

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE

Année : 2015

N° : 041

**La notion de faute technique dans le cadre de la
responsabilité civile professionnelle du
chirurgien-dentiste**

Thèse pour le Diplôme d'Etat de
Docteur en Chirurgie-Dentaire

Présentée et soutenue publiquement par :

KHAIRY Saloua

Née le 06/11/1989

Le 23 juin 2015 devant le jury ci-dessous :

Président : Pr GIUMELLI Bernard

Assesseur : Dr VERNER Christian

Directeurs : Dr MARION Dominique et Dr AMADOR Gilles

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame BLERY Pauline Madame Isabelle HYON Madame Hélène GOEMAERE GALIERE
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Madame BOEDEC Anne Monsieur CLÉE Thibaud Monsieur DAUZAT Antoine Monsieur DEUMIER Laurent Madame CLOITRE Alexandra Madame GOUGEON Béatrice Monsieur KOUADIO Kouakou (Assistant associé) Monsieur LANOISELEE Edouard Monsieur LE BOURHIS Antoine Madame LE GOFFE Claire Madame MAÇON Claire Madame MELIN Fanny Madame MERAMETDJIAN Laure Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur RESTOUX Gauthier Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Madame BRETECHE Anne (MC Associé) Madame RAKIC Mia (MC Associé) Madame VINATIER Claire (PR Associé)	Monsieur COUASNAY Greig

06/02/15

**Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur
donner aucune approbation, ni improbation.**

A mon président de thèse
Monsieur le Professeur GIUMELLI Bernard

Docteur en chirurgie-dentaire
Professeur des Universités
Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche
dentaires
Chef du Département de Prothèses

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant
de présider le jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères
remerciements et de mon profond respect.*

**A mon directeur de thèse
Monsieur le Docteur MARION Dominique**

Docteur en chirurgie-dentaire
Maître de Conférences des Universités
Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche
dentaires
Département d'Odontologie Conservatrice et Endodontie

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant
de participer au jury de cette thèse.
Je vous adresse mes sincères remerciements pour vos
conseils et votre suivi dans l'élaboration de ce travail.*

A mon directeur de thèse
Monsieur le Docteur AMADOR DEL VALLE Gilles

Docteur en chirurgie-dentaire
Maître de Conférences des Universités
Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche
dentaires
Chef du Département de Santé Publique
Habilité à diriger les recherches
Chef du pôle hospitalo-universitaire quatre

*Pour l'honneur que vous me faites en acceptant
de participer au jury de cette thèse.
Pour vos conseils lors de l'élaboration de
ce travail, veuillez trouver ici l'expression
de mes sincères remerciements.*

A mon assesseur
Monsieur le Docteur VERNER Christian

Docteur en chirurgie-dentaire
Maître de Conférences des Universités
Praticien hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de recherche
dentaires
Département de Parodontologie

*Pour avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse,
veuillez croire en mes respectueux remerciements.*

Sommaire

Introduction	11
I La responsabilité civile du chirurgien-dentiste	12
1. Historique.....	12
2. La responsabilité contractuelle.....	13
2.1. L'obligation de moyens.....	14
2.2. L'obligation de résultat.....	16
2.3. L'obligation de sécurité-résultat.....	20
3. La responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle.....	23
3.1. Vis-à-vis du patient.....	23
3.2. Vis-à-vis des tiers.....	24
4. Les distinctions entre ces deux types de responsabilité.....	24
II Eléments du contrat de soin	25
1. L'information au patient.....	25
1.1. Le devoir d'information.....	25
1.2. La preuve et le défaut d'information.....	27
2. Le consentement éclairé.....	29
3. Le dossier médical.....	31
III Les conditions de la responsabilité	34
1. La caractérisation de la faute.....	34
2. Le lien de causalité.....	35
3. La faute technique.....	36
3.1. La faute de diagnostic.....	36
3.2. La faute dans le choix du traitement.....	37
3.3. La faute dans la mise en œuvre du traitement.....	37
3.4. La faute dans le suivi du patient.....	38
3.5. La faute d'asepsie.....	38
4. L'aléa thérapeutique.....	38
5. Le préjudice.....	42
5.1. La notion de perte de chance.....	42

5.1.1. Le principe de la perte de chance et la causalité comme problématique.....	42
5.1.2. L'administration de la preuve et la réparation du préjudice.....	44
5.1.3. Le cas du défaut d'information.....	46
5.2. Les différents préjudices.....	47
5.2.1. La caractérisation des préjudices.....	47
5.2.2. L'évaluation du dommage.....	49
5.2.3. Le préjudice spécifique lié au défaut d'information.....	49
IV La prise en charge d'un litige.....	51
1. Les voies de contestation du patient lors d'un conflit.....	51
1.1. Origine des conflits et voies de recours possibles.....	51
1.1.1. Origine des conflits.....	51
1.1.2. La voie civile pour l'indemnisation.....	51
1.1.3. La voie ordinaire pour la sanction.....	52
1.1.4. La voie pénale pour le cumul d'une indemnisation et d'une sanction.....	52
1.2. La voie amiable.....	52
1.2.1. Réclamation directe auprès du praticien ou de son assureur.....	53
1.2.2. Réclamation auprès du Conseil de l'Ordre.....	54
1.3. La voie contentieuse.....	57
1.3.1. Plainte auprès du conseil de l'Ordre.....	57
1.3.2. Plainte auprès de la juridiction civile.....	59
1.3.3. Plainte auprès de la juridiction pénale.....	60
2. Les modalités de réparation des dommages.....	61
2.1. Généralités.....	61
2.1.1. La mise en œuvre de la réparation individuelle.....	61
2.1.2. La mise en œuvre de la réparation collective.....	62
2.2. Réparation par la voie d'une transaction directe.....	62
2.3. Réparation par les CRCI.....	62
2.3.1. L'indemnisation par l'assureur.....	64
2.3.2. L'indemnisation par l'ONIAM.....	65
2.4. Réparation juridictionnelle.....	65
3. L'expertise médicale.....	66
3.1. L'expertise amiable.....	66
3.1.1. L'expertise amiable contradictoire.....	66
3.1.2. L'expertise amiable non contradictoire.....	67

3.1.3. Le déroulement et le rapport d'une expertise amiable.....	67
3.2.L'expertise judiciaire.....	68
3.2.1. La procédure.....	68
3.2.2. La conduite de l'expertise.....	69
3.2.2.1. La convocation des parties.....	69
3.2.2.2. La mission d'expertise.....	69
3.2.2.3. Le rapport d'expertise.....	71
4. Les litiges, en nombre et en pratique.....	71
4.1.Le taux de sinistralité en 2013.....	71
4.2. Exemples de cas de litiges, rapportés par la MACSF.....	73
4.2.1. Erreur de diagnostic.....	73
4.2.2. Accident d'inhalation et d'ingestion.....	74
4.2.3. Fracture d'instrument canalaire.....	76
4.2.4. Dépassement de pâte d'obturation.....	78
4.2.5. Lésion du nerf lingual.....	79
4.2.6. Cas de prothèse.....	80
4.2.7. Cas d'implantologie.....	82
4.2.8. Cas d'allergie.....	84
Conclusion.....	87
Bibliographie.....	88
Table des illustrations.....	94
Annexe 1.....	95
Annexe 2.....	98

Introduction

Auparavant, les professionnels de santé étaient l'objet d'un grand respect de la part des patients. Mais, au fil du temps et depuis la loi du 04 mars 2002, le patient est devenu un consommateur de soins, pleinement acteur et responsable de sa santé. L'omniprésence des médias est aussi responsable de cette évolution par la diffusion facilitée de l'information. Par conséquent, l'image du paternalisme médical représentant un rapport dominant/dominé s'est effacée au profit des droits et de l'autonomie de l'individu.

Le chirurgien-dentiste est ainsi devenu un prestataire de soins et le patient exige de lui un résultat satisfaisant. Si tel n'est pas le cas, il n'hésitera pas à assigner son praticien en justice.

Par ailleurs, l'évolution du droit et de la jurisprudence a entraîné un accroissement des mises en jeu de la responsabilité des chirurgiens-dentistes. En conséquence, ces derniers sont de plus en plus confrontés à des réclamations de patients et le développement de nouvelles techniques ne peut qu'augmenter le risque de voir leur responsabilité engagée.

Les progrès de la médecine et notamment de la chirurgie-dentaire ont engendré cette intolérance à l'égard des risques. Il n'en demeure pas moins que la chirurgie-dentaire, qui se pratique comme un art, doit adapter ses techniques médicales aux progrès de la science.

Ainsi, pour mieux prévenir la naissance d'un contentieux entre le patient et son praticien, nous allons élucider les obligations légales qui s'appliquent à la profession de chirurgien-dentiste. Il est aussi important de considérer que la jurisprudence évolue avec le temps et peut donc modifier certains principes de droit.

Puis, nous allons décrire les conditions essentielles au fondement de la responsabilité. Cela permettra de mieux comprendre comment l'existence d'une faute peut être établie. Nous nous intéresserons plus particulièrement à la faute technique et prendrons le soin de distinguer celle-ci d'un accident non fautif.

Nous développerons ensuite les moyens qui existent afin de régler un litige et décrirons l'importance du rôle de l'expert, véritable intermédiaire entre le domaine de la chirurgie-dentaire et les juridictions.

Enfin, à travers divers cas pratiques qui ont pour origine une faute technique, nous tenterons de saisir la façon dont s'applique la législation.

I La responsabilité civile du chirurgien-dentiste

1. Historique

En France, le Code civil, promulgué le 21 mars 1804 par Napoléon Bonaparte, réunit les lois relatives au droit civil.

Le principe général de la responsabilité civile est défini dans le Code civil par les articles 1382, 1383 et 1384 alinéa 1^{er} :

« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. »

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. » (30)

De ce fait, la responsabilité civile est une institution qui regroupe l'ensemble des règles permettant de mettre, à la charge d'un responsable, l'obligation de réparer les dommages causés à autrui. (11)

Elle nécessite l'existence de 3 éléments fondamentaux : un fait dommageable, un préjudice et une relation de causalité entre les deux. Cet aspect sera détaillé dans la partie III.

Au XIX^{ème} siècle, la responsabilité des chirurgiens-dentistes et des médecins, fondée sur les articles cités précédemment, était délictuelle. En effet, le 18 juin 1835, un arrêt significatif fut rendu par la Cour de cassation consacrant la responsabilité délictuelle de ceux-ci.¹

La même année, un chirurgien-dentiste a été condamné pour ne pas avoir fourni des soins consciencieux. L'encadrement juridique de la profession est ainsi apparu, entraînant deux conséquences majeures : une responsabilisation des praticiens pour éviter une condamnation et un gain d'assurance pour les patients qui pourront alors faire valoir leurs droits. (7)

Puis, en 1936, l'arrêt Mercier a clairement défini la relation qui unit le praticien à son patient :
« Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, (...), du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, (...), mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ; (...). »²

¹ Cass.req., 18 juin 1835, Arrêt Thouret-Noroy, D.P 1835, 1, p. 300, concl.Dupin ; S.1835, 1, n° 26, p. 401.

² Cass.civ., 20 mai 1936, Arrêt Mercier, D.1936, 1, p. 88, concl.Matter, rapp.Josserand ; S.1937, 1, p. 321, note Breton ; J.C.P 1936, 1079.

Cet arrêt est fondé sur l'article 1147 du Code civil qui affirme que : « Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, (...) » (30)

L'application de cet arrêt a tout d'abord été valable uniquement pour les médecins, puis pour les chirurgiens-dentistes dès le 17 mars 1967 : « Le contrat qui se forme entre le chirurgien-dentiste et son patient entraîne pour le premier de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science. » (7)

Le contrat médical, liant le praticien à son patient, a alors été créé et, par conséquent, l'établissement de la responsabilité contractuelle en cas de manquement à ce contrat. La responsabilité civile s'envisage alors sous deux formes : la responsabilité contractuelle et la responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle, cette dernière subsistant en l'absence de contrat. (7)

Par la suite, la loi du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a permis d'unifier les deux régimes dans la responsabilité pour faute.

2. La responsabilité contractuelle

La responsabilité contractuelle peut être engagée lors d'un manquement du praticien à l'obligation contractuelle. L'arrêt Mercier du 20 mai 1936, cité précédemment, correspond à une décision de principe du fondement contractuel. Il a été appliqué par la jurisprudence aux chirurgiens-dentistes et aux médecins avant l'apparition, en 2010, du fondement légal issu de la loi du 04 mars 2002. L'existence d'un contrat entre le chirurgien-dentiste et son patient a alors été admise. (7)

Le contrat de soins est un contrat civil. Ainsi, l'article 1101 du Code civil, définit que : «Le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose. » (30)

La convention, conclue entre le chirurgien-dentiste et le patient, doit répondre aux quatre conditions suivantes, régies par l'article 1108 du Code civil (30) :

- l'accord de volonté des parties,
- la capacité de contracter des parties,
- l'objet doit être certain,
- la cause doit être licite. (40)

Pour le contrat médical, on peut spécifier que :

- l'accord de volonté est échangé lorsque le malade exprime la volonté de se faire soigner et que le praticien l'accepte comme patient ;
- concernant la capacité de contracter: le patient doit être majeur et le praticien doit être compétent et titulaire du diplôme ;

-l'objet de dispenser les soins est certain, c'est à dire suffisamment déterminé dans l'acte pour que les parties puissent mesurer l'étendue de leur engagement ;
-la cause, c'est-à-dire l'amélioration de la santé du patient, est licite, donc conforme à l'ordre public, aux bonnes mœurs. (40)

Le contrat de soins est volontaire, tacite et informel. Il est conclu à titre onéreux. Il est aussi synallagmatique, c'est-à-dire que chacune des deux parties, le praticien d'une part, le patient de l'autre, a des obligations et des droits qu'elles se doivent réciproquement. Le praticien est soumis, en principe, à une obligation de moyens. Le patient, quant à lui, est soumis à l'obligation de suivre les conseils, les prescriptions données par le praticien et de rémunérer le praticien. C'est un contrat conclu « *intuitu personae* », c'est-à-dire qu'il est personnel. Le principe du libre choix du praticien impose alors à celui-ci de réaliser personnellement les soins. (40)

Il s'agit d'un contrat résiliable unilatéralement et consensuel, c'est-à-dire qu'il impose l'échange des consentements. Pour le patient, la conclusion du contrat s'effectue par l'établissement de son consentement. Cependant, il peut rompre le contrat de soins dès qu'il le souhaite. Cette faculté est absolue et s'explique par le principe du libre choix du praticien par le patient. Les motifs, à l'origine de cette rupture de contrat, peuvent être la dégradation des relations contractuelles et l'échec du traitement prodigué. (40)

Pour le praticien, la faculté de résiliation est soumise à conditions. En effet, il doit impérativement répondre aux situations d'urgence et assurer la continuité des soins. De plus, ces dernières années, de nombreuses normes se sont ajoutées au contrat médical, montrant une invasion du contrat médical par le droit public sanitaire. Celles-ci limitent la liberté contractuelle du chirurgien-dentiste. L'obligation de soigner a ainsi progressivement altéré l'autonomie contractuelle de ce dernier. (48)

2.1. L'obligation de moyens

L'obligation de moyens a été consacrée par l'arrêt Mercier, déjà évoqué, et qui détermine la nature de la responsabilité contractuelle :
« Attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science (...). »³

³ Cass.civ., 20 mai 1936, Arrêt Mercier, D.1936, 1, p. 88, concl.Matter, rapp.Josserand ; S.1937, 1, p. 321, note Breton ; J.C.P 1936, 1079.

L'arrêt, qui fait référence en chirurgie-dentaire, a été rendu par la première chambre civile de la Cour de cassation le 27 janvier 1960. Il est considéré comme la transposition de l'arrêt Mercier en matière de chirurgie-dentaire.⁴

L'article R4127-233 du code de déontologie dentaire reprend les termes de cet arrêt et établit que : « Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige : à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science (...). » (43)

L'obligation de moyens est fondée sur le principe de l'aléa affectant le résultat de l'acte médical. Elle est invoquée lorsque la nature de la prestation exclut tout aléa.

La faute contractuelle du chirurgien-dentiste se définit alors comme le manquement à cette obligation de moyens, c'est-à-dire le fait de ne pas tout mettre en œuvre pour arriver au résultat escompté sans pour autant garantir ce résultat. (37)

Toutefois, de nombreux actes ont donné lieu à une évolution de la jurisprudence tendant, pour certains, à renforcer l'obligation de moyens et, pour d'autres, à mettre à la charge du praticien une obligation de résultat. (48)

La loi du 04 mars 2002 a reformulé la nature de l'obligation de moyens.

Dans l'article L1110-5 du Code de la santé publique, elle impose une référence aux connaissances médicales avérées : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. » (32)

La formulation « connaissances médicales avérées » a rarement été adoptée par les juges. En effet, les juridictions du fond et suprêmes ont préféré continuer à utiliser la formulation « données acquises de la science ». (48)

Par la suite, un arrêt du 3 juin 2010, rendu par la Cour de cassation, abandonna le fondement de l'article 1147 du Code civil par lequel le fondement contractuel fut institué.⁵

Ce revirement jurisprudentiel a alors admis le fondement légal de la relation médicale. Par conséquent, la qualification des obligations techniques, suivant les « connaissances médicales avérées », est de plus en plus présente dans les décisions de justice. (48)

D'autre part, la loi du 04 mars 2002 a aussi réaffirmé la responsabilité pour faute du praticien, réservant la responsabilité sans faute pour la fourniture d'un produit de santé.

⁴ Cass.civ.1^{ère}, 27 janvier 1960, B.../C... : Juris-data n° 000059.

⁵ Cass.civ.1^{ère}, 3 juin 2010, n° 09-13.591, AJDA 2010. 2169, note C. Lantero ; D. 2010. 1522, obs. I. Gallmeister, note P. Sargos ; *ibid.* 1801, point de vue D. Bert ; *ibid.* 2092, chron. N. Auroy et C. Creton ; *ibid.* 2011. 35, obs. P. Brun et O. Gout ; *ibid.* 2565, obs. A. Laude ; RDSS 2010. 898, note F. Arhab-Girardin ; RTD civ. 2010. 571, obs. P. Jourdain.

L'article L1142-1-I du Code de la santé publique soutient ainsi que :

« Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. » (32)

Finalement, même si la responsabilité légale du chirurgien-dentiste ne peut être engagée qu'en cas de faute, les juges ont largement usé de leur pouvoir d'appréciation par le biais de la qualification de l'obligation de moyens ou de résultat, ceci alourdissant les obligations à la charge du praticien. (48)

2.2. L'obligation de résultat

Le chirurgien-dentiste est responsable, au titre de l'obligation de moyens, pour tous les actes dentaires, notamment ceux réalisés en vue de la pose d'une prothèse et dans le cadre de la surveillance du maintien de celle-ci. En revanche, lorsqu'il agit en tant que fournisseur de la prothèse, et d'autant plus si le chirurgien-dentiste est aussi le fabricant de celle-ci, ce dernier s'engage vis-à-vis de son patient à un résultat. (48)

Dès 1952, la Cour d'appel de Dijon fait la distinction entre 2 notions :

l'obligation d'une thérapeutique consciencieuse, attentive et conforme aux données acquises de la science, destinée à assurer la mise en place et la conservation de la prothèse, d'une part, et l'obligation de fournir une prothèse qui puisse remplacer la denture, d'autre part.⁶

Le 15 novembre 1972, la Cour de cassation a jugé le cas d'une patiente refusant de payer les honoraires de prothèses. Ces dernières se révélaient inadaptées au bout de trois corrections. La Cour de cassation interpréta alors la volonté du patient sans prendre en compte le concept d'aléa entourant la réalisation de prothèses.⁷

L'obligation de résultat concernant la prothèse fut, par la suite, de nombreuses fois reprise. Ce sont deux arrêts de la Cour de cassation qui ont consacré le principe et défini la portée d'une obligation de résultat pour la fourniture de prothèses :

Le 1^{er} arrêt affirme que :

« (...) Mais attendu que si M.B. (chirurgien-dentiste) était tenu à une simple obligation de moyens non seulement quant aux soins proprement dits par lui prodigués à Mme D. 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 en attendre, c'est-à-dire un appareil sans défaut, et qu'il doit dès lors réparer le préjudice dû à la défektivité de celui qu'il a posé (...) » (Cour de cassation, première chambre civile, le 29 octobre 1985).⁸

⁶ CA Dijon, 24 janvier 1952 ; Dal., I, 1952, 171.

⁷ Cass.civ.1^{ère}, 15 novembre 1972 : Juris-data n° 000241 ; Bull.civ. I, n° 241; RTDC, 1974, p. 160, obs. Durry ; Dal., 1973, II, 243.

⁸ Cass.civ. 1^{ère}, 29 octobre 1985, n° 83-17.091 : Juris-data n° 002650 ; Bull.Civ. I, n° 273; Dal., 1986 417, note Penneau ; RTDC, 1986, 762, obs. Huet.

Le 2^{ème} arrêt consacre le principe du droit posé :

« *Attendu que si un chirurgien-dentiste est tenu à une simple obligation de moyens quant aux soins qu'il prodigue, il est tenu à une obligation de résultat comme fournisseur de prothèse, devant délivrer un appareil sans défaut* » (Cour de cassation, première chambre civile, le 15 novembre 1988).⁹

Ainsi, l'obligation de résultat s'est progressivement élargie au détriment de l'obligation de moyens dans le cadre du traitement prothétique. Les juridictions du fond, en interprétant le principe des arrêts ci-dessus, ont étendu la portée de l'obligation de résultat, parfois même à l'ensemble des actes thérapeutiques se concluant par la pose d'une prothèse. (48)

Par conséquent, la limite entre l'obligation de moyens et l'obligation de résultat est devenue de plus en plus confuse. Cette confusion est liée aux nombreux actes que comporte un traitement prothétique. (48)

La notion de défectuosité a connu plusieurs interprétations selon les juridictions et les époques. (48)

Des demandes excessives ont été formulées par certains patients, réclamant alors l'indemnisation de dommages totalement étrangers à la qualité objective de la prothèse. Une jurisprudence abondante révèle cette dérive. D'ailleurs, certains juges ont perçu ce risque de dérives et rejeté des demandes fondées sur l'obligation de résultat, exigeant la preuve du lien de causalité entre la prothèse et le dommage (Cour d'assise de Colmar, le 7 septembre 1992).¹⁰

De cette manière, le 08 février 1991, la Cour d'assise de Paris a reconnu, dans le comportement passif d'une patiente, la cause du dommage ou de l'échec des soins : « Le fait que la patiente ne porte pas la prothèse définitive et qu'elle a interrompu ses soins au stade le plus important de la thérapeutique sont en relation avec les troubles et les lésions qu'elle invoque. »¹¹

Confirmant cette approche dans un arrêt remarqué, la Cour de cassation a rappelé en 1996 que l'adaptation de la prothèse à la mâchoire du patient relevait de soins et donc du régime de l'obligation de moyens :

« (...) *Attendu qu'en se déterminant ainsi, alors qu'il (le jugement attaqué) relevait, par ailleurs, que ces difficultés d'adaptation pouvaient être corrigées à l'occasion d'une consultation du praticien que le patient n'avait pas sollicitée, en sorte que l'adaptation relevait d'actes de soins, le jugement a violé le texte susvisé* » (Cour de cassation, première chambre civile, le 10 décembre 1996).¹²

⁹ Cass.civ.1^{ère}, 15 novembre 1988, n° 86-16.443 : Juris-data n°002734 ; JCP, 1989, IV, 21 ; GP, 1989, 1, 12.

¹⁰ CA Colmar, ch. civ., 7 septembre 1992 : Juris-data n° 047223.

¹¹ CA Paris, ch.1, sect.B, 8 février 1991 : Juris-data n° 020252 ; JCP G, 1992, n° 6, II, n°21788, note Mémenteau.

¹² Cass.civ.1^{ère}, 10 décembre 1996, n° 95-13.154 : Juris-data n° 004778 ; Bull.civ. I, 445 ; PA, 15 juin 1998, n° 71, p. 16, note Doussan ; GP, 5-9 septembre 1997, n° 248-252, panorama p. 200.

Ainsi, la collaboration du patient à la réussite de l'adaptation de la prothèse dentaire est explicitement retenue comme un élément de la nature de l'obligation de chirurgien-dentiste. Le comportement du patient est considéré par les juges comme pouvant être, ou non, à l'origine de l'inadaptation des prothèses. (48)

De ce fait, il est du devoir du patient de participer activement aux actes de soins et sa guérison dépend, au moins en partie, de l'existence ou de l'absence de sa collaboration. A défaut d'une telle participation ou collaboration, l'échec de la pose de prothèse ne saurait être imputé au professionnel. (48)

D'autre part, lorsque le praticien n'est que le fournisseur de la prothèse, déléguant sa fabrication à un prothésiste extérieur, la jurisprudence considère que l'obligation de résultat est encore de rigueur. En effet, le chirurgien-dentiste possède un droit et aussi un devoir de regard sur la bonne exécution de la prothèse par le prothésiste. (48)

L'obligation de résultat, à laquelle est soumis le chirurgien-dentiste, s'étend alors à la conception de la prothèse, aux indications qu'il doit fournir au prothésiste et au contrôle de la bonne exécution des directives par ce dernier. (48)

Le 30 mai 1991, la Cour d'assise de Montpellier a rendu un arrêt relatif à ce principe :
« (...) Attendu qu'il est spécieux de soutenir que cette obligation de résultat pèserait sur le prothésiste, avec lequel le client n'a pas contracté, alors qu'il appartient au chirurgien-dentiste fournisseur de donner au prothésiste des directives précises et adaptées au cas d'espèce, en fonction des examens préalables et de sa conception de l'appareillage, et ensuite de veiller à ce que ledit prothésiste les exécute fidèlement ;
Et attendu qu'il lui appartient de s'apercevoir, lors de la mise en bouche, si la prothèse ainsi façonnée est correctement exécutée, et adaptée au ca à traiter, et dans le cas contraire d'en faire réaliser une autre qui soit satisfaisante, quel que puisse être le motif pour lequel celle qui lui a été livrée par quelqu'un que le client ignore, s'avère défectueuse dans sa réalisation ou inadaptée à la mâchoire du patient ;
Attendu qu'il est donc logique qu'il lui soit imposé de ce chef une obligation de résultat »
(Cour d'assise de Montpellier, première chambre civile, le 30 mai 1991).¹³

Cette extension de l'obligation de résultat à la « conception prothétique » a été confirmée par la Cour de cassation : « 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. » (Cour de cassation, 23 novembre 2004).¹⁴

¹³ CA Montpellier, ch. 1, 30 mai 1991 : Juris-data n° 034427.

¹⁴ Cass.civ.1^{ère}, 23 novembre 2004, n° 03-12.146 : Bull.civ. I, n° 286 ; RDSS, 2005, p. 151, note B.Pitcho ; JCP G, n°1, 12 janvier 2005, IV, 1014 ; Responsabilité civile et assurances, n° 1, janvier 2005, comm. 25 ; M.Sabek, « Conception prothétique, quel résultat ? », L'information dentaire, n° 6, 2005, p. 327.

La conséquence juridique, liée à la disparition de l'aléa en matière de traitement prothétique, conduit à s'interroger sur le devenir de la responsabilité du chirurgien-dentiste. La loi du 04 mars 2002, en rappelant le principe de la responsabilité pour faute, n'y a rien changé. Les juges ont progressivement qualifié de manquement à l'obligation de résultat des situations où le traitement prothétique ne donnait pas satisfaction, malgré l'absence de manquement à l'obligation de moyens. (48)

Plus tard, un patient a intenté une action en responsabilité contre un chirurgien-dentiste. Il invoquait la violation de l'obligation de résultat qui incombe à ce dernier et demandait la réparation du préjudice subi, du fait de l'inadaptation de la prothèse. (27)

L'arrêt de la Cour de cassation du 31 octobre 2012, relatif à cette affaire, a réalisé une mise au point et informé : « qu'appréciant souverainement les constatations de l'expert, (la cour d'appel) a estimé que le défaut de prise en charge thérapeutique mis en exergue ... n'était pas constitué ; qu'elle a pu en déduire qu'aucune faute n'avait été commise par (le chirurgien-dentiste) dans les soins prodigués, et que (ce praticien) n'engageait pas sa responsabilité envers M. X., ses constatations excluant en outre que le dommage fût dû à un défaut de conception ou de fabrication des prothèses ou à une maladresse ... ». ¹⁵

Par conséquent, la Cour rejeta le pourvoi formé par le patient. (27)

Plus récemment encore, un autre arrêt de la Cour de cassation a avancé une décision concernant les soins réalisés par un chirurgien-dentiste faisant l'objet d'une plainte : « *Attendu que les prestations de M A (chirurgien-dentiste), qui comprenaient la conception et la délivrance d'un appareillage, étaient opportunes, adaptées et nécessaires eu égard à la pathologie de Mme Z., que les soins avaient été dispensés dans les règles de l'Art en fonction de la difficulté particulière du cas de la patiente et que les résultats obtenus correspondaient au pronostic qu'il était raisonnable d'envisager, la cour d'appel a, par ces motifs exclusifs d'une faute quelconque, imputable à M. A., légalement justifié sa décision* » (Cour de cassation, le 20 mars 2013). ¹⁶

Dans cet arrêt de principe, la Cour suprême consacre, sans réserve, l'obligation de moyens du professionnel de santé dans le cadre de son acte de soins qui comprend « la délivrance d'un appareillage ». Elle rejette le moyen que la patiente invoque sur la base de l'ancienne jurisprudence, précisée par cet arrêt du 23 novembre 2004, mentionné précédemment. Désormais, la Cour de cassation admet que le chirurgien-dentiste, comme tous les autres professionnels de santé, ne peut être tenu que d'une obligation de moyens, y compris dans la fourniture d'une prothèse. (27)

¹⁵ Cass.civ.1^{ère}, 31 octobre 2012, n° 11-21633.

¹⁶ Cass.civ.1^{ère}, 20 mars 2013, n° 12-12300, Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie (JDSAM), 2013, n° 1, chr.6 note M. Bacache.

Tous ces éléments montrent la complexité, l'ambiguïté et l'hétérogénéité du droit applicable aux prothèses. La responsabilité objective de conception et de confection, ayant pour but la fourniture de prothèses fonctionnelles et esthétiques, se heurte à la globalité du traitement prothétique. De plus, l'aléa fait obstacle à cette approche et on ne peut mettre à la charge du seul praticien la réussite de ce dernier. En effet, la réussite du traitement prothétique est aussi liée à la collaboration du patient et à l'imprévisible évolution biologique de l'ensemble des organes constituant l'appareil manducateur. (48)

2.3. L'obligation de sécurité-résultat

Le chirurgien-dentiste est tenu à une simple obligation de moyens dans le cadre du contrat de soins le liant à son patient. En revanche, pour le dommage causé du fait des produits et des instruments utilisés, la jurisprudence a progressivement établi une obligation de sécurité-résultat pesant sur le professionnel de santé. (38)

En effet, la sécurité sanitaire est devenue une préoccupation essentielle des pouvoirs publics et un enjeu majeur dans notre société. Le fait des choses inanimées peut alors engager la responsabilité contractuelle du chirurgien-dentiste, fondée sur l'article 1147 du Code civil, lorsque l'incident, dû au matériel, survient lors de l'exécution du contrat. (8)

Ainsi, le chirurgien-dentiste doit supporter une obligation de sécurité-résultat pour :

- les dispositifs médicaux invasifs posés (implants, prothèses,...),
- les médicaments prescrits ou les produits administrés (innocuité, absence de contre-indications,...),
- les matériels ou les instruments utilisés (qualité intrinsèque, stérilisation, conditionnement,...),
- les infections nosocomiales. (8)

De plus, la plupart des soins dentaires courants présentent un caractère invasif et peuvent donc prétendre au qualificatif chirurgical. La Cour de cassation met donc aussi, à la charge du praticien, une obligation de précision du geste chirurgical. (39)

Dès 1965, la Cour de cassation a posé le principe d'une responsabilité contractuelle du fait des choses utilisées dans l'exécution du contrat médical. De ce fait, un praticien a été condamné à la suite de la rupture d'une aiguille de Reversdin dans les tissus de la cavité buccale d'une patiente, lors d'une intervention chirurgicale. (38)

Et la Cour de cassation a rappelé que le praticien : « est tenu, par le contrat qui le lie au malade, de donner à celui-ci des soins attentifs, consciencieux et prudents, conformes aux données acquises de la science ; que la violation ou l'exécution défectueuse d'une telle obligation est sanctionnée par une responsabilité de nature contractuelle » (Cour de Cassation, le 16/11/1965).¹⁷ (38)

¹⁷ Cass.civ., 16 novembre 1965.

La Cour de cassation considérait, auparavant, que le praticien devait réparer le dommage subi par le patient, même si l'instrument utilisé ne l'avait pas été de façon défectueuse, sur la base d'une obligation de sécurité envers son patient du fait d'un instrument affecté d'un vice propre à l'origine du dommage (TGI Pontoise 28/11/1986, rupture d'une fraise dans la bouche d'un patient).¹⁸

En revanche, en cas d'absence de preuve de défaut de l'instrument et de faute du praticien, la jurisprudence rejetait la responsabilité du chirurgien-dentiste :

« Attendu qu'il ne peut être contesté qu'une obligation contractuelle de sécurité est mise à la charge du praticien quant à l'utilisation des instruments nécessaires à l'exercice de son art ; que ces instruments ne doivent, en aucun cas, par leur fonctionnement défectueux, être source de dommage pour le patient ;

Mais attendu qu'en cas d'atteinte à l'intégrité corporelle en raison de l'utilisation d'un instrument qui, dans son fonctionnement, est susceptible de provoquer une telle atteinte, en dehors de tout défaut, la responsabilité du praticien ne peut être retenue que si une faute dans l'utilisation de l'instrument est prouvée ; (...) » (TGI Paris 7/12/1987).¹⁹

Dans une décision du 09 novembre 1999, la Cour de Cassation a confirmé le fondement contractuel de la responsabilité pesant sur le praticien au titre de l'obligation de sécurité-résultat : « le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins. »²⁰

Toutefois, elle a établi des conditions spécifiques à cette responsabilité :

-La première est que le dommage subi par la victime doit être lié à l'anomalie de la chose, au vice dont celle-ci est affectée ;

-La seconde est que c'est à la victime, et non au praticien, de prouver que le défaut est à l'origine du dommage, autrement dit, elle doit démontrer le lien de causalité entre ces deux éléments.

Les limitations rapportées par la jurisprudence de la Cour de cassation évitent ainsi que tous les accidents, causés par le matériel, ne pèsent sur le praticien. (38)

La loi du 04 mars 2002 a épargné le cas de la responsabilité pour faute quand l'action en responsabilité est intentée sur le fondement d'un défaut du produit de santé (article L1142-1-I du CSP, cité dans le I.1.) : « Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé (...), ainsi que tout établissement, service ou organisme (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. » (32)

Le chirurgien-dentiste doit alors amener son patient au terme de l'intervention, sain et sauf de tout dommage autre que celui pouvant résulter des aléas propres à l'intervention. Il ne doit causer aucun dommage supplémentaire par rapport à l'état initial du patient.

¹⁸ TGI Pontoise, 28 novembre 1986 : Juris-data n° 600760 ; Dal., 1987, 317, note Larroumet.

¹⁹ TGI Paris, ch. 1, sect. 3, 7 décembre 1987 : Juris-data n° 048462.

²⁰ Cass.civ.1^{ère}, 9 novembre 1999 ; Dal., 2000, 117, note Jourdain ; JCP, 2000, II, 10251, note Brun ; RGDM, 2000, 3, rapport Sargos p. 90, note critique de Mme Caillé p. 96.

Et, dans l'hypothèse d'un matériel défectueux et en l'absence de faute du professionnel, il existe un dispositif de règlement amiable et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales dont nous parlerons dans la partie IV.

Par ailleurs, le 21 décembre 2011, la Cour de justice de l'Union Européenne, saisie d'une question préjudicielle par le Conseil d'Etat, a rendu un arrêt relatif aux produits défectueux. Cet arrêt précise que la directive européenne du 25 juillet 1985 ne couvre que la responsabilité du producteur ou, le cas échéant, celle de l'importateur ou du fournisseur du produit défectueux.^{21, 22} (51)

Par conséquent, la responsabilité qui incombe à un utilisateur qui fait usage, dans le cadre d'une prestation de soins prodiguée à un patient, d'un produit ou matériel préalablement acquis, ne relève pas du champ d'application de la directive. En effet, l'utilisateur ne peut être considéré comme participant à la chaîne de fabrication et de commercialisation du produit en cause, ni même être qualifié de fournisseur de ce produit. Le principe d'obligation de sécurité-résultat pèse alors sur le producteur et le fournisseur du produit. (36, 51)

Dans ces conditions, chaque Etat est libre d'instituer un régime spécifique définissant la responsabilité des utilisateurs de produits défectueux, et notamment à l'occasion d'une prestation de services de soins. (36, 51)

A la suite de cette décision, le Conseil d'Etat a maintenu, dans un arrêt du 12 mars 2012, sa jurisprudence antérieure, imposant une obligation de sécurité- résultat aux établissements publics concernant l'utilisation de matériel dans le cadre d'une prestation de soins :
« (...) sans préjudice d'éventuels recours en garantie, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise (...) ».²³ (27)

Cette jurisprudence, non dictée par la directive européenne ou la loi du 1^{er} juillet 1998, est donc particulièrement défavorable pour les hôpitaux. (51)

En revanche, concernant les soins donnés dans le cadre privé, un arrêt de principe du 12 juillet 2012 de la Cour de cassation a établi que : « La responsabilité des prestataires de services de soins, [qui ne peuvent être assimilés à des distributeurs de produits ou dispositifs médicaux et dont les prestations visent essentiellement à faire bénéficier les patients des traitements et techniques les plus appropriés à l'amélioration de leur état], ne relève pas, hormis le cas où ils en sont eux-mêmes les producteurs, du champ d'application de la directive et ne peut dès lors être recherchée que pour faute lorsqu'ils ont recours aux produits, matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art ou à l'accomplissement d'un acte médical. »²⁴ (27)

²¹ CJUE, 21 décembre 2011, aff. C-495-10 *CHU Besançon c/Thomas Dutrueux*, CPAM du Jura, JCP A 2012, act.27.

²² Cass.civ.1^{ère}, 29 octobre 1985, n° 83-17091 : Bull. I, n° 273.- Cass.civ.1^{ère}, 15 novembre 1988, n° 86-16443 : Bull. I, n° 319.- Cass.civ.1^{ère}, 9 novembre 1999, n° 98-10010 : Bull. I, n° 300.

²³ CE, 12 mars 2012, *CHU Besançon*, req n° 327449 : JCP G 2012, p. 623, note P.Tifine.

²⁴ Cass.civ.1^{ère}, 12 juillet 2012, n° 11-17.510, JCP 2012, 1036, P.Sargos.

Cette solution concerne tous les professionnels de santé et, notamment, les chirurgiens-dentistes dont l'exercice libéral représente le mode d'exercice majoritaire. (27)

3. La responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle

Cette responsabilité engage le chirurgien-dentiste hors de l'exécution du contrat de soins. La responsabilité délictuelle peut être engagée, lorsque le dommage est causé de façon intentionnelle. La responsabilité quasi-délictuelle s'applique, lorsque le dommage est causé de façon non intentionnelle.

3.1. Vis-à-vis du patient

En dehors du cadre contractuel, le dommage peut être causé par un objet appartenant au patient. C'est le cas classique du produit utilisé par le chirurgien-dentiste et qui tache irréversiblement les vêtements du patient. Le dommage causé peut aussi être corporel. Il s'illustre dans la responsabilité du fait des choses. Il peut s'agir, par exemple, d'un patient qui chute en se relevant du fauteuil dentaire. (37)

Ainsi, tout praticien est responsable du fait des choses dont il a la garde. Ceci est fondé sur l'article 1384 du Code civil qui assure que : « On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. » (30)

(Exemples : matériel et ameublement du cabinet médical, luminaire, étagère, matériel chirurgical).

La responsabilité du chirurgien-dentiste peut donc être engagée lorsqu'un patient subit un préjudice du fait d'un objet ou d'un matériel contenu dans le cabinet. Il est alors impératif que la cause du dommage soit identifiée comme étant une chose, manipulée ou non par l'homme. Le praticien peut s'exonérer de sa responsabilité en prouvant que la victime est responsable de sa propre faute ou que l'incident est survenu suite à un événement imprévisible.

La nullité est absolue quand le contrat est jugé contraire à l'ordre public (objet illicite ou absence d'objet). Elle est relative si le consentement est vicié par la violence, l'erreur ou le dol. C'est surtout cette dernière hypothèse qui peut s'appliquer dans la relation médicale : le praticien, par des manœuvres trompeuses ou un manquement à son devoir d'information, aurait obtenu le consentement de son patient. (48)

Le dol suppose, de la part de l'auteur des manœuvres, une volonté de tromper et, pour le patient, un résultat qui lui a été préjudiciable. Les agissements du chirurgien-dentiste doivent conduire le patient à accepter le contrat médical, en provoquant chez lui une représentation incorrecte de la réalité. Et le juge doit être convaincu que, sans ce dol, le contrat n'aurait pas été conclu. (48)

Mais il est presque impossible, pour le patient, de prouver que son consentement a été vicié par de fausses informations et le juge ne peut alors pas annuler le contrat. Il peut, cependant, l'examiner pour vérifier l'équilibre des obligations entre les deux parties. (37)

En général, l'intérêt du patient lui commande souvent de ne pas demander la nullité du contrat, surtout en cas de fautes intentionnelles de la part du praticien (hypothèse du dol). En effet, le chirurgien-dentiste ne serait alors plus couvert par son assurance responsabilité civile professionnelle, réduisant nettement sa solvabilité. (48)

Plutôt que de remettre en cause l'existence d'un contrat, l'intérêt du patient se trouve davantage dans l'invocation d'un manquement à une obligation contractuelle d'information. C'est pourquoi la nullité du contrat est rarement prononcée et le juge se contente d'engager la responsabilité du praticien pour défaut d'information. (48)

Lorsque le chirurgien-dentiste commet une négligence ou une imprudence, constitutive d'une infraction prévue et réprimée par le Code pénal, la cause de la responsabilité résulte de la constatation du délit. L'action civile est alors exercée devant la juridiction répressive, si le dommage provient directement de l'infraction. (48)

3.2. Vis-à-vis des tiers

La responsabilité du chirurgien-dentiste peut être engagée par un tiers qui subit un préjudice du fait des actes du chirurgien-dentiste. Cela peut être la victime d'un faux certificat ou d'une fausse déclaration (notamment la sécurité sociale).

La responsabilité civile du praticien est également engagée sur le terrain délictuel par les ayants-droits du patient qui décède, par suite des actes réalisés. (48)

4. Les distinctions entre ces deux types de responsabilité

Il y a des distinctions dans le Code civil concernant la compétence *ratione loci* (territoriale) entre les deux types de responsabilités. Cette dernière s'applique à la prise en charge des dossiers en responsabilité. La compétence *ratione loci* détermine le tribunal devant être saisi d'une affaire, en fonction de critères de localisation géographique.

Pour les préjudices relevant de la responsabilité contractuelle, les dossiers sont pris en charge par le tribunal du lieu d'exécution du contrat de soins.

Pour les préjudices relevant de la responsabilité délictuelle, les dossiers sont pris en charge par le tribunal du lieu du fait dommageable. (7)

La prescription correspond au délai pendant lequel le patient peut porter l'action en justice. Pour faire valoir ses droits, il disposait d'un délai de 30 ans dans le cadre de la responsabilité contractuelle ; mais, depuis la loi du 04 mars 2002, la prescription de l'action intervient au

bout d'un délai de 10 ans. Les actes pratiqués avant le 05 mars 2001 restent soumis à la règle antérieure. Dans le cadre de la responsabilité délictuelle, le patient dispose également d'un délai de 10 ans. (48)

Dans la juridiction, il existe la règle du non cumul des responsabilités, fondée sur l'article 1384 du Code civil. Un patient ne peut donc pas cumuler les deux types de responsabilités. Un dommage, causé dans le cadre du contrat de soins, ne dépend que de la responsabilité contractuelle et celui qui est causé en dehors de l'exécution du contrat, ne relève que de la responsabilité délictuelle. (7)

Les tiers ou autres victimes, par ricochet, peuvent, dans certains cas, être indemnisés en rapport avec la responsabilité délictuelle. (7)

Enfin, il convient de rappeler que la responsabilité du chirurgien-dentiste est fondée sur la faute. On distingue les fautes résultant de la violation d'un devoir d'humanisme médical et les fautes techniques. Dans la partie II, nous allons développer tout ce qui se rapporte au devoir d'humanisme. (48)

II Eléments du contrat de soin

1. L'information au patient

1.1. Le devoir d'information

Le chirurgien-dentiste doit, au préalable, communiquer à son patient toutes les informations nécessaires afin qu'il puisse consentir ou non, de manière éclairée, aux investigations et aux soins qui lui sont proposés.

Cette obligation d'information est l'élément fondateur du contrat entre le patient et le praticien. Elle est indépendante de l'obligation de soins ou de la fourniture de matériel. L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel ; elle doit être accessible, loyale, claire et appropriée. Elle permet, en conséquence, d'établir une relation de confiance entre le praticien et son patient. (25)

Par un arrêt de la Cour de cassation du 09 octobre 2001, il est rapporté que cette obligation « trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine (...) ». ²⁵

²⁵ Cass.civ.1^{ère}, 9 octobre 2001, n° 00-14.564, GAJC, 2007, n° 11, obs. F. Terre et Y. Lequette ; D. 2001, p. 3470, rapport P. Sargos, note D. Thouvenin ; JCP G, 2002, II, 10045, note O. Cachard ; RTD Civ., 2002, p. 176, obs. R. Libchaber et p. 507, obs. J. Mestre et B. Fages.

L'évolution jurisprudentielle est une des conséquences du principe affirmé dans cet arrêt fondateur. Cet aspect sera développé dans les parties suivantes du II.

L'information au patient doit être donnée :

-quant à l'intervention, elle est alors triple :

- préalable au traitement : elle porte sur son utilité, les risques prévisibles et les suites de l'acte ou du traitement. Les alternatives possibles doivent être présentées avec leurs avantages, risques et inconvénients.
- pendant le traitement : elle concerne les modifications apportées aux décisions thérapeutiques initialement prises.
- à la suite du traitement : elle expose les incidents éventuellement survenus et leurs suites prévisibles. (25, 37)

-quant aux risques : l'information porte sur les risques fréquents ou graves, les conséquences « normalement prévisibles » relatives à l'intervention et celles « prévisibles » dans le cas du refus par le patient. (25)

Toutefois, un revirement jurisprudentiel s'est produit le 7 octobre 1998 concernant les risques exceptionnels et fut, par la suite, appliqué par les juridictions du fond en matière de chirurgie-dentaire. Avant ce revirement, le chirurgien-dentiste devait informer son patient des risques et inconvénients afférents à l'intervention et non des risques exceptionnels.

Désormais, l'information donnée aux patients, concerne les risques prévisibles et les risques exceptionnels. (48)

-quant au coût : Un devis préalable doit être établi et présenté au patient pour tous les actes d'un montant supérieur à 70 euros. Un ou plusieurs devis doivent être présentés, si plusieurs solutions sont envisageables. Le coût et les modalités de prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie doivent être expliqués. (25)

L'article L1111-3 expose bien ces conditions :

« Toute personne a droit, à sa demande, à une information (...) 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. » (32)

L'obligation d'information est doublée d'une obligation de conseil. Le praticien effectue une synthèse à partir du développement des différentes alternatives thérapeutiques possibles et il doit indiquer au patient les choix qui lui semblent les plus adaptés en fonction du cas clinique. (48)

Dans le code de déontologie des médecins, l'obligation d'information (article 35) est décrite ainsi : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » (44)

Cette obligation a été progressivement définie par la loi du 4 mars 2002 et étendue à tous les professionnels de santé. Ainsi, l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique, issu de la loi du 04 mars 2002 assure que :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. » (32)

Il existe trois exceptions au devoir d'information :

- l'urgence,
- l'impossibilité d'informer (exemple : un patient inconscient),
- le refus du patient d'être informé. (22)

Cependant et sauf si le patient l'interdit, l'information doit toujours être donnée aux proches. De plus, il est mentionné dans l'article L1111-2 que :

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. » (32)

Par conséquent, la loi du 04 mars 2002 rend le patient pleinement acteur et responsable de sa santé, prenant ses propres décisions, de manière correctement éclairée par son professionnel de santé.

1.2. La preuve et le défaut d'information

Le devoir d'information du professionnel de santé est né de la multiplication de litiges portés devant les juridictions et qui laissaient apparaître un défaut d'information. L'information au patient a une valeur juridique et le développement du contentieux autour de cette notion peut sembler lié aux désirs des juges de trouver les moyens d'indemniser les victimes d'accidents médicaux.

Dès 1942, la Cour de cassation a consacré, à la charge du professionnel de santé, une obligation d'information dans le but de recueillir le consentement éclairé du patient et le praticien devait en apporter la preuve (arrêt Teyssier du 28 janvier 1942).²⁶

Puis, en 1951, s'est produit, avec l'arrêt Birot, un revirement de jurisprudence. La charge de la preuve incombait alors au patient.²⁷

Enfin, par un arrêt du 25 février 1997 (arrêt Hédreul), la Cour de cassation est revenue à la situation antérieure à 1951.²⁸

Depuis cet arrêt, le praticien doit apporter la preuve qu'il a donnée à son patient toute l'information nécessaire au recueil d'un consentement éclairé. (53)

²⁶ Cass.req., 28 janvier 1942, Arrêt Teyssier, DC 1942.63 ; GAZ.Pal.1942.1.177.

²⁷ Cass.civ.1^{ère}, 29 mai 1951, Arrêt Martin-Birot, Bull. civ. I, n° 162 ; D. 1952, 53, note R. Savatier ; S. 1953, 41, note R. Nerson.

²⁸ Cass.civ.1^{ère}, 25 février 1997, Arrêt Hédreul, JCP 1997, éd. G., I, 4025, n° 7, obsv. G. Viney ; JCP 1997, éd. G., II, 22492, rapport P. Sargos. Resp. civ. et assur. 1997, chron. 8, C. Lapoyade-Deschamps ; P. Sargos, Modalités, preuve et contenu de l'information que le médecin doit donner à son patient. Méd. droit Info. Ethique Juridique Prat. 1997;27:1-3 ; G. Mémeteau. Devoir d'information, renversement de la charge de la preuve. Méd Droit 1997;24:6 ; L. Dubouis, Rev. dr. san. et soc. 1997, 288.

Cette exigence a été reprise par l'article L1111-4 du CSP qui atteste qu' « en cas de litige, il appartient au professionnel de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée dans les conditions prévues. » (32)

Un chirurgien-dentiste peut ainsi être condamné à indemniser une partie du préjudice causé à un patient sur le seul fait qu'il ne l'a pas dûment informé, en l'absence de toute faute technique.

La preuve de l'information est libre et peut être rapportée par tous moyens.
Elle peut ainsi être réalisée :

-à l'aide de présomptions. Celles-ci correspondent à l'ensemble des faits, circonstances ou éléments graves, précis et concordants, rendant vraisemblable l'information du patient.
La preuve par présomption demeure toutefois aléatoire ;

-par témoin. Là encore cette preuve demeure aléatoire ;

-par écrit. Un écrit signé du patient ne constitue nullement une décharge de responsabilité. De plus, elle ne peut supprimer l'information donnée à l'oral. Toutefois, l'information écrite semble de nature à permettre la meilleure sécurité juridique. (22)

L'article L1111-2 précise que « cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables » et qu'elle « est délivrée au cours d'un entretien individuel ». (32)

Un manquement du praticien à son devoir d'information est de nature à priver le patient d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé. C'est donc par le mécanisme de perte de chance que les magistrats indemnisent les patients pouvant se prévaloir d'un défaut d'information. (22)

Par ailleurs, d'après les principes posés, résultant de l'arrêt du 09 octobre 2001, le professionnel de santé a l'obligation légale de respecter l'être humain (article 16 du code civil) et le consentement de l'intéressé, dès qu'il est envisagé de porter atteinte à l'intégrité de son corps (article 16-3 du code civil). (30)

Ainsi, l'arrêt affirme, qu'indépendamment de toute appréciation de l'existence d'une perte de chance, l'obligation d'information relève d'une obligation légale.
L'arrêt soutient que le non-respect du devoir d'information cause, à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice que le juge ne peut laisser sans réparation. (15)

Une rupture fut alors établie avec la jurisprudence Mercier (20 mai 1936) qui sanctionnait le défaut d'information dans le cas d'un manquement aux obligations contractuelles. (15)

Cette jurisprudence nouvelle, prolongeant l'arrêt Teyssier, exprime ce que l'on peut qualifier de faute d'humanisme du praticien vis-à-vis de son patient. (15)

En pratique, jusqu'en 2010, lorsque le défaut d'information du patient, sur les risques d'un traitement ou d'une intervention, était considéré comme fautif, il n'était sanctionné que dans le cas où les conséquences dommageables de l'acte pouvaient être évitées. Pour cela, il devait avoir fait perdre au patient une chance d'échapper au risque, en le privant de la possibilité d'exercer un choix.

Le défaut d'information consistait alors en une perte de chance, réparée par l'allocation d'une fraction des différents postes de préjudices corporels subis. (15)

Mais, par l'arrêt du 3 juin 2010, évoqué dans la partie 2.1 du I, la Cour de cassation a sanctionné le défaut d'information par un nouveau préjudice qualifié « d'autonome », c'est-à-dire un préjudice « distinct » de la perte de chance. Cet arrêt vise en effet l'article 1382 du code civil, alors que la référence était le fondement de l'article 1147. La formule de cet article interdit au juge de laisser sans réparation le préjudice, né du manquement au devoir d'information du médecin, et caractérise alors le passage de la responsabilité contractuelle à la responsabilité délictuelle. (50)

Cette notion de préjudice « autonome » sera développée dans la partie III.5. Enfin, il convient d'insister sur le fait que l'information donnée au patient doit permettre l'établissement d'un consentement éclairé.

2. Le consentement éclairé

De nombreux patients engagent des recours non liés directement à la qualité des actes techniques cliniques réalisés, mais au prétexte qu'ils n'auraient pas reçu les informations préalables leur permettant de valider une proposition thérapeutique en toute connaissance de cause. Le consentement éclairé ne peut être obtenu qu'à la suite d'un véritable dialogue entre le chirurgien-dentiste et son patient. Nous allons évoquer cet aspect légal qui fait partie intégrante de notre pratique. (34)

Tout d'abord, l'évolution jurisprudentielle s'est inscrite dans le contexte d'un renforcement du droit à un consentement libre et éclairé. Ce principe résulte de l'article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne qui affirme que « le droit (de toute personne) à son intégrité physique et mentale » et que « dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés : le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi ». (13, 15)

De ce fait, la recherche du consentement éclairé et le droit au respect de la dignité de la personne sont les deux fondements qui ont été retenus par l'arrêt du 09 octobre 2001, évoqué précédemment. (15)

Puis, la loi du 04 mars 2002 est venue réaffirmer l'indispensable consentement du patient aux décisions concernant sa santé. Ainsi, l'article L1111-4 du CSP soutient que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne, de refuser ou d'interrompre un traitement, met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » (32)

En reprenant à l'alinéa 3 du paragraphe ci-dessus, le terme « libre » signifie qu'à tout moment le patient peut renoncer à l'acte ou à l'intervention. Et le terme « éclairé » indique que le praticien a le devoir d'informer son patient sur les différents choix thérapeutiques possibles et sur les risques et inconvénients des actes proposés. (22)

Par ailleurs « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. » (32)

A ceci s'ajoute que : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. » (32)

Le code de déontologie dentaire reprend les formulations précédentes (article R4127-236) : « Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, dans les conditions définies aux articles L1111-2 et suivants.

Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le chirurgien-dentiste doit respecter ce refus après l'avoir informé de ses conséquences.

Lorsqu'il est impossible de recueillir, en temps utile, le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires. » (43)

Le consentement est la condition indispensable pour la formation du contrat entre le chirurgien-dentiste et son patient. Il marque l'expression d'une liberté fondamentale du patient et du respect de son autonomie. En effet, il appartient à ce dernier de choisir et ce choix peut représenter le refus de subir une atteinte à son intégrité physique, qu'elles qu'en soient les conséquences. (6)

Par ailleurs, un délai de réflexion doit être accordé au patient afin qu'il puisse prendre une décision claire sur ses choix. Un délai proportionnel à la durée du traitement est vivement conseillé avant le début des soins. Dans le contexte de traitements orthodontiques, implantaires ou prothétiques étendus, il est recommandé de conforter l'information orale par un document écrit de consentement éclairé remis au patient et qui synthétise les sujets évoqués. (34)

Dans le cadre de la chirurgie-dentaire, le consentement porte généralement sur 2 aspects :

-l'assentiment à chaque acte ;

-l'acceptation du devis dans les deux cas suivants :

- celui d'une prise en charge partielle par l'assurance maladie, correspondant aux actes à entente directe (ED) comme les prothèses.
- celui de l'absence de prise en charge par l'assurance maladie, correspondant aux actes hors nomenclature (HN) comme la parodontologie, les implants, les actes à visée esthétique. (37)

Le devis constitue la pièce essentielle dans le recueil du consentement. C'est un élément qui appartient au dossier médical du patient, lequel va être développé dans la partie qui suit.

3. Le dossier médical

Lorsque la responsabilité civile professionnelle d'un praticien est recherchée par un patient, l'expert, pour statuer la conformité des actes, s'appuie sur les déclarations des parties.

Mais, quand il s'agit d'une approche technique, l'élément d'analyse fondamental est constitué par le dossier médical. Celui-ci est un outil de qualité et de sécurité des soins mais aussi un élément de preuve en cas de litige. Il est le lieu de recueil et de conservation des informations propres à chaque patient. On peut dire qu'il présente deux aspects complémentaires : répondre aux exigences légales, d'une part, et constituer une base d'analyse objective en cas de litige, d'autre part. C'est pourquoi il doit être tenu avec une grande attention. (9)

Contrairement aux établissements de santé, aucun texte à valeur législative ou réglementaire ne vient préciser les données devant figurer dans le dossier du patient, établi par un cabinet de ville. Toutefois, l'ANAES, nommée HAS depuis le 13 août 2004, a publié un rapport détaillé datant de mai 2000 sur les recommandations pour la tenue du dossier du patient en odontologie. Ce rapport formule un cadre général avec la description et les possibilités d'organisation des données qu'il est recommandé de recueillir. (1)

Selon le référentiel de l'ANAES, voici les éléments que doit contenir le dossier médical :

-les coordonnées administratives actualisées du patient : nom, prénom, date de naissance, adresse, numéros de téléphone, numéro de sécurité sociale, tuteur, curateur, correspondants...

-les coordonnées du médecin traitant du patient ;

-l'anamnèse médicale qui comprend :

- une synthèse actualisée des antécédents médicaux et chirurgicaux du patient,
- les habitudes de vie du patient (comportement alimentaire, tabac, alcool,...),
- les prescriptions médicamenteuses actualisées (du chirurgien-dentiste et des autres médecins) ;

L'utilisation d'un questionnaire écrit, lors de l'anamnèse médicale, n'exclut pas l'interrogatoire médical oral qui reste primordial ;

-le motif de consultation ;

-les correspondances échangées avec les autres professionnels de santé ;

-la synthèse de l'examen clinique qui comprend :

- l'anamnèse odontologique,
- les examens exobuccal et endobuccal ;

-les résultats des examens biologiques prescrits par le chirurgien-dentiste ;

-les résultats des examens complémentaires ayant permis l'élaboration du diagnostic (Radiographies, modèles d'étude,...) ;

-la nature des actes réalisés : le diagnostic, les actes de prévention et de soins

Chaque acte doit apparaître dans le dossier comme un élément d'un plan de traitement et non comme un acte isolé ;

-le suivi thérapeutique dont les modalités doivent être précisées dans le contrat avec le patient (fréquence du suivi, examens de contrôle) ;

-les références des produits et/ou des matériaux utilisés au cours des actes et laissés en bouche pour assurer la traçabilité ;

-d'autres pièces à conserver dans le dossier :

- document relatant du consentement éclairé aux soins, daté et signé par le praticien et le patient,
- document relatant du consentement éclairé aux soins des parents ou du responsable légal, s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne sous tutelle,
- devis établis conformément à l'usage et /ou la réglementation,
- doubles des certificats médicaux initiaux et des prescriptions,
- éléments d'information relatifs aux risques et aux bénéfices du ou des traitements proposés.

Ainsi, le dossier médical du patient doit assurer la traçabilité de toutes les actions effectuées.

La bonne tenue du dossier contribue à la prise en charge optimale du patient et notamment à la continuité, l'efficacité et à la sécurité des soins.

Des recommandations, concernant la tenue et la structuration du dossier, ont été élaborées par l'ANAES et, parmi elles, on peut citer que :

- le dossier doit être clair, lisible et actualisé ;
- la personne qui remplit le dossier doit être identifiée ;
- une fiche de garde confidentielle doit mettre en évidence les données d'alerte médicale et les informations importantes ;
- le dossier informatisé doit permettre l'échange d'informations entre les professionnels de santé. (1)

D'autre part, le dossier doit être conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et la préservation de la confidentialité des informations qu'il comporte. (1)

L'article R4127-208 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes affirme alors qu' « en vue de respecter le secret professionnel, tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fichiers cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients. » (43)

Avant la loi du 04 mars 2002, la responsabilité du chirurgien-dentiste pouvait être engagée par la victime pendant un délai de 30 ans correspondant à la durée nécessaire de conservation du dossier médical. En effet, la jurisprudence avait adopté la prescription prévue par le Code civil en matière de contrats. Depuis cette date, la loi a fixé le délai à 10 ans. (1)

Toutefois, ce délai se calcule à compter de la consolidation de l'état du patient ou de sa guérison et non à compter de la date de l'acte ou des soins. La consolidation est définie comme la stabilisation de l'état de la victime, une fois que tous les soins ont été réalisés dans le cas où une amélioration n'est pas possible. Elle est généralement fixée par la CPAM ou par un expert. (1)

A tout moment, le chirurgien-dentiste doit pouvoir communiquer au patient les informations présentes dans son dossier.

L'article L1111-7 du CSP illustre bien cette obligation en soutenant que :

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans (...). » (32)

Le dossier médical doit comporter tous les éléments susceptibles de montrer que le patient a eu le choix éclairé de son traitement. De cette façon, lorsqu'un litige oppose le patient à son praticien, le dossier est utilisé par le juge pour rechercher l'existence d'éléments pouvant engager la responsabilité du praticien. Il constitue alors une véritable référence permettant de fonder ou de rejeter l'action en responsabilité. (9)

Un arrêt de la Cour d'assise de Rennes, datant du 12 mars 2003 a reconnu l'absence ou la perte du dossier médical comme étant une faute engageant la responsabilité du chirurgien-dentiste.

Il convient d'aborder maintenant le concept de dossier médical personnel ou DMP institué par la loi du 13 mars 2004. (1)

Le DMP est un dossier informatisé visant à contribuer, de manière efficace, à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins. Suspendu en 2007 puis reconfiguré en 2009, il a ensuite fait une apparition furtive en 2011. Depuis, son développement a été progressif. C'est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il est un élément principal de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. (1)

Les chirurgiens-dentistes ont les mêmes droits que les autres professionnels de santé pour créer, consulter et alimenter un DMP. Ceci est rendu possible grâce à la carte CPS et l'accord du patient doit être obtenu. (1)

III Les conditions de la responsabilité

1. La caractérisation de la faute

La faute se caractérise par un fait qui est dommageable pour le patient.

Elle est appréciée « in abstracto » en comparant le comportement du praticien suspecté et celui d'un praticien avisé, diligent et compétent, placé dans les mêmes circonstances et à compétences équivalentes.

La faute est admise lorsque les preuves démontrent que les soins dispensés ne sont pas « consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ». (16)

A la différence de la faute, l'erreur constitue une mauvaise appréciation d'une situation, une anomalie de jugement ou d'interprétation. Elle n'est rien d'autre, tant que le professionnel a respecté les bons usages ainsi-que l'obligation de moyens et de sécurité-résultat. Dans le cas contraire, elle devient « fautive ». (5)

Toute faute engage la responsabilité du chirurgien-dentiste. En droit de la responsabilité civile, il existe la faute contractuelle et la faute délictuelle.

La faute contractuelle se rapporte à l'attitude d'un praticien qui ne respecte pas les obligations nées du contrat médical le liant à son patient.

La faute délictuelle ou quasi-délictuelle correspond au non-respect du devoir de ne causer aucun dommage à autrui.

La faute délictuelle s'établit hors du contrat de soins et concerne un fait illicite accompli avec l'intention de causer un dommage à autrui.

La faute quasi-délictuelle, en revanche, se caractérise par « un fait illicite mais non intentionnel, en ce que la volonté, qui y est impliquée, ne s'est pas portée sur le résultat dommageable ».

Toute faute, peu importe sa gravité, même la plus légère, engage la responsabilité du chirurgien-dentiste. (48)

Plusieurs types de fautes existent et peuvent être commises par un chirurgien-dentiste. On peut citer, par exemple, les fautes statutaires liées au statut professionnel, les fautes d'infraction à la charte médicale, les fautes déontologiques, ainsi que les fautes qui renvoient à la violation du devoir d'humanisme médical, dont nous avons parlé dans la partie II. Puis, nous parlerons des fautes techniques dans la partie III.3.

L'engagement de la responsabilité contractuelle (dite légale depuis juin 2010), délictuelle ou quasi-délictuelle dépend de 3 conditions :

- un fait générateur,
- un dommage subi par la victime,
- un lien de causalité entre le fait générateur et le dommage.

Le fait dommageable peut être la faute ou le fait d'une chose ou des préposés.

La preuve doit être rapportée par le praticien en cas de manquement au devoir d'humanisme. En revanche, lors d'une faute technique, la preuve incombe au demandeur et donc, en général,

au patient. Ce dernier doit alors démontrer l'existence des 3 conditions évoquées précédemment. La responsabilité du chirurgien-dentiste ne peut être retenue si le patient ne rapporte pas la preuve du lien de causalité, notion que nous allons développer maintenant. (14)

2. Le lien de causalité

La règle de droit commun atteste que : « Tout fait en l'absence duquel le dommage ne se serait pas produit est une cause du dommage. » (37)

Ainsi, pour qu'il y ait causalité, il doit exister un fait générateur du dommage. Ce fait est la condition nécessaire du dommage, sans lequel il ne se serait pas produit. L'existence d'un fait dommageable, d'un dommage et d'un lien de causalité entre ces deux éléments fonde alors la responsabilité. Mais, la complexité du corps humain doit être prise en compte dans l'appréciation de ces deux éléments. (16)

Souvent, le fait générateur résulte d'un grand nombre de circonstances, parmi lesquelles il faut trouver celles qui sont à l'origine du dommage. C'est surtout l'expertise qui doit permettre la mise en évidence du lien de causalité, afin d'exclure une origine, qualifiée d'aléa ou d'évolution d'une affection. La preuve du lien causal doit être établie par des moyens indiscutables. (37)

La notion juridique de causalité, en matière de responsabilité du chirurgien-dentiste, est établie par le juge après étude du rapport technique du chirurgien-dentiste expert. En effet, il est souvent difficile pour la victime d'apporter seule la preuve car elle n'a pas les connaissances suffisantes. La partie IV.3 détaillera la notion d'expertise.

Lorsque la responsabilité est établie, la réparation est réalisée par l'allocation de dommages et intérêts. En revanche, si la responsabilité est écartée, le patient peut être condamné pour procédure abusive. Aussi, lorsque l'état des connaissances médicales ne permet pas d'affirmer le lien de causalité entre le dommage et le fait générateur, le juge peut conclure à une absence de lien causal. (48)

D'autre part, dans le cas où le patient consulte plusieurs professionnels œuvrant pour la réalisation d'un même traitement, le partage des responsabilités devra se faire selon le contrat conclu avec chacun et qui définit ses obligations. Chaque praticien est responsable des fautes qu'il commet personnellement et l'on doit pouvoir déterminer matériellement le partage des responsabilités. Une expertise peut alors être requise pour cela. (37)

C'est le cas, par exemple, de la conception et de la mise en œuvre d'un traitement par prothèse sur implants faisant intervenir deux praticiens. Les fautes respectives du chirurgien-dentiste qui a réalisé la prothèse et de celui qui a posé les implants engagent la responsabilité professionnelle des deux praticiens.²⁹ (37)

Il convient à présent de définir la faute de nature technique.

²⁹ CA Aix-en-Provence, ch.civ. 10, 1^{er} octobre 1996 : Juris-data n° 045214.

3. La faute technique

Comme il a été dit précédemment, le comportement fautif du praticien est déduit de la comparaison avec l'attitude d'un praticien avisé et consciencieux, placé dans les mêmes conditions.

La faute technique est reconnue lorsque le professionnel ne respecte pas les règles de l'art et les données acquises de la science à la date des soins, de même que les différentes normes et recommandations de la pratique dentaire. (48)

Ainsi, les méthodes expérimentales ne peuvent pas être considérées comme étant conformes aux données acquises de la science. La jurisprudence condamne alors le praticien qui utilise une méthode expérimentale non éprouvée ou non reconnue scientifiquement. (25)

Par ailleurs, l'emploi d'un procédé innovant, d'une technique nouvelle, peut être justifié par les nécessités thérapeutiques, à condition de respecter des règles strictes qui consistent à faire preuve d'une diligence renforcée en matière d'information, de sécurité et de surveillance du patient. (37)

Cette faute peut intervenir à trois étapes : celle du diagnostic, celle du choix du traitement et celle de sa mise en œuvre. (16)

3.1. La faute de diagnostic

L'erreur de diagnostic n'est pas une faute à proprement parler. Cependant, elle peut le devenir si les moyens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic n'ont pas été mis en œuvre. (16)

Ainsi, l'erreur est fautive lorsque le professionnel ne respecte pas les données acquises de la science et qu'il n'a pas mis en œuvre l'ensemble des investigations nécessaires, au regard de celles-ci, pour établir et justifier son diagnostic.

Autrement, on ne peut reprocher au praticien d'avoir posé un mauvais diagnostic car l'homme est faillible et le diagnostic médical n'est pas une science exacte. (16)

En odontologie, la radiographie est un moyen d'investigation courant et nécessaire. C'est aussi l'outil de diagnostic habituellement retenu par les tribunaux, sous l'influence des expertises. (45)

La faute peut aussi être retenue quand le praticien tarde à poser son diagnostic, à prescrire des examens complémentaires ou s'il ne demande pas l'avis d'un confrère ou d'un spécialiste afin d'établir un diagnostic exact. En effet, il est essentiel de faire appel à un confrère lorsque l'on atteint les limites de ses connaissances. (25)

Les juges seront d'autant plus sévères que celui qui a commis la faute est un spécialiste de la discipline.

3.2. La faute dans le choix du traitement

L'erreur devient fautive si elle conduit à exposer le patient à des risques sans justification thérapeutique. Il en est de même si elle mène à la réalisation d'un acte pour lequel le praticien ne dispose pas de qualification particulière. (16)

Le chirurgien-dentiste peut commettre une erreur d'indication ou de prescription. Elle consiste à prescrire un soin, un examen ou un médicament qui n'est pas indiqué et inversement. Les contre-indications absolues à un traitement, en particulier si elles sont relatives à l'état général, constituent des erreurs d'indications qui deviennent fautives s'il en résulte un dommage.

L'erreur de prescription peut porter sur le médicament prescrit, la posologie, la forme d'administration. Le médicament peut ne pas être indiqué au cas traité, être contre-indiqué en raison d'incompatibilités, d'une association déconseillée ou interdite avec un autre médicament pris par le patient.

L'article R4127-238 nous informe que : « Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins. » (43)

De plus, il faut savoir que la responsabilité du pharmacien dans la délivrance du médicament n'est pas de nature à exonérer la responsabilité du prescripteur.

3.3. La faute dans la mise en œuvre du traitement

La faute, dans l'exécution d'un traitement, d'une intervention peut être due à une mauvaise maîtrise de l'acte, à une imprécision du geste chirurgical. La lésion qui était évitable résulte alors d'une maladresse. On définit la maladresse comme un manque d'adresse dans le geste. (16)

Le praticien a, en effet, le devoir d'amener son patient au terme de l'intervention sain et sauf de tout dommage autre que celui pouvant résulter des aléas propres à l'intervention. Il doit respecter l'obligation de sécurité-résultat qui consiste à ne causer aucun dommage supplémentaire par rapport à l'état initial du patient. (25)

Lorsque la maîtrise du risque a été possible pour le chirurgien-dentiste, la faute peut être suspectée. On suppose alors que le praticien a manqué d'assiduité et d'attention ; il n'a donc pas pu prévenir la survenue du dommage. (25)

Toutefois, dans le cas où le risque n'est pas maîtrisable, il n'y a pas faute et l'on considère alors qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique. Cette notion sera développée dans la partie III.4 qui suit. (25)

3.4. Le faute dans le suivi du patient

Un chirurgien-dentiste peut être condamné pour un manquement fautif dans le suivi des soins ou un défaut de surveillance du patient au stade post- opératoire. En effet, tout professionnel de santé a l'obligation de prendre en charge son patient jusqu'à la fin des soins.

La responsabilité du chirurgien-dentiste peut alors être engagée, s'il est prouvé qu'il n'a pas fait preuve de diligence. (16)

D'autre part, le praticien doit pouvoir convaincre le patient de l'importance du suivi des soins. Il est parfois nécessaire que le chirurgien-dentiste convoque lui-même les patients qui manquent de rigueur pour éviter les doléances. (45)

3.5. La faute d'asepsie

Le chirurgien-dentiste est tenu d'assurer la sécurité de ses patients et il a l'obligation absolue d'éviter de créer un dommage supplémentaire par la transmission d'une infection quelconque à son patient.

Les règles d'hygiène simples, telles que le nettoyage des surfaces et des sols, permettent d'éviter au mieux toute contamination ambiante. (25)

Un protocole opératoire rigoureux doit être suivi, lors de chaque intervention, pour limiter au maximum les risques septiques.

La stérilisation des instruments avant et après chaque utilisation est exigée. (25)

4. L'aléa thérapeutique

Un aléa, par définition, est un événement imprévisible. Le mot aléa vient du latin « alea » qui signifie « jeu de dés ». (5)

P.Sargos définit l'aléa thérapeutique comme étant « la réalisation, en dehors de toute faute du praticien, d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé. »³⁰

Mais la frontière entre la faute liée à une maladresse, lors de l'exécution de l'acte médical, et l'aléa thérapeutique peut paraître difficile à établir.

Auparavant, il semblait acquis que la faute technique puisse être retenue dès lors que le praticien a « porté atteinte à un organe ou à un tissu qu'il n'était pas nécessaire de toucher pour réaliser l'intervention ». (46, 47)

La difficulté, pour un patient, d'apporter la preuve d'une maladresse fautive a conduit les juges à retenir des présomptions de faute pour faciliter l'administration de cette preuve. (46, 47)

³⁰ Cass.civ.1^{ère}, 8 novembre 2000, Bull.2000, I, n° 287, p. 186, pourvoi n° 99-11.735 ; Rapport annuel 2000, p. 384 ; JCP. 2001. II.10493, rapport P. Sargos et note F.Chabas.

Le cas d'un chirurgien qui, lors d'une cure chirurgicale de deux hernies, occasionna une stérilité au patient le démontre. Les experts n'avaient pas pu établir à quel moment le chirurgien n'avait pas respecté les règles de l'art. En revanche, ils avaient établi qu'il n'avait certainement pas pris les précautions nécessaires et suffisantes pour mener à bien cette intervention.

Les experts ont alors considéré qu'il y avait eu imprudence ou négligence en présumant la preuve de cette maladresse, à défaut de pouvoir la démontrer.

Par conséquent, les juges ont admis que le chirurgien avait commis un manquement à ses obligations contractuelles en ne respectant pas les précautions préconisées (Cour d'assise, première chambre civile, le 2 juin 1983).³¹ (46, 47)

Puis, par deux décisions rendues le 7 janvier 1997, la Cour de cassation a confirmé sa décision selon laquelle le chirurgien est tenu à l'exactitude de son geste chirurgical.

L'une de ces décisions retenait la responsabilité d'un chirurgien qui, en sectionnant une côte, avait blessé l'artère sous-clavière du patient, provoquant une hémorragie et son décès. La cour d'appel a écarté cette responsabilité estimant, au vu des rapports d'expertises, que le médecin n'avait pas commis de « maladresse fautive ou non admissible et que le décès de M. X en suite de cette blessure artérielle avait pour cause une complication exceptionnelle (...) et non prévisible ». (46, 47)

Mais la Cour de cassation a cassé cette décision, rappelant que « la blessure de l'artère sous-clavière avait été le fait du chirurgien, de sorte que sa responsabilité était engagée ». ³² (46, 47)

Un autre arrêt, rendu le 3 février 1998, engagea la responsabilité d'un chirurgien-dentiste qui avait provoqué une fracture de la mandibule, en procédant à l'avulsion d'une dent de sagesse. Les experts avaient alors établi que cette complication était en rapport avec « un incident opératoire imprévisible et relativement classique ». Mais la Cour de cassation a ensuite confirmé la décision de la Cour d'appel affirmant que la complication était en rapport avec le fait du chirurgien.³³ (46, 47)

Par la suite, de nombreux arrêts, sont venus confirmer le caractère fautif de la maladresse opératoire, sans faire réellement la distinction avec l'aléa chirurgical qui n'est pas un acte fautif. (23)

La jurisprudence, de cette manière, assure que toute lésion d'une structure (organe ou tissu) non concernée par l'intervention est en rapport avec la maladresse du chirurgien et toute maladresse engage sa responsabilité. (46, 47)

Dans le même sens, deux arrêts ont été rendus le 23 mai 2000 par la Cour de cassation.

³¹ CA Paris., 1^{ère} ch. B, 2 juin 1983, Soyer c/ Marmasse et autres.

³² Cass.civ.1^{ère}, 7 janvier 1997, Bull.civ.I, n° 6 ; D. 2007.189, rapport P.Sargos, note D.Thouvenin.

³³ Cass.civ.1^{ère}, 3 février 1998, n° pourvoi 96-13329.

L'un d'eux concerne un stomatologue qui, lors de l'avulsion d'une dent de sagesse, a provoqué la lésion du nerf lingual. La Cour de cassation avait approuvé la Cour d'appel, estimant que « dès lors que la réalisation de l'extraction d'une dent de sagesse n'implique pas l'atteinte du nerf sublingual et qu'il n'est pas établi que la trajet de ce nerf présentait chez la patiente une anomalie rendant son atteinte inévitable, une cour d'appel peut décider que le médecin stomatologue qui, en procédant à l'extraction de la dent de sagesse a provoqué un traumatisme du nerf sublingual, a commis une faute dans l'exécution du contrat le liant à sa patiente. »³⁴

Par ces deux arrêts, la jurisprudence a approuvé la faute virtuelle et a consacré « l'obligation circonstanciée de sécurité-résultat d'exactitude du geste chirurgical ».

De cette manière, seul le caractère « inévitable » du dommage pouvait permettre aux chirurgiens de s'exonérer en démontrant que le nerf ou l'artère présentait une anomalie rendant cette atteinte inévitable. (46, 47)

Pour tous les cas énoncés, la lésion, qui est survenue, pouvait être considérée comme un risque inhérent à la technique. Elle n'était pas en rapport avec une imprudence ou négligence, même si elle était le fait du chirurgien. En effet, les experts avaient révélé que l'attitude du chirurgien avait été conforme aux règles de l'art. (46, 47)

Ainsi, la qualification systématique de faute, lors d'une erreur technique, s'éloigne fortement du principe de l'obligation de moyens, décrite par l'arrêt Mercier.

Mais la jurisprudence a souvent considéré que le dommage, lié à un fait du chirurgien, était dû à un manquement à son obligation de précision du geste chirurgical et ne pouvait alors pas être considéré comme un aléa thérapeutique. (46, 47)

Au-delà du fait que ces décisions permettaient l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, la technique utilisée peut paraître contestable.

Par la suite, la jurisprudence a semblé changer de position.

Tout d'abord, par un arrêt important du 08 novembre 2000, la Cour de cassation a décidé 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. »³⁵

Elle a estimé que le fait de mettre à la charge des praticiens et des établissements de santé, la réparation de l'aléa thérapeutique, provoquerait une rupture de l'équilibre entre les droits des patients et les obligations du médecin ou du chirurgien-dentiste.

Les réparations entraîneraient une charge financière lourde à supporter pour les praticiens qui pourraient être confrontés à un refus de prise en charge par les assurances.

La Cour de cassation a donc refusé d'étendre la responsabilité médicale à l'aléa thérapeutique, c'est-à-dire à la réparation de l'accident médical pur. (17, 23)

D'autre part, en commentaire de cet arrêt, Pierre Sargos a redéfini la notion d'aléa thérapeutique comme étant un « événement dommageable survenu au patient sans qu'une maladresse et plus généralement une faute quelconque puisse être imputée au praticien et sans que ce dommage se relie à l'état initial du patient ou à son évolution prévisible. » (5)

³⁴ Cass.civ.1^{ère}, 23 mai 2000, deux arrêts, D.2000, IR 183 et 192, Bull.civ. I, n° 153 ; RCA 2000, n° 270 et 272 ; RTD civ. p 840 obs P.Jourdain.

³⁵ Cass.civ.1^{ère}, 8 novembre 2000, Bull.2000, I, n° 287, p. 186, pourvoi n° 99-11.735 ; Rapport annuel 2000, p. 384 ; JCP. 2001. II.10493, rapport P. Sargos et note F.Chabas.

Ensuite, la loi du 04 mars 2002, par l'article L1142-1-I, du Code de la Santé Publique est venue rappeler que la responsabilité du praticien ne peut être retenue que pour faute. (32)

Le 07 décembre 2004, la Cour de cassation a rendu une décision qui fut remarquée. Cela concernait une cholécystectomie sous cœlioscopie, pour laquelle le patient avait présenté deux plaies de l'aorte qui avaient nécessité une ré-intervention en urgence. Le chirurgien, selon l'expert, avait respecté les règles de l'art et procédé selon les données acquises de la science. De plus, les plaies de l'aorte représentaient un risque connu de la technique opératoire. (46, 47)

La patiente fut indemnisée au titre de la perte de chance, en raison du manquement du chirurgien à son obligation d'information, mais fut déboutée de sa demande en réparation de son préjudice corporel.³⁶ (46, 47)

Cet arrêt est donc revenu sur l'ancienne jurisprudence, selon laquelle toute atteinte d'un organe ou tissu autre que celui visé par l'intervention pouvait être considéré comme une maladresse fautive. Les juges ont distingué l'accident non fautif de la maladresse fautive.

La Cour de cassation a confirmé son « revirement » dans une autre décision rendue le 29 novembre 2005.³⁷

Ces arrêts sont donc revenus sur la base de la responsabilité médicale et n'engagent la responsabilité du chirurgien que s'il a commis une faute. La distinction entre l'erreur médicale fautive et celle qui ne l'est pas est enfin faite. (46, 47)

La loi du 04 mars 2002 a favorisé cette évolution. En effet, elle a posé le principe d'une possible réparation des accidents médicaux non fautifs par la solidarité nationale. Les patients, victimes de complications considérées comme « inhérentes à la technique chirurgicale », peuvent désormais s'adresser aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) et être indemnisés au titre de la solidarité nationale. (46, 47)

Cependant, pour que l'indemnisation de la victime soit possible, il faut que le dommage atteigne un certain seuil de gravité, déterminé par décret. En dessous de ce seuil, les conséquences de l'aléa thérapeutique ne sont donc pas réparées. Les modalités de réparation des dommages seront développées dans la partie IV.2.

Malgré cette évolution, il convient de rester prudent. En effet, par des arrêts plus récents, on relève que l'appréciation jurisprudentielle de la faute technique reste encore à préciser et la reconnaissance de l'aléa chirurgical ne semble pas acquise. (46, 47)

On peut citer, comme exemple, l'arrêt du 20 janvier 2011, où la Cour de cassation a censuré la décision d'un juge de proximité. Ce dernier avait retenu que le dommage, pour lequel un patient demandait réparation, relevait d'un aléa thérapeutique. Il avait établi qu'aucune faute ne pouvait être reprochée au praticien « qui avait procédé à une anesthésie conforme aux règles de bonne pratique clinique ». De cette absence de faute prouvée, le juge avait déduit « que le préjudice relevait en conséquence d'un aléa thérapeutique ».³⁸

³⁶ Cass.civ.1^{ère}, 7 décembre 2004, pourvoi n° 03-16296.

³⁷ Cass.civ.1^{ère}, 29 novembre 2005, pourvoi n° 03-16308.

³⁸ Cass.civ.1^{ère}, 20 janvier 2011, pourvoi n° 10-17.357.

Mais cette analyse a été censurée par la Cour de cassation qui a reproché au juge de ne pas avoir constaté « la survenance d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé ».

La jurisprudence a donc considéré que le dommage était imputable au médecin, en rappelant que la simple maladresse est constitutive d'une faute. (49)

Par conséquent, pour que l'aléa thérapeutique soit retenu, la conformité aux données acquises de la science ne suffit pas. Il doit être démontré que le risque de survenance du dommage est inhérent à l'acte médical et qu'il ne peut être maîtrisé. (49)

Finalement, on peut retenir que si l'acte médical présente un risque, quel qu'il soit, qu'il tienne à la nature de l'acte ou à l'état antérieur du patient, sa réalisation, qui constitue un accident médical (ou un aléa thérapeutique), n'engage pas la responsabilité du médecin.

Toutefois, il ne peut être pris en charge par la solidarité nationale seulement sous réserve que soient remplies les conditions d'application des articles L. 1142-1- II, et D. 1142-1 du code de la santé publique relatives, notamment, à la gravité du dommage. Sinon, la lésion corporelle, provoquée par l'acte médical, caractérise une maladresse fautive, sauf si le patient présente une anomalie rendant l'atteinte inévitable. (32, 49)

5. Le préjudice

5.1. La notion de perte de chance

5.1.1. Le principe de la perte de chance et la causalité comme problématique

La notion de perte de chance doit répondre aux conditions indispensables de l'engagement de la responsabilité du chirurgien-dentiste. En ce sens, la démonstration d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre la faute et le dommage est toujours de rigueur, ainsi que la charge de la preuve, qui incombe au patient. (28)

Les juges peuvent alors condamner un praticien quand le manquement à ses obligations a impliqué une perte de chance pour son patient. Il peut s'agir d'une perte de chance de guérir, de voir l'état du patient s'améliorer, d'éviter une intervention ou un traitement à l'origine d'un accident ou d'une complication.

L'indemnisation de la victime est ensuite fixée en fonction du pourcentage de chance perdue. Elle ne peut être intégrale, par définition. (28)

L'expertise médicale permet de confirmer l'existence d'une faute.

En général, la perte de chance peut être retenue suite à :

- des erreurs, des retards de diagnostic,
- des erreurs, des retards dans la mise en œuvre d'un traitement ou d'une intervention ou encore d'un transfert dans un établissement spécialisé,
- un manquement au devoir d'information. (28)

Mais, parfois, la certitude du lien de causalité est difficile à établir et rend alors discutable la décision relative à la réparation du dommage subi par le patient.

Les experts, puis les juges, se trouvent indéniablement confrontés à des suppositions. Ils se fondent sur des résultats statistiques, des probabilités.
Or, pour être indemnisée, la perte de chance doit être certaine. (28)

Ainsi, selon un rapport de la Cour de cassation, publié en 2007, la théorie de la perte de chance, en matière de faute médicale, fait apparaître une dialectique entre 2 éléments contradictoires : une incertitude et une certitude. (17)

-L'incertitude tient au fait qu'il ne peut être certain que si la faute n'avait pas été commise, la guérison, ou au moins l'amélioration de l'état du patient, aurait pu être obtenue.
-La certitude tient au fait que si la faute n'avait pas été commise, le malade avait des chances de guérison ou d'amélioration et que la faute l'a privé de cette chance.

Pourtant, en droit de la réparation, il est impératif que le lien de causalité entre la faute et le dommage soit certain et direct. L'incertitude évoquée ci-dessus devrait alors conduire au rejet de la demande d'indemnisation du patient, et ceci, malgré la faute établie du praticien. Mais, de cette manière, les juges ne tiendraient pas compte de la perte de chance certaine subie par le patient du fait de la faute. (17)

Par conséquent, toute la construction de la perte de chance repose sur la difficulté de concilier cette certitude et cette incertitude. Et il apparaît nécessaire d'écarter la réparation du préjudice par le rejet systématique de toute indemnisation ou, à l'opposé, par le droit systématique à une indemnisation totale. (17)

L'admission, par la jurisprudence, de la perte de chance dans le domaine médical est exprimée dans un arrêt du 27 janvier 1974 (arrêt Faivre).³⁹

Cela concerne un chirurgien qui, en 1961, réalisa une intervention de chirurgie-esthétique sous anesthésie locale à base de xylocaïne, qu'il réalisa lui-même.

La patiente, lors de l'opération, fut prise de convulsions qui provoquèrent une syncope cardiaque entraînant la mort.

La Cour d'appel a retenu la responsabilité du chirurgien au titre de la perte de chance pour ne pas avoir fait appel à un anesthésiste. Ce dernier aurait été plus à même d'administrer le traitement approprié, en cas d'accident convulsif dû à l'anesthésie par ce produit. (17)

A l'appui de son pourvoi en cassation, le chirurgien reprochait aux juges d'appel d'avoir décidé que sa faute avait « compromis la chance de survie de l'opérée » alors qu'il n'était pas certain que les conséquences fatales auraient pu être évitées. Il évoqua alors le fait qu'aucune responsabilité ne pouvait être retenue en l'absence d'un lien certain de cause à effet entre la faute et le dommage.

Mais le pourvoi a été rejeté et la formule suivante a été retenue : « Mais attendu qu'un préjudice peut être invoqué du seul fait qu'une chance existait et qu'elle a été perdue ». (17)

Cette formulation met bien en lumière la problématique évoquée entre l'incertitude, quant à la possibilité d'éviter la mort si un anesthésiste avait pu intervenir, et la certitude que la patiente avait une chance de survie, si ce dernier avait pu le faire.

³⁹ Cass.civ.1^{ère}, 27 janvier 1974, Bull.1974, I, n° 37, JCP 1970 II.16422, note Rabut.

Dans un arrêt du 09 octobre 1975, la Cour de cassation a considéré que : « L'élément de préjudice constitué par la perte de chance peut présenter en lui-même un caractère direct et certain, chaque fois qu'est constatée la disparition de la probabilité d'un événement favorable, encore que, par définition, la réalisation d'une chance ne soit jamais certaine » (Cour de cassation, chambre criminelle, 09 octobre 1975).⁴⁰

Plus tard, par un arrêt du 21 novembre 2006, la Cour de cassation a soutenu que : « Seule constitue une perte de chance réparable, la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable » (Cour de cassation, première chambre civile, 21 novembre 2006).⁴¹ (28)

Ainsi, selon la jurisprudence, l'idée à retenir est que l'absence de certitude sur le lien de causalité entre la faute et le dommage n'exclut pas de réelles probabilités, pour que, sans cette faute, le dommage ne se soit pas produit ou ait été atténué.

L'exemple d'un cas de récidive, suite à une absence de contention dans le cadre d'un traitement d'orthopédie dento-faciale, le démontre. En effet, une patiente qui se plaignait de la récidive de ses troubles de l'occlusion après le traitement de son chirurgien-dentiste, a assigné celui-ci en justice. (28)

L'expertise met en évidence l'absence de contention après le retrait des bagues. L'expert et les magistrats de la Cour d'appel ont estimé que cette faute n'était pas en lien direct avec la récidive de la pathologie. D'après eux, la récidive aurait pu se produire, avec une probabilité non négligeable, au regard du cas clinique et ce, même si une contention avait été posée. De plus, l'expert avait souligné que, dans ce cas précis, plusieurs choix thérapeutiques étaient possibles. (28)

Mais, le 22 mars 2012, la Cour de cassation a cassé l'arrêt d'appel jugeant que le caractère fautif de l'absence de contention, après traitement, impliquait nécessairement que la contention aurait pu, si elle avait été mise en place, avoir une influence favorable sur l'évolution de la pathologie.⁴² (28)

Finalement, les magistrats partent du principe, qu'en l'absence de faute, le dommage ne serait probablement pas survenu ou aurait été moindre. Le doute est clairement favorable au patient. Pourtant, quand les faits sont analysés par les juges du fond (première instance et appel), il est souvent constaté que le professionnel de santé est confronté à une situation difficile à gérer. (28)

5.1.2. L'administration de la preuve et la réparation du préjudice (20)

Même si la notion de perte de chance peut être prise en considération, lors de l'évaluation du préjudice réparable, elle ne devrait jamais être utilisée pour pallier l'insuffisance d'un lien de causalité douteux.

⁴⁰ Cass.civ.1^{ère}, 09 octobre 1975, pourvoi n° 74-93471.

⁴¹ Cass.civ.1^{ère}, 21 novembre 2006, n° 05-15.674 : Bull. I, n° 498 ; JCP 2007, I, 115., n° 3, obs. Ph. Stoffel-Munck ; Cass. crim., 6 juin 1990, n° 89-83.703: Bull. crim., n° 224, RTD. civ. 1991, p. 121, obs. P. Jourdain.

⁴² Cass.civ.1^{ère}, 22 mars 2012, n° 11-10935 et 11-11237.

La jurisprudence, en pratique, semble hésiter à s'affirmer distinctement sur cette perte de chance. En effet, l'analyse des arrêts rendus jusqu'à maintenant révèle des contradictions, des ambiguïtés entre les différentes décisions prises.

En réalité, le défaut des arrêts étudiés est seulement formel, puisqu'il est de laisser entendre que la perte de chance pourrait pallier l'incertitude du lien causal, alors que ces décisions s'expliquent par des considérations relatives à l'administration de la preuve.

C'est donc par des règles d'administration de la preuve et non par la référence à la perte de chance, que la caractérisation d'un lien de causalité, dans les décisions étudiées, peut être expliquée et justifiée.

Les arrêts, à propos desquels la perte d'une chance a été accusée de pallier l'incertitude du lien causal, ont, en définitive, seulement procédé à un déplacement de l'objet de la preuve. Ce déplacement, réalisé par les juges, s'avère légitime lorsque la preuve directe du lien de causalité est impossible à établir. En effet, le patient peut être confronté « à des difficultés de preuves souvent insurmontables liées au mystère du corps humain et aux imperfections de la science médicale ».

La preuve du lien de causalité doit être établie de manière directe ou, le cas échéant, par le recours à une présomption.

La Cour de cassation admet régulièrement, mais implicitement, que le lien de causalité puisse être établi par le recours à une présomption. Lorsque la preuve par présomption est nécessaire, l'objet de la preuve, à la charge du patient, n'est plus la causalité directement établie entre la faute et le dommage, mais la possibilité, soutenue par une certaine probabilité, que la faute ait pu être la cause du dommage allégué. Cette présomption peut être utilisée dès qu'un doute subsiste sur l'origine exacte du dommage.

En revanche, aucune présomption n'est utilisée par les juges quand la preuve du lien de causalité est possible.

Enfin, il apparaît que la référence à la perte de chance n'a comme fonction que de caractériser le préjudice réparable. La notion de perte de chance est étrangère à la justification du lien de causalité, mais elle peut permettre la détermination du préjudice subi.

A ce sujet, la jurisprudence a estimé que « la réparation d'une perte de chance doit être mesurée à la chance perdue et ne peut être égale à l'avantage qu'aurait procuré cette chance si elle s'était réalisée » (Cour de cassation, première chambre civile, 16 juillet 1998).⁴³

Ce n'est pas le préjudice final qui est réparé mais le préjudice spécifique, résultant de la perte d'une chance d'éviter la production du dommage.

⁴³ Cass.civ.1^{ère}, 16 juillet 1998, Bull. 1998, I, n° 260, p. 181, pourvoi n° 96-15.380.

En effet, comme le retient la Cour de cassation, le dommage résultant de la perte de chance « correspond alors à une fraction des différents chefs de préjudice subis qui est déterminée en mesurant la chance perdue et ne peut être égale aux atteintes corporelles résultant de l'acte médical » (Cour de cassation, première chambre civile, 07 décembre 2004).⁴⁴

La victime sera indemnisée selon un pourcentage représentant le degré de probabilité de survenu du dommage, correspondant au résultat réel. La réparation ne peut être que partielle et représente une fraction des différents préjudices subis.

5.1.3. Le cas du défaut d'information

Auparavant, la jurisprudence ordonnait la réparation totale du préjudice lorsqu'un risque non révélé se réalisait. Cette jurisprudence était fondée sur l'arrêt Teyssier rendu le 28 janvier 1942, qui proclamait que le respect de la personne humaine impose au praticien, avant de réaliser une opération sur son patient, d'obtenir son consentement éclairé par l'information et qu'en violant cette obligation, il commet une atteinte grave aux droits du malade et manque à ses devoirs médicaux. (52)

Mais, plus tard, la théorie de la perte de chance a été étendue à la réparation du préjudice consécutif à un défaut d'information du praticien.

En effet, un arrêt du 07 février 1990 a décidé qu'en manquant à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles de son choix d'accepter l'intervention, le médecin l'a privé d'une chance d'échapper au risque qui s'est finalement réalisé.⁴⁵

La réparation d'un préjudice autonome et unique, consécutif au défaut d'information, a donc été établie.

S'agissant de l'indemnisation de la chance perdue, les juges ont choisi une réparation fractionnée des différents préjudices subis par la victime.

Pour mesurer le pourcentage de chance perdue, le juge devait prendre en considération l'état de santé du patient ainsi que son évolution prévisible, sa personnalité, les raisons pour lesquelles les investigations ou les risques lui ont été proposés. (4)

Ce n'est donc pas l'intégralité du préjudice corporel présenté qui est indemnisé, mais seulement la fraction du préjudice en lien avec le défaut d'information.

La réparation intégrale de la perte de chance ne correspond finalement qu'à une réparation partielle du dommage corporel. (4)

Plus tard, on assiste à un revirement jurisprudentiel concernant le préjudice lié au défaut d'information, celui-ci s'éloignant alors de la notion de perte de chance.

⁴⁴ Cass. Civ.1^{ère}, 7 décembre 2004, n° 02-10957 : Bull. I, n° 302 ; Resp. civ. et assur. 2005, comm. 60 ; D. 2005, p. 406, obs. J. Penneau. V. égal. Civ. 1^{ère}, 29 juin 1999, n° 97-14.254 : Bull. I, n° 220 ; D. 1999, p. 559, note D. Thouvenin ; D. 1999, p. 395, note J. Penneau ; RTD civ. 1999, p. 841, obs. P. Jourdain.

⁴⁵ Cass.civ.1^{ère}, 7 février 1990, Bull. 1990, I, n° 39, p. 30 ; D. 1991. 183, obs. J. Penneau ; RTD civ. 1992. 109, obs. P. Jourdain.

5.2. Les différents préjudices

5.2.1. La caractérisation des préjudices

Il convient d'abord de distinguer le dommage du préjudice.

Le dommage est défini comme l'atteinte à l'intérêt d'une personne qui représente la victime. Il relève du fait, de l'événement qui est objectivement constatable et qui demeure au-delà du droit. (26)

Le préjudice, lui, est un terme à connotation juridique. Il relève du droit et exprime l'atteinte aux droits subjectifs patrimoniaux ou extra-patrimoniaux qui appellent une réparation, dès lors qu'un tiers en est responsable.

Le préjudice marque le passage du fait (le dommage) au droit (la réparation). (26)

Le dommage est une atteinte qui peut être matérielle, avec ses conséquences économiques, ou morale par une diminution du bien-être, des souffrances endurées.

L'ensemble de ces atteintes, matérielles ou morales, constitue un préjudice.

Le dommage entraîne un certain nombre de préjudices qui seront l'objet d'une éventuelle indemnisation. (7)

Le préjudice invoqué permet la réparation, seulement s'il réunit 3 conditions. Il doit être :

-direct : la réparation ne doit porter que sur les suites immédiates et directes de la faute ;

-certain : seul un dommage réel et non simplement hypothétique peut donner lieu à une réparation. Il est donc, en principe, actuel.

L'exception à cette règle est celle de la perte de chance, notion développée précédemment ;

-légitime : la victime ne peut demander la réparation d'un dommage illicite ou immoral. (7)

Le dommage matériel est l'atteinte à l'intégrité physique d'une chose. Il entraîne la caractérisation d'un préjudice matériel, proportionnel à l'étendue du dommage. (26)

Le dommage corporel est une atteinte à l'intégrité physique et psychique d'une personne. (26)

Le déficit fonctionnel, correspondant au dommage corporel, est alors représenté par une incapacité, mesurée par un taux d'incapacité.

Le déficit fonctionnel temporaire constitue l'incapacité fonctionnelle totale ou partielle subie jusqu'à la consolidation. Il traduit la perte de qualité de vie, des activités et des joies usuelles de la vie courante.

Le déficit fonctionnel permanent résulte du taux d'incapacité fonctionnel et indemnise le déficit physiologique définitif de la victime. Cela renvoie à la douleur permanente qu'elle ressent, la perte de qualité de vie qu'elle rencontre au quotidien après sa consolidation, la perte d'autonomie personnelle à laquelle elle est confrontée dans ses activités journalières ainsi que tous les déficits fonctionnels spécifiques qui demeurent après la consolidation. (18)

La jurisprudence utilise notamment les termes d'IPP pour Incapacité Permanente Partielle et d'ITT pour Incapacité Totale Temporaire.

En chirurgie-dentaire, le dommage corporel peut être de différentes natures :

- des dysfonctionnements articulaires,
- des séquelles dentaires (fracture, extraction, dévitalisation,...),
- des troubles fonctionnels (mastication, phonation, déglutition),
- des troubles sensitifs (atteintes du nerf dentaire inférieur, du nerf mentonnier, du nerf lingual). (37)

Le dommage corporel réunit des préjudices matériels et économiques, dits patrimoniaux, et des préjudices moraux, dits extra-patrimoniaux, subis par la victime directe elle-même et par ses proches « victimes par ricochet ».

La détermination définitive de ces préjudices ne peut être effectuée qu'après constatation de la consolidation. Celle-ci correspond à la date au-delà de laquelle aucun traitement ne sera susceptible d'améliorer l'état de la victime et au-delà de laquelle les lésions n'évoluent plus. (18)

Dans son aspect moral, le dommage donne droit à l'indemnisation :

-du quantum doloris, représentant les souffrances endurées, qu'elles soient physiques ou psychiques. Le « combien de douleur » justifie ensuite le « prix de la douleur » ou pretium doloris.

-du préjudice esthétique (ou physique) qui exprime l'importance de l'atteinte corporelle. Le préjudice esthétique temporaire répare l'altération de l'apparence physique temporaire. Le préjudice esthétique permanent répare les atteintes physiques persistantes, telles que des cicatrices.

-du préjudice d'agrément qui désigne le dommage ayant pour conséquence la privation de certaines activités de la vie courante. Il répare l'impossibilité ou la difficulté pour la victime de pratiquer régulièrement une activité sportive ou de loisirs, menant à une diminution du confort et des plaisirs de la vie. (18)

Dans son aspect patrimonial, le dommage donne droit à l'indemnisation :

-du préjudice économique temporaire ou permanent qui comprend les dépenses de santé et les pertes de revenus professionnels.

Les dépenses de santé correspondent à l'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers et assimilés occasionnés de manière temporaire ou permanente, lorsque l'état pathologique de la victime, après consolidation, les rend nécessaires. Ces dépenses sont prises en charge par les organismes sociaux ; mais il peut rester une part à la charge de la victime. (97)

Les pertes de revenus professionnels, subies par la victime du fait de son incapacité provisoire de travail jusqu'à sa consolidation, constituent un préjudice patrimonial temporaire.

Les pertes de revenus professionnels futurs résultent de la perte, d'un changement d'emploi ou de la prise d'un emploi à temps partiel après que la victime soit consolidée et correspondent donc à un préjudice patrimonial permanent. (18)

D'autres paramètres patrimoniaux sont pris en compte, tels que :

-les frais divers (préjudice temporaire): constitués par exemple des frais de transports, des dépenses destinées à compenser des activités non professionnelles telles que des travaux ménagers, etc. et qui ne peuvent être assumés par la victime.

-l'incidence professionnelle (préjudice permanent): indemnise la dévalorisation sur le marché du travail, la perte d'une chance professionnelle et la pénibilité accrue au travail ou encore la nécessité d'abandonner une profession au profit d'une autre à la suite du dommage. (18)

5.2.2. L'évaluation du dommage

Il est nécessaire mais parfois très complexe, de distinguer la part des dommages liés à l'état antérieur de la victime et la part relevant de l'accident ou de la faute, survenue lors de l'intervention du praticien. (18)

Ce sont essentiellement les pièces du dossier médical qui permettent d'apprécier cet état antérieur. Ensuite, l'examen clinique permet de déterminer l'état actuel du patient en relevant les modifications par rapport à l'état antérieur. La différence entre les deux états constitue les séquelles. Celles-ci peuvent résulter de l'intervention du chirurgien-dentiste ou de l'évolution normale d'une pathologie préexistante ou du fait du patient. (37)

La caractérisation des préjudices implique presque toujours de recourir à une expertise médicale amiable ou judiciaire pour décrire et évaluer les atteintes subies. Ces atteintes sont évaluées par les experts sur une échelle de 1 à 7. (18)

A titre d'exemple, une fracture coronaire sans exposition pulpaire est associée à une douleur très légère et se situe à 1/7. Celle avec exposition de la pulpe est associée à une douleur légère et se situe donc à 2/7.

En chirurgie-dentaire, les qualificatifs de la douleur tels que modérée (3/7), moyenne (4/7), assez importante (5/7), importante (6/7), très importante (7/7) ne sont pas ou peu utilisés.

5.2.3. Le préjudice spécifique lié au défaut d'information

Jusqu'à une période récente, le manquement au devoir d'information n'était sanctionné que par la condamnation à indemniser la perte de chance du patient de refuser l'acte et d'éviter ainsi la réalisation des risques. (24)

La jurisprudence retenait classiquement que le médecin « qui manque à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles de son choix d'accepter l'opération qu'il lui proposait, a seulement privé ce malade d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles » (Cour de cassation, première chambre civile, 07 février 1990).⁴⁶

D'ailleurs, lorsque l'intervention ou le traitement apparaissait indispensable, il était habituellement jugé que le préjudice ou le lien de causalité était inexistant. Par conséquent, les juges rejetaient le plus souvent les demandes des patients au titre de la perte de chance. (24)

Mais par un arrêt du 03 juin 2010, la Cour de cassation a cassé l'arrêt d'appel qui rejetait la demande d'un patient. Ce rejet avait pour motif l'absence d'alternative thérapeutique et la faible probabilité que le patient renonce à l'intervention proposée s'il avait été informé des risques. (24)

⁴⁶ Cass.civ.1^{ère}, 7 février 1990, Bull. 1990, I, n° 39, p. 30 ; D. 1991. 183, obs. J. Penneau ; RTD civ. 1992. 109, obs. P. Jourdain.

La Cour de cassation a considéré que : « Le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information cause à celui auquel l'information était due, lorsque ce risque se réalise, un préjudice résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque, que le juge ne peut laisser sans réparation. »⁴⁷

Elle inaugure la reconnaissance du défaut d'information comme une violation du recueil du consentement, susceptible d'entraîner un préjudice autonome de la perte de chance, que l'acte médical soit nécessaire ou non. Cet arrêt relie la responsabilité du professionnel de santé au principe du respect de la dignité de la personne (article 16 du Code civil) et à son consentement (article 16-3 du Code civil). (30)

Le droit à l'information constitue alors un nouveau droit de la personnalité fondé sur le principe de dignité de la personne humaine et le droit au respect de l'intégrité physique. (2)

La Cour consacre donc un nouveau préjudice, autonome et distinct de la perte de chance.

Mais, le revirement de la jurisprudence n'a pas empêché la difficulté pour elle de se positionner quant à la caractérisation du préjudice lié au défaut d'information. S'agit-il d'un préjudice « d'impréparation » ou d'un préjudice moral ?

Dans un arrêt du 12 juillet 2012, la Cour de cassation formulait que le droit à l'information est « un droit personnel, détaché des atteintes corporelles » et que « la lésion de ce droit subjectif entraîne un préjudice moral ».⁴⁸

Le Conseil d'Etat a rejoint cette nouvelle jurisprudence en reconnaissant le droit à l'information comme un droit subjectif mais a précisé sa portée en indiquant que le préjudice moral tiré du défaut d'information « résulte d'un défaut de préparation psychologique aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir consenti à une atteinte à son intégrité corporelle », propos retenus dans l'arrêt du 12 juillet 2012. (29)

La Cour décompose donc le préjudice moral en isolant l'impréparation psychologique, d'une part, et le ressentiment éprouvé en tant que tel par le manquement fautif, d'autre part.

Qu'il s'agisse de la violation du recueil de consentement ou de l'impréparation psychologique, le défaut d'information est désormais reconnu par le juge administratif comme susceptible de causer un préjudice moral autonome de la perte de chance. Toutefois, il ne fera l'objet d'une réparation que s'il est invoqué et établi. La victime dispose d'une présomption de préjudice d'impréparation, à charge pour elle d'établir l'atteinte corporelle et l'étendue de ce préjudice. (24)

Cette position semble respecter un certain équilibre entre une protection accrue des patients et un engagement systématique de la responsabilité des soignants, surtout dans le contexte d'une charge de la preuve difficile à rapporter pour ces derniers.

Par ailleurs, il faut savoir que le défaut d'information peut toujours être sanctionné par la réparation de la perte de chance. (29)

⁴⁷ Cass.civ.1^{ère}, 3 juin 2010, n° 09-13.591, AJDA 2010. 2169, note C. Lantero ; D. 2010. 1522, obs. I. Gallmeister, note P. Sargos ; *ibid.* 1801, point de vue D. Bert ; *ibid.* 2092, chron. N. Auroy et C. Creton ; *ibid.* 2011. 35, obs. P. Brun et O. Gout ; *ibid.* 2565, obs. A. Laude ; RDSS 2010. 898, note F. Arhab-Girardin ; RTD civ. 2010. 571, obs. P. Jourdain.

⁴⁸ Cass.civ.1^{ère}, 12 juillet 2012, n° 11-17.510, D. 2012. 2277, note M. Bacache ; *ibid.* 2013. 40, obs. P. Brun et O. Gout ; RTD civ. 2012. 737, obs. P. Jourdain ; RTD eur. 2013. 292-36, obs. N. Rias.

IV La prise en charge d'un litige

1. Les voies de contestation du patient lors d'un conflit

1.1. Origine des conflits et voies de recours possibles

1.1.1. Origine des conflits

Les différends entre les patients et leur praticien ont plusieurs origines possibles :

- La mauvaise compréhension des informations fournies par le praticien au patient, sur :
 - les différentes possibilités de traitement,
 - leur coût (et notamment l'interprétation du devis),
 - la durée des interventions et la durée totale du traitement,
 - les suites possibles,
 - les gênes et contraintes subies,
 - les solutions transitoires ;
- Les complications survenant au cours des soins et modifiant de façon importante la planification du traitement et son coût ;
- La perte de confiance du patient vis-à-vis de son praticien ;
- Des problèmes relationnels et la rupture du dialogue. (42)

Un patient, qui pense être victime d'une faute commise par le chirurgien-dentiste, dispose de plusieurs voies pour que la responsabilité du chirurgien-dentiste soit considérée et que le dommage qu'il a subi soit réparé.

Le praticien libéral relève le plus souvent de la juridiction civile alors que le praticien, exerçant dans un établissement public hospitalier, relève des juridictions administratives. En revanche, les deux peuvent être confrontés à la juridiction pénale.

Selon que le plaignant souhaite une indemnisation et/ou une sanction à l'encontre de son praticien, il peut avoir recours à différentes voies juridiques.

1.1.2. La voie civile pour l'indemnisation (12)

La catégorie de patients, qui souhaite obtenir une indemnisation en réparation des dommages subis, est la plus nombreuse. Elle utilise alors la voie civile.

Trois démarches permettent cela :

- la démarche amiable, matérialisée par une réclamation écrite au chirurgien-dentiste. Cette réclamation devra être transmise sans délai à l'assureur actuel du praticien.
- le cas échéant, la victime peut engager une démarche judiciaire traditionnelle, en ayant recours à une procédure civile ou administrative suivant le secteur, privé ou public, dans lequel les soins se sont déroulés. Dans la majorité des cas, il s'agira d'une procédure civile étant donné que les chirurgiens-dentistes sont principalement des libéraux.

-la victime peut aussi demander une procédure devant les CRCI. En effet, la loi du 04 mars 2002 a créé un dispositif de règlement amiable et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales.

L'indemnisation est assurée par les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI).

C'est une voie non juridictionnelle qui permet aux victimes de parvenir à une indemnisation plus rapide. Cet aspect sera développé dans la partie IV.2.

1.1.3. La voie ordinale pour la sanction (12)

Si le patient souhaite que le praticien soit sanctionné, il peut saisir la voie ordinale.

Le patient s'adresse alors au Conseil départemental de l'Ordre qui transmet une plainte à la juridiction disciplinaire.

La juridiction ordinale étudie l'aspect déontologique et non pas l'aspect technique.

Elle ne peut prononcer de condamnation à un remboursement, au paiement d'indemnités ou de dommages et intérêts.

La juridiction ordinale peut prononcer :

- une sanction disciplinaire à l'encontre du praticien (avertissement, blâme, interdiction temporaire d'exercice avec ou sans sursis, radiation),
- un rejet de la plainte,
- une amende à l'encontre du patient si la requête est jugée abusive.

1.1.4. La voie pénale pour le cumul de l'indemnisation et de la sanction (12)

Une minorité de patients désire obtenir une sanction à l'encontre du praticien et une compensation financière du fait du préjudice subi.

Cette catégorie de patients soumettra le litige à l'appréciation du procureur de la république par le biais d'une plainte pénale auprès des autorités de police et de gendarmerie.

Finalement, le patient dispose de diverses possibilités pour exprimer ses doléances.

1.2. La voie amiable

Les deux grandes voies générales qui peuvent être empruntées, lors d'un litige, sont les voies amiable et contentieuse.

Le choix de l'une ou de l'autre de ces voies dépend de la personne mise en cause et du but poursuivi par le plaignant.

Nous évoquerons plus particulièrement les procédures auxquelles le chirurgien-dentiste libéral peut être confronté, ce qui exclut la procédure administrative.

1.2.1. Réclamation directe auprès du praticien ou de son assureur

Tout d'abord, de la manière la plus cohérente possible, un patient, qui estime avoir subi un préjudice lors d'un acte de soins, l'exprimera, du moins dans un premier temps, à son praticien. Il formulera son mécontentement verbalement ou par écrit. Il est alors souhaitable de convenir d'un rendez-vous pour écouter et examiner calmement les griefs invoqués par le patient. (37)

Il est aussi recommandé d'établir, par écrit, un récapitulatif des griefs et des réponses qui ont pu y être apportées à l'occasion de l'entretien avec le patient. Ce récapitulatif devra lui être adressé par courrier le plus vite possible. Cela permettra au chirurgien-dentiste de démontrer la loyauté dont il a fait preuve envers son patient, si ce dernier décide d'engager une procédure contentieuse. (37)

On peut rappeler que le devoir d'information qui pèse sur le praticien concerne non seulement l'information précédant les actes de soins, mais également une information à posteriori. (37)

Le patient, quant à lui, peut directement ou après ce rendez-vous envoyer une lettre résumant ses griefs et mettant le praticien en demeure d'y donner suite.

Si les éléments de réponse apportés ne conviennent pas au patient, le praticien peut lui communiquer les coordonnées de son assureur en responsabilité civile professionnelle. Le praticien devra alors faire une déclaration de sinistre auprès de son assureur. Ce dernier instruira la réclamation et accordera, le cas échéant, une indemnisation au patient. (37)

Si le patient a souscrit un contrat d'assurance de position juridique défense et recours, c'est alors sa compagnie d'assurance qui prend contact avec le praticien. Le patient fournit les coordonnées de sa compagnie d'assurance et le règlement du litige se réalise par l'intermédiaire des compagnies d'assurance en dehors de tout procès. En effet, lorsque le responsable est assuré pour sa responsabilité civile professionnelle, comme c'est le cas pour les professionnels de santé, la charge de l'indemnité pèse sur l'assureur. C'est pourquoi la victime bénéficie d'une action directe contre l'assureur. (21)

D'ailleurs, depuis les lois du 04 mars et du 30 décembre 2002, le chirurgien-dentiste est obligé, sous peine de sanction disciplinaire et/ou pénale, de souscrire un contrat de responsabilité civile professionnelle auprès d'une assurance. (12)

Cette responsabilité est susceptible d'être engagée en cas de dommages subis par des tiers dans le cadre des activités de prévention, de diagnostic ou de soin. (21)

L'assureur du chirurgien-dentiste, suite au rapport d'expertise, doit mener les deux parties vers un règlement transactionnel satisfaisant pour tous et caractéristique de la voie amiable.

Il transmet sa position qui consiste en un rejet de la demande si la responsabilité civile professionnelle n'est pas établie ou dans sa recevabilité si les conditions sont réunies, donnant lieu alors à une proposition d'indemnisation. (37)

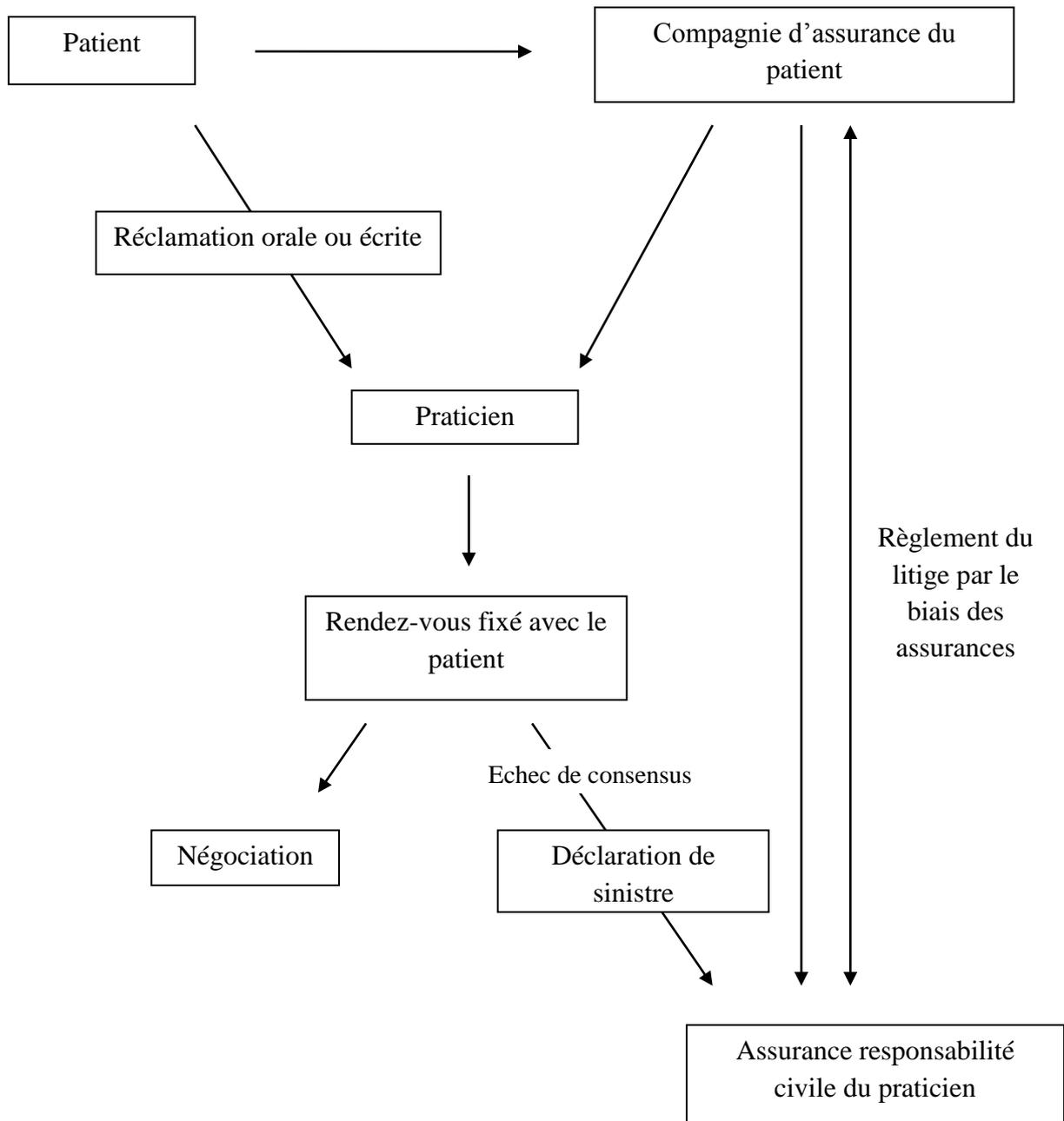


Figure 1 : Règlement amiable par négociation directe ou par le biais des assurances (DUMONT M., 2002).

1.2.2. Réclamation auprès du Conseil de l'Ordre

Le patient peut consulter un chirurgien-dentiste conseil auprès de la sécurité sociale. Celui-ci s'adressera au Conseil de l'Ordre de son département.

Le patient peut aussi directement saisir le Conseil départemental de l'Ordre en adressant un courrier dans lequel il expose ses griefs à l'égard du praticien.

Le praticien peut également suggérer une procédure amiable devant le Conseil de l'Ordre pour éviter qu'une situation conflictuelle ne dure.

Le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes possède plusieurs rôles : réglementaire, administratif, juridictionnel et financier. Il veille à l'exécution des peines prononcées, des règlements et des instructions décidées par le Conseil national.

Dans le cadre des litiges patient/ praticien, le Conseil départemental de l'Ordre possède un rôle fondamental par sa mission de conciliation.

Il convient de noter que le CDO n'a pas de pouvoir disciplinaire, contrairement au Conseil régional, dont la section disciplinaire doit être saisie en cas d'échec de la conciliation après vérification des dires du patient.

Le président du Conseil départemental de l'Ordre a un rôle fondamental dans cette conciliation. L'article L 4123-2 précise bien les modalités de celle-ci :

« Il est constitué auprès de chaque conseil départemental une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres. La conciliation peut être réalisée par un ou plusieurs des membres de cette commission, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le conseil départemental peut demander à un autre conseil de procéder à la conciliation.

En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national transmet la plainte dans le délai d'un mois. » (32)

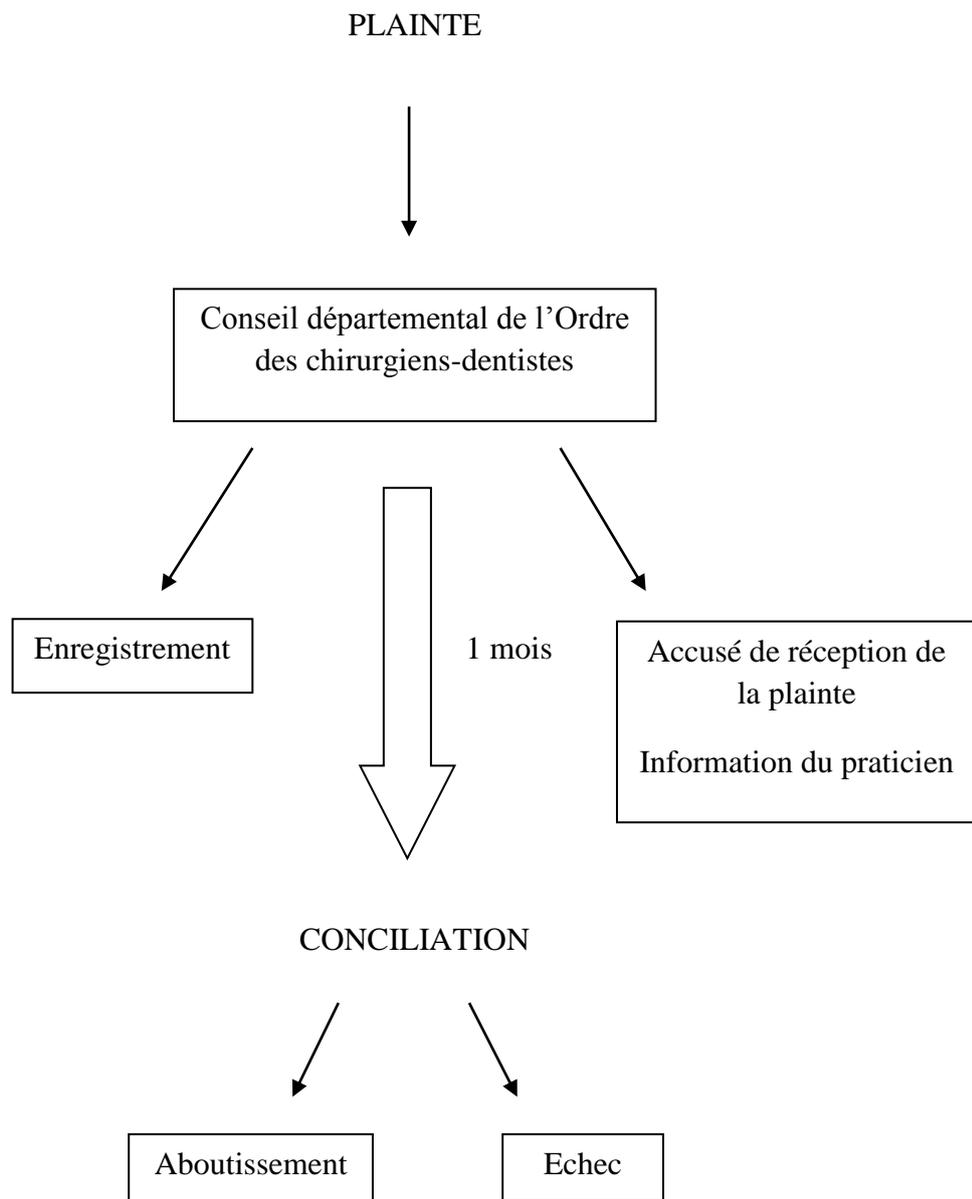


Figure 2 : Saisine en conciliation du Conseil départemental de l'Ordre (MISSIKA P. et RAHAL B., 2006).

Le CDO accuse réception de la réclamation auprès du plaignant et informe le praticien qu'il y a conflit. Des explications sont recherchées de sa part pour, éventuellement, renouer le dialogue, trouver un accord entre les deux parties.

La conciliation a pour objectif d'éviter la mise en place d'une procédure longue et coûteuse.

Le président du conseil départemental désigne un ou plusieurs membres de la commission de conciliation mise en place, conformément aux dispositions du Code de la santé publique. La conciliation consiste dans l'intervention d'un tiers pour tenter de régler un différend.

Après avoir écouté les deux parties et analysé leurs points de vue, le ou les membres de la commission de conciliation proposent un règlement amiable pour apaiser le litige. (42)
Les patients et les chirurgiens-dentistes peuvent se faire accompagner, voire représenter par un avocat.

-Si les parties trouvent un accord, un procès-verbal est signé, comportant un désistement de toute autre instance ou action se rapportant au différend qui n'est plus.

-Si l'accord est partiel, il convient d'indiquer et de mentionner les questions non réglées pour lesquelles les parties sont autorisées à engager les procédures qu'elles estiment utiles.

-En cas d'échec, un procès-verbal de non conciliation est établi dans lequel il est constaté l'impossibilité de concilier les parties. Celles-ci peuvent alors se pourvoir devant une autre juridiction, et/ ou demander au président du conseil départemental de transmettre une plainte à la juridiction disciplinaire de première instance présidée par un magistrat.

Les décisions de cette juridiction sont susceptibles d'appel de la part des deux parties devant la juridiction d'appel du Conseil national, puis, éventuellement, devant le conseil d'Etat. (42)

En fin de compte, l'intérêt majeur du règlement amiable pour le patient est de permettre une indemnisation beaucoup plus rapide que par la voie contentieuse.

Par conséquent, dans le cas où le patient et le chirurgien-dentiste se mettent d'accord sur la responsabilité et sur l'évaluation des dommages, par l'intermédiaire des compagnies d'assurance ou du Conseil de l'Ordre, la procédure se conclut par un règlement amiable. (42)

Cependant, si la voie amiable est un échec, le patient peut recourir à la voie contentieuse.

1.3. La voie contentieuse

1.3.1. Plainte auprès du Conseil de l'Ordre

Lorsqu'un patient s'estime victime d'une faute commise par un chirurgien-dentiste et souhaite que celui-ci soit sanctionné, il peut saisir le Conseil départemental de l'Ordre. (42)

La plainte déposée ne peut mener qu'à une sanction disciplinaire à l'encontre du praticien mis en cause. Elle ne permet pas l'indemnisation de la victime, ni le versement de dommages et intérêts. (42)

Après l'organisation d'une tentative de conciliation et en cas d'échec de celle-ci, le Conseil départemental transmet la plainte au Conseil régional avec un avis motivé dans les trois mois qui suivent la réception de la plainte.

Voici le schéma qui décrit le déroulement de la procédure :

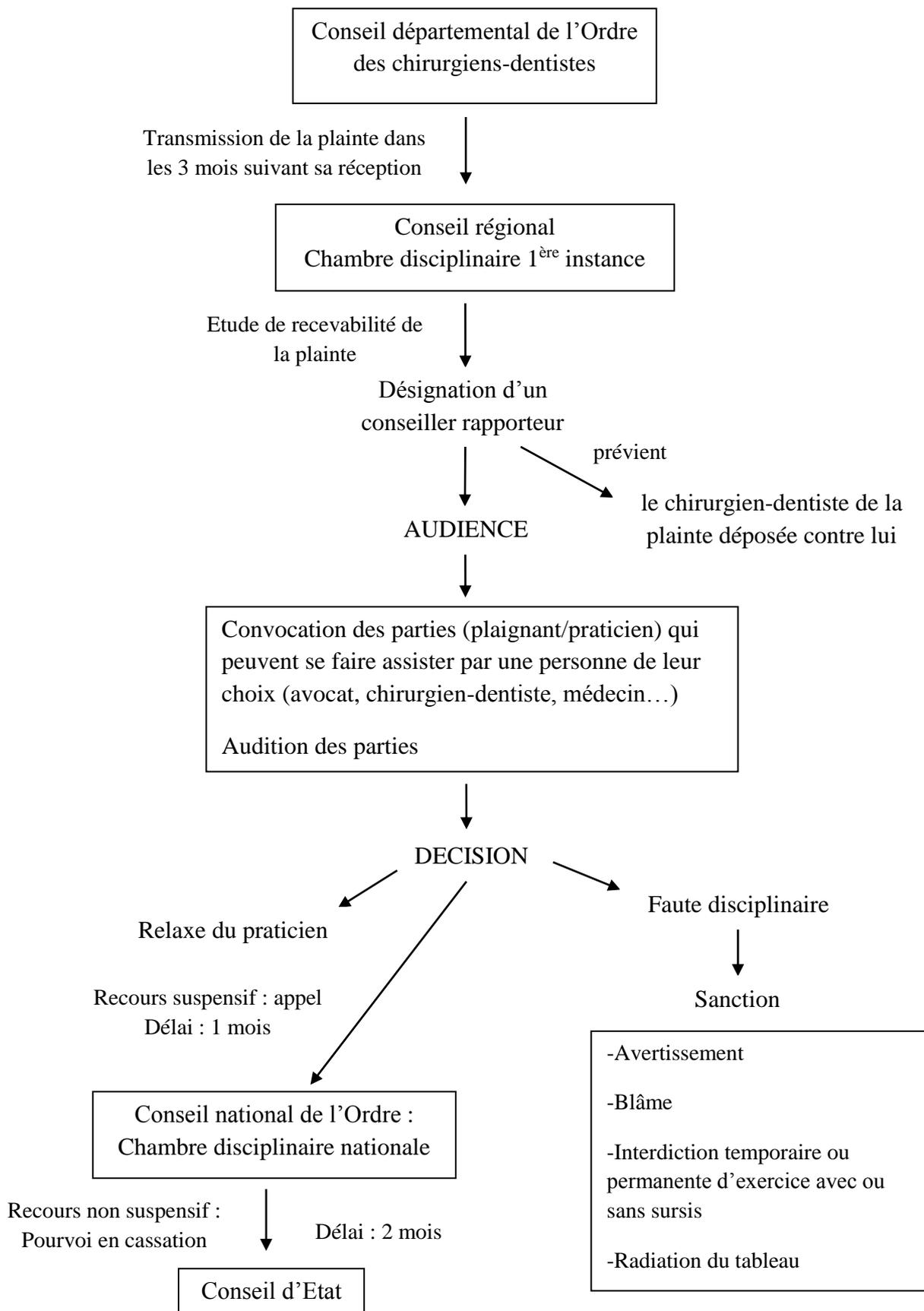


Figure 3 : Procédure disciplinaire ordinale (MISSIKA P. et RAHAL B., 2006).

La décision du Conseil régional est rendue dans les 6 mois après le dépôt de plainte. Elle est communiquée au chirurgien-dentiste visé par la plainte, au Conseil Départemental de l'Ordre, au Procureur de la République, au Préfet, au Conseil National de l'Ordre et au Ministre de la Santé. (10)

Cette procédure est spécifique et indépendante de la saisie d'une autre juridiction. En effet, les règles disciplinaires sont propres à la profession de chirurgien-dentiste. Les fautes, de nature à engager des poursuites disciplinaires, sont nombreuses. Il peut s'agir de fautes professionnelles stricto sensu ou de fautes pénales et/ou civiles sans qu'elles aient pour autant un caractère direct et certain avec l'exercice professionnel mis en cause. Si le praticien subit une condamnation pénale, la décision est communiquée au Conseil de l'Ordre qui peut prononcer une sanction disciplinaire. (10, 37)

1.3.2. Plainte auprès de la juridiction civile

Dans le cas où la demande amiable n'a pas abouti ou que le patient choisit une autre voie, celui-ci peut saisir la juridiction civile.

Pour cela, l'acte dommageable doit avoir été réalisé par un chirurgien-dentiste libéral, peu importe qu'il exerce dans un cabinet privé et/ou dans un établissement public de soins. (10)

La durée des procédures civiles peut atteindre 5 ou 10 ans, lorsqu'un appel a été fait à l'encontre du jugement du tribunal et/ou qu'un pourvoi a été formé contre l'arrêt de la Cour d'appel.

L'accès à la justice est libre et gratuit. Cependant, les honoraires du ou des experts judiciaires, doivent être avancés par les victimes, sauf si elles bénéficient de l'aide juridictionnelle.

La procédure, suivie devant la juridiction civile, est régie par le Code de procédure civile. Ce sont les Tribunaux d'Instance et de Grande Instance qui ont la compétence pour juger les litiges. Le Tribunal d'Instance est défini comme une juridiction d'exception, contrairement au Tribunal de Grande Instance qui est une juridiction de droit commun.

Le patient, qui souhaite mettre en cause la responsabilité du praticien et obtenir réparation de son préjudice, saisit le plus souvent le juge des référés pour obtenir la désignation d'un expert. Cette juridiction des référés existe devant le Tribunal d'Instance et le Tribunal de Grande Instance. Le Tribunal d'Instance est compétent pour traiter les litiges d'un montant inférieur ou égal à 7600 euros. Un montant supérieur à cette somme relève du Tribunal de Grande Instance. Dans le domaine médical, les demandes excèdent très souvent 7600 euros, amenant le Tribunal de Grande Instance à gérer les conflits patient/praticien. Néanmoins, la procédure est plus simple, plus rapide et moins coûteuse devant le Tribunal d'Instance. (37)

La représentation et l'assistance par un avocat ne sont pas obligatoires devant le Tribunal d'Instance. Chacune des parties peut assurer seule sa défense. En revanche, la présence d'un avocat est obligatoire devant le Tribunal de Grande Instance.

Dans tous les cas, l'aide d'un avocat est fortement conseillée afin de constituer un dossier solide pour garantir au mieux sa défense. (10)

Nous ne détaillerons pas le déroulement de la procédure devant ces juridictions. Simplement, il faut savoir que deux parties se constituent : le demandeur (le patient), d'une part, et le défendeur (le praticien), d'autre part.

Chacune des parties comparaitra devant le Tribunal, accompagnée ou non (selon le cas) de leur défenseur (l'avocat).

A l'issue de la procédure, la décision de justice est rendue par les juges. (3)

La voie civile est fréquemment utilisée en matière de responsabilité médicale car elle est rapide et peu coûteuse. De plus, elle favorise, après le dépôt du rapport d'expertise, une solution transactionnelle. L'appel contre le jugement du tribunal d'Instance n'est pas possible, si le montant ne dépasse pas 3800 euros. En revanche, les décisions du Tribunal de Grande Instance peuvent toujours être conduites en appel. L'affaire est alors soumise à un nouvel examen par la Cour d'appel qui représente une juridiction hiérarchiquement supérieure. L'appel, sauf exception, suspend l'exécution de la décision attaquée. (37)

L'arrêt de la Cour d'appel confirme ou infirme alors la décision rendue par les premiers juges. L'une ou l'autre des parties peut ensuite, à titre exceptionnel, former un pourvoi en cassation devant la Cour de cassation contre cet arrêt. (37)

La reconnaissance de la responsabilité civile professionnelle a pour conséquence l'obligation de réparer le préjudice causé à une victime. Cette réparation est proportionnelle à l'étendue du dommage ; c'est le principe de la réparation intégrale du préjudice.

1.3.3. Plainte auprès de la juridiction pénale (10)

Les juridictions pénales sont des juridictions répressives ayant pour objectif une sanction à l'encontre du praticien et une indemnisation en réparation des différents préjudices subis.

La condamnation à une peine s'effectue dans le cadre de l'action publique et l'indemnisation du préjudice dans le cadre de l'action civile.

La procédure pénale peut être engagée de 3 façons :

-La plainte au commissariat ou à la gendarmerie : ces deux autorités sont compétentes pour recevoir les plaintes et informer le Procureur de la République. Ils réaliseront une enquête préliminaire à la demande de ce dernier.

-La plainte auprès du Procureur de la République : celui-ci va examiner le dossier et peut décider de classer l'affaire sans suite, s'il estime, après étude du rapport d'enquête préliminaire, que les faits ne justifient pas une enquête. Dans le cas contraire, il peut décider de poursuivre la procédure en désignant un juge d'instruction chargé d'instruire l'enquête.

-La plainte avec constitution de partie civile entre les mains du doyen des juges d'instruction : celle-ci oblige l'ouverture d'une procédure pénale.

L'affaire sera ensuite jugée par les autorités compétentes : le Tribunal de police pour les contraventions, le tribunal correctionnel pour les délits, la Cour d'assise pour les crimes.

Si une infraction pénale entraîne un préjudice pour la victime, l'action pénale peut se doubler d'une action civile afin de pouvoir obtenir des dommages et intérêts. Mais, en aucun cas, deux actions ne peuvent être poursuivies en même temps.

La responsabilité pénale ne peut être recherchée que pour des faits ayant des conséquences importantes, voire gravissimes. Dans le contentieux médical, ce sont les infractions non intentionnelles ou infractions d'imprudence qui sont le plus souvent rencontrées.

2. Les modalités de réparation des dommages

2.1. Généralités (19)

La réparation peut être sollicitée par la victime, ses représentants légaux ou ses ayants droits, en cas de décès. Elle doit, en principe, être intégrale et n'engendrer pour la victime ni perte, ni profit. Elle ne peut donc pas excéder le montant du préjudice subi.

La réparation peut être individuelle dès lors qu'elle incombe au professionnel, établissement, service ou organisme de santé ou au producteur d'un produit de santé. Elle peut aussi être collective dans les cas où elle est à la charge de la solidarité nationale ; l'indemnisation étant alors assurée par l'ONIAM.

La réparation peut être, dans un premier temps, assumée par la solidarité nationale, puis mise à la charge du professionnel, de l'établissement, service ou organisme de santé ou encore du producteur d'un produit de santé à l'issue d'une action récursoire de l'ONIAM à l'encontre du responsable.

La victime dispose, le plus souvent, de plusieurs options pour obtenir réparation de son préjudice, qu'il s'agisse d'une réparation individuelle ou collective.

2.1.1. La mise en œuvre de la réparation individuelle

Elle suppose que la responsabilité du chirurgien-dentiste soit établie.

La loi du 04 mars 2002 a harmonisé les délais de prescription existants et prévu que les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements publics ou privés, à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, se prescrivent par 10 ans à compter de la consolidation du dommage. (19)

L'action civile, exercée par la victime devant les juridictions répressives, est, par contre, soumise au même délai de prescription que l'action publique, c'est-à-dire :

- 1an pour les contraventions,
- 3 ans pour les délits,
- 10 ans pour les crimes. (19)

Pour le mineur, la prescription ne commence qu'à compter de sa majorité. (19)

La saisine d'une CRCI suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure. (19)

Depuis la loi du 04 mars 2002, les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont tenus, en application de l'article L1142-2 du CSP, de souscrire une assurance destinée à garantir leur responsabilité civile. Les contrats d'assurance peuvent, cependant, prévoir des plafonds de garantie. Mais si le plafond est atteint, l'assureur doit en informer la victime et l'ONIAM, qui peut alors se substituer à lui pour l'indemnisation. (32)

La réparation individuelle peut être assurée au moyen d'une transaction directe entre la victime et le responsable du dommage, par l'intermédiaire de la CRCI ou encore par la voie juridictionnelle. Par ailleurs, les tiers payeurs bénéficient d'un recours à l'encontre du responsable du dommage. (19)

2.1.2. La mise en œuvre de la réparation collective (19)

Elle implique, en principe, que la responsabilité du professionnel n'est pas engagée ou l'est seulement partiellement.

Dans le cas contraire, si la réparation a été prise en charge, dans un premier temps, par la solidarité nationale, elle sera finalement assumée par le responsable, au terme d'une action récursoire de l'ONIAM.

La réparation collective peut être mise en œuvre par les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Dans d'autres cas, elle est assurée directement par l'ONIAM au moyen de procédures spécifiques.

La victime ou ses ayants droits peuvent aussi saisir la juridiction compétente.

2.2. Réparation par la voie d'une transaction directe

En l'absence de contestation sur la responsabilité de l'auteur du dommage, ce dernier et son assureur peuvent transiger avec la victime quant au montant de la réparation. La transaction constitue, selon l'article 2044 du code civil, un contrat par lequel les parties terminent une contestation née ou préviennent une contestation à naître qui doit être rédigée par écrit. (19, 30)

La réparation du dommage est définitivement fixée à la date à laquelle la transaction est intervenue. Une nouvelle demande d'indemnisation, au titre du même fait, peut être formée postérieurement à la fixation définitive du préjudice de la victime, seulement si une aggravation de son état est survenue ou si un préjudice n'a pas été réparé par cette transaction. (19)

2.3. Réparation par les CRCI

La loi du 04 mars 2002 a créé un dispositif de règlement amiable et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales.

L'indemnisation est assurée par les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI) et par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

La réparation, par cette voie, est fondée sur l'article L1142-1 du Code de la Santé Publique. Ce système permet aux victimes d'obtenir une indemnisation plus rapide. (19)

L'ONIAM est un établissement public à caractère administratif de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Les CRCI, quant à elles, sont des commissions administratives indépendantes de l'ONIAM. (41)

Même si le fonctionnement matériel des commissions est nécessairement assuré par l'ONIAM, qui a la personnalité morale lui permettant d'engager des moyens, les commissions exercent leur activité, au fond, en toute indépendance. (41)

Cette indépendance est assurée par les textes qui prévoient que les présidents des commissions, bien que pouvant être en détachement à l'ONIAM, ne sont sous l'autorité ni du président, ni du directeur de l'ONIAM. Ils sont nommés par le ministre en charge de la Justice, sans que le directeur de l'ONIAM n'ait à émettre d'avis sur les candidatures. (41)

Les CRCI peuvent, en premier lieu, quelle que soit la gravité du préjudice subi, être saisies en vue d'une conciliation de litiges nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Elles siègent alors en formation de conciliation. (19)

Elles peuvent, en second lieu, être saisies par la victime, son représentant légal ou ses ayants-droits en vue d'un règlement amiable du litige quand les dommages sont imputables à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. Cependant, en application de la loi du 30 décembre 2002, ces actes doivent avoir été réalisés à compter du 05 septembre 2001. (19)

Les CRCI sont compétentes pour traiter :

- des accidents fautifs, c'est-à-dire des accidents qui engagent la responsabilité des professionnels de santé,
- des accidents non fautifs, comme les aléas thérapeutiques ou les affections iatrogènes. (41)

La saisine de la Commission implique que le dommage présente un certain seuil de gravité, fixé par décret. Ce seuil de gravité présente les caractéristiques suivantes :

- un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) supérieur à 24 % ;
- ou un arrêt temporaire des activités professionnelles (ATAP) pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;
- ou des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire (DFT) supérieur ou égal à un taux de 50 % pendant une durée au moins égale à six mois consécutifs ou à six mois non consécutifs sur une période de douze mois ;

Ou à titre exceptionnel :

- lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène ou de l'infection nosocomiale ;

- lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène ou l'infection nosocomiale occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence (TPGCE). (41)

La demande de la victime doit être accompagnée d'un certificat médical attestant le fondement précis des dommages auquel peuvent être jointes d'autres pièces justificatives.

La Commission peut soumettre ces pièces à un expert afin de déterminer si elle est ou non compétente.

Lorsqu'elle estime que le seuil de gravité n'est pas atteint, elle peut, selon l'article R1142-15 du Code de la santé publique, se déclarer incompétente sans diligenter d'expertise et en informe alors les parties. (19, 32)

Dans le cas contraire, la CRCI désigne un expert ou un collège d'experts, choisis sur la liste nationale des experts en accidents médicaux qui expertiseront le dossier. Les experts peuvent effectuer toute investigation et demander, aux tiers et aux parties, la communication de tout document sans que puisse leur être opposé le secret médical ou professionnel. De plus, ils doivent s'assurer du caractère contradictoire des opérations d'expertise, c'est-à-dire que toutes les parties seront convoquées par l'expert. (19, 41)

La CRCI est ensuite chargée d'émettre, dans les 6 mois de sa saisine, un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable. Puis, elle doit adresser ces informations à l'ONIAM et aux personnes concernées par le litige. Il précise si, à la date où il est rendu, l'état de la victime est consolidé ou non. (19, 41)

Si un droit à indemnisation est reconnu par la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation, l'avis rendu indiquera l'identité du régleur :

- en cas de responsabilité : le nom de la ou des compagnies d'assurances du ou des acteurs de santé déclarés responsables ;
- en cas d'accident médical non fautif : l'ONIAM. (41)

2.3.1. L'indemnisation par l'assureur

Lorsque la CRCI estime que le dommage engage la responsabilité du professionnel de santé, l'assureur, qui garantit la responsabilité civile du chirurgien-dentiste, est chargé d'adresser à la victime ou ses ayants-droits, dans un délai de 4 mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance. (19, 30, 41)

Cette offre doit indiquer l'évaluation retenue pour chaque chef préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime ou à ses ayants-droits.

Si la victime accepte l'offre, cette acceptation vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code Civil et le paiement doit intervenir dans un délai de 1 mois, à compter de la réception de cette transaction. (19, 30, 41)

L'assureur ayant transigé avec la victime peut toujours, s'il estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de son assuré, agir à l'encontre du tiers responsable ou de l'ONIAM si la réparation relevait de la solidarité nationale. (19, 30, 41)

La victime peut aussi refuser l'offre de l'assureur et saisir la juridiction compétente. En cas de silence ou de refus explicite de l'assureur de faire une offre ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré ou sa couverture épuisée, l'ONIAM est substitué à l'assureur et fait une offre à la victime dans les mêmes conditions que ce dernier. (19, 41)

2.3.2. L'indemnisation par l'ONIAM

Lorsque la CRCI estime que le dommage est indemnisable au titre de la solidarité nationale, elle transmet cet avis à l'ONIAM en précisant la nature et l'étendue des préjudices subis par la victime. (19, 41)

L'ONIAM fixe alors le montant des préjudices énumérés par la commission et fait, dans un délai de 4 mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation à la victime ou à ses ayants-droits visant à la réparation intégrale des préjudices subis. Cette offre sera provisionnelle pour chaque chef de préjudice, si l'état de santé de la victime n'est pas consolidé. (19, 41)

L'acceptation de l'offre de l'ONIAM vaut transaction au sens de l'article 2044 du Code Civil. Le paiement doit intervenir dans un délai de 1 mois à compter de la réception par l'ONIAM de l'acceptation de son offre par la victime, qu'elle ait un caractère provisionnel ou définitif. (19, 41)

2.4. La réparation juridictionnelle (19)

La victime peut se constituer partie civile lorsqu'une infraction a été commise ou, selon la qualité de l'auteur, saisir les juridictions civiles. Elle peut le faire, soit d'emblée, soit lorsque son recours devant une CRCI a été déclaré irrecevable ou a été rejeté, qu'elle a refusé l'offre de l'assureur ou celle de l'ONIAM ou n'en a pas reçu, ou encore si elle a subi un préjudice qui n'a pas été indemnisé.

Les juridictions pénales saisies d'une constitution de partie civile de la victime à l'origine des poursuites ou par voie d'intervention, peuvent, après avoir déterminé la sanction applicable à l'auteur, ordonner la réparation du préjudice subi.

Des expertises peuvent être ordonnées par le magistrat instructeur ou par la juridiction saisie.

Les juridictions civiles sont compétentes lorsque la responsabilité du dommage incombe à un professionnel de santé, caractérisée par des manquements volontaires et inexcusables à des obligations d'ordre professionnel et déontologique.

Une expertise peut être ordonnée préalablement en référé ou par la juridiction du fond afin de déterminer, outre les responsabilités encourues, le préjudice subi par la victime ; l'expert devra alors faire respecter le principe du contradictoire.

Le recours à une telle mesure et l'appréciation de la portée du rapport d'expertise relèvent aussi du pouvoir souverain des juges du fond qui sont uniquement tenus, lorsqu'ils écartent l'avis de l'expert commis d'énoncer les motifs qui ont entraîné leur décision. La juridiction garde la faculté d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire, bien qu'une expertise ait été diligentée par la CRCI initialement saisie.

Les juridictions administratives sont compétentes lorsque la responsabilité du dommage incombe à un établissement, un service ou un organisme de santé publique ; ces derniers répondent des fautes commises par les professionnels de santé exerçant en leur sein, sauf dans l'hypothèse d'une faute détachable du service public ou d'une activité privée du professionnel au sein de l'établissement de santé.

3. L'expertise médicale

Lorsqu'un plaignant, qui estime avoir subi un dommage physique ou psychique imputable à un acte de soins, intente une action en responsabilité contre son chirurgien-dentiste, le décideur, juge ou assureur, doit recourir à un chirurgien-dentiste expert, agréé par la compagnie d'assurance ou le tribunal.

Ce dernier a pour mission de réaliser l'expertise médicale qui aidera à la prise de décision. L'expertise médicale est donc un acte médical juridictionnel d'évaluation scientifique et technique, accompli par un chirurgien-dentiste expert, du fait de ses compétences particulières.

L'expertise est amiable lorsqu'elle est organisée par les compagnies d'assurance. Elle est judiciaire lorsqu'elle est ordonnée par le juge.

Le décideur désigne un expert ayant une compétence et une expérience suffisante afin d'évaluer la qualité des soins prescrits et effectués.

3.1. L'expertise amiable

L'expertise amiable se déroule selon le même protocole qu'une expertise judiciaire, mais avec moins de contraintes et des délais plus courts.

Elle permet d'éclairer les parties sur la qualité des soins prodigués et sur l'évolution de l'état du patient, sur les fautes éventuellement commises par le praticien, sur l'étendue du préjudice subi par le patient et sur les bases d'évaluation de ce préjudice.

Il existe deux types d'expertise amiable : contradictoire et non contradictoire (37)

3.1.1. L'expertise amiable contradictoire (37)

Elle est organisée par la compagnie d'assurance du praticien ou par l'assurance recours du patient.

Les parties désignent chacune un expert ou se mettent d'accord sur le nom d'un expert commun. L'expertise est conduite conjointement par les deux experts en présence du patient et du praticien et c'est en ce sens qu'elle est contradictoire.

Les compagnies se basent sur le rapport des experts pour faire une proposition d'indemnisation amiable au patient. Ce dernier n'est pas obligé de l'accepter et peut alors saisir la justice, puis recourir à une expertise judiciaire.

Il faut savoir que l'expertise contradictoire a beaucoup plus de valeur que l'expertise non contradictoire.

3.1.2. L'expertise amiable non contradictoire (37)

Elle est le plus souvent demandée par un patient avant d'entreprendre une action en justice dans le but d'évaluer ses chances de succès. Elle est aussi ordonnée par les compagnies d'assurance lorsqu'elles sont saisies d'une réclamation.

L'expert examine le patient, entend le praticien qui n'est cependant pas obligé d'être présent à l'examen. Il répond aux questions de sa mission dans un rapport dont seules les conclusions seront communiquées.

Ce type d'expertise est de faible valeur de par son caractère non contradictoire. On la considère le plus souvent comme un simple certificat.

Enfin, on peut ajouter que les compagnies d'assurance peuvent désigner la personne de leur choix pour la mission d'expertise. En général, il s'agit d'un chirurgien-dentiste qualifié.

3.1.3. Le déroulement et le rapport d'une expertise amiable (37)

L'expertise amiable permet de mettre en évidence une faute, un dommage subi et un lien de causalité entre ces deux éléments.

L'assureur posera les mêmes questions qu'un juge sur :

- l'état bucco-dentaire antérieur,
- l'état actuel,
- les soins réalisés qui doivent respecter les règles de l'art, l'obligation de moyens, d'information, de sécurité-résultat et de suivi thérapeutique,
- l'évaluation des différents postes de préjudice.

Les compagnies d'assurance ont défini des missions d'expertise type afin de répondre à ces questions et de proposer une solution amiable.

Le rapport d'expertise est rédigé selon le même protocole qu'un rapport d'expertise judiciaire. L'expert conclut en résumant les points importants de son rapport et en fixant les bases d'évaluation du préjudice.

Si l'état de la victime n'est pas consolidé, il fixe le délai nécessaire pour envisager un nouvel examen.

Cette expertise peut mener à un règlement amiable du litige mais aussi évoluer vers une contre-expertise ou une expertise judiciaire.

3.2. L'expertise judiciaire

3.2.1. La procédure

Lorsqu'un patient assigne un praticien devant le tribunal, le juge, qui n'a pas les compétences médicales requises pour évaluer la légitimité de cette action, va nommer un expert.

L'assignation est l'acte introductif d'instance par lequel l'avocat du patient sollicite le juge afin qu'une mesure d'expertise soit diligentée.

Pour que la requête du patient soit acceptée, ce dernier doit d'abord exposer les faits qui le conduisent devant le juge. Il doit raconter sa relation thérapeutique de façon chronologique jusqu'à l'évocation de l'incident ayant provoqué son mécontentement. On nomme cela l'historique des faits. (3)

Il devra justifier sa demande en précisant les dommages qu'il considère avoir subis, ainsi que les troubles et difficultés divers survenus suite à la faute estimée du praticien. Il devra ensuite, avec l'aide de son avocat, justifier ce qu'il estime correspondre aux manquements de son praticien. (3)

La procédure est contradictoire et le praticien n'est pas tenu d'acquiescer. Il va donc répondre au patient en développant sa vision du litige. Il pourra exposer les éléments du dossier médical qui pourront démontrer qu'il a bien informé son patient et qu'il a effectué les soins de façon consciencieuse. Ces conclusions sont rédigées par son avocat. (3)

Ces éléments, comprenant l'assignation et les conclusions, seront ensuite développés et discutés lors de l'audience, à la suite de laquelle le juge se prononcera en rendant une ordonnance. (3)

L'ordonnance est une décision rendue par un magistrat à partir de l'analyse des faits, de la procédure, des moyens et des prétentions des parties. (3)

Par cette ordonnance, le magistrat statue sur le bien-fondé de l'assignation et, le cas échéant, missionne un expert afin de l'éclairer sur la partie technique de la procédure.

L'ordonnance rendue, le chirurgien-dentiste expert est informé par le tribunal qu'il est missionné. S'il devait connaître le dentiste ou le patient, il est de son devoir de refuser la mission confiée, l'expert devant accomplir sa mission avec conscience, objectivité et impartialité (Art 237 Code de procédure civile). (3, 31)

L'expert, en principe, est un chirurgien-dentiste ou stomatologue ; mais ce n'est pas une obligation légale.

Le magistrat détermine le montant de la consignation, c'est-à-dire le montant de la provision sur les honoraires et les frais d'expertises que le demandeur devra verser. Les opérations d'expertise ne pourront commencer qu'après versement de cette consignation. (3)

Le magistrat confie à l'expert une mission très précise afin de déterminer l'exactitude du lien de causalité entre la faute et le dommage. Dans sa mission d'expertise, l'expert devra répondre aux questions très précises définies par celle-ci. (3)

3.2.2. La conduite de l'expertise

3.2.2.1. La convocation des parties (3)

Les parties sont convoquées par l'expert. Elles sont constituées du demandeur (le patient) et de son avocat ainsi que du défendeur (le chirurgien-dentiste) et de son avocat.

Un chirurgien-dentiste conseil, désigné par la compagnie d'assurance du praticien, sera missionné et l'assistera lors de l'accédit, nom donné à la réunion d'expertise.

La convocation des parties doit satisfaire impérativement au caractère contradictoire de la procédure. Par conséquent, toutes les parties à l'instance doivent être convoquées et il sera ensuite de leur responsabilité de se présenter ou non à l'accédit.

En droit français, c'est à la partie demanderesse (le patient) d'apporter la preuve de ce qu'il avance, à savoir l'existence d'une faute commise par le chirurgien-dentiste, d'un préjudice subi et d'un lien de causalité entre les deux. À charge pour la partie défenderesse (le chirurgien-dentiste) d'apporter ses éléments de défense.

Lors de la convocation, l'expert demande aux parties de lui adresser tous les documents utiles à leur dossier, notamment pour le chirurgien-dentiste :

- l'original de la fiche médicale du patient et sa transcription dactylographiée sans abréviation,
- les radiographies et l'imagerie, le plan de traitement,
- les devis,
- les moulages d'étude ou de travail.

C'est au travers des entretiens avec le patient et le praticien et de l'analyse des pièces transmises que l'expert sera amené à rédiger son rapport en répondant rigoureusement aux questions figurant dans sa mission.

3.2.2.2. La mission d'expertise (37)

La mission type de l'expert comporte des étapes qui doivent être suivies dans un ordre précis.

Tout d'abord, l'expert va interroger la partie demanderesse et recueillir ses principales doléances. Il va ensuite rassembler les observations de la partie défenderesse.

Puis, l'expert reconstitue l'ensemble des faits qui ont conduit à la procédure ainsi que l'historique des soins.

La tenue du dossier médical doit alors être optimale car celui-ci constitue un moyen important de défense pour le praticien, s'il est bien tenu.

L'expert établit l'état médical antérieur du patient grâce à son dossier médical. Il consigne les doléances du demandeur et les reproduit dans son rapport d'expertise.

Ensuite, il va rechercher, d'après les éléments de preuve fournis par le défendeur, si ce dernier a bien respecté, à l'égard du demandeur, son devoir d'information dans le but d'obtenir un consentement éclairé en ce qui concerne les actes critiqués.

L'expert vérifie le montant des honoraires demandés par le praticien en comparaison avec ceux qu'il pratique usuellement.

En effet, les conflits ont souvent pour origine une mauvaise communication, une qualité de soins non satisfaisante ; mais ils peuvent aussi relever d'une contestation des honoraires réclamés par le praticien.

Puis l'expert procède à l'étude des documents médicaux apportés par la victime et par le praticien ainsi qu'à l'examen clinique bucco-dentaire complet, en présence de toutes les parties. L'expert décrit alors les lésions et séquelles directement imputables aux soins et aux traitements critiqués.

L'état antérieur du patient doit être défini avec précision car il va permettre de déterminer l'existence d'une faute. Pour cela, il est recommandé de disposer d'une radiographie panoramique du patient datée et nommée, qui va aider à clarifier cet état antérieur.

L'expert doit aussi dire si les actes et traitements étaient pleinement justifiés. Il doit donner son avis sur la qualité des soins et le motiver.

Pour finir, l'expert doit dire si les actes et soins ont été consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale.

Dans la négative, l'expert doit analyser de façon motivée la nature des erreurs, imprudences, manque de précautions, négligences pré, per ou post-opératoire, maladresses ou autres défaillances relevées.

Le traitement médical doit être détaillé et les erreurs décrites et expliquées.

Disons que, même en l'absence de toute faute du défendeur et en ne retenant pas les éléments du préjudice corporel se rattachant aux suites normales ou à l'état antérieur, l'expert devra :

- déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail en indiquant si elle est totale ou partielle ;
- fixer la date de consolidation et, si celle-ci n'est pas acquise, indiquer le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé, évaluer les seuls préjudices qui peuvent l'être en l'état ;
- dire s'il résulte des soins prodigués, une incapacité permanente à l'intégrité physique et psychique ; dans l'affirmative, en préciser les éléments et la chiffrer (en pourcentage) ;
- en cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, décrire les retentissements des séquelles sur la vie professionnelle et personnelle du demandeur ;
- dire s'il doit avoir recours à une tierce personne. Dans l'affirmative, préciser, compte tenu de la nature des actes pour lesquels une assistance est nécessaire, la qualification requise et la durée de l'intervention (en heures, en jours...) ;
- dire si une indemnisation au titre des souffrances endurées est justifiée ; qualifier l'importance de ce chef de préjudice sur une échelle de 1 à 7 ;

- dire s'il existe un préjudice esthétique ; en qualifier l'importance sur une échelle de 1 à 7 ;
- dire s'il existe un préjudice d'agrément, le décrire ;

-dire si l'état du demandeur est susceptible de modification, en aggravation ou en amélioration et, dans l'affirmative, fournir tous les éléments sur les soins et traitements qui seront nécessaires, en chiffrer le coût et les délais dans lesquels ils devront être exécutés.

3.2.2.3. Le rapport d'expertise

Préalablement à la rédaction du rapport d'expertise, le magistrat demande à l'expert la rédaction d'une note de synthèse, nommée pré-rapport. Ce pré-rapport sera étudié par les avocats de chaque partie qui peuvent réclamer des précisions ou des justifications, appelées dires. L'expert a l'obligation de répondre à ces dires sur le rapport définitif. Le rapport d'expertise inclut le pré-rapport, les dires et les réponses aux dires. L'expert doit répondre à sa mission dans les délais prévus par le juge. (3)

La rédaction du rapport reprend toutes les étapes de l'expertise (interrogatoire, étude des documents médicaux, examen clinique, examens complémentaires) et contient une partie discussion dans laquelle l'expert analyse ses observations en vue de soutenir ses conclusions et répond aux questions posées par le juge. (3,37)

La qualité et la pertinence du rapport d'expertise sur l'établissement de lien de causalité entre la faute et le dommage sont les éléments déterminants afin que le juge apprécie la responsabilité du chirurgien-dentiste. Soit ce dernier sera mis hors de cause, soit une faute sera retenue à sa charge. (3,37)

4. Les litiges, en nombre et en pratique

4.1. Le taux de sinistralité en 2013 (35)

En 2013, les 25467 chirurgiens-dentistes sociétaires de la MACSF-Le Sou Médical et du contrat groupe CNSD (Confédération Nationale des Syndicats dentaires) ont adressé 1527 déclarations contre 1484 en 2012. Cela correspond à un taux de sinistralité de 6 % pour l'année 2013. La MACSF constate alors une augmentation modérée de 3 % du nombre de déclarations de 2012 à 2013.

Par ailleurs, entre 2011 et 2013, la MACSF relève une augmentation de la sinistralité de 40 %. Et en 2010, elle relevait seulement 1087 déclarations.

L'implantologie est une discipline particulièrement exposée aux litiges ces dernières années. Elle comptabilise 234 déclarations en 2013 contre 190 en 2012. La MACSF ne peut que constater une « augmentation constante des déclarations dans cette catégorie thérapeutique ». Elle remarque aussi que des réhabilitations implanto-portées étendues via un bridge complet ou via la technique « all on four » sont mises en cause dans 51 dossiers, soit dans 22 % de l'ensemble des déclarations. Elle affirme que cette augmentation de la sinistralité est liée, en majorité, à une insuffisance de précautions lors du forage ou à une absence de mesures radiographiques pré-opératoires.

La chirurgie implantaire comptabilise 103 déclarations et la prothèse sur implant en comptabilise 72.

S'agissant des déclarations mixtes, c'est-à-dire portant à la fois sur la phase chirurgicale et prothétique, la MACSF enregistre 51 dossiers. Les mêmes causes que celles évoquées ci-dessus sont retrouvées avec, parfois, une superposition comme, par exemple, la présence d'une insuffisance d'ostéo-intégration qui n'a pas empêché la pose d'une restauration prothétique, qui, de plus, s'avère parfois inadaptée. Pour cette catégorie « mixte », la moitié des réhabilitations a été réalisée par un seul praticien, l'autre moitié par deux praticiens. Dans ce contexte, nous retrouvons souvent, comme critère inducteur des manquements constatés, une insuffisance, voire une absence totale de concertation (tant lors de la conception qu'en cas de réévaluation clinique) entre le praticien assumant la phase chirurgicale et celui assumant la restauration prothétique.

Les litiges prothétiques hors implantologie ont représenté 664 déclarations en 2013. Leur nombre était de 717 en 2012 et de 621 en 2011.

Dans le détail de cette catégorie, la MACSF recense 115 déclarations en prothèse amovible, 483 en prothèse conjointe et 66 en prothèse mixte.

A propos des « complications liées aux soins dentaires et chirurgicaux », 373 déclarations sont comptabilisées en 2013 contre 420 en 2012. On peut préciser que 114 correspondent à des fractures d'instruments endo-canalaires, dont une forte proportion de bris d'instruments rotatifs en nickel-titane. La MACSF se prononce, quant à la fragilité de l'instrument en dépit de la qualité de fabrication, mais aussi quant au non-respect du protocole d'utilisation préconisé ainsi qu'à l'ouverture camérale et/ou accès canalaire non approprié.

Puis, dans la catégorie des dommages corporels, 35 déclarations sont enregistrées.

On notera, dans cette catégorie, l'ouverture de deux dossiers sur la recherche de responsabilité consécutive à un décès. Le premier fait suite à un cancer du maxillaire non diagnostiqué avant la réalisation d'extraction des molaires maxillaires. Le second fait suite à une septicémie alléguée en relation avec un rescellement d'une CCM chez un patient porteur d'une prothèse de hanche.

Enfin, les litiges en orthodontie ont représenté 75 déclarations en 2013. La MACSF recense 42 mises en cause du plan de traitement au titre d'une insuffisance d'indications ou de diagnostic (dont l'absence de chirurgie orthognatique associée), d'une insuffisance d'amélioration par rapport aux attentes esthétiques notamment ou par rapport aux objectifs proposés, d'une durée excessive, d'extraction de dents (réalisée ou non réalisée).

Et, pour conclure, la MACSF a enregistré 22 sinistres matériels et 124 dossiers ont été classés sans suite.

4.2. Exemples de cas de litiges, rapportés par la MACSF (33)

4.2.1. Erreur de diagnostic

Mots-clés : Chirurgien-dentiste, extractions dentaires sur « prescription » d'un confrère, erreur de diagnostic, partage de responsabilité (oui).

Faits : Un chirurgien-dentiste, spécialisé en chirurgie-buccale, a procédé à l'extraction de 7 dents, sur prescription de son confrère, spécialisé en occlusion et orthodontie, au motif de la présence de granulomes. Malgré cette intervention, la patiente présente toujours des douleurs importantes et se retrouve devoir porter une prothèse amovible à l'âge de 35 ans. Elle reproche aux deux praticiens une erreur de diagnostic et un manquement à leur devoir de conseil. Ceux-ci sont assignés en référé expertise.

Expertise : Il résulte du rapport d'expertise que les soins réalisés successivement par les deux praticiens ne sont pas conformes aux données actuelles de la science médicale, « *sans relation avec l'état clinique de la patiente et avec une insuffisance manifeste de moyens visant à mettre en évidence la pathologie évoquée* ».

S'agissant du premier praticien (le « prescripteur »), l'expert rappelle que l'obligation de moyens impose, avant de porter un diagnostic de granulome, de réaliser un bilan radiologique soigneux comportant au minimum des clichés rétro-alvéolaires de toutes les dents suspectes, et au maximum un bilan scanographique.

S'agissant du deuxième praticien qui a réalisé le geste chirurgical, celui-ci « *n'est pas lié dans son indication à la seule prescription de son confrère et son action ne saurait donc être réduite à celle d'un simple « bras armé »*. Il se doit au contraire de réexaminer la patiente et de confirmer l'indication thérapeutique, ou, pour le moins, d'en discuter le bien fondé avec son correspondant avant de pratiquer un geste chirurgical ».

L'expert considère qu'il existe un lien de causalité direct et exclusif entre les soins et l'état actuel de la patiente et retient un partage de responsabilité entre les deux praticiens à hauteur de 2/3 pour le « prescripteur » et 1/3 pour le chirurgien-dentiste qui a réalisé les extractions dentaires.

Décision de justice : Le tribunal de Grande Instance d'Aix-en-Provence reprend les conclusions de l'expert mais considère que les fautes commises par les deux praticiens « *ont concouru ensemble à la réalisation du dommage* » et retient une responsabilité in solidum.

Il fixe et évalue les postes de préjudices comme suit :

Préjudices extra-patrimoniaux temporaires :

- Déficit fonctionnel temporaire de 20% pendant 19 mois et demi en tenant compte du port d'une prothèse amovible : 3.000 €
- Préjudice esthétique temporaire : 1.500 € (visibilité de la prothèse amovible)
- Souffrances endurées 3/7 : 6.000 €

Préjudices extra-patrimoniaux permanents :

-Déficit fonctionnel permanent évalué à 5 % par l'expert : le tribunal ne retient pas ce poste de préjudice dans la mesure où les manifestations psychologiques sont imputables à un état antérieur de la patiente (lié à des événements de sa vie personnelle).

Préjudices patrimoniaux :

-Frais de réhabilitation prothétique : 30.000 €

La décision du tribunal a été rendue le 14 avril 2011 pour des faits datant de 2008.

4.2.2. Accident d'inhalation et d'ingestion

Mots-clés : Chirurgien-dentiste, ingestion d'un extracteur de pivot dentaire, perforation du sinus piriforme et de l'œsophage, décompensation de l'état antérieur, obligation de moyens, maladresse, obligation de précision du geste chirurgical, devoir d'information.

Faits : En 2008, une patiente porteuse d'un carcinome de la base de la langue, consulte en urgence son chirurgien-dentiste pour la perte d'une dent provisoire réalisée sur la 11. Lors de la tentative d'extraction du tenon radicaire, une partie du matériel (extracteur de pivot) se détache et, malgré les tentatives infructueuses du praticien, tombe accidentellement dans la cavité buccale puis dans le sinus piriforme gauche. La patiente est immédiatement prise en charge pour tenter de faire recracher l'instrument. Une radiographie est réalisée et permet de visualiser de façon précise l'instrument. La patiente est alors conduite chez un ORL puis aux urgences de l'hôpital en vue de réaliser son extraction.

Après une tentative infructueuse sous anesthésie générale, il est retrouvé une plaie œsophagienne de 1 cm. Après avis médical, la patiente est transférée dans un autre établissement hospitalier afin de la ventiler mécaniquement. L'évolution s'est compliquée d'une pneumopathie conduisant ainsi à la mise en place d'une gastrostomie per-endoscopique définitive.

La patiente saisit la juridiction des référés et sollicite la désignation d'un expert judiciaire. L'ordonnance du 23 mars 2009 fait droit à sa demande et lui alloue une provision de 3000 €.

Expertise : L'expert considère que l'ingestion du corps étranger « *est bien à l'origine de toutes les complications, même si elles surviennent sur un état antérieur favorisant et non déclenchant* ». Il estime que l'état antérieur de la patiente est très important et constitue un facteur aggravant mais que cette aggravation est toutefois en lien avec la présence de ce corps étranger. C'est-à-dire que « *sans cet accident, il n'y aurait pas eu décompensation de l'état antérieur avec toutes les conséquences que cela a entraîné* ».

Il fixe le préjudice comme suit :

- IPP 25%
- Souffrances endurées 4/7
- Préjudice esthétique 2,5/7
- Préjudice d'agrément qualifié d'important compte tenu de la gastrostomie

La demanderesse assigne le praticien ainsi que l'ONIAM et décède peu après. Ses héritiers reprennent la procédure.

Jugement : Le tribunal retient la responsabilité du praticien et met à sa charge une obligation de précision du geste dès lors que « *la réalisation des soins prodigués n'impliquait pas l'ingestion d'un objet avec les conséquences qui en ont découlé et qu'il n'est pas établi que cette complication résulte d'une anomalie anatomique rendant l'atteinte inévitable* » tout en admettant que le chirurgien-dentiste n'a commis aucune défaillance fautive.

Le tribunal considère enfin que la responsabilité du praticien est aussi engagée pour le non-respect de l'obligation d'information à l'égard de sa patiente sur les risques encourus par les soins prodigués.

L'ONIAM est mis hors de cause.

Liquidation du préjudice :

Les préjudices patrimoniaux :

- Dépenses de santé actuelles et futures (créance de la CNLSS) : 84.669,93€
- Frais divers : 1.272€
- Aménagement du cadre de vie : 2.980€

Les préjudices extra patrimoniaux :

-Préjudices extra patrimoniaux temporaires :

- Déficit fonctionnel temporaire : 4.510€
- Souffrances endurées 4,5/7 : 9.000€
- Préjudice esthétique temporaire : 500€

-Préjudices extra patrimoniaux permanents :

- Déficit fonctionnel permanent 30% : 33.750€
- Préjudice esthétique permanent 2,5/7 : 3.000€
- Préjudice d'agrément : 15.000€
- Préjudice d'impréparation : 2.000€
- Préjudice moral de l'époux : 2.000€

Le praticien et son assureur interjettent appel de cette décision considérant qu'il n'existe aucun lien de causalité entre l'ingestion du corps étranger et le dommage allégué par la demanderesse. La Cour d'appel de Rennes, le 17 avril 2013, confirme le jugement.

Arrêt :

Sur la responsabilité :

La Cour s'appuie sur le rapport d'expertise pour considérer que le chirurgien-dentiste a, dans le contexte (ouverture buccale limitée et pivot extrêmement court), commis une maladresse lors de la manipulation de l'instrument laquelle révèle un défaut de maîtrise et d'habileté de sa part : « *La faute du professionnel de santé qui entraîne sa responsabilité sur le fondement de l'article L 1142-1 alinéa 1^{er} du code de la santé publique peut consister dans le fait de ne pas avoir eu la maîtrise technique de des gestes ou des instruments qu'il utilise lors de la réalisation des soins* ».

En revanche, elle infirme le jugement sur le défaut d'information : « *il ne peut être reproché à monsieur Q de ne pas avoir informé sa patiente de l'éventualité d'une ingestion fautive du matériel utilisé car, par principe, il ne savait pas qu'il allait commettre une maladresse fautive* ».

Sur le préjudice :

-Sur l'état antérieur qui a favorisé les complications post ingestion du corps étranger : la Cour confirme que l'indemnisation du préjudice corporel de la victime ne peut être réduite en raison des prédispositions pathologiques dans la mesure où les dommages subis trouvent leur origine dans le fait dommageable.

-Sur la réparation des préjudices : la Cour infirme le jugement sur la réparation des préjudices extra patrimoniaux permanents en procédant à une évaluation prorata temporis pour la période écoulée jusqu'au décès de la victime, soit, notamment :

DFP : 4.920 €, PEP : 420 €, PA : 1.400 €

Enfin, la Cour n'accorde pas d'indemnisation au titre d'un préjudice moral d'impréparation de la victime.

Cette décision est définitive.

4.2.3. Fracture d'instrument canalaire

Mots-clés : Chirurgien-dentiste, traitement canalaire, fracture instrumentale, préjudice d'agrément, déficit fonctionnel temporaire.

Faits : Un chirurgien-dentiste est consulté en urgence dans le cadre du service SOS dentaire par une patiente âgée de 62 ans, pour une douleur aiguë dans le secteur de la dent n°26.

Devant la symptomatologie et à la lumière d'une ancienne radiographie panoramique, le praticien diagnostique une carie mésiale et préconise une biopulpectomie après ablation d'un amalgame.

Dans la même séance, il procède à la dépulpage de la dent sous digue rendue difficile par la conformation des canaux dentaires qui sont très étroits. Une panne du matériel de radiographie du cabinet empêche le praticien de réaliser les clichés per-opératoires de contrôle.

Le traitement se termine par la pose d'un pansement dans la mesure où le chirurgien-dentiste souhaite que la patiente termine le traitement chez son praticien traitant.

Ce dernier, devant des sensibilités dentaires résiduelles sur la dent, réalise un cliché rétro-alvéolaire qui objective la présence d'un corps étranger métallique à l'apex de la racine disto-vestibulaire.

La patiente prévient donc le premier chirurgien-dentiste qui, d'après ses dires, réalise à ce moment-là qu'il manque effectivement l'extrémité d'un instrument d'endodontie mécanisée. Ce dernier tente alors, à deux reprises et à quelques jours d'intervalle, d'ôter ce fragment d'instrument sans y parvenir. Il adresse, par conséquent, sa patiente à un endodontiste qui n'a pas la possibilité de réaliser ce traitement du fait du manque de diligence de la patiente.

La dent se fracture trois mois après. La partie mobile est extraite et une couronne provisoire est posée. Devant cette dent fragilisée, le nouveau praticien décide de son extraction et propose, pour la remplacer, un bridge céramique de trois éléments.

Expertise : L'expert judiciaire, chirurgien maxillo-facial, conclut à l'existence d'un lien entre le bris de l'instrument et l'extraction de la dent fragilisée du fait de sa fracture.

Ne décrivant pas le manquement, il précise seulement que « *la rupture du matériel est un accident qui a été provoqué par l'intervention du Docteur H. Ceci est un fait établi* ».

L'expert rejette également la notion selon laquelle l'incident aurait eu pour origine, en partie, l'anatomie radiculaire complexe de la dent.

Au niveau des préjudices et outre les dépenses de santé, il est retenu des souffrances endurées évaluées à 2/7, un déficit fonctionnel permanent de 0,5% pour la perte de la molaire remplacée par un bridge. Un préjudice d'agrément est évoqué par la patiente mais l'expert laisse le Tribunal trancher cette question sans relever les éléments de preuve sur lesquels s'appuie cette dernière.

Jugement : Les préjudices réclamés devant les juges du fond sont relativement importants puisque la demanderesse sollicite le remboursement de 2.700€ de dépenses de santé, 3.000€ au titre d'un préjudice esthétique temporaire pour une gêne ressentie « lors du sourire forcé », 3.500€ de souffrances endurées psychiques et physiques et 5.000€ au titre du préjudice d'agrément. Elle indique avoir dû changer son alimentation et présenter désormais un sourire déformé qui ne lui permet pas de passer aussi souvent qu'avant à la télévision en tant que journaliste.

Le Tribunal réduit les demandes de la patiente en suivant les barèmes habituellement appliqués dans le ressort de la cour d'appel d'Aix-en-Provence.

Il rejette l'existence d'un préjudice d'agrément rappelant la définition exacte de ce poste de préjudice qui est « *un préjudice à caractère personnel résultant des troubles ressentis dans les conditions d'existence* » et précise que ce poste s'applique aux « *activités sportives, ludiques ou culturelles devenues impossibles ou limitées en raison des séquelles de l'accident* ».

Le Tribunal précise qu'« *il appartient à la victime de justifier de la pratique de ces activités et de les évoquer auprès du médecin expert afin que ce dernier se prononce sur l'impossibilité de continuer à pratiquer ces activités* ». N'est donc pas prise en compte par le Tribunal, une simple gêne buccale limitant, par exemple, les plaisirs de la table et les relations sociales.

Le tribunal explique que l'« existence d'une gêne buccale est comprise dans le taux de déficit permanent retenu ».

La décision du tribunal a été rendue en 2012 pour des faits datant de 2007.

4.2.4. Dépassement de pâte d'obturation

Mots-clés : Soins dentaires, dépassement de pâte canalaire, souffrances, perte de sensibilité de la région labio-mentonnaire, conditions anatomiques particulières, non-conformité des soins, défaut de précaution per-opératoire, responsabilité (oui).

Faits : Un chirurgien-dentiste effectue des soins dentaires (retraitement canalaire) sur la dent 37. Au moment de l'obturation de cette dent, une importante quantité de pâte a débordé dans le canal, provoquant de vives douleurs nécessitant l'interruption de la séance. Un traitement anti douleur a été administré, sans succès, à la patiente qui présente désormais des douleurs diffuses et intenses ainsi qu'une perte de sensibilité au niveau de la région labio-mentonnaire gauche.

Expertise : L'expert judiciaire conclut que les lésions de la patiente sont en relation directe et certaine avec les soins prodigués. Il considère que le praticien a dispensé des soins adéquats sans toutefois avoir évalué suffisamment sa longueur de travail et que, dans ce cas précis (proximité immédiate du canal dentaire qui a servi d'échappatoire du produit d'obturation), il s'agit « *d'un aléa thérapeutique en rapport avec une particularité anatomique et une difficulté opératoire pour le canal antérieur de la dent* ».

L'expert a, par ailleurs, consulté un Professeur de l'Hôpital (Unité d'évaluation et du traitement de la douleur) qui conclut que « *la persistance des troubles sensitifs, traduit une atteinte du pédicule alvéolaire inférieur, que la lésion a vraisemblablement une double origine : ischémique par atteinte chimique de l'artère alvéolaire inférieure, et mécanique, par compression directe du nerf* ».

Décision de justice : Le tribunal rappelle, en premier lieu, l'obligation pour le médecin de donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science et qualifie cette obligation de moyens.

Malgré les explications précises de l'expert sur les conditions anatomiques particulières ayant permis la survenance de l'accident, le Tribunal retient la responsabilité du praticien. En effet, il n'a pas pris les précautions per-opératoires nécessaires avant de réaliser ses soins. Le dépassement de pâte, à l'origine des préjudices, aurait pu être évité si ce dernier avait déposé une quantité moins importante de pâte et si la mesure de chaque canal avait été prise, ce qui n'a pas été fait, en l'espèce. Dès lors, il importe peu que les conditions anatomiques de la patiente aient été particulières.

Le tribunal établit le préjudice comme suit :

Préjudices extra patrimoniaux :

- Déficit fonctionnel temporaire : 4.000€
- Souffrances endurées 3,5/7 : 6.000 €
- Déficit fonctionnel permanent 5% : 6.000 €
- Préjudice esthétique permanent 2/7 : 1.000 €
- Préjudice d'agrément : 1.000 €

Cette décision est assortie de l'exécution provisoire. Elle a été rendue par le tribunal en 2010 pour des faits datant de 2005.

4.2.5. Lésion du nerf lingual

Mots-clés : Chirurgien-dentiste, lésion du nerf lingual, aléa thérapeutique, risque inhérent à l'acte médical, défaut d'information/ préjudice autonome, perte de chance.

Faits : Un patient consulte son praticien pour l'extraction de quatre dents de sagesse. A la suite de cette intervention, il se plaint de la perte de sensibilité de l'hémi-langue droite et de la région avoisinante.

Expertise : Une expertise amiable est mise en place à l'issue de laquelle l'expert considère que le praticien a pris toutes les précautions nécessaires pré et post- opératoires, qu'il a parfaitement assuré son suivi thérapeutique et qu'il a informé oralement son patient des risques éventuels. Il conclut qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique survenu en l'absence de toute faute et totalement imprévisible.

L'expert judiciaire indique que les soins ont été diligents et conformes aux données acquises de la science, que la lésion du nerf dentaire est en relation directe et certaine avec l'intervention. Il ajoute que le patient n'a pas été informé des risques inhérents à l'intervention et a subi une perte de chance.

Il fixe le préjudice comme suit :

- Déficit physiologique : 3.5 %
- Incidence Professionnelle
- Préjudice d'agrément : 1/7
- Préjudice dans la vie affective : 1/7
- Souffrances endurées : 1.5/7

Le demandeur assigne son praticien devant le Tribunal de Grande Instance de Reims en vue d'obtenir la liquidation de son préjudice.

Jugement du Tribunal de Grande Instance de Reims du 23 septembre 2010 :

Sur l'existence d'une faute :

Le tribunal reprend les conclusions de l'expert en ce qu'il considère que le manquement fautif du praticien ne saurait se déduire du préjudice dans la mesure où aucun examen pré-opératoire ne peut permettre de localiser le nerf lingual. Il s'agit donc d'un « *accident inhérent à l'acte médical difficilement maîtrisable compte tenu de la position très variable du nerf lingual et de l'impossibilité de le localiser par un examen pré-opératoire* ».

Sur le manquement du devoir d'information :

Le tribunal rappelle les dispositions de l'article L111-2 du Code de la Santé Publique qui impose au praticien une obligation d'information sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Sur ce point, le défendeur ne conteste pas avoir manqué à son obligation d'informer son patient de tous les risques liés à l'intervention.

Sur le lien de causalité entre le manquement et le préjudice :

Le tribunal considère que l'absence d'information imputable au chirurgien-dentiste a causé un préjudice qui consiste dans « *la perte de chance de ne pas subir l'aléa thérapeutique en différant l'intervention ou en la faisant pratiquer par un autre chirurgien-dentiste, au besoin selon une technique d'intervention différente* ».

Le risque de lésion du nerf lingual étant évalué entre 1 et 2 % ; il est donc justifié d'indemniser cette perte de chance à hauteur de 50 % du préjudice total.

Liquidation du préjudice :

Préjudice patrimonial :

-Incidence professionnelle : 3.000 €

Préjudice extra-patrimonial :

-Déficit fonctionnel temporaire : 2.000 €

-Déficit fonctionnel permanent : 3.500 €

-Préjudice d'agrément : 1.000 €

La Cour rejette la demande portant sur le préjudice dans la vie affective et applique un taux de perte de chance de 50 % sur l'ensemble des préjudices. Le patient interjette appel de cette décision.

Cour d'appel de Reims du 17 janvier 2012 :

Elle rappelle que le préjudice, constitué par la perte de chance, est un préjudice autonome qui se distingue du préjudice causé par un dommage corporel. Compte tenu du fait que le demandeur n'a pas été informé de tous les risques liés à l'intervention, « *il a perdu une chance d'effectuer un choix thérapeutique différent ou de refuser l'acte dangereux et d'échapper, par une décision plus judicieuse, au risque finalement réalisé* ».

Elle précise, par ailleurs, 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 et confirme le jugement de première instance.

4.2.6. Cas de prothèse

Mots-clés : Traitement implantaire, douleurs chroniques mandibulaires, défaut d'information (non), responsabilité (non), obligation de moyens pour la pose d'une prothèse, obligation de résultat (non).

Faits : Une patiente porteuse de 14 implants depuis 1990, présente, quelques années après, des douleurs importantes dans la région symphysaire qui l'amène à consulter un autre praticien. Celui-ci l'examine en 1996, lui propose de remplacer la prothèse amovible par des implants de type branemark et de réaliser une greffe gingivale. La prothèse est démontée à plusieurs reprises, mais la patiente se plaint de douleurs persistantes et assigne son chirurgien-dentiste en référé expertise.

Expertise : L'expert précise que les soins et les actes étaient justifiés et qu'ils ont été réalisés conformément aux règles de l'art. Il ajoute que le praticien a recueilli le consentement éclairé de sa patiente et qu'il n'a commis aucune défaillance fautive.

La partie adverse conteste ces conclusions considérant que l'expert n'a pas tenu compte des documents médicaux qui lui ont été adressés dans le respect du principe du contradictoire et sollicite la désignation d'un nouvel expert.

Celui-ci conclut que « *les soins et actes dispensés étaient justifiés et adaptés à l'état de la demanderesse, qu'ils ont été attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale et aux règles de l'art, tant au moment où ils ont été administrés que dans leurs suites* ».

La demanderesse assigne son chirurgien-dentiste au fond afin de solliciter la réparation de son préjudice sur le fondement du non-respect de l'obligation d'information et de son obligation de sécurité.

Jugement du Tribunal de Grande Instance de Nice du 18 novembre 2008 :

Le tribunal considère que le 1^{er} rapport d'expertise « témoigne de la réalisation d'un travail de qualité », qu'il en ressort qu'aucune défaillance fautive ne peut être reprochée au praticien et que ces conclusions sont confirmées par le 2^{ème} expert.

S'agissant du devoir d'information, le tribunal rappelle que l'article L11 du Code de la santé publique n'est pas applicable en l'espèce puisqu'il est issu de la loi du 04 mars 2002 et ne peut donc concerner rétroactivement des soins dispensés de 1996 à 1999.

Le 1^{er} expert a, par ailleurs, relevé l'existence d'un consentement éclairé. Le second a noté qu'à l'issue de plusieurs consultations, le chirurgien-dentiste a proposé à sa patiente l'ablation des implants préexistants et lui a présenté un devis chronologique des soins.

Le tribunal considère que la violation du prétendu devoir d'information peut d'autant moins être reproché au praticien dans la mesure où il n'est pas établi que les travaux en cause sont à l'origine des problèmes algiques rencontrés et déboute la patiente de l'intégralité de ses demandes. Celle-ci interjette appel.

Cour d'appel d'Aix en Provence du 20 octobre 2010 :

La Cour d'appel rappelle que l'obligation du praticien n'est que « *de moyens lorsqu'il procède à la pose d'un appareil sur un patient* » et précise que la patiente n'apporte aucune preuve à l'appui de l'allégation de l'utilisation de matériel défectueux.

S'agissant de l'information et en l'absence d'écrit signé par la demanderesse, la Cour considère qu'il convient d'apprécier la délivrance de l'information au regard de la situation de la patiente, de sa relation avec le praticien et des circonstances ayant entouré l'acte médical litigieux.

La Cour reprend les conclusions des deux rapports d'expertise pour estimer que la demanderesse a été nécessairement informée des risques liés à la pose d'implants. Elle considère, par ailleurs, qu'aucun des certificats produits et émanant de différents médecins « *essentiellement descriptifs ou comportant une opinion sur l'indication de l'acte* » effectué par le chirurgien-dentiste en cause « *n'est de nature à modifier les données expertales* ».

La Cour confirme le jugement de 1^{ère} instance. La demanderesse se pourvoit en cassation.

Cour de cassation du 25 janvier 2012 :

La Cour rejette le pourvoi formé par la demanderesse aux motifs que « *l'obligation du chirurgien-dentiste n'est que de moyens lorsqu'il procède à la pose d'un appareil sur un patient* ». Ainsi, doit être écartée la demande adverse tendant à mettre à la charge du praticien une obligation de résultat.

4.2.7. Cas d'implantologie

Mots-clés : Chirurgien-dentiste, échec implantaire, manque de précaution et de coordination thérapeutique, données acquises/données actuelles, manque de concertation, coresponsabilité entre le chirurgien implantaire et le chirurgien qui a posé la prothèse, préjudice moral.

Faits : Une patiente consulte un praticien qui lui pose des implants sous anesthésie locale en remplacement de sa prothèse amovible supérieure. Invoquant des suites opératoires lourdes, qui ont abouti au retrait ou à la perte des implants remplacés par une nouvelle prothèse amovible, la patiente assigne son chirurgien-dentiste en référé-expertise.

Expertise : L'expert conclut que les soins prodigués ont été attentifs, diligents mais n'ont pas été conformes aux données acquises de la science médicale. Il considère que l'erreur essentielle « *a été de ne pas avoir suffisamment étudié son cas clinique, de ne pas avoir suffisamment poussé les examens pré-opératoires qui devaient le conduire, soit à refuser d'intervenir, soit à ne le faire qu'après avoir procédé au préalable à un comblement partiel du sinus de sa patiente* ». En effet, l'examen de tomographie préalable en trois dimensions lui aurait permis d'évaluer avec suffisamment de précision l'épaisseur d'os dans la région concernée.

Il précise que les lésions consécutives à cette erreur thérapeutique se résument à une perte d'os alvéolaire au niveau des sites concernés mais qu'il existait, toutefois, un état antérieur d'édentation partielle dont il faut tenir compte.

La demanderesse assigne le praticien au fond pour solliciter la liquidation de son préjudice. Ce dernier conteste les conclusions de l'expert quant à l'absence de conformité aux données acquises de la science, qu'il estime définies à partir de données postérieures aux soins, mais également en ce qui concerne un prétendu manquement au devoir d'information.

Décisions de justice : Le TGI déboute la patiente de ses demandes, considérant qu'il ressort des explications du praticien que les données « *actuelles* » de la science imposaient la réalisation d'un examen scanner en trois dimensions pour apprécier la hauteur de l'os au moment où l'expert a effectué ses opérations (juin/juillet 2005). Mais celui-ci n'a, à aucun moment, précisé quelles étaient les données « *acquises* » de la science à la date de l'intervention, soit neuf ans auparavant. La décision du TGI a été rendue en 2008.

Compte tenu de la rapidité de l'évolution en matière de technologie et d'imagerie médicale, il ne peut être considéré que la preuve soit rapportée que le praticien ait manqué à son obligation de donner des soins conformes aux données acquises de la science à la date de l'intervention.

Le Tribunal précise par ailleurs que, même si le praticien ne peut démontrer qu'il a respecté son obligation d'information, sa patiente n'a pas justifié, ni allégué, qu'elle aurait refusé cette intervention si elle avait été informée du risque qui s'est réalisé. Elle n'a pas invoqué de perte de chance, ni formulé de demande d'indemnisation à ce titre.

Un appel est donc formé par la demanderesse qui a été déboutée de ses prétentions.

La Cour d'appel ordonne une nouvelle expertise confiée à un collège d'experts, considérant qu'il existe des contradictions entre les conclusions du rapport d'expertise judiciaire et l'avis médical d'un expert qui n'émet aucune réserve sur la prestation réalisée. Elle sursoit à statuer sur l'ensemble des demandes. Parallèlement, le praticien assigne en intervention forcée le chirurgien-dentiste traitant qui est intervenu pour la pose des prothèses sur implants.

Selon les experts, les soins et actes n'ont pas été conformes aux données acquises de la science médicale. Ils reprochent un manque de précaution dans la démarche thérapeutique, avec une insuffisance d'examen et une absence de projet thérapeutique entre les deux praticiens. Ils considèrent qu'il existe un manque de concertation et de coordination clinique de l'indication opératoire lors de la mise en place de la prothèse implanto-portée.

Ils concluent à une responsabilité conjointe par moitié « *compte tenu du partenariat thérapeutique défaillant qui a engendré l'échec implantaire* » et imputent aux deux praticiens le remboursement des honoraires versés, déduction faite des prestations versées par les organismes sociaux et des souffrances endurées, évaluées à 2/7.

La Cour d'appel, par une décision de 2013, homologue les conclusions du collège d'experts et retient la responsabilité conjointe des deux praticiens dans l'échec du traitement implantaire.

Concernant le chirurgien implantaire : celui-ci a commis des manquements au stade de la préparation (absence d'exams préopératoires, de modèle d'étude préliminaire bi-maxillaire, de wax up), a manqué de prudence dans l'appréciation des volumes osseux et n'a pas respecté son devoir d'information (absence de devis et d'information sur les risques envisageables).

Concernant le praticien qui a posé la prothèse : la Cour s'appuie sur les conclusions des experts pour retenir un manquement de concertation dans le cadre d'un projet thérapeutique et applique une responsabilité par moitié.

La Cour alloue :

- 2.000€ au titre des souffrances endurées
- 1.000€ au titre du défaut d'information
- 1.350€ au titre du préjudice moral lié à « *la déception subie à la suite de l'échec du traitement* ».

Elle sursoit à statuer sur la demande portant sur les dépenses de santé actuelles.
La dernière décision a donc été rendue en 2013 pour des faits datant de 2005.

4.2.8. Cas d'allergie

Mots-clés : Prothèses dentaires, allergie, obligation d'information, soins conformes aux règles de l'art, défaut de la prothèse (non), responsabilité (non), aléa thérapeutique.

Faits : Un patient consulte un chirurgien-dentiste pour une réhabilitation prothétique. Ce dernier établit un plan de traitement portant sur la pose de 4 inlays-core et d'un bridge provisoire 16-26. Le patient présente des douleurs et une sensation de brûlure au niveau de la langue quelques jours après la pose des prothèses, nécessitant ainsi leur dépose à deux reprises. Le chirurgien-dentiste invite le patient à effectuer des tests d'allergie, mais celui-ci ne donne pas suite. Deux ans après, le chirurgien-dentiste procède à la dépose du troisième bridge, à l'extraction de plusieurs dents et à la pose d'une prothèse complète.

Expertise : Une expertise amiable contradictoire est mise en place avec l'assureur protection juridique du demandeur ; aucun accord n'a pu aboutir compte tenu des conclusions divergentes des deux experts. Le chirurgien-dentiste est donc assigné en référé expertise.

L'expert judiciaire n'a pu identifier des signes objectifs de brûlures, le jour de l'expertise, et conclut que les soins prodigués ont été attentifs et conformes aux données acquises de la science.

Le demandeur estime, quant à lui, que le praticien a manqué :

- à son obligation de prudence et de diligence dans la mise en œuvre des soins « *dès lors que la pose des piliers est à l'origine d'un rayonnement électromagnétique excessif* » ;
- à son obligation d'information lui faisant perdre une chance d'éviter le préjudice subi.

Décision de justice :

Le tribunal déboute le demandeur de l'intégralité de ses demandes.

Sur l'obligation d'information :

Le tribunal rappelle les dispositions de l'article L.1111-2 du code de la santé publique et précise qu'il appartient au médecin de rapporter la preuve de l'exécution de son obligation d'information et « *qu'il est de l'office du juge de rechercher les effets qu'aurait pu avoir l'information quant à ce consentement ou ce refus* ».

En l'espèce, il ressort, des pièces produites et des conclusions du rapport d'expertise judiciaire, que le chirurgien-dentiste a respecté son obligation d'information sur la nécessité de réhabiliter le maxillaire et la mandibule, sur l'insuffisance au niveau du maxillaire des dents conservées pour constituer les piliers de support d'un bridge définitif, sur le caractère provisoire du bridge maxillaire, sur la nécessité de poser des inlays-core sur les dents restantes et sur le "coût du devis".

S'il n'est pas justifié de la remise des devis des deuxième et troisième bridges par le praticien, force est de constater que ces documents ne portent pas sur l'information relative à l'état de santé. Il s'avère néanmoins que le chirurgien-dentiste ne justifie pas du respect de son obligation d'information s'agissant de l'alternative qu'il existe, pour le patient, entre « *une solution exclusivement mobile au maxillaire avec extraction des 4 dents restantes et une solution mobile partielle avec conservation partielle ou non des 4 dents restantes et couronne* ».

L'expert judiciaire a conclu toutefois sur le fait que les dents devaient être extraites après la dépose du 3ème bridge dans la mesure où les sensations de brûlures persistaient après la dépose de tout élément prothétique. Il semblait logique à l'expert d'enlever les inlays-core et « *la dépose d'un inlay-core aboutit dans la grande majorité des cas à l'extraction de la ou des racines sous-jacentes* ».

Le tribunal en déduit que, si le patient avait été informé de cette option thérapeutique, il n'aurait pas refusé l'extraction des dents dès lors que celle-ci était nécessaire compte tenu de la persistance des sensations de brûlures. Celui-ci ne justifie donc d'aucun préjudice indemnisable au titre de l'obligation d'information.

Sur l'obligation de prudence et de diligence au titre des soins :

Le tribunal indique que le contrat de soins met à la charge du praticien une obligation de sécurité-résultat en ce qui concerne le matériel utilisé pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins, mais précise qu'il appartient au patient de démontrer préalablement que les matériaux utilisés sont à l'origine du dommage subi.

En l'espèce, la thèse avancée par le demandeur, selon laquelle la pose des piliers serait à l'origine d'un rayonnement électromagnétique excessif provoquant des sensations de brûlures, n'est pas confirmée par l'expert judiciaire. Celui-ci considère, en effet, que la présence de biomatériaux dans le milieu buccal peut engendrer des micro-courants dont les principaux symptômes sont des effets subjectifs (goût métallique, hypersalivation, sensation de brûlure..) et des effets objectifs (inflammation des gencives, de la langue, des joues, hypertrophie et turgescence des papilles linguales, érosions et ulcérations sur la muqueuse buccale...). S'agissant du cas présent, il n'a été relevé, tant au regard des différentes pièces médicales qu'au cours de l'examen clinique réalisé le jour de l'expertise, que des effets purement subjectifs et non objectifs. En outre, la suppression des inlays-core aurait dû entraîner la disparition des symptômes décrits par le patient, ce qui n'est pas le cas.

L'expert considère, par ailleurs, que les soins prodigués ont été attentifs et conformes aux données acquises de la science, tant au niveau des trois bridges, que de la quatrième réhabilitation.

Si le tribunal indique que le chirurgien-dentiste « *est tenu de délivrer un matériel apte à rendre le service qu'on peut légitimement en attendre* », il ajoute que c'est à condition toutefois que le patient démontre que ce n'est pas le cas. La prescription d'une crème adhésive est insuffisante pour établir une telle inaptitude. Dans son rapport, l'expert a relevé un problème d'inadaptation de la prothèse en raison des « *réactions au métal des inlays-core* » ce qui ne peut établir l'existence d'un quelconque défaut. Enfin, il précise qu'il n'a pu examiner les prothèses "en bouche", à défaut pour le patient de les avoir portées. Dès lors, il n'est pas établi que l'appareil était "*inapte à rendre le service que le patient pouvait légitimement en attendre*".

Le patient est donc débouté de l'ensemble de ses demandes. Il est, en outre, condamné au règlement du solde des honoraires dont il ne s'était pas acquitté, à 1.500 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile et aux dépens.

Cette décision, prononcée avec exécution provisoire, est définitive, le patient n'ayant pas interjeté appel.

Pour chacun des cas présentés ci-dessus sont rapportés les faits, les conclusions du rapport d'expertise et la décision de justice.

De manière subjective, ces cas ont été choisis parmi d'autres pour leur pertinence et car ils nous ont semblé suffisamment clairs et exhaustifs.

Les faits énoncés ont conduit chacune des victimes présumées à engager une procédure judiciaire menant ainsi à un rapport d'expertise. La partie demanderesse, par l'assignation du chirurgien-dentiste en justice, recherche alors la reconnaissance de sa responsabilité civile professionnelle et la réparation du ou des préjudices dont elle s'estime redevable.

Les conclusions du rapport d'expertise sont rendues et l'expert se positionne sur la responsabilité du chirurgien-dentiste impliqué dans la procédure. Si la responsabilité du chirurgien-dentiste est fondée, l'expert évalue le ou les différents préjudices qui doivent être réparés.

Ensuite, la décision de justice, tenant compte de ce rapport, est formulée. Elle détaille alors la liquidation des préjudices et précise l'existence ou l'absence d'un ou de plusieurs manquements fautifs imputables au chirurgien-dentiste mis en cause.

Pour chacun des cas litigieux présentés ici, les éléments d'information développés par la jurisprudence se basent sur les obligations que tout chirurgien-dentiste a le devoir d'appliquer dans son exercice professionnel.

Par conséquent, la jurisprudence va rendre sa décision et se justifier à l'aide des informations données par le rapport d'expertise, sur le respect ou le manquement à ces obligations.

Nous pouvons alors mieux comprendre ce qui peut être reproché ou non au chirurgien-dentiste dans le contexte et les circonstances propres à chacun des cas.

Conclusion

Ces dernières années, les responsabilités du chirurgien-dentiste se sont accrues et le nombre de litiges est en augmentation. La judiciarisation du domaine médical appelle à la plus grande prudence dans une ère où l'erreur médicale n'est plus acceptée. Le chirurgien-dentiste est responsable de ses actes et doit être vigilant quant aux conséquences de ceux-ci. La tenue du dossier médical doit être optimale car celui-ci constitue un moyen indéniable de preuve, lorsqu'un litige survient.

L'évolution des techniques d'investigation médicale, des traitements et des actes médicaux a participé à la multiplication de l'apparition d'accidents thérapeutiques. En revanche, elle a conduit à rendre le patient de plus en plus intolérant face à l'accident, qu'il soit fautif ou non. En effet, l'opinion publique considère qu'un résultat bénéfique doit être obtenu de la part des professionnels de la science médicale.

Un patient, qui pense être victime d'une faute commise par son chirurgien-dentiste, doit pouvoir établir le lien de causalité qui existe entre cette faute et le dommage pour lequel il demande réparation, sinon la responsabilité qui incombe au praticien ne peut être retenue.

D'autre part, l'application du droit, dans la pratique de la chirurgie-dentaire, requiert des connaissances qui nécessitent d'être mises à jour régulièrement. Cela peut se révéler délicat compte tenu des nombreux textes de lois applicables, dont certaines dispositions restent ambiguës et compte tenu de l'évolution constante de la jurisprudence révisant alors les aspects de ces principes de droit.

Différentes voies existent afin d'apporter une solution à un conflit entre un patient et un praticien. Toutefois, on doit retenir que, pour prévenir ce conflit, il apparaît essentiel d'établir une relation de confiance avec son patient et pour cela, le dialogue reste l'élément primordial. Une information complète, intelligible et adaptée au patient doit être délivrée afin qu'il puisse établir un consentement éclairé à partir des propositions thérapeutiques émises par son praticien.

Pour finir, il convient de considérer que le risque 0 n'existe pas, malgré toute la conscience professionnelle et la prudence dont peut faire preuve un praticien. D'ailleurs, la loi du 04 mars 2002 a créé un dispositif de règlement amiable et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, au titre de la solidarité nationale. Le système, élaboré par la jurisprudence puis par le législateur, a pour objectif d'arriver à un équilibre entre l'intérêt des professionnels dont l'activité est de plus en plus technique et sophistiquée et celui des personnes victimes d'accidents médicaux, dont l'indemnisation s'impose.

Bibliographie

1) AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.

Le dossier du patient en odontologie, mai 2000.

<http://www.has-sante.fr>

2) ARHAB-GIRARDIN F.

La consécration d'un nouveau préjudice moral né du défaut d'information médicale.

Recueil Dalloz, 29 octobre 2010:898.

3) ATTALI E., DELPRAT L.

Conduite d'une expertise judiciaire, mars 2014.

<http://www.lefildentaire.com>

4) BACACHE M.

Le défaut d'information sur les risques de l'intervention : quelles sanctions ?

Pour une indemnisation au-delà la perte de chance.

Recueil Dalloz, 2008:1908.

5) BERNARD M.

160 questions en responsabilité médicale. 2^{ème} éd.

Paris : Elsevier Masson, 2010.

6) BERY A.

Information et consentement.

Encycl méd Chir (Paris), Odontologie, 23842A⁰⁴, 2005, 3.

7) BERY A., DELPRAT L.

Droits et obligations du chirurgien-dentiste.

Héricy : Editions du Puits Fleuri, 2006. (Le Conseiller juridique pour tous)

8) BLANC R., SABEK M.

L'obligation de sécurité-résultat.

Lettre Coll Odontol Droit 2008;19:2.

9) BONDIL P.

Le dossier médical du chirurgien-dentiste.

Dossier MACSF, 06 avril 2012.

<http://www.macsf.fr>

10) BONNETON E, PIN JP.

Procédure en contentieux médical.

Actual Odontostomatol (Paris) 2002;218:151-162.

11) CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES.

Définition de la responsabilité et de la jurisprudence.

<http://www.cnrtl.fr>

12) CHARLES D.

Les motivations des patients qui attaquent.

Dossier MACSF, 13 septembre 2012.

<http://www.macsf.fr>

13) CONVENTION EUROPEENNE DE SAUVEGARDE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTES FONDAMENTALES.

Charte des droits fondamentaux de l'UE, 07 décembre 2000.

<http://www.europarl.europa.eu>

14) COUR DE CASSATION.

La responsabilité civile des professionnels de santé et des établissements de santé privés à la lumière du 04 mars 2002.

Rapport de la Cour de cassation 2002.

Deuxième partie : Etudes sur le thème de la responsabilité.

La Documentation française, 2003.

15) COUR DE CASSATION.

La responsabilité médicale.

Rapport de la Cour de cassation 2010.

Quatrième partie : Jurisprudence de la Cour ; Responsabilité civile, assurances et sécurité sociale ; Droit de la responsabilité.

La Documentation française, 2011.

16) COUR DE CASSATION.

Le fait générateur de la responsabilité à l'épreuve de la nature de l'activité de santé.

Rapport de la Cour de Cassation 2007.

Troisième partie : Etude « La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation » ; La responsabilité à l'épreuve des dommages survenus à l'occasion de l'activité de santé ; l'établissement de la responsabilité.

La Documentation française, 2008.

17) COUR DE CASSATION.

La causalité à l'épreuve du caractère multifactoriel des dommages.

Rapport de la Cour de Cassation 2007.

Troisième partie : Etude « La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation » ; La responsabilité à l'épreuve des dommages survenus à l'occasion de l'activité de santé ; L'établissement de la responsabilité.

La Documentation française, 2008.

18) COUR DE CASSATION.

La caractérisation des préjudices.

Rapport de la Cour de Cassation 2007.

Troisième partie : Etude « La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation » ; La responsabilité à l'épreuve des dommages survenus à l'occasion de l'activité de santé ; La réparation des dommages.

La Documentation française, 2008.

19) COUR DE CASSATION.

Les modalités de réparation des dommages.

Rapport de la Cour de Cassation 2007.

Troisième partie : Etude « La santé dans la jurisprudence de la Cour de cassation » ; La responsabilité à l'épreuve des dommages survenus à l'occasion de l'activité de santé ; La réparation des dommages.

La Documentation française, 2008.

20) DESCORPS DECLERE F.

La cohérence de la jurisprudence de la Cour de cassation sur la perte de chance consécutive à une faute du médecin.

Recueil Dalloz, 17 mars 2005:742.

21) DUMONT M.

Assurance responsabilité professionnelle.

Actual Odontostomatol (Paris) 2002;218:173-183.

22) GOMBAULT N.

Le devoir d'information du médecin.

Obligation d'information-Médecin Libéral.

Dossier MACSF, 25 juin 2007.

<http://www.macsf.fr>

23) JOURDAIN P.

Responsabilité médicale : quel critère distinctif de la faute et de l'aléa thérapeutique en cas de lésion consécutive à une intervention chirurgicale ?

Recueil Dalloz, 2009:123.

24) JOURDAIN P.

Préjudice réparable en cas de défaut d'information médicale : la Cour de cassation réoriente sa jurisprudence.

Recueil Dalloz, 24 juillet 2014:379.

25) LAB-SIMON E.

Maîtriser les réglementations au cabinet dentaire : Responsabilité civile, conventions, obligations de l'employeur. Collection Guide professionnel.

Paris : CdP, 2008.

26) LAMBERT-FAIVRE Y.

Rapport sur l'indemnisation du dommage corporel.

La documentation française, juin 2003.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

27) LAMBLOT C.

Traitements prothétiques : l'obligation de moyens est confirmée par la Cour de cassation.

Utilisation de produits de santé, responsabilité du chirurgien-dentiste.

Dossier MACSF, 04 avril 2013.

<http://www.macsf.fr>

28) LAMBLOT C.

La perte de chance, disparition d'une éventualité favorable.

Responsabilité médicale : le professionnel de santé face à la perte de chance.

Dossier MACSF, 03 janvier 2013.

<http://www.macsf.fr>

29) LANTERO C.

Devoir d'information du patient : le Conseil d'Etat rejoint la Cour de cassation.

Recueil Dalloz, 2012:2231.

30) LEGIFRANCE.

Code civil : Article 1382, Article 1383, Article 1384, Article 1147, Article 1101, Article 1108, Article 16, Article 16-3, Article 2044.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

31) LEGIFRANCE.

Code de procédure civile : Article 237.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

32) LEGIFRANCE.

Code de la santé publique :

- Article L1110-5, modifié par la Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005-art. 1 et 2 JORF 23 avril 2005.

-Article L1111-2, modifié par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009-art.37 dite Loi Hôpitaux Patients Santé Territoire (loi HPST).

-Article L1111-3, modifié par la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011-art.13 et 22.

-Article L1111-4, modifié par la Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005-art.3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005.

-Article L1111-7, modifié par la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011-art.9.

-Article L1142-1 (I et II), modifié par la Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009-art.112.

-Article L1142-2, modifié par la Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011-art.146 (V).

-Article L4123-2, modifié par la Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007-art.3 JORJ 1^{er} février 2007.

-Article D1142-1, modifié par le décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011-art.1.

-Article R1142-15, modifié par le décret n° 2014-19 du 9 janvier 2014-art.2.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

33) MUTUELLE D'ASSURANCES DU CORPS DE SANTE FRANCAIS.
Documentation et Information juridiques.
Paris.

34) MARCHAND P.
Chirurgien-dentiste : la notion de consentement éclairé.
Information au patient.
Dossier MACSF, 19 septembre 2011.
<http://www.macsf.fr>

35) MARCHAND P.
Sinistres déclarés en 2013 pour la spécialité chirurgiens-dentistes.
Panorama des risques professionnels en santé. (Edition 2014, chiffres 2013)
<http://www.risque-medical.fr>

36) MEMENTEAU G.
Un point sur la responsabilité du fait des prothèses.
Méd Droit 2013;123:175-180.

37) MISSIKA P., RAHAL B.
Droit et chirurgie-dentaire : Prévention, expertises et litiges. Collection JPIO.
Rueil Malmaison : CdP, 2006.

38) NGUYEN C.
L'obligation de sécurité du fait du matériel utilisé.
Fil Dentaire, 2008.
<http://www.lefildentaire.com>

39) NGUYEN C.
L'obligation de précision du geste de chirurgie-dentaire.
Fil Dentaire 2006;13:32-33.

40) NOSSINTCHOUK R.
Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire. Collection Guide clinique.
Paris : CdP, 1998:9-12.

41) OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MEDICAUX.
Procédure d'indemnisation des accidents médicaux.
<http://www.oniam.fr>

42) ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.
Règlement des différends.
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>

43) ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.
Code de déontologie dentaire intégré au Code de la Santé Publique par décret n°2004-802 du
28 juillet 2004, publié au JO du 08 août 2004, modifié par JO du 14 février 2009 :
Article R4127-233, Article R4127-236, Article R4127-208, Article 4127-238.
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>

44) ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.

Code de déontologie médical intégré au Code de la Santé Publique, mise à jour du 07 mai 2012 : Article 35 (Article R.4127-35 du Code de la Santé Publique).

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

45) PIERRE J.

La responsabilité médico-juridique du praticien en implantologie orale.
Paris : Doin, 1993.

46) ROUGE-MAILLART C., GAUDIN A., LERMITE E., et coll.

L'exactitude du geste chirurgical : évolution de la jurisprudence.

J Chir 2008;145(5):437-441.

47) ROUGE-MAILLART C., JOUSSET N., GAUDIN A., et coll.

Faut-il reconnaître l' « aléa chirurgical » ?

Méd Droit 2008;89:43-47.

48) SABEK M.

Les responsabilités du chirurgien-dentiste. 2^{ème} éd.

Bordeaux : Edition Les Etudes Hospitalières, 2012.

49) SANS AUTEUR.

Responsabilité médicale : aléa thérapeutique.

Recueil Dalloz, janvier 2011:376.

50) SARGOS P.

Deux arrêts « historiques » en matière de responsabilité médicale générale et de responsabilité particulière liée au manquement d'un médecin à son devoir d'information.

Recueil Dalloz, juin 2010:15-22.

51) SERVICE DOCUMENTATION ET VEILLE JURIDIQUE (MACSF).

La responsabilité du fait des produits de santé : une évolution favorable.

Dossier MASCF, 18 janvier 2013.

<http://www.macsf.fr>

52) VIALLA F.

Evolutions récentes de la responsabilité pour défaut d'information.

Méd Droit 2010;105:161-170.

53) WATRELOT P.

L'information, où en est-on ?

ASSPRO (Association de Prévention du risque opératoire), juin-août 2012.

<http://www.asspro-info.com>

Table des illustrations

Figure 1 : Règlement amiable par négociation directe ou par le biais des assurances (21).....	54
Figure 2 : Saisine en conciliation du Conseil départemental de l'Ordre (37).....	56
Figure 3 : Procédure disciplinaire ordinale (37).....	58

Annexe 1

Jurisprudence (Arrêts et jugements)

¹ Cass.req., 18 juin 1835, Arrêt Thouret-Noroy, D.P 1835, 1, p. 300, concl.Dupin ; S.1835, 1, n° 26, p. 401.

^{2 et 3} Cass.civ., 20 mai 1936, Arrêt Mercier, D.1936, 1, p. 88, concl.Matter, rapp.Josserand ; S.1937, 1, p. 321, note Breton ; J.C.P 1936, 1079.

⁴ Cass.civ.1^{ère}, 27 janvier 1960, B.../C... : Juris-data n° 000059.

⁵ Cass.civ.1^{ère}, 3 juin 2010, n° 09-13.591, AJDA 2010. 2169, note C. Lantero ; D. 2010. 1522, obs. I. Gallmeister , note P. Sargos ; *ibid.* 1801, point de vue D. Bert ; *ibid.* 2092, chron. N. Auroy et C. Creton ; *ibid.* 2011. 35, obs. P. Brun et O. Gout ; *ibid.* 2565, obs. A. Laude ; RDSS 2010. 898, note F. Arhab-Girardin ; RTD civ. 2010. 571, obs. P. Jourdain.

⁶ CA Dijon, 24 janvier 1952 ; Dal., I, 1952, 171.

⁷ Cass.civ.1^{ère}, 15 novembre 1972 : Juris-data n° 000241 ; Bull.civ. I, n° 241 ; RTDC, 1974, p. 160, obs. Durry ; Dal., 1973, II, 243.

⁸ Cass.civ. 1^{ère}, 29 octobre 1985, n° 83-17.091 : Juris-data n° 002650 ; Bull.Civ. I, n° 273 ; Dal., 1986 417, note Penneau ; RTDC, 1986, 762, obs. Huet.

⁹ Cass.civ.1^{ère}, 15 novembre 1988, n° 86-16.443 : Juris-data n°002734 ; JCP, 1989, IV, 21 ; GP, 1989, 1, 12.

¹⁰ CA Colmar, ch. civ., 7 septembre 1992 : Juris-data n° 047223.

¹¹ CA Paris, ch.1, sect.B, 8 février 1991 : Juris-data n° 020252 ; JCP G, 1992, n° 6, II, n°21788, note Mémenteau.

¹² Cass.civ.1^{ère}, 10 décembre 1996, n° 95-13.154 : Juris-data n° 004778 ; Bull.civ. I, 445 ; PA, 15 juin 1998, n° 71, p. 16, note Doussan ; GP, 5-9 septembre 1997, n° 248-252, panorama p. 200.

¹³ CA Montpellier, ch. 1, 30 mai 1991 : Juris-data n° 034427.

¹⁴ Cass.civ.1^{ère}, 23 novembre 2004, n° 03-12.146 : Bull.civ. I, n° 286 ; RDSS, 2005, p. 151, note B.Pitcho ; JCP G, n°1, 12 janvier 2005, IV, 1014 ; Responsabilité civile et assurances, n° 1, janvier 2005, comm. 25 ; M.Sabek, « Conception prothétique, quel résultat ? », L'information dentaire, n° 6, 2005, p. 327.

¹⁵ Cass.civ.1^{ère}, 31 octobre 2012, n° 11-21633.

- ¹⁶ Cass.civ.1^{ère}, 20 mars 2013, n° 12-12300, Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie (JDSAM), 2013, n° 1, chr.6 note M. Bacache.
- ¹⁷ Cass.civ., 16 novembre 1965.
- ¹⁸ TGI Pontoise, 28 novembre 1986 : Juris-data n° 600760 ; Dal., 1987, 317, note Larroumet.
- ¹⁹ TGI Paris, ch. 1, sect. 3, 7 décembre 1987 : Juris-data n° 048462.
- ²⁰ Cass.civ.1^{ère}, 9 novembre 1999 ; Dal., 2000, 117, note Jourdain ; JCP, 2000, II, 10251, note Brun ; RGDM, 2000, 3, rapport Sargos p. 90, note critique de Mme Caillé p. 96.
- ²¹ CJUE, 21 décembre 2011, aff. C-495-10 CHU Besançon c/Thomas Dutruieux, CPAM du Jura, JCP A 2012, act.27.
- ²² Cass.civ.1^{ère}, 29 octobre 1985, n° 83-17091 : Bull. I, n° 273.- Cass.civ 1^{ère}, 15 novembre 1988, n° 86-16443 : Bull. I, n° 319.- Cass.civ 1^{ère}, 9 novembre 1999, n° 98-10010 : Bull. I, n° 300.
- ²³ CE, 12 mars 2012, CHU Besançon, req n° 327449 : JCP G 2012, p. 623, note P.Tifine.
- ²⁴ Cass.civ.1^{ère}, 12 juillet 2012, n° 11-17.510, JCP 2012, 1036, P.Sargos.
- ²⁵ Cass.civ.1^{ère}, 9 octobre 2001, n° 00-14.564, GAJC, 2007, n°11, obs. F. Terre et Y. Lequette ; D. 2001, p. 3470, rapport P. Sargos, note D. Thouvenin ; JCP G, 2002, II, 10045, note O. Cachard ; RTD Civ., 2002, p. 176, obs. R. Libchaber et p. 507, obs. J. Mestre et B. Fages.
- ²⁶ Cass.req., 28 janvier 1942, Arrêt Teyssier, DC 1942.63 ; GAZ.Pal.1942.1.177.
- ²⁷ Cass.civ.1^{ère}, 29 mai 1951, Arrêt Martin-Birot, Bull. civ. I, n° 162 ; D. 1952, 53, note R. Savatier ; S. 1953, 41, note R. Nerson.
- ²⁸ Cass.civ.1^{ère}, 25 février 1997, Arrêt Hédreul, JCP 1997, éd. G., I, 4025, n° 7, obsv. G. Viney ; JCP 1997, éd. G., II, 22492, rapport P. Sargos. Resp. civ. et assur. 1997, chron. 8, C. Lapoyade-Deschamps ; P. Sargos, Modalités, preuve et contenu de l'information que le médecin doit donner à son patient. Méd. droit Info. Ethique Juridique Prat. 1997;27:1-3 ; G. Mémeteau. Devoir d'information, renversement de la charge de la preuve. Méd Droit 1997;24:6 ; L. Dubouis, Rev. dr. san. et soc. 1997, 288.
- ²⁹ CA Aix-en-Provence, ch.civ. 10, 1^{er} octobre 1996 : Juris-data n° 045214.
- ³⁰ Cass.civ.1^{ère}, 8 novembre 2000, Bull.2000, I, n° 287, p. 186, pourvoi n° 99-11.735 ; Rapport annuel 2000, p. 384 ; JCP. 2001. II.10493, rapport P. Sargos et note F.Chabas.
- ³¹ CA Paris., 1^{ère} ch. B, 2 juin 1983, Soyer c/ Marmasse et autres.
- ³² Cass.civ.1^{ère}, 7 janvier 1997, Bull.civ.I, n° 6 ; D. 2007.189, rapport P.Sargos, note D.Thouvenin.
- ³³ Cass.civ.1^{ère}, 3 février 1998, n° pourvoi 96-13329.

³⁴ Cass.civ.1^{ère}, 23 mai 2000, deux arrêts, D.2000, IR 183 et 192, Bull.civ. I, n° 153 ; RCA 2000, n° 270 et 272 ; RTD civ. p 840 obs P.Jourdain.

³⁵ Cass.civ.1^{ère}, 8 novembre 2000, Bull.2000, I, n° 287, p. 186, pourvoi n° 99-11.735 ; Rapport annuel 2000, p. 384 ; JCP. 2001. II.10493, rapport P. Sargos et note F.Chabas.

³⁶ Cass.civ.1^{ère}, 7 décembre 2004, pourvoi n° 03-16296.

³⁷ Cass.civ.1^{ère}, 29 novembre 2005, pourvoi n° 03-16308.

³⁸ Cass.civ.1^{ère}, 20 janvier 2011, pourvoi n° 10-17.357.

³⁹ Cass.civ.1^{ère}, 27 janvier 1974, Bull.1974, I, n° 37, JCP 1970 II.16422, note Rabut.

⁴⁰ Cass.civ.1^{ère}, 09 octobre 1975, pourvoi n° 74-93471.

⁴¹ Cass.civ.1^{ère}, 1 novembre 2006, n° 05-15.674 : Bull. I, n° 498 ; JCP 2007, I, 115, n° 3, obs. Ph. Stoffel-Munck ; Cass. crim., 6 juin 1990, n° 89-83.703: Bull. crim., n° 224, RTD. civ. 1991, p. 121, obs. P. Jourdain.

⁴² Cass.civ.1^{ère}, 22 mars 2012, n° 11-10935 et 11-11237.

⁴³ Cass.civ.1^{ère}, 16 juillet 1998, Bull. 1998, I, n° 260, p. 181, pourvoi n° 96-15.380.

⁴⁴ Cass. Civ.1^{ère}, 7 décembre 2004, n° 02-10957 : Bull. I, n° 302 ; Resp. civ. et assur. 2005, comm. 60 ; D. 2005, p. 406, obs. J. Penneau. V. égal. Civ. 1^{re}, 29 juin 1999, n° 97-14.254 : Bull. I, n° 220 ; D. 1999, p. 559, note D. Thouvenin ; D. 1999, p. 395, note J. Penneau ; RTD civ. 1999, p. 841, obs. P. Jourdain.

^{45 et 46} Cass.civ.1^{ère}, 7 février 1990, Bull. 1990, I, n° 39, p. 30 ; D. 1991. 183, obs. J. Penneau ; RTD civ. 1992. 109, obs. P. Jourdain.

⁴⁷ Cass.civ.1^{ère}, 3 juin 2010, n° 09-13.591, AJDA 2010. 2169, note C. Lantero ; D. 2010. 1522, obs. I. Gallmeister , note P. Sargos ; *ibid.* 1801, point de vue D. Bert ; *ibid.* 2092, chron. N. Auroy et C. Creton ; *ibid.* 2011. 35, obs. P. Brun et O. Gout ; *ibid.* 2565, obs. A. Laude ; RDSS 2010. 898, note F. Arhab-Girardin ; RTD civ. 2010. 571, obs. P. Jourdain.

⁴⁸ Cass.civ.1^{ère}, 12 juillet 2012, n° 11-17.510, D. 2012. 2277, note M. Bacache ; *ibid.* 2013. 40, obs. P. Brun et O. Gout ; RTD civ. 2012. 737, obs. P. Jourdain ; RTD eur. 2013. 292-36, obs. N. Rias.

Annexe 2

Définitions de droit

-Justice : La justice est un principe moral fondée sur la reconnaissance et le respect du droit. La justice est aussi le pouvoir d'agir pour faire reconnaître et respecter ces droits. Au niveau d'un Etat, la justice est le pouvoir judiciaire qui prend la forme d'une institution ou d'une administration publique, constituée d'un ensemble de juridictions chargées d'exercer ce pouvoir.

-Juridiction : La juridiction est le pouvoir de juger, de rendre la justice. Le terme « juridiction » désigne un organisme institué pour juger les différends qui lui sont déférés. Une juridiction est aussi l'ensemble des tribunaux de même nature et de même degré hiérarchique.

-Législation : C'est l'ensemble des textes de lois et règlements en vigueur dans un pays ou bien ceux relatifs à un domaine particulier.

-Jurisprudence : C'est l'ensemble des décisions rendues par les tribunaux en relation avec un problème juridique donné et qui permettent d'en déduire des principes de droit. La jurisprudence reflète la façon dont les tribunaux interprètent le droit et les lois.

-Tribunal : Ce terme est employé pour désigner toute formation juridictionnelle ayant pour fonction d'apporter une solution à un litige. En matière civile, on distingue les juridictions de droit commun, d'une part, et les juridictions spécialisées, d'autre part. Dans la première catégorie sont classés : la Cour de cassation, la Cour d'assise, le Tribunal de grande Instance et le Tribunal d'Instance. C'est cette première catégorie qui concerne les règlements de litiges dans le domaine médical.

-Juridiction de droit commun : Une juridiction de droit commun a la compétence générale pour statuer sur tous types de litiges, dans toutes les matières, sauf lorsqu'une compétence spéciale est expressément attribuée à une autre juridiction. Au premier degré, la juridiction civile de droit commun est le Tribunal de Grande Instance. Les juridictions pénales de droit commun, quant à elles, sont le Tribunal de police, le Tribunal correctionnel et la Cour d'assise. Au second degré, la Cour d'appel est la juridiction de droit commun.

-Cour d'appel : C'est une juridiction judiciaire du second degré qui réexamine l'affaire ayant donné lieu à un premier jugement rendu par une juridiction du premier degré. La Cour d'appel tranche de nouveau sur le litige au fond, c'est-à-dire qu'elle statue sur l'objet même du procès. Elle peut ainsi infirmer ou confirmer le premier jugement.

-Cour de cassation : Cette juridiction vérifie que les décisions de justice, qui lui sont déférées, ont été rendues en conformité avec les règles de droit. Si le pourvoi paraît fondé, la Cour de cassation annule, en tout ou partie, la décision prononcée (=cassation). Elle renvoie alors l'affaire à une autre juridiction de même ordre, de même degré et de même nature que celle dont la décision est cassée. En revanche, si le pourvoi est jugé comme étant mal fondé, la Cour de cassation rend un arrêt de rejet.

-Cour d'assise : Cette juridiction est compétente pour juger les crimes.

-Conseil d'Etat : Cette juridiction est la plus élevée dans la hiérarchie administrative. Ses attributions sont à la fois juridictionnelles, administratives et de conseil.

-Arrêt : Un arrêt est une expression de la technique juridique utilisée pour désigner une décision rendue par les juridictions de degré supérieur, c'est-à-dire par les Cour d'appel, Cour de cassation, Cour d'assise ou par le Conseil d'Etat.

-Jugement : Un jugement est une expression de la technique juridique utilisée pour désigner une décision rendue par les juridictions de degré inférieur, c'est-à-dire par le Tribunal de Grande Instance, le Tribunal d'Instance, le Tribunal de commerce.

KHAIRY (Saloua).– La notion de faute technique dans le cadre de la responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste.

– 99 f. ; ill. ; 53 réf. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2015)

RESUME :

Le chirurgien-dentiste peut voir sa responsabilité civile professionnelle engagée en cas de faute technique, à condition que la présumée victime ait subi un dommage et qu'il existe un lien de causalité entre la faute invoquée et ce dommage.

Le patient doit apporter la preuve de ces 3 conditions sinon aucune faute ne peut être retenue à l'encontre du chirurgien-dentiste. Ce dernier, quant à lui, a le devoir d'appliquer certains principes de droit dans son exercice afin de garantir la meilleure qualité de soins et la sécurité du patient.

La faute technique doit être distinguée de l'aléa thérapeutique mais il semble parfois difficile, d'après la jurisprudence, de discerner ces deux notions.

L'expert joue un rôle déterminant afin de reconnaître la responsabilité du chirurgien-dentiste ou de la réfuter et va ainsi aider le juge dans sa prise de décision. Lorsque la responsabilité est établie, la réparation des dommages est définie par le juge après l'étude du rapport de l'expert qui a lui-même évalué le ou les différents préjudices à réparer.

Différentes voies existent pour que le patient exprime ses doléances selon ce qu'il recherche et dans le but d'obtenir une réparation des dommages subis.

Enfin, il convient de rappeler que la relation praticien-patient se fonde avant tout sur une confiance réciproque afin de permettre une prise en charge optimale de chacun des patients et de réduire ainsi les risques de conflit.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :

Médecine et Odontologie légales

MOTS CLES MESH :

Odontologie légale – Forensic dentistry

Responsabilité légale – Liability, legal

Faute professionnelle – Malpractice

Jurisprudence – Jurisprudence

JURY :

Président : Professeur Giumelli B.

Assesseur : Docteur Verner C.

Directeurs : Docteur Marion D.

Docteur Amador Del Valle G.

ADRESSE DE L'AUTEUR :

10 rue Aristide Maillol – 45100 Orléans

saloua.khairy@gmail.com