

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN
ODONTOLOGIE

Thèse N° 9

ANNEE 2010

**GESTION DES CONFLITS
PATIENTS/CHIRURGIENS-DENTISTES**

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Chirurgie dentaire

Présentée et soutenue publiquement par

Mademoiselle BERTHELOT Estelle

Née le 28/05/1983

*Le **jeudi 4 mars 2010** devant le jury ci-dessous*

Président : Pr JEAN Alain

Assesseur : Pr LABOUX Olivier

Assesseur : Dr ROY Elisabeth

Directeur : Dr MARION Dominique

SOMMAIRE

INTRODUCTION...	5
PARTIE 1 LES RELATIONS PATIENTS / CHIRURGIEN-DENTISTE	
I. A la base des conflits : la relation patient chirurgien-dentiste.....	5
1. Une relation de confiance	5
1.1 Particularités de la relation patient/chirurgien-dentiste	5
1.1.1. La bouche, carrefour des sens	6
1.1.2. La peur du dentiste	7
1.1.3. Une mauvaise image du dentiste	9
1.2 Etablissement de la relation de confiance	10
1.2.1. Réussir sa première consultation	10
1.2.2. Se positionner en tant que soignant	11
1.2.3. Eclairer le patient	12
2. Une relation très règlementée	12
2.1 Les obligations contractuelles	12
2.1.1. Le contrat de soin	12
2.1.2. Le devoir d'information.....	15
2.1.3. L'obligation de recueillir le consentement.....	17
2.1.4. L'obligation de moyens, de résultats.....	19
2.2 Les obligations déontologiques	20
2.2.1. Les devoirs généraux	20
2.2.2. Les devoirs envers les malades	21
2.3 Les obligations légales	22
2.3.1. Les obligations du Code civil	23
2.3.2. Les obligations du Code de la Santé Publique	24
2.3.3. Les obligations du Code pénal.....	27
II. La nature des conflits patients/chirurgiens-dentistes	30
1. La mise en cause de la responsabilité	30
1.1 La responsabilité du praticien	30
1.1.1. La responsabilité contractuelle	31
1.1.2. La responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle	32
1.1.3. La responsabilité pénale	34

1.2 La charge de la preuve	35
1.3 Le lien de causalité	36
2. Le fait dommageable	37
2.1 Les fautes contre l'humanisme	39
2.1.1. Le défaut du respect de la personne	40
2.1.2. Le défaut d'information/ la perte de chance	41
2.1.3. Le défaut de consentement	42
2.1.4. La violation du secret professionnel	43
2.2 Les fautes techniques	44
2.2.1. Faute de diagnostic	44
2.2.2. Erreur de prescription/d'indication	45
2.2.3. Faute dans la mise en œuvre du traitement	46
2.2.4. Faute d'asepsie	47
2.2.5. Erreur de pronostic	48
2.2.6. Faute dans le suivi du patient	48
2.3 Le fait des choses	49
2.4 Le fait des préposés	50
3. Notions de dommage/de préjudice	50
3.1 Le dommage matériel	51
3.2 Le dommage corporel	51
3.3 Son évaluation	52
3.4 Le cas de la perte de chance	53

PARTIE 2 LA GESTION DES CONFLITS

I. Voies de contestation du patient	55
1. La voie amiable	57
1.1 Réclamation directe auprès du praticien ou de son assureur	57
1.2 Réclamation auprès du Conseil départemental de l'Ordre ..	60
2. La voie contentieuse	64
2.1 Plainte auprès du CDO	64
2.2 Plainte auprès de la juridiction civile	67
2.3 Plainte auprès de la juridiction pénale	69
II. Procédures d'expertise	70

1.	L'expertise amiable.....	71
1.1	Le choix de l'expert	71
1.2	L'expertise amiable non contradictoire	72
1.3	L'expertise amiable contradictoire	72
1.4	Conduite et rapport d'une expertise amiable	72
2.	L'expertise judiciaire.....	74
2.1	Le choix de l'expert et sa mission	74
2.2	La conduite de l'expertise	75
2.2.1.	Convocation des parties.....	75
2.2.2.	Historique des soins	75
2.2.3.	Etablir s'il y a eu faute	76
2.2.4.	Déterminer la nature de la faute	78
2.2.5.	Evaluer le préjudice.....	78
2.2.6.	Le rapport de l'expert	79
III.	Conduite à tenir lors d'un litige	80
1.	Désamorcer une situation de crise.....	80
1.1	La négociation.....	80
1.2	Assumer ses erreurs.....	83
2.	Le chirurgien-dentiste et son assurance responsabilité civile professionnelle.....	83
2.1	La nature du contrat.....	84
2.2	La teneur du contrat.....	84
2.3	Déclarer un sinistre.....	86
2.3.1.	Le sinistre.....	86
2.3.2.	Attitude du praticien vis-à-vis de son assurance RCP.....	87
3.	Réunir et vérifier les pièces constitutives du dossier médical du patient.....	88
4.	Prendre contact avec un avocat.....	89
	CONCLUSION.....	91
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	93
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	94

INTRODUCTION

L'implication du patient dans notre système de santé s'est accrue depuis quelques années et va aller en s'accroissant dans les prochaines années. L'explosion des nouvelles techniques de l'information, l'évolution récente du Droit, la multiplication des associations d'usagers de santé, le manque de confraternité et la prolifération des contrats de protection juridique individuelle sont autant de facteurs qui concourent à renforcer le rôle du patient, désormais soucieux d'être traité comme partenaire et même acteur de la relation de soins.

Les citoyens estiment que notre société doit leur garantir la sécurité et la santé. Une attente non satisfaite peut faire surgir un litige, un responsable du dommage est alors recherché ainsi qu'une réparation. Les chirurgiens-dentistes, comme les autres professionnels médicaux sont de plus en plus souvent confrontés à des situations conflictuelles avec leur patient. Gérer ces conflits, qu'ils soient bénins ou graves, fait maintenant partie de notre exercice. Nous ne sommes absolument pas préparés à faire face à ces situations de crise. Celles-ci sont donc mal vécues. De plus, la confrontation avec l'institution judiciaire ajoute au désarroi du praticien. Nous tenterons par ce travail de répondre aux attentes des praticiens libéraux en les éclairant sur la gestion de ces conflits.

Dans une première partie, nous étudierons quelles sont les bases de la relation patient/chirurgien-dentiste. Cette relation soignant soigné est particulière de par la spécificité de la cavité buccale. Il est intéressant de savoir quelle responsabilité engage le chirurgien-dentiste face à ses patients. De plus, nous exposerons quels types de fautes le praticien peut commettre.

Une deuxième partie sera consacrée à la description des procédures amiables et contentieuses qui peuvent être suivies par le patient pour mettre en cause son praticien. Nous détaillerons le déroulement d'une expertise et enfin proposerons une conduite à tenir pour le praticien confronté à un conflit.

PARTIE 1

LES RELATIONS PATIENTS/CHIRURGIENS- DENTISTES

I. A la base des conflits : la relation patient /chirurgien dentiste.

Pour le Pr Portes, ancien président du Conseil National des Médecins « *La seule définition à la fois sincère et humble des échanges médicaux, envisagée sur le plan psychologique, s'exprime ainsi : tout acte médical normal n'est, ne peut être et ne doit être qu'une confiance, qui rejoint librement une conscience* » (11).

1. Une relation de confiance.

1.1. Particularités de la relation patient / chirurgien-dentiste.

La relation du patient avec son chirurgien-dentiste est atypique. Elle est en effet différente de celle entretenue avec le reste du corps médical. La majorité des patients ne vont pas consulter leur chirurgien-dentiste dans le même état d'esprit que leur médecin : avant même d'avoir poussé la porte du cabinet, ils ont envie d'être repartis. Ils ne changent pas de chirurgien-dentiste aussi facilement qu'ils peuvent changer de dermatologue ou d'ophtalmologue (2).

Ces rapports sont spécifiques pour bien des raisons. La bouche est une zone intime à forte symbolique et la « peur du dentiste » persiste malgré les avancées techniques (2).

Il est nécessaire de prendre conscience de la nécessité de communiquer avant d'aborder un patient dans les meilleures conditions. La confiance est nécessaire au bon déroulement des soins. Or sans communication, il n'y a pas de confiance (5,20).

1.1.1. La bouche, carrefour des sens.

La sphère orale est une zone multi-sensorielle à **forte valeur émotive**. C'est un territoire où se concentrent des sensations, douloureuses ou agréables dès le début de notre histoire. La bouche et les lèvres ont un rôle essentiel dans notre développement psychique (41, 46).

Selon Freud, le premier stade de notre développement correspond au stade oral. Les premiers échanges affectifs avec la maman s'effectuent au cours des repas du nourrisson. La bouche devient alors source de plaisir et d'émotion, extrêmement riche en sensation. Par la bouche, le jeune enfant découvre le monde qui l'entoure et s'éveille tandis que les premières éruptions dentaires sont source de douleur. La bouche restera au cours de notre vie un élément essentiel de notre personnalité. « *Dans sa dimension existentielle, la bouche accueille le premier cri, le dernier soupir. Tout commence et s'achève en elle* » (46).

La bouche produit les pleurs, puis les premiers sourires, à l'origine des premiers échanges avec les adultes. Ce premier stade de **communication** orale est suivi par l'apprentissage du langage, expression de notre pensée, noblesse de l'être humain (45).

Sa fonction **nutritive** est essentielle à notre vie (46).

La richesse d'innervation de la bouche fait de cet organe une zone très sensible et donc érogène. Elle participe d'ailleurs à la **beauté et à la séduction**. Elle est donc un symbole **sexuel** évident (46).

Les dents elles non plus ne sont pas des organes neutres, reflet de la jeunesse, de la force vitale, elles représentent la féminité chez la femme et la virilité chez l'homme. Elles sont également, par leur résistance et leur pérennité, symboles du temps, de l'immortalité (46).

On peut donc en déduire que les organes dont s'occupe le chirurgien-dentiste transcendent nettement leur valeur fonctionnelle pour prendre une forte signification émotive et symbolique, ce qui interfère forcément avec la pratique odontologique (41).

1.1.2. La peur du dentiste.

La peur est un « *état émotionnel stressant ressenti face à des situations de menaces ou de danger physique ou psychologique, souvent accompagné de réactions physiologiques : tremblement, sueur, maux de ventre ou d'estomac, accélération du pouls. Cet état est normal et même positif lorsqu'il nous conduit à réagir en évitant ou en surmontant ce danger. En revanche lorsque la peur est la conséquence de phobies ou d'un état chronique d'anxiété sans objet, elle prend un tour pathologique* » (44).

Cette peur pose problème lorsqu'elle perturbe les relations sociales, notamment celles qui participent à maintenir la santé ou à la rétablir lorsqu'elle est atteinte. Elle peut en effet, empêcher le patient de consulter son chirurgien-dentiste ou entraver le bon déroulement du soin (41).

On peut observer des patients crispés par le stress, parlant beaucoup trop pour retarder le moment fatidique où il va falloir qu'ils ouvrent la bouche afin d'être soignés, ou alors devenus mutiques depuis leur entrée dans la salle d'attente, voire des patients peu coopérants au moment du soin. Cette peur est ancestrale, elle se transmet de génération en génération et ne s'est malheureusement pas évanouie depuis les récents progrès dans la gestion de la douleur au fauteuil. Les parents et grands-parents transmettent cette angoisse à leurs enfants en racontant leurs expériences et même s'ils précisent que cela a bien changé, le mal est fait. Le simple fait de dire à leurs enfants « il ne faut pas avoir peur » les amène à comprendre qu'il y aurait des raisons d'être effrayé (2).

La peur de la douleur est la première angoisse chez le chirurgien-dentiste. Des données statistiques rapportées par Albou, indiquent que 60% de la population aux Etats-Unis néglige l'entretien des dents par crainte de la douleur (1).

Cette douleur est subjective. La limite entre déplaisir et douleur est parfois floue. Rassurer le patient sur la prise en charge de la douleur est donc indispensable.

La peur de la douleur n'est pas la seule angoisse du patient. Sa bouche ouverte est à la vue du dentiste. Allongé, le dentiste au-dessus de lui, il ne voit pas ce qu'il se passe et ne sait pas ce qu'on lui fait exactement. Le patient est dans une situation d'infériorité, il devient passif et dépendant et cette situation peut être appréhendée (2).

De plus, on laisse « Son Sourire » aux mains du chirurgien-dentiste. Le sourire est le reflet de l'identité, de la position sociale, de l'humeur. La dentition est propre à chaque individu, comme l'ADN. Une extraction dentaire est vécue comme une mutilation. Lorsqu'on reconstitue une dent après une perte de substance, malgré tous les matériaux, les techniques que l'on possède, on ne retrouve pas forcément la dent dans son état originel. Aussi infime que soit le changement, visuellement et fonctionnellement, la différence est bien présente dans l'esprit et peut s'apparenter à une perte de son identité (2).

Par ailleurs, la polémique pour ou contre l'utilisation des amalgames, n'a pas fini de traumatiser certains patients qui pensent être intoxiqués si l'indication d'une reconstitution par l'amalgame est posée. Il en est de même pour le fluor. Des explications de notre part sont nécessaires pour calmer toute anxiété à ce sujet (2).

Depuis quelques années, la population générale est fortement sensibilisée aux problèmes de contamination. Le milieu hospitalier lutte contre les infections nosocomiales et nous nous devons de montrer à nos patients que dans notre cabinet, tout est mis en œuvre pour éviter toute transmission du sida, d'hépatites ou de germes. Le respect des protocoles d'hygiène doit être mis en avant dans notre cabinet afin de prévenir les inquiétudes de nos patients (2, 45).

Enfin, le jeune praticien doit faire face à ses propres craintes, peu apte à communiquer, il tient moins compte des attentes du patient et peut générer des inquiétudes. Mais le praticien confirmé qui n'a pas compris les angoisses de son patient et se cantonne derrière ses connaissances et sa technique risque de passer à côté de ses attentes.

Réaliser des plans de traitement auxquels le patient n'adhère pas à 100%, manquer de transparence et ne pas prendre en compte la relation humaine dans toutes ses dimensions sont les meilleurs moyens pour ne pas s'épanouir complètement dans son métier et faire face à des conflits (2).

1.1.3. Une mauvaise image du chirurgien-dentiste.

Dans notre société, les chirurgiens-dentistes souffrent d'une image négative, associée à la douleur et à l'argent. On ne fait pas facilement confiance à un chirurgien-dentiste : les multiples angoisses ressenties prédisposent le patient à la méfiance. De plus, il est impossible pour le patient d'apprécier la pertinence des décisions diagnostiques et des choix thérapeutiques (2).

En effet, si les soins conservateurs sont bien remboursés par la sécurité sociale, les soins prothétiques, beaucoup plus coûteux, le sont très peu. A partir du moment où une importante participation financière pour des prothèses est nécessaire, certains patients sont surpris et ont parfois l'impression qu'on leur force la main (2).

Les médias jouent un rôle majeur en alimentant cette mauvaise image. La presse parle par exemple d'intoxication délibérée à l'amalgame. Le chirurgien-dentiste devient alors empoisonneur. Les reportages télévisés présentent des prothèses réalisées à l'étranger, de moindre qualité, permettant aux dentistes de se faire une marge honteuse sur le dos des patients. Les chirurgiens-dentistes sont alors vénaux. Le film d'animation « Nemo » caricature un chirurgien-dentiste qui soigne ses patients comme on torture dans les films d'horreur. Le chirurgien-dentiste aime alors faire mal. Comment ne pas comprendre le désarroi des patients quand ils viennent nous voir. Ecoute et transparence sont des mots clés face à la chute des stéréotypes qui marquent notre profession (2).

1.2. Etablissement de la relation de confiance

La confiance est la base de toute relation. Elle peut être innée, mais habituellement, elle se gagne au fil du temps. Elle favorise les échanges. La première impression est souvent déterminante et va conditionner la relation future. Les premiers pas au cabinet sont donc primordiaux et doivent rassurer le patient. Il est fondamental d'entretenir ce lien par une communication et une attitude médicale adaptées à chaque individu.

1.2.1. Réussir sa première consultation.

Le patient qui arrive au cabinet, hyper-réceptif, pour toutes les raisons expliquées précédemment, va être attentif aux moindres détails. Accueillir dans un cadre agréable, apaisant et rassurant détend un patient inquiet. Un cabinet bien décoré et propre, une secrétaire ou assistante souriante, des fauteuils confortables dans une salle d'attente où l'on se sent bien, tous ces éléments peuvent participer à dissiper l'appréhension du patient. Il ne faut donc pas les négliger (2, 45).

Il est souhaitable que le praticien vienne chercher lui-même son patient dans la salle d'attente pour que celui-ci se sente accueilli avec bienveillance. Dès les premiers instants, le contact est rassurant grâce à un praticien propre sur lui et au visage souriant. La poignée de main qui suit est très importante. Elle doit être ferme mais chaleureuse, tout en maintenant une certaine distance physique afin de respecter l'intimité. Elle permet au chirurgien-dentiste de cerner le caractère du patient qui se trouve en face de lui. Une main molle peut indiquer un caractère soumis tandis qu'une poignée de main forte, un caractère dominateur. Une main moite, quand à elle, traduit une situation de stress (45).

L'entretien qui succède va permettre de situer le patient dans un cadre social, de déceler des traits de caractère (tendances dépressives, obsessionnelles..) ainsi que de déterminer ses attentes. Un patient se livre plus facilement s'il est en confiance. Il est nécessaire de posséder certaines compétences fondamentales en communication pour pouvoir établir une relation privilégiée.

La qualité de cette communication repose donc sur la capacité du praticien à recourir à la communication verbale et non verbale, et à déchiffrer le langage verbal et non verbal du patient. Il est judicieux de se positionner à la même hauteur que son interlocuteur (tous les deux assis), à côté ou en face de lui (sans mettre d'obstacle entre les deux individus), en position égale dans l'échange, ce qui conditionne favorablement la confiance. Entamer correctement cette relation permettra ultérieurement de pénétrer dans l'espace intime de la personne pour l'examen buccal, sans sensation de malaise ou de rejet de sa part (45).

La communication verbale utilise le langage parlé : il faut interroger le patient dans le but de mieux le connaître, par des questions ouvertes (qui lui laisse une liberté de réponse), mais aussi des questions fermées qui permettent d'avoir des réponses plus précises. Il est utile d'articuler, d'utiliser des termes simples et non techniques, de reformuler ce que le patient vient de dire, afin qu'il sache qu'on a bien compris ce qu'il racontait (5). Tout aussi importante que la communication verbale, la communication non verbale est définie par l'ensemble des moyens que deux individus utilisent pour échanger en dehors du langage parlé. Ces échanges sont d'une grande diversité, mais on distingue le paralangage (rire, cris, modalités de la voix..) des signaux visuels (mouvements du corps, vêtements, contact physique ...). L'écoute active et l'empathie sont deux notions intégrées au paralangage. Elles sont définies comme l'aptitude au questionnement, au silence, à la volonté d'écoute, à la patience, à la curiosité ainsi qu'à la faculté de s'identifier (5,49).

Ces deux notions, étroitement liées, sont fondamentales pour établir une relation de confiance, comprendre les sentiments et les désirs du patient, et donc établir un plan de traitement adapté et individualisé.

1.2.2. Se positionner en tant que soignant.

Très peu de patients comprennent la véritable importance des soins dentaires sur le plan de la santé générale. Leur signaler que leurs dents sont en lien étroit avec le reste de leur organisme renvoie le rapport de patient/chirurgien-dentiste à celui de soigné/soignant. Rappeler que nous sommes en étroite collaboration avec les médecins généralistes et spécialistes renforce la fonction médicale de notre profession. Ceci accentue le sentiment de sécurité du patient (2).

En tant que chirurgiens-dentistes, nous devons garder à l'esprit en permanence que la principale angoisse des patients est d'avoir mal. L'arsenal thérapeutique mis à notre disposition nous assure de conserver le confort de notre patient. Une de nos principales préoccupations doit donc être de prévenir et de contrôler la douleur. Notre image s'améliore alors et la relation patient/praticien n'en est que plus sereine (2).

1.2.3. Éclairer le patient.

Au moment de proposer un plan de traitement, des éclaircissements seront nécessaires sur la nature des soins, leurs différentes étapes, leur durée, les complications éventuelles ainsi que leurs alternatives. Dialoguer en permanence, dissiper les angoisses crée un climat de confiance réciproque et favorise la compréhension du patient. Ce sont ces facteurs qui conduisent à l'implication du patient dans un véritable partenariat thérapeutique. Dans un tel contexte, le patient consent à un plan de traitement auquel il adhère à 100%. La dimension économique intervient alors naturellement.

2. Une relation très réglementée.

Un chirurgien-dentiste est lié à son patient par un contrat de soins, acte fondé sur le respect de deux libertés. Cette relation est inégale en raison d'une maîtrise médicale de la part du praticien. Le rôle du droit est de protéger le plus faible des contractants en cas d'abus du plus fort. Le chirurgien-dentiste se trouve donc chargé de nombreuses obligations, régies par plusieurs sources (11).

2.1. Les obligations contractuelles.

Le contrat constitue la **principale source d'obligations de l'odontologiste** (11).

2.1.1. Le contrat de soin

Un contrat est défini comme l'accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes ayant pour but de créer une obligation.

Le **contrat médical** (ou contrat de soins) lui, se définit comme une convention entre un praticien et un patient, ou ses représentants (mineurs, personnes incapables de droit...), par lequel le praticien accorde au patient sur sa demande des conseils ou des soins de santé.

C'est un **contrat civil** « *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* » (article (art.) 1101, Code Civil). Il est donc soumis aux règles du Code civil : « *le consentement de la partie qui s'oblige, sa capacité à contracter, objet certain qui forme la matière de l'engagement, une cause licite dans l'obligation* » (Art. 1108).

Ainsi :

Le contrat doit avoir un **objet licite et certain**, celui de dispenser des soins. L'objet est licite lorsqu'il est conforme à l'ordre public. Il est certain car suffisamment déterminé dans l'acte pour que les parties puissent mesurer l'étendue de leurs engagements. Il génère pour le praticien une obligation de moyens.

Le contrat doit résulter d'un **accord de volonté des parties**. Le patient exprime sa volonté de se faire soigner par le praticien qui accepte de le soigner. Le malade doit donner un consentement libre et éclairé au praticien grâce aux informations que celui-ci lui a fournies. Cette notion sera développée dans un paragraphe suivant.

Les parties doivent avoir la **capacité de contracter**. La capacité professionnelle du praticien est nécessaire à la validité du contrat. Elle signifie que le praticien doit être non seulement compétent (possède un champ d'action défini), diplômé, mais aussi inscrit au tableau du conseil de l'ordre : « *La pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic ou le traitement des maladies congénitales ou acquises réelles ou supposées de la bouche, des dents et des maxillaires suivant les modalités fixées par le code de déontologie* » (art. 9191-1 du code de la santé publique en 1971). Un praticien suspendu par ses pairs pour faute professionnelle n'est pas capable du point de vue contractuel. De même, le praticien qui dispense des soins à des mineurs ou incapables majeurs doit recueillir le consentement des ascendants ou du tuteur légal. En effet, les mineurs et incapables majeurs n'ont pas la capacité de contracter.

La **cause**, c'est-à-dire l'amélioration de l'état du patient, doit être **licite** donc conforme aux bonnes mœurs, à l'ordre public.

Mais **le principal fondement du contrat de soin est l'arrêt Mercier**, arrêt de la Cour de Cassation du 20 mai 1936 qui indique « *Il se forme entre le médecin et son patient 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.* »

Le contrat médical comporte des spécificités par rapport aux autres contrats civils.

Il est **synallagmatique et onéreux**, c'est-à-dire qu'il fait naître des obligations réciproques et interdépendantes entre les parties (article 1102, Code civil) : le praticien a l'obligation de donner des soins au patient ; le patient, lui, doit collaborer au traitement, suivre ses prescriptions et rémunérer le praticien. Si l'une des parties n'exécute pas son obligation, l'autre partie peut refuser d'honorer la sienne (11).

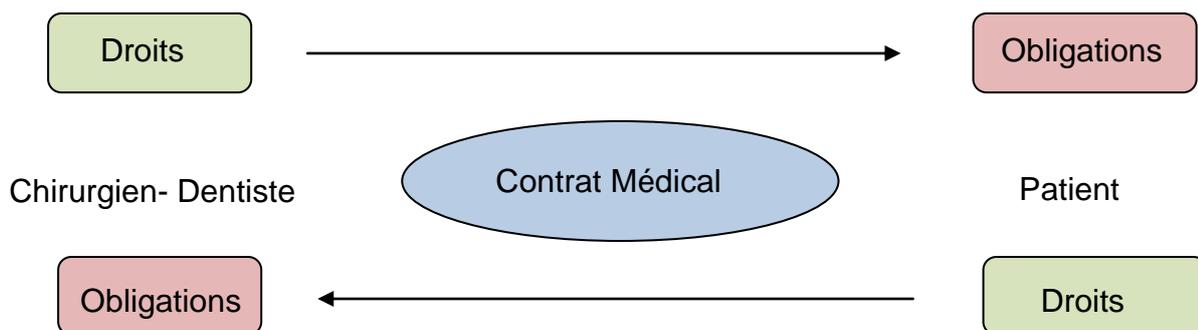


Figure 1: Contrat synallagmatique (39).

Ce contrat de soins est conclu **intuitu personae**, c'est-à dire, en fonction de la qualité du chirurgien-dentiste et de la confiance que le patient lui accorde. Cela correspond au libre choix du praticien par le patient. Ce principe est une garantie pour le malade de l'humanisme médical, essentiel aux rapports de confiance. Mais cela inclut aussi le fait que le chirurgien-dentiste est tenu de réaliser personnellement les actes (11).

Ce contrat est **résiliable**, les deux partenaires peuvent arrêter le contrat. Le malade peut à tout moment arrêter ses soins, même sans explication, alors que le praticien ne peut les arrêter n'importe quand. En effet, il ne doit pas nuire à la santé du malade (art. R4127-232, Code de la Santé Publique).

Le caractère **continu** du contrat médical le rend illimité dans le temps.

Ce contrat est **tacite** : dès lors que l'on reçoit un patient au cabinet, il y a de fait un contrat (11).

Le contrat médical est **consensuel**, il nécessite un échange de consentements qui n'est soumis à aucune forme particulière. Le consentement libre et éclairé est donc un critère de validité du contrat de soin. L'obligation d'obtenir le consentement du patient a pour corollaire le devoir d'informer préalablement ce dernier de manière à éclairer son assentiment. L'autorisation pour une intervention thérapeutique ne peut être valable que si elle l'est en toute connaissance de cause, à raison des informations fournies par le chirurgien-dentiste (12).

2.1.2. Le devoir d'information.

Le devoir d'information est une notion évoquée depuis très longtemps. Hippocrate en avait déjà souligné le besoin : *« Comme le public est ignorant, il ne saurait connaître les maladies dont il souffre, ni comme elles se produisent, ni comme elles prennent fin, ni ce qui les exalte ou les calme. Mais cela lui devient facile quand il l'apprend par la bouche d'un homme du métier, d'autant plus qu'il n'est rien dont on se souvienne mieux que ce dont on a souffert »* (52).

Cette obligation de respect du droit à l'information du patient, a été reconnue par la Cour de Cassation civile le 7 octobre 1998 et formulée en ces termes : *« attendu qu'hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins qu'il lui propose et qu'il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement... »*.

Puis, elle a également été consacrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 dite loi Kouchner, inscrite dans l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique : « *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.* ».

Cette information est délivrée **au cours d'un entretien individuel**, dans un environnement propice, en y consacrant du temps et de la disponibilité, en employant un langage simple et facilement compréhensible. En effet, cette information doit être **accessible, intelligente, loyale et doit être renouvelée si nécessaire**. De même, le praticien répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. Des documents informatifs peuvent être utilisés comme support de l'information, mais l'information orale doit être privilégiée. Selon l'article L1111-2 du Code de la Santé Publique (CSP) « *seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer* » peuvent dispenser le praticien de cette obligation (52).

Depuis l'émergence d'internet, le patient peut trouver une multitude d'informations. Cette abondance peut créer des malentendus que nous devons dissiper par une information de qualité, complète et explicite. Elle est hiérarchisée et repose sur des données validées. Elle porte sur la description et le déroulement des examens, des investigations, des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagées et de leurs alternatives, ainsi que leur objectif, leur utilité et les bénéfices escomptés, leurs conséquences et leurs inconvénients. Le praticien doit s'assurer que le patient a compris l'information qui lui a été donnée.

Après avoir été correctement informé, le patient peut accepter ou refuser la procédure qui lui est proposée. Le choix étant fait, les complications et les suites opératoires possibles et fréquentes sont expliquées ainsi que les risques éventuels, y compris exceptionnels. Il est important de faire prendre conscience que chaque solution a ses limites et qu'au cours des soins, des modifications du plan de traitement peuvent être nécessaires.

Lorsque postérieurement à la réalisation 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.

L'obligation d'information doit être complétée par une **obligation de conseil** : le chirurgien-dentiste doit conseiller le meilleur traitement possible, compte tenu de l'état de santé général, des conditions locales de la cavité buccale, des souhaits exprimés. Cette obligation se situe au delà du devoir d'information car elle relève d'un parti pris thérapeutique du praticien guidé par l'intérêt de son patient.

L'article L. 1111-3 du Code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 dispose: « *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.* ». Le coût du traitement choisi est déterminé avant d'entamer les soins grâce à un devis. Ce devis précis doit être réalisé en deux exemplaires et signé par le patient ainsi que par le praticien, l'un des exemplaires est archivé dans le dossier.

Il faut éviter de faire signer trop de documents au patient pour pouvoir conserver un climat de confiance. Pourtant, il est fortement conseillé de faire signer un questionnaire médical et un devis. C'est en ne ménageant pas le temps passé à l'information et en privilégiant le dialogue qu'un climat de sécurité s'instaure (14,17).

2.1.3. Obligation de recueillir le consentement.

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

L'information est la condition de validité d'un consentement éclairé, ces deux notions sont étroitement liées. Le recueil du consentement est une obligation contractuelle, d'origine éthique et légale pesant sur le praticien. Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé.

Elle correspond au **respect de l'autonomie du patient** qui dispose du service qu'on peut lui offrir et des principes d'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque individu et de l'indisponibilité du corps humain.

Ce consentement doit être **libre**, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte et renouvelé pour tout nouvel acte médical.

Il faut pouvoir se déterminer librement (autonomie de volonté) et pouvoir comprendre (clarté d'intellect) pour être apte à consentir. Sont tenus pour incompetents à donner un consentement de bonne qualité les personnes dont la capacité de compréhension est faible ou troublée, et celles dont la liberté de choix n'est pas entière (13) :

- des patients majeurs incapables de droit, placés sous tutelle ou curatelle en fonction du régime de protection ;
- des patients majeurs, incapables de fait (atteinte des facultés mentales, démence...);
- des patients mineurs.

Le consentement est alors recueilli auprès des parents ou du titulaire de l'autorité parentale autre que les parents, le représentant légal, l'administrateur légal, tout en prenant en compte de la loi du 4 mars 2002 qui dit « *les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.* » (Art. L. 1111-2). Elle ajoute par ailleurs « *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.* » (Art. L. 1111-4).

La jurisprudence reconnaît que dans le cas de la situation d'urgence, le recueil du consentement n'est pas forcément nécessaire.

2.1.4. L'obligation de moyens, de résultats.

« *Le contrat qui se forme entre le chirurgien-dentiste et son client entraîne l'obligation pour le premier de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science. Le praticien est responsable des suites dommageables des soins si eu égard à cette obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs* ». Arrêt de la Cour de Cassation du 14 mars 1967 (14).

C'est là que réside l'obligation de moyens du praticien, dans son activité de diagnostic et de soin, ainsi que dans l'arrêt Mercier où les soins sont « *consciencieux et attentifs* ». Le praticien ne s'engage pas à guérir mais à faire de son mieux pour obtenir la guérison de son patient. Les « *moyens* » à mettre en œuvre sont ceux des règles de l'art et des données acquises de la science.

Cette obligation de moyens a été reformulée par le législateur dans la loi du 4 mars 2002 « *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.* »

Dans certains cas, le praticien est également tenu à une **obligation de résultat**. Cela concerne surtout les domaines de la prothèse et des demandes esthétiques: « *Par cette obligation et en vertu du contrat qui lie le chirurgien dentiste a son patient, il s'agit de fournir à celui-ci un appareillage sans défaut, apte à rendre le service qu'il peut légitimement en attendre et la prothèse posée au patient doit aboutir au résultat recherché : une telle obligation, incluant la conception et la confection de l'appareillage, est qualifiée d'obligation de résultat.* » cass. 1re ch. Civ. 23 novembre 2004 (Bulletin 2004 I, n°286 p240). Cette disposition prise par la cour de Cassation s'applique à la conception et à la confection de la prothèse. Elle ne doit donc présenter aucun défaut. Il est évident qu'en ce qui concerne la préparation, la pose et l'adaptation de la prothèse, c'est l'obligation de moyens qui est en œuvre.

On peut également noter que, dès lors que le but de l'intervention est autre que thérapeutique, à visée esthétique ou de confort, l'obligation du praticien se trouve extrêmement renforcée. En effet, une obligation de résultat tend de plus en plus à s'appliquer. L'évolution des techniques, la progression des connaissances permettent aux praticiens de proposer des résultats esthétiques de plus en plus satisfaisants à leurs patients, qui sont davantage demandeurs. Une insatisfaction d'un patient en raison de l'esthétique d'une prothèse, même si elle remplit parfaitement son rôle fonctionnel, peut être source de conflit avec le praticien responsable de cette prothèse. L'esthétique est un domaine particulier car la subjectivité le gouverne (25).

Il existe une autre obligation découlant du contrat de soin, **l'obligation de sécurité ou sécurité résultat**. Elle consiste à ne pas effectuer un acte médical susceptible d'être à l'origine d'un dommage supplémentaire par rapport à l'état initial du patient. Cela englobe les actes d'investigation, de prévention ou les soins. Le praticien doit garantir l'innocuité des dispositifs médicaux invasifs, des médicaments ou produits administrés ou injectés, des matériels ou instruments utilisés, autant qu'en matière d'infections nosocomiales et de précision du geste chirurgical (39).

2.2. Les obligations déontologiques.

Le Code de la Santé Publique exprime les devoirs des chirurgiens-dentistes. Nous évoquerons plus précisément ceux qui les lient au patient.

2.2.1. Les devoirs généraux du chirurgien-dentiste.

Parmi les devoirs généraux du chirurgien-dentiste, on trouve :

Le chirurgien-dentiste doit exercer sa profession dans le **respect de la vie et de la personne humaine** (Art. R4127-202).

Le chirurgien-dentiste doit veiller à ses conditions de travail, garanties des soins de qualité et d'une sécurité sanitaire. C'est à lui d'aviser les personnes travaillant avec lui afin qu'elles veillent également à cette sécurité (Art. R4127-204).

« Le **secret professionnel** s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (Art. R4127-206). Le chirurgien-dentiste doit s'assurer que les personnes qui l'assistent connaissent leurs obligations en matière de secret professionnel (Art. R4127-207). Afin de préserver au mieux cette confidentialité, toutes les informations appartenant aux patients doivent être protégées de l'indiscrétion d'autrui (Art. R4127-208).

Le chirurgien-dentiste doit donner **des soins consciencieux et attentifs à tous ses patients**. Cette obligation ne souffre d'aucune exception (Art. R4127-211).

Le Code de la Santé Publique **impose une formation continue** au chirurgien-dentiste : « *Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue.* » (Art. R1427-214).

Le chirurgien-dentiste doit protéger l'accès des matériaux et médicaments qu'il utilise contre des personnes non autorisées (Art. R1427-231).

2.2.2. Devoirs envers les malades.

Les chirurgiens-dentistes ont d'autres devoirs envers les malades :

- Le Code de la Santé Publique réaffirme **l'obligation de moyens** grâce à l'article R4127-233 :

« *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :*

1. *A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin ;*

3. *A agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui ;*

4. *A se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient. »*

- Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un **mineur est victime de sévices ou de privations**, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour **le protéger et, alerter les autorités compétentes** s'il s'agit d'un mineur de moins de seize ans (Art. R4127-235).

- Le Code de la Santé Publique prescrit également de **recueillir le consentement** du patient par l'article R4127-236 selon les modalités vues auparavant au travers de l'article L.1111-2 et suivants.

- Le chirurgien-dentiste doit **restreindre ses prescriptions et ses actes à ce qui est utile à la qualité et l'efficacité des soins** (Art. R412-238).

- Le **montant des honoraires doit être fixé avec tact et mesure** par le chirurgien-dentiste. Si ce montant est important, il doit remettre à son patient un devis écrit (Art. R4127-240. ...+ convention dentaire de juin 2006 – Titre IV4.2.1.2) – Annexe III.

Le praticien doit établir un devis en fonction du choix du patient, conforme à l'annexe III de la convention nationale des chirurgiens-dentistes en date du 11 juin 2006. Il doit remettre ce devis à son patient avant l'élaboration du traitement proposé et accepté. Conformément au titre IV 4.2.1.2, ce devis doit comporter à la fois des éléments obligatoires et des éléments facultatifs. Il importe de remettre au patient un devis pour chacune des alternatives thérapeutiques médicalement conformes aux règles de l'art. Il convient de renseigner clairement le patient, oralement et par écrit, sur les avantages, les inconvénients, les contraintes de réalisation et de coût de chacune des solutions.

Pour remplir correctement l'obligation d'information au patient, doivent figurer sur le devis :

- une description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;

- le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré ;
- le montant de la base de remboursement correspondant, calculé selon les cotations de la Nomenclature générale des actes professionnels (16,49).

Le devis doit être **daté et signé par le praticien et le patient**, ou le représentant légal de celui-ci. Il peut être accepté immédiatement par le patient mais un **délai de réflexion adapté** est **souhaitable** dans le cadre juridique du consentement éclairé, ou après accord de la caisse lors des traitements d'orthopédie dento-faciale et pour ceux réalisés dans le cadre des assimilations où une entente préalable est nécessaire (26, 49).

Le délai de réflexion accordé au patient est **proportionnel à l'importance du traitement**. Le fait de précipiter la décision du patient pourrait être considéré comme une atteinte à sa liberté d'appréciation et de décision (23, 24). Si le plan de traitement est modifié en cours de réalisation, il faut effectuer un nouveau devis qu'il est indispensable de dater et de signer pour les deux parties (3). Le devis est la propriété du patient. L'exemplaire détenu par le praticien ne peut en aucun cas être transmis à un tiers, excepté le praticien conseil de la caisse de sécurité sociale. Il contient en effet des éléments couverts par le secret médical (49).

Mais attention, le devis ne constitue pas une preuve de l'information car le juge n'est pas lié à ce document dans un contentieux de responsabilité médicale (34).

2.3. Les obligations légales.

2.3.1. Les obligations du Code civil.

Le Code civil encadre les rapports entre cocontractants. Des obligations découlent du contrat de soins. Ce sont des obligations contractuelles. De cette manière et de par leur nature contractuelle, ces obligations sont régies par les articles 1134 et suivants du Code civil.

2.3.2. Les obligations du Code de la santé publique.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, marque un changement dans les relations patient/praticien. Le malade devient acteur de sa santé, en effet il a un pouvoir décisionnaire sur sa santé et c'est la première fois qu'une série de textes l'énonce. Désormais, il existe un rapport de force soignant/malade car le malade a beaucoup de droits et le soignant beaucoup de devoirs. Pourtant, ce déséquilibre est nécessaire tant il était inversé auparavant. Cette loi entérine les jurisprudences des quinze dernières années.

- « *La personne malade a le droit au respect de sa dignité* » (Art. L.1110-2).
- Le **secret médical** est de nouveau défini par le code de la santé et plus seulement par le code de déontologie et le code pénal : « *Toute personne...a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* » (Art. L. 1110-4).
- Selon l'arrêt Mercier, le chirurgien-dentiste doit soigner « *selon les données acquises de la science* ». Cette notion est alors considérée comme trop vague. Dorénavant, le praticien doit soigner « *selon les connaissances médicales avérées* ». Le premier alinéa, confirme et précise **l'obligation de moyens**. De plus, l'article en question concrétise la jurisprudence déterminant l'obligation de sécurité résultat « *lui faire courir des risques disproportionnés par rapport aux bénéfices escomptés* », ainsi que l'obligation de formation continue, tout au long de l'exercice professionnel du chirurgien-dentiste (Art. L. 1110-5).
- « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* » La notion de **prise en charge de la douleur** n'avait jamais été évoquée auparavant. Le patient peut désormais se retourner contre un praticien qui n'aurait pas soulagé sa douleur (Art. L. 1110-5).

- Le **partage du secret médical** est codifié. Les articles 6, 7 et 8 prévoient que compte tenu des missions qui leurs sont confiées, d'autres médecins que ceux qui prennent en charge le malade sont autorisés à accéder à des données normalement couvertes par le secret médical. C'est la nouvelle notion de « secret partagé ».
- « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». Ces informations sont données par le médecin lors d'un entretien individuel (voir le paragraphe des obligations contractuelles). **L'obligation d'information** est également prescrite lorsque les risques liés à des actes de soins ou de prévention sont identifiés postérieurement à la réalisation de ces actes (Art. L. 11112). L'ANAES établit des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information (Art. L. 1111-5).
- Avant chaque acte, on doit « *informer le patient du coût et des conditions de remboursement* » (Art. L. 1111-3). Cette notion n'est pas nouvelle puisque le devis est rendu obligatoire par le code de déontologie. Cependant, le code de déontologie ne le prévoit que pour les traitements d'un coût élevé.
- « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.* » (Art. L. 1111-4). Cela signifie entre autre que sans **consentement libre et éclairé**, l'acte de soin n'est pas possible car il n'existe pas de contrat de soin. Si ce choix met la santé du patient en danger, il est de notre devoir de tout faire pour le convaincre de changer d'avis mais on ne peut le forcer.
- Le **consentement** médical doit être obtenu pour les majeurs, les mineurs accompagnés d'un de leurs parents, ou s'ils ont apporté une autorisation de soin. Les personnes de 16 ans au moins, en rupture avec leur famille et titulaires de la CMU à titre personnel doivent être considérées comme majeures (Art. L. 1111-5).
- Le chirurgien-dentiste doit désormais transmettre **le dossier médical** complet au patient qui lui réclame, et ce dans un délai de 48h à 8 jours (2 mois si les informations datent d'il y a plus de 5 ans) (Art. L. 1111-7).

(Auparavant, une tierce personne donnait les informations voulues lors d'une entrevue mais ne donnait jamais le dossier au patient). Il ne faut pas donner le dossier original mais des photocopies que l'on peut d'ailleurs faire payer ou pas. Les radiographies doivent également être transmises à l'original si ce sont des radiographies argentiques, ou par des imprimés papier pour les radiographies numériques. Le dossier regroupe les courriers entre confrères concernant le patient. En cas de décès, le dossier est accessible aux ayants droit : conjoint, ascendants, descendants (Art. L.1111-7) après vérification de leur lien de parenté.

- En cas de risque pour la santé publique il est de notre devoir d'informer les autorités administratives compétentes par une déclaration. Le chirurgien-dentiste est obligé de faire une déclaration pour les accidents ou incidents liés à l'utilisation d'un produit de santé (Art. L. 4123-2).
- La **formation continue** ne concernait dans la loi du 4 mars 2002, que les pharmaciens, les médecins et les chirurgiens-dentistes hospitaliers. La loi d'août 2005 et la loi HPST de 2009 (réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires) rendent obligatoire la formation continue de tous les chirurgiens-dentistes (Art. L. 6155-1).
- Enfin, tout praticien est dans **l'obligation de souscrire à une assurance responsabilité civile**. La loi du 4 mars 2002 institue cette obligation, pour tous les praticiens en exercice, de souscrire un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle ou d'être couvert personnellement, y compris lors d'un remplacement ou d'un salariat. Pour conforter cette obligation, des sanctions disciplinaires et pénales ont été prévues en cas de manquement à cette disposition légale (Art. L. 1142-2).

2.3.3. Les obligations du Code pénal.

Le Code pénal contraint également le chirurgien-dentiste au **secret professionnel** en son article 226-13 qui dispose que *«la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »*.

Le secret médical est un principe général et absolu. Général, puisqu'il concerne tout ce qui a été vu, entendu ou compris, et pas seulement les confidences du patient. Absolu, car nul sauf la loi ne peut en délier le dépositaire et car il s'impose au chirurgien-dentiste même après la mort du patient (conseil d'Etat, Arrêt Milhaud) (16). Les dérogations au secret médical, c'est-à-dire les cas où le professionnel de santé est autorisé à révéler une information confidentielle, correspondent à des situations où l'intérêt sociétal prime sur l'obligation de confidentialité. Toutefois, peu de ces situations concernent les chirurgiens-dentistes.

Le chirurgien-dentiste peut déroger à l'obligation de secret en cas de révélation des maladies contagieuses (article L.3113-1 du Code de la santé publique), exemple du cas de séropositivité HIV d'un patient (décret n°99-363 du 6 mai 1999).

Le secret médical peut également être levé en cas d'enquêtes transfusionnelles (article L.3122-6 du Code de la santé publique) ou de saisine par le patient de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des règlements amiables des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, puisque cette dernière peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical, afin d'émettre un avis (article L.1142-9 du Code de la santé publique).

En dehors de ces obligations légales de levée du secret médical, le praticien dispose de la faculté de révéler une information normalement tenue secrète. Le secret médical peut être levé dans une finalité de protection de la santé publique, à des fins de préservation de l'intérêt du patient ou afin de protéger la victime d'une infraction.

A ce sujet, l'article 226-14 du Code pénal permet de déroger au principe de secret professionnel en cas de révélation de sévices ou privations, y compris d'atteintes sexuelles, sur la personne d'un mineur de moins de quinze ans ou qui n'est pas en mesure de se protéger, ou en cas de révélation de sévices permettant de présumer de violences sexuelles, sous réserve d'obtenir l'accord de la victime (article 226-14 du Code pénal).

L'Obligation de porter secours à une personne en danger s'applique tout particulièrement aux professions médicales: « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate sans risque pour lui ou pour le tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans de prison et de 76000 euros d'amende* » (Art. L. 223.6).

Sources des obligations			
Déontologie	Code Pénal, CSP	Contrat de soin	
Principales obligations du chirurgien-dentiste envers son patient	Prescriptions et actes utiles à la qualité et à l'efficacité des soins		
	Protéger les mineurs qui subiraient des sévices et alerter les autorités		
	Montant des honoraires choisis avec tact et mesure		
		Porter secours	
		Prise en charge de la douleur	
		Transmission du dossier au patient	
		Souscrire à une RCP	
	Respect de la vie et de la personne humaine		
	Respect du secret professionnel		
	Formation continue		
	Obligation de moyens		
	Obligation d'informations		
	Obligation de recueillir le consentement		

Figure 2 : Obligations du chirurgien-dentiste et leurs sources.

II. La nature des conflits patients chirurgiens dentistes.

« Un conflit est une opposition entre deux choses ou entre deux personnes (...). Un conflit entre des personnes est chargé d'émotions telles que la colère, la frustration, la peur, la tristesse, la rancune, le dégoût. Parfois, il peut être fait d'agressivité et de violence. Le mot conflit est également utilisé concernant les textes juridiques (conflit de loi)... » (54). Le conflit est présent partout. Il fait partie de la vie sociale. Les conflits entre patients et chirurgiens-dentistes sont le plus souvent basés sur la rupture de la confiance. Lorsqu'un patient s'estime victime d'un acte fautif de la part d'un professionnel de santé et qu'il réclame réparation, il met en cause la responsabilité du praticien.

1. La mise en cause de la responsabilité du praticien.

1.1. La responsabilité du praticien.

La responsabilité se définit comme l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences devant une autorité (21). La responsabilité médicale est essentiellement fondée sur la faute du praticien dans l'exécution du contrat de soins qui se forme entre lui-même et le patient. En effet, le contrat de soins devient la clé de voute des rapports juridiques entre le praticien et le patient, et conditionne la responsabilité. Le droit divise la responsabilité du chirurgien-dentiste en trois branches : la responsabilité civile contractuelle, la responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle et la responsabilité pénale.

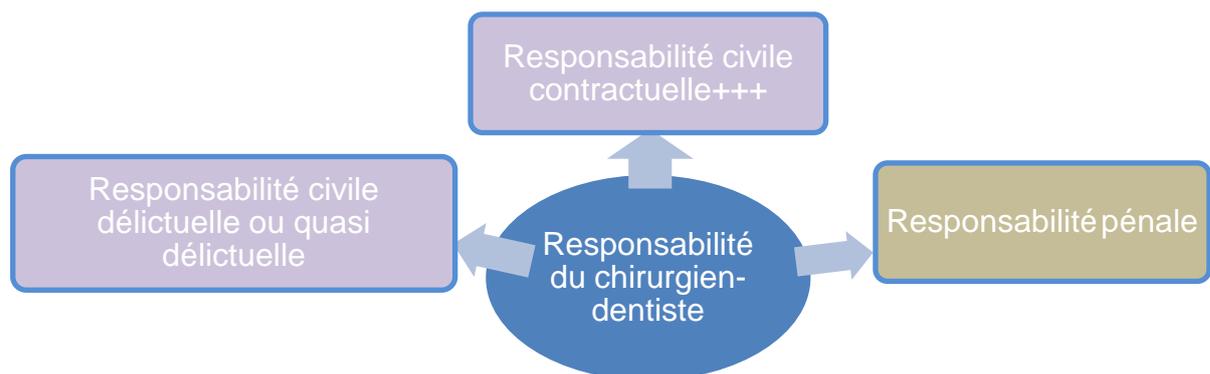


Figure 3 : Responsabilités du chirurgien-dentiste.

1.1.1. Responsabilité civile contractuelle.

La responsabilité civile contractuelle résulte de **l'inexécution de l'obligation née d'un contrat**. La non exécution de ce contrat entraîne une faute de la part du praticien et engage sa responsabilité contractuelle, à condition que soit établi le lien de causalité entre la faute et le dommage éprouvé (6).

La responsabilité contractuelle a pour fondement légal l'article 1147 du Code civil qui dispose 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 où il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore faut-il qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part* » (42).

Rappelons l'arrêt Mercier, autre fondement de cette responsabilité, qui indique « *Il se forme entre le médecin et son patient 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.* »

La responsabilité du chirurgien-dentiste n'est de nature contractuelle que lorsque le dommage résulte de l'inexécution d'une obligation née du contrat de soins, c'est-à-dire des devoirs d'humanisme du médecin et de son obligation de donner des soins.

La **prescription** est le délai au-delà duquel il n'est plus possible d'intenter une action (42).

En ce qui concerne la prescription, le délai est extrêmement variable en matière contractuelle, allant d'un an à trente ans. Ainsi, l'action en responsabilité contractuelle est globalement soumise à la prescription de trente ans. La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 a instauré un délai spécifique en matière de responsabilité médicale. Cette loi n'est pas rétroactive et donc ne s'applique pas aux faits antérieurs au 5 mars 2002.

Depuis, en matière de responsabilité médicale les délais de prescription sont donc de dix ans, mais ne prennent effet qu'à partir de la date de consolidation du dommage : « *Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.* » (Article L.1142-28 du Code de la santé publique) (16).

Le patient est tenu de fonder son action sur la responsabilité contractuelle pour un dommage dans le cadre du contrat de soins. Il ne peut pas évoquer la responsabilité civile délictuelle, dont nous parlerons dans le prochain paragraphe, même si elle lui serait plus favorable. Il existe des exceptions à cette règle : pour les rapports entre un contractant et les tiers (la femme du patient a empêché le praticien de réaliser les soins), pour les actions des victimes par ricochet (la femme du patient porte plainte car son mari est défiguré), pour une faute extrêmement grave de l'un des contractants ou encore en cas de preuve de la nullité ou de l'absence de contrat (16).

En effet, aux cotés de cette responsabilité médicale contractuelle coexistent deux autres types de responsabilité sans rapport avec les soins donnés. Les dommages causés à un patient qui ne découlent pas du contrat de soins sont soumis à la responsabilité civile délictuelle ou à la responsabilité pénale.

1.1.2. Responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle.

La responsabilité du praticien peut parfois être engagée sans référence au contrat médical.

La responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle **naît d'une faute involontaire ou d'un fait fortuit non rattaché au contrat de soins.**

Elle est notamment définie par l'article 1382 du Code civil qui dispose que « *tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer* », par l'article 1384 qui édicte que « *chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence* » et par l'article 1384 alinéa 1er qui énonce que « *l'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* ».

Lorsque le praticien a causé un dommage de façon intentionnelle, c'est un délit, il engage sa responsabilité délictuelle. Quand au contraire ce dommage est non voulu, c'est un quasi délit et le praticien engage sa responsabilité quasi délictuelle (50).

Les périodes pré et post- contractuelles relèvent de la responsabilité délictuelle.

Nous pouvons donner deux exemples :

- Un patient en entrant dans le cabinet dans lequel le sol est mouillé, glisse, tombe, et se blesse.

- Le femme de ménage du cabinet vole le sac à main d'une patiente.

Dans ces deux cas, le praticien est responsable juridiquement du fait de la chose en ce qui concerne le premier exemple (le sol mouillé du cabinet) et du fait d'autrui (la femme de ménage qui est juridiquement la préposée de son employeur) dans le deuxième cas (50).

Il est impossible de s'exonérer de cette responsabilité présumée à moins de faire la preuve d'une faute de la victime ou d'une circonstance revêtant les caractéristiques de la force majeure (50).

Le délai de prescription en matière de responsabilité civile délictuelle était de dix ans et passe cette année à cinq ans suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur la prescription (article 2224 du Code civil).

1.1.3. La responsabilité pénale.

La responsabilité pénale ne peut être recherchée que pour des faits qui présentent les caractères d'une infraction. Les infractions et les peines encourues sont définies par le code pénal et par des textes annexes.

Il existe deux grandes catégories d'infractions. **D'une part, les infractions de droit commun** : intentionnelles, non intentionnelles, l'entrave aux assistances, l'obligation de porter secours, la violation du secret professionnel et de la correspondance. **D'autre part, les infractions relatives à l'activité médicale et soignante** : les conditions d'exercice des professions médicales et d'auxiliaires médicaux, les faux certificats et les ordonnances de complaisance, les infractions liées aux actions de prévention, notamment celles concernant l'enfant, la contraception et l'interruption involontaire de grossesse, l'hospitalisation des malades mentaux, les techniques biomédicales (18).

La responsabilité pénale des praticiens est le plus souvent recherchée sur le fondement de l'article 221-6 du code pénal qui dispose que : « *le fait de causer, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposées par la loi ou le règlement, la mort d'autrui, constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende* ».

La **maladresse ou l'imprudence** du chirurgien-dentiste peut causer des blessures involontaires qui constituent non seulement une faute contractuelle civile mais aussi dans ce cas une infraction pénale passible des tribunaux correctionnels (article L. 222-19 ; L.222-20 et R622-1 du Code Pénal). L'expérience montre que la responsabilité pénale est rarement engagée dans ce type de situation sauf lors d'affaires très graves où le Procureur de la République prend l'initiative de poursuites pénales.

La **violation du secret professionnel** (art. 378 Code pénal) (50) : Les dérogations légales à la règle du secret médical sont limitées aux divulgations imposées ou autorisées par la loi comme nous l'avons vu précédemment dans le chapitre des obligations légales.

La prescription en matière pénale dépend du type d'infraction :

- Lorsque les faits sont constitutifs d'une contravention, la prescription est de un an.
- Lorsque les faits sont constitutifs d'un délit, la prescription est de trois ans.
- Lorsque les faits sont constitutifs d'un crime, la prescription est de dix ans.

1.2. La charge de la preuve.

La charge de la preuve en matière de responsabilité contractuelle appartient au créancier de l'obligation. Il y a faute lorsque le praticien n'a pas tenu l'une des obligations que met à sa charge le contrat médical. **C'est donc au patient d'apporter la preuve de la faute.** Le patient qui s'estime lésé doit alors démontrer qu'une faute a été commise dans l'exécution des obligations du praticien, c'est-à-dire que celui-ci n'a pas tout mis en œuvre conformément aux données acquises de la science. Il doit réunir les éléments prouvant l'exactitude de ses allégations. L'article 1315 du Code civil dispose que « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* » : la charge de la preuve appartient au demandeur (42).

Le demandeur doit démontrer que le dommage est actuel (il existe au moment de l'action judiciaire), et certain (il ne doit pas être la conséquence d'un état antérieur aux soins incriminés). Il doit ensuite démontrer que le praticien a commis une faute qui résulte du non respect des obligations contractuelles à son égard et que le dommage est la conséquence directe des soins du praticien. La seule différence avec la responsabilité délictuelle est qu'il aurait pu bénéficier du régime de présomption de faute, plus avantageux pour lui (42).

Par contre, les tribunaux et la loi imposent la **charge de la preuve de l'information, aux professionnels.**

Avant 1997, la charge de la preuve de l'information incombait au patient, l'arrêt de la cour de cassation du 25 février 1997 renverse la situation « *celui qui est légalement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation... alors que le médecin est tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation* ». La preuve que l'information a été donnée peut être apportée par tous moyens (arrêt du 14 octobre 1997) : dossier du patient, consultations préalables au traitement, examens complémentaires, photos, radios, témoignages... Un document écrit et signé n'est donc pas indispensable (18, 42).

Si la preuve est apportée par le demandeur, la responsabilité du praticien est établie, il reste alors à déterminer la réparation.

1.3. Le lien de causalité.

En effet, la faute, le préjudice et le lien de causalité entre cette faute et ce préjudice sont les trois conditions nécessaires à la mise en œuvre de la responsabilité du praticien. Si une seule de ces conditions fait défaut, la responsabilité ne peut être engagée. **La démonstration de la relation de causalité constitue l'un des éléments indispensables à la mise en cause de la responsabilité du praticien.** Elle est bien entendue **à la charge du demandeur**, c'est-à-dire en général du patient. Dans la pratique, les contraintes de cette démonstration subissent de nombreux assouplissements.

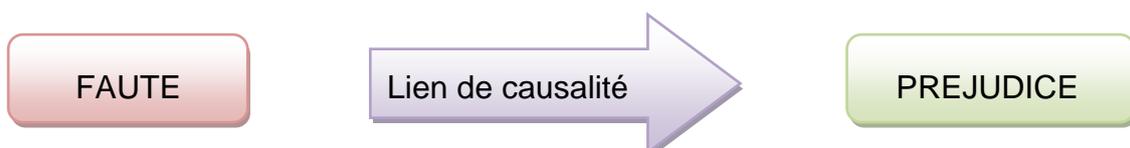


Figure 4: La faute (MISSIKA et RAPHAL, 2006).

On distingue les règles de droit commun de celles, plus particulières, relatives à la notion de perte de chance résultant d'un défaut d'information. La règle de droit est simple : « *Tout fait en l'absence duquel le dommage ne se serait pas produit est une cause de dommage* » (39).

En ce qui concerne les blessures ou homicides par imprudence, la loi distingue le lien direct et le lien indirect entre la faute et le dommage (article 121-3 du Code pénal). Deux conditions doivent être réunies pour établir la responsabilité pénale du praticien :

- s'il n'a pas accompli les soins qu'il aurait dû faire compte tenu de ses compétences et des moyens dont il disposait ;

- s'il a violé délibérément une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi, ou commis une faute caractérisée exposant le patient à un risque particulièrement grave qui ne pouvait être ignoré (18).

On peut remarquer que si le patient consulte plusieurs chirurgiens-dentistes œuvrant pour la réalisation d'un même traitement, le partage des responsabilités devra se faire selon le contrat conclut avec chacun et qui définit ses obligations (42).

Lorsque la responsabilité est établie, c'est-à-dire, que le dommage est en lien direct avec la faute, la réparation est réalisée par l'allocation de dommages et intérêts.

2. Le fait dommageable.

On peut distinguer trois types de fautes :

- faute civile contractuelle : le chirurgien-dentiste ne respecte pas les devoirs ou les obligations qui découlent du contrat médical le liant à son patient. On peut prendre pour exemple la faute technique où le praticien n'a pas respecté son devoir de soins conformes aux règles de l'art.

- faute civile délictuelle ou quasi délictuelle : le chirurgien-dentiste ne respecte pas le devoir de ne causer aucun dommage à autrui. Cette faute est réalisée en dehors du cadre défini par le contrat médical.
- Faute pénale : c'est une infraction définie par le Code pénal. Il peut s'agir d'une imprudence, d'une maladresse, d'une négligence, mais aussi d'une faute intentionnelle (16, 39, 46, 48).

Constitue donc une faute la conduite du praticien qui s'écarte de la référence admise par la profession, c'est-à-dire l'attitude qu'aurait eu un praticien diligent, averti et compétent, placé dans les mêmes conditions que le praticien mis en cause (16, 39, 46, 48).

Il y a faute lorsque le praticien méconnaît une de ses obligations. Ces obligations s'articulent autour des notions de conscience et de science (48):

Informé son patient et recueillir son consentement éclairé sont des obligations fondamentales.

Le chirurgien-dentiste doit être irréprochable dans ses gestes techniques et le suivi de son patient.

Le fait des choses ou des préposés dont il est responsable constitue un autre type de faute.

La faute reconnue n'est de nature à engager la responsabilité du praticien que lorsqu'elle a causé un préjudice à son patient et s'il y a un lien de causalité entre la faute et le préjudice (39, 48).

La réparation du préjudice consécutif à une perte de chance est spécifique.

Toute faute, quelle que soit sa gravité, même la plus légère, engage la responsabilité du praticien si les conditions précédemment citées sont réunies.

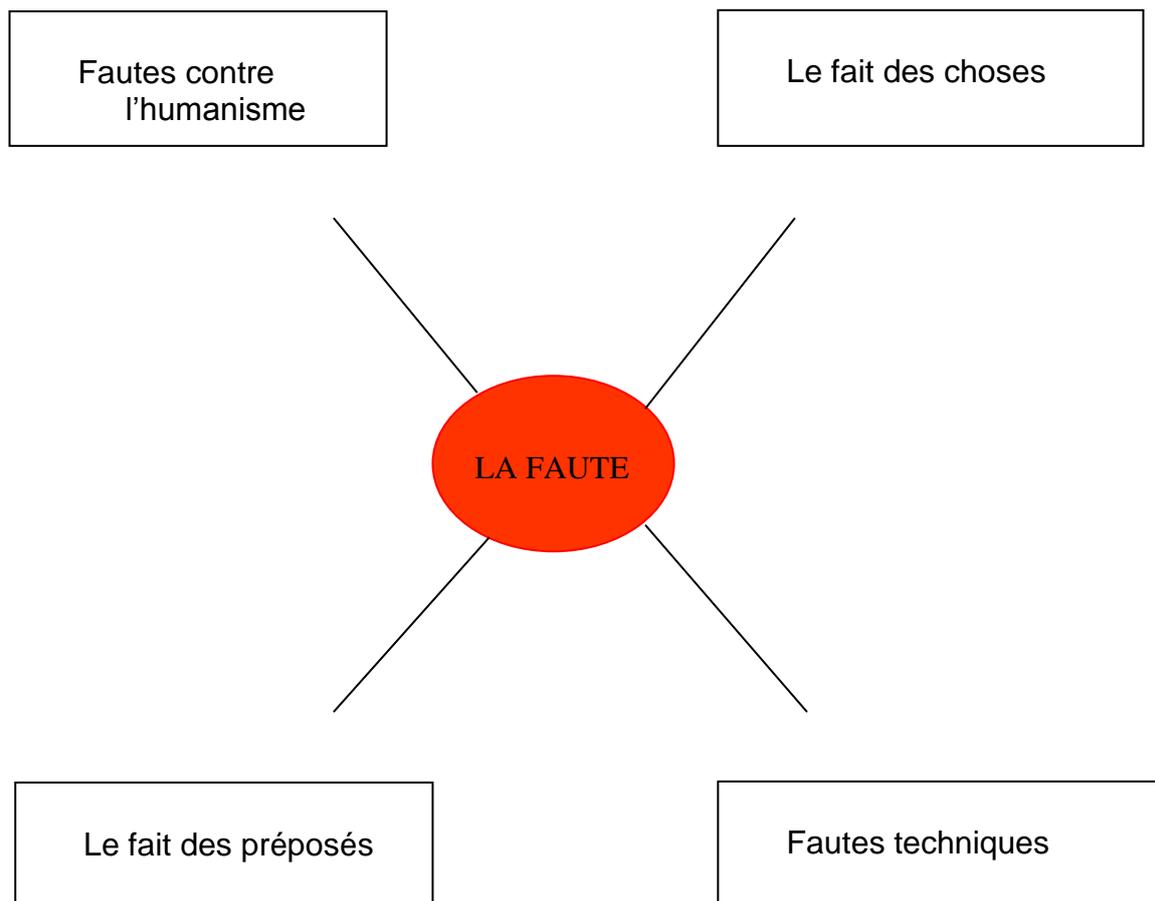


Figure 5: Faits dommageables.

2.1. Les fautes contre l'humanisme.

Ces fautes peuvent être de nature différente mais correspondent toutes à des manquements au devoir d'humanisme médical et donc au respect de la personne humaine et de sa dignité. Les fautes contre l'humanisme constituent surtout dans le non respect des droits des patients. Les exemples sont nombreux et peuvent avoir des conséquences à la fois civiles, disciplinaires et pénales mais ce sont le défaut d'information et le défaut de consentement qui sont le plus souvent sanctionnés par les juges (9, 39).

2.1.1. Le défaut du respect de la personne.

Le respect de la personne est une exigence essentielle de l'exercice quotidien du chirurgien-dentiste. Le professionnel de santé possède une éthique. L'éthique est la science de la morale et traite des principes qui doivent guider moralement le comportement du soignant. Quelques règles simples en sont la base : la compassion vis-à-vis des patients, le désintéressement et le dévouement du praticien. La déontologie revêt un aspect plus précis car elle formule des règles objectives dont l'inobservance entraîne des sanctions (9, 48).

Dans le cadre du respect des devoirs d'humanité du chirurgien-dentiste, seul le Code de la Santé Publique vise la situation du refus de soin. Le refus de soin peut être une source de conflit qui peut aller jusqu'à des sanctions pénales. **Le refus de soin est possible, sauf en cas d'urgence dans des cas très précis :**

- Lorsque le patient sollicite des soins jugés inadaptés par le chirurgien-dentiste ;
- Pour des raisons d'emploi du temps (agenda complet), **sauf cas d'urgence**. Il convient alors d'adresser le patient vers un autre confrère ;
- Lorsque le patient reste débiteur d'honoraires (bien entendu fixé avec tact et mesure...) qu'il s'obstine à ne pas payer, **sauf cas d'urgence** ;
- Il est conseillé de ne jamais refuser de soigner à moins de faire partie de façon certaine de ces exceptions (34).

En cas d'impossibilité d'exécuter l'acte (compétence insuffisante, personnel ou dispositifs médicaux inadéquats). Le chirurgien devra prouver cette impossibilité en cas de litige (34).

En effet, le principe de bienveillance fait partie des règles fondamentales. Il s'agit pour le praticien de ne jamais nuire à son patient : « *primum non nocere* ».

L'article R4127-202 du code de déontologie rappelle que le chirurgien-dentiste « *exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine* ».

Il faut également citer les principes d'égalité et d'équité. Il est du devoir du praticien de soigner tous les patients qui se présentent à son cabinet de la même façon mais aussi de garder en tête de déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure, notamment en fonction de la situation matérielle du patient.

2.1.2. Le défaut d'information/ La perte de chance.

Parmi les droits fondamentaux du patient figure le droit d'être informé. Le patient doit être suffisamment informé pour consentir de façon libre et éclairée. L'information contribue à la réussite des soins par l'amélioration de la qualité de la relation patient/praticien.

Ajouter à cela, l'obligation d'information est définie à la fois par le contrat médical, le Code de déontologie, le Code de la santé publique et par la jurisprudence. Le praticien devra donc être très attentif à cette obligation surtout pour les thérapeutiques lourdes et/ou mal prises en charge (34).

Le contenu de cette information a déjà été précisé dans les paragraphes sur les obligations du praticien.

La constatation d'un défaut d'information permet très souvent de retenir la responsabilité du praticien et de le condamner à indemniser son patient. On considère qu'à cause du manque d'information, le patient a perdu une chance de se soustraire au risque qui s'est réalisé. L'arrêt du 3 octobre 2002 de la cour d'appel de Grenoble en est un très bel exemple : « *engage sa responsabilité professionnelle pour manquement au devoir d'information, le chirurgien-dentiste spécialisé en implantologie qui n'a pas informé des risques d'échec du traitement choisi et du manque de fiabilité des implants ostéointégrés au maxillaire ; il a fait perdre à son patient le choix d'une prothèse amovible* » (14).

Par contre, le préjudice résultant de la perte de la faculté de refuser une opération indispensable est considéré comme nul. La responsabilité du praticien ne peut être retenue même s'il y a eu défaut d'information (39).

En effet, la cour de cassation en 2007 a confirmé très clairement sa position en estimant que s'il n'y a pas de lien de causalité entre le défaut d'information et le préjudice subi par le patient, la responsabilité du praticien n'est pas engagée. Les faits étaient les suivants : il avait été proposé à une femme enceinte d'accoucher par césarienne du fait du poids élevé du bébé et de sa propre hypertension artérielle, ce que celle-ci avait accepté. Un mois avant le terme, son médecin, après avoir pratiqué une échographie, décidait de l'accoucher par voie naturelle. Malheureusement, à l'accouchement, des complications sont intervenues, apparemment sans faute de l'obstétricien et l'enfant est né avec de graves séquelles. Les parents ont porté plainte contre l'accoucheur qui n'a pas recueilli leur consentement avant d'accoucher par voie naturelle. L'expert judiciaire a estimé qu'on ne pouvait pas affirmer qu'une naissance par césarienne aurait évité à l'enfant ces séquelles. La cour d'appel de Paris a rejeté les demandes d'indemnisation des parents. Si une information complète, exhaustive n'offre pas au patient un autre choix que l'intervention proposée, le défaut d'information ne peut être civilement sanctionné (52).

Assigner un praticien sur la question de la preuve de l'information constitue un choix facile pour le patient. En effet, au risque de nous répéter, le praticien doit apporter lui-même la preuve qu'il a bien informé son patient, ce qui peut être rendu très difficile (34).

2.1.3. Le défaut de consentement.

Le recueil du consentement est une obligation contractuelle d'origine éthique et légale. Ce consentement réside en l'acceptation par le patient de l'offre générale et publique de soins émise par le praticien. Le praticien doit s'assurer de l'accord ou non du patient et agir en conformité avec la décision éclairée du patient. La loi impose parfois une obligation aux soins à des patients refusant les soins mais qui créent un risque pour la santé publique.

Le consentement est le plus souvent oral mais certains praticiens, notamment dans le cadre d'actes à visée esthétique, d'implantologie, d'orthopédie dento-faciale, tiennent à recueillir un consentement écrit. La preuve écrite signée par le patient peut paraître a priori la plus sûre, notamment pour les compagnies d'assurance.

La preuve par témoignage d'un tiers n'est pas aisée car elle fait intervenir trop de subjectivité. Afin de recueillir un consentement qui ait toute sa valeur, il est conseillé de laisser au patient un délai de réflexion « suffisant ».

Néanmoins le consentement resterait insuffisant pour justifier une intervention si l'une des conditions de validité de celle-ci venait à faire défaut. **Si un patient exige la réalisation d'un plan de traitement qui n'est pas fiable, le praticien se doit de refuser de le réaliser** (Cour d'appel de Paris le 19 juin 1979) (12).

L'absence de consentement est sanctionnée par la jurisprudence par la responsabilité du praticien et non par la nullité du contrat.

2.1.4. La violation du secret professionnel.

A partir du XIV^{ème} siècle, le secret professionnel apparaît dans les statuts de la faculté de médecine de Paris, mais dans la pratique, il est encore peu respecté. Il faudra attendre la période post révolutionnaire avec l'apparition de la notion d'intérêt individuel pour voir le non respect du secret professionnel sanctionné par application de l'article 378 du Code pénal de 1810.

Pour qu'il y ait délit, la révélation doit être suffisamment précise et le patient identifiable, elle doit être faite à un tiers (le secret n'est pas opposable au patient) et volontaire, avec ou sans intention de nuire. Une révélation par négligence est tout aussi punissable. La révélation peut être orale ou écrite, publique ou privée (39).

Le secret médical est réglementé par des textes issus à la fois du Code pénal, communs à toutes les professions soumises au secret, du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, propre à la profession, et inclus dans le Code de la santé Publique.

Les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal disposent : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.* »

Comme nous l'avons déjà vu, le Code de déontologie comprend des articles définissant la notion de secret professionnel et des sanctions disciplinaires peuvent être appliquées en cas de non respect de ce secret.

2.2. La faute technique.

La faute technique correspond au manquement du praticien à ses obligations de moyens et de résultat. Le praticien n'a pas donné des soins consciencieux, attentifs, conformes aux données acquises de la science et n'a pas respecté les règles de l'art dentaire, les différentes normes et les recommandations (39, 42). Les fautes techniques que peut commettre le praticien peuvent donc être de différentes natures.

2.2.1. Faute de diagnostic.

La faute technique peut intervenir lors du diagnostic de la pathologie du patient. La Cour de Cassation a notifié dans plusieurs de ses décisions que l'erreur de diagnostic ne constitue pas en elle-même une faute professionnelle. Il faut tout de même que le praticien diligent ait respecté l'obligation de moyens à laquelle il est tenu et qu'il ait mis en œuvre l'ensemble des investigations nécessaires que l'état actuel de la science lui fournit pour établir et justifier son diagnostic. Dans ce cas, on ne reproche pas au praticien d'avoir posé un mauvais diagnostic car l'homme est faillible et le diagnostic médical n'est pas une science exacte (42).

Le diagnostic doit être étayé et justifié. En odontologie, il est peu fréquent qu'un diagnostic soit posé sans le recours à des techniques d'imagerie médicale. Les radiographies sont un moyen d'investigation courant et nécessaire. Il est inutile de recourir à une multitude d'examen pour se couvrir mais seulement ce qui est nécessaire. Il faut bien rappeler que chaque examen a un coût (42).

Si l'erreur de diagnostic résulte d'une ignorance manifeste de ce que tout professionnel en odontologie doit savoir, elle est considérée comme une faute. Il est nécessaire de faire appel à un confrère lorsque l'on atteint les limites de ses connaissances (42).

Citons le cas d'un chirurgien-dentiste recherchant les causes d'un trismus apparu chez un patient. Après avoir mis en œuvre les moyens d'investigations nécessaires, il écarte les diagnostics d'infection buccodentaire, de fracture mandibulaire et de processus tumoral. S'il ne voit pas sur un orthopantomogramme une fracture de l'angle mandibulaire dont le trait est perpendiculaire aux rayons et donc invisible sur la radiographie, cette erreur n'est pas fautive. En revanche s'il ne peut établir de diagnostic, il devra s'assurer le concours d'un confrère plus expérimenté ou d'un spécialiste d'une autre discipline qui pourra diagnostiquer dans ce cas une infection tétanique. Le fait de méconnaître l'éventualité même rare d'une infection par bacille tétanique est fautif, car le trismus est le premier signe clinique du tétanos, ce qui doit être connu de tout praticien (42).

Les juges seront d'autant plus sévères que celui qui a commis la faute est un spécialiste de la discipline (39).

2.2.2. Erreur de prescription, d'indication.

Le chirurgien-dentiste peut également 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. Une décision thérapeutique pertinente résulte d'un juste équilibre entre les indications et les contre-indications. 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.

Un chirurgien-dentiste qui pratiquerait une avulsion dentaire à un patient présentant des risques d'endocardite infectieuse sans antibiothérapie préventive s'expose à des poursuites si, à la suite de cette faute, il en résulte un dommage pour le patient : en effet, le patient peut déclarer à la suite de l'acte dentaire une endocardite infectieuse (Cour d'Appel de Colmar, 24 nov. 1975) (29).

En pratique, la faute du praticien est surtout retenue lorsque ce dernier a tardé à poser son diagnostic ou à demander des examens complémentaires servant à conforter ce diagnostic.

Les erreurs de prescriptions entrent aussi dans le cadre des fautes techniques. L'erreur 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, en raison d'une association déconseillée ou interdite avec un autre médicament pris par le patient.

Le chirurgien-dentiste doit bien mener son interrogatoire médical pour prévenir ces erreurs de prescriptions, se conformer aux posologies habituellement recommandées par le laboratoire et les ouvrages faisant autorité (Vidal), et respecter les règles de rédaction de l'ordonnance (date, nom, âge du patient, nom du médicament, posologie, durée de prescription...). La responsabilité du pharmacien dans la délivrance du médicament n'est pas de nature à exonérer la responsabilité du prescripteur.

Bien que les textes posent le principe de liberté de prescription, les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les médicaments nécessaires à l'exercice de l'art dentaire, il est préférable de ne pas abuser et ne pas faire courir de risques pour la santé des patients. Les juges soumettent les chirurgiens-dentistes à une obligation de compétence et de prudence.

Toute prescription doit apporter un bénéfice médical, le choix du médicament se faisant à la fois sur la gravité de la pathologie ou des symptômes, les différentes alternatives et le rapport efficacité/effets secondaires (47).

2.2.3. Faute dans la mise en œuvre du traitement.

La responsabilité du praticien est également engagée lorsqu'il commet une faute dans l'exécution d'un traitement, d'une intervention. Le problème de la déglutition (ou pire, l'inhalation) d'un corps étranger peut concerner le chirurgien-dentiste : descellement d'un élément prothétique scellé définitivement ou provisoirement, déglutition d'une pièce prothétique au moment du scellement, déglutition d'un instrument endodontique... ; sa responsabilité pourra alors être automatiquement mise en cause. La faute n'ayant pas besoin d'être prouvée car elle est directement révélée par le dommage constaté.

La cour d'appel de Paris rappelle ce principe dans un arrêt du 26 janvier 2001 : au cours d'un soin endodontique, un chirurgien-dentiste laisse échapper un tire-nerf qui se retrouve avalé par le patient. Une appendicectomie est nécessaire. La responsabilité du praticien est retenue sur le fondement de l'imprudence, de la maladresse fautive, de la négligence. Toutefois, la responsabilité du praticien se limite aux conséquences de cette faute (10).

Les blessures par instrument (fraises, daviers...) sont également à compter parmi les fautes techniques. Le praticien est responsable du bon fonctionnement du matériel qu'il utilise et doit maîtriser ses gestes, ne pas commettre de faute d'inattention ni de maladresse. En effet, l'exactitude du geste médical constitue une obligation de sécurité.

La Cour d'appel d'Aix-en-Provence dans un arrêt du 11 avril 2001 rapporte le cas d'un patient qui, suite à l'avulsion d'une dent de sagesse, a subi une insensibilisation de l'hémi-langue droite. L'avulsion était indispensable pour enrayer l'état septique installé et l'acte pratiqué comportait un aléa thérapeutique déterminé entre 1.3 et 4%. La responsabilité du praticien n'a pas été retenue dans ce cas (15). Le 8 novembre 2000, la cour de Cassation a également jugé qu' « un risque d'accident inhérent à l'acte médical et qui ne pouvait être maîtrisé » ne constitue pas une faute. D'autres exemples en matière de soins endodontiques peuvent être cités notamment celui d'un dépassement de pâte dans le sinus à l'origine d'un dommage chez un patient (épisodes infectieux, céphalées...). Plusieurs décisions de justice affirment que les chirurgiens-dentistes concernés n'engagent pas leur responsabilité dans le cas d'un aléa médical dès lors que les praticiens ont effectué toutes les diligences relatives au traitement endodontique (cour d'appel de Besançon, 26 mai 1998, cour d'appel de Paris, 13 novembre 1998) (34).

2.2.4. Faute d'asepsie.

Ce qui touche à l'asepsie ou à la contamination per-opératoire doit susciter de nombreuses précautions car le risque septique et les différentes contaminations opportunistes sont des risques réels.

Un protocole opératoire rigoureux doit être suivi lors de chaque intervention pour limiter au maximum ces risques. Le praticien est tenu à l'égard de son patient à une obligation de sécurité constamment réaffirmée par la jurisprudence. Les obligations de stérilisation évoluent vers une meilleure traçabilité de plus en plus présente dans les cabinets dentaires (42).

2.2.5. Erreur de pronostic.

L'erreur de pronostic ne constitue pas vraiment une faute mais participe à la dégradation de la relation praticien-patient. La responsabilité du praticien peut être engagée parce que le patient est déçu après un pronostic trop optimiste (42).

2.2.6. Faute dans le suivi du patient.

Tout professionnel de santé a l'obligation de prendre en charge son patient jusqu'à la fin des soins car cela fait partie de son devoir d'assistance (9). En cas de mise en cause de la responsabilité du praticien, le comportement du praticien pendant le suivi des soins délivrés sera examiné. Sa responsabilité peut être réellement engagée s'il est prouvé qu'il n'a pas fait preuve de diligence et donc commis une faute d'abandon. Les tribunaux exigent des praticiens qu'ils répondent aux doléances du patient en cours de traitement surtout s'il existe une composante douloureuse dans la plainte de ce dernier. En effet, un praticien qui part en vacances le lendemain d'une intervention chirurgicale, sans faire appel à un remplaçant ou un confrère pour la prise en charge des suites opératoires possibles, sera lourdement sanctionné. Ce praticien n'aura pas respecté son devoir de prudence.

En outre, le praticien doit essayer de faire prendre conscience au patient de la nécessité du suivi.

Il est parfois nécessaire de convoquer soi-même le patient qui manque de rigueur dans le suivi pour éviter de se voir reprocher ce type de faute (42).

2.3. Le fait des choses.

« On est responsable (...) du dommage (...) qui est causé par le fait (...) des choses que l'on a sous sa garde » (article 1384 du Code civil).

Le chirurgien-dentiste utilise de nombreux produits et matériels dans l'exercice de son art. Il est le gardien de l'ensemble de ces « choses ». Il en détient « *l'usage, la direction et le contrôle* ». Il est donc responsable du mobilier de son cabinet, de l'immeuble et des choses dangereuses inertes ou en mouvement et engage donc sa responsabilité délictuelle.

La cause du dommage doit obligatoirement être une chose, qu'elle soit animée ou non par l'homme. La victime doit prouver que la chose est intervenue dans la production de son dommage. Le renversement de la charge de la preuve caractérise en effet le domaine de la responsabilité du fait des choses. Le lien de causalité peut être apporté par tous moyens (16) dont les indices provenant de l'absence d'autre cause possible.

En effet, le gardien est présumé responsable, afin de se dégager de cette responsabilité, il doit prouver l'absence d'une faute de sa part ou faire la preuve d'un cas de force majeure (fait extérieur à la chose, fait imprévisible, fait irrésistible) ou que la faute est le fait de la victime ou d'un tiers.

Le praticien peut se retourner contre le fabricant en recherchant sa responsabilité pour lui avoir fourni un produit défectueux. Le gardien peut également être exonéré de responsabilité lorsque le patient a lui-même concouru à la réalisation de son préjudice (42).

Mais le fait des choses peut également engager la responsabilité contractuelle du praticien dans le cadre de son obligation de résultat si l'incident causé par la chose survient lors de l'exécution d'un acte médical. La règle de non cumul interdit alors la présomption de responsabilité du fait des choses (39).

2.4. Le fait des préposés.

Le chirurgien-dentiste est responsable des fautes commises par ses employés. Il répond lui-même des fautes commises par son assistante, sa secrétaire ou son prothésiste dans le cadre de leurs fonctions respectives. L'article 1384 du Code civil impose en effet la responsabilité du fait des personnes dont on doit répondre.

Le praticien a un pouvoir de contrôle et de direction à l'égard de ses préposés, lié à l'existence du lien de subordination entre le praticien et son employé. Ce lien peut être de droit dans le cadre d'un contrat de travail, ou de fait, dans le cas d'un travail intérimaire.

La responsabilité du fait d'autrui est une responsabilité de plein droit qui ne nécessite pas la preuve d'une faute.

De plus, elle est basée sur la présomption de la responsabilité de l'employeur, mais une fois la victime indemnisée, celui-ci peut se retourner contre l'auteur direct, l'employé (16, 39, 42).

3. Notions de dommage et de préjudice.

Le dommage est une atteinte qui peut être matérielle avec ses incidences économiques, ou morale par une diminution du bien-être, de souffrances endurées. L'ensemble de ces atteintes, matérielles ou morales constituent un préjudice. Ce préjudice est l'élément réparable découlant du dommage (16, 42).

C'est à la victime de prouver l'existence du dommage et ses conséquences.

Le préjudice invoqué n'offre une possibilité de réparation que s'il réunit trois conditions. Il doit être :

- ✓ Direct : la réparation ne porte que sur les suites immédiates et directes de la faute (article 1151 du Code civil) ;
- ✓ Certain : seul un dommage réel et non hypothétique peut donner lieu à une réparation. Il est donc actuel ;

- ✓ Légitime : la victime ne peut demander la réparation d'un dommage illicite ou immoral.

3.1. Dommage Matériel.

Le préjudice matériel est proportionnel à l'étendue du dommage. Le chirurgien-dentiste devra recommencer les soins mal conduits ou refaire une prothèse défectueuse, jusqu'à ce que celle-ci apporte toute satisfaction à son patient (39).

3.2. Dommage Corporel.

Le dommage corporel quant à lui combine des préjudices matériels, économiques dits patrimoniaux et des préjudices moraux dits extrapatrimoniaux (39).

La détermination définitive de ces préjudices ne peut être effectuée qu'après constatation de la consolidation. Celle-ci correspond en effet à la date au delà de laquelle aucun traitement ne sera susceptible d'améliorer l'état de la victime (39).

Dans son aspect moral, il s'agit d'indemniser le

- ✓ **quantum doloris**, il s'agit des souffrances endurées. le **préjudice d'agrément**, diminution du confort de vie (ex : le patient ne peut plus jouer de saxophone) ;
- ✓ **préjudice esthétique** ou physique exprime l'importance de l'atteinte corporelle qui entraîne une disgrâce physique ;
- ✓ **préjudice professionnel**, si l'expression orale est diminuée, un conférencier ne peut plus exercer ;
- ✓ **préjudice juvénile**, affecte un enfant dans le cadre de son avenir professionnel.

Dans son aspect patrimonial, il s'agit d'indemniser la victime sur le calcul des pertes de revenus, frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, etc (42).

En odontostomatologie le préjudice corporel peut également ressembler à :

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

3.3. Son évaluation.

Le dommage est évalué selon les bases fournies par l'expertise. Pour déterminer le préjudice exact, l'expert en charge de ce travail est confronté à la difficulté majeure de préciser l'état antérieur à l'intervention du praticien mis en cause. Cet état antérieur est essentiellement défini grâce aux éléments du dossier médical (certificat initial, radiographies, moulages, photographies). Dans un second temps, un examen clinique permet de déterminer l'état actuel en relevant les différences par rapport à l'état antérieur.

Ces différences peuvent résulter de l'intervention du chirurgien-dentiste, de l'évolution normale d'une pathologie préexistante ou du fait du patient (39).

Les souffrances endurées sont décrites par les experts selon une échelle de 0 à 7. A titre d'exemple, **une fracture coronaire sans mise à nu de la pulpe est une douleur très légère et se situe à 1/7, une expulsion dentaire avec mise à nu de la pulpe, 2/7(douleur légère)**. Dans le domaine de l'odontostomatologie, les autres qualificatifs (modérée 3/7, moyenne 4/7, importante, assez importante, très importante 7/7) ne sont pas ou peu utilisés. Pour un traumatisme lié aux dents, il faudra distinguer la douleur provoquée par le traumatisme lui-même, et les douleurs inhérentes aux soins (8).

Les éléments d'appréciation du préjudice esthétique sont indépendants du sexe, de l'âge, de la profession du patient car c'est au juge (ou à l'assureur) de prendre en compte les éléments extra-médicaux, et non à l'expert, qui doit évaluer le dommage uniquement.

L'expert recherchera l'existence de cicatrices, leur importance, leur exposition par exemple. L'évaluation s'effectue également selon une échelle de 0 à 7. Il est d'usage de considérer :

- les séquelles physiques non visibles immédiatement, inférieures au grade 3/7 et
- les lésions choquantes d'emblée, présentant des anomalies de colorations égales ou supérieures à 4/7
- les séquelles qui gênent la vie sociale, la vie de relation du patient réalise un préjudice égal ou supérieur à 5/7.

Les qualificatifs les plus retenus en dommage dentaire sont très léger, léger, modéré et exceptionnellement, moyen (8).

Des précisions doivent être apportées à propos du préjudice esthétique en matière dentaire. Si la réalisation de prothèse dentaire est nécessaire à la suite du dommage, il faut tenir compte de la difficulté de réalisation prothétique. Une perte osseuse, une rétraction gingivale sont par exemple des difficultés à prendre en considération (25).

3.4. Le cas de la perte de chance.

Il y a perte de chance lorsqu'une attitude médicale fautive a fait perdre une chance à la victime d'échapper à un dommage ou de voir son état s'améliorer, la faute pouvant être constituée par une erreur de diagnostic, un retard dans les soins, un défaut d'information...

La Cour de Cassation change le lien de causalité : la victime ne doit plus prouver que la faute du praticien est la cause certaine et directe du dommage qu'elle a subi, mais seulement établir que cette faute l'a privée d'une chance de guérir, d'éviter des séquelles ou de survivre. Le lien de causalité est alors entre la faute et la perte de chance.

L'indemnisation d'une perte de chance ne porte généralement pas sur la totalité du préjudice. En effet, elle représente seulement une fraction du dommage, après appréciation par les juges (ou les assureurs dans le cadre d'une procédure amiable).

Un arrêt du 16 juillet 1998 de la première chambre civile précise 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* » (42).

PARTIE 2

LA GESTION DES CONFLITS

« Les 25091 chirurgiens-dentistes du Sou Médical-Groupe MACSF et du contrat groupe CNSD ont adressé 1051 déclarations en 2007 soit une sinistralité de 4.19% » (40). Malgré une certaine stabilité du taux de sinistres dentaires depuis quelques années (2004), on peut constater une diminution des litiges en implantologie tandis que les réclamations portant sur des conflits en orthodontie ou en endodontie se multiplient en 2008. Les patients ont une exigence croissante en matière d'esthétisme et même s'il n'y a pas de dommage clinique, ils n'hésitent pas à engager une procédure si le résultat ne leur plait pas. En ce qui concerne les soins endodontiques, la fragilité des instruments en Ni-Ti, ainsi que le non respect du protocole opératoire sont certainement à l'origine de cette hausse (4). Malgré une sinistralité stable, il faut rester vigilant car les litiges, même moins fréquents, sont de plus en plus lourds à gérer pour les praticiens. En effet, les patients sont de mieux en mieux informés sur la qualité des soins mais également du point de vue juridique.

Les litiges entre patients et praticiens naissent souvent d'un manque d'informations, d'explications et de communication.

I. Voies de contestation du patient.

Si un patient s'estime victime d'une faute commise par un chirurgien-dentiste, il dispose de plusieurs voies afin que la responsabilité du chirurgien-dentiste soit reconnue et que le dommage qu'il a subi soit réparé : la voie amiable et la voie contentieuse.

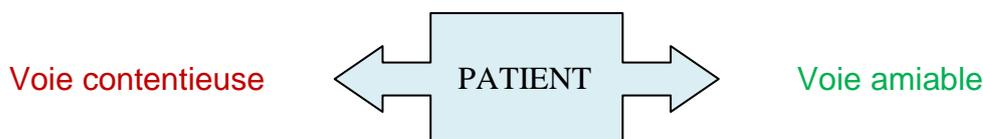


Figure 6: Voies de contestation du patient.

La voie contentieuse regroupe les voies habituelles en matière de responsabilité prévues par le Code Civil, le Code pénal et le Code de justice administratif. La voie amiable quant à elle est plus spécifique et utilise notamment les procédures de règlement des litiges entre patient et praticien prévues par le Code de déontologie.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit également une procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales et ouvre ainsi une voie non juridictionnelle aux victimes avec l'ambition de parvenir à une indemnisation plus rapide de celles-ci. Nous ne détaillerons pas cette voie. En effet, le taux d'IPP estimé atteint très rarement 25% dans le domaine de la chirurgie-dentaire.

Le choix de l'une ou l'autre de ces voies dépend de la personne mise en cause et du but poursuivi par le plaignant. En effet, 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 mais tous les deux peuvent dans certains cas faire face à la juridiction pénale.

Si le patient désire une simple indemnisation, il sera généralement tenté d'utiliser la procédure amiable et en cas d'échec de saisir une juridiction civile ou administrative (39).

Par ailleurs, s'il désire que le praticien soit sanctionné, il saisira les instances disciplinaires ou la juridiction répressive pénale (39).

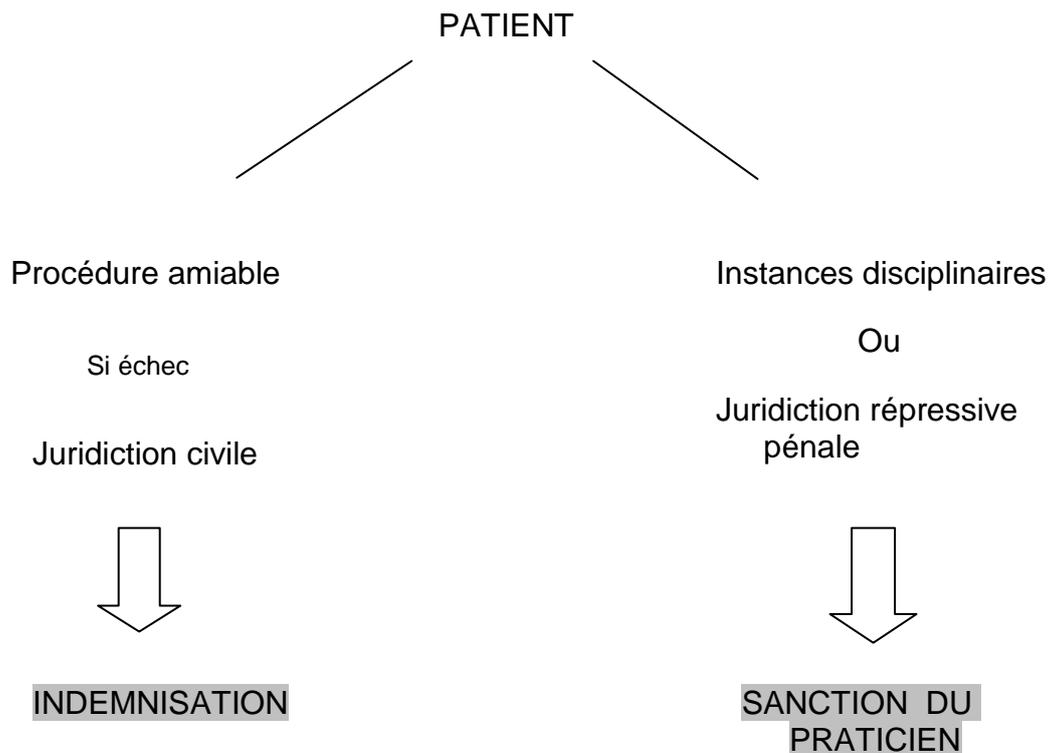


Figure 7: Choix de la procédure par le patient.

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

1. La voie Amiable.

1.1. Réclamation directe auprès du praticien ou de son assureur.

Il est facilement envisageable de penser qu'un patient qui estime avoir subi un préjudice à l'occasion d'un acte de soin l'exprime directement, du moins dans un premier temps, à son praticien.

Le patient exprimera son mécontentement verbalement ou par écrit. Dans les deux cas, il est préférable, lors d'un rendez vous fixé ensemble, d'écouter calmement ce que le patient a à dire, de prendre le temps d'examiner ses griefs, de répondre à ses questions s'il en a et de donner des explications (39).

NE JAMAIS LAISSER UNE RECLAMATION SANS REPONSE.

Le patient peut directement ou après ce rendez-vous envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception résumant ses griefs et mettant le praticien en demeure d'y donner suite. Si le patient a souscrit un contrat d'assurance de protection juridique défense et recours, c'est alors sa compagnie d'assurance qui prend contact avec le praticien. Le praticien fournit dans les deux cas les coordonnées de sa compagnie d'assurances et le règlement du litige se réalise par l'intermédiaire des compagnies d'assurance, en dehors de tout procès (30). En effet, le patient bénéficie d'une action directe auprès de l'assureur du praticien car lorsque le responsable est assuré, comme c'est le cas pour les professionnels de santé, la charge de l'indemnité pèse sur l'assureur (loi du 30 décembre 2002 sur la responsabilité médicale).

La compagnie d'assurance du patient peut commettre son expert afin qu'il vérifie les dires de son assuré, évalue le dommage subi et donne son avis sur l'opportunité de conduire ou non une action.

L'expert qui n'agirait alors que dans le cadre d'une expertise amiable non contradictoire peut estimer utile qu'une expertise contradictoire soit instituée.

Il demande dans ce cas que la partie adverse (le chirurgien-dentiste) soit convoquée et que le patient soit examiné en présence d'un deuxième expert désigné par la compagnie d'assurance adverse. Si le patient refuse l'expert nommé par la partie adverse, un autre expert peut être choisi avec l'accord des deux parties (29). Les deux experts aboutissent en général à la rédaction de conclusions communes qui serviront de base à la tentative de transaction (31).

L'assureur, après avoir eu le rapport d'expertise, doit faire en sorte que la voie amiable qui a été choisie par les deux parties aboutisse à un règlement transactionnel satisfaisant pour tous. 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, ce qui donne lieu à une proposition d'indemnisation.

Dans le cadre d'une négociation, le patient et le praticien cherchent eux-mêmes un terrain d'entente, sans l'intervention d'un tiers. Cela peut être sur la base d'une expertise amiable non contradictoire.

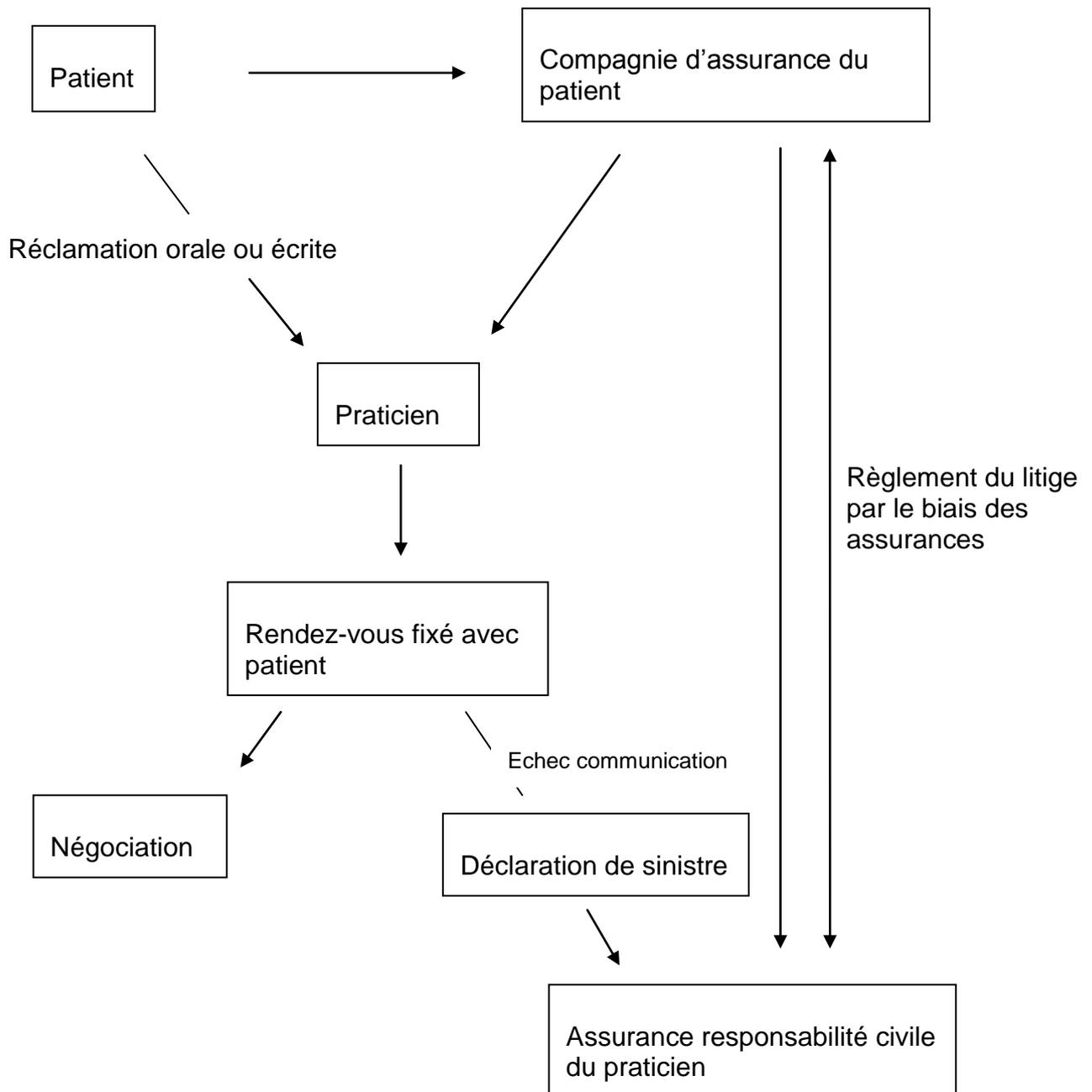


Figure 8: Règlement amiable par négociation directe ou par le biais des assurances.

1.2. Réclamation auprès du conseil de l'ordre.

Le patient peut aussi consulter un chirurgien-dentiste conseil auprès de la sécurité sociale. Celui-ci l'adresse au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de son département, tout en tenant compte de son devoir de réserve et du code de Déontologie.

Le patient peut directement saisir le Conseil Départemental de l'Ordre (CDO) en vue d'une tentative de conciliation par un simple courrier dans lequel il expose ses griefs à l'égard du praticien. Le praticien peut également suggérer lui-même la procédure amiable devant le conseil de l'Ordre afin d'éviter de faire perdurer une situation conflictuelle.

Le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes possède plusieurs rôles : réglementaire, administratif, juridictionnel et financier. Le CDO veille à l'exécution des peines prononcées, des règlements et instructions décidées par le Conseil National et gère les contrats et les inscriptions au Tableau de son département. Dans le cadre des litiges patients chirurgien-dentiste, le CDO 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.

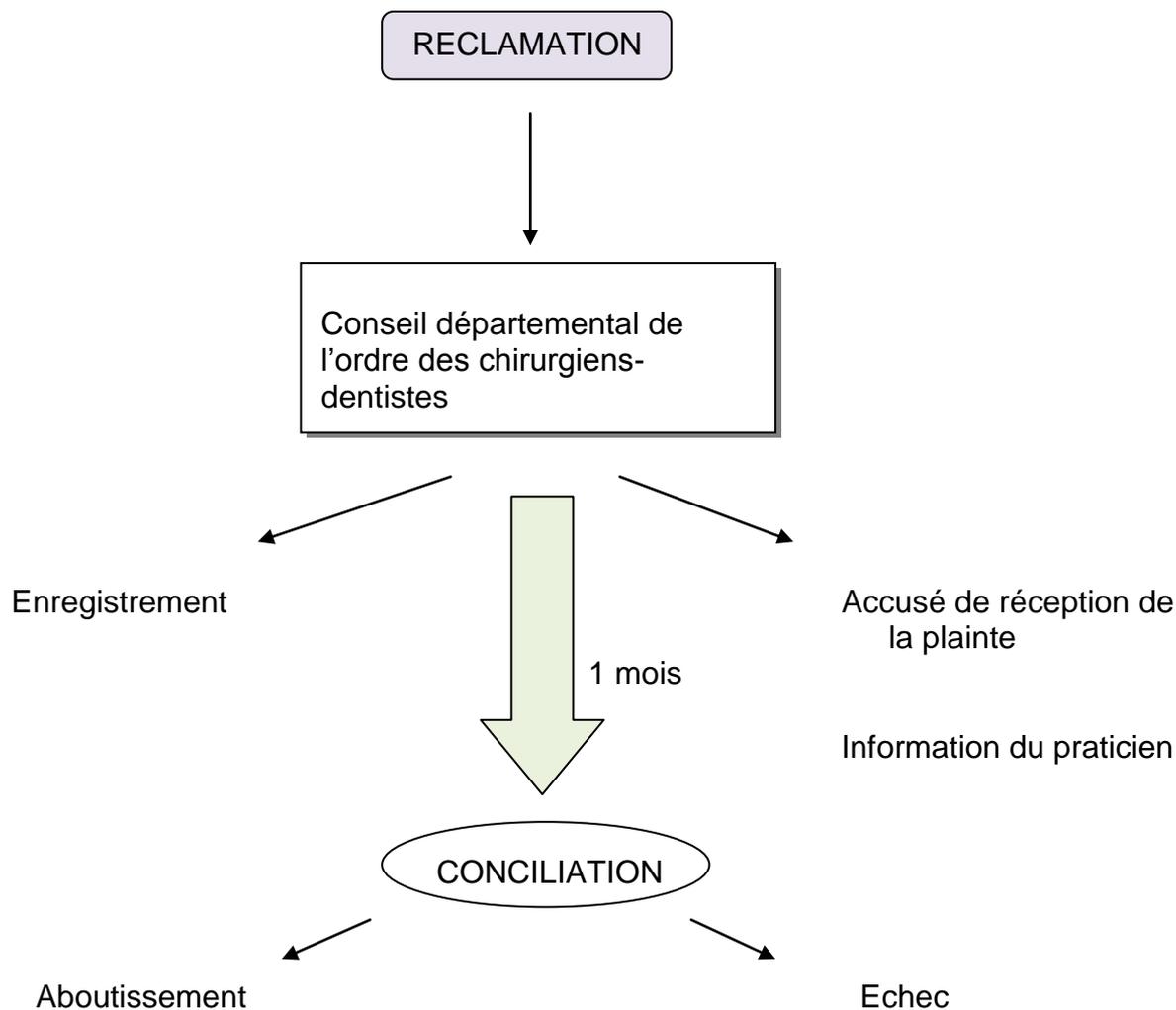


Figure 9: Saisine en conciliation du Conseil Départemental de l'ordre (MISSIKA et RAPHAL, 2006).

Le président du Conseil Départemental de l'Ordre a un rôle fondamental dans cette conciliation. En effet, l'article L.4123-2 du nouveau Code de la santé édicte « *Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le chirurgien-dentiste mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire, avec l'avis motivé du conseil, dans un délai de trois mois à compter de l'enregistrement de la plainte. 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 doit répondre à sa demande dans un délai d'un mois* ».

En outre, l'article R4127-233 du Code de la Santé Publique dispose «*Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige... à se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient* ».

Bien évidemment le patient mécontent ne peut se voir contraint à participer à une conciliation même si elle apparaît plus que souhaitable. **Le praticien quant à lui se trouve tenu de s'y prêter dès l'instant où le président du conseil départemental de l'Ordre le lui demande**. S'il se soustrait à cette obligation déontologique, il s'expose alors à des sanctions disciplinaires.

La conciliation correspond à la démarche la plus simple de personnes qui se trouvent en désaccord, en opposition d'idées, d'intérêts, ou de position, voire en conflit et qui veulent se rapprocher sans formes ni règles spécifiques afin de trouver une solution ayant leur agrément commun (36).

Le CDO accuse réception de la réclamation auprès du plaignant et informe le praticien qu'il y a conflit. Son point de vue est généralement recherché. Ensuite, le CDO a un mois pour convoquer les parties pour une conciliation (36).

Les parties peuvent se faire représenter ou assister par un conseil (chirurgien-dentiste, avocat, autres...). Si une des parties le souhaite, elle doit prévenir le CDO à l'avance afin que la partie adverse soit avertie. L'absence d'une des parties lors de la conciliation est mal perçue même si un avocat est là pour la représenter.

L'attitude du président doit être des plus réservée : il est seulement animateur impartial du débat. Il veille essentiellement à ce que chacun exprime complètement sa position, ses réclamations et s'assure de la compréhension des interlocuteurs. Il lui est interdit de faire des commentaires sur les interventions de son confrère, la qualité de ses soins etc. Ces questions peuvent ultérieurement faire l'objet d'un avis motivé par le conseil départemental lors de la transmission de la plainte vers la chambre disciplinaire. Toutefois, le but de la conciliation est bien de trouver un règlement amiable au litige. Il ne s'agit pas d'une médiation ou d'un arbitrage dans lesquels la tierce personne est beaucoup plus active dans le débat et impose une solution (33).

Un arrêt de la chambre mixte de la Cour de Cassation du 14 février 2003 tend vers une obligation de tentative de conciliation avant la saisine des tribunaux, pourtant, la conciliation ne présente un intérêt qu'à la condition que les deux contractants souhaitent véritablement trouver une solution amiable (33).

Dans le cas où les parties trouvent un accord, on établit un procès verbal de conciliation en trois exemplaires qui définit succinctement mais précisément les éléments de la conciliation avec *in fine* la mention manuscrite suivante « *Bon pour accord et transaction dans les termes ci-dessus et au sens des articles 2044 et suivants du Code civil avec renonciation à toute instance et à toute action du chef de ce litige* ». Cette mention empêche que l'accord intervenu puisse être remis en cause.

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

En cas d'échec, on établit un procès verbal de non conciliation dans lequel il faut alors mentionner qu'aucune conciliation n'est intervenue, sans autre précision et que les parties sont autorisées à agir comme bon leur semble (37). En cas de plainte, le président du conseil départemental saisit alors le conseil régional en exécution avec un avis motivé.

Le patient sera alors informé des possibilités de recours. La création d'une chambre de médiation et d'arbitrage permet une dernière alternative aux procédures civiles, disciplinaires et pénales. Plus souples et moins coûteuses, elles permettent de rapprocher les parties dans les litiges et ouvrent la possibilité de conduire une expertise accédant à un avis technique. La médiation met en œuvre un tiers menant les débats généralement désigné par une autorité, chacune des parties restant libre de se retirer à tout moment de la procédure. Dans la procédure arbitrale, les parties acceptent de se voir imposer une décision, prise par des personnes spécifiquement désignées par elles, définie comme sentence arbitrale et qui a valeur de décision judiciaire une fois homologuée (38).

Le règlement amiable du litige a un intérêt majeur pour le patient car il permet une indemnisation beaucoup plus rapide que la voie contentieuse. De plus, il connaît le montant des indemnités allouées avant tout accord.

Si le patient et le praticien se mettent d'accord sur la responsabilité et sur l'évaluation du dommage grâce à l'entremise des compagnies d'assurances ou du Conseil de l'Ordre, la procédure se termine par un règlement amiable.

Si la voie amiable échoue, le patient peut recourir à la voie contentieuse.

2. La voie contentieuse.

2.1. Plainte auprès du conseil de l'ordre.

Le patient qui s'estime victime d'une faute d'un praticien et désire voir celui-ci sanctionné, saisit le conseil départemental de l'Ordre. Cette plainte auprès du conseil de l'Ordre ne permet pas l'indemnisation de la victime, ni de versement de dommages et intérêts. Elle aboutit seulement à prononcer des sanctions disciplinaires envers le praticien mis en cause.

Après organisation d'une tentative de conciliation et en cas d'échec de celle-ci, le conseil départemental, conformément aux dispositions de l'article 4123-1 du Code de la santé publique, transmet la plainte au conseil régional avec un avis motivé dans les trois mois suivant la réception de la plainte. En effet rappelons-le, le conseil départemental ne dispose d'aucun pouvoir disciplinaire mais le patient ne peut pas saisir directement le conseil régional. Le conseil régional quant à lui, étudie la recevabilité de la plainte et désigne alors un conseiller rapporteur et prévient le chirurgien-dentiste de la plainte déposée contre lui, l'invitant dans un délai de huit jours à préparer sa défense par écrit (18).

Puis se tient une audience publique, sauf si la préservation du secret médical, de l'ordre public ou de la vie privée est nécessaire, au cours de laquelle, il est débattu de l'affaire.

Cette audience a lieu durant les 6 mois qui suivent la réception de la plainte. Les parties peuvent se faire assister par une personne de leur choix (avocat, chirurgien-dentiste, médecin...) (18).

La décision est rendue dans les six mois du dépôt de la 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.

La décision du Conseil Régional peut faire l'objet d'un appel de la part du praticien devant le Conseil National de l'Ordre dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision de première instance. La décision d'appel peut faire l'objet d'un pourvoi devant le Conseil d'Etat selon la procédure de droit commun. En effet, la juridiction disciplinaire de première instance est le Conseil Régional de l'Ordre, la juridiction d'appel est le Conseil National et le pourvoi en cassation se réalise devant le Conseil d'Etat (18).

Cette procédure est spécifique, elle est indépendante de la saisie d'une autre juridiction. En effet, les règles disciplinaires sont indépendantes des règles civiles, voire pénales. Elles sont spécifiques au corps professionnel des chirurgiens-dentistes. Les fautes de nature à engager des poursuites disciplinaires du praticien sont tout de même 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 en cause. Si le praticien subit une condamnation pénale, cette décision est communiquée au conseil de l'Ordre qui peut prononcer une sanction disciplinaire.

Les sanctions disciplinaires peuvent correspondre à un avertissement, un blâme, une interdiction temporaire ou permanente d'exercer tout ou partie des fonctions de chirurgien-dentiste au profit de l'Etat, des départements, des communes, des établissements publics ou reconnus d'utilité publique ou accomplies en application des lois sociales, une interdiction temporaire pendant trois ans au plus d'exercer, une radiation du tableau de l'Ordre. Ces sanctions disciplinaires sont prévues par l'article L.4124-6 du Code de la santé publique (18,28, 39).

Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes

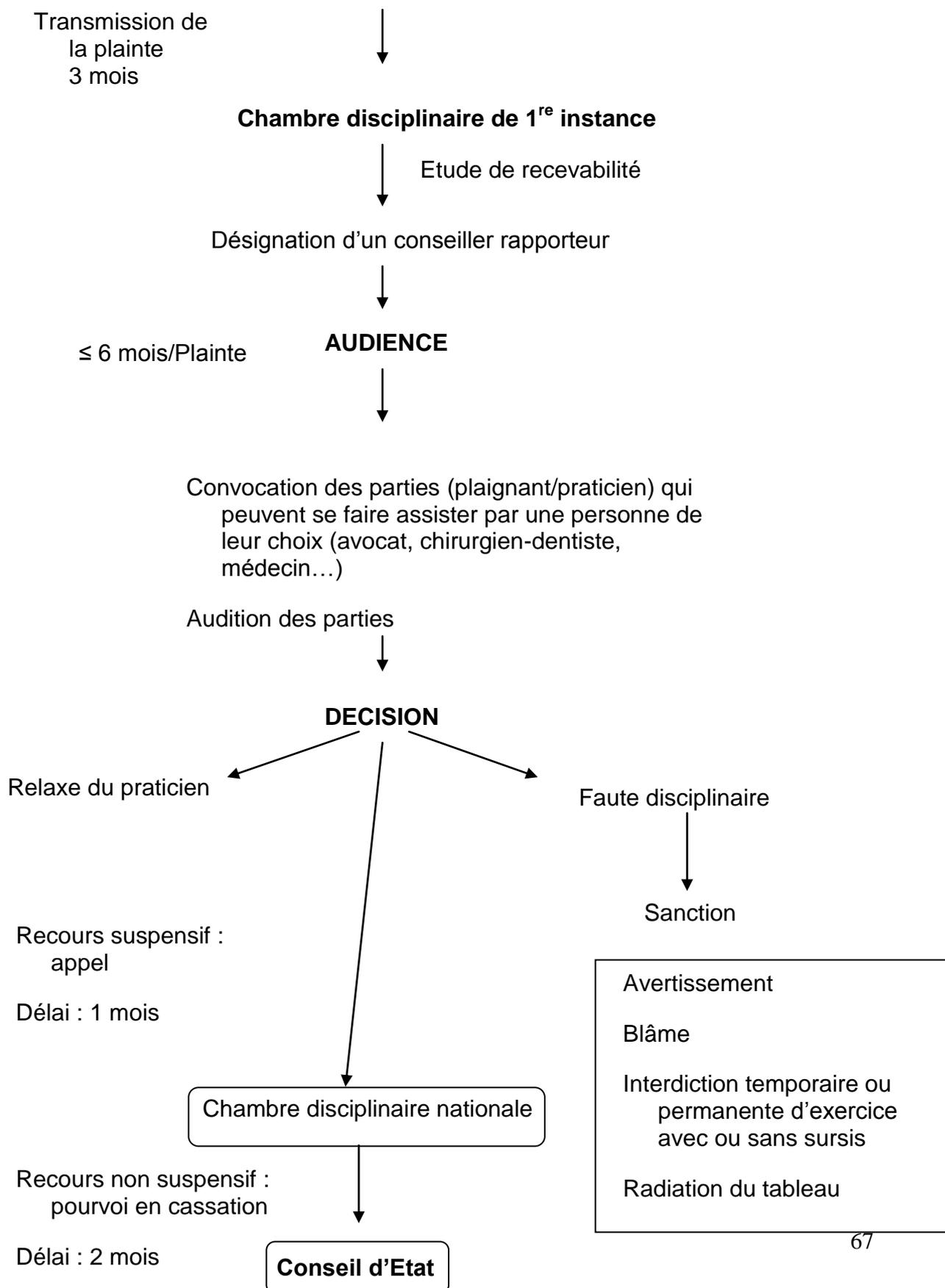


Figure 10: Procédure disciplinaire ordinale (MISSIKA et RAPHAL, 2006).

2.2.Plainte auprès de la juridiction civile.

Si la demande amiable n'a pas abouti, ou si cette voie n'a pas été choisie par le patient, celui-ci saisit habituellement la juridiction civile. En effet, quand un patient s'estime victime d'un dommage médical et entend demander réparation de son préjudice, il doit s'adresser à la juridiction civile dans le cas où l'acte a été réalisé par un professionnel de santé libéral. Cela intéresse le chirurgien-dentiste libéral, exerçant dans un cabinet privé et/ou dans un établissement public de soin (mais toujours dans le cadre d'une activité libérale) (18).

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

L'accès à la justice est libre et gratuit, mais les honoraires du ou des experts judiciaires et les frais de justice sont avancés par les victimes, hors le cas où elles bénéficient de l'aide juridictionnelle. Les débats sont généralement publics. Cela concerne également la juridiction pénale (38).

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 sont en premier lieu compétents pour juger les litiges. Le patient qui désire 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 en effet devant le Tribunal d'Instance et le Tribunal de Grande Instance. Lorsque le montant de la demande est égal ou inférieure à 7600 euros, c'est le Tribunal d'Instance qui s'occupe du litige. Si ce montant excède 7600 euros, c'est le Tribunal de Grande Instance qui est compétent. Les demandes en matière médicale excèdent en effet très souvent 7600 euros, c'est donc le plus souvent le Tribunal de Grande Instance qui gère les conflits patient/praticien. On peut signaler que la procédure est plus simple, plus rapide et moins coûteuse devant le Tribunal d'Instance. Le plaignant n'est pas obligé de se faire assister ou représenter par un avocat, car chacun a le droit de se défendre seul devant cette juridiction.

L'aide d'un avocat est tout de même fortement conseillée étant donné qu'il faut constituer un dossier solide. Par contre, la présence d'un avocat est obligatoire devant le Tribunal de Grande Instance (18, 28, 29).

Une instance civile voit s'opposer d'une part le demandeur, celui qui a intenté l'action (le patient en ce qui nous concerne), et d'autre part le défendeur (le praticien). Demandeur et défendeur sont appelés « parties ». Le demandeur fait délivrer à la partie adverse une assignation exposant les faits qui fondent sa demande, ses moyens et ses prétentions et l'invite à comparaître devant le tribunal. Informé de l'action en justice intentée contre lui, le défendeur constitue un avocat et prépare sa défense. Les avocats appelés défenseurs ou conseils exposent leurs arguments et leurs prétentions dans les conclusions qu'ils se communiquent avec des pièces justificatives. Une audience est ensuite fixée pendant laquelle les avocats développent devant les juges leurs arguments et leurs prétentions dans des plaidoiries et déposent leur dossier. Le tribunal met alors l'affaire en délibéré et fixe la date à laquelle le jugement sera prononcé. Pendant le délibéré, les Juges étudient les dossiers, délibèrent et prennent leurs décisions. Lors du jugement, les faits et les moyens des parties sont exposés, les décisions et leurs motifs sont annoncés. En matière de responsabilité médicale, les juges se prononcent ainsi sur la responsabilité et le préjudice (28, 35).

Le juge des référés statue au vu de l'article 145 du code de procédure civile, qui autorise la désignation d'un expert pour conserver ou établir avant tout procès, la preuve de faits dont pourrait dépendre la solution du litige, ou de l'article 808 qui permet en cas d'urgence l'institution d'une mesure d'expertise. Un expert est alors désigné par ordonnance de référé. Cet expert chargé d'apprécier le travail d'un chirurgien-dentiste est lui-même chirurgien-dentiste, en général choisi sur la liste d'une Cour d'Appel limitrophe en gage d'indépendance et d'impartialité. Il donne son avis, conformément à la mission qui lui est confiée, sur la qualité des soins prodigués par le praticien, sur l'étendue du préjudice subi par le patient, sur le lien de causalité entre les fautes éventuelles qu'il a relevées et le préjudice, sur les traitements à entreprendre pour réduire l'importance du préjudice (28, 35).

Cette voie est très fréquemment utilisée en matière de responsabilité médicale dans la mesure où 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 n'excède pas 3800 euros alors que les décisions du tribunal de grande instance peuvent toujours être frappées d'appel. L'affaire est alors soumise dans sa totalité à un nouvel examen par une juridiction hiérarchiquement supérieure, la Cour d'Appel. L'appel, sauf exception, suspend l'exécution de la décision attaquée. Dans son arrêt, la Cour d'appel confirme ou infirme la décision rendue par les premiers juges mais l'une ou l'autre des parties peut exceptionnellement former un pourvoi devant la Cour de cassation contre cet arrêt (27, 39).

La reconnaissance de la responsabilité civile a pour conséquence l'obligation de réparer le préjudice causé à une victime. Cette réparation est proportionnelle non pas à la gravité de la faute comme dans le cas de la responsabilité pénale mais à l'étendue du dommage : c'est le principe de la réparation intégrale du préjudice.

2.3. Plainte auprès de la juridiction pénale.

Les juridictions pénales sont des juridictions répressives ayant pour finalité la condamnation ou non du praticien mis en cause, à la différence des juridictions civiles qui poursuivent l'indemnisation de la victime (18).

Si un praticien commet une faute susceptible d'une action pénale, cette juridiction le condamnerait à une peine dans le cadre de l'action publique et indemniserait la victime du préjudice qu'elle a subi en raison de l'infraction dans le cadre de l'action civile (18).

Il existe trois façons d'engager la procédure pénale :

- ✓ **La plainte au commissariat ou à la gendarmerie.** Ces deux services sont compétents pour recevoir les plaintes et informer le Procureur de la République.

- ✓ **La plainte auprès du Procureur de la République**, qui procède à l'examen du dossier et peut décider soit de classer l'affaire sans suite si les faits ne justifient pas une enquête, soit de poursuivre la procédure. Le procureur peut saisir le juge d'instruction afin qu'une enquête approfondie soit menée.
- ✓ **La plainte avec constitution de partie civile entre les mains du doyen des juges d'instruction**, qui oblige l'ouverture d'une procédure pénale (18).

L'affaire sera ensuite jugée selon les autorités compétentes : par le Tribunal de Police pour les contraventions, par le Tribunal Correctionnel pour les délits, par 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 destinée à lui permettre d'obtenir des dommages et intérêts (18).

La responsabilité pénale d'un praticien, comme nous l'avons déjà dit, ne peut être recherchée que pour des faits présentant les caractères d'une infraction. Dans le contentieux médical, ce sont les infractions non intentionnelles ou infractions d'imprudence qui sont le plus souvent rencontrées (18).

II. Procédures d'expertise.

Pour mener à bien l'instruction de la demande du plaignant, examiner précisément ses doléances, vérifier le bien fondé de sa plainte, le décideur, juge ou assureur, doit faire appel à un spécialiste agréé par la compagnie d'assurance ou par le tribunal pour aider à la prise de décision. Ce spécialiste est un expert à qui est confié l'examen des questions techniques auxquelles le décideur ne peut répondre. L'expertise est amiable lorsqu'elle est organisée par les compagnies d'assurance ; judiciaire lorsqu'elle est ordonnée par le juge.

1. L'expertise amiable.

L'expertise amiable a pour objet, dans la perspective d'un accord sur les responsabilités et sur le préjudice, 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. Elle se déroule selon la même procédure que l'expertise judiciaire mais avec moins de contraintes et des délais plus courts (39). Il existe deux types d'expertise amiable : contradictoire et non contradictoire.

1.1. Le choix de l'expert.

Les sociétés d'assurances peuvent désigner la personne de leur choix mais elles choisissent le plus souvent le praticien expert en raison de ses compétences dans son domaine d'activité, de son expérience professionnelle et de sa qualification dans l'évaluation du dommage corporel. Le chirurgien-dentiste expert jouit donc d'une légitimité reconnue par ses pairs. Il est nécessaire qu'il connaisse les règles de procédure et qu'il ait une bonne pratique médicolégale. Ses fonctions d'expert ne sont en général qu'occasionnelles, il exerce habituellement sa profession de chirurgien-dentiste (31).

Bien évidemment, il ne peut être à la fois expert et praticien traitant du plaignant. Le code de déontologie dispose que nul ne peut être à la fois chirurgien-dentiste expert et chirurgien-dentiste traitant d'un même patient et que, sauf accord des parties, le praticien ne doit pas accepter une expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses patients, amis, proches, associés, groupement ou lorsque ses propres intérêts sont en jeu. Par groupement, le code de déontologie entend compagnie d'assurance. L'article 237 du Code de procédure civile précise que « *le technicien commis doit accomplir sa mission avec conscience, objectivité et impartialité* ». Ces principes concernent l'expert amiable ainsi que l'expert judiciaire. De même, les règles de déontologie s'appliquent au chirurgien-dentiste expert dans le cadre de son expertise. L'assureur procède à la désignation de son expert et définit ensuite la mission d'expertise.

1.2. L'expertise amiable contradictoire.

Elle est organisée par la compagnie d'assurances du praticien ou par celle du patient. Elles désignent chacune un expert ou se mettent d'accord sur un expert commun. L'expertise est conduite conjointement par les deux experts en présence du patient et du praticien. Ils apportent généralement les mêmes conclusions mais il est toujours possible qu'ils ne soient pas d'accord. Selon les bases du ou des rapports déposés par les experts, les compagnies vont faire une proposition d'indemnisation amiable au patient. Celui-ci n'est pas obligé d'accepter et peut alors saisir la justice et recourir à une expertise judiciaire. Cette expertise contradictoire a beaucoup plus de valeur que l'expertise non contradictoire (39).

1.3. L'expertise amiable non contradictoire.

Elle est souvent sollicitée par un patient avant d'intenter une action en justice afin d'estimer ses chances de réussite. Elle peut également être ordonnée par sa compagnie d'assurance. Elle permet à l'assureur de savoir si la réclamation est fondée ou non. L'expert examine le patient, entend le praticien qui ne sera pas nécessairement présent à l'examen et répond aux questions de sa mission dans un rapport dont seules les conclusions seront communiquées. Ce document est confidentiel et à usage interne. Ce type d'expertise présente peu de poids face à une expertise contradictoire et on la considère le plus souvent comme un simple certificat (39).

1.4. Conduite et rapport d'une expertise amiable.

L'expertise amiable permet essentiellement de mettre en évidence une faute du chirurgien-dentiste, un dommage pour le patient et un lien de causalité entre cette faute et ce préjudice. L'assureur pose en effet les même questions qu'un juge sur :

- ✓ l'état buccodentaire antérieur du patient ;
- ✓ l'état actuel ;
- ✓ les travaux, réalisés conformément aux règles de l'art, aux obligations de moyens, d'information, de sécurité et de suivi thérapeutique respectées ;
- ✓ les bases de réparation du dommage, le coût des travaux compensateurs, les frais futurs.

Les compagnies d'assurance ont défini des missions d'expertise type, en plusieurs points, afin de répondre à ces questions et proposer une solution amiable qui convient à la situation du patient.

Le principe du respect du contradictoire ne s'impose pas nécessairement. Ainsi, si une pièce du dossier est transmise à l'une des parties, elle n'est pas obligatoirement adressée à l'autre. La présence d'un avocat peut se révéler utile si le dossier est complexe mais elle n'est pas systématique. Celui-ci doit pouvoir assister aux opérations d'expertise, notamment à l'examen clinique du patient.

Le rapport d'expertise est rédigé selon la même trame qu'un rapport d'expertise judiciaire. Il comporte les dires et les doléances, l'examen clinique avec ses constatations et enfin une discussion. 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 aboutir à un règlement amiable du litige mais aussi évoluer vers une contre expertise ou une expertise judiciaire (28, 30, 31, 39).

Dans tous les cas, les expertises amiables n'ont que peu de valeur dans l'éventualité d'une action en justice ultérieure. A cette occasion, il sera nécessaire, pour que le Tribunal statue que soit nommé un expert judiciaire assermenté et inscrit sur les listes du Tribunal en question.

2. L'expertise judiciaire.

Quand un patient assigne un praticien devant le tribunal afin d'évaluer un dommage qu'il estime avoir subi, le magistrat qui n'a pas les compétences médicales pour dire si la requête est légitime et s'il faut indemniser le patient, va nommer un expert. L'expertise est un acte médico-légal qui ne lie pas le juge, elle lui apporte une aide, constitue une base de discussion (art. 246 du nouveau code de procédure civile). Elle est soumise à la libre critique des parties et possède un caractère facultatif.

L'expertise est réglementée au civil par les articles 232 à 284 du Code de procédure civile et obéit aux règles posées par le code de procédure pénale dans le cadre d'une expertise pénale.

2.1. Le choix de l'expert et sa mission.

Le juge désigne un expert sur la liste des experts de la cour d'appel de la juridiction saisie, lors de la première audience. Il existe une autre liste, nationale, auprès de la Cour de cassation. Le juge peut au civil nommer un expert qui n'est pas sur cette liste, en revanche au pénal, il est tenu d'en choisir un de cette liste. Il peut également nommer plusieurs experts s'il l'estime nécessaire (article 264 du Code de procédure civile). En principe, s'agissant d'une expertise d'intérêt buccodentaire, le choix du juge se porte sur un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologue, mais ce n'est pas une obligation légale (15, 31).

Le magistrat va donner à l'expert une mission très précise qui, d'une manière synthétique, doit déterminer s'il existe un préjudice, une faute et s'il y a un lien entre la faute et le préjudice. La rédaction d'une mission d'expertise est très importante et détermine de façon très précise les impératifs et les limites que l'expert sera tenu de respecter. L'expert devra répondre aux questions très précises définies dans cette mission et ne doit répondre qu'à ces questions. S'il veut apporter de nouveaux éléments, il doit demander au magistrat une extension de sa mission. La mission d'expertise comprend :

- ✓ les questions du magistrat
- ✓ la date du dépôt du rapport d'expertise
- ✓ l'exigence d'un pré-rapport
- ✓ le montant de la consignation mise à la charge du plaignant

L'expert a l'obligation de remplir lui-même la mission qui lui a été confiée.

2.2. Conduite de l'expertise.

2.2.1. Convocation des parties.

Les parties sont convoquées par l'expert par **lettre recommandée avec accusé de réception** et leurs conseils (avocat, praticien conseil...), par lettre simple. La date est le plus souvent fixée en fonction des disponibilités de chacun autant que faire se peut et le **délai** de convocation est généralement de **quinze jours à trois semaines** minimum, voire un mois. Ceci met en évidence **l'aspect contradictoire de l'expertise**. En effet, l'examen clinique du patient doit se faire en présence des deux parties afin que celles-ci puissent apporter leurs observations.

En général, sont présents lors de l'expertise : le patient, son avocat, éventuellement le nouveau praticien traitant, le praticien mis en cause et un chirurgien-dentiste ou médecin conseil désigné par l'assureur du praticien (8, 28, 39).

2.2.2. Historique des soins.

L'expertise comprend différentes phases. Elle commence par un **bref interrogatoire** qui permet à l'expert de situer le problème et de connaître les **principales doléances du demandeur et le système de défense du défendeur**.

L'expert reconstitue ensuite l'ensemble des faits ayant conduit à une procédure d'expertise ainsi que **l'historique des soins**.

La bonne tenue du dossier et des fiches cliniques du praticien mis en cause est alors très importante. Le cas contraire est un élément négatif pour le praticien car la fiche médicale est le premier document réclamé au praticien par l'expert.

L'expert va également **consigner les doléances du demandeur** et les reproduire dans le rapport d'expertise même si elles apparaissent irréalistes ou exagérées (8, 28, 39).

2.2.3. Etablir s'il y a eu faute.

Afin d'établir s'il y a eu faute, il est nécessaire pour l'expert d'**établir l'état médical du patient antérieurement aux actes critiqués**, grâce à son dossier médical (8).

Il va également **rechercher**, au vu des éléments de preuve fournis par le défendeur, **si celui-ci a rempli** à l'égard du demandeur, **son obligation d'information** préalablement à son consentement aux actes critiqués. La preuve de l'information peut être apportée par plusieurs éléments :

- ✓ notes inscrites par le praticien sur la fiche médicale du patient lors des consultations précédant la mise en œuvre du traitement ;
- ✓ le nombre de rendez vous consignés avant la mise en œuvre du traitement ;
- ✓ un plan de traitement détaillé, étape par étape, avec plusieurs options thérapeutiques ;
- ✓ courriers éventuels aux correspondants ;
- ✓ brochures d'information sur les traitements envisagés qui auraient été données au patient ;
- ✓ devis des travaux signés par les parties, avec le délai dont a disposé le demandeur pour accepter le devis proposé ;
- ✓ réputation du praticien de respecter son obligation d'information ;

Rien ne remplace la discussion avec le patient : il faut simplement enregistrer consciencieusement sur la fiche médicale l'essentiel des propos tenus. L'expert apprécie le montant des honoraires demandés par le praticien par rapport à ceux habituellement pratiqués. Il faut en effet avoir conscience que les conflits portent souvent sur la qualité des soins mais derrière se cache souvent une contestation des honoraires réclamés par le praticien (8).

Puis, l'expert procède à **l'étude des documents médicaux** apportés par la victime et par le praticien ainsi qu'à **l'examen clinique buccodentaire complet** en présence de toutes les parties et **décrit les lésions et séquelles directement imputables aux soins et traitements critiqués**. L'examen clinique suit un chemin précis et comporte un examen exobuccal, un examen des ouvertures et des articulations temporo-mandibulaires, un examen endobuccal incluant un examen parodontal, un examen de l'occlusion et une analyse de l'esthétique. Il faut souligner l'importance d'une définition précise de l'état antérieur qui ne peut être apportée que par des clichés radiographiques. Il est en effet recommandé de disposer d'une radiographie panoramique du patient datée et nommée, ce qui permet de clarifier cet état antérieur (8, 39).

L'expert n'oublie pas de dire **si les actes et traitements étaient pleinement justifiés**. Les dépulpsations non justifiées par exemple peuvent avoir de très graves conséquences judiciaires car elles sont considérées comme des mutilations. Il peut être intéressant de rappeler dans quelles circonstances la déulpation préprothétique est une décision opportune :

- ✓ réaction pulpaire défavorable suite à des agressions diverses (trauma, caries, soins répétés...) ;
- ✓ malposition (en raison de la perte de substance entraînée par le redressement de l'axe de préparation) ;
- ✓ espace prothétique insuffisant (après préparation d'un pilier en position normale, la pulpe n'est pas protégée par une couche de dentine suffisamment épaisse ;

- ✓ délabrement nécessitant un ancrage pulpaire ;
- ✓ malposition (8).

Enfin l'expert doit **dire si les soins ont été consciencieux, attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science médicale**. L'expert doit donner son avis sur la qualité des soins et le justifier.

Si le traitement a bien été réalisé de façon conforme aux données acquises le praticien peut alors être mis hors de cause (8, 39).

2.2.4. Déterminer la nature de la faute.

Si au contraire l'expert oriente son avis vers une défaillance, une erreur, ou une imprudence, il faut qu'il **analyse de façon motivée la nature** de ces erreurs, imprudences, manque de précautions, négligences pré, per ou post opératoires, maladresses ou autre défaillance relevées à la lueur des informations recueillies lors de l'expertise et des documents qui lui ont été fournis. **Le traitement doit être détaillé et les erreurs décrites et expliquées**. Cette phase de l'expertise est essentielle si les conditions d'indemnisation du patient sont réunies (faute, préjudice et lien entre les deux) (8, 39).

2.2.5. Evaluer le préjudice.

Même en l'absence de toute faute du praticien et en ne retenant pas les éléments du préjudice corporel se rattachant soit aux suites normales des soins, soit à l'état antérieur, l'expert devra :

- ✓ déterminer la durée de l'incapacité temporaire de travail en indiquant si elle est partielle ou totale ;
- ✓ fixer la date de consolidation et si elle n'est pas acquise, indiquer le délai à l'issue duquel un nouvel examen devra être réalisé et évaluer les seuls préjudices qui peuvent l'être en l'état (exemple : en cas d'insensibilité mentonnière, après un délai de 18 mois environ) ;

- ✓ dire s'il résulte des soins prodigués une incapacité permanente et si oui en préciser les éléments et la chiffrer
- ✓ dire si une indemnisation au titre des souffrances endurées est justifiée
- ✓ dire s'il existe un préjudice d'agrément, le décrire ;
- ✓ dire s'il existe un préjudice esthétique, en qualifier l'importance ;
- ✓ dire si l'état du demandeur est susceptible de modifications, en aggravation ou en amélioration, 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. Le traitement proposé intéresse seulement la réparation du préjudice et non une remise en état complète de la denture.

Le magistrat fixera le montant des indemnités en fonction de cette partie du rapport d'expertise (8, 39).

2.2.6. Le rapport de l'expert.

Le pré-rapport est une première version du rapport d'expertise. Ce pré-rapport est adressé aux parties afin qu'elles puissent en connaître le contenu et faire leurs observations, appelées les dires, dans un délai de quatre semaines. Ces dires peuvent encore orienter la réflexion de l'expert et influencer ses conclusions. Ces remarques, contestations, critiques si elles ne sont pas transmises à ce moment précis de l'expertise vont, émises ultérieurement, perdre énormément de leur poids. 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.

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 d'étayer ses conclusions et répond aux questions posées par le juge.

L'analyse des éléments recueillis conduit l'expert à retenir une faute à la charge du praticien ou à sa mise hors de cause. L'expert doit précisément répondre aux questions qui lui ont été posées dans la mission (8, 39).

III. Conduite à tenir du praticien lors d'un litige.

1. Désamorcer une situation de crise.

Cette situation de crise fait maintenant partie de notre exercice et chaque chirurgien-dentiste doit savoir comment la gérer.

Un conflit patient/chirurgien-dentiste peut se régler de façon amiable selon différentes voies : la négociation ou la médiation. Lorsque les parties sont en mesure de rechercher un terrain d'entente sans l'intervention d'un tiers, il s'agit d'une négociation. Le praticien doit essayer de trouver un terrain d'entente dès qu'il prend conscience de la réclamation du patient afin d'éviter tout dérapage vers le terrain judiciaire (20, 39).

1.1. Négociation.

Comme nous l'avons déjà signalé le patient exprime très souvent son mécontentement directement auprès du praticien, soit par oral, soit par écrit (39).

Si le patient débarque à l'improviste au cabinet, il est préférable sauf urgence de convenir d'un rendez-vous ultérieur avec lui. Ce **rendez-vous doit être convenu dans un avenir proche** afin qu'il n'ait pas la mauvaise impression que ses réclamations ne sont pas prises en considération. Repousser le rendez-vous par peur d'une confrontation ne ferait qu'envenimer la situation. Ce rendez-vous permet de **prendre le temps d'écouter et d'examiner plus sereinement les griefs exprimés par le patient (39).**

La demande d'explications du patient ne doit pas être accueillie avec mépris, mais recevoir une réponse adaptée conformément aux dispositions de l'article 27 du code de déontologie qui édicte que le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à agir toujours avec correction et aménité et à se montrer compatissant avec lui. Le mécontentement se dissipera le plus souvent après des explications appropriées et claires (32).

Lors de cet entretien, il importe de cerner la personnalité du patient mécontent et de l'écouter attentivement pour répondre au mieux à ses attentes. Certaines personnes possèdent des qualités naturelles en communication qui leur permettent de désamorcer une situation de crise spontanément ; pour les autres, on peut citer quelques conseils simples mais non évidents en situation :

- ✓ parler d'une voix calme ;
- ✓ ne pas paraître excédé : ne pas hausser le ton, ne pas soupirer ou hausser les épaules, les sourcils ;
- ✓ éviter de prendre un air désinvolte ;
- ✓ installer le patient confortablement face à nous ;
- ✓ laisser le patient parler ;
- ✓ **ECOUTER** ;
- ✓ prendre des notes ;
- ✓ donner des instructions pour ne pas être dérangé ;
- ✓ être poli mais ferme quand il le faut ;
- ✓ choisir des mots et des formulations appropriés à l'amélioration de la relation. Exemple : au lieu de « vous avez tort », il vaut mieux dire « je pense qu'il y a une méprise sur... » ou « vous devriez » en « il est souhaitable que nous... ». Le choix des termes est essentiel car un simple mot peut accentuer le conflit (45).

Il peut être intéressant de ressortir des pièces d'informations écrites ou des illustrations conservées dans le dossier (42).

Il est également conseillé **d'établir, par écrit, un récapitulatif des doléances évoquées ainsi que des réponses apportées à l'occasion de cet entretien et de lui adresser le plus rapidement possible ce récapitulatif.**

Ainsi, dans le cas où une procédure contentieuse serait intentée par le patient, le praticien pourra toujours prouver sa bonne foi en le produisant (30).

En effet, le praticien a, comme nous l'avons vu précédemment, un devoir d'information envers son patient qui concerne non seulement les informations avant les soins mais également a posteriori.

Dans le cas où les éléments de réponse qu'il a apportés ne satisfont pas le patient, et que le dialogue est un échec, le praticien peut communiquer les coordonnées de son assureur en responsabilité civile professionnelle, tout en prenant soin de faire une déclaration de sinistre auprès de celui-ci (7, 30).

En outre, le patient peut adresser au chirurgien-dentiste une lettre recommandée avec accusé de réception, résumant ses griefs et le mettant en demeure d'y donner suite. Le praticien peut répondre à cette lettre mais il n'y est pas obligé (7,30).

Lorsque le patient a souscrit un contrat d'assurance de protection juridique défense et recours, c'est sa compagnie d'assurance qui prend contact avec le praticien. Celui-ci peut refuser de répondre et fournir les coordonnées de sa propre compagnie d'assurances. Dans cette dernière hypothèse le règlement du litige s'opérera par le biais des compagnies d'assurances.

Quelque soit la critique ou la réclamation qui est faite, elle doit être perçue comme un problème à solutionner au mieux des intérêts de chacun. Un patient mécontent peut nuire à l'image du cabinet, par contre un patient insatisfait qui reçoit une réponse favorable à sa réclamation est profondément fidélisé (20, 45).

1.2. Assumer ses propres erreurs.

Le chirurgien-dentiste doit être calme, serein, et paraître sûr de lui afin d'inspirer confiance. Mais trop de confiance peut également tuer cette sensation de sécurité. Au moment où le patient met en cause le traitement qui lui a été fait, le chirurgien-dentiste qui reste un homme et qui fait donc des erreurs peut casser la relation avec son patient s'il reste sûr de ne rien avoir à se reprocher. Une attitude fermée et défensive risque de conforter le patient dans son idée alors que rester ouvert, à l'écoute, expliquer, sans chercher à se justifier, peut désamorcer cette crise (2, 20).

Ne jamais se dérober, surtout si la réclamation est justifiée. Reconnaître une erreur, c'est faire preuve de transparence et d'honnêteté. Immédiatement, le patient se calme. Il faut le tranquilliser en lui promettant de tout mettre en œuvre pour régler le problème. Par délicatesse et afin d'éviter de réenclencher une crise, il vaut mieux ne pas redemander d'honoraires lorsqu'on refait le traitement (2).

De plus, assumer ses propres erreurs c'est savoir se remettre en question. Accepter la critique même si elle est difficile à entendre permet d'évoluer vers les modifications qui s'imposent et qui se révéleront sources d'amélioration et de progrès (45).

2. Le Chirurgien-dentiste et son assurance responsabilité civile professionnelle.

La loi du 4 mars 2002 impose aux professionnels de santé de souscrire une assurance destinée à garantir leur responsabilité civile susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers dans le cadre de leur activité de prévention, de diagnostic ou de soin, y compris lors d'un remplacement ou d'un salariat. En l'absence d'assurance, le praticien aurait à faire face personnellement au versement de l'indemnité due à la victime, aux frais de justice, aux honoraires de l'expert, de l'avocat, etc. (30).

Il faut donc être assuré dès que l'on débute son exercice libéral. Il s'agit de bien comprendre ce contrat et ses nombreuses clauses afin de s'éviter de mauvaises surprises.

2.1. La nature du contrat.

Le principe de l'assurance peut être définie comme « *une opération par laquelle un assureur organise en mutualité une multitude d'assurés exposés à la réalisation de certains risques et indemnisent ceux d'entre eux qui subissent un sinistre grâce à la masse commune des primes collectées* » (42).

Trois éléments caractérisent le contrat d'assurance: le risque, la prime, et la prestation de la compagnie d'assurance.

En France, ce contrat est soumis aux dispositions du Code des Assurances.

2.2. La teneur du contrat.

Les risques garantis par le contrat sont de deux natures. Il garantit d'une part les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile du praticien à l'égard de la victime, le coût de la procédure judiciaire d'autre part.

Le contrat d'assurance responsabilité fixe notamment l'objet de la garantie (risques garantis), les exclusions (risques non garantis), la prime et les obligations réciproques des parties.

La **garantie dépense** stipule que les frais de justice et les honoraires d'avocat seront pris en charge par l'assureur.

La **garantie défense et recours** engage l'assureur à défendre le praticien dans une action en justice et à exercer les recours nécessaires.

La **garantie protection juridique** quant à elle assure une assistance plus large en dépassant le cadre professionnel car elle s'étend aux litiges qui intéressent l'assuré dans sa vie privée.

Le contrat couvre la responsabilité du praticien quelle que soit sa nature juridique (contractuelle, délictuelle...). Les actes illicites et les dommages nés de fautes intentionnelles de l'assuré (c'est à l'assureur de prouver qu'elle est intentionnelle) sont exclus du contrat d'assurance : **si la responsabilité du praticien est retenue, seules les condamnations civiles seront supportées par l'assureur**. Les condamnations pénales ou disciplinaires sont exclues mais cela n'empêche pas l'assureur d'assumer la défense du praticien devant les juridictions pénales ou tout autre dès lors que sa responsabilité civile professionnelle est engagée.

Le contrat d'assurance doit être souscrit de bonne foi. De plus, le souscripteur doit au moment de la conclusion du contrat déclarer avec exactitude les risques encourus, généralement en répondant à un questionnaire établi par l'assureur. Ce questionnaire permet à l'assureur de calculer au plus juste les primes à réclamer. La prime représente le coût de la garantie du risque et est en effet calculée en fonction des risques. Dans le cadre de la pratique de l'implantologie, les primes d'assurance sont nettement plus élevées que dans le cadre de l'omnipratique. Cela s'explique par la spécificité et l'importance des risques liés à l'exercice de l'implantologie.

Bien évidemment sont exclus de la garantie les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les textes légaux ou réglementaires et ceux non validés résultant d'expérimentations de l'assuré (30).

Le praticien doit lire attentivement le contrat qui lui est proposé et refuser toute couverture incomplète. Il ne faut pas se laisser abuser par un plafond de garantie énorme qui sauf exception n'est jamais atteint. De plus, le praticien souscrit un contrat qui doit prendre en charge toutes les conséquences des sinistres qu'il peut provoquer lors de son activité professionnelle (51).

Certains contrats ne couvrent que la réparation du préjudice corporel subi par le patient, or il est habituellement assez limité en matière de chirurgie dentaire. L'essentiel du dommage consiste dans la réparation du préjudice matériel c'est-à-dire dans le coût de la reprise du traitement (51). Le contrat d'assurance se doit de couvrir la responsabilité du praticien mais également d'assurer une défense confraternelle, un soutien moral et financier en cas de sinistre, l'assistance de ses conseillers techniques, experts et avocats spécialisés (19).

La responsabilité des praticiens est de plus en plus fréquemment mise en cause et dans certains domaines l'on tend vers une obligation de résultat c'est pourquoi il est indispensable d'être bien assuré.

Lorsqu'en dehors des actes professionnels, le praticien cause un dommage à un tiers c'est le contrat d'assurance responsabilité exploitation qui prend en charge ; cela couvre en fait la responsabilité civile délictuelle ou quasi délictuelle du praticien. Le contrat d'assurance responsabilité civile employeur couvre quant à lui les dommages causés à ses préposés (19, 30).

2.3 Déclarer un sinistre.

2.3.1. Le sinistre.

Le sinistre est réalisé dès lors que le patient peut raisonnablement estimer qu'un fait imputable au praticien est de nature à entraîner des dommages couverts par la garantie de l'assureur (7, 39).

Pour le praticien, le sinistre est réalisé **dès qu'il a connaissance de la réclamation du patient (7)**. Or, tout dommage causé à des patients résultant d'acte de diagnostic, de soins ou de prévention constitue un sinistre garanti par le contrat responsabilité civile professionnelle. Rappelons-le, ce sinistre peut se matérialiser par :

- la réception d'une réclamation écrite ou orale d'un patient, avocat ou assurance ;

- la réception d'une convocation du tribunal, du conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (avis du conseil départemental, notification du conseil régional) ou d'un expert.

2.3.2. Attitude du praticien vis-à-vis de son assurance responsabilité civile.

Le praticien mis en cause par son patient est tenu d'avertir sa compagnie d'assurance dès la survenue d'un sinistre, même s'il estime qu'il s'agit d'un incident ou que sa responsabilité n'est pas engagée. **Un praticien qui négocierait seul la solution du litige sans déclarer le sinistre à sa compagnie d'assurance ne pourrait plus prétendre ensuite aux bénéfices du contrat d'assurance qu'il avait souscrit (7, 19).**

Précisons que c'est le contrat d'assurance en vigueur au jour de la première réclamation qui prend en charge le sinistre et non celui valable au moment du traitement mis en cause (39).

La forme de la déclaration n'est pas imposée mais elle se fait généralement par l'envoi à la compagnie d'assurance d'une lettre dans laquelle les faits sont relatés de façon détaillée. Cette lettre est sous pli cacheté à l'attention du médecin conseil de la compagnie d'assurance. Elle doit néanmoins intervenir dans un délai variable selon le contrat d'assurance souscrit : ce délai peut souvent ne pas être supérieur à **cinq jours ouvrables à partir du lendemain du jour où l'assuré a eu connaissance du sinistre.**

La déclaration doit contenir :

- le numéro de sociétaire ;
- la date des faits ;
- l'identité du patient ;
- copie de la réclamation écrite reçue ou copie des actes de procédure à votre rencontre ;

- copie du dossier clinique du patient à l'attention du comité dentaire.

Il est fortement recommandé de ne pas reconnaître sa responsabilité avant de contacter son assureur, de ne pas procéder au règlement du sinistre sans avoir contacté son assureur et de ne pas faire de déclaration dans le cas où vous estimez ne pas être en faute.

Il est intéressant de connaître cette démarche pour ne pas faire d'erreur face à un litige et afin que celui-ci soit bien pris en charge par l'assurance (7).

3. Réunir et vérifier les pièces constitutives du dossier médical de son patient.

Afin de reconstituer l'ensemble des faits ayant conduit au litige, le praticien est tenu de communiquer toutes les pièces du dossier du patient.

Il doit donc réunir :

- fiche d'anamnèse ;
- fiches cliniques : liste des soins effectués avec commentaires ;
- comptes rendus opératoires ;
- comptes rendus d'examens ;
- les radiographies : panoramiques, rétro alvéolaires, etc ;
- photographies ;
- examens complémentaires ;
- devis daté et signé ;
- correspondances échangées ;
- certificat ;
- moulages ;

- le consentement éclairé.

Ces documents vont permettre de connaître l'état médical du demandeur avant les soins effectués (radiographie panoramique importante), de reconstituer les soins effectués par le praticien ainsi que de prouver que l'obligation d'information et un suivi consciencieux ont été respectés (8, 25).

Un praticien peu rigoureux dans la tenue de ses fiches cliniques risque de ne pas pouvoir fournir ces éléments ou alors de donner des éléments non exploitables. L'informatisation facilite ce travail mais le fait de donner une fiche clinique mal tenue, des radiographies non identifiées, non datées, l'absence de sauvegarde informatique, l'absence de photocopie des devis, etc, sont des points négatifs pour le praticien. Tout cela laisse supposer un désordre clinique calqué sur le désordre administratif et ternit l'image de l'activité du praticien (8).

Ces documents garantissent la traçabilité des soins et sont la clé de voûte d'une éventuelle expertise et doivent donc être clairs, lisibles et complets. Leur conservation est obligatoire pendant 30 ans (8).

4. Prendre contact avec un avocat.

Lors de la survenue d'un sinistre, le praticien mis en cause a intérêt à prendre le plus rapidement possible contact avec un avocat. Ce premier contact peut être seulement téléphonique mais il doit intervenir dès que possible. En effet, si le chirurgien-dentiste est assigné, le délai entre l'assignation et l'audience est bref. Le praticien et son avocat ne disposent que de cette courte période pour constituer leur dossier (22).

En premier lieu, le praticien devra discuter avec son avocat afin de l'éclairer sur le choix de la spécialité de l'expert et lui préciser s'il existe une quelconque inimitié avec un des experts de la liste. Ceci pour éviter toute difficulté ultérieure et faciliter objectivité et sérénité lors de l'expertise.

L'expert peut être remplacé après sa désignation par le magistrat mais cela reste délicat c'est pourquoi il vaut mieux prévenir.

Ensuite, le praticien devra donner à son avocat toutes pièces constitutives du dossier médical du patient car c'est l'avocat qui les communique à l'expert et au demandeur. Ce dossier comprend les fiches cliniques, les résultats d'examens, les radiographies, les correspondances échangées avec le patient ou avec des confrères. L'avocat conseillera peut être au praticien de résumer l'ensemble des soins prodigués et la nature des relations avec son patient afin d'éclairer l'expert (22)

L'avocat est un intermédiaire entre le praticien et l'expert et/ou le demandeur.
C'est l'avocat qui se charge de transmettre les pièces du dossier à l'expert et à l'autre partie. De plus, il appartient au chirurgien-dentiste de lui faire connaître sa position et ses critiques sur le pré-rapport dès sa réception. L'avocat, avec l'aide du praticien, va alors tenter d'orienter la réflexion de l'expert et de peser sur la rédaction définitive du rapport d'expertise. Ces dires peuvent corriger une inexactitude ou une erreur, interroger, demander d'éclaircir des zones d'ombres, préciser certains points. Le but est d'insister sur les points pouvant aller dans le sens de la défense.

Il est important d'entretenir de bons rapports avec cet avocat car le praticien aura affaire à lui durant toute la procédure. Son rôle est de conseiller, aider, défendre. Ce conseil sera non seulement un soutien juridique mais également un soutien moral lors de cette épreuve difficile pour n'importe quel praticien. **Cette relation praticien-avocat est très importante car elle influence fortement la gestion du dossier (22).**

CONCLUSION

Le patient est aujourd'hui de plus en plus acteur de sa santé. La notion de paternalisme médical est évincée au profit des droits et de l'autonomie de l'individu et la loi du 4 mars 2002 entérine la mutation des rapports soignant-soigné. Le chirurgien-dentiste devient « prestataire de service » et possède de nombreuses obligations envers son patient tandis que ce dernier devient « consommateur de soins » et possède beaucoup de droits. Le rapport dominant-dominé reproché au paternalisme s'inverse au profit du patient.

La relation patient/chirurgien-dentiste n'échappe pas à cette évolution et est alourdie par le climat d'insécurité inhérent à notre spécialité. Les patients n'acceptent plus le risque qui subsiste lors de tout acte médical et sont de plus en plus exigeants. La responsabilité du chirurgien-dentiste est ainsi de plus en plus souvent mise en cause pour n'importe quelle raison. La faute reconnue d'un praticien n'est de nature à engager sa responsabilité que s'il y a un lien de causalité entre cette faute et le dommage, quelle que soit sa gravité. Cette faute peut revêtir différentes formes mais c'est le plus souvent le manquement à l'obligation d'information ou à l'obligation de moyens qui est en cause. L'obligation de moyens tend de plus actuellement vers une obligation de résultat beaucoup moins favorable au praticien.

Le conflit éclate le plus souvent lorsque le patient perd confiance et que le dialogue est rompu. Un règlement amiable du conflit sera toujours recherché en premier lieu par le praticien ou sa compagnie d'assurance. Le dialogue est la clé de cette résolution amiable. En outre, le Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes possède un rôle majeur dans la résolution de litiges par la conciliation amiable s'il s'agit d'une simple réclamation et par son rôle disciplinaire en cas de plainte. Si l'une des deux parties reste fermée à toute discussion le conflit glisse vers une procédure contentieuse. Cette procédure est appréhendée par n'importe quel praticien mais la compagnie d'assurance responsabilité civile est là pour accompagner et défendre son assuré sur ce terrain inconnu.

C'est pourquoi le choix de cette assurance devenue obligatoire ne doit pas être négligé par le praticien.

Afin de prévenir les litiges, le chirurgien-dentiste doit se montrer encore plus rigoureux, plus méticuleux et vigilant dans la tenue de ses dossiers. La formation continue s'impose comme une évidence pour chaque praticien. Par ailleurs, le chirurgien-dentiste doit prendre le temps de communiquer non seulement parce que cela fait partie de ses obligations, mais également afin d'effacer toutes les appréhensions du patient et de cerner ses attentes sur le plan thérapeutique. L'absence de formation à ce sujet, les contraintes de rentabilité et le manque de temps conditionnent les praticiens à négliger ces aspects de la relation patient/chirurgien-dentiste. Il faut prendre conscience de la nécessité d'approfondir ces notions de communication et de psychologie afin de s'épanouir dans un véritable partenariat thérapeutique.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Contrat synallagmatique (39).....</i>	14
<i>Figure 2 : Les obligations du chirurgien-dentiste et leurs sources.....</i>	29
<i>Figure 3 : Responsabilités du chirurgien-dentiste.....</i>	30
<i>Figure 4 : La faute (39).....</i>	36
<i>Figure 5 : Faits dommageables.....</i>	39
<i>Figure 6 : Voies de contestation du patient.....</i>	55
<i>Figure 7 : Choix de la procédure par le patient.....</i>	57
<i>Figure 8 : Règlement amiable par négociation directe ou par le biais des assureurs.....</i>	59
<i>Figure 9 : Saisine en conciliation du Conseil départemental de l'Ordre (39).....</i>	61
<i>Figure 10 : Procédure disciplinaire ordinale (39).....</i>	66

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ALBOU JP.

Les clés du succès pour un travail sans douleur.
Rev Odontostomatol (Paris) 1980;**9**:33.

2. AMZALAG A.

Codes de la relation dentiste-patient.
Paris : Masson, 2007.

3. ANONYME.

Devis et consentement.
Inf Dent 2007;**89**(27):1574-1575.

4. ANONYME.

Risque Médical : Orthodontie et endodontie génèrent de plus en plus de litiges.
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2009 Fév-Mar;**75**:20-21.

5. ARRETO CD, BRUNET CANONNE A et FIORETTI F.

Consulter en odontologie. La relation praticien-patient.
Paris : CDP, 2006.

6. ATTATLI E.

Quand y a-t-il faute ?
Clinic 2009;**30**:17.

7. BERGOUNOUX M.

Que faire en cas de sinistre dans le cadre de votre responsabilité civile professionnelle ?
Chir Dent Fr 2007;**1289**:12-13.

8. BERT M.

Expertise judiciaire.
Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**218**:217-224.

9. BERTHIAU D.

Droit de la santé.
Paris : EJA, 2007.

10. BERY A.

Revue de jurisprudence du 1^{er} janvier 2001 au 31 mai 2001.
Actual Odontostomatol (Paris) 2001;**216**:477-480.

11. BERY A.

Contrat de soin : impérialisme, paternalisme, consumérisme.
Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**218**:225-242.

12. BERY A.

Le consentement du patient.
Actual Odontostomatol (Paris) 2003a;**173**:101-105.

13. BERY A.

Information et consentement dans le cadre de l'exercice de l'odonto-stomatologie.
Actual Odontostomatol (Paris) 2003b;**223**:287-294.

14. BERY A.

Information et consentement.
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23-842-A-04, 2005,**18**.

15. BERY A, CREUSOT G et SAPANET M.

L'expertise dentaire et maxillofaciale.
Paris: Masson, 1996.

16. BERY A et DELPRAT L.

Droits et obligations du chirurgien-dentiste.
Hericy : Edition du Puits Fleuri, 2006.

17. BOITEUX

Information du patient et recueil de son consentement.
Chir Dent Fr 2002;**1092**:38-41.

18. BONNETON E et PIN JP.

Procédure en contentieux médical.
Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**218**:151-162.

19. BONNEVILLE JP.

L'assurance responsabilité civile professionnelle.
Chir Dent Fr 2007;**1289**:8-9.

20. BUISSON MJ.

Communication : quand la situation est difficile...Comment accueillir les critiques justifiées d'un patient ?
Inf Dent 2006;**88**(13):713-727.

21. CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES.

Définition de la responsabilité.
<http://www.cnrtl.fr>

22. CHASTANT-MORAND MC et NOSSINTCHOUK R.

Les relations du praticien avec l'avocat de sa compagnie d'assurance en responsabilité civile.
Inf Dent 2002;**84**(40):3197-3204.

23. CHOCQUE JC et LEBRETON D.

Le devoir d'information : le consentement libre et éclairé du patient.
Chir Dent Fr 2001a;**1024/1025**:20-29.

24. CHOCQUE JC et LEBRETON D.

Le devoir d'information : le consentement libre et éclairé du patient.
Chir Dent Fr 2001b;**1026**:12-19.

25. COLLEGE ODONTOLOGIE ET DROIT.

Le chirurgien-dentiste et les actes esthétiques.
Inf Dent 2005 ;**87**(37):2281-2282.

26. COLLEGE ODONTOLOGIE ET DROIT.

Devis et consentement.
Inf Dent 2007 ;**89**(27) :1574-1575.

27. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

Gestion des conflits.
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>

28. DAUPLEIX C et WIERZBA CB.

Conduite de l'expertise.
Chir Dent Fr 1996;**791**:33-35.

29. DIBOS-LACROIX S et VALLAS-LENERZ E.

Patients, faites respecter vos droits !
Paris : Prat, 2003.

30. DUMONT M.

Assurance responsabilité professionnelle.
Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**218**:173-183.

31. ERNOUF GE.

Expertises et spécialités.
Chir Dent Fr 1997;**865**(67):10-15.

32. HOVER C.

Mieux vaut prévenir que guérir...un conflit !
Inf Dent 2008;**90**(38):2191-2197.

33. JACOTOT D.

Règlement des litiges, L'obligation de tenter la conciliation.
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003 Mai;**17**:33-34.

34. JACOTOT D.

Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire.
Paris : Texto, 2005.

35. LEGIFRANCE.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

36. MACCOTTA J.

Réflexions sur la conciliation.
Actual Odontostomatol (Paris) 2002a;**218**:207-215.

37. MACCOTTA J.

Conciliation, Un rôle clé dévolu au président départemental.
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2002b sept;**10**:33-34.

38. MICHELET H.

Chambre de médiation et d'arbitrage du conseil national. Un nouveau mode alternatif de règlement des conflits.
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003 Jan;**14**:16-17.

39. MISSIKA P et RAPHAL B.

Droit et chirurgie dentaire : prévention, expertises et litiges. Collection JPIO.
Paris : CdP, 2006.

40. NOSSINTCHOUK R.

Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire.
Paris : CdP, 1998.

41. PASINI W et HAYNAI A.

Manuel de psychologie en Odontologie.
Paris : Masson, 1992.

42. PIERRE J.

La responsabilité médico-juridique du praticien en implantologie orale.
Paris : Doin, 1993.

43. POMMAREDE P.

Rapport du Conseil médical du Sou Médical - Groupe MACSF sur l'exercice 2007.
Responsabilité 2008 Nov;**34**-35.

44. PSYCHOLOGIES.

La peur.
<http://www.psychologies.com>

45. ROZENCWEIG D.

Des clés pour réussir au cabinet dentaire.
Paris : Quintessence Internationale, 2000.

46. SAINT-PIERRE F.

La bouche, entre plaisir et souffrance.
Paris : ESKA, 2000.

47. SANS AUTEUR

Prescription et responsabilité du praticien.
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2001 Avr;**26**:21-22.

48. SARGOS P.

Responsabilité civile médicale, grandes évolutions de la jurisprudence de la Cour de cassation.

Actual Odontostomatol (Paris) 2002;**218**:137-149.

49. SOLE R.

Consentement du patient. Informer pour éclairer.

Chir Dent Fr 2007;**77**:321.

50. VASSAL JP.

La responsabilité au regard de la déontologie.

Actual Odontostomatol (Paris) 1995;**192**:603-607.

51. VASSAL JP.

Responsabilité civile professionnelle: les pièges de l'assurance.

Inf Dent 2006;**88**(44):2849-2851.

52. VASSAL JP.

Droit à l'information du patient.

Inf Dent 2008;**90**(3):96-97.

53. VULGARIS MEDICAL.

La bouche.

<http://www.vulgaris-medical.com>

54. WIKIPEDIA.

Conlit.

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Conflit_\(science_sociale\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Conflit_(science_sociale))

55. YARDIN M.

Odontologie globale.

Paris : Masson, 1995.

BERTHELOT (Estelle). Gestion des conflits patients/chirurgiens-dentistes.

118 f. ; ill. ; 55 réf. ; 30cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2010)

Résumé :

Les chirurgiens-dentistes, comme les autres professionnels de santé sont de plus en plus souvent confrontés à des situations conflictuelles avec leurs patients. Le conflit éclate lorsque le patient perd confiance et que le dialogue est rompu. Un règlement amiable sera toujours recherché en premier lieu par le praticien ou sa compagnie d'assurance. Le Conseil départemental de l'ordre possède un rôle majeur dans la gestion des conflits. Si le conflit glisse vers une procédure contentieuse, l'assurance responsabilité civile du praticien accompagne et défend le praticien. La faute reconnue d'un praticien n'est de nature à engager sa responsabilité que s'il y a un lien de causalité entre cette faute et le dommage. Communication et psychologie semblent être les clés de la résolution de ces conflits.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :

Médecine légale et déontologie

MOTS CLES MESH :

Relation dentiste patient	Dentist Patient Relations
Dentisterie médico-légale	Forensic Dentistry
Résolution problème	Problem Solving

ADRESSE DE L'AUTEUR :

BERTHELOT Estelle 1 rue de Belsunce 44100 NANTES

estelleberthelot@msn.com