



Les obligations du chirurgien-dentiste dans le contrat de soins

Geoffrey Migliardi

► To cite this version:

Geoffrey Migliardi. Les obligations du chirurgien-dentiste dans le contrat de soins . Chirurgie. 2017. dumas-01617813

HAL Id: dumas-01617813

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01617813>

Submitted on 17 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les obligations du Chirurgien-Dentiste dans le contrat de soins

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la
Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 01 septembre 2017

par

MIGLIARDI Geoffrey
né le 29 octobre 1991
à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	B. FOTI
Assesseurs	: Monsieur le Professeur	J. DEJOU
	<u>Madame le Docteur</u>	<u>D. TARDIVO</u>
	Monsieur le Docteur	P. LAURENT
Invité	: Monsieur le Docteur	R. JUANEDA

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE

DOYENS HONORAIRES	Professeur Professeur Professeur	A. SALVADORI R. SANGIUOLO [†] H. ZATTARA
DOYEN	Professeur	J. DEJOU
VICE – DOYEN CHARGÉ DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE FORMATION INITIALE	Professeur	J.D. ORTHLIEB
VICE – DOYEN CHARGÉ DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE LA RECHERCHE	Professeur	C. TARDIEU
DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE	Professeur	V. MONNET-CORTI
CHARGÉS DE MISSION	Professeur Docteur Docteur	A. RASKIN P. SANTONI F. BUKIET
RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS	Madame	C. BONNARD
PROFESSEURS ÉMÉRITES	Professeur Professeur Professeur	J. J. BONFIL F. LOUISE O. HUE

DOCTEURS HONORIS CAUSA DE L'UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE

PRÉSIDENT DE LA SECTION DE LA MÉDECINE DENTAIRE UNIVERSITÉ DE GENÈVE – SUISSE	J.N. NALLY	1972
DOYEN DE LA FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE UNIVERSITÉ DE PITTSBURGH – PENNSYLVANIE - USA	E. FOREST [†]	1973
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE UNIVERSITÉ DE GENÈVE – SUISSE	L.J. BAUME	1977
DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE UNIVERSITÉ DE BOSTON - MASSACHUSETTS – USA	H.GOLDMAN [†]	1984
UNIVERSITÉ DE GÖTEBORG – SUÈDE	P.I. BRÅNEMARK	1997

56^{ème} SECTION : DEVELOPPEMENT CROISSANCE ET PREVENTION

56.1 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

Professeur	C. TARDIEU *	Assistant	I. BLANCHET
Maître de Conférences	D. BANDON	Assistant	C. KHOURY
Maître de Conférences	A. CHAFAIE	Assistant	V. MAGNAN
		Assistant	N. RENOU

56.2 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Maître de Conférences	J. BOHAR	Assistant	M. BARBERO
Maître de Conférences	E. ERARD	Assistant	L. LEVY-DAHAN
Maître de Conférences	J. GAUBERT	Assistant	S. MARION des ROBERT
Maître de Conférences	M. LE GALL*	Assistant	C. MITLER
Maître de Conférences	C. PHILIP-ALLIEZ	Assistant	A. PATRIS-CHARRUET
		Assistant	J. SCHRAMM

56.3 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

Professeur	B. FOTI *	Assistant	J. SCIBILIA
Maître de Conférences	D. TARDIVO		

*Responsable de la sous-section

57 ^{ème} SECTION : SCIENCES BIOLOGIQUES, MÉDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE
--

57.1 PARODONTOLOGIE

Professeur	V. MONNET-CORTI *	Assistant	A. BOYER
		Assistant	V. MOLL
		Assistant	A. MOREAU
		Assistant	M. PIGNOLY

57.2 CHIRURGIE BUCCALE – PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE - ANESTHÉSIOLOGIE – RÉANIMATION

Maître de Conférences	D. BELLONI	Assistant	J. GARCONNET
Maître de Conférences	J. H. CATHERINE *	Assistant	E. MASSEREAU
Maître de Conférences	P. ROCHE-POGGI	Assistant	E. QUINQUE

57.3 SCIENCES BIOLOGIQUES BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMO-PATHOLOGIE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE

Maître de Conférences	P. LAURENT	Assistant	C. LE FOURNIS
-----------------------	------------	-----------	---------------

65^{EME} SECTION : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeur	I. ABOUT* (Responsable de la sous-section 57.3)
------------	---

*Responsable de la sous-section

58^{ème} SECTION :
SCIENTES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES

58.1 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Professeur	H. TASSERY	Assistant	B. BALLESTER
Maître de Conférences	G. ABOUDHARAM	Assistant	H. DE BELENET
Maître de Conférences	F. BUKIET	Assistant	A. FONTES
Maître de Conférences	C. PIGNOLY	Assistant	M. GLIKPO
Maître de Conférences	L. POMMEL *	Assistant	S. MANSOUR
Maître de Conférences	E. TERRER	Assistant	L. ROLLET
Maître de Conférences associé	M. GUIVARC'H		

58.2 PROTHÈSE PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE TOTALE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE

Professeur	M. RUQUET		
Maître de Conférences	G. LABORDE	Assistant	M. DODDS
Maître de Conférences	M. LAURENT	Assistant	A. FERDANI
Maître de Conférences	B.E. PRECKEL	Assistant	C. MENSE
Maître de Conférences	P. SANTONI *	Assistant	C. NIBOYET
Maître de Conférences	G. STEPHAN	Assistant	A. REPETTO
Maître de Conférences	P. TAVITIAN	Assistant	A. SETTE
Maître de Conférences	A. TOSELLO		

58.3 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTOLOGIE, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Professeur	J. DEJOU	Assistant	T. GIRAUD
Professeur	J. D. ORTHLIEB *	Assistant	M. JEANY
Professeur	A. RASKIN		
Maître de Conférences	A. GIRAudeau		
Maître de Conférences	B. JACQUOT		
Maître de Conférences	J. P. RÉ		

*Responsable de la sous-section

*A notre Président de thèse,
Monsieur le Professeur Bruno FOTI,*

Nous vous remercions très chaleureusement d'honorer notre travail de votre attention, en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous avons apprécié tous ces moments passés en cours et durant nos vacations hospitalières à vos côtés.

Vous avez su, notamment grâce à votre gentillesse, votre expérience, et votre humanité, contribuer à la construction de nombreux de nos souvenirs, et plus généralement à notre bien être étudiant.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de toute notre gratitude.

*A notre Directeur de thèse,
Madame le Docteur Delphine TARDIVO,*

Je te remercie de l'honneur que tu me fais d'avoir dirigé cette thèse, qui clôture mes années à la faculté. Ta patience, ta disponibilité et l'intérêt que tu as montré à son élaboration m'ont permis d'aborder ce travail plus sereinement et de finir mes années en étant accompagné, comme tu as su le faire au cours de toutes mes années d'étude.

Tout au long de mon cursus, tu m'as apporté ton aide et tes conseils, que ce soit à travers des projets associatifs que nous avons élaborés ensemble comme le premier projet de prévention bucco-dentaire étudiant « Gardez le Sourire », ou bien le premier congrès scientifique étudiant d'excellence, mais également sur des projets plus personnels.

Je suis heureux de terminer mon dernier projet étudiant, la rédaction de cette thèse, en ta compagnie et sous ta supervision.

J'ai d'abord apprécié l'enseignante investie, dévouée, surqualifiée et toujours pédagogue, puis j'ai découvert une amie altruiste et à l'écoute. C'est avec une certaine évidence que tu as pris aujourd'hui la place d'un maître et d'un exemple à suivre. C'est donc tout naturellement que j'ai voulu faire ce travail avec toi.

Ta gentillesse, tes valeurs, ta bienveillance et ta rigueur sont autant de qualités que j'ai le plaisir de retrouver dans tous ces rôles que tu as eus.

A travers ces quelques mots et ce travail, je te prie de trouver l'expression de ma plus profonde gratitude et estime, et mes remerciements les plus sincères.

A notre Jury de thèse,

Monsieur le Doyen et Professeur Jacques DEJOU,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect pour la qualité de votre encadrement et de l'enseignement que nous avons reçu tout au long de notre cursus sous votre direction.

Vous avez su m'accompagner, me conseiller, et me soutenir durant mes différentes missions associatives et de représentation, de façon toujours très juste et bienveillante.

Merci pour m'avoir accordé votre confiance.

Nous vous prions de trouver dans ce travail toute l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Jury de thèse,

Monsieur le Docteur Patrick LAURENT,

Nous vous remercions très chaleureusement d'honorer notre travail de votre attention, en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Vous avez su durant nos vacations hospitalières nous enseigner la pratique de la chirurgie orale avec beaucoup d'attention, de pédagogie, et d'exemplarité. Je conserve notamment un souvenir très particulier et personnalisé quant à l'identification des différents daviens.

Merci pour votre générosité et votre sympathie.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A notre Jury de thèse,

Monsieur le Président et Docteur Robert JUANEDA,

C'est un très grand honneur et un plaisir de vous voir présent lors du passage de ce cap de notre vie étudiante à notre vie professionnelle.

Vous avez su au cours de nos études nous initier aux principes éthiques et déontologiques de notre profession, et nous sensibiliser à cette famille particulière qu'est l'Odontologie, avec dévouement, passion, et une justesse certainement propre aux musiciens.

Soyez assuré de notre profond respect et de toute notre gratitude pour ce que vous avez pu nous apporter au cours de notre cursus.

« Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible. »

Antoine de Saint-Exupéry

À mes parents,

À mon frère,

À mes grands-parents G. & J.

À ma famille,

À mes parents,

Pour votre accompagnement sans faille tout au long de mon parcours. Vous avez toujours su être présents, bienveillants, et à l'écoute, me donnant systématiquement les conseils les plus justes et pertinents pour me faire sans cesse aller de l'avant.

Cette réussite et ce travail de thèse n'aurait jamais pu être possible sans votre investissement, vos sacrifices nombreux, et votre dévouement.

J'ai conscience de ne pas avoir été de tout repos pour vous dans mes extravagances associatives par exemple, mais malgré cela vous m'avez toujours appuyé et soutenu, et cela depuis le plus jeune âge que je puisse me souvenir.

Vous avez amplement contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui et je ne cesserais de vous en remercier. Je m'estime profondément chanceux d'avoir reçu l'éducation qu'est la vôtre.

Je profite donc de la tribune que m'offre ce moment pour vous remercier d'être les parents que vous êtes, et vous exprimer le souhait que j'ai de faire plus tard les choses aussi parfaitement que vous avez pu le faire pour mon frère et moi. Bien que cette thèse ne soit qu'un maigre remerciement que je peux vous témoigner, je souhaite vous la dédier entièrement comme signe de ma reconnaissance éternelle.

À mon frère,

Mon meilleur ami, mon meilleur exemple. J'ai toujours été en admiration devant ton savoir et tes nombreux accomplissements. Tu m'as ouvert la voie sur de nombreux domaines, et ton expérience et conseils m'ont permis aux côtés de nos parents de me faire avancer dans des chemins sécurisés et moins obscurs. Ta bienveillance, et ton caractère ont certainement construit par un certain mimétisme ce que je suis aujourd'hui. Je tiens à te remercier pour tout cela, mais également pour m'avoir fait découvrir deux fois la joie d'être parrain, et l'oncle de ta jolie petite fille.

Je suis fier d'être ton petit frère.

À mes grands-parents,

Que je ne cesserais de remercier pour m'avoir donné l'amour italien dont tout petit fils peut rêver. Vous avez toujours su être présents, et m'accompagner à votre façon au cours de ma vie et de mes nombreux projets. Votre expérience et votre vécu ont contribué à faire de moi une personne à l'écoute, investie, et passionnée. Je souhaite au travers de mon parcours et de ma réussite professionnelle vous rendre pleinement hommage.

À mes amis,

Renaud, merci d'être cet exemple de bonheur qu'un ami peut rêver d'avoir. Ta bonne humeur continue, ta folie, ta simplicité, et les valeurs humaines que tu véhicules sont une leçon perpétuelle que tu nous donnes à chacun. Je ne compte même plus les souvenirs construits avec toi tellement ils sont nombreux, que ce soit au local comme dans les événements nationaux. Je tiens ici à te remercier sincèrement pour l'amitié que tu m'offres depuis tout ce temps et qui continuera au travers de l'aventure professionnelle que cette thèse va nous autoriser à vivre.

Léa, merci de croire en moi depuis tout ce temps, d'avoir toujours été là. Merci pour ces moments et souvenirs que l'on a partagés et construits ensemble depuis le début de nos études. Tu es une véritable alliée, d'une écoute attentive et si bienveillante. Ta maturité et ton expérience ne cessent de me faire grandir et j'espère que cela ne fait que commencer, malgré les 6 années déjà écoulées.

Maxime, mon homologue parisien, mon jumeau en affaires, ce gentleman selon Mr Dutronc. Merci pour ton amitié, pour tous ces souvenirs associatifs et les nombreux projets que nous avons menés, qui ne semblent finalement être que les prémices d'une longue aventure et série de réussites.

Pierre, nos premiers pas associatifs étaient ensemble, il y a quelques temps maintenant et je m'en rappelle pourtant si précisément ! Nos convictions et notre passion en ce en quoi nous croyons ont su nous rapprocher très rapidement. Tu m'as appris énormément et j'ai un plaisir si grand à te compter parmi mes amis proches et fidèles. Tu es une personne pleine de ressources qui aspire à de grandes choses et dont je regarde le parcours avec admiration et attention.

Margot, je te remercie pour ta générosité, ton coaching régulier, pour être une baby-sitter parisienne aussi parfaite. Ton amitié exemplaire s'est présentée comme une évidence et comme témoin des nombreuses qualités dont tu fais part à mon égard et dont je retiens principalement ton altruisme, ta bienveillance et ta loyauté. Merci pour ton soutien sans faille et particulièrement pendant ce travail de thèse !

Damien, ton humanité, ta maturité, ton écoute, et ta bienveillance font de toi une personne aussi formidable qu'exceptionnelle avec laquelle j'ai la chance de travailler, m'amuser, et discuter ! Merci pour cette quantité de souvenirs déjà emmagasinés et pour tous ceux à venir !

Ronny, pour ton sens de la répartie, pour ta fidélité depuis le début de nos études, et pour tous ces moments que nous avons partagés au local comme au national !

Christophe, pour ton amitié et ta loyauté sans faille, qui durent depuis si longtemps. Ta présence, ta précision et ta finesse sont autant d'adjectifs qui te qualifient et pour lesquels j'éprouve tant de respect.

Nicolas, merci pour ton écoute, ta maturité et ta sagesse qui font de toi un membre important de mon cercle d'amis. J'ai plaisir à échanger et discuter avec toi mais aussi à apprendre.

Johan, l'ambassadeur de cet humour si fin que tu maîtrises tellement bien, et auquel tu m'as initié puis sensibilisé tout au long de nos études comme partenaire de TP.

Marco, pour ton amitié, pour ce chemin associatif que nous avons fait ensemble, et pour l'ouverture à l'associatif dentaire européen et ses problématiques que tu as su me faire découvrir avec tant de passion et d'investissement.

Romane, merci pour ta bonne humeur continuelle et ton sens poussé de la fête ! Tu as su redonner à Intervilles ce coup de poussière dont ils avaient besoin, tout en le personnalisant à la façon parisienne. De nombreuses soirées et évènements nous attendent encore pour entretenir cette folie que tu représentes si bien.

Alyette, pour ta maturité et ta simplicité. Tu es une personne attachante, et à l'écoute pour laquelle j'ai beaucoup d'admiration !

Louis, merci pour ta fidélité et ta loyauté depuis le début de notre amitié ! Tes valeurs et ta gentillesse font de toi une personne importante à mes yeux et, j'en suis certain, nous allons continuer de réaliser de nombreux projets ensemble !

Victoire, ta créativité, ton enthousiasme et ta bonne humeur ont marqué cette si belle rencontre lors d'un congrès particulier, et sont restés toujours aussi intacts au fil de nos aventures.

Clémence, pour ce goût du partage et ton humour que tu communique avec la finesse et le sarcasme d'une « scorpion ». L'aventure UNECD et les moments passés tous ensemble n'auraient pas eu la même saveur sans ta présence.

Clément, avec qui j'ai pris autant de plaisir à partager tous ces bons moments aux quatre coins de la France ! Ta fidélité en amitié, ta bonne humeur, et ton sens important de la camaraderie, associés à ton intelligence contribuent à la forte estime que j'ai pour toi.

Arnaud, merci pour la confiance que tu me donnes et pour laquelle je te suis tellement reconnaissant ! Tu as, grâce à ta rigueur et ton partage d'expérience, contribué à ce que l'aventure UNECD que nous avons vécue avec notre équipe soit aussi belle et riche en résultats !

Maud, pour être l'une de mes amitiés nationales les plus anciennes ! Nos premiers congrès et évènements nationaux n'auraient certainement pas été les mêmes sans ta présence.

Sarah, pour tous ces bons souvenirs que nous avons construits entre autres grâce à ton investissement associatif reconnu officiellement de tous ! Je me rappelle particulièrement d'une soirée parisienne à ton appartement où une danse universelle nous avait donné l'envie de mettre les pouces en avant !

Allyson, pour cette amitié si longue et pourtant si constante ! Tu es une amie aussi agréable que gentille avec qui j'ai toujours autant de plaisir à partager.

À Dentaire 3000,

Victoria pour ta bonne humeur constante,

Virginie pour cette passion de la nourriture que nous avons,

Khoa pour ton sens du travail bien fait,

Laura pour ta simplicité,

Didier pour tous ces souvenirs,

Hugo pour ton sens de la compétition,

Maxime pour ta folie,

Danaé, Lévana et Alizée pour votre côté si festif,

Sophie et Anne pour votre gentillesse,

Julien G. pour ton originalité,

Julien P. pour ton sarcasme bienveillant,

Merci à tous pour ces bons souvenirs ensemble tout au long de nos études !

*À ma tuté Manon, à ce fameux John, à ma binôme clinique Laura, à ma binôme de TP Émilie,
à Clémentine, à Rudy, à Lucie, à Amine,*

À ma promotion,

À la Corporation Phocéenne des Étudiants en Chirurgie Dentaire (CPECD),

À l'Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire (UNECD),

Aux nationaux et associatifs,

A tous ceux qui, de près ou de loin, sont là depuis des années, ou depuis quelques heures, et qui concourent à ce que ma vie soit aussi épanouie et complète.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I) OBLIGATION D'INFORMATION	2
I.1 Définition.....	2
I.2 Forme de l'information.....	3
I.2.1 Claire et complète.....	3
I.2.2 Appropriée	4
I.2.3 Loyale	5
I.3 Preuve de l'information	5
I.4 La notion de perte de chance	6
I.5 Le consentement libre et éclairé du patient	6
I.6 Situation de mise en application de cette obligation	7
II) OBLIGATION DE MOYENS	8
II.1 Définition	8
II.2 Situation de mise en application de cette obligation	9
III) OBLIGATION DE RÉSULTATS.....	9
III.1 Définition	9
III.2. Situation de mise en application de cette obligation.....	10
III.3 Cas particulier de l'infection nosocomiale	11
III.3.1 Cas d'une infection nosocomiale contractée au sein d'un établissement de santé public comme privé.....	11
III.3.2 Cas d'une infection nosocomiale faisant suite à l'intervention d'un praticien en cabinet libéral.....	12
IV) OBLIGATION DE SÉCURITÉ	13
IV.1 Définition.....	13
IV.2 Innocuité des médicaments ou produits administrés ou injectés	13
IV.3 Innocuité des matériels invasifs, dispositifs médicaux ou instruments utilisés.....	14
V) OBLIGATION DE SÉCURITÉ DE RÉSULTAT	15
V.1 Définition	15
V.2 Situation de mise en application de cette obligation.....	17
VI) L'ACCIDENT MEDICAL NON FAUTIF	18
VI.1 Définition.....	18
VI.2 Situation de mise en application de cette obligation	19

VII) LES COMMISSION DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCI)	20
VII.1. Composition des CCI	20
VII.2. Les missions des CCI	21
VII.2.1 Éviter le procès et favoriser la résolution des conflits par la conciliation	21
VII.2.2 Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux	22
VII.3. Place de la CCI dans le paysage du contentieux médical	23
 VIII) LA PROBLEMATIQUE SPÉCIFIQUE DE L'OBLIGATION DE SECURITE DE RESULTAT	 24
VIII.1 À propos d'un cas historique	24
VIII.1.1 État pathologique ayant conduit aux soins et traitements prodigués. Nature et déroulement des soins prodigués.	24
VIII.1.2 État de santé actuel du patient.....	26
VIII.1.3 État antérieur du patient aux soins prodigués	28
VIII.1.4 Doléances exprimées par la victime.....	28
VIII.1.5 Conformité aux règles de l'art et aux données acquises de la Science.	28
VIII.1.6 Rapport d'expertise	29
VIII.2 Confrontation d'avis d'experts.....	30
VIII.2.1 Matériel et méthodes	30
VIII.2.2 Cas Clinique proposé	30
VIII.2.2.1 Synthèse diagnostique.....	30
VIII.2.2.2 Les faits	31
VIII.2.2.3 Mission d'expertise sur pièces	32
VIII.2.3 Résultats	33
VIII.2.3.1 Rapport d'expertise n°1	33
VIII.2.3.2 Rapport d'expertise n°2	33
VIII.2.3.3 Rapport d'expertise n°3	37
VIII.2.4 Discussion	38
VIII.2.4.1 Concernant les responsabilités engagées	38
VIII.2.4.2 Concernant la notion de consolidation.....	40
VIII.2.4.3 Concernant l'évaluation des préjudices	40
 CONCLUSION	 43
 BIBLIOGRAPHIE.....	 I

INTRODUCTION

Depuis l'arrêt Mercier (1936), le contrat de soins est défini comme le lien contractuel qui permet de réguler et de formaliser la relation entre patient et praticien (1).

Dès lors que ce contrat, non commercial, est accepté par chacun des protagonistes, des obligations entre les deux parties, patient et praticien, apparaissent de façon synallagmatique. Le chirurgien-dentiste s'engage alors, pour sa part, éthiquement et moralement à donner à son patient des soins, consciencieux, attentifs et, conformes aux données avérées de la science selon l'Article R. 4127-233 du Code de Déontologie de chirurgie dentaire.

En raison de l'existence de ce contrat, la violation par le chirurgien-dentiste, même involontaire, de ses obligations, est sanctionnée par un engagement de sa responsabilité.

Au travers de ce travail de thèse, nous avons souhaité définir dans une première partie les différentes obligations du chirurgien-dentiste envers son patient dans le cadre de ce contrat de soin, et notamment, l'obligation de sécurité de résultat. Cette dernière est en effet peu et mal définie dans la littérature juridique et médicale, ce qui semble laisser son interprétation libre à l'appréciation de chaque magistrat et auxiliaire de justice.

Dans une seconde partie, nous avons donc essayé d'évaluer, au travers d'une simulation d'expertise sur pièces, s'il existait une convergence d'analyses entre les experts sur la définition et la mise en application de cette obligation dans un cas de litige entre un praticien et son patient en chirurgie orale.

I) OBLIGATION D'INFORMATION

I.1 Définition

Conformément au Code de Santé Publique (2), toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Tout professionnel de santé est donc tenu de délivrer une information claire, précise et adaptée à chaque patient afin qu'il puisse participer et in fine, prendre en toute connaissance de cause les décisions sur les stratégies de soins qui le concernent. Il s'agit d'un droit fondamental du patient et d'un pilier de la relation soigné-soignant. De fait, c'est également un prérequis sine qua non à l'engagement du patient dans le contrat de soin le liant à son praticien.

Cette obligation juridique et déontologique est également mentionnée au niveau international, dans la déclaration d'Helsinki (1964), amendée par la déclaration de Tokyo (1975). Elle est par ailleurs définie dans la convention européenne des droits de l'homme et de la biomédecine (1997) comme étant *l'information reçue préalablement par un patient concernant le but et la nature d'une intervention ainsi que ses conséquences et risques*.

En France, cette obligation est définie de façon plus approfondie dans la loi du 4 mars 2002 (3) de la façon suivante : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information doit porter sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées, 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 en cas de refus* ».

Bien que la forme de l'information délivrée puisse varier selon que le patient soit majeur, mineur, et capable, quelle que soit sa nature, il incombe donc au professionnel de santé de respecter cette obligation.

Les trois seules situations dans lesquelles le chirurgien-dentiste n'y est pas tenu sont (2) :

1. Le patient n'est pas en capacité de recevoir une information ou d'exprimer son consentement car il est dans une situation d'urgence vitale. Ces conditions autorisent, logiquement, le praticien à tout de même réaliser l'acte de soin qu'il estime nécessaire.

2. Le patient n'est pas en capacité de recevoir une information ou d'exprimer son consentement mais il n'est pas dans une situation d'urgence vitale. Le praticien ne peut dans ce cadre réaliser l'acte de soin qu'après avoir délivré l'information et obtenu le consentement d'une personne responsable légalement du patient (parents, tuteurs, etc).
3. Le patient a émis la volonté d'être tenu dans l'ignorance. Il refuse donc de recevoir toute information.

I.2 Forme de l'information

I.2.1 Claire et complète

Le chirurgien-dentiste doit, au cours d'un entretien individuel, donner à son patient une information accessible et intelligible. Cela signifie que le praticien doit utiliser un vocabulaire adapté au niveau de compréhension du patient en évitant un langage trop technique et/ou des détails superflus.

L'information délivrée doit être adaptée au cas du patient de sorte que toutes les données médicales transmises soient comprises par ce dernier, compte tenu de ses connaissances en médecine, de ses facultés intellectuelles, et de ses éventuelles difficultés linguistiques.

Ainsi, le praticien de santé doit jouer un rôle véritablement **pédagogique** envers son patient (« docteur » vient du verbe latin *docere* qui signifie enseigner, instruire), en simplifiant, répétant et en échangeant autour d'éventuelles questions du patient. Il doit s'assurer que le patient comprenne clairement ce qui lui est expliqué, et qu'il soit capable de le reformuler avec ses propres mots.

Il est important de préciser que l'information ne peut être considérée comme complète que si, aux éléments précédemment cités, ont également été explicitement définis et précisés :

- le montant des honoraires du praticien, fixés avec tact et mesure, et des remboursements éventuels par les organismes sociaux principaux et accessoires ;

- les diverses alternatives thérapeutiques envisageables dans son cas, et du rapport bénéfice/risques de chacune d'entre elles ;
- les risques fréquents et graves associés à l'alternative thérapeutique choisie ;
- les conséquences prévisibles en cas de refus de soins.

I.2.2 Appropriée

Cette information médicale doit être appropriée aux circonstances. Pour cela, elle doit tenir compte des différents facteurs suivants :

- Le patient : Des troubles mentaux liés à la maladie ou à l'âge ne doivent pas constituer une raison de se taire. Il est nécessaire, au contraire, de parler et d'expliquer à chaque personne, en exploitant toutes les possibilités de compréhension du patient ;
- La maladie et son pronostic : le chirurgien-dentiste n'informerait pas son patient de la même façon d'une lésion carieuse à un stade débutant et d'une lésion cancéreuse à un stade avancé ;
- Le moment de l'évolution d'une pathologie qui se prolonge : le praticien et le patient peuvent se trouver dans la nécessité d'adapter l'information délivrée et les thérapeutiques envisagées initialement. Il est important que le praticien ne prenne pas de position de principes figés, qui pourraient devenir inadaptées et le mettre en porte-à-faux.

I.2.3 Loyale

Le chirurgien-dentiste doit respecter les règles morales, éthiques et déontologiques de la profession en exposant par exemple aussi bien les bénéfices que les risques fréquents et graves d'une thérapeutique pour un patient.

Il se doit de dire la vérité à ses patients, quelles que soient les circonstances, en veillant bien entendu à ne pas avoir une franchise brutale, crue, et sans cœur. On ne ment pas à quelqu'un qui doit être respecté. L'intention de tromper (dol), est une faute en droit général. Elle peut être la cause de nullité d'un contrat et la source d'engagement de la responsabilité du chirurgien-dentiste.

I.3 Preuve de l'information

Selon l'article 1315 du Code Civil, « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation, ou qui s'en prétend libéré, est responsable de la charge de la preuve* ». Ainsi, en cas de litige, il incombe au patient la charge de la preuve d'un manquement du chirurgien-dentiste à l'une de ses obligations.

Cependant, la jurisprudence a évolué en 1997 (4) de façon spécifique concernant l'obligation d'information du patient avec un renversement de la charge de la preuve. Elle précise en effet que « *celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation* ». Dans ce cadre, le professionnel de santé, tenu à une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, doit donc apporter lui-même la preuve de l'exécution de cette obligation. Un renversement de la charge de la preuve a donc été opéré pour ce cas particulier de l'obligation d'information.

Il est à noter que cette preuve porte aussi bien sur l'existence de l'information donnée au patient que sur son contenu, et elle peut être apportée par tout moyen.

Ainsi, la responsabilité du chirurgien-dentiste sera engagée s'il n'a pas donné, ou n'est pas en mesure de prouver qu'il a donné à son patient l'information nécessaire, claire, loyale, complète et appropriée ; et que celui-ci a par voie de conséquence été privé de sa possibilité de faire un choix éclairé.

En outre, cette information doit être continue : le praticien est tenu d'informer son patient en pré-opératoire, mais également en per-opératoire et en post-opératoire : il s'agit de la notion essentielle de **continuum de l'information**.

Dans le cas contraire, si le patient n'a pas reçu cette information claire, loyale, complète et appropriée, en pré, per et post-opératoire, il pourra être considéré, d'un point de vue expertal, comme victime d'une « perte de chance ». En effet, on considère que l'absence d'information, ou la délivrance d'une information incomplète, l'a privé de la possibilité de refuser la solution thérapeutique ayant causé son préjudice.

I.4 La notion de perte de chance

Il est important de distinguer la notion de perte de chance de la notion de préjudice.

La perte de chance est évaluée, et chiffrée, par le « degré de probabilité », présentée sous la forme d'un pourcentage.

Le préjudice du patient, quant à lui, est évalué en fonction de l'état réel de la victime. Seul le préjudice résultant de la perte de chance pourra alors être réparé.

En cas de préjudice, le juge sera chargé d'évaluer si le fait du praticien a entraîné une perte de chance, et, le cas échéant, si cette perte de chance a participé au dommage final du patient.

I.5 Le consentement libre et éclairé du patient

L'accord du patient également appelé « consentement », est un prérequis nécessaire à tout acte d'investigation et de soins.

« Il 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 » (5).

Le patient a le droit d'accepter ou de refuser ce que le chirurgien-dentiste préconise : cette liberté du patient est une exigence éthique fondamentale, faisant suite à son devoir d'information (6).

Un délai de réflexion ou d'acceptation doit être accordé au patient pour qu'il puisse réfléchir avant de s'engager dans les stratégies de soins proposées. D'un point de vue théorique, la loi

définit ce délai comme étant *le délai avant l'expiration duquel le destinataire de l'offre ne peut manifester son acceptation ou un délai de rétractation, qui est le délai avant l'expiration duquel son bénéficiaire peut rétracter son consentement* (7). À l'issue de ce délai uniquement, le contrat pourra donc être signé par le patient. Toutefois, la durée du délai de réflexion qui doit être laissé au patient n'est pas définie, légalement. Ainsi, logiquement, il est communément admis que le délai de réflexion laissé au patient doit être inversement proportionnel au degré d'urgence de la situation clinique.

I.6 Situation de mise en application de cette obligation

Prenons l'exemple d'un patient sans antécédents particuliers, nécessitant le remplacement d'une dent absente en place de 46.

Le praticien propose la réalisation d'un implant unitaire ainsi que d'une prothèse sur implant pour réhabiliter prothétiquement le patient et rétablir une mastication fonctionnelle.

Aucune autre alternative thérapeutique n'est proposée au patient qui accepte, après un délai de réflexion de quelques semaines, l'unique proposition thérapeutique du praticien.

Au cours de la chirurgie implantaire, le chirurgien-dentiste lèse le nerf mandibulaire inférieur droit.

La responsabilité du chirurgien-dentiste est alors engagée : il n'a pas délivré une information claire, loyale, complète et appropriée à son patient. Le consentement donné par celui-ci pour cette solution implantaire n'était donc pas éclairé.

Par conséquent, la « perte de chance » du patient sera retenue dans ce cas : le patient, s'il avait été informé des risques fréquents et graves (dont la lésion du nerf mandibulaire inférieur fait partie) liés à cette solution thérapeutique et de l'existence d'alternatives thérapeutiques de réhabilitation prothétique (bridge, appareil amovible) aurait eu la possibilité de refuser cette proposition implantaire et aurait donc pu se soustraire au risque de lésion nerveuse auquel il a été exposé à son insu et dont il a été victime.

II) OBLIGATION DE MOYENS

II.1 Définition

Le Code de Déontologie dentaire (8) énonce dans l'article R4127-204 que le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients.

Il doit également veiller à ne pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle.

Pour cela, il doit prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes les dispositions nécessaires.

L'arrêt Mercier (9) définit pour la première fois cette notion pilier de la médecine en précisant que les soins prodigués ne doivent pas être quelconques, mais *consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science*.

Ainsi, même si l'amélioration de l'état de santé du patient ne peut être une certitude, les chirurgiens-dentistes, tout comme l'ensemble des professionnels de santé, sont obligés déontologiquement, éthiquement, et juridiquement de mettre en œuvre tous les moyens conformes aux recommandations professionnelles dont ils disposent et/ou qui existent afin d'arriver à ce résultat : il s'agit de l'obligation de moyens.

La loi, dite Kouchner, du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en France s'exprime au travers de l'obligation de proposer et de mettre en œuvre toutes « *les thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées* » (10).

Cette obligation de moyens s'applique à tous les professionnels de la santé et à tous les actes médicaux.

II.2 Situation de mise en application de cette obligation

Reprenons l'exemple du patient victime d'un défaut d'information, à qui le chirurgien-dentiste traitant a lésé le nerf mandibulaire inférieur en mettant un implant en place de 46. Supposons que ce chirurgien-dentiste n'a suivi aucune formation sur la réalisation de ce type d'acte.

Le praticien a donc réalisé cette chirurgie dans des conditions susceptibles de compromettre la sécurité de son patient. Sa responsabilité sera donc également engagée pour la lésion nerveuse dont il est responsable car il n'a, dans ce cas, pas respecté son obligation de moyens.

III) OBLIGATION DE RÉSULTATS

III.1 Définition

À la différence de l'obligation de moyens où le praticien s'engage à faire tout son possible et à mettre en œuvre toutes les ressources et techniques existantes et recommandées pour atteindre son objectif de traitement, il s'engage, dans le cadre de son obligation de résultats, à obtenir de façon certaine le résultat attendu lors de la signature du contrat de soins. Il s'agit d'une sorte de « prestation médicale » pour laquelle le professionnel de santé s'engage.

A ce titre, en tant que fournisseur et ou fabricant d'une prothèse, le chirurgien-dentiste est donc soumis à une obligation de résultats : sa responsabilité est engagée s'il fournit un appareil avec un défaut (15).

III.2. Situation de mise en application de cette obligation

Cette obligation s'applique en ce qui concerne la « chose fournie » par le praticien.

Prenons l'exemple de la réalisation d'une couronne sur implant par un chirurgien-dentiste. Il existe à ce niveau, une obligation de résultats, liée à la conception de l'appareil et à l'absence de défaut de celui-ci (16).

Un patient consulte pour réhabilitation prothétique en lieu et place d'une dent absente secteur 3. Après réalisation d'examens clinique et complémentaire, le praticien décide de proposer plusieurs plans de traitement et devis correspondants. Le patient retient, parmi ces propositions, la solution d'une chirurgie implantaire avec pose d'un implant unitaire et mise en place d'une couronne céramo-métallique implanto-portée avec une chape en alliage précieux. Le chirurgien-dentiste dispense, dans les règles de l'art, l'ensemble des soins chirurgicaux et prothétiques nécessaires jusqu'à la pose de la couronne.

Cependant, bien que l'implant soit bien ostéo-intégré, que l'ensemble des soins aient été pratiqués dans les règles de l'art, la couronne implanto-portée d'usage se fissure en vestibulaire seulement cinq mois après sa mise en bouche.

La prothèse fournie ne correspond donc pas à ce que le praticien s'est engagé à faire et ni à ce que « le patient peut légitimement en attendre » (17). On considère alors que le chirurgien-dentiste n'a, dans ce cas, pas respecté son obligation de résultats, qui l'engage à fournir une prothèse conforme au contrat le liant à son patient.

Il sera alors, logiquement, de sa responsabilité, de refaire une couronne qui réponde aux doléances du patient, conforme à ce qui a été convenu avec celui-ci, et ce, à ses frais et dans les meilleurs délais.

III.3 Cas particulier de l'infection nosocomiale

Une infection nosocomiale correspond à la contraction d'une infection par un patient admis au sein d'un hôpital ou dans un autre établissement de santé, et chez qui cette infection n'était ni présente, ni en incubation au moment de l'admission.

Cette définition inclut également les infections contractées à l'hôpital mais qui ne se déclarent qu'après la sortie du patient, ainsi que les infections professionnelles parmi le personnel de l'établissement (11).

Il est important de souligner que, dès lors que le site opératoire est infecté, on considère habituellement comme « associées aux soins », les infections survenant pendant la durée des soins et/ou les 30 jours suivant l'intervention. S'agissant de la mise en place d'un matériel implantable, le délai est de une année.

Dans le cas particulier d'une infection nosocomiale, il est important de dissocier deux types d'applications de cette responsabilité :

III.3.1 Cas d'une infection nosocomiale contractée au sein d'un établissement de santé public comme privé :

Conformément à l'arrêt Belledone du 16 juin 1998 (12) et aux arrêtés du 29 juin 1999 dits « staphylocoques dorés » (13) la faute en cas d'infection nosocomiale est **présumée**. Pour s'exonérer de celle-ci, l'établissement de santé doit rapporter la preuve d'une cause étrangère, telle la force majeure, le fait de la victime, le fait du tiers.

Prenons l'exemple d'un patient chez qui des avulsions dentaires multiples sont indiquées. Ce patient, extrêmement anxieux, présente une attitude phobique, et compte de nombreux échecs de soins en ambulatoire. Il souhaite donc que l'ensemble des soins soient réalisés en une seule fois sous « anesthésie générale ». L'intervention est programmée sous sédation inconsciente par voie intra veineuse (type diazanalgie) dans le bloc opératoire d'un hôpital public.

Dans un délai de moins de 48 heures après l'intervention, alors que le patient n'a pas quitté l'établissement, une infection O.R.L. se déclare chez ce patient.

Conformément aux articles précédemment cités, et au Code de Santé Publique, l'hôpital sera alors considéré comme responsable des dommages résultant de cette infection sauf s'il réussit à apporter la preuve d'une cause étrangère et que celle-ci ne peut donc pas être qualifiée de « nosocomiale » (14).

III.3.2 Cas d'une infection nosocomiale faisant suite à l'intervention d'un praticien en cabinet libéral :

Les professionnels libéraux, quant à eux, n'ont en revanche pas à apporter la preuve d'une cause étrangère. En effet, dans le cadre de soins réalisés en ambulatoire, les patients s'exposent, dès leur sortie du cabinet, à toutes sortes d'infections probables. L'établissement d'un lien direct et certain entre l'acte médical et la contraction d'une infection est donc impossible.

Ainsi, l'absence de faute en termes de normes d'hygiène et d'asepsie au cabinet dentaire suffit à exonérer le praticien de l'engagement de sa responsabilité sur ce point.

Prenons le même exemple d'un patient chez qui des avulsions dentaires multiples sont indiquées. Le patient accepte, cette fois-ci, que celles-ci soient réalisées dans un cabinet dit « de ville ». Les soins sont également réalisés en une seule fois mais cette fois-ci sous anesthésie locale. Immédiatement après l'intervention, le patient quitte le cabinet et rejoint son domicile. Dans un délai de moins de 48 heures après l'intervention, une infection O.R.L. se déclare chez ce patient.

Dès lors que le patient a quitté le cabinet dentaire, il a pu être exposé à toutes sortes de germes de l'environnement, potentiellement à l'origine d'une telle contamination. Le chirurgien-dentiste ne sera, dans ce cas, considéré comme « responsable d'une infection nosocomiale contractée à son cabinet » **que** si la victime prouve une faute d'asepsie du praticien et l'existence d'un lien direct et certain entre cette faute et son infection ORL. Il est donc fort peu probable que la responsabilité du praticien puisse être juridiquement engagée dans ce cas.

IV) OBLIGATION DE SÉCURITÉ

IV.1 Définition

Cette obligation consiste à ne pas exposer le patient à un danger ou un risque médical quelconque. Ainsi, le chirurgien-dentiste se doit d'assurer la sécurité du patient en utilisant de façon adéquate et prudente l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation de la stratégie médicale mise en place.

Cette obligation pesant sur le chirurgien-dentiste s'applique sur les moyens suivants :

IV.2 Innocuité des médicaments ou produits administrés ou injectés

1. Le patient ne doit pas subir de dommages résultant de l'emploi de produits défectueux en application de l'article 1386-7 du Code Civil, issu de la loi du 19 mai 1998, relative à la responsabilité du fait des produits défectueux (exemple de perfusions sanguines, ou d'utilisation de membranes PRF).
2. Le praticien ne doit pas utiliser un médicament n'ayant pas reçu d'autorisation de mise sur le marché, ou encore un matériel non homologué ou destiné à un autre usage (18). Il en est, de même, si le dommage subi par un patient résulte de la prescription ou de l'administration d'une surdose médicamenteuse (Civ. 1ère, 7 décembre 1999, Bull. n° 337).

A titre d'exemple, au cours d'une chirurgie implantaire, certaines précautions sont à prendre notamment pour éviter d'endommager le tissu osseux et de compromettre l'ostéo-intégration en surchauffant celui-ci.

Pour ce faire, il est indispensable de procéder à une irrigation abondante et continue de l'os avec de l'eau stérile ou une solution saline stérile au cours de son forage.

En cas d'utilisation d'une solution d'irrigation non stérile, par exemple, le chirurgien-dentiste ne respecte pas son obligation de sécurité envers son patient et sa responsabilité sera nécessairement et logiquement engagée à ce niveau en cas de préjudice du patient.

C'est également le cas si le praticien réalise cette chirurgie sans masque ou bien sans gants stériles.

IV.3 Innocuité des matériels invasifs, dispositifs médicaux ou instruments utilisés

L'arrêt du 9 novembre 1999 (19) et l'arrêt rendu le 7 novembre 2000 (20) ont émis l'idée qu'un praticien était également tenu à une obligation de sécurité en ce qui concerne les matériels et matériaux utilisés pour l'exécution d'un contrat de soins.

C'est donc notamment le cas, dans notre discipline, des matériels réutilisables ou aiguilles jetables entre autres, mais également des implants dentaires, matériaux de comblements osseux, etc.

Cela fait état également du conditionnement, de l'état de fragilité et d'entretien des matériels réutilisables, du bon respect des normes stérilisation.

Reprenons l'exemple d'une séance de chirurgie implantaire.

Dans ce cadre, il est nécessaire d'utiliser, entre autres, une cassette contenant la séquence d'instruments de chirurgie nécessaires. Cette trousse implantaire doit avoir suivi au préalable un cycle de décontamination et de stérilisation, puis avoir été stockée à l'abri de températures extrêmes et de l'humidité. L'assistante doit avoir vérifié, entre autres, la conformité de la stérilisation aux les normes et bonnes pratiques de stérilisation, et, avant l'intervention, l'intégrité de l'extérieur de l'emballage stérile de cette trousse.

En cas de doute sur la qualité de la stérilisation ou l'intégrité de l'emballage stérile, tous les instruments contenus dans ce sachet sont donc potentiellement non stériles et, de fait, inappropriés à la réalisation de ce type de soins, en toute sécurité pour le patient.

Si le chirurgien décide quand même d'utiliser cette cassette, il manquera à son obligation de sécurité et exposera son patient à d'éventuels risques. En cas de préjudice pour le patient, sa responsabilité sera donc juridiquement engagée.

V) OBLIGATION DE SÉCURITÉ DE RÉSULTAT

V.1 Définition

L'obligation de sécurité de résultat se définit comme une particularité de l'obligation de moyens du chirurgien-dentiste, appliquée à l'exercice d'un acte chirurgical. De par la pratique même de la chirurgie dentaire, les actes de diagnostics parfois et thérapeutiques bien souvent, sont considérés comme des actes invasifs et donc qualifiés de « chirurgicaux ». C'est pourquoi, cette obligation est susceptible d'être mise en cause pour de nombreux actes de l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste.

L'obligation de sécurité de résultat est finalement une sorte de changement de qualificatif à l'obligation de moyens, spécifique à un défaut de précision du geste chirurgical sur des actes théoriquement non à risque.

On parle donc d'obligation de sécurité de résultat dès lors que l'ensemble de ces points sont réunis :

1. Le chirurgien-dentiste a satisfait à son devoir d'information du patient, et notamment de son information relative aux risques fréquents et graves spécifiquement liés à l'acte envisagé ;
2. L'acte est considéré comme courant, simple, ou d'un niveau de difficulté limitée, qui ne justifie pas d'envisager qu'il pourrait dégénérer ;
3. Tous les moyens ont été mis en œuvre par le chirurgien-dentiste afin d'arriver au résultat attendu ;
4. La réalisation de l'acte est pourtant à l'origine de conséquences anormales, en lien direct et certain avec un défaut de maîtrise ou d'exécution dans la précision du geste chirurgical. On parle de faute du chirurgien concernant la précision de son geste chirurgical, dès lors qu'il a porté atteinte à un organe ou un tissu qu'il n'était pas nécessaire de toucher pour réaliser l'intervention (23).

En d'autres termes, dès lors que le praticien accepte de réaliser un acte, il s'engage à apporter à son patient un résultat « sécurisé » et, par conséquent, à ne pas causer un dommage supplémentaire par rapport à l'état initial du patient.

Il est donc important de distinguer et de préciser la limite entre l'obligation de moyen et l'obligation de sécurité de résultat du chirurgien-dentiste.

En effet, si l'obligation de moyens concerne les moyens techniques et matériels mis en œuvre pour la réalisation d'un acte de soins, l'obligation de sécurité de résultat relève, elle, de la non maîtrise du geste chirurgical sur des actes considérés comme relativement simples et sans risques prévisibles.

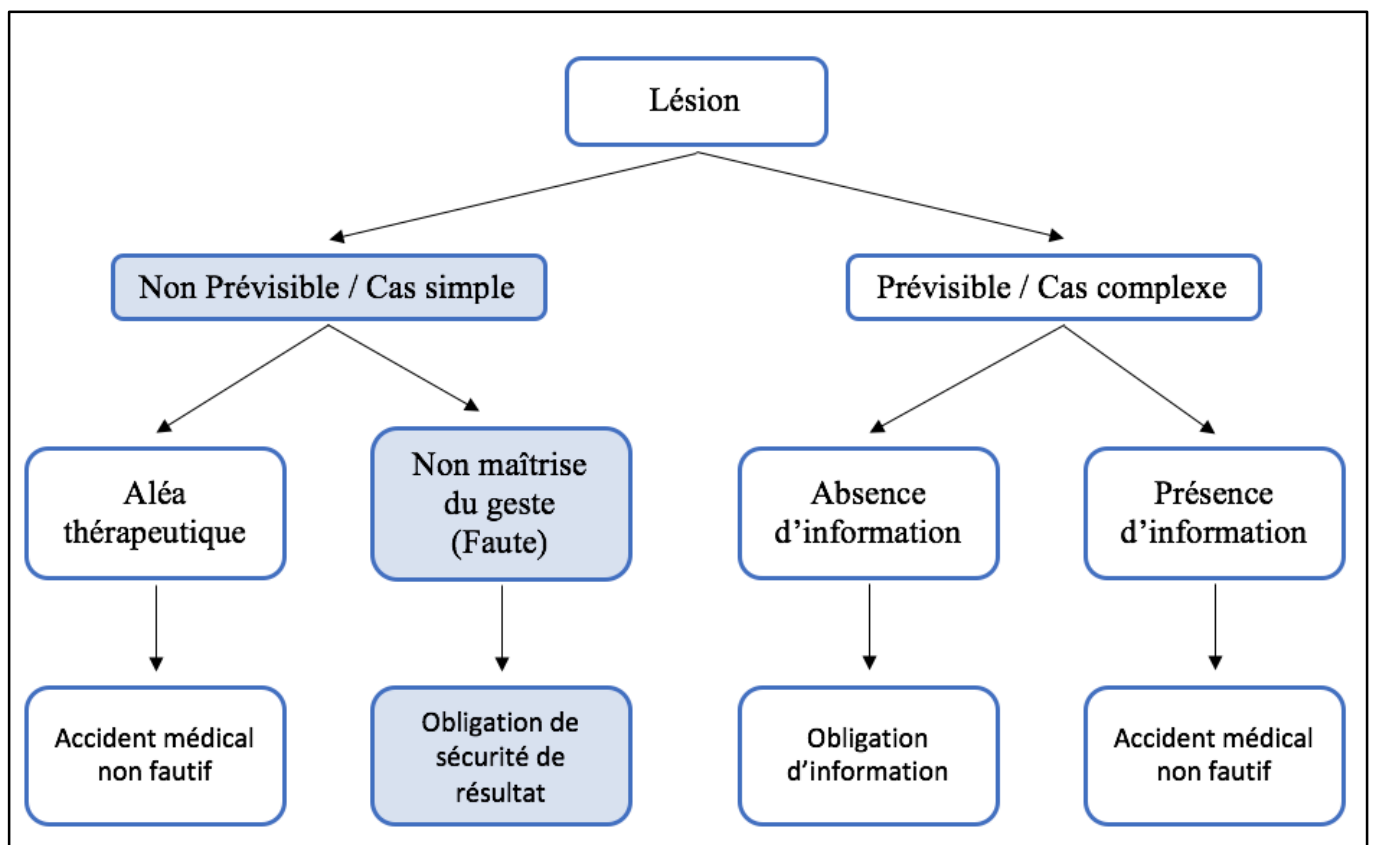


Figure 1 : Mise en jeu du non-respect de l'obligation de sécurité de résultat au travers d'un arbre décisionnel.

V.2 Situation de mise en application de cette obligation

Prenons l'exemple d'une intervention chirurgicale au cours de laquelle une aiguille de Reverdin s'est brisée au contact osseux lors de la phase de suture d'un patient, suite à un geste brusque du praticien. L'extrémité métallique de l'aiguille, d'une longueur de 5 millimètres environ, s'est perdue dans l'épaisseur des couches musculaires externes de la plaie opératoire (24).

Nous supposons que la pointe métallique a entraîné des séquelles lors de cicatrisation, causant des préjudices au patient.

Dans ce cas précis, l'obligation de moyen est respectée dès lors que le praticien ne commet pas au préalable de faute dans le choix de l'instrument, notamment en utilisant une aiguille trop fragile, trop ancienne, mal entretenue, et/ou non stérile.

En revanche, malgré le fait qu'il s'agisse d'un acte courant, simple, et sans risque particulier normalement prévisible, sa réalisation a tout de même causé un dommage supplémentaire par rapport à l'état initial du patient.

Ce dommage a bien été directement causé par le non-respect de la précision du geste chirurgical du chirurgien-dentiste, en raison d'une mauvaise utilisation de l'instrument, et d'un geste brutal et malhabile.

Ainsi, l'obligation de sécurité de résultat du chirurgien-dentiste envers son patient n'a pas été respectée et sa responsabilité pourra être juridiquement engagée.

VI) L'ACCIDENT MEDICAL NON FAUTIF

VI.1 Définition

Comme mentionné précédemment, en cas de dommage, il est à la charge du patient de prouver l'existence d'un lien de causalité direct et certain entre le manquement du chirurgien-dentiste à une ou plusieurs de ses obligations et le dommage dont il est victime (13).

Dans certains cas particuliers d'accidents médicaux, le praticien n'a commis de manquement à aucune de ses obligations et un dommage est pourtant présent : on parle alors d'une responsabilité sans faute ou d'un accident médical non fautif (AMNF) et la responsabilité du praticien ne sera pas engagée.

Cette notion a été évoquée pour la première fois par le conseil d'état dans l'arrêt Bianchi du 9 avril 1993 (25). Cet arrêté fait état de l'engagement de la responsabilité d'un service public hospitalier dans le cas où *l'exécution d'un acte médical (nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade), qui présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, est directement responsable de dommages, sans rapport avec l'état initial du patient, comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'extrême gravité.*

Elle a ensuite été confirmée par l'arrêt du conseil d'état du 3 novembre 1997 (26) qui insiste sur l'application de ce régime aussi bien dans le cas d'actes non thérapeutiques que thérapeutiques, avec le cas du décès d'un enfant suite à une anesthésie générale en vue d'une opération de circoncision.

Le législateur intervient par la suite au travers de l'article L.1142-I et II du Code de la Santé Publique (10) qui stipule que les professionnels et établissements de santé, services et organismes dans lesquels sont pratiqués des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables de leurs actes uniquement en cas de faute.

VI.2 Situation de mise en application de cette obligation

Un chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale et un stomatologue prennent en charge une patiente âgée de 10 ans ne présentant aucun antécédent médical, pour le dégagement chirurgical d'une canine maxillaire incluse, avant la pose d'une plaque de Hawley dans le cadre du traitement d'une dysharmonie dento-maxillaire majeure (27).

Une anesthésie locale est réalisée par le stomatologue qui procède ensuite au dégagement de la canine incluse avant que le chirurgien-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale ne commence à mettre en place le collage d'un bouton d'ancrage sur la couronne de cette dent. Au cours de cette étape, l'enfant devient subitement pâle, présente des convulsions, une raideur corporelle puis sombre dans le coma avant de décéder.

Les experts indiquent que la cause exacte du décès ne peut être déterminée mais un lien de causalité direct et certain existe indéniablement entre le soin et le décès de la petite patiente.

Ils estiment par ailleurs qu'aucune faute n'a été commise par les praticiens : les soins étaient indiqués et ont été réalisés conformément aux règles de l'art, de même que les procédures d'urgence mises en œuvre pour réanimer la patiente.

Aucun manquement au devoir d'information ne peut être retenu en raison du caractère exceptionnel et imprévisible de ce risque au cours d'une intervention de pratique courante sans difficultés chirurgicales particulières.

Une responsabilité sans faute a donc été retenue, et les soignants ont été considérés comme non fautifs.

VII) LES COMMISSION DE CONCILIATION ET D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCI)

Pour les cas où le praticien n'a commis de manquement à aucune de ses obligations mais que le patient est victime d'un dommage en lien avec l'acte médical, un dispositif spécifique a vu le jour par décret dans la loi 2002-303 du 4 mars 2002 en application des articles L. 1142-6 et L. 1143-1 du Code de Santé Publique : il s'agit des Commissions de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) dont les buts sont d'éviter le procès, favoriser la résolution des conflits par la conciliation, et permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux fautifs et non fautifs .

Ces commissions permettent la mise en place, pour les victimes d'accidents médicaux, de procédures d'indemnisation amiables, gratuites, et accélérées. En effet, celles-ci sont chargées d'émettre un avis sur les causes, les circonstances et l'étendue du dommage, ainsi que leurs appréciations sur une indemnisation éventuelle au titre des responsabilités encourues ou de la solidarité nationale et ce, dans un délai de 6 mois.

Il existe aujourd'hui une ou plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation au sein de chaque région.

VII.1. Composition des CCI

Afin que toutes les influences soient représentées et puissent s'équilibrer, les CCI visent à réunir l'ensemble des acteurs du système de santé à savoir : des représentants des praticiens et services de santé, des usagers, de personnalités pour dire le droit, des représentants d'organismes payeurs, et des représentants des établissements publics et privés.

Chacune est composée de 21 membres (28):

- Un président étant un magistrat de l'ordre administratif ou un magistrat de l'ordre judiciaire, en activité ou honoraire. Il organise et dirige les débats. Sa voix est décisive en cas d'égalité des délibérations.
- Six représentants des personnes malades et des usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément,
- Deux professionnels de santé exerçant en libéral, dont un médecin,
- Deux responsables d'établissements privés de santé,
- Un professionnel de santé exerçant en milieu hospitalier,
- Un responsable d'établissement public de santé,
- Le président du conseil d'administration et le directeur de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales (ONIAM) ou ses représentants,
- Deux représentants des entreprises d'assurances, pratiquant l'assurance de la responsabilité civile médicale,
- Quatre personnalités qualifiées dans le domaine de la réparation des préjudices corporels.

VII.2. Les missions des CCI

VII.2.1 Éviter le procès et favoriser la résolution des conflits par la conciliation

Des temps de conciliation peuvent être mis en place par les commissions afin d'obtenir une entente entre la victime et le soignant ou son assureur.

La commission peut déléguer tout ou partie de ses compétences à l'un de ses membres ou en désignant un ou plusieurs médiateurs extérieurs à la commission qui, dans la limite des compétences dévolues, disposent des mêmes prérogatives et sont soumis aux mêmes obligations que les membres de la commission (29).

VII.2.2 Permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux

Qu'il y ait faute ou non, toute personne victime (ou ses ayants droit, si la personne est décédée), ou son représentant légal, peut soumettre son dossier aux CCI afin de demander une indemnisation si le dommage dont il s'estime victime a eu lieu à compter du 5 septembre 2001 (6 mois avant le 4 mars 2002).

Ce dommage doit être imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins (30).

Si ces conditions sont réunies, et que le préjudice subi par la victime présente au moins un des critères de la liste suivante, la compétence de la CCI peut alors s'appliquer (31) :

- Taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24% ;
- Arrêt temporaire des activités professionnelles (incapacité temporaire de travail), pour une durée au moins égale à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ;
- Gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur ou égal à un taux de 50%, pour une durée au moins égale à 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ;
- Et/ou, À titre exceptionnel,
 - lorsque l'accident médical, l'affection iatrogène, ou l'infection nosocomiale occasionnent des troubles graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence ;
 - lorsque la victime est déclarée définitivement inapte à exercer l'activité professionnelle qu'elle exerçait avant la survenue de l'accident médical, de l'affection iatrogène, ou de l'infection nosocomiale.

VII.3. Place de la CCI dans le paysage du contentieux médical

La CCI constitue donc une procédure alternative aux procédures administrative et judiciaire. Elle ne vise pas à se substituer à l'une d'entre elles.

Ainsi, il semble important de situer la place de la CCI au sein du contentieux médical en France afin d'en comprendre son importance et l'option supplémentaire qu'elle constitue pour le patient.

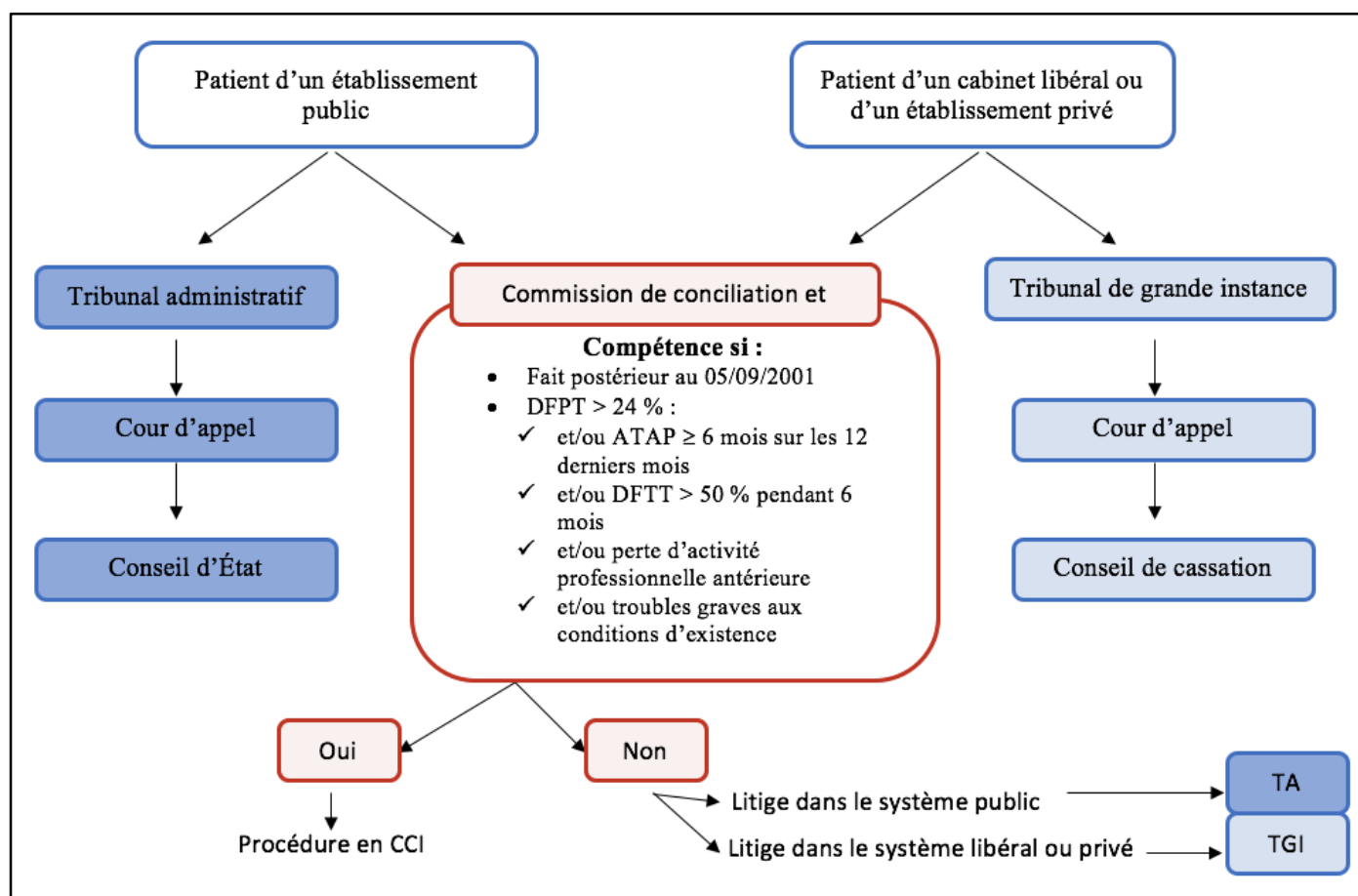


Figure 2 : Le contentieux médical en France et la place de la CCI (TA : Tribunal Administratif ; TGI : Tribunal de Grande Instance) (22)

VIII) LA PROBLEMATIQUE SPÉCIFIQUE DE L'OBLIGATION DE SECURITE DE RESULTAT

Le chirurgien-dentiste, comme tous les professionnels de santé réalisant des actes chirurgicaux, est donc tenu à une obligation de sécurité de résultat envers son patient.

Bien que cette obligation soit applicable pour de nombreux actes de l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste, sa définition n'en reste finalement pas moins confuse, d'un point de vue juridique, en raison de l'absence de données littéraires, ordinales et pénales sur celle-ci, et de son évocation récente par les diverses juridictions.

Ainsi, nous nous sommes questionné sur la connaissance et l'évocation de celle-ci en expertise par les auxiliaires de justice dans le domaine de l'odontologie. Pour cette raison, nous avons souhaité réaliser cette seconde partie, que nous avons articulée autour de 2 approches pratiques : un exemple « historique » d'une expertise simple qui illustre parfaitement, à notre sens, le non-respect par un chirurgien-dentiste de cette obligation de sécurité de résultats, et, une simulation d'expertise sur pièces, afin de savoir s'il existe une convergence d'analyse entre différents experts sur la définition, la maîtrise, et l'évocation de cette obligation.

VIII.1 À propos d'un cas historique

Monsieur X est né le 10 octobre 1954. Il est retraité. Il est marié et n'a pas d'enfants à charge. Monsieur X n'a déclaré souffrir d'aucune pathologie générale, et d'aucune allergie. Il a également déclaré ne prendre aucun médicament et ne pas fumer.

VIII.1.1 État pathologique ayant conduit aux soins et traitements pratiqués.
Nature et déroulement des soins prodigués.

→ Le 01/01/20XX, M. X consulte le Dr Y pour la mise en place d'un implant dentaire en position de 24, la dent étant absente.

Au cours de cette séance chirurgicale, le Dr Y précise qu'il y a eu une « *erreur d'axe de forage avec dilacération des tissus mous entraînant une paresthésie labiale* ». Il déclare également [*ne pas*] « *avoir assez décollé la gencive et [commis] une erreur d'axe de forage par rapport à la radio 3D.* » Il indique ensuite avoir « [*repris le bon axe et posé l'implant*] » dans la séance.

Monsieur X déclare, lors de l'expertise, avoir ressenti une vive douleur, malgré l'anesthésie, lors de la dilacération des tissus mous par le Dr Y au cours du forage implantaire. Il précise que le Dr Y l'a immédiatement informé de son erreur.

Dans le cadre de l'expertise, M. X précise ne pas se souvenir de l'existence et, le cas échéant, du contenu de l'information préopératoire qui lui a éventuellement été délivrée par le Dr Y, relative aux alternatives thérapeutiques existantes à une réhabilitation implanto-portée et aux risques fréquents et graves liés à ce type d'intervention. En revanche, il se souvient précisément avoir été informé en per-opératoire, par le Dr Y lui-même, de la faute technique commise.

Dans les semaines qui ont suivi cette séance, M. X a consulté plusieurs fois le Dr Y, pour un suivi. Il précise dans le cadre de l'expertise que plusieurs rendez-vous lui ont été donnés par ce praticien, dans le cadre de son suivi thérapeutique.

Au cours de ces séances, le Dr Y précise avoir constaté une « *perte de sensibilité avec fourmillement de la commissure labiale gauche et d'une partie des lèvres supérieure et inférieure gauches* ».

Monsieur X indique avoir éprouvé de vives douleurs au niveau gingival, dès le 01/01/20XX. Il décrit des sensations de picotements, de brûlures et de « *décharges électriques* » au niveau des gencives accompagnées de crises douloureuses spontanées récurrentes régulières (tous les 2 à 4 jours), cédant aux antalgiques de palier 1.

Il décrit également d'importantes douleurs provoquées par contact de la gencive vestibulaire en regard de la 24 et une perte complète de la sensibilité cutanée au niveau de la lèvre supérieure gauche, du philtrum à la commissure labiale gauche.

Trois mois plus tard, M. X adresse un courrier au Dr Y dans lequel il l'informe qu'au cours de « [*l'] intervention chirurgicale pratiquée le 01/01/20XX, [...] vous avez gravement blessé ma gencive par une perforation involontaire. Une excroissance de chair s'est développée sur la partie tuméfiée et en dépit des diverses interventions et soins que vous avez effectués, je ressens une douleur vive qui persiste depuis plus de trois mois. [...] En outre, ma lèvre supérieure est* »

parcourue sans arrêts de douloureux picotements, et comme anesthésiée elle me fait baver à chaque fois que je bois. ».

Cinq mois plus tard, M. X consulte le Dr Z qui établit un certificat médical initial descriptif dans lequel il constate *« une hyperesthésie gingivale et labiale supérieure gauche interne, ainsi qu’une anesthésie cutanée de l’hémi-lèvre supérieure gauche associée à une dysesthésie (picotements, brûlure, courants électriques). La douleur est présente à la mastication et au contact d’aliments, brossage impossible, examen très algique), une bride gingivale est présente en regard de l’implant 24. »*

Quatre mois plus tard, M. X consulte le Dr W qui atteste : *« à 12 mois du sinistre, je constate la présence d’une bride gingivale en regard de l’implant 24 ; une hyperesthésie gingivale et labiale supérieure gauche interne, une anesthésie cutanée de l’hémi-lèvre supérieure gauche. Le patient signale une sensation de brûlure (l’examen est algique). La situation décrite par le Dr Z lors du certificat initial ne semble pas avoir évolué, nous pouvons considérer que le patient est consolidé. »*

Le patient indique ne plus avoir souhaité poursuivre ses soins dentaires avec le Dr Y en raison d’une perte de confiance et être désormais suivi par le Dr W. Il précise également que les douleurs actuellement ressenties sont moins intenses qu’elles ne l’étaient en post-opératoire immédiat mais souligne leur persistance, leur récurrence fréquente et leur impact majeur sur sa vie quotidienne (alimentation, brossage, prise régulière d’antalgiques, etc).

VIII.1.2 État de santé actuel du patient

Le patient déclare souffrir de :

- douleurs et de sensations de brûlures, picotements et décharges électriques spontanées (dysesthésie) au niveau de la gencive vestibulaire secteur 2, en regard de la 24 ; sous forme de crises algiques récurrentes fréquentes (tous les 2 à 4 jours), cédant au paracétamol ;

- douleurs importantes provoquées par quelque contact que ce soit au niveau de la gencive vestibulaire secteur 2, en regard de la 24, rendant l’alimentation et le brossage

particulièrement douloureux. M. X précise être contraint à utiliser à ce niveau une brosse à dents post chirurgicale, différente de celle qu'il utilise au niveau des secteurs 1, 3 et 4 ;

- anesthésie cutanée de l'hémi-lèvre supérieure gauche, qui « *[le] fait baver à chaque fois [qu'il] boit.* ».

A l'examen clinique exo-buccal, M. X présente :

- une absence de douleurs à l'ouverture buccale,
- une absence de ressaut ou claquement des ATM à l'ouverture,
- une ouverture buccale symétrique et synchrone
- une amplitude d'ouverture buccale normale,
- une ligne du sourire basse (gencives non visibles), en sourire normal
- une anesthésie cutanée de l'hémi-lèvre supérieure gauche du philtrum à la commissure labiale (incluse)
- une sensibilité cutanée normale au niveau de l'aile gauche du nez

A l'examen endo-buccal, sont notés :

- une absence de signes dentaires de bruxisme ou de parafonctions,
- une concordance des milieux inter-incisifs,
- une classe I d'Angle bilatérale,
- une absence de saignement spontané ou provoqué à l'examen clinique,
- une hygiène bucco-dentaire correcte,

Enfin, au du secteur 2, sont relevés, cliniquement les éléments suivants :

- une hyperesthésie gingivale et labiale supérieure gauche interne majeure, provoquée par contact de la gencive vestibulaire au niveau de la 24;
- la présence d'une bride fibreuse cicatricielle vestibulaire en regard de la 24 ;
- la présence d'une tuméfaction muqueuse gingivale non inflammatoire entre 24 et 25 ;
- la présence d'une couronne implanto-portée provisoire au niveau de la 24.

VIII.1.3 État antérieur du patient aux soins prodigués

Sur la radiographie panoramique réalisée le 01/01/20XX, on constate l'absence de la première prémolaire maxillaire gauche (dent 24).

Monsieur X déclare également avoir alors présenté une sensibilité normale au niveau de la lèvre supérieure gauche (faces interne et externe) et de la gencive à ce niveau.

VIII.1.4 Doléances exprimées par la victime

Au jour de l'expertise, M. X reproche au Dr Y de ne pas lui avoir prodigué des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données avérées de la Science.

Il souhaite que soit reconnue l'erreur commise par le Dr Y, ainsi que les multiples conséquences de celle-ci sur sa vie quotidienne, tant au niveau algique que fonctionnel.

Sa doléance princeps serait de ne plus souffrir et de retrouver une sensibilité et une fonction normales à ce niveau.

À défaut de solution médicale envisageable pour ce faire, il souhaite être financièrement indemnisé des préjudices fonctionnels et des souffrances dont il est victime en raison de l'erreur du Dr Y.

VIII.1.5 Conformité aux règles de l'art et aux données acquises de la Science

Les soins prodigués par le Dr Y à M. X étaient indiqués.

Concernant le devoir d'information, aucun élément fourni dans le cadre de cette expertise ne permet d'apprécier la nature de l'information pré-opératoire qui a été délivrée à M. X par le Dr Y.

Les soins prodigués par le Dr Y à M. X n'ont pas été attentifs, consciencieux et conformes aux données avérées de la Science. En effet, la lésion d'un rameau du nerf infra-orbitaire et d'un rameau du complexe alvéolaire supérieur (branches du V2) lors du forage osseux en vue de la mise en place d'un implant en position de 24, et à laquelle peut être imputé de façon directe et

certaine l'ensemble des préjudices constatés sur M. X dans le cadre de cette expertise, ne fait pas partie des risques fréquents liés à ce type d'intervention.

Cette lésion nerveuse et ses conséquences définitives (anesthésie labiale supérieure gauche, douleurs neuropathiques séquellaires, dysesthésie et hyperesthésie gingivales, constituant des entraves majeures à une alimentation, boisson et hygiène bucco-dentaire normales et nécessitant la prise très régulières d'antalgiques par le patient) sont donc intégralement imputables au manquement du Dr Y à son obligation de sécurité de résultats (obligation de moyens) et sa responsabilité est engagée.

Nota bene : Aucun élément fourni dans le cadre de cette expertise ne permet d'attester que le Dr Y a procédé à une analyse pré-implantaire complète du cas. Il semblerait qu'aucun guide, ni radiologique, ni chirurgical n'ait été réalisé ; ce dernier aurait indéniablement évité l'erreur d'axe de forage commise par le Dr Y.

Le suivi des soins a été correctement assuré par le Dr Y. Le patient est à l'origine de la rupture du contrat de soins, en raison de sa perte de confiance.

VIII.1.6 Rapport d'expertise

La responsabilité du Dr Y est engagée.

Date de consolidation : 0X/0X/20XX, au jour de l'expertise (24 mois après l'incident)

Les postes de réparation à prendre en compte sont :

- **un déficit fonctionnel temporaire partiel de Classe 1** du 01/01/20XX au 0X/0X/20XX ;
 - **des souffrances endurées, physiques et psychologiques de 2/7;**
 - **un déficit fonctionnel permanent partiel de 5%,** correspondant à l'atteinte définitive des fonctions physiologiques de M. X, aux douleurs permanentes ressenties (anesthésie labiale + douleurs neuropathiques gingivales séquellaires (dysesthésie et hyperesthésie)), à la perte de sa qualité de vie et aux troubles aux conditions d'existence engendrés par cette lésion nerveuse.

VIII.2 Confrontation d'avis d'experts

VIII.2.1 Matériel et méthodes

Nous avons décidé de traiter un cas de litige entre un patient et un chirurgien-dentiste où l'obligation de sécurité de résultat est, à notre sens, mise en cause. Il s'agit du cas de lésion du nerf lingual provoquée par l'extraction d'une dent de sagesse, dont la fréquence serait d'après la littérature de 0,4 à 22% (32). Ce dossier « imaginaire » a été transmis à 3 experts, sous forme de « simulation d'expertise sur pièces ».

VIII.2.2 Cas Clinique proposé

VIII.2.2.1 Synthèse diagnostique

- Motif de consultation : Patiente de 29 ans consultant pour des douleurs récurrentes en place de la dent n°38, et depuis peu, apparition dans cette même zone d'une douleur intense tout au long de la journée, qui l'empêche dormir la nuit.
- Sur le plan médical : Cette patiente est en bonne santé et l'anamnèse médicale est sans particularité. La patiente ne prend pas de traitement médicamenteux et ne fume pas.
- Antécédents bucco-dentaire : Rien à signaler.
- À l'examen extra-oral : Rien à signaler.
- A l'examen intra-oral, on constate:
 - un contexte d'encombrement postérieur au niveau mandibulaire droit ;
 - l'interrogatoire médical révèle des épisodes récurrents de péri coronarite au niveau de la dent n°38 ;
 - une lésion carieuse juxta-pulpaire au niveau de la dent n°38 ;
 - une absence de dents antagonistes à la dent n°38 ;

- Des examens radiographiques complémentaires ont été réalisés (orthopantomogramme et scanner) ;

Ils ont permis de mettre en évidence :

- une distance de 5 millimètres entre la partie la plus linguale des racines de la dent n°38 et le trajet du nerf lingual gauche ;
- 3 racines divergentes et retenues de cette dent de sagesse.

- Proposition thérapeutique :

Cette dent n°38 nécessite d'être extraite car elle est une source d'infections et de douleurs pour la patiente.

Une information, adaptée au contexte clinique, relative aux risques fréquents et graves prévisibles est donnée à la patiente de façon claire, loyale et appropriée. Compte tenu de la relativité de l'urgence de la situation, un délai de réflexion de quelques jours lui est laissé.

Une information spécifique est donnée sur la technique de séparation radiculaire envisagée pour réaliser l'avulsion de cette dent (indications de cette technique, matériel utilisé, résultat attendu, risques possibles, ...)

Elle donne par la suite son consentement éclairé à l'avulsion de cette dent n°38.

VIII.2.2.2 Les faits

- Le praticien réalise au cours d'une consultation préopératoire, un commentaire des examens complémentaires ainsi qu'une prescription médicamenteuse.

- Une information est donnée par le praticien concernant le protocole d'avulsion, la technique utilisée de séparation radiculaire et notamment les risques fréquents et graves possibles, ainsi que des conseils sur la conduite à tenir par la patiente après l'intervention.

Le chirurgien-dentiste n'évoque pas l'éventualité de léser un nerf à proximité du site d'extraction étant donné que la situation clinique et l'étude des examens complémentaires radiographiques ne permet pas de prévoir un risque de ce type.

- Le praticien réalise 3 jours plus tard une séparation de racines afin de réaliser l'avulsion de la dent n°38. Durant la phase chirurgicale de séparation radiculaire, la fraise touche le nerf lingual et le lèse.

- Suite à cette avulsion, des conséquences anormales, a priori non prévisibles au regard de son état initial de santé, sont apparues.

On peut noter immédiatement après la disparition de l'effet de l'anesthésie locale, une altération de la sensibilité au niveau de la langue du côté gauche chez cette patiente, ainsi qu'un déficit somesthésique extéroceptif (tact, pression, chaleur, froid). Ces symptômes, associés à une altération du goût ainsi qu'à des phénomènes algiques intenses ont été constatés pendant 4 mois.

La patiente affirme que ces séquelles ont eu un effet direct nocif durant ces 4 mois sur sa vie professionnelle et sociale, nécessitant un accompagnement psychologique.

VIII.2.2.3 Mission d'expertise sur pièces

- 1) La responsabilité du chirurgien-dentiste peut-elle être engagée, et, le cas échéant
- 2) Quel(s) type(s) de responsabilité(s) du chirurgien-dentiste peuvent être engagé(s) (devoir d'information, obligation de moyens, obligation de résultats, etc) ?
- 3) Quels postes de préjudices sont à retenir ? (avec évaluation de chacun)

VIII.2.3 Résultats

VIII.2.3.1 Rapport d'expertise n°1

L'avulsion de la 38 a été précédée d'un examen clinique et des radiographies préopératoires recommandées dans un tel cas.

Une information a été donnée mais n'a pas prévu le cas de la lésion du nerf lingual.

On relève d'après le scanner qu'une distance de 5 mm est évaluée entre la racine la plus-linguale de la 38 et le trajet du nerf lingual gauche.

Sachant que ce trajet se situe entre les racines (et non pas les apex) de la dent et la table interne, on peut considérer :

- l'omission d'un tel risque dans le consentement éclairé.
- la maladresse.
- L'aléa thérapeutique ne semble pas pouvoir être invoqué dans ce cas.

L'évaluation des préjudices nécessiterait un examen expertal plus complet.

VIII.2.3.2 Rapport d'expertise n°2

Je, soussigné Dr 85162211814, atteste avoir réalisé, à la demande du Dr IMPÉTRANT, l'expertise sur pièces du cas de Madame PATIENTEDE29ANS dans le cadre du litige qui l'oppose au Dr PRATICIEN, à la Faculté d'Odontologie de Marseille, 27, boulevard Jean Moulin à Marseille (13385), le vendredi 1^{er} septembre 2017 à 16h.

⇒ Conformité des soins aux règles de l'art et aux données acquises de la Science (Réponse aux questions 1 et 2)

Les soins prodigués par le Dr PRATICIEN à Mme PATIENTEDE29ANS étaient indiqués : l'interrogatoire et l'examen clinique mettent en évidence, au niveau de la dent 38 : « des douleurs récurrentes et l'apparition d'une douleur intense tout au long de la journée,

qui l'empêche dormir la nuit ; des épisodes récurrents de péri coronarite au niveau de cette dent n°38 ainsi qu'une lésion carieuse juxta-pulpaire et une absence de dents antagonistes à la dent n°38 ». L'indication d'avulsion de cette dent, posée par le Dr PRATICIEN, était donc fondée.

L'information délivrée par le Dr PRATICIEN à Mme PATIENTEDE29ANS en préopératoire a été claire, loyale et appropriée : l'information relative aux risques fréquents et graves prévisibles liée à une avulsion de ce type de dents, compte tenu des différents éléments du contexte clinique, et sur la technique de séparation radiculaire envisagée pour ce faire a été donnée à la patiente de façon claire, loyale et appropriée. Par ailleurs, un délai de réflexion de 3 jours lui a été laissé. Le consentement à cet acte donné par Mme PATIENTEDE29ANS était donc éclairé.

Toutefois, aucun élément fourni dans le cadre de ce dossier ne permet d'apprécier si une information per et post-opératoire, spécifique, liée à l'évènement survenu au cours de l'avulsion de cette dent, à ses conséquences prévisibles et aux traitements nécessitant d'être envisagés, a été délivrée à Mme PATIENTEDE29ANS par le Dr PRATICIEN et, le cas échéant, si celle-ci a été claire, loyale, complète et appropriée.

Compte tenu des éléments fournis dans le cadre de cette expertise, il semblerait que les soins prodigués par le Dr PRATICIEN à Mme PATIENTEDE29ANS n'ont pas été attentifs, consciencieux et conformes aux données avérées de la Science. En effet, la lésion du nerf lingual lors d'une séparation radiculaire à la fraise des racines d'une dent de sagesse mandibulaire inférieure gauche, alors même que celles-ci sont à distance d'au moins 5 millimètres de ce nerf, ne fait pas partie des risques fréquents et graves prévisibles liés à ce type d'intervention.

Cette lésion nerveuse et ses conséquences (altération temporaire de la sensibilité au niveau de la langue du côté gauche, déficit somesthésique extéroceptif (tact, pression, chaleur, froid), altération du goût ainsi et que des épisodes algiques intenses) sont donc intégralement et directement imputables au manquement du Dr PRATICIEN à son obligation de sécurité de résultats, en raison d'une absence de maîtrise de son geste technique au cours de la réalisation de cet acte chirurgical, et sa responsabilité est engagée.

Enfin, concernant le suivi des soins, aucun élément fourni dans le cadre de cette expertise ne permet d'apprécier s'il a été correctement assuré par le Dr PRATICIEN.

⇒ Conclusion (Réponse à la question 3)

La responsabilité du Dr PRATICIEN est engagée.

Deux cas de figure doivent être envisagés pour évaluer les postes de préjudices à retenir.

- 1) L'expertise a lieu 4 mois après l'incident et la patiente présente encore les symptômes nerveux décrits et souffre toujours de leurs conséquences sur sa vie quotidienne.

Dans ce cas, Mme PATIENTEDE29ANS ne peut être consolidée au jour de l'expertise.

En effet, les symptômes liés à une lésion nerveuse peuvent évoluer (voire disparaître complètement) dans les 24 mois qui suivent la survenue de celle-ci.

Les postes de préjudices temporaires et définitifs ne peuvent donc, à 4 mois, être évalués. Un nouvel accedit à 24 mois après l'incident, lorsque la patiente pourra être consolidée, doit, dans ce cas, être envisagé pour ce faire.

- 2) L'expertise a lieu 24 mois au moins après l'incident et les symptômes nerveux décrits par Mme PATIENTEDE29ANS et leurs conséquences sur sa vie quotidienne ont disparu au bout de 4 mois, avec un éventuel traitement.

Dans ce cas, Mme PATIENTEDE29ANS est consolidée le « jour de l'incident+4mois ».

Aucun préjudice permanent n'est à retenir.

Les postes de réparation, relatifs aux préjudices temporaires, à prendre en compte sont:

- Un déficit fonctionnel temporaire partiel de Classe 1 du « jour de l'incident » au « jour de l'incident+4mois », correspondant à l'altération temporaire de la sensibilité de la langue du côté gauche, au déficit somesthésique extéroceptif (tact, pression, chaleur, froid) et à l'altération du goût pendant les 4 mois qui ont suivi l'incident ;
- Des souffrances endurées, physiques et psychologiques de 1,5/7, correspondant aux phénomènes algiques intenses ont été constatés et à l'impact de ces symptômes sur l'état psychologique de Mme PATIENTEDE29ANS pendant ces 4 mois ;

Nota bene 1 : En cas de traitement médical de cette lésion durant les 4 mois suivants sa survenue, et en fonction de la nature celui-ci (médicamenteux et/ou chirurgical), l'évaluation des souffrances endurées par Mme PATIENTEDE29ANS devra être ajustée et le poste « dépenses de santé actuelles » pourra alors éventuellement être retenu et évalué.

Nota bene 2 : Concernant les conséquences professionnelles de cet incident, évoquées par Mme PATIENTEDE29ANS, aucun élément fourni dans le cadre de ce dossier ne permet d'en attester. Le poste « Perte de gains professionnels actuels » ne peut donc être retenu.

Nota bene 3 : Concernant les conséquences « sociales » de cet incident, évoquées par Mme PATIENTEDE29ANS, aucun élément particulier fourni dans le cadre de ce dossier ne permettant d'en attester, elles sont donc prises en compte dans le poste de préjudices « Souffrances endurées », au titre des conséquences de cet incident et des symptômes associés sur l'état psychologique de la patiente.

Nota bene 4 : Concernant « *l'accompagnement psychologique* » évoqué par la patiente et dont la nécessité était directement imputable, selon elle, aux conséquences de la faute technique du Dr PRATICIEN, aucun élément, fourni dans le cadre de ce dossier, ne permet d'en attester. Aucun poste de préjudice ne peut donc être envisagé à ce titre. Toutefois, si tel était effectivement le cas, une expertise odontologique ne pourrait précisément en évaluer l'imputabilité réelle et les conséquences. Une expertise psychiatrique complémentaire serait alors nécessaire.

VIII.2.3.3 Rapport d'expertise n°3

Conclusions médico-légales :

On peut considérer qu'il existe :

1) Un « défaut partiel » d'information du patient sur les risques encourus des lésions nerveuses et des conséquences de neuropathies.

2) Une perte de chance pour le patient.

Il est à noter le questionnaire suivant à savoir : « est-ce que la patiente pouvait refuser l'extraction en toute connaissance de cause ? »

3) Un manquement du praticien effectuant l'acte à son obligation de sécurité de résultat, lié à une faute d'évaluation et/ou à une faute technique étant donné que le trajet du nerf lingual était évaluable.

4) Concernant les postes de préjudice, deux cas de figure se présentent :

- La consolidation a eu lieu au jour de l'expertise :

Dans ce cas, le déficit fonctionnel temporaire partiel est évalué à 5 % pendant 4 mois.

Concernant la souffrance endurée par le patient, on relève un inconfort et des répercussions sur ses conditions d'existences évaluées à 2/7.

- La consolidation n'a pas eu lieu à 4 mois, date de l'expertise demandée :

Une évaluation à 20 mois est nécessaire pour réaliser une appréciation des postes de préjudices et clôturer le dossier.

VIII.2.4 Discussion

Des similitudes et des différences sont remarquables entre les trois rapports d'expertise précédemment cités ; nous allons donc en réaliser une analyse comparative afin de les mettre en perspective.

VIII.2.4.1 Concernant les responsabilités engagées

- Indication des soins réalisés :

Chaque rapport d'expertise s'accorde à une indication des soins prodigués dans notre cas clinique, directement ou indirectement.

Les experts n°1 et n°3 ne traitent pas d'un manquement à l'indication de l'avulsion de la dent n°38, ce qui permet de confirmer par déduction que l'indication initiale est avérée.

L'expert n°2 développe le fondement de cette indication en reprenant les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique permettant de la mettre en évidence.

- Obligation d'information du patient :

Les trois experts sont unanimes sur la délivrance, par le praticien, des informations pré-opératoires sur les risques fréquents et graves prévisibles liés à l'acte et à la technique de soin.

Les trois experts sont également unanimes sur l'absence d'information per et post-opératoire :
« [aucune information] per et post-opératoire, spécifique, liée à l'évènement survenu au cours de l'avulsion de cette dent, à ses conséquences prévisibles et aux traitements nécessitant d'être envisagés, a été délivrée par le praticien ».

Compte tenu de la situation clinique, les informations liées à ce risque n'avait pas lieu d'être évoquées en pré-opératoire, et aucun défaut d'information ne peut être retenu à ce niveau.

Il existe, en revanche, un défaut d'information per-opératoire et post-opératoire entraînant, d'une part, une délivrance partielle de l'information nécessaire, et, d'autre part, une rupture du continuum de l'information. Par conséquent, la responsabilité du praticien est engagée par manquement à son obligation d'information.

- Perte de chance :

L'expert n°3 traite de la notion de perte de chance.

Dans ce cas précis, une information claire, loyale et appropriée en per-opératoire et post-opératoire aurait probablement pu atténuer l'aléa dont a été affecté la patiente ; elle aurait pu théoriquement, par exemple, demander une interruption des soins. Le résultat réel n'aurait théoriquement pas été inférieur au résultat escompté initialement.

Bien que la théorie nécessite que la notion de perte de chance soit évoquée, ce même expert soulève le problème du questionnement pratique suivant à savoir si la patiente disposait, ou non d'un réel choix en toute connaissance de cause, compte tenu de la situation clinique.

- Obligation de sécurité de résultat :

L'obligation de sécurité de résultat est engagée et littéralement citée pour les experts n°2 et n°3.

L'expert n°2 insiste sur la certitude de la mise en jeu de cette obligation de sécurité de résultats, qu'il qualifie de « *intégralement et directement imputables* ».

Cet expert précise ce manquement en expliquant que *la « lésion du nerf lingual lors d'une séparation radiculaire à la fraise des racines d'une dent de sagesse mandibulaire inférieure gauche, alors même que celles-ci sont à distance d'au moins 5 millimètres de ce nerf, ne fait pas partie des risques fréquents et graves prévisibles liés à ce type d'intervention ».*

L'expert n°3 ajoute à la faute technique commise, une hypothèse concernant les raisons de cette faute ; il suppose en effet une erreur pré-opératoire concernant l'évaluation trajet du nerf lingual.

L'expert n°1, enfin, ne fait pas état littéralement de cette obligation, mais évoque tout de même sa définition et sa mise en jeu en détaillant une « *maladresse du praticien* » corrélée à une « *absence d'aléa thérapeutique* » dans un cas théoriquement non à risque ; ceci converge vers un manquement à l'obligation de sécurité de résultat du praticien.

- Obligation de suivi des soins :

Les experts n°1 et n°3 n'abordent pas la notion d'obligation de suivi de soins, alors que l'expert n°2 mentionne qu'aucun élément n'a été fourni dans le cadre de cette expertise. Ceci ne permet donc pas d'apprécier si le suivi de soins a été assuré par le praticien responsable, et si cela a été fait correctement. Dans le cas contraire, l'absence de suivi constituerait une faute supplémentaire du praticien.

VIII.2.4.2 Concernant la notion de consolidation

Les experts n°2 et n°3 s'accordent sur la notion de délai, en rappelant que dans le cadre d'une lésion nerveuse, la consolidation ne peut être établie que 24 mois après sa survenue, ce qui rend l'évaluation des postes de préjudices temporaires et permanents impossibles à quatre mois post-opératoires.

L'expert n°1 n'évoque pas ce point.

VIII.2.4.3 Concernant l'évaluation des préjudices

Pour les experts n°2 et n°3, l'évaluation des préjudices ne peut être estimée à 4 mois post-opératoire, du fait de l'absence de consolidation et leurs rapports donnent cette même analyse. Cependant, ils évoquent, tous les deux, le cas de l'évaluation après consolidation, avec disparition des symptômes présentés par la patiente à quatre mois post-opératoires.

Dans ce cas-là, concernant les préjudices évoqués, on retrouve :

- Dans les préjudices temporaires :

L'évaluation du déficit fonctionnel temporaire subi par la patiente, qui regroupe toutes les gênes temporaires subies par la victime dans la réalisation de ses activités habituelles à la suite de l'accident, leur nature et leur durée en fonction de l'imputabilité (directe et certaine) à l'accident de ces lésions et de leur évolution. En théorie, l'expert doit également évaluer le caractère total (incapacité de 100%) ou partiel (incapacité comprise en 1 et 99%) en précisant la durée et la classe (ou pourcentage) pour chaque période retenue. Selon la mission d'expertise 2009 et mise à jour de l'AREDOC (Association pour l'étude de la réparation du dommage

corporel), les déficits partiels s'ordonnent en quatre classes qui correspondent à quatre paliers selon leur niveau de gravité.

L'expert n°2 évalue un déficit fonctionnel temporaire partiel de Classe 1, et l'expert n°3 évalue ce déficit à 5% de la gêne totale.

Les experts n°2 et n°3 arrivent donc à la même évaluation, puisque la Classe 1 correspond au premier palier, dont l'indice de gravité varie jusqu'à 10% de la gêne totale.

- *Les souffrances endurées, sont théoriquement définies comme étant les souffrances consécutives à la gravité des blessures, à leur évolution, à la nature, la durée et le nombre d'hospitalisations, à l'intensité et au caractère astreignant des soins. Les souffrances physiques et psychologiques sont représentées par les troubles et phénomènes émotionnels découlant de la situation engendrée par l'accident et que le médecin sait habituellement liées à la nature des lésions et à leur évolution ».*

Selon la nomenclature *Dintilhac*, l'association de ces souffrances est évaluée par les experts selon une échelle de 1 à 7, de très léger à très important.

Pour l'expert n°2, l'évaluation des souffrances est de 1,5/7, correspondant « *aux phénomènes algiques intenses constatés et à l'impact de ces symptômes sur l'état psychologique* ».

Pour l'expert n°3, elle est de 2/7, correspondant « *à l'inconfort et aux répercussions sur ses conditions d'existence* ».

- Dans les préjudices permanents :

Dès lors que la consolidation a été fixée et que les préjudices temporaires ont été soldés, l'évaluation des préjudices permanents peut être effectuée ; fixer une date de consolidation est donc un passage nécessaire pour évaluer les préjudices permanents, les distinguer des préjudices temporaires, et déterminer l'indemnisation qui en découle.

La définition même de ce type de préjudice explique que l'expert n°1 demande « *un examen expertal plus complet* », et que les experts n°2 et n°3 expriment leur impossibilité d'évaluation des préjudices permanents à « *jour de l'incident + 4 mois* ».

Ainsi, nous pouvons tirer les enseignements suivants de cette confrontation :

- Les analyses sont sensiblement les mêmes puisque les mêmes types de responsabilité sont engagés par les experts ;

- Les conclusions et évaluations des préjudices réalisées par les experts n°2 et n°3 sont également assez convergentes et peu expert-dépendantes ;

Si les analyses avaient été divergentes, et par conséquent expert-dépendantes, le seul biais essentiel et envisageable, dans ce cas fictif étudié, aurait été celui d'évoquer le non-respect de l'obligation de moyens, et d'omettre la mise en jeu de l'obligation de sécurité de résultats du praticien.

Selon cette hypothèse, les conclusions auraient tout de même pu être convergentes dans l'estimation des préjudices et donc rester, elles, non expert-dépendantes. La différence aurait alors probablement été notable, dans ce cas, dans l'argumentaire et la sémantique d'expertise uniquement, mais a priori pas dans les répercussions d'indemnisation finales du patient.

CONCLUSION

Le contrat de soins permet donc de codifier la relation patient-praticien, en engageant les deux protagonistes à respecter leurs devoirs, tout en accordant des droits à chaque partie.

Ce contrat impose cinq obligations contractuelles aux chirurgiens-dentistes :

- l'obligation d'information,
- l'obligation de moyens,
- l'obligation de résultats,
- l'obligation de sécurité,
- l'obligation de sécurité de résultat.

À l'heure actuelle, nous manquons cruellement de données de littérature concernant l'obligations de sécurité de résultats, bien que celle-ci soit imposée aux chirurgiens-dentistes. Ses conditions ne sont pas explicitement et clairement définies et il en résulte une utilisation qui semble finalement assez « expert-dépendante ».

Le travail de confrontation réalisé précédemment soulève cependant la question de la relativité de l'importance de la précision de la définition de la nature et du type de responsabilité engagée en expertise. Et cette relativité pourrait justifier le fait que, même si la définition et la mise en jeu de l'obligation de sécurité de résultats est confuse, elle reste « intuitive », admise de chacun, et n'influence donc, au final, pas l'évaluation des préjudices et leurs conséquences pour le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article 1147 du Code Civil.
2. Article L1111-2 du Code de la Santé Publique.
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
4. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin [Internet]. [cité 24 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007037245>
5. Article 16-3 du Code Civil.
6. Article R4127-35 du Code de la Santé Publique.
7. Article 1122 du Code Civil.
8. Dentistes ON des C. Consulter le Code de Déontologie [Internet]. 2009 [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
9. Arrêt mercier 20 mai 1936 [Internet]. [cité 25 mai 2017]. Disponible sur: http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/support_responsabilite/arret_mercier_20_mai_1936.htm
10. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
11. WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12fr.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12fr.pdf
12. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 16 juin 1998, 97-18.481 97-18.509 97-19.131, Publié au bulletin [Internet]. [cité 31 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007040936>
13. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 juin 1999, 97-14.254, Publié au bulletin [Internet]. [cité 31 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007042438>
14. Article L1142-1 du Code de la Santé Publique.
15. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 15 novembre 1988, 86-16.443, Publié au bulletin [Internet]. [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007021893>

16. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 22 novembre 1994, 92-16.423, Publié au bulletin [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007033470>
17. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 23 novembre 2004, 03-12.146, Publié au bulletin [Internet]. [cité 25 mai 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007048072>
18. Arrêté du 14 mars 2000 relatif aux bonnes pratiques de laboratoire.
19. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 9 novembre 1999, 98-10.010, Publié au bulletin [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007042137>
20. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 novembre 2000, 99-12.255, Publié au bulletin [Internet]. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007042225>
21. Article R1335-1 du Code de la Santé Publique.
22. Tardivo D, Camilleri F. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Paris: Éditions CdP; 2015.
23. Rougé-Maillart C, Gaudin A, Lermite E, Arnaud J-P, Penneau M. [Safety and accuracy of surgical procedures: case law evolution]. J Chir (Paris). oct 2008;145(5):437-41.
24. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 16 novembre 1965, Publié au bulletin [Internet]. [cité 2 juin 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000006970773>
25. Conseil d'Etat, Assemblée, du 9 avril 1993, 69336, publié au recueil Lebon [Internet]. [cité 31 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007834775>
26. Conseil d'Etat, Section, du 3 novembre 1997, 153686, publié au recueil Lebon [Internet]. [cité 31 mars 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007971248&fastReqId=727964247&fastPos=1>
27. Soins dentaires - MACSF Exercice professionnel [Internet]. [cité 15 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/deces-enfant-lors-dun-soin-dentaire-courant>
28. Article L1142-6 du Code de la Santé Publique.
29. Article L1142-5 du Code de la Santé Publique.
30. Article L1142-4 du Code de la Santé Publique.

31. Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du Code de la Santé Publique. 2003-314 avril, 2003.
32. Ziccardi VB, Zuniga JR. Nerve injuries after third molar removal. Oral Maxillofac Surg Clin N Am. févr 2007;19(1):105-115, vii.

SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé :

Un lien contractuel permet de réguler et de formaliser la relation et les attentes des patients comme des soignants dans une situation médicale. Dès lors que ce contrat non commercial est accepté par chacun des protagonistes, des obligations apparaissent de façon synallagmatique. La violation par le chirurgien-dentiste, même involontaire, de ses obligations, est sanctionnée par un engagement de sa responsabilité de même nature, également contractuelle.

Ainsi, au travers de ce travail de thèse, nous avons souhaité définir dans une première partie les différentes obligations du chirurgien-dentiste envers son patient, et notamment, son obligation de sécurité de résultat. En effet, cette obligation n'est pas définie de façon précise dans la littérature et le droit médical ce qui laisse son interprétation bien souvent libre à l'appréciation de chaque magistrat et auxiliaire de justice. C'est pour cela, que nous avons souhaité réaliser au travers d'une seconde partie, une simulation afin de déterminer s'il existe une convergence d'analyse entre les experts sur la définition et la mise en application de cette obligation dans un cas de litige entre un praticien et son patient.

Mots clés :

Obligations

Information

Sécurité de résultat

Accident médical non fautif

Abstract :

A contractual link helps to regulate and formalise patients and practitioners relation and expectations on a medical case. As soon as this non-commercial contract is approved by each part, obligations appear in a reciproc way. Even an unvolunteer violation of his obligations by the dental surgeon is penalised by a same kind of responsibility, also based on a contract.

For this thesis work, we wish to define, in a first part, the whole obligations of the dental surgeon towards his patient, especially about his obligation of result security.

This obligation is not defined in a very precise way in the litterature or in the medical right, what makes an open free way to interprete it for the magistrates and court officers. That's the specific reason why, in a second part, we made a simulation to determine if there is a convergence of analysis between experts on the terms and the practical application of that kind of trouble between the patient and the practitioner.

MeSH :

Obligations

Information

Result security

Not culpable medical accident

Adresse de l'auteur :

Villa Romance – 3b rue du puits du jardin
13740 LE ROVE