contre, des propositions allant dans le sens de l'assouplissement proposé par les amendements ont été adoptées. Elle concernent essentiellement la primauté des législations existantes, le fait que la directive n'affecte pas le droit du travail ni la directive sur le détachement des travailleurs et que les États membres puissent maintenir leurs exigences pour des raisons impérieuses d'intérêt général.

Les votes en séance plénière sur ces amendements et propositions devaient se tenir à Strasbourg, à la mi-janvier 2006. Sur la base de ces suggestions et de ces premières prises de position, la Commission devait faire une nouvelle proposition.

Du paternalisme médical au contrat médical

Historique du consentement éclairé

Le traitement médical est devenu une entreprise dans laquelle praticien et patient sont associés. Alors que l'aura du médecin et l'ignorance des patients ont longtemps conditionné la décision unilatérale du professionnel de santé, la décision de traitement médical résulte aujourd'hui de la coopération entre le médecin traitant et la personne traitée, les deux parties étant liées par une confiance mutuelle. Toute décision concernant le choix d'un traitement est une décision que le patient et son médecin, agissant comme conseiller, prennent ensemble.

Le consentement éclairé

Le consentement est l'accord qu'un malade doit donner au médecin pour l'autoriser à intervenir sur sa personne, que cet acte soit de diagnostic ou de soins.

Le consentement du malade n'est pas donné une fois pour toutes. Il doit être renouvelé pour chaque acte médical ou chirurgical important. Il peut être retiré à tout moment. En effet, le patient n'est aucunement obligé de rester en bonne santé ou de recevoir un quelconque traitement. Il a le droit de refuser ou d'arrêter toute intervention médicale.

Cas particuliers

- Divers facteurs peuvent diminuer la capacité d'un patient majeur à comprendre, évaluer et décider (coma, troubles neuropsychiatriques, sénilité, progression de la maladie). L'équipe soignante se tourne alors vers la famille, un proche, ou une personne de confiance désignée préalablement par le malade afin d'obtenir son assentiment.
- Les patients ont le droit de ne pas savoir, si telle est leur volonté. Le droit de ne pas savoir permet d'empêcher la réception d'information non désirée. Ce droit à ne pas savoir n'est cependant pas applicable quand l'information permettrait de protéger d'autres personnes par un comportement adapté.

Le but du consentement éclairé est, en fait, de permettre au patient de considérer, peser et étudier les avantages et les inconvénients du traitement médical proposé afin de faire un choix raisonnable, accepter le traitement ou le refuser. L'utilisation appropriée de ce principe empêche ou diminue les possibilités d'erreur, de négligence, de coercition et de déception, et encourage le médecin à une autocritique. Mais ses buts principaux sont, en fait, d'affirmer l'autonomie du patient, de

favoriser son droit à l'autodétermination, et de protéger et respecter son statut d'être humain et non d'objet.

Historique – D'où est issue cette notion de consentement éclairé ?

Jugement du tribunal de Nuremberg, 1947

Ce texte est considéré comme l'ancêtre de toutes les législations sur l'expérimentation médicale. Le consentement éclairé (*informed consent*) se trouve en toutes lettres dans le jugement du 19 août 1947 du tribunal médical américain de Nuremberg qui avait à juger les médecins criminels nazis. Ceux-ci avaient entrepris des expériences dans les camps de concentration sur les conséquences du froid, la résistance à toutes sortes d'infections, typhus, paludisme, septicémies, sur la gémellarité, sur la stérilisation des femmes et des hommes...

En plus de condamner les médecins pour blessures ou assassinats, le tribunal de Nuremberg énonça un code de conduite pour l'expérimentation sur l'homme.

C'est l'origine de cette notion importante qu'est le consentement éclairé qui est restée dans les cartons pendant ensuite presque quarante ans. Pour la première fois, le consentement du sujet humain est absolument essentiel. Il ne concerne alors que l'expérience réalisée sur l'homme.

Charte européenne du malade usager de l'hôpital, 1979

Cette charte mentionne que "*le malade usager de l'hôpital a le droit d'accepter ou de refuser toute prestation de diagnostic ou de traitement. C'est l'intérêt du malade qui doit être déterminant pour l'information à lui donner. L'information donnée doit permettre au malade d'obtenir un aperçu complet de tous les aspects, médicaux et autres, de son état, et de prendre lui-même les décisions ou de participer aux décisions pouvant avoir des conséquences sur son bien-être*". La charte ne se rapporte alors qu'au malade hospitalisé.

Loi Huriet, 1988

La loi de bioéthique française, dite loi Huriet, se réfère à l'expérimentation sur sujet humain.

Elle reprend les règles de Nuremberg et exige en plus l'examen préalable du projet d'expérimentation par un comité d'experts dit comité d'éthique.

Déontologie européenne, Congrès des Ordres de médecine (article 4), 1987

Pour sortir du champ étroit de l'expérimentation sur l'homme et entrer dans la déontologie médicale, le consentement éclairé a été associé à la notion de contrat médical, c'est-à-dire l'aspect contractuel qui impose l'information complète préalable du malade pour tout acte diagnostique ou thérapeutique effectué sur sa

personne. Le consentement éclairé est depuis devenu la pièce maîtresse du contrat médical après avoir été conçu uniquement pour l'expérimentation humaine.

OMS, 1994

La déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe définit clairement les droits de l'homme et les valeurs humaines dans les soins de santé : information, consentement, confidentialité, soins, application et définitions. La définition du consentement reprend précisément tous les aspects de cette notion primordiale : accord entre le patient et son médecin, cas du patient incapable d'exprimer sa volonté, cas du mineur, participation à l'enseignement clinique, participation à une activité de recherche scientifique.

L'information médicale : le nœud du problème

Le consentement du patient repose donc sur l'information livrée par le médecin. L'information du patient constitue l'étape préalable à l'obtention de son consentement. Être informé suppose connaissance, libre volonté, intention et compréhension. Un patient devrait pouvoir comprendre toute la signification de l'information et prendre une décision délibérée à partir de l'information disponible. Aussi, l'information doit être communiquée de manière à être comprise par le patient et sous une forme se prêtant à une telle compréhension.

Dans le contexte actuel (forte médicalisation, communication importante, sources d'informations multiples, accès à Internet...), les médecins sont amenés à fournir de plus en plus d'informations à leurs patients. Les médecins doivent alors trouver un juste milieu entre submerger leurs patients d'informations et limiter l'information afin de simplifier la prise de décision. L'information doit être formulée en termes clairs et ne comprendre ni dissimulation ni mensonges injustifiés. Elle doit porter sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que sur l'évolution probable de la maladie et les conséquences qui résulteraient d'un refus de prise en charge thérapeutique. Elle doit tenir compte du degré de maturité du patient, de son émotivité, de ses facultés de discernement, de ses connaissances, c'est-à-dire de ses capacités intellectuelles et psychologiques à la recevoir. Enfin, cette information devrait se limiter à celle qui est nécessaire à la nature de la décision que le patient a à prendre sur le moment.

Conclusion

De nos jours, la notion de consentement est intégrée aux différents codes qui régissent les pratiques médicales et thérapeutiques au sein de notre société :

– Selon le Code civil : *" il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir"* (article 16-3).

– Selon le Code de la santé publique : "*aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne*" (article L 1111-4).

Les modalités de l'information donnée au patient y sont également définies (article L 1111-2).

Selon le Code de déontologie des médecins : "*le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas*".

Le consentement du malade aux soins constitue aujourd'hui une obligation, conséquence du caractère contractuel de la relation médecin – malade. La relation de soin apparaît comme une négociation permanente, souvent longue, qui nécessite patience, respect, intelligence, tolérance, imagination, humour... des deux côtés, autant dire une grande maturité de la part des protagonistes. Lors d'une relation de soin "idéale", après une "mise à plat" patiente du problème par les deux parties, les options thérapeutiques sont choisies par le patient parmi les propositions explicitées par le médecin, et le médecin soutient le patient dans son choix. Ainsi, le patient exerce son autonomie, le médecin exerce son métier et la question du consentement n'est plus un problème puisqu'il s'agit d'œuvrer à un projet commun.

La "guerre des droits" aura-t-elle lieu ?

Le constat est aujourd'hui que le droit anglo-saxon des affaires prend une place grandissante et est presque devenu la règle lorsqu'il s'agit de commerce international. Il produit désormais une influence déterminante dans l'évolution des droits français et européen, particulièrement sur le droit des sociétés cotées ou le droit de la régulation. L'Angleterre semble devenir la capitale juridique de l'Europe, voir du Monde.

Les raisons du succès du droit anglo-saxon

– Une place différente laissée au droit

En France, comme dans les autres pays de tradition romaniste, la loi est l'expression de la volonté générale. Historiquement, la coutume, si elle gardait un rôle, était subordonnée à la loi. Le droit jurisprudentiel était, au moins en principe, totalement effacé, contrairement aux évolutions qu'ont connues la Grande-Bretagne et de nombreux autres pays dans le monde.

Dans les pays de tradition civiliste, aucun droit supérieur n'est admis, à la différence des pays de *common law* comme les États-Unis. Il n'est pas possible de concevoir une forme de droit qui ne soit pas directement ou indirectement le fruit de la loi. En tant qu'expression de la volonté du peuple, la loi ne rencontre aucune limite.

Dans ce contexte, la *common law* apparaît effectivement comme un droit différent du droit romano-germanique (voir encadré), mais surtout, elle occupe une place différente dans les rapports sociaux des pays concernés. Alors que les Français placent la politique au dessus de tout, la *common law* est totalement détachée de l'État ; le droit préexiste au politique. Dans les pays anglo-saxons, où le juridique est conçu comme un élément de la puissance qui s'ajoute au politique et à l'économique, le pragmatisme anglais ou américain conduit le politique à être toujours présent : il sait se servir du juridique, et ce dernier sait qu'il peut compter sur le politique. Depuis cinquante ans, les gouvernements français n'ont, au contraire, pas intégré l'importance du juridique et du judiciaire comme éléments de la souveraineté. En France, le droit n'apparaît pas comme un élément stratégique de la politique ou de l'économie.

– Pas le même rapport au droit

Pour les anglo-saxons, le droit est inséparable de la vie et de l'action ; c'est une modalité d'action, une règle du jeu. Pour les Français le droit reste un idéal et n'est

pas forcément un mode opératoire. Il reste un sujet ennuyeux réservé à des juristes spécialistes.

– Faiblesse de la profession d’avocat en France

Le constat est simple : en France, on dénombre 47 000 avocats, alors qu’ils sont 115 000 en Italie, 120 000 en Espagne, plus de 100 000 en Angleterre. Si l’on observe le marché des cabinets d’avocats d’affaires sur la place de Paris, on s’aperçoit que 80 % du marché du droit des affaires est d’ores et déjà entre les mains des cabinets anglo-saxons ! Sur les dix cabinets les plus importants, quatre sont britanniques, cinq sont américains et un seul français, en cinquième position seulement. La puissance de ces cabinets anglo-saxons est un facteur de propagation du droit anglo-saxon.

– La mondialisation

La mondialisation fait surgir des problèmes spécifiques et concrets dans des domaines bien particuliers. Il y a des problèmes, il faut des solutions. La mondialisation exige des solutions opératoires et celles-ci émanent plus facilement du droit pragmatique anglo-saxon que de nos doctrines, Code civil et procédures pénales.

De plus, le mode de fonctionnement juridique anglo-saxon, adopté et partagé par de nombreux pays (Angleterre, Afrique du sud, Canada, Australie, États-Unis...), qui partagent également la même langue, crée un certain "patriotisme culturel" entre les différents états. Il en découle un certain consensus, la *common law*, comme un art de vivre ensemble. La culture anglo-saxonne peut alors faire du droit une arme privilégiée dans une stratégie globale. En effet la langue et le rayonnement économique peuvent privilégier la *common law* par rapport au droit français et européen.

Le droit romano-germanique conserve cependant quelques atouts

– Le plus répandu sur la planète

En effet, 55 % de l’humanité vit dans un système juridique inspiré du droit romano-germanique contre 41 % pour le droit anglo-saxon. Il reste de plus attractif puisque, sur les cinq dernières années, 54 % des investissements directs étrangers ont été destinés à des pays de droit romano-germanique, comparés à 39 % pour le droit anglo-saxon.

– Évolution du droit anglais vers l’écrit

Le droit anglais tend aujourd’hui à se rapprocher de la tradition européenne et à donner une plus grande place à la loi écrite. Cette influence du droit français sur le droit britannique s’illustre, par exemple, par le courant qui se développe en Grande-Bretagne en faveur d’une constitution écrite sur le modèle français. Autre signe : en 1998, Tony Blair a fait intégrer dans le droit anglais la Convention européenne des droits de l’Homme. C’est là une des révolutions de la magistrature anglaise : les

juges, qui, jusque là, jugeaient en fonction de leur jurisprudence antérieure, sont désormais obligés de juger les affaires en fonction d'un texte.

Ont découlé de cette transformation toute une série de conséquences modifiant le système juridique anglais en intégrant des éléments calqués sur le modèle français : la création d'un conseil supérieur de la magistrature, la constitution d'une cour suprême et d'un ministère de la justice.

Deux grandes familles juridiques se partagent le monde occidental, celle du droit écrit (droit romano-germanique) et celle de la *common law* (droit anglo-saxon). La première privilégie la règle et la seconde la procédure.

Le droit romano-germanique

Le droit européen continental est un droit raisonné et commenté, largement inspiré par la réflexion de juristes universitaires : ce qui compte, c'est le principe juridique.

La procédure contentieuse n'est pas une fin en soi, mais un moyen de faire apparaître la règle de droit. Cette dernière est conçue comme une norme de conduite liée à la justice et à la morale.

Le droit romano-germanique est caractérisé par un droit écrit (le plus souvent codifié) que les juges appliquent. Les règles sont regroupées dans des codes et des textes spéciaux (lois, décrets, arrêtés). Le texte écrit fournit la base du raisonnement juridique.

Le droit anglo-saxon

Les termes de droit anglo-saxon sont utilisés pour désigner les droits anglais et américain, ainsi que, plus généralement, ceux des pays qui ont été influencés par le droit anglais de la *common law*.

Le droit anglo-saxon est un droit des règles de procédures et non des règles de conduite. Le juge vise à rétablir un ordre troublé dans une circonstance particulière et non à définir l'édifice des comportements sociaux. De là une technique juridique essentiellement centrée sur la pratique du procès. C'est un droit jurisprudentiel plutôt qu'un droit coutumier.

Ces principes procèdent d'une autre logique : le droit anglo-saxon est une accumulation de cas, où finissent par émerger des directives de pensées. Au fur et à mesure que des décisions judiciaires sont rendues sur un sujet, les juges en tirent des principes d'application générale, grâce à la règle du précédent, élaborant ainsi progressivement tout un corps de règles.

Nécessité d'évoluer vers une stratégie globale

Cependant, malgré ses atouts et face au succès du droit anglo-saxon, il semble urgent d'adopter une stratégie globale et de donner une nouvelle place au droit français vis-à-vis du politique. Il est nécessaire de retrouver une collaboration, une synergie entre les différents acteurs : état, juristes, entreprises, armées... afin d'identifier clairement les enjeux (internes/externes), de faire des synthèses et de se diriger vers un système juridique plus opérationnel.

Par exemple :

- notre système des comités, pas assez opérationnel (trop de constats, pas assez d'action), doit évoluer vers la création de petits groupes de réflexion pluridisciplinaires (type *think tanks*) orientés vers les enjeux.
- les ressorts traditionnels, tels que argument d'autorité, esthétisme de la pensée, attachement improductif à la langue... doivent disparaître.

Il y va de la crédibilité et de la pérennité de notre système juridique. Ces évolutions sont indispensables et urgentes si l'on souhaite éviter la suprématie du droit anglo-saxon. Par des rapprochements juridiques inévitables, la Communauté européenne serait alors à même de façonner un droit commun, situé entre la *common law* et le droit romano-germanique, où la règle de droit serait conçue comme une norme de conduite inspirée par une volonté politique d'intégration au sein d'un espace solidaire.

Histoire de l'art dentaire de l'antiquité à l'époque contemporaine

En Égypte Antique

Mentionnée dans un certain nombre de textes anciens, l'hygiène dentaire était connue dès l'Antiquité et plus particulièrement en Égypte. Par ailleurs, certains papyrus contiennent des énumérations de remèdes pour les maux de dents. On connaît également l'existence des "médecins des dents", mentionnés par Hérodote au V^e siècle avant JC.

Les premières références en thérapeutique conservatrice font mention d'obturations à base de terre de Nubie, de silicate de cuivre hydraté, d'éclats de pierre ou de blocs d'or massif. Certains accidents dentaires des enfants étaient traités par l'ingestion de souris écorchées et cuites. Des restes de souris ont ainsi été retrouvés dans des momies d'enfants. Ce remède sera, plus tard, adopté par les Grecs, les Romains, les Coptes et les Arabes.

C'est aussi en Égypte que furent découvertes, dans des sarcophages, les premières traces de prothèses. Elles étaient sculptées dans de l'ivoire et reliées par des fils en or.

On pense, par contre, que l'extraction dentaire était inconnue.

De l'ère chrétienne à la fin du Moyen Âge

Du début de l'ère chrétienne à la fin du Moyen Âge, le savoir reste détenu par les gens d'église, dans des domaines aussi vastes et éloignés que l'histoire, la culture, la santé et même l'avenir. L'Église régit la vie des populations en la jalonnant tout au long de son cours : naissances, baptêmes, mariages, messes, enterrements, mais aussi exorcismes, prières, miracles et guérisons... Entre sorcellerie et superstition, le prêtre est aussi celui qui peut guérir.

Le dentiste n'existe pas ; il est alors le barbier, le rebouteux, le curé, la bonne femme et/ou le charlatan et n'a qu'une corde à son arc thérapeutique primaire : l'extraction, la décapitation de la dent par bris de la couronne. L'ablation de la dent, et donc du "mal" (de la douleur) restera durant de longs siècles la seule technique de référence, de par la pauvreté thérapeutique de la médecine et des instruments disponibles.

Le Moyen Âge recouvre une période d'environ onze siècles, située entre la perte de Rome (395 après JC) et la prise de Constantinople (1453 après JC). L'apparition puis le développement de la médecine revient tout d'abord aux Arabes (600-1200) puis à leurs disciples les Arabistes (1100-1500).

Les Arabes, qui succèdent au monde romain, étendent leurs sciences dans tout le bassin méditerranéen et jusqu'en Asie centrale. Traduisant de nombreux textes scientifiques d'origine grecque, ils vont permettre au monde occidental d'en prendre connaissance. Ils manquent cependant de connaissances en anatomie puisqu'ils ne pratiquent pas la dissection. Certains termes médicaux font leur apparition : on reconnaît la régénération osseuse de la mandibule, on recommande d'éviter le "trop chaud" ou le "trop froid"; à l'extraction de la dent se joint la trépanation de la couronne parmi les traitements dentaires. Rhazés est le premier médecin arabe qui se soit occupé des dents. Il conseille le nettoyage de la denture après chaque repas à l'aide d'un bâtonnet et de poudre dentifrice. On lui doit la formule d'un mastic pour obturer les cavités, à base de résine.

Le premier à se "spécialiser" dans le domaine dentaire restera Abulcasis (936-1013), "l'instituteur du Moyen Âge", qui laissera dans son ouvrage *Le Serviteur* les premiers balbutiements d'un art dentaire en devenir. En effet, il y décrit de nombreux instruments destinés aux extractions, des grattoirs pour les détartrages, parle de cautères pour le traitement des fistules, de cautérisation de dents branlantes. Les positions les plus adéquates du patient lors des différentes interventions sont décrites. Il sera le premier à considérer l'éclatement systématique de la dent comme un acte inacceptable, ce qui représente un bond dans l'histoire de l'art dentaire. Abulcasis n'est partisan de l'extraction que dans le cas où le traitement conservateur échoue et il est le premier à décrire l'intervention. Après l'extraction, il préconise un gargarisme avec du vitriol ou du vinaigre. S'il y a une hémorragie, il met, sur la plaie, du vitriol en poudre (sulfate de cuivre).

Les dents remplaçantes sont en os de bœuf taillé, reliées par des fils d'or ou d'argent. Parfois, des anneaux remplacent les fils d'or.

Successeurs des Arabes, les Arabistes resteront les maîtres de la médecine et de la chirurgie jusqu'à la fin du XV^e siècle. L'école de Salerne (1266-1380), première école médicale digne de ce nom, mentionne dans ses écrits les règles de la pratique médicale et de la diététique où les conseils concernant la bouche et les dents sont nombreux. À sa suite, l'école de Montpellier, par l'intermédiaire de Guy de Chauliac, qui publie en 1363 *La grande chirurgie ou inventaire de la partie chirurgicale de la médecine*, restera la dernière référence en art dentaire de la période précédant la Renaissance. Les instruments décrits sont peu différents de ceux présentés par Abulcasis, les noms des dents sont détaillés mais sont différents de ceux utilisés de nos jours, le traitement des fractures, les dangers du tartre, l'utilisation de l'opium et des premiers anesthésiques par voie inhalée sont mentionnés pour la première fois. De la même façon, on y découvre pour la première fois le terme de "dentiste" qui

sépare l'art dentaire des autres sciences médicales et singularise cette pratique en temps que spécialité. Les arracheurs de dents sont poursuivis.

L'école de Montpellier est rasée par le duc d'Anjou en 1379 et l'art dentaire stagnera alors durant de nombreuses années...

À la Renaissance

La Renaissance voit le développement de l'imprimerie, une révolution intellectuelle, artistique et scientifique (Michel Ange, Vinci, Raphaël, Rabelais, Montaigne, Ronsard, Du Bellay). Il y aura des découvertes en pharmacologie, chirurgie, urologie, obstétrique, ophtalmologie. La limite entre la médecine et la superstition n'est pas encore nette, mais peu à peu, au risque de leur vie, les "scientifiques" acquièrent des connaissances en anatomie et en médecine.

Les barbiers se retrouvent dans une position difficile. Pour augmenter leurs connaissances ils doivent nécessairement disséquer mais n'en ont pas le droit. Les médecins les prennent parfois comme assistants. Il y a, à cette époque, une totale absence de structure thérapeutique. Le dentiste opérateur n'existe pas. La seule odontologie opératoire est celle du médecin-colporteur et du barbier. Les problèmes de santé ne préoccupent pas beaucoup les populations. Léonard de Vinci (1452-1519) décrit les rapports des racines des molaires avec les sinus maxillaires. Il donne les premiers dessins exacts que nous ayons des dents (il essaie de les classer), des mâchoires, des muscles, de l'anatomie faciale. Vésale (1514-1564) décrit la cavité pulpaire. Il croit que les dents permanentes se développent sur les racines des dents de lait. Il était le médecin personnel de Charles Quint et de Philippe II d'Espagne. Grâce au microscope, il va montrer la structure de la dent, établir sa différenciation avec l'os et révéler la fonction de la pulpe. On doit à Eustachi (1520-1574) le premier livre d'anatomie consacré aux dents. Contrairement à Galien, il ne croit pas que les dents soient des os. Il distingue une substance externe corticale dure comme du marbre et une substance intime compacte.

Pour en finir avec cette période, il ne faut oublier de mentionner Ambroise Paré (1516-1590) né près de Laval. Il fut barbier à Laval puis à Paris. Admis à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1533, il devient compagnon-chirurgien. Il ouvre une boutique en 1539. La confrérie de St Côme le demande. Il devient bachelier en 1554, licencié puis maître-chirurgien d'Henri II et de Charles IX. Il va créer de nouvelles techniques. Il reconnaît l'art dentaire comme une vraie spécialité mais pense, lui aussi, que les dents sont des os. Il préconise la ligature des dents mobiles avec des fils d'or ou d'argent. Il décrit aussi les pulpites mais ne donne pas de traitement. Il innove avec la prothèse amovible fabriquée à base de fémur de bœuf.

On utilisait jusque là des dents artificielles à base d'os d'animaux (bœuf, cheval, mouton, cerf) ou des dents d'animaux exotiques (morse, narval, hippopotame, éléphant). Les premiers dentiers datent de 1560. Ils sont constitués de dents humaines fixées sur des bases d'ivoire et solidarisées aux dents restantes par des cordons

nets de soie, d'argent ou d'or. Les premières couronnes apparaissent également au XVI^e siècle. Elles sont en or ou en porcelaine. La technique de la prise d'empreinte est décrite pour la première fois.

Au XVII^e siècle

Au XVII^e siècle, dans les premières années du règne de Louis XIV, on compte deux catégories de praticiens :

- les médecins formés dans les universités et réputés savants, peu nombreux, pour la clientèle riche des villes.
- les chirurgiens, formés par empirisme. Ils sont partout et pour tout le monde.

Les "dentistes" ont une activité marginale, ils restent des colporteurs, des montreurs de foire. Ils vendent des élixirs de santé, des almanachs, tirent les cors des pieds, remettent en place les membres déboîtés...

Les avancées de l'art dentaire au XVII^e siècle se limitent, en fait, à la révélation de la participation du sang de la dent à la circulation générale et à la description microscopique de l'émail.

Au XVIII^e siècle

Le siècle des Lumières est une période faste sur les plans scientifique et artistique. Cette période d'érudition représente l'étape qui marque la transition entre l'empirisme et les sciences rationnelles proprement dites. C'est l'apparition de la philosophie, des sciences physiques, mathématiques, mais aussi des sciences de la vie : biologie, anatomie, clinique, médecine et chirurgie. Le développement parallèle de ces nouveaux domaines participe à celui de l'art dentaire qui reste, dans un premier temps, entre les mains des médecins et/ou chirurgiens.

Il existe alors une grande différence entre les médecins exerçant en milieu rural et les médecins exerçant en ville. Les tarifs y sont différents ainsi que le travail. Les chirurgiens de campagne sont misérables. Ils doivent savoir tout faire. Sachant lire et écrire, ce sont des personnages importants dans les villages mais ils connaissent la précarité matérielle. Ils sont ignorés de tous sauf des impôts. Les gens n'ont pas les moyens de les payer sauf en produits de la terre. En ville, les médecins sont des bourgeois et peuvent être anoblis.

Un événement relatif à la santé du roi va modifier les événements. En 1687, Louis XIV subit l'opération d'une fistule anale. Son chirurgien démontre une parfaite maîtrise de la technique. Par contre, la mort prématurée de la reine, due à une erreur de diagnostic de la part des médecins de la cour, met ces derniers en position défavorable par rapport aux chirurgiens. En 1699, suite à des opérations sur la vessie et les yeux, le premier chirurgien demande au roi de reconnaître des activités jusque là négligées. Un ensemble de règlements voit le jour : les praticiens spécialistes des yeux, de la vessie, des articulations, des hernies et des dents sont enfin reconnus. Pour la première fois, les dentistes entrent dans le monde de la

médecine. On exige des connaissances, une reconnaissance des capacités, et un titre est donné ainsi que des règles à suivre.

L'Académie royale de chirurgie voit le jour en 1731 et permettra aux dentistes de se faire connaître et reconnaître.

Il ne faut pas oublier de parler de Fauchard, père de la dentisterie moderne. Élève du chirurgien-major des vaisseaux du roi, il exerce ensuite à Angers, Nantes, Rennes, Paris. C'est le premier dentiste digne de ce nom. Il publie un ouvrage, *Le chirurgien dentiste*, en 1728.

C'est un traité d'anatomie dentaire, de leur nature, de leur croissance. Il reconnaît le sucre comme une des causes de la carie et met en doute l'étiologie vermiculaire. Il nettoie les caries, met de l'huile de girofle et un plombage à base d'étain, de plomb et d'or. Malgré tout, il recommande aussi les bains de bouche avec de l'urine. Il est reçu maître-expert des dents. Il ridiculise les charlatans mais il utilise tout de même la cervelle de lièvre, la moelle osseuse, le sang de crête de coq. Il ne connaît pas le porte-empainte mais mesure son patient avec un compas et il confectionne des patrons en papier.

Les prothèses exécutées à cette période sont des coiffes en or, des râteliers complets, et on passe du métal émaillé à la porcelaine. Le premier dentier en céramique voit le jour vers 1788.

Parti de rien au début du siècle, l'art dentaire réussira en quelques années à acquérir ses lettres de noblesse. Le dentiste devient un homme savant qui pratique le latin.

Les statuts du Collège de chirurgie de Paris (1768) précisent que pour devenir dentiste il faut d'abord être apprenti d'un maître pendant deux ans après contrat devant notaire. Il faut ensuite passer un examen à Saint Côme pour avoir le titre d'expert puis de maître en chirurgie. Les candidats doivent acquitter des droits et faire des présents (argent, paires de gants).

La Révolution n'amènera rien de plus au niveau technique et scientifique.

Aux XIX^e et XX^e siècles

Le XIX^e siècle voit l'apparition du bridge en 1810 et celle de l'amalgame à partir de 1818. Les formules seront sans cesse améliorées. Pour la première fois, on remplace des arcades entières et on rencontre le problème de stabilité des dentiers mandibulaires. À cette époque, les appareils tiennent avec des fils fixés par des perforations dans les gencives. Ces prothèses sont bruyantes et fragiles.

L'innervation dentaire sera précisée vers 1850. On sait maintenant que la dent est constituée d'émail à l'extérieur, de dentine et de pulpe à l'intérieur.

L'anesthésie fait ses débuts : l'éther en 1842, le protoxyde d'azote (gaz hilarant) vers 1844, l'éther sulfurique en 1846, le chloroforme en 1847, le chlorure d'éthyle en 1894.

L'anesthésie locale débute vers 1889 avec la cocaïne remplacée par la novocaïne moins toxique en 1904.

Au XX^e siècle, la prothèse dentaire connaît un essor considérable, les techniques et les matériaux progressent très vite à partir de 1910. En 1934, les résines acryliques apportent un nouveau progrès.

À la veille de la seconde guerre mondiale, des dentistes illégaux sont encore en activité. Il faudra attendre 1935 pour que le baccalauréat soit exigé pour l'inscription dans les écoles dentaires.