



HAL
open science

La responsabilité civile et médicale du chirurgien-dentiste dans le domaine de la prothèse

Gautier Huet

► **To cite this version:**

Gautier Huet. La responsabilité civile et médicale du chirurgien-dentiste dans le domaine de la prothèse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. <dumas-04661922>

HAL Id: dumas-04661922

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04661922v1>

Submitted on 25 Jul 2024

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.



HAL Authorization

UNIVERSITE de REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2024

N°

THESE

en vue de l'Obtention du

DIPLOME D'ETAT

de

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

HUET Gautier

Né(e) le 12/08/1991

**La responsabilité civile et médicale du
chirurgien-dentiste dans le domaine
de la prothèse**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Avril 2024

JURY

Président : Monsieur le professeur P. MILLET

Directeur : Monsieur le professeur P. MILLET

Asseseurs : Madame le docteur I. LOPEZ

Madame le docteur F. SIU PAREDES

Monsieur le docteur J. CAMIAT

UNIVERSITE DE REIMS

CHAMPAGNE-ARDENNE

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE

Monsieur Guillaume GELLÉ

**1^{ER} VICE-PRESIDENT
CLEMENT**

Monsieur Christophe

(vice-président du CAC)

VICE-PRESIDENT (C.A.)

Monsieur Olivier DUPERON

**VICES-PRESIDENTS (C.A.C)
BACKER**

Madame Marie Renée DE

CLEMENT

Monsieur Christophe

VICE-PRESIDENTS (C.F.V.U.)

Madame Marie Renée DE

BACKER

LECLERCQ

Madame

Emmanuelle

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

Madame Laure CASTIN

UNIVERSITE DE REIMS

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE

D'ODONTOLOGIE

DIRECTEUR	Monsieur Pierre MILLET
DIRECTEUR-ADJOINT	Monsieur Julien BRAUX
DIRECTRICE-ADJOINTE	Madame Marie-Paule GELLÉ
DIRECTRICE-ADJOINTE	Madame Marie-Laure JOURDAIN
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS	Madame Sylvie GILLET

CONSERVATEUR

Madame Emmanuelle KREMER

CORPS PROFESSORAL DE
L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE REIMS

Sous-Section (56.01) ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

*** Département Odontologie pédiatrique**

Chef de département : Professeur M.P. GELLÉ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

M.P. GELLÉ

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

I. LOPEZ

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

F. SIU PAREDES

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

T. CLEMENT

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

C. GUIDEZ

Assistante Universitaire Associée

A. DUPONT

*** Département Orthopédie dento-faciale**

Chef de département : Docteur A. MAILLOUX

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticien Hospitalier

L. BAILLEUL

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

M. TERRACINA

Attaché d'enseignement

A.M. AAJAJI

Attachée d'enseignement

M. ANDRE

Attachée d'enseignement

A. MAILLOUX

Attachée d'enseignement

S. SAMAIN MATTEI

**Sous-Section (56.02) PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ,
ODONTOLOGIE LÉGALE**

*** Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale**

Chef de département : Docteur S. MOUSSA BADRAN

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	S. MOUSSA-BADRAN
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	J. BAILLY
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	J. CAMIAT
Attaché d'enseignement	R. COFFINET
Attaché d'enseignement	F. COFFINETSARRAJ

Sous-Section (57.01) CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE

*** Département Chirurgie orale**

Chef de département : Docteur S. LAURENCE

Professeur des Universités Emérite	B. LEFEVRE
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	C. BRETAUDEAU
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	H. HAFIAN
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	S. LAURENCE
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	B. DELVAL
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	C. LEDOUBLE
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	R. MLINAREVIC
Attaché d'enseignement MENARD	G. EXARTIER-
Attachée d'enseignement	C. MALAQUIN

*** Département Parodontologie**

Chef de département : Professeur J. BRAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier	J. BRAUX
--	-----------------

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	M.L. JOURDAIN
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	J. SERGHERAERT
Maître de Conférences des Universités Associé – Praticien Hospitalier	L. PIERRARD
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	G. BOUCHER

*** Département Biologie orale**

Chefs de département : Professeur S. LORIMIER, Professeur C. MAUPRIVEZ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier	S. LORIMIER
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier	C. MAUPRIVEZ
Professeur des Universités - Biologie cellulaire (CNU 65)	H. KERDJOUJ
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	S. DERRUAU
Maître de Conférences des Universités Associé	F. LEMAIRE

Sous-Section (58.01) DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

*** Département Dentisterie restauratrice – Endodontie**

Chef de département : Docteur C. ÖZCAN

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	Y. JOSSET
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	J.H. TUBIANA
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	C. ÖZCAN
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	A BAUM
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	F. CHAINOT
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	P. VAUCHELET
Assistante Universitaire Associée	K. CAMPANO ROZAS
Assistante Universitaire Associée	C. RABHI
Assistant Universitaire Associé FARGUES	J.F. ROSSIGNOL DE

Attachée d'enseignement	E. DEMOTIER
Attachée d'enseignement	E. GROBLI
Attachée d'enseignement	J. GUERISSE
Attachée d'enseignement	M. LEGROS
Attaché d'enseignement	M. MARTEAU

*** Département Prothèses**

Chef de département : Docteur E. SCHITTLY-MEDARD

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	C. MÉDARD
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier MEDARD	E. SCHITTLY-
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	C. MAILLET
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	R. BADRAN
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	D. BUREAU
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	J.P. DRIAU
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	A.S. JAVONENA
Assistante Universitaire Associée	M. KOLODZIEJCZAK
Attaché d'enseignement	A. MAHIEU

*** Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux**

Chef de département : Docteur J. LECLERE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier	P. MILLET
Maître de Conférences des Universités Associé – Praticien Hospitalier	J. LECLERE
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	R. BASTON
Assistante Universitaire Associée	S. MAROSO
Attachée d'enseignement	E. PREAUBERT

ANGLAIS

Professeur Agrégé

M. CANTENER

INFORMATIQUE

Professeur Certifié

D. EUDES

**CORPS PROFESSORAL
U.F.R. DE MÉDECINE DE REIMS**

ANATOMIE PATHOLOGIE GENERALE

Mme le Dr BOULAGNON

BIOCHIMIE

M. le Professeur RAMONT

MICROBIOLOGIE

M. le Professeur DE CHAMPS DE ST LEGER

M. le Professeur ANDREOLETTI

ONCOLOGIE

Les opinions exprimées dans cette thèse n'engagent que leur

auteur et en aucun cas l'U.F.R. d'Odontologie de REIMS

Monsieur Pierre MILLET

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section DENTISTERIE
RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION,
IMAGERIE, BIOMATERIAUX, Département Fonction-Dysfonction, Imagerie,
Biomatériaux

Docteur de l'Université de Reims Champagne-Ardenne

Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches

Officier des Palmes Académiques

Directeur de l'U.F.R. d'Odontologie de Reims

Je vous remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir permis d'être dentiste.

Sans vous, tout ceci n'aurait pu être possible.

Je vous remercie pour les valeurs humaines transmises durant ces années.

Veillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

Madame Isabelle LOPEZ

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section
ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE, Département
Odontologie Pédiatrique
Docteur de l'Université de Reims Champagne-Ardenne

Je vous remercie pour avoir toujours été une personne bienveillante, attentive au bien-être
étudiant et d'avoir su m'écouter quand j'en ai eu besoin.

Je vous adresse toute ma reconnaissance et mon respect pour l'enseignement et les valeurs

transmises durant ces années.

Madame Francesca SIU PAREDES

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE, Département

Odontologie Pédiatrique

Docteur de l'Université de Reims Champagne-Ardenne

Je tiens à vous faire part de mes remerciements les plus sincères concernant votre
présence au sein de ce jury.

Je tiens également à vous exprimer mon admiration concernant votre pédagogie et
vos qualités d'enseignement.

Soyez assurés de ma profonde gratitude et de mon estime.

Monsieur Julien CAMIAT

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier dans la sous-section PREVENTION,
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE,
Département
Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre présence au sein de ce jury.
Veuillez trouver ici toute ma reconnaissance et mon profond respect pour l'enseignement que

vous nous avez rapporté ainsi que pour la pédagogie dont vous faites preuve.

Introduction

L'élément fédérateur de toute relation de soin réside dans le lien créé entre deux entités, le patient et le professionnel. Le droit a développé de multiples approches de ce fait social dans sa démarche d'appréhension de la relation de soin.

Le terme de responsabilité vient du latin *respondere*, c'est-à-dire répondre de certains de ses actes. Cette responsabilité est fondée sur l'existence d'un contrat de soins entre le praticien et son patient.

Le chirurgien-dentiste n'a pas l'obligation de guérir son patient dans tous les cas, mais de lui donner des soins « consciencieux et attentifs », conformes aux données acquises de la science (formulation utilisée par de nombreuses décisions judiciaires). Il s'agit donc d'une obligation de moyens (tout mettre en œuvre) et non d'une obligation de résultat (réussir à coup sûr).

La prothèse constitue un cas particulier. Soumis à une obligation de résultat devant répondre aux obligations esthétiques et fonctionnelles légitimement attendu par le patient.

À la suite d'une jurisprudence du 12 juillet 2012, l'obligation de moyen a été étendue au domaine de la prothèse : le chirurgien qui implante une prothèse défectueuse n'est responsable qu'en cas de faute.

Étudier la responsabilité civile du chirurgien-dentiste ne peut s'envisager sans une connaissance approfondie de ses fondements, des premiers textes à nos jours. Dès lors il sera plus aisé d'observer la diversité des cas de figure impliquant la responsabilité civile du chirurgien-dentiste en prothèse. Ces différents cas nécessitent le déroulement d'une procédure bien établie et ouvrent la voie à une prise en charge pluri-juridictionnelles des litiges qui donne lieu à une jurisprudence abondante dont l'étude est essentielle.

1. La relation entre le chirurgien-dentiste et son patient

1.1. Devoirs déontologiques du chirurgien-dentiste

Être un citoyen français sur le territoire national implique l'obligation de respecter les lois et codes Français.

Être un chirurgien-dentiste, c'est aussi s'astreindre à d'autres obligations. Une spécificité pour le chirurgien-dentiste, comme pour tous les professionnels médicaux, réside dans l'existence d'un code de déontologie qui régit l'activité et le comportement de ceux qui l'exercent.

Ce code a été conçu au lendemain de la seconde guerre mondiale, par le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes, lui-même nouvellement créé le 25 septembre 1945. Ce premier code fut adopté par le décret du 03 février 1948, grandement modifié le 22 juillet 1967 le 21 janvier 1986, le 22 juin 1994 et ensuite le 22 mai 1997 et pour finir le 19 mars 2003, l'évolution de la profession ayant rendu certains articles peu adaptés. L'objectif premier de ce code fut de sauvegarder la moralité et le renom de ce métier, ainsi que d'affirmer le caractère libéral de son exercice, l'article R4127-210 déclarant « Le libre choix du chirurgien-dentiste par le patient, la liberté de prescription du chirurgien-dentiste en matière d'honoraires et le paiement direct de ceux-ci par le patient au chirurgien-dentiste ». (1)

1.1.1. Devoirs généraux du chirurgien-dentiste envers son patient

Rappelons quelques devoirs généraux des chirurgiens-dentistes à travers la lecture du code de déontologie :

- « Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine » Article R4127-202

- « Hors le seul cas de force majeure, tout chirurgien-dentiste doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat si d'autres soins ne peuvent lui être assurés » Article R4127-205

- « Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard » Article R4127-211

- « Le chirurgien-dentiste ne doit pas abandonner ses patients en cas de danger public, si ce n'est sur ordre formel et donné par écrit des autorités qualifiées. » Article R4127-212. (2)

1.1.2. Droit du chirurgien-dentiste envers son patient

Nous pouvons noter que, sous réserve des articles suivants, le chirurgien-dentiste peut se séparer de son patient.

- Article R4127-232 « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

1° De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;

2° De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.

Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée par l'article R.4127-211 cité ci-dessus. »

En revanche si le chirurgien-dentiste soigne son patient :

-Article R4127-233 : « Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :

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

2° A agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui ;

3° A se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient. »

Lors de certains conflits, est parfois mis en évidence le comportement un peu « léger », voire irresponsable de certains praticiens envers leurs patients. (3)

En ne respectant pas les principes édictés par le Code Déontologie, ceux-ci discréditent leur profession. Les patients, mécontents, pourront alors porter plainte contre le praticien, surtout si celui-ci leur en donne l'occasion, et leur fournit un motif de faire cette démarche.

Signalons que, même en l'absence de poursuite judiciaire, un chirurgien-dentiste contrevenant au code s'expose à la juridiction de l'Ordre, qui peut appliquer des sanctions disciplinaires, comme le rappelle, l'article R4127-201 de ce même code.

1.2. Contrat de soin

1.2.1. Définition de contrat

« Accord de deux ou plusieurs volontés, qui a pour objet la création ou l'extinction d'une obligation. » Emile Littré, Dictionnaire de la langue française, 1863

« Convention, accord de volontés ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou de plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres. » Dictionnaire Larousse 2016. (3)

Un contrat lie deux personnes au minimum, par son contenu. Celui-ci oblige les parties à respecter leurs engagements.

La théorie du contrat de soin régit les relations du chirurgien-dentiste - patient. Son importance est considérable car, lors des conflits entre le chirurgien-dentiste et les patients, le juge étudiera l'existence et la validité de la convention pour résoudre les différends.

Il s'agit d'un contrat qui régit la relation entre un patient et le professionnel de la santé qui s'occupe de ce patient et qui englobe les notions de :

- Responsabilité médicale
- Droits des patients

Art 1101 du code civil : « Le contrat est un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destinées à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations. »

Le chirurgien-dentiste s'engage donc à soigner son malade, sinon à le guérir, et celui-ci à lui verser en échange des honoraires et recevoir des soins et des conseils relatifs à la santé de son corps. (4)

Art 1134 du code civil « Les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. Elles ne peuvent être révoquées que de leur consentement mutuel, ou pour les causes que la loi autorise. Elles doivent être exécutées de bonne foi. »

Par cet article, le législateur a voulu montrer le caractère intangible de cet acte, hormis les quelques rares cas reconnus par la loi

Le contrat médical est généralement verbal, du moins ce qui concerne les soins, car en matière de prothèse, les devis s'imposent. Cette convention se base sur la confiance mutuelle que s'accordent les 2 parties. Elle est génératrice d'obligation : obligation de moyens ou obligation de résultats. Celles-ci sont déterminées par la matière même des soins prodigués. Cela entraîne des incidences qui seront très différentes selon le type d'obligation requise.

Comme l'accord est tacite, on peut aussi parler de quasi-contrat comme le précise l'article 1371 du code civil : « les quasi-contrats sont le fait purement volontaire de l'homme, dont il résulte un engagement quelconque envers un tiers et quelques fois un engagement réciproque des deux parties. »

1.2.2. Son histoire

Les 282 articles du Code d'Hammourabi (1792-1750 av. JC), provenant de la société babylonienne et mis au jour par J. De Morgan en 1901, traitent de la responsabilité pénale des médecins et des compensations qui leur sont dues : Traduction par le Pr Scheil (1904) : « Si un médecin a traité un homme d'une plaie grave avec le poinçon de bronze et guérit l'homme, s'il a ouvert la taie d'un homme avec le poinçon de bronze et guérit l'œil de l'homme, il recevra dix sicles d'argent... Si un médecin a traité un homme d'une plaie grave avec un poinçon de bronze et a fait mourir l'homme, s'il a ouvert la taie de l'homme et crevé l'œil, on lui coupera les mains. »

Ensuite on peut observer en Grèce (460 av. JC) l'apparition d'une relation contractuelle et de la responsabilité médicale. Platon dit : « En ce qui concerne le médecin,

s'il lui arrive d'être involontairement cause du décès de celui qu'il soigne, il sera exempté de la souillure. » Plutarque rapporte la condamnation à mort de Glaucus, médecin d'Éphestion. Éphestion tomba malade avec de la fièvre. Glaucus abandonna son patient pour aller au théâtre et celui-ci était mort d'un écart de régime alimentaire. Alexandre le Grand considéra Glaucus comme responsable de la mort de son garde du corps et le condamna à la crucifixion. (5)

Plus tard, lors de la Révolution française en 1789, la notion de « liberté » a émergé, accompagnée de l'établissement de limites organisationnelles. Dans l'article 4 de la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi. »

Tout a débuté lorsque les tribunaux décidèrent, pour responsabiliser les professions de santé, de les rendre responsables de leurs actes. (3)

Se basant sur :

- L'article 1382 du code civil : « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer »
- L'article 1383 du code civil : « chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par une imprudence » (4)

La présence de carences dans ces deux textes est vite apparue car il y avait « nécessité de faute ». La faute est toujours difficile, à démontrer, surtout dans le milieu médical.

Aussi pour supprimer toute ambiguïté et pour clarifier les choses, la première chambre civile de la Cour de cassation édicta le célèbre arrêt Mercier du 20 mai 1936 :

« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, si non bien évidemment de guérir le malade, du moins, de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. La violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même

nature, également contractuelle, que l'action civile qui réalise une telle responsabilité ayant ainsi une source distincte du fait constitutif d'une infraction pénale, échappe à la prescription triennale. »

Cet arrêt est complété le 18 octobre 1949 par la cour d'Appel :

« L'obligation du médecin ou du dentiste envers un client, consiste à donner des soins attentifs, prudents, conformes aux données acquises de la science et tels que le donnerait à sa place, dans les mêmes circonstances, un autre praticien consciencieux. »

1.2.3. Ses caractéristiques

- Le contrat est conclu à titre personnel, « intuitu personae »

- Pour le malade :

Le futur patient choisit son praticien librement selon ses propres critères. C'est un principe de base auquel la médecine libérale est très attachée; fait confirmé par l'article L162-2 du Code de la sécurité sociale : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelles et morale des médecins est assurée conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin. » (6)

- Pour le praticien :

C'est l'acceptation ou le refus du chirurgien-dentiste de prodiguer des soins sur « le malade », tout en respectant l'article 26 du code de déontologie.

- Le contrat est synallagmatique

Les parties contractantes « s'obligent réciproquement les uns envers les autres » (article 1102 du Code Civil).

Au consentement du praticien, qui s'oblige à donner des « soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs, et réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science » (selon l'arrêt du 20 mai 1936 de la cour suprême),

Le patient s'engage à consentir aux solutions thérapeutiques proposées par l'odontologiste et à payer des honoraires en échange des services fournis. (7)

Les deux contractants sont alors successivement et corrélativement créancier et débiteur de l'autre.

« Successivement » en ce sens, que le dentiste, par exemple, devient créancier du prix de la prothèse, parce qu'il exécute une obligation de délivrance de celle-ci.

« Corrélativement » parce que l'exigibilité des honoraires dépendra de la livraison de la prothèse.

- Gratuit ou payant

Article 1105 du Code civil : « le contrat de bienfaisance est celui dans lequel l'une des parties procure à l'autre un avantage purement gratuit. »

Article 1106 du Code civil : « le contrat à titre onéreux est celui qui assujettit chacune des parties à donner ou à faire quelque chose », ce qui le différencie des contrats de bienfaisance réalisés à titre gratuit.

Il s'agit d'un contrat civil, variable selon le statut du professionnel :

- Praticien libéral : contrat civil
- Praticien salarié : contrat civil avec la société
- Praticien hospitalier : pas de lien contractuel car le patient est un usager du service public

Le corps humain ne pouvant pas être l'objet de conventions commerciales, il est déclaré « hors commerce ». La résolution d'un contentieux entre les contractants s'effectuera devant des juridictions de droit commun et non pas des tribunaux de commerce.

En définitif, l'originalité du contrat médical est telle que la doctrine juridique en fait un contrat médical très particulier, différent de tous les autres, qualifié alors 'd'innommé' c'est à dire "sui generis" »

« L'innomé » doit pourtant satisfaire à quatre conditions "sine qua non" pour être valable.

Article 1108 du code civil les cite :

- Le consentement de la partie qui s'oblige
- Sa capacité de contracter
- Un objet certain que forme la matière de l'engagement
- Une cause licite dans l'obligation
- Consensuel

Le principe du consensualisme est une règle juridique selon laquelle le contrat ne nécessite pas une forme préétablie. Selon cette idée, le critère prédominant de l'existence du contrat sera l'existence d'un consentement et d'un accord de volonté des parties. Le contrat ne peut donc être que verbal et implicite. L'écrit est nécessaire pour l'établissement de la preuve.

(3)

1.3. Le consentement

L'époque du paternalisme médical a évolué, et les patients ne sont désormais plus considérés simplement comme des individus nécessitant des soins, mais plutôt comme des individus dont les droits fondamentaux doivent être respectés.

Cela inclut le droit de choisir leur médecin, le respect du secret médical, la préservation de la vie privée, l'intégrité corporelle, le droit à l'information, la gestion de la douleur, et d'autres droits similaires. Au cœur de ces droits fondamentaux se trouve le droit pour les patients d'être informés sur leur propre état de santé.

Le droit du patient à recevoir des informations concernant sa santé a été établi par la loi du 4 mars 2002 (cependant, il était déjà reconnu par la jurisprudence de la Cour de cassation). Cela est décrit dans l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, qui stipule que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves

normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

La Cour de cassation a également statué (dans un arrêt du 3 juin 2010, n° 09-13. 591) que le manquement à fournir cette information peut être sanctionné, même en l'absence d'une alternative. En d'autres termes, l'absence d'information ne constitue pas uniquement une perte de chance, mais est considérée comme une forme distincte de préjudice. (8)

Pourquoi faut-il informer ?

Au cours des années 1980, un courant médical influent au sein de l'éthique médicale a promu une approche plus consensuelle de la médecine. Cela a progressivement transformé le patient en un partenaire dans le processus décisionnel grâce à l'importance croissante accordée à une information de qualité. (43)

Cette information est devenue la nouvelle pierre angulaire de la relation entre les soignants et les soignés, conduisant à un consentement de plus en plus éclairé et solide.

Le chirurgien-dentiste doit fournir au patient des informations adéquates, permettant à ce dernier de prendre une décision éclairée concernant l'acceptation ou le refus d'un traitement, ainsi que le choix entre différentes techniques.

L'obtention d'un consentement valide de la part du patient repose entièrement sur la communication de cette information. En l'absence de ce consentement, sauf en cas d'urgence, aucun acte médical ne peut être réalisé, conformément à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique, qui énonce que « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » (9)

Cette règle est désormais intégrée à la fois dans le Code civil (article 16-3, deuxième alinéa, de la loi du 6 août 2004 : « Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, sauf en cas d'intervention thérapeutique nécessaire lorsque l'intéressé n'est pas en mesure de consentir ») et dans le Code de déontologie dentaire (article R. 4127-236 du Code de la santé publique : « Le consentement de la personne examinée ou soignée est systématiquement recherchée, conformément aux dispositions des articles L. 1111-2 et

suivants. Si un patient en mesure d'exprimer sa volonté de refuser les investigations ou les traitements proposés, le chirurgien-dentiste doit accepter ce refus après avoir informé le patient des conséquences. En situation d'urgence où il est impossible d'obtenir le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'une personne incapable, le chirurgien-dentiste doit néanmoins administrer les soins qu'il juge nécessaire. »)

Que doit contenir l'information ?

Selon la Charte de juin 2014 établie par le Conseil National de l'Ordre, il est spécifié que l'information à fournir doit englober tous les éléments liés à l'acte médical requis ou effectué. Cela englobe des aspects tels que l'accueil du patient, les modalités de prise en charge, la nécessité de l'acte ainsi que son éventuelle urgence, les techniques employées, les alternatives possibles, l'évaluation des risques et avantages (incluant les risques prévisibles fréquents ou graves) de chaque technique proposée, les coûts associés, le déroulement et l'organisation du traitement, les délais d'intervention, les complications postopératoires potentielles, les médicaments requis ainsi que les examens complémentaires, les précautions à prendre, les attentes en termes de suivi, et les conséquences probables en cas de refus de l'acte.

Dans cette démarche, le dentiste doit également exprimer sa préférence tout en fournissant des explications honnêtes. Ce devoir de conseil est d'une importance capitale. Les informations communiquées doivent englober l'état bucco-dentaire du patient en fonction de sa santé actuelle, ainsi que toutes les catégories d'interventions susceptibles ou effectuées, qu'elles sont adaptées du diagnostic, de la prévention, du traitement ou de l'aspect esthétique.

(8)

À noter : En cas d'incident survenant pendant la réalisation de l'acte médical, il incombe au praticien d'en informer immédiatement le patient.

Qui doit informer ?

Le dentiste est tenu de délivrer l'information directement au cours d'un entretien individuel. Une dispense de cette responsabilité ne peut être justifiée que dans les situations d'urgence ou lorsque les circonstances rendent cela impossible.

À moins que la personne en question ne préfère rester dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, un choix qui lui revient en toute légitimité. Dans le contexte d'une équipe pluridisciplinaire, la Charte de juin 2014 émise par le Conseil National de l'Ordre précise que chaque membre doit personnellement fournir les informations pertinentes de son champ d'expertise.

Une synthèse de ces informations peut être élaborée par le prescripteur ou le référent de l'équipe. Cependant, il n'est pas permis de déléguer cette tâche à un tiers, bien qu'une reformulation par l'assistante dentaire soit toujours possible.

Comment le praticien doit-il informer ?

Le dentiste doit prendre en considération les caractéristiques uniques de chaque patient, y compris des aspects tels que l'âge, le niveau socioculturel, les handicaps possibles, les facteurs psychologiques et la compréhension de la langue française.

Les informations fournies doivent être adaptées à l'état de santé du patient, présentées de manière personnalisée, organisées et limpides, afin d'assurer leur compréhension. L'information doit être transmise dans un environnement propice à l'écoute attentive et à la compréhension du patient.

Le docteur Grégoire Moutel exprime dans son ouvrage précité que la communication ne devrait pas se limiter à une simple exposition unilatérale de termes scientifiques, mais devrait plutôt prendre la forme d'un dialogue avec le patient,

Les séances d'information doivent être individuelles, bien que le patient puisse décider de se faire accompagner s'il le souhaite. L'information doit être communiquée oralement et peut être complétée par des supports pédagogiques tels que des modèles, des photographies ou des schémas.

Des documents écrits peuvent être fournis en complément, et ils doivent être personnalisés, clairs, simples et facilement compréhensibles. Le dentiste doit s'assurer que le patient a bien assimilé l'information en posant des questions, en encourageant la reformulation

et la clarification. Si besoin est, le patient peut convenir d'un nouveau rendez-vous pour discuter du sujet à nouveau.

La preuve du consentement, comme c'est le cas pour tous les faits en droit civil, est admissible de manière flexible, ce qui signifie qu'elle peut être établie par divers moyens (incluant un délai entre l'information et le début des soins, des examens complémentaires, des témoignages, le contenu du dossier médical, etc.).

L'écrit n'est nécessaire que pour les traitements majeurs ou complexes, comme l'implantologie, la prothèse ou l'orthodontie. Si le formulaire de « consentement éclairé » n'est pas personnalisé, clair et facilement accessible au patient, il pourrait ne pas suffire pour prouver son consentement et pourrait même être considéré comme une forme illégale et inefficace de « décharge de responsabilité ».

Pour éviter cela, il est recommandé d'inclure les informations médicales pertinentes dans le devis, de manière qu'un seul document signé soit par le patient. De plus, il est conseillé de laisser un certain laps de temps entre la première consultation ou l'établissement du devis et le commencement des soins.

La numérisation de ce texte est envisageable pour économiser de l'espace, étant donné que le Code civil stipule, conformément à la loi du 13 mars 2000, que le contenu électronique est admissible en tant que preuve au même titre que son homologue papier, sous réserve que l'identité de l'auteur soit vérifiée et que sa création et son stockage soient garantis pour en préserver l'intégrité. L'article 1316-3 précise que « le contenu électronique a la même valeur probante que le document papier ».

Le droit d'accès direct et sans restriction au dossier médical, établi par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, est clairement lié au droit à l'information. De plus, l'article R. 4127-236 intègre un second paragraphe qui traite du refus de soins accordés du patient : « Lorsqu'un patient capable d'exprimer sa volonté refuse les investigations ou le traitement proposés, le chirurgien-dentiste doit respecter ce refus après en avoir informé le patient des conséquences. » (2)

La dispense d'information

En dehors des situations d'urgence, l'autorisation pour dispenser des soins sans consentement est une situation rare. Par exemple, dans des circonstances spécifiques, comme la prise en charge urgente d'un mineur ou d'une personne sous tutelle ou curatelle, le principe du consentement du patient aux soins est réitéré, sauf cas exceptionnels. L'article R. 4127-236 précise que le praticien ne peut délivrer des soins sans consentement préalable que « lorsqu'il est impossible d'obtenir en temps voulu le consentement du représentant légal ». De plus, la loi du 4 mars 2002 stipule que le consentement d'un mineur ou d'une personne sous tutelle doit systématiquement être recherché s'il peut exprimer sa volonté et participer au processus décisionnel.

Ainsi, Le chirurgien-dentiste ne doit pas uniquement se fier au consentement des parents (dans le cas d'un adolescent) ou du tuteur. Si le refus de soins par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves sur la santé du mineur ou de la personne sous tutelle, le praticien peut passer outre ce refus et prodiguer les soins nécessaires (article L 1111-4 alinéa 4 du code de la santé publique).

En ce qui concerne la prise en charge des mineurs (exclusion faite des personnes sous tutelle ou curatelle), si un conflit sérieux survient avec le titulaire de l'autorité parentale, le praticien peut solliciter le procureur de la République avant d'administrer des soins afin d'éviter toute remise en cause ultérieure de sa responsabilité. Le procureur peut, afin de faciliter le traitement, ordonner une mesure d'assistance éducative (article R. 1112-35 du code de la santé publique).

Le gouvernement a le pouvoir de déclarer certaines personnes légalement incapables si leurs actions perturbent l'ordre public ou s'il est nécessaire de protéger des individus vulnérables. L'article 1124 du Code civil français concerne les mineurs non émancipés et les majeurs sous protection.

Ainsi, pour les prodigues et les personnes mentalement inaptes, avec ou sans représentation légale, ou tout autre adulte, qui en vertu de l'article 488 du Code civil, « en raison de leur prodigalité, de leur comportement déraisonnable ou de leur inactivité, pense de se retrouver dans le besoin ou de ne pas remplir leurs obligations familiales », le consentement du tuteur légal est requis pour des procédures coûteuses et risquées. Les adultes mentalement sains, conformément à une loi adoptée le 22 septembre 1942, ne sont pas soumis

à de telles restrictions, ce qui a rétabli leur pleine capacité juridique et leur droit à recevoir des soins médicaux conformément à leurs choix.

Les détenus dans les établissements pénitentiaires sont soumis à des restrictions similaires à celles imposées aux personnes connaissant des troubles mentaux, car ils ne peuvent établir de contrat médical que dans les limites fixées par l'administration pénitentiaire.

Selon l'article 11 du Code civil, les étrangers bénéficient en France des mêmes droits civils que ceux qui sont ou seront accordés aux citoyens français en vertu des traités conclus avec leur pays d'origine. Cette limitation de leurs droits a été réduite à la suite d'un arrêt de la Cour de cassation du 27 juillet 1948, qui a statué que les étrangers en France ont tous les droits qui ne leur sont pas demandés refusés. En conséquence, ils peuvent librement accepter des contrats, au moins de rares exceptions qui ne sont pas applicables dans ce contexte.

1.4. L'objet de l'engagement

« Tout contrat a pour objet une chose qu'une partie s'oblige à donner, ou qu'une partie s'oblige à faire ou à ne pas faire » (Article 1126 du code civil). (10)

L'objet de l'obligation est la prestation promise par le débiteur qui s'engage donc, conformément à l'article sus cité.

Ainsi lors du contrat passé entre le chirurgien-dentiste et le patient, l'obligation de soigner ou de réaliser une prothèse, est liée par l'obligation de payer les honoraires et de se conformer aux prescriptions. L'objet du contrat est donc, soit un acte matériel ou juridique bénéficiant au créancier lors d'une obligation de faire, soit une abstention, lorsqu'il s'agit d'une obligation de ne pas faire.

2.La responsabilité du chirurgien-dentiste

De plus en plus, le chirurgien-dentiste voit sa responsabilité engagée. Le temps n'est plus où le Tribunal Civil de Domfront sollicitait de l'Académie de Médecine une consultation pour savoir si la responsabilité médicale pourrait être juridiquement recherchée

Depuis, la position de l'autorité judiciaire a bien évolué. Dans le même temps, les techniques médicales ont, elles aussi, progressé considérablement. Les professionnels de santé, perdant petit à petit de leur aura, au fur et à mesure de l'évolution des connaissances de leurs patientèles, ont vu leurs responsabilités de plus en plus engagées à la suite de soins.

2.1. Historique

En pleine Révolution Française, l'Assemblée Constituante, dans son désir de supprimer tous les privilèges existants sous l'Ancien Régime, adopta, le 14 juin 1791, la loi « Le Chapelier Isaac ».

Il ne devenait plus nécessaire de posséder le moindre diplôme, et donc, la moindre compétence, pour exercer la profession de chirurgien-dentiste, n'importe quel quidam pouvait s'instaurer « Dentateur » ou « Expert dentiste ».

Le Consulat, rétablit l'enseignement dans les professions médicales, par la loi du 10 mars 1803. Les Facultés de Médecine furent réouvertes. Des examens sanctionnèrent l'obtention d'un diplôme et conférèrent le grade de docteur en médecine ou de chirurgien.

Cependant, cette loi présentait deux défauts majeurs :

- L'un pour les patients car elle laissait aux professionnels de santé une impunité totale, tant sur le plan pénal, que sur le plan civil.

- L'autre défaut concernait directement les chirurgiens-dentistes car il ne faisait pas mention de notre profession.

Sous la Restauration, un arrêt fut adopté reconnaissant officiellement les diplômes de chirurgien- dentiste sans pour autant abroger la loi de mars 1803. Deux groupes, alors, durent cohabiter : les chirurgiens-dentistes diplômés et les non-diplômés. Les premiers livrèrent alors une bataille juridique contre les seconds pour les interdire d'exercice.

La première affaire débuta au Tribunal de Limoges où la dame Delpuch fut poursuivie pour exercice illégal de la profession. Cette affaire fut reportée au niveau de la Cour d'Appel de Limoges, puis de la Cour de Cassation. La Cour Suprême donna raison à la dame en estimant que le silence de la loi sur les chirurgiens-dentistes équivalait à une

reconnaissance de la profession de dentiste qui n'est soumise à l'obtention d'aucun diplôme (Cass. 23-02-1827).

La Cour de Cassation trancha définitivement dans le même sens d'autres affaires de même type dont la dernière en 1846 (Cass. 15-06-1846) (C.2). La profession fut alors tout à fait libre jusqu'à la loi de 1892.

Il fallut attendre le 18 juin 1835 et, ce pour la première fois, pour voir la responsabilité d'un médecin engagée, et se faire condamner.

Effectivement, par un arrêt du 18 juin 1835, la Cour de Cassation, par l'intermédiaire du Procureur Général Dupin, estima que les médecins et autres officiers de santé relevaient comme tous les citoyens français des articles 1382 et 1383 du Code Civil. La responsabilité médicale était née.

De fait, le praticien fautif était tenu de réparer les dommages qu'il avait causés à autrui. A partir de cette époque, on utilisa aussi les articles 319 et 320 du Code Pénal à l'encontre des professions de santé. On pouvait ainsi punir les praticiens qui se rendaient coupables d'une infraction dans l'exercice de leur « fonction ».

Le 30 octobre 1893, voici bientôt cent ans, une réforme des études médicales exigea l'obtention d'un diplôme chirurgien-dentiste pour exercer. La profession était enfin pleinement reconnue. Ce ne fut que le 20 mai 1936 que le célèbre arrêt de Cour Suprême fut promulgué. Il introduit la notion de contrat médical, passé entre le praticien et le patient. La responsabilité civile des chirurgiens-dentistes principalement d'ordre contractuelle fut alors pleinement reconnue.

2.2. La responsabilité pénale du chirurgien-dentiste

Il est essentiel de différencier les délits entraînant des atteintes physiques au patient (cas rares dans le domaine dentaire) et ceux principalement liés à l'exercice professionnel, notamment les interactions avec les organismes d'assurance maladie.

2.2.1. L'atteinte volontaire à l'intégrité physique

L'exercice de la chirurgie dentaire légitime une atteinte délibérée à l'intégrité physique du patient, à condition qu'elle soit justifiée par une nécessité médicale (conformément à l'article 16-3 du Code civil), notion fluide, souple et évolutive.

Or, en dentisterie, on distingue nettement les exceptions à la règle de l'indisponibilité du corps humain observées en médecine générale : « En l'état du droit, le principe d'indisponibilité du corps humain signifie que le corps ne peut être mis à disposition, vendu, donné ou faire l'objet d'une convention, quelle que soit sa nature, gratuite ou onéreuse. ». (11)

Dans ces domaines, la notion de « nécessité médicale » a complètement disparu, comme c'est le cas pour la chirurgie esthétique, les prélèvements d'organes, la stérilisation chirurgicale et l'interruption volontaire de grossesse.

Néanmoins, au cours des vingt dernières années, il y a eu une progression des procédures dentaires esthétiques telles que la pose de facettes esthétiques collées, le blanchiment des dents, la chirurgie esthétique gingivale et l'orthodontie.

Il est crucial de ne pas confondre l'intention pure de faire souffrir (élément moral caractéristique de l'infraction pénale d'atteinte volontaire à l'intégrité physique) avec la conscience de quelqu'un qui inflige des actes douloureux à autrui dans un but autre que de lui nuire. Ainsi, un tortionnaire extrayant méthodiquement les dents d'une victime pour obtenir des aveux viole l'article 222-1 du Code pénal (actes de torture et de barbarie, punis de 15 ans de réclusion criminelle). Toutefois, cette disposition ne s'applique évidemment pas au dentiste qui pratique une extraction douloureuse, même si la douleur résulte d'une erreur du praticien ou d'une violation des règles professionnelles.

Il est donc extrêmement rare qu'un dentiste inflige intentionnellement des violences à un patient par pure animosité, même si de tels cas existent. Par exemple, un praticien mécontent du refus d'un patient de payer ses honoraires qui, dans un accès de colère, enlève brusquement son dentier, commet un délit de blessure intentionnelle.

Pour l'anecdote, un exemple récent a mis en lumière cette notion. Un dentiste a été acquitté d'une accusation d'agression ou de violence avec préméditation contre un employé des postes. Le prévenu avait envoyé une lettre contenant de la poudre blanche à son prothésiste pour plaisanter, à un moment où les inquiétudes concernant les infections à l'anthrax étaient à leur comble. La cour d'appel a conclu que la véritable intention du dentiste

était de jouer un tour à son prothésiste, avec qui il entretenait une amitié, et que le fait que la lettre ait été accidentellement ouverte dans le centre de tri postal privait l'infraction de l'élément intentionnel nécessaire pour établir la culpabilité.

2.2.2. L'atteinte involontaire à l'intégrité physique

Les dispositions du Code pénal relatives aux cas d'homicide et de blessures causés par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou non-respect d'une règle de sécurité prévue par la loi ou le règlement (articles 222-19, 222-20, R. 625- 2, et R. 625-3) s'appliquent pleinement aux chirurgiens-dentistes dans le cadre de leur exercice professionnel, comme à tout citoyen.

Il convient de noter que les accidents thérapeutiques mortels ne sont pas exclus en dentisterie et qu'un chirurgien-dentiste peut faire face à des accusations d'homicide involontaire. Cependant, il est essentiel de préciser que, dans la réalité, de telles situations restent extrêmement rares.

Un dentiste ne peut être tenu pour responsable du décès d'une personne souffrant d'une maladie génétique rare passée sous silence, qu'il ne peut pas soupçonner et qui implique qu'une extraction dentaire risque de provoquer un œdème fatal. Idem si les problèmes du patient viennent de son propre comportement : non-suivi du traitement, refus d'adapter une prothèse mal supportée, descellement d'un bridge dû à une mauvaise hygiène buccale. (12)

2.3. La responsabilité disciplinaire du chirurgien-dentiste

Tout acte de nature à ternir la réputation du chirurgien-dentiste, nuire ou mettre en doute la profession dentaire ou ses praticiens, tout comportement s'écartant des principes moraux guidant l'exercice professionnel, pourra être considéré comme une faute et sera examiné par l'instance disciplinaire.

2.3.1. Les infractions au code de déontologie dentaire

Cela concerne principalement les violations de toutes sortes de principes moraux qui régissent l'art dentaire.

Chaque praticien, lors de son inscription auprès du Conseil départemental de l'Ordre, atteste avoir pris connaissance de ce code qui contient principalement des clauses liées à la déontologie, souvent considérée comme la base fondamentale des procédures disciplinaires.

2.3.2. Les infractions au code de la santé publique

Le code de la santé publique détermine plusieurs infractions disciplinaires spécifiques qui sont pénalement punissables. Parmi celles-ci figurent par exemple l'interdiction d'exercer l'art dentaire sous un nom d'emprunt (conformément à l'article L. 4113-3 du code de la santé publique), ainsi que l'interdiction de verser des honoraires à des tiers (conformément à l'article L. 4113-5 du code de la santé publique).

2.3.3. Les infractions au code de la sécurité sociale

Ces notions sont principalement liées à la notion de « contentieux du contrôle technique », l'un des contentieux spécialisés dans le domaine de la sécurité sociale.

L'objectif est de sanctionner les fautes, abus, fraudes, et plus largement, toute action liée à la profession et dirigée contre un dentiste (ou un autre professionnel de santé) dans le cadre de soins prodigués aux allocataires de la sécurité sociale (au sens des articles L. 145-1 et suivants du code de la santé publique).

Concernant le principe du cumul des actions, il convient de noter que : L'engagement d'une action disciplinaire n'empêche pas les autres actions que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les juridictions ordinaires (responsabilité pénale). L'engagement d'une action disciplinaire n'empêche pas les autres actions que les individus peuvent intenter devant les juridictions civiles pour demander réparation (responsabilité civile). Les litiges liés aux fautes disciplinaires relèvent exclusivement de la compétence des tribunaux disciplinaires (compétence personnelle).

Deux types de juridictions peuvent être saisies : si le litige relève du contentieux du contrôle technique (infractions au code de la sécurité sociale), la section chargée des

assurances sociales sera compétente, tandis que s'il s'agit d'une matière différente de litige, la chambre disciplinaire présidera.

A ce jour, il n'existe pas de liste exhaustive des actes pouvant faire l'objet de sanctions disciplinaires (compétence matérielle) : ainsi, la compétence de chacune des deux juridictions disciplinaires existantes est assez large. (13)

En première instance, la chambre disciplinaire de l'Ordre régional du lieu de résidence du praticien au moment du dépôt est compétente. (Depuis la loi du 4 mars 2002, les praticiens de La Réunion relèvent de la compétence de la chambre de première instance de l'Ordre de la région Île-de-France, et les praticiens de Saint-Pierre et Miquelon relèvent de la compétence de la première- chambre d'instance de l'Ordre de la région Basse Normandie - compétence territoriale).

Aucune formalité particulière n'est requise pour les réclamations déposées auprès de l'Ordre. Depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002, le droit de saisir la chambre disciplinaire a été étendu à toute personne ayant un intérêt légitime, notamment le patient qui a désormais la qualité de partie potentielle à la procédure plutôt que celle de simple témoin comme avant.

Il est impératif qu'une plainte spécifique soit déposée contre le praticien, faute de quoi la procédure peut être déclarée irrecevable.

2.4. Les règles régissant le droit disciplinaire

2.4.1. La notion d'infraction disciplinaire

Dans la plupart des cas, une faute professionnelle, au sens disciplinaire, résulte d'une violation d'une règle prévue au code de déontologie dentaire. Souvent, il s'agira aussi de cas de transgression des principes moraux et éthiques essentiels à la pratique dentaire, que les Ordres ont la responsabilité de sauvegarder.

Deux types de fautes professionnels peuvent être distingués :

- Les délits pouvant faire l'objet d'une amnistie, tels que : manquements aux règlements administratifs (ouverture d'un cabinet secondaire sans autorisation), manquement

au devoir confraternel (diffusion d'informations portant atteinte à la réputation d'un confrère), carences dans la prise en charge des patients (utilisation d'une approche).

- Infractions non amnistiables, telles que : comportements déshonorants ou contraires à l'éthique, manquements aux règlements administratifs (permettre à une personne non qualifiée d'exercer au sein de leur clinique), manquement au devoir confraternel (incitation des clients ou du personnel), déficiences dans la prise en charge des patients (utilisation de matériaux acrylique pour un bridge au lieu de la céramique spécifiée dans le devis accepté).

(14)

2.4.2. Les sanctions disciplinaires

En présence de la chambre disciplinaire, les sanctions disciplinaires possibles sont indiquées ci-dessous, classées par ordre de sévérité : avertissement, blâme, interdiction temporaire, avec ou sans suspension, ou interdiction définitive d'exercer la profession de chirurgien-dentiste.

Lorsqu'il s'agit de la section des assurances sociales, les sanctions disciplinaires possibles sont les suivantes, par ordre de sévérité : avertissement, blâme (avec ou sans publication), interdiction temporaire ou définitive, avec ou sans suspension, du droit de prodiguer des soins aux bénéficiaires de sécurité sociale, ou une obligation de rembourser les paiements excessifs en cas de facturation abusive. (14)

2.5. La responsabilité civile du chirurgien-dentiste

C'est principalement la responsabilité qui est recherchée, car son objet est d'obtenir la condamnation du praticien au paiement de dommages et intérêts. Il est important de bien faire la distinction entre la responsabilité professionnelle individuelle (scénario le plus courant) et la pratique de groupe, qui implique certaines réglementations particulières.

Dans le domaine de la pratique privée, un chirurgien-dentiste est lié à son patient par un contrat de bonne foi, fondé sur les mêmes principes déontologiques et juridiques qu'un contrat médical (arrêt Mercier).

2.5.1. La responsabilité civile contractuelle du chirurgien-dentiste

Ce contrat implique typiquement une obligation spécifique de la part du praticien et une obligation précise du patient, qui consiste notamment à suivre les conseils et les prescriptions du praticien, et à les rémunérer. Cependant, des ajustements entre les parties sont possibles (par exemple, en cas de soins gratuits ou de paiement par un tiers plutôt que directement par le patient).

Ce contrat est également établi *intuitu personae* (prise en compte directe des caractéristiques personnelles des parties) et peut être résilié :

- Par le patient à tout moment, si un motif légitime est invoqué (comme la détérioration des relations contractuelles ou l'échec du traitement prescrit).
- Par le praticien, à condition de respecter deux exigences essentielles : répondre aux situations d'urgence et assurer la continuité des soins.

Concernant l'obligation de moyens imputée au praticien, l'arrêt Mercier précise que le praticien est tenu de fournir « des soins consciencieux, attentifs et, sauf circonstances exceptionnelles, des soins conformes aux connaissances scientifiques établies ».

L'adaptation de cette règle des médecins aux dentistes remonterait à 1960, et depuis lors, la notion de « données acquises de la science » a évolué (successivement appelées « données de la science », « données actuelles de la science », « dernières données acquises », « règles de l'art eu égard aux données actuelles de la science » ...).

Depuis un arrêt du 6 juin 2000, la Cour de cassation a estimé que « l'obligation est de donner des soins conformes aux données acquises de la science à la date de ces soins », soulignant la certitude de ces connaissances au moment de l'acte, reconnaissant explicitement son caractère « actuel ». (15)

Du point de vue du Conseil d'État, il a été jugé nécessaire de préciser la véritable portée de la notion de « données acquises » à partir des faits présentés, afin d'apprécier la qualité des soins prodigués par le praticien. Avec la loi du 4 mars 2002 (actuel article L. 1110-5 du code de la santé publique), on parle désormais de « connaissances médicales avérées ».

L'obligation de moyens repose sur le principe de l'aléa à l'issue de tout acte médical. En règle générale, le praticien doit tout mettre en œuvre pour atteindre le résultat attendu mais n'est pas directement tenu de garantir un résultat précis. La seule exception à ce principe concerne la fourniture de produits de santé, où s'applique la responsabilité de plein droit, c'est-à-dire qu'une obligation de « résultat-sécurité » s'impose au praticien (article L. 1142-1-I du code de la santé publique). (16)

2.5.2. La responsabilité civile extracontractuelle du chirurgien-dentiste

Concernant le patient, il peut notamment englober des dommages causés en dehors du champ contractuel (par exemple, des dommages aux biens d'un patient), des cas d'invalidation du contrat de soins (cela nécessite une disposition spécifique, par exemple, en cas de contrats impliquant des actes illégaux objectifs, viciés d'erreur, de fraude ou de coercition), ou des cas d'absence de contrat (intervention urgente sur une personne inconsciente ou incapable sans le consentement de son représentant légal).

Concernant les tiers, il peut notamment s'agir de scénarios tels que le cas d'une victime d'un faux certificat ou d'une fausse déclaration (comme une caisse de sécurité sociale ou une compagnie d'assurance), ou des situations où l'action du dentiste a causé un préjudice à un tiers (se référant principalement aux cas où les ayants droit du patient-victime agissent en leur propre qualité de victimes « par ricochet »). (14)

2.5.3. L'existence d'un lien de causalité

En général, il n'y a aucune difficulté à établir ce lien dans le cas où un seul événement est à l'origine du dommage. Malheureusement, le plus souvent, plusieurs facteurs causals doivent être pris en compte. Deux théories s'opposent en droit français en la matière : la théorie de la causalité adéquate et la théorie de l'équivalence des conditions ; cette dernière étant la plus couramment appliquée.

En cas de facteurs multiples, les tribunaux considèrent tous ceux qui apparaissent comme des conditions nécessaires au dommage, entraînant des responsabilités solidaires (c'est-à-dire que chacun peut être tenu responsable de l'ensemble du résultat). Par exemple, le cas du dentiste habituel d'une patiente qui, sans la réexaminer six mois auparavant, certifie

qu'elle ne présente actuellement aucun signe d'affection apicale (et ophtalmologique), et le chirurgien qui décide de lui opérer la cataracte sans demander des tests supplémentaires ou prendre des précautions comme des radiographies de la mâchoire ; tous deux ont été tenus conjointement et solidairement responsables des complications subies au cours de l'intervention.

Le lien de causalité doit être prouvé hors de tout doute, et généralement, seul un expert judiciaire peut l'établir. Si le dommage est d'origine externe ou résulte de la propre faute du patient, le lien de causalité avec l'erreur du praticien est totalement exclu, de même en cas d'un aléa thérapeutique. (14)

Un scénario particulier existe cependant en cas de défaut d'information et de perte de chance :

- Si l'intervention était essentielle, le préjudice serait uniquement moral, car le patient ne pourrait pas se préparer à d'éventuelles conséquences néfastes.
- Si l'intervention avait pu être évitée, le manque d'information devient la cause exclusive du préjudice, car le patient, s'il était mieux informé, aurait pu choisir d'éviter l'intervention. Depuis 1965, la jurisprudence reconnaît qu'un praticien engage sa responsabilité lorsque, du fait de sa faute, il prive le patient d'une chance de guérison. Cependant, l'indemnisation sera alors partielle par rapport au préjudice total, justifiée par l'idée qu'il s'agit d'un préjudice distinct, celui d'une chance perdue. Il est important de noter que la perte de chance est souvent compensée lorsque les conclusions du rapport d'expertise sont vagues.

En revanche, invoquer un préjudice résultant de la perte de la faculté de refuser une opération essentielle est totalement inopérant.

3. Les facteurs engageant la responsabilité du chirurgien-dentiste

Il s'agit de la trilogie Faute-Préjudice-Lien de causalité (faute-dommage) dont les juges chercheront à vérifier la certitude au vu des preuves amenées par la victime au Civil ou par le juge d'instruction en Pénal.

3.1. La faute

3.1.1. Définition

Il n'existe pas de définition spécifique de la faute médicale. D'une façon générale, le médecin est tenu aux mêmes règles de « droit commun » que n'importe quel individu. Mais, l'exercice de l'art médical l'expose plus que d'autres à voir sa responsabilité mise en cause.

Il nous est donc nécessaire de reconsidérer cette notion, Quoi de plus vague en effet ? Voir cette « faute » non plus avec l'œil du praticien mais avec celui du juriste et la replacer dans un contexte juridique

Il faut savoir comment notre acte sera étudié et comment les praticiens sont conduits devant les tribunaux.

La faute évoque l'idée d'une défaillance, du manquement à une règle. Qui commet une faute, quelle qu'elle soit, encourt inévitablement une certaine réprobation sociale. La faute implique un jugement de valeur, non pas un simple jugement de réalité.

Aujourd'hui, la faute dans le « droit de la responsabilité civile », occupe toujours une place essentielle, bien que, la seule présomption d'une faute dommageable, puisse, dans certains cas, entraîner la responsabilité de son auteur.

En France, la faute est traditionnellement définie comme un fait « illicite, imputable à son auteur ».

Cette définition amène un élément objectif : l'illicéité et un élément subjectif : l'imputabilité. Une nouvelle définition a alors été donnée : « la faute est apparentée à un écart de conduite ». (17)

3.1.2. Caractère de la faute

- Une faute peut être contractuelle, c'est-à-dire qu'elle est une transgression aux obligations, mais encore faut-il qu'elle soit le fait d'une des parties et que le dommage affecte l'autre.

Une faute peut être délictuelle, c'est-à-dire que la première source des devoirs paraît être la loi ou tout autre règlement. Les autres sources sont subsidiaires par rapport à elle. Il y a, alors, faute, par le seul fait que le citoyen ait transgressé des normes, en n'ayant pas le comportement prévu par la loi, dans la même situation.

3.1.3. La preuve de la faute

La victime doit prouver que l'accusé n'a pas eu le comportement requis par ses obligations. Pour ce faire, la victime doit en premier lieu établir de manière précise le contenu des devoirs en question. Cela implique de prouver l'existence du contrat, ce qui est généralement facile à faire, ainsi que les obligations spécifiques qu'il englobe, une tâche plus complexe.

En ce qui concerne la présentation des preuves, il est important de différencier les situations où il y a absence d'information de celles impliquant une faute technique.

Dès 1942, la Cour de cassation a établi que les professionnels de la santé avaient l'obligation de fournir des informations sur les risques aux patients, dans le but d'obtenir leur consentement éclairé. À l'époque, c'était au praticien de prouver que cette information avait été fournie (décision Teyssier du 28 janvier 1942). Par la suite, en 1951, l'arrêt Birrot a inversé le fardeau de la preuve, plaçant la responsabilité de la preuve sur le patient. Enfin, l'arrêt Hedreul du 25 février 1997 a statué que le praticien devait, par tous les moyens possibles, qu'il avait fourni les informations nécessaires pour obtenir le consentement éclairé du patient. Ces informations concernaient les risques prévisibles et exceptionnels.

Cette dernière approche, demandant au praticien d'apporter la preuve par tous les moyens possibles, a été clairement établie par les dispositions de la loi du 4 mars 2002 (article L. 1111-2 du code de la santé publique).

En ce qui concerne la preuve d'une faute technique, il incombe au patient de régler que le praticien a commis une négligence. En pratique, il est courant de mandater une expertise dans la plupart des cas afin d'aider le juge à se faire une idée plus précise, même si les

conclusions de l'expert ne lient pas le juge en question. L'expert fournit un avis technique dans le cadre de sa mission, mais il ne porte pas de jugement juridique. En règle générale, la mission de l'expert est définie par le juge en ce qui concerne les aspects sur lesquels il doit donner son avis éclairé. Une expertise contradictoire est nécessaire pour qu'elle puisse servir de preuve. (17)

3.1.4. La faute dans le contexte médical

La responsabilité du médecin est, en principe, contractuelle. La faute consiste alors, en l'inexécution d'une obligation. Obligation, qui rappelons-le, a été décrite par le célèbre arrêt du 20-05-1936. Elle consiste à donner « des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ». (3)

Le caractère intentionnel de la faute n'est pas obligatoire pour engager la responsabilité du praticien, mais elle est prise en compte. Elle aura des incidences sur l'ampleur de la réparation qui sera accordée à la victime et qualification pénale que prendraient alors la faute.

La faute est commise par le médecin dès qu'il ne respecte pas son obligation. La gravité de celle-ci n'a pas d'importance pour engager la responsabilité du dentiste. « Toute faute du médecin engage sa responsabilité » en vertu de l'article Art. 1231-1 (Civ. 30-10-1963).

Mais la faute doit être « CARACTÉRISÉE », c'est-à-dire révéler une méconnaissance des devoirs du chirurgien-dentiste. Une banale erreur, si le chirurgien-dentiste a agi conformément aux données acquises de la science, ne peut engager la responsabilité du praticien.

L'appréciation de la faute se fera par comparaison à l'attitude d'un praticien idéal, consciencieux et averti, placé dans les mêmes circonstances. L'appréciation sera plus sévère pour un spécialiste que pour un omnipraticien. (18)

3.1.5. Classification

Les fautes d'imprudence banale

Ce sont les fautes commises relevant d'une imprudence ou d'une négligence contraire aux règles du bon sens. Ces fautes sont étrangères à l'acte médical et elles peuvent être faites par tout homme : ainsi, le chirurgien oubliant une pince dans l'abdomen de l'opéré, le médecin remettant à son malade une boîte d'ampoules sans vérifier la date limite d'utilisation, le chirurgien-dentiste extrayant la canine droite au lieu de la canine gauche (Cour d'appel Grenoble 05 janvier 1949).

Les fautes d'humanisme

Elles sont caractérisées par la violation des obligations propres à la profession du praticien qui tendent au respect de la personne malade. Ce sont, par exemple, l'obligation d'information du patient ou le respect du secret médical, le manquement à un devoir d'assistance, le défaut de consentement du patient, le refus de consulter un spécialiste ou de suivre son avis, l'exécution d'une intervention dangereuse non nécessaire à la sauvegarde de la santé du patient. (19)

Les fautes de techniques médicales au sens strict

Il sera question de déterminer si une faute a été commise ou si l'événement est attribuable à un objet.

De manière générale, une faute est caractérisée lorsque le comportement d'un professionnel diverge des normes reconnues par sa profession. En d'autres termes, il s'agit d'un comportement qui n'aurait pas été adopté par un professionnel compétent, attentif et diligent, placé dans des circonstances similaires. Toute faute, peu importe sa gravité, entraîne la responsabilité du professionnel.

Les erreurs dans la mise en œuvre d'un traitement ou d'une méthode d'exploration :
Par inadvertance (lors de la réalisation technique du traitement).

Par imprudence ou négligence, par exemple : omettre de suivre les mesures de prévention chez un patient atteint de cardiopathie rhumatismale (Arrêt Colmar du 24 juin 1975).

Un dentiste qui, pour poser un bridge, utilise une dent malade présentant des lésions anciennes et une évolution chronique (Arrêt de la Cour de cassation du 29 juin 1977). (14)

L'absence d'information : le patient doit recevoir une information suffisante pour donner un consentement éclairé et volontaire. Cette information doit être fournie avant, pendant et après le traitement. Bien que la jurisprudence ait évolué, la loi du 4 mars 2002 a clarifié cette situation.

Le défaut de consentement : en l'absence de consentement du patient, le contrat de soins n'est pas valide. Le patient a le droit de refuser toute atteinte à son intégrité physique. En chirurgie dentaire, le consentement peut porter sur les actes médicaux et leurs aspects financiers, notamment les frais non couverts par la sécurité sociale.

L'erreur de diagnostic : une erreur de diagnostic devient fautive lorsque le praticien n'a pas fait la preuve de diligence nécessaire pour établir un diagnostic précis. Par exemple, un dentiste qui décide d'extraire une dent de sagesse sans enquête préalable, alors que la douleur provient d'une autre dent atteinte d'une carie sous un amalgame, peut être tenu pour responsable. (19)

Le choix d'un traitement non conforme aux normes de la profession : par exemple, un dentiste qui opte pour des implants et des prothèses inadaptés à la situation de son patient.

En ce qui concerne le concept de « fait des choses », il est important de noter que la responsabilité délictuelle du praticien peut être engagée en vertu de l'article 1384 alinéa 1 du code civil lorsque des objets inanimés causent des dommages. Cette responsabilité peut être recherchée en l'absence de contrat avec le patient ou si l'incident survient en dehors de l'exécution d'un contrat existant (par exemple, si un patient tombe en se levant du fauteuil du dentiste).

La responsabilité contractuelle du praticien peut également être engagée en vertu de l'article 1147 du code civil, à condition que l'incident lié à l'équipement se produise pendant l'exécution du contrat médical.

En 1965, la Cour de cassation a établi le principe d'une responsabilité contractuelle liée aux objets utilisés dans l'exécution du contrat médical. Par la suite, dans un arrêt de 1999, la Cour a confirmé cette base contractuelle en énonçant l'existence d'une obligation de résultat en matière de sécurité pour le professionnel. Cependant, quelques règles spécifiques ont été précisées, notamment que le dommage subi doit être lié à un défaut ou un vice de l'objet, et que la victime doit prouver le lien de causalité entre ce vice et le préjudice subi. (19)

3.2. Le préjudice

Comme nous l'avons vu précédemment, le préjudice fait partie des trois conditions requises pour engager la responsabilité d'un individu (préjudice faute et lien de causalité). L'absence de préjudice fait que, même en cas de faute avérée, il sera impossible de poursuivre le fautif. Charge est toujours à la victime d'amener la preuve d'un préjudice, que celui-ci soit corporel, ou soit d'ordre moral. (14)

La victime devra, surtout pour les dommages corporels, faire établir un certificat médical dès que les faits apparaissent. Ce certificat sera évidemment contrôlé, plus tard, lors des expertises, mais il forme la première pièce juridique du dossier.

3.2.1. L'évaluation des préjudices

L'évaluation des préjudices sera faite par les experts d'assurances, puis, par ceux de la justice, qui les apprécieront, que ceux-ci soient patrimoniaux, ou extras patrimoniaux.

Les préjudices patrimoniaux sont en rapport avec les soins subis, les frais, la perte de gains consécutive à un arrêt de travail si une invalidité persiste.

Les préjudices extra-patrimoniaux sont en rapport avec la souffrance physique subie, les préjudices esthétiques ou d'agrément.

Tout le problème va résider dans l'évaluation du préjudice. Son importance va décider du montant des indemnités versées par le fautif pour réparer ses actes. Lorsque le préjudice

concerne la personne physique, la difficulté est de ne pas oublier une des formes du préjudice tant ses formes sont multiples. L'expert doit l'évaluer et l'analyser. Mais seul, le magistrat décidera du niveau d'importance des dommages subis par la victime. (14)

La justice impose quelques conditions pour prendre en compte un préjudice.

* Il faut tout d'abord que celui-ci soit réel. Chose facile à constater pour les préjudices actuels mais cela se complique pour les préjudices futurs. Ce type de dommage n'est réparé que si sa réalisation dans le temps ne fait aucun doute.

* Le préjudice doit être direct et personnel c'est-à-dire que seule, la victime de la faute médicale, peut prétendre à des réparations.

Mais de nouvelles notions ont élargi le cadre de réparation. La « notion de perte de chance » étudiée plus loin, permet maintenant la réparation de préjudices futurs ou même éventuels plus facilement. Il faut alors voir si la réalisation de la chance invoquée est probable. De même la notion de victime « par ricochet » permet d'élargir le nombre de personnes ayant droit à des réparations. Celle-ci étant « victime » de l'état de la victime initiale, que celle-ci survive à l'intervention médicale entachée de faute, ou décède. Ces réparations auront pour but de compenser le préjudice moral des personnes affectées plus ou moins gravement par les souffrances ou les mutilations de la victime directe, ou bien le préjudice financier. C'est le cas notamment d'ascendants ou de descendants nécessitant l'apport de soins constant ou une aide financière.

3.2.2. Les différents composants du préjudice à évaluer

3.2.2.1. *L'incapacité totale temporaire ou I.T.T.*

C'est la période qui suit l'accident. Il s'agit de la période d'arrêt et de soins actifs où la victime ne peut plus exercer son activité professionnelle que celle-ci soit habituelle ou non.

La durée de cette période a une grande importance car elle implique des conséquences pénales plus ou moins graves.

La date de consolidation met fin à cette période. C'est à-dire lorsque les lésions se sont stabilisées et lorsque la thérapeutique active se termine. Très souvent, cette date correspond à la reprise de l'exercice de sa profession. (20) Les choses se compliquent dans certain cas :

- L'enfant : on prend alors en compte son retour en classe.
- Le retraité : la consolidation intervient lorsqu'il redevient autonome ou du moins retrouve l'état qu'il avait avant l'accident.
- La femme au foyer : l'I.T. T. sera le temps pendant lequel celle-ci aura besoin d'une aide-ménagère, par exemple.

3.2.2.2. *L'incapacité permanente partielle ou I.P.P*

L'évaluation est effectuée après la date de consolidation, et il va falloir évaluer la diminution des capacités de l'individu : capacités physiques et psychiques. Rappelons que c'est toujours le juge qui décide le montant des réparations. (20)

3.2.2.3. *Les préjudices patrimoniaux*

C'est le préjudice économique englobant toutes les conséquences financières liés à l'accident corporel. (20)

Dépenses de santé

L'indemnisation des dépenses de santé permet à la victime de ne pas avoir à supporter les frais médicaux engendrés par l'accident corporel. Il peut s'agir des dépenses de santé avant la consolidation ou de frais futurs à prévoir.

Frais divers

Il s'agit d'indemniser la victime de tous les frais liés à l'accident. Il peut s'agir de remboursement de frais kilométriques ou de transport, de frais d'hébergement des proches pour visiter la victime, d'honoraires de médecin conseil, etc...

Frais de logement adapté / Frais d'appareillage

Ceci concerne tous les aménagements du logement prévus pour l'autonomie et l'adaptation du lieu de vie de la victime. Il peut s'agir d'un fauteuil roulant, de sanitaires aménagés ou d'une rampe d'accès.

Assistance par tierce personne (aides humaines)

Ce préjudice prévoit l'indemnisation de toute l'assistance humaine nécessaire afin de permettre à la victime d'effectuer les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, faire ses courses, etc...).

Pertes de gains professionnels

Le préjudice découlant de l'arrêt de travail et occasionnant des pertes de revenus donne droit à des indemnités. Il peut s'agir d'une baisse de salaire, d'une perte de primes ou encore d'une perte d'exploitation pour un chef d'entreprise.

Préjudice professionnel et incidence professionnelle

Le préjudice professionnel inclut la pénibilité du travail effectué par la victime au vu de son état de santé ainsi que sa dévalorisation sur le marché du travail.

Préjudice scolaire / universitaire / de formation

La perte d'une année scolaire ou de la chance de passer un examen est un préjudice ouvrant droit à une indemnisation.

Perte de chance

La perte de chance est un préjudice particulier dans le sens où il s'agit d'un préjudice de nature incertaine. Que ce soit la perte de chance d'obtenir un diplôme, un contrat de travail ou la perte de chance de guérir, il s'agit d'indemniser la victime du préjudice lié à l'incertitude de ce qui aurait pu se passer si le fait dommageable n'avait pas eu lieu.

3.2.2.4. *Les préjudices extra-patrimoniaux*

Ces préjudices sont très variés :

- Le préjudice de désagrément :

Ces préjudices sont les atteintes portées aux satisfactions et aux plaisirs de la vie, par exemple les activités que la victime ne pourra plus pratiquer ; mais celle-ci devra apporter la preuve de la pratique de cette activité pour que le juge la prenne en compte (licence de club sportif ...)

Il est important de prendre en considération ce type de préjudice car certaines activités d'agrément ont des prolongements financiers. C'est par exemple, le cas du peintre du dimanche qui parvient à vendre ses toiles, du musicien qui joue le week-end dans les bals, du sportif qui atteint un certain niveau et qui gagne des primes dans les compétitions...

- Le « pretium doloris » ou le prix de la douleur

Préjudice très complexe à évaluer et qui représente les souffrances physiques et morales, comme l'anxiété d'une intervention ou la crainte de rester infirme. C'est le magistrat lui-même qui fixe le montant du « pretium doloris ».

Un « pretium doloris » fut accordé pour l'inflammation causée par la pose d'une prothèse (Appel Pau 18-11-1981) et pour une douleur consécutive à l'absence de modification de la prothèse (Appel Paris 17-01-1983).

- Le préjudice esthétique

Ici, on évalue les séquelles qui sont de nature à enlaidir la victime et la « souffrance éprouvée » par celle-ci à la suite de cette disgrâce physique. Ces séquelles peuvent être des cicatrices ou bien des modifications morphologiques (raccourcissement des membres, boiterie, perte d'organes (œil, nez, dents, ...)).

L'évaluation se fera aussi en fonction du sexe, de l'âge, de la situation de famille (le préjudice est souvent plus important pour les célibataires quoique parfois, un préjudice puisse troubler la vie conjugale du couple). La situation sociale est aussi prise en compte. (20)

- Le préjudice d'établissement :

Les dommages sous-jacents sont liés à l'incapacité de planifier une vie familiale normale en raison d'un handicap excessif.

Il peut s'agir d'une perte de bonheur et d'espoir :

- Avoir une relation amoureuse
- Se marier
- Construire une maison
- Avoir un enfant

Avant tout, pour indemniser les jeunes victimes lourdement handicapées qui ne peuvent pas ou très peu réaliser ces projets de vie, surtout dans une société où la réussite sociale et l'apparence physique sont d'une grande importance.

- Le préjudice d'anxiété :

Les souffrances et l'anxiété engendrée par la connaissance de la victime d'une pathologie évolutive grave. (20)

- Le Préjudice Moral :

Aussi appelé préjudice d'affection, le préjudice moral correspond au retentissement infligé chez les proches de la victime à la vue du handicap de celle-ci.

Il faut reconnaître que malgré la multitude des paramètres pris en compte, l'évaluation du préjudice reste très subjective et arbitraire.

3.3. La causalité Faute-Préjudice

Le lien de causalité s'inscrit comme l'un des éléments essentiels dans la détermination de la responsabilité civile délictuelle. Les deux autres éléments fondamentaux de cette responsabilité sont la présence d'un événement générateur et d'un préjudice. Il peut également

être pertinent de distinguer l'atteinte initiale, qui se matérialise sous forme de dommage, des conséquences nuisibles désignées par le terme « préjudice ». Cette distinction trouve son fondement dans le fait qu'un même dommage peut engendrer plusieurs formes de préjudices.

De plus, il est crucial d'établir une connexion entre le responsable et le dommage, car la responsabilité implique une obligation de réparation. Ainsi, il est nécessaire d'identifier le débiteur de cette obligation. Bien qu'il soit sous-entendu que la faute soit imputée à l'auteur de celle-ci, il est aussi envisageable d'attribuer la faute d'un tiers, comme dans les régimes de responsabilité fondés sur l'acte d'autrui.

Il s'avère plus intéressant de concentrer notre attention sur la responsabilité civile délictuelle, étant donné que le projet de réforme du 13 mars 2017 envisage la « contractualisation » des dommages corporels, tel qu'énoncé dans l'article 1233-1. Cet article stipule que « les dommages résultant de blessures corporelles sont indemnisés en vertu des principes de responsabilité extracontractuelle, même s'ils sont compensés dans le contexte de l'exécution d'un contrat »

En conséquence, il est impératif de fournir une définition plus précise des conditions pour établir la responsabilité.

Dans le droit français, les conditions de la responsabilité délictuelle sont fondées sur l'article 1240 du Code civil (ancien article 1382) : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer. » Cette formulation implique que le préjudice doit résulter de l'acte en question. (21)

Cependant, le projet de réforme de la responsabilité civile du 13 mars 2017 a introduit un changement significatif en proposant deux articles spécifiques dédiés au lien de causalité. L'article 1239 du projet de réforme stipule que « La responsabilité suppose l'existence d'un lien de causalité entre le fait imputé au défendeur et le dommage. Le lien de causalité s'établit par tout moyen. » Cet article n'apporte pas de révolution à l'état actuel du droit, puisque la jurisprudence déduit déjà de l'article 1240 du Code civil (ancien article 1382) cette exigence de prouver le lien de causalité. (21) L'article 1240 du projet est légèrement plus innovant : « Lorsqu'un dommage corporel est causé par une personne indéterminée parmi des personnes identifiées agissant de concert ou exerçant une activité similaire, chacune en répond pour le

tout, sauf à démontrer qu'elle ne peut l'avoir causé. Les responsables contribuent alors entre eux à proportion de la probabilité que chacun ait causé le dommage. »

3.4. La perte de chance

3.4.1. Evaluation de la perte de chance

3.4.1.1. Le risque de confusion entre les critères du dommage et du lien de causalité

En premier lieu, il est important de noter que l'utilisation du concept de perte de chance engendre un risque de confusion entre deux éléments fondamentaux pour établir la responsabilité civile délictuelle : le préjudice et le lien de causalité. En effet, la notion de perte de chance peut être interprétée comme un préjudice distinct du dommage final subi par la victime. Elle représente la privation d'une opportunité favorable qui aurait pu se réaliser. Cependant, la perte de chance est invoquée pour compenser l'incertitude concernant la preuve de l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice. Or, le préjudice en question ne correspond pas à la même nature que celui résultant de la perte de chance. Il s'agit de l'atteinte finale subie par la victime (blessure, maladie).

Par conséquent, en indemnisant la perte de chance dans le cas de préjudices à la santé, les tribunaux ne réparent pas un préjudice distinct du dommage final, mais plutôt une fraction de ce dernier. Il semble que la perte de chance serve à atténuer l'exigence du lien de causalité.

L'utilisation de la perte de chance pour compenser un manque de preuve de causalité expose au risque de confusion entre deux critères qui restent indépendants : le préjudice et le lien de causalité. En somme, la reconnaissance d'un préjudice autonome par rapport au dommage final semble être un moyen de combler les lacunes dans la connaissance requise pour établir la causalité. La perte de chance apparaît ainsi comme un moyen de réduire l'exigence du lien de causalité. (22)

Dans le contexte du droit français, la distinction autonome de la perte de chance par rapport au préjudice final a entraîné des interrogations. Par exemple, après une opération chirurgicale, un patient a développé une paralysie faciale et des troubles oculaires. Bien que le

médecin n'ait commis aucune faute pendant l'intervention, il avait omis de fournir des conseils en ne mentionnant pas la nécessité urgente d'une nouvelle intervention. Le patient a finalement subi une deuxième opération deux ans plus tard, mais celle-ci n'a apporté aucune amélioration à son état en raison de son retard. En appel, des dommages-intérêts ont été accordés au patient en compensation de la perte de chance d'améliorer sa santé. Ultérieurement, il a réclamé une indemnisation supplémentaire en raison de l'aggravation de son état de santé. La Cour d'appel a rejeté cette demande, en déclarant que « la perte de chance de guérison ou d'amélioration constitue un préjudice spécifique totalement indépendant du préjudice final représenté par l'invalidité du patient et que cette perte de chance a fait l'objet d'une évaluation judiciaire sur laquelle il n'est pas possible de revenir. » Cependant, la Cour de cassation est intervenue en affirmant que dans le cas où la faute du médecin a fait perdre au patient la possibilité d'une amélioration de son état de santé ou d'éviter, en partie ou en totalité, une infirmité, le préjudice subi pour lui de cette perte dépend de la gravité de son état réel, ce qui signifie que l'étendue du préjudice subi par M. Y... pourrait être modifiée par l'aggravation de son état. (21)

On constate que la perte de chance, dans cette perspective, n'intervient pas tant au stade de la définition de la nature du préjudice subi, mais plutôt lors du calcul des dommages-intérêts pouvant être réclamés par la victime. Cette observation confirme l'ambiguïté entourant la définition de la perte de chance : les cours de justice françaises la définissent comme un préjudice distinct du préjudice final, mais la manière dont elle est calculée en fonction de ce dernier suggère qu'elle est plutôt un moyen de modifier les termes de la relation causale entre la faute et le préjudice. Si l'on pousse cette logique jusqu'à son paroxysme, on pourrait envisager d'indemniser la perte de chance même en l'absence de réalisation du risque.

La simple exposition au risque pourrait être perçue comme une violation d'un droit subjectif indemnisable en soi. Ainsi, non seulement le recours à la perte de chance comporte un risque de confusion entre les éléments de la responsabilité civile délictuelle, mais son utilisation se révèle également complexe dans le contexte des utilisations à la santé. (22)

3.4.1.2. *Perte de chance et atteintes à la santé*

L'indemnisation liée à la perte de chance dans le contexte des atteintes à la santé, présent en cas d'erreurs de diagnostic, présente une complexité conceptuelle qui diffère d'autres situations, telles que la perte de chance d'obtenir un gain financier. Réparer la perte de chance d'une somme d'argent semble ne pas poser de problème majeur. Par exemple, lorsqu'une personne perd la possibilité de gagner à la loterie en raison de la destruction de son billet, la privation d'un résultat positif peut être évaluée facilement grâce à des calculs de probabilité.

Cependant, lorsqu'un médecin commet une erreur de diagnostic qui pourrait contribuer à l'absence de guérison du patient ou à l'aggravation de son état de santé, indemniser la perte de chance devient problématique. En effet, il est envisageable que la condition médicale sous-jacente à l'erreur du médecin (la maladie) soit suffisante à empêcher la guérison du patient, indépendamment de la précision du diagnostic. La prise en compte de données biologiques pourrait exclure la causalité directe du médecin fautif dans la perte de la possibilité de guérison. En revanche, dans le cas de sommes d'argent en jeu, il n'existe pas de condition préexistante à la perte subie par la victime.

Un autre inconvénient lié à l'utilisation du concept de perte de chance est le risque d'ouvrir la porte à une réparation proportionnelle de tous les dommages. Les opposants à cette notion font valoir que cela pourrait conduire à possibilité d'une réparation proportionnelle de tous les dommages. (21)

3.4.2. Les arguments en faveur de la perte de chance

La réparation de la perte de chance expose diverses lacunes d'un point de vue conceptuel. Néanmoins, cela n'implique pas nécessairement que la jurisprudence française doive la rejeter intégralement.

3.4.2.1. *Le respect des conditions ordinaires de la responsabilité civile*

Certes, il existe un risque de confusion entre les critères de dommage et de causalité. Toutefois, ce facteur peut être contrecarré par un avantage majeur : considérer la perte de chance comme un préjudice indépendant permet de préserver l'intégrité des principes traditionnels de causalité. On se trouve en présence d'une faute avérée (par exemple, l'erreur d'un praticien médical), d'un préjudice subi (la privation d'une opportunité), et d'un lien de cause à effet net entre cette faute et ce préjudice. Bien que ce soit une forme de préjudice distincte de la blessure finale subie par la victime, cette perte peut néanmoins être considérée comme un préjudice en soi.

Ainsi, la perte de chance présente l'avantage de pouvoir être analysée comme un dommage de substitution en rapport de causalité certaine avec la faute commise. Il demeure toutefois incontestable que le lien entre perte de chance et préjudice final est étroit, étant donné qu'elle est calculée en proportion de ce dernier. On peut toutefois soutenir l'idée que l'évaluation des dommages-intérêts en proportion du préjudice final ne devrait pas être problématique dans le cadre des principes conventionnels de la responsabilité.

En effet, d'autres situations analogues existent : par exemple, dans le cas où une victime directe souffre d'un préjudice corporel grave ou décède, ses proches qui subissent des préjudices indirects auront la possibilité de réclamer des indemnités pour leur détresse morale, déduits en fonction de la sévérité du dommage corporel subi par la victime directe. Une similitude est perceptible avec la réparation de la perte de chance : dans les deux scénarios, l'indemnisation d'un préjudice est quantifiée en référence à un autre préjudice, en l'occurrence « x ». (21)

3.4.2.2. *Une réparation en proportion du dommage final*

Au sein du contexte de l'incertitude scientifique, l'indemnisation de la perte de chance émerge comme une approche équitable et appropriée. En effet, ce n'est pas l'entièreté du préjudice qui incombe au défendeur, mais seulement une fraction de celui-ci. Or, cette fraction est attribuée en proportion de la probabilité que le défendeur ait causé le préjudice au demandeur. Cette

notion peut être résumée ainsi : la proportion indemnisable est calculée en fonction du degré de risque auquel le demandeur a été exposé par le défendeur. (21)

Cependant, l'usage de la perte de chance pourrait être considéré comme une solution de souplesse exceptionnelle, restreinte aux situations d'incertitude scientifique. Toutefois, il convient de noter que cela ne serait pas nécessairement cohérent ni souhaitable : lorsque l'incertitude scientifique est absente (comme dans le cas de la perte de chance d'un gain financier), il est relativement simple d'appliquer un calcul de probabilité pour évaluer l'étendue du préjudice. La perte de chance devrait ainsi demeurer une catégorie générale de préjudice : son utilisation ne présente pas de difficulté dans le domaine économique ; et elle trouve sa justification dans l'incertitude scientifique qui peut émerger dans le domaine médical, au même titre que l'utilisation des présomptions ou de l'inversion de la charge de la preuve. Le médecin accusé d'une erreur de diagnostic n'est tenu responsable que d'une partie du préjudice final, ce qui ne semble pas intrinsèquement injuste puisqu'il a commis une faute et fait peser un risque pour son patient.

Toutefois, l'indemnisation de la perte de chance doit respecter certaines conditions pour éviter d'être perçue comme une réparation dénuée de sens ou absurde. Il est évident que la faute du médecin doit être en lien de causalité avec la chance perdue. De plus, la perte de chance ne peut pas être indemnisée lorsque le préjudice est seulement partiellement attribuable au défendeur. Il est également crucial de distinguer entre hypothèses et chances, seules les pertes de chance significatives sont indemnisables : « seule constitue une perte de chance réparable, la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable. » (21)

Il est clair que l'altération du cours normal des choses par la survenance d'un dommage incite à imaginer que toutes les conséquences néfastes qui en découlent pourraient être indemnisées. Ainsi, « la perspective d'être indemnisée d'occasions manquées stimule l'imagination et pousse à l'optimisme. » Cependant, les exigences formulées par la Cour de cassation sont susceptibles de répondre aux inquiétudes relatives au risque de compensation proportionnelle de tous les maux soufferts par les demandeurs, et d'empêcher que toutes les pertes d'opportunités envisageables soient systématiquement indemnisées.

En somme, bien que ce ne soit pas une solution parfaite, la perte de chance semble présenter un moyen efficace de faire face aux défis liés à l'incertitude causale, sans déformer excessivement les principes de la responsabilité civile délictuelle.

3.5. Les obligations spécifiques à la prothèse

Jugement Mercier en date du 20 mai 1936 :

« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

Cette jurisprudence est également applicable aux dentistes. Ce dernier est donc lié contractuellement au patient sur les mêmes principes que le contrat médical. Il s'agit généralement d'un contrat verbal et implicite, mais dans certains cas, le devis doit être signé. L'existence d'un contrat de soin confère à la responsabilité médicale un caractère contractuel, impliquant des obligations réciproques et promettant une obligation de moyen au médecin. Il ne peut pas s'engager à la guérison du patient, en revanche il doit utiliser tous les moyens dont il dispose pour y parvenir. (23)

Elle était fondée sur le fait qu'il s'agit d'un acte technique et non plus d'un acte médical ; la Cour de cassation, dans un arrêt rendu le 23 novembre 2004, avait élargi cette obligation de résultat à la conception et à la confection de l'appareil mais il s'est produit un revirement de jurisprudence : par un arrêt du 12 juillet 2012, elle a jugé que le chirurgien qui implante une prothèse défectueuse n'est responsable qu'en cas de faute (Cass. 1^{re} 12 juillet 2012, n° 11-17.510) puis par une décision rendu le 20 mars 2013 la Cour de cassation confirme qu'elle subordonne désormais la responsabilité des chirurgiens du fait d'une prothèse à la preuve d'une faute.

La loi du 4 mars 2002 a reformulé les obligations de cette mesure dans l'article L.1142-1 du code de la Santé Publique « Hors le cas où leur responsabilité est encourue en

raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé (...) ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

Par conséquent, les praticiens qui suivent les règles ne font pas d'erreurs. Toutefois, par exemple, le dentiste qui a choisi un système implantaire ou une prothèse scellée qui s'avère inadapté au cas du patient et qui a été déclaré par l'expert non conforme aux règles de l'art, engage sa responsabilité. (16)

S'agissant des prothèses dentaires, il s'agit d'un arrêt de la Cour de cassation du 20 mars 2013 qui stipule catégoriquement que les dentistes sont tenus de fournir une obligation de moyen dans le cadre de l'acte de soin « y compris la livraison d'appareillages ».

En effet, la conception, l'installation et l'ajustement de prothèses ou autres produits font parties de l'obligation de moyen. Les patients doivent interroger le laboratoire de prothèse s'ils ne peuvent pas apporter la preuve que le praticien a été fautif. Lui seul est tenu à une responsabilité de résultat. (24)

Cependant, il existe des exceptions au principe de l'obligation de moyens. Dès lors qu'un praticien crée sa propre pièce prothétique (soit en CFAO, soit via un laboratoire de prothèse dont il est opérateur et qu'il l'a déclaré à l'ANSM), il a une « obligation de résultat ». C'est un artisan qui fournit des pièces de prothèse correspondant aux caractéristiques du bon de commande, et ces pièces doivent être exemptes de défauts. Les obligations de résultat sur les prothèses n'existent plus.

Elle était fondée sur le fait qu'il s'agit d'un acte technique et non plus d'un acte médical ; la Cour de cassation, dans un arrêt rendu le 23 novembre 2004, avait élargi cette obligation de résultat à la conception et à la confection de l'appareil mais il s'est produit un revirement de jurisprudence : par un arrêt du 12 juillet 2012, elle a jugé que le chirurgien qui implante une prothèse défectueuse n'est responsable qu'en cas de faute (Cass. 1re 12 juillet 2012, n° 11-17.510) puis par une décision rendu le 20 mars 2013 la Cour de cassation confirme qu'elle subordonne désormais la responsabilité des chirurgiens du fait d'une prothèse à la preuve d'une faute. (25)

Historique du jugement :

Souffrant d'un déchaussement parodontal, une patiente est soignée pendant de nombreuses années. A partir de 1988 jusqu'en décembre 2002, son chirurgien-dentiste ne pratique que des soins de « maintenance » destinés à stabiliser sa pathologie. Le 27 décembre 2002, il soumet un devis à la patiente et met en place un appareillage dentaire. Se plaignant de la persistance des douleurs, elle assigne le praticien en lui reprochant de ne pas avoir prodigué des soins dans les règles de l'art. Elle est déboutée en première instance, puis par la cour d'appel de Paris de sa demande en réparation de ses préjudices. Elle forme un pourvoi en cassation en reprochant à la cour d'appel d'avoir privé sa décision de base légale au regard de l'article 1147 du code civil en se bornant à retenir, pour écarter sa demande, l'absence de faute du chirurgien-dentiste dans le choix du traitement proposé et la qualité des soins dispensés, « sans rechercher, comme il lui était demandé, si les prothèses litigieuses fournies par ce dernier étaient aptes à rendre à Mme X... le service qu'elle pouvait légitimement en attendre ». La première chambre civile rejette le pourvoi en jugeant : « qu'ayant constaté que les prestations de M. Y..., qui comprenaient la conception et la délivrance d'un appareillage, étaient opportunes, adaptées et nécessaires eu égard à la pathologie de Mme X..., que les soins avaient été dispensés dans les règles de l'art en fonction de la difficulté particulière du cas de la patiente et que les résultats obtenus correspondaient au pronostic qu'il était raisonnable d'envisager, la cour d'appel a, par ces motifs, exclusifs d'une faute quelconque imputable à M. Y..., légalement justifié sa décision ». (26)

4.Procédures et prise en charge des litiges relatifs à la prothèse

4.1. Rappel des différentes voies de recours accessibles aux patients

4.1.1. La voie ordinaire :

4.1.1.1. *Qui peut être traduit devant les chambres disciplinaires de première instance ?*

Le législateur opère une distinction entre les chirurgiens-dentistes pratiquant en libéral et ceux exerçant à l'hôpital ou relevant d'une fonction publique : Concernant les chirurgiens-dentistes exerçant en libéral, peuvent être traduits devant ces chambres : - En premier lieu et tout simplement ceux inscrits au Tableau de l'Ordre.

L'article R4113-18 du Code de la santé publique dispose que « La société d'exercice libéral est soumise aux dispositions disciplinaires applicables à la profession. Elle ne peut faire l'objet de poursuites disciplinaires indépendamment de celles qui seraient intentées contre un ou plusieurs associés exerçant leur profession en son sein ». (27) Ainsi, la S.E.L seule ne peut être poursuivie, un recours contre cette dernière implique la poursuite d'au moins un des praticiens. Quel intérêt dans ce cas ? Éventuellement d'assurer la solvabilité du praticien et d'ainsi mieux protéger les droits du patient.

Concernant les autres formes de société, le législateur dispose en l'article R4113-78 du Code de la santé publique que : « La société peut faire l'objet de poursuites disciplinaires indépendamment de celles qui seraient intentées à quelque titre que ce soit contre les associés devant la chambre disciplinaire de première instance dans le ressort duquel est établi son siège social et devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ». (28)

Les étudiants en chirurgie-dentaire ayant satisfait en France à l'examen de cinquième année sont inclus dans la liste par l'article L4141-4 du Code de la Santé. Concernant les chirurgiens-dentistes exerçant à l'hôpital ou au sein d'un établissement public, le législateur prévoit qu'ils ne pourront comparaître devant ces chambres que s'ils sont traduits par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé ou le procureur de la République. (Article L4124-2 du Code de la santé publique).

4.1.1.2. *Qui peut introduire l'action disciplinaire ?*

Le Conseil de l'ordre fournit une liste détaillée mais non exhaustive sur son site dont les principaux sont « les patients, les organismes locaux d'assurance obligatoire, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des

usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, un syndicat ou une association de praticiens » ainsi que ceux cités au paragraphe précédent pour chirurgiens-dentistes exerçant dans des établissements publics. (29)

4.1.1.3. *L'appel devant la chambre nationale et les sanctions*

Il s'agit du second échelon juridictionnel au sein de l'ordre. Tout requérant n'étant pas satisfait de la décision prise en première instance pourra former un appel en vue d'un second jugement confirmant ou infirmant le premier. De façon générale, les sanctions ordinaires infligées répondent à une liste strictement établie et comprenant notamment : L'avertissement. Le blâme. L'interdiction temporaire d'exercer, avec ou sans sursis et ne pouvant excéder trois ans. La radiation du tableau de l'Ordre, qui constitue évidemment la solution la plus radicale pouvant sanctionner un chirurgien-dentiste.

4.1.2. La voie pénale

La voie pénale s'éloigne du domaine de la responsabilité civile mais mérite développement quant à sa coordination avec l'action civile. En effet, pendant longtemps s'est appliqué l'adage datant du 19^{ème} siècle : « le criminel tient le civil en l'état », c'est-à-dire que, pour une affaire concernant les mêmes faits, le tribunal civil se devait de surseoir à statuer jusqu'à ce que la juridiction pénale ait pris sa décision. (30)

Ce principe consacrant la supériorité du pénal sur le civil figurait même dans les dispositions de l'article 4 du Code de procédure pénale : « Il est sursis à statuer au jugement de cette action exercée devant la juridiction civile tant qu'il n'a pas été prononcé définitivement sur l'action publique lorsque celle-ci a été mise en mouvement ». (31)

Dans les faits, les délais auprès des juridictions pénales étaient plus longs qu'au sein des juridictions civiles. Certaines parties profitaient de cette différence afin de retarder certaines procédures. La solution est venue du droit communautaire et notamment d'une décision de la CEDH du 28 novembre 2000, Leclercq/France, qui a considéré qu'il « n'est plus possible pour un état d'invoquer l'encombrement du rôle pour justifier de la durée excessive des délais de jugement ».

Cette décision a été transposée en droit français par la loi n°2007-291 du 5 mars 2007 désormais que : « la mise en mouvement de l'action publique n'impose pas la suspension du en son article 20 modifiant l'article 4 du Code procédure pénale. Le nouvel article 4 dispose jugement des autres actions exercées devant la juridiction civile, de quelque nature qu'elles soient, même si la décision à intervenir au pénal est susceptible d'exercer, directement ou indirectement, une influence sur la solution du procès civil ». Ainsi désormais, tout repose sur l'appréciation du juge civil qui décidera en fonction de la gravité des faits, des éléments à charge, de procéder à son jugement ou de surseoir à statuer en attendant la décision des juridictions pénales. (32)

4.1.3 La voie civile

Pour autant, la voie civile regroupe un ensemble d'actions diverses pouvant engager la responsabilité du chirurgien-dentiste. Trois catégories peuvent être distinguées :

- La catégorie amiable : le patient mécontent dépose une réclamation écrite auprès de son praticien, lui demandant le plus souvent remboursement des frais occasionnés par la pose de prothèse et ayant conduit à un échec à ses yeux. Si le praticien est conscient ou accepte sa part de responsabilité dans l'échec prothétique, il devra alors transmettre la demande du patient à son assureur afin d'indemniser le patient. Cette situation reste la plus fréquente. En effet, de nombreux chirurgiens-dentistes, craignant des poursuites judiciaires coûteuses et relativement éprouvantes mentalement, préfèrent concéder le prix versé à leur patient afin « d'acheter leur tranquillité ».
- Les procédures devant les Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Ces dernières ont été mises en place par la loi du 4 mars 2002, prévoyant le règlement amiable et l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales. (33)
- La procédure juridictionnelle traditionnelle : elle s'effectuera devant les tribunaux civils si le chirurgien-dentiste exerce dans le secteur privé et devant les tribunaux administratifs si le chirurgien-dentiste exerce dans le secteur public.

4.2. Le choix de la voie amiable est-il préférable pour le patient ?

4.2.1. Une voie contentieuse contraignante pour les deux parties :

En France, le recours aux Tribunaux reste une solution relativement contraignante, que ce soit pour le patient ou pour le praticien. En effet, que ce soit en termes de procédure ou de délais, s'engager dans une procédure judiciaire nécessite une sorte de certitude de la part du plaignant.

En 2016, les juridictions civiles ont connu 2 741 679 affaires dont 994 798 pour les tribunaux judiciaires et 248 450 pour les Cours d'Appel. En moyenne, 50% des affaires sont résolues dans un délai de 10,9 mois devant les tribunaux judiciaires

A cela s'ajoute le délai de traitement des procédures devant les Cour d'Appel, qui est estimé le plus fréquemment à 12,2 mois. En moyenne, 21,7 % des procédures de première instance donnent lieu à un appel, soit globalement une médiane de 23,1 mois pour une affaire relativement courante.

Ainsi, un patient ayant subi un préjudice et souhaitant s'engager dans la voie judiciaire assez rapidement découragé par un délai qui conduit à un traitement minimum risque d'être de deux années pour une affaire « classique ».

4.2.2 Un recours à la voie amiable plus accessible pour le patient et encouragé par le législateur au travers de la loi du 4 mars 2002 :

La loi du 4 mars 2002 est venue apporter une véritable alternative amiable aux procédures juridictionnelles pour les patients en créant l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). (34)

Cette commission est régie par les dispositions de l'article L1142-1 du Code la Santé Publique et permet aux victimes d'obtenir une indemnisation plus rapide. La procédure commence devant les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI). L'ONIAM est un établissement public placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé

tandis que les CRCI sont des commissions administratives indépendantes. En effet, les présidents de ces commissions sont nommés par le ministre chargé de la Justice.

Le domaine de compétence des CRCI comprend :

- Les accidents fautifs, c'est-à-dire engageant la responsabilité du chirurgien-dentiste.
- Les accidents non fautifs relevant des aléas thérapeutiques ou des affections iatrogènes.

Ces deux catégories n'entraînent pas le même type de traitement en matière d'indemnisation. Pour autant, le mode de saisine repose sur une exigence de préjudice minimum :

- soit un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 24 %
- soit un arrêt temporaire des activités professionnelles pendant au moins six mois. Soit des gênes temporaires constitutives d'un déficit fonctionnel temporaire supérieur consécutifs. Ou égal à 50%. (34)

La CRCI disposera alors d'un délai de 6 mois à compter de sa saisine pour délivrer un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages subis par le plaignant. Trois possibilités ensuite :

- La CRCI considère qu'il n'y a ni dommage suffisant ni faute de la part du praticien. Il n'y aura alors pas lieu à indemnisation.
- La CRCI considère qu'il y a dommage et responsabilité de la part du chirurgien-dentiste. Dans ce cas, la commission proposera un avis et une indemnisation qui sera transmise auprès de la compagnie d'assurance du chirurgien-dentiste pour acceptation ou non de la voie amiable.
- La CRCI considère qu'il y a bien dommage mais que celui-ci ne relève pas d'une faute du chirurgien-dentiste mais doit être indemnisé par la solidarité nationale. Dans ce cas, le dossier est transmis par la Commission à l'ONIAM qui fixe alors le montant des préjudices et dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre

d'indemnisation à la victime ou à ses ayants droits. L'acceptation de l'offre par le plaignant vaudra alors transaction et mettra fin aux exigences de ce dernier. (33)

5.Exemples de contentieux

5.1. Obligation de moyen

5.1.1. Cour d'appel de Versailles jugement en date du 21 septembre 2017(35)

Protagonistes :

- Madame B la patiente
- Docteur B

Situation dentaire initiale : parodontopathie importante

Historique dentaire :

10 mars 2011 pose de deux prothèses amovibles

Madame B mécontente de ses prothèses a été contraint de faire réaliser de nouvelles prothèses qui ont été posées le 31 mai 2012.

Procédure :

Madame B assigne le docteur B devant le tribunal de grande instance de Versailles, en réparation du préjudice ainsi causé. Par jugement du 13 octobre 2015, le tribunal de grande instance de Versailles les a déboutés de toutes leurs demandes, et condamnés aux dépens. M. et Mme B. en ont relevé appel le 17 novembre 2015.

Moyens et motifs des parties :

- Moyens de Madame B :

- S'est vu proposer l'extraction de toutes les dents qui lui restaient, la pose de prothèse amovibles complètes transitoires et la pose de prothèses amovibles définitives quelques mois plus tard.
- Les prothèses transitoires du 10 mars 2011 se sont révélées défectueuses

Les prothèses définitives n'ont été réalisées que 18 mois plus tard.

- Elle considère que ce délai est incompatible avec un traitement correspondant aux données actuelles de la science.

Motifs du tribunal :

- Il en ressort du rapport d'expertise que les extractions la pose de prothèse d'usage puis de définitives complètes correspond à une technique de référence totale acceptée par la communauté scientifique.
- Le tribunal a considéré qu'aucune faute n'était établie contre le docteur B

Réponse de la Cour d'Appel :

Tout professionnel de santé n'est tenu que d'une obligation de moyen et ne peut voir sa responsabilité engagée que sur le fondement d'une faute prouvée. Ainsi, le seul fait que les premières prothèses posées n'aient pas été adaptées, et qu'il ait fallu les refaire ne suffit pas à démontrer cette faute, l'état de santé du patient, et, dans le cas de M. B., la gravité de sa pathologie antérieure pouvant expliquer le délai important qui a été nécessaire pour parvenir à un résultat satisfaisant. En tout état de cause, rien ne démontre le contraire, alors que la charge de la preuve de la faute du chirurgien-dentiste incombait aux appelants.

5.1.2. Cour d'appel de Saint-Denis de la Réunion jugement en date du 17 novembre 2017

(36)

Protagonistes :

- Docteur Patrick F

- Monsieur George S

Situation dentaire initiale : non communiqué

Historique dentaire :

Le docteur Patrick F réalise un bridge antérieur maxillaire.

Le descellement du bridge entraîne la perte d'une incisive centrale supérieur droite.

Procédure :

Monsieur George S a assigné en justice le docteur Patrick F auprès du tribunal de Grande Instance de Saint Denis le 17 aout 2011. Il en a interjeté appel de cette décision.

Motifs et moyens :

- Moyens de Georges S :
- Celui-ci considère que le docteur Patrick F l'a engagé dans des soins longs, coûteux, douloureux et inutiles, la prothèse supérieure s'étant totalement descellée en février 2012,
- Il déclare ainsi que le docteur Patrick F a manqué à son obligation de délivrance.
- Motifs du tribunal :
- Débouté Monsieur Georges S. de ses demandes,
- Condamné Monsieur Georges S. à payer à Monsieur Patrick F. la somme de 3.000,00 € en application des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile,

Réponse cour d'Appel :

Monsieur Patrick F. était débiteur d'une obligation de résultat concernant la fourniture de la prothèse dentaire dont se plaint Monsieur Georges S., les soins nécessaires à sa pose doivent être dispensés conformément aux données acquises de la science et aux règles de l'art.

Or, concernant le bridge qui s'est descellé, entraînant la perte de l'incisive centrale supérieure droite, l'expert T. met cet événement non pas sur le compte de la qualité de la prothèse mais sur celui d'une maladie parodontale sévère. L'absence de suivi régulier, notamment radiologique, en raison de la dégradation de la relation entre les parties, n'a pas permis de diagnostiquer cette mobilité et le défaut de port de l'appareil de remplacement a augmenté les forces agissant sur le bridge antérieur, mettant en péril la prothèse fixe.

Ces éléments sont le fait du patient, ce qui exonère le praticien de toute responsabilité sur le sort de la prothèse.

5.1.3. Cour d'appel de d'Aix-en-Provence - jugement en date du 29 mars 2018(37)

Protagonistes :

- Madame F
- Le docteur Ho V.T.

Historique dentaire :

Lorsque Mme F. consulte le docteur Ho V.T. pour la première fois le 30 avril 2005, elle présente de vives douleurs au niveau de la 2ème molaire supérieure gauche (25) dont le bilan radiologique objective un amalgame avec probablement un processus carieux sous-jacent. Le docteur Ho V.T. procède à un traitement local qui permet la régression de la symptomatologie douloureuse. Mme F. qui présente des édentations et des dents nécessitant des soins demande alors au docteur Ho V.T. d'améliorer son état.

- Secteur 1 en haut à droite : une réhabilitation maxillaire avec comblement de l'édentation en 14, prenant appui sur les dents 15, 16 et 17, qui vont être dépulpées et réhabilitées à des fins prothétiques,

- Secteur 2 en haut à gauche : pose de couronnes sur les dents 24, 25, 26 et 27, les dents 26 et 27, porteuses d'amalgames, devant être dépulpées.
- Secteur 3 et 4 : le docteur Ho V.T. propose la pose de couronnes sur les dents 33 à 35 avec 36 en extension et 34 en intermédiaire.

Le docteur Ho V.T., après reprise des traitements endodontiques sur 26 et 27 effectués :

- Des dents solidarisées 24, 25, 26 et 27
- 14 en extension 15-16-17
- De la 33 à la 36 avec 33 et 35 comme pilier et 34 et 36 en extension.

Les traitements qui se terminent en juillet 2006 vont satisfaire Mme F. Or quelques mois après se produit une fracture cosmétique d'une partie de la céramique placée sur la dent 35 (mandibulaire gauche) qui va tomber. Il advient la même chose sur la dent 15 (maxillaire droit). Puis le bridge maxillaire droit se descelle et il est advenu la même chose sur le bridge mandibulaire gauche. En septembre 2007, les éléments cosmétiques des dents 24 et 25 se sont aussi fracturés.

Procédure :

Par actes des 8,10 et 18 septembre 2015, Mme F. a fait assigner le docteur Ho V.T. et la société Médicale de France, son assureur, devant le tribunal de grande instance de Toulon. Par déclaration d'appel du 22 décembre 2016, Mme F. a relevé appel général de ce jugement.

Moyens et parties :

- Madame F :

-Elle juge que le docteur Ho V.T a commis une faute du fait des soins qui lui ont été prodigués selon trois devis et du non-respect de son obligation de moyens pour les soins et du non-respect de son obligation de résultat pour la fourniture des prothèses.

- Docteur Ho V.T :

- Ses soins ont été attentifs consciencieux et conformes aux données et aux règles de l'art.

- Déclare aucune faute dans les soins et traitements prodigués à Mme F.

- N'est pas responsable des vices affectant les prothèses qui sont à l'origine des dommages et troubles allégués par Mme F

Motifs du tribunal :

La responsabilité du chirurgien-dentiste ne peut être engagée que sur le fondement de la faute prouvée. Or il ressort de l'expertise judiciaire que le docteur Ho V.T. n'a commis aucune faute dans le traitement et les soins dont Mme F. a bénéficié. C'est donc à tort que le premier juge a retenu sa responsabilité. Le docteur Ho V.T. conteste tout manquement dans le suivi. En tout état de cause il n'y aurait aucun lien entre ces prétendus manquements ou suivi des soins et les préjudices allégués qui ont été causés par un défaut des prothèses dont le docteur Ho V.T. n'a pas à répondre, conformément à la solution établie par la Cour de cassation dans son arrêt du 21 mars 2013 qui a jugé que désormais il ne pèse plus d'obligation de résultat sur le chirurgien-dentiste, que ce soit lorsqu'il fournit ou lorsqu'il pose une prothèse. Or en l'espèce les préjudices sont liés à un vice des prothèses. Il appartient donc à Mme F. d'agir à l'encontre du fabricant de la prothèse, la société All Prolan.

La Réponse de la cour d'Appel :

- Suites aux conclusions d'une nouvelle expertise, il résulte que les fractures des dents 15, 35, 24 et 25 sont le résultat d'un vice caché survenant sur des zones qui ne sont pas en relation avec des facteurs traumatisants. En conséquence dans son obligation de moyens qui lui incombe, alors que ces prestations, comprenant la conception et la délivrance d'un appareillage, étaient opportunes, est déboutée de sa demande tendant à voir engager la responsabilité du praticien de ce chef.

- En revanche, il ressort de ces conclusions que les descellements des bridges sont liés à une adaptation imparfaite des couronnes à l'élément prothétique avec une taille inadaptée des moignons dentaires aux coiffes, imputables au chirurgien-dentiste, manquement qui engage la responsabilité du docteur Ho V.T.

5.1.4. Cour d'Appel de Saint-Denis de La Réunion jugement en date du 20 mars 2020. (38)

Protagonistes :

- Le docteur C Y
- Monsieur F L

Historique dentaire :

En 2009, le docteur C Y a extrait la dent 14 (1ère prémolaire supérieure droite) puis la dent 16 (1ère molaire supérieure droite) ;

En 2012 suites à des douleurs récurrentes au niveau du secteur 4 (inférieur maxillaire droit), le docteur C Y a refait le bridge inférieur de la 44 à la 47 avec pour piliers les 44, 46 et 47 et pour inter la 45 ; peu après la pose, le patient a fait un abcès au niveau de la 44.

Or, avant qu'il n'entreprenne ses interventions, le docteur C Y avait demandé l'avis du Docteur P D qui avait exposé que :

- Après examen des images d'un scanner, les pertes osseuses autour des dents 14 et 15 nécessitaient leur extraction ;
- La 17 présentait également une atteinte osseuse très importante avec mise à nu sur pratiquement toute la longueur de la racine mésiovestibulaire et elle aussi devait être extraite.

Il en avait conclu qu'il était imprudent d'envisager une prothèse sur les dents 14 et 15 et surtout, il déconseillait la pose d'un bridge et préconisait un appareillage amovible ou la mise en place d'implants en vue d'un bridge, cette dernière solution requérant au préalable une greffe de sinus.

Enfin, il estimait utile de faire un panoramique pour un bilan parodontal complet et de rechercher l'existence d'éventuelles lésions passées inaperçues.

Procédure :

F L a fait assigner C Y devant le tribunal de grande instance de Saint Denis en responsabilité et paiement de dommages intérêts. Suivant déclaration enregistrée au Greffe de la Cour le 14 août 2017, C Y a interjeté appel de ce jugement.

Moyens et parties :

- Docteur C Y :
 - Déclare qu'il a parfaitement rempli l'obligation d'information qui lui incombait.
 - Dit que Monsieur F L n'apporte aucune preuve d'un manquement aux règles de l'art, seul susceptible d'engager sa responsabilité.

Motif du tribunal :

- L'expert H O confirme que la réalisation du bridge maxillaire pratiquée en 2009 par le Docteur Y était contre indiquée en raison de l'état du patient, compte tenu de la fragilité de la 15 et de l'état de santé dentaire du patient (épaississement muqueux du sinus droit) et que la réalisation en 2012 du nouveau bridge inférieur avec les mêmes piliers n'était pas non plus adaptée au regard de l'état de la dent 44 tel qu'il apparaissait sur la radio panoramique de 2006.

- L'expert déclare qu'il n'y a pas eu d'information complète et adaptée du Docteur Y adressée à F L de sorte que celui-ci n'a pu donner un consentement éclairé. Même si le Docteur D affirme avoir expliqué à F L que « la situation ne permettait pas, à son avis, la conservation de certaines dents », l'information devait en tout état de cause, émaner de son praticien, le Docteur Y, et celui-ci ne justifie pas avoir informé pleinement et précisément son patient de tous les éléments relatifs aux interventions pratiquées.

- La faute du Docteur Y est ainsi nettement caractérisée : il a commis une erreur dans le choix des solutions prothétiques, ce mauvais choix ayant pour origine un manque de précautions et d'analyse préopératoire du cas clinique malgré les conseils et informations du Docteur D et la radio panoramique de 2006.

Réponse de la cour d'Appel :

Cette faute engage la responsabilité du docteur CY et l'oblige à réparer le préjudice qu'elle a causé à FL. Ce préjudice comprend le coût des interventions contre indiquées, qui s'élève à 4 892,55 euros.

5.2. Cas particulier de l'implantologie et de la prothèse : plusieurs praticiens impliqués

5.2.1. Cour d'Appel de Versailles 3eme Chambre en date du 14 mai 2010 (39)

Les protagonistes impliqués :

- Madame Marie C. B., la patiente (41 ans)
- Docteur Catherine F. de G. *
- Docteur Alain C.

Situation dentaire initiale de la patiente :

- Au maxillaire : édentement complet et importante résorption de l'os.
- A la mandibule : édentement partiel de la mandibule, bridge 5 éléments de 34 à 38, infection en regard de 38.

Historique dentaire :

Janvier 2002 : Madame Marie C.B. est venue consulter le docteur Catherine F. de G. Cette dernière a déposé le bridge mandibulaire gauche de cinq éléments, opération rendue nécessaire par l'état infectieux constaté de la 38. Le Docteur F. de G. a ensuite adressé Madame C.B. au Docteur Alain C. afin de réaliser la pose d'implants dentaires. Ce dernier a constaté qu'il s'agissait d'un cas difficile d'indication de traitement implantaire mais a toutefois décidé de prendre en charge la patiente.

Mai 2002 : Le docteur Alain C. a réalisé la pose de deux implants endo-osseux et deux implants juxta-osseux au maxillaire. En parallèle, le Docteur F. de G. a réalisé deux bridges provisoires à la mandibule.

Septembre 2002 : Le docteur Alain C. a réalisé un bridge provisoire au maxillaire à partir de l'ancienne prothèse de Madame C.B. Cette dernière a marqué son mécontentement quant au résultat esthétique. Parallèlement, le Docteur F. de G. a réalisé le bridge maxillaire définitif que le docteur Alain C. n'a pas jugé satisfaisant.

Novembre 2002 : Le Docteur F. de G. a réalisé un second bridge, qui ne sera finalement pas posé en raison d'une inflammation de la mâchoire et de la mobilité des implants maxillaires.

Janvier 2003 : Constatant la mauvaise ostéo-intégration des implants, le docteur Alain C. a déposé deux implants maxillaires et en a mis en place deux nouveaux mais positionnés différemment et associés à un comblement osseux.

Février 2003 : Le Docteur F. de G. a réalisé la pose des prothèses et des bridges mandibulaires. Madame C.B. n'étant pas satisfaite du résultat global, elle a consulté le docteur Benoît P, stomatologue, qui a repris l'ensemble des travaux. Pour ce faire, il a dû réaliser trois opérations chirurgicales successives sous anesthésie générale pour donner suite à une infection.

Procédure :

Mécontente des soins réalisés, Madame Marie C.B. est venue rechercher la responsabilité des Docteurs Alain C. et Catherine F. de G. devant le Tribunal de Grande Instance de Nanterre qui a rendu sa décision le 6 février 2009. Les Docteurs C. et F. de G. ont relevé appel de cette décision devant la Cour d'Appel de Versailles le 14 mai 2010.

Moyens des parties à l'appel :

- Moyens du Docteur Alain C.

Le docteur C considère qu'il a dès le début fait état de son avis et de ses réserves quant à la pose d'un bridge maxillaire sur implants.

Il précise qu'il n'était en charge que de la phase implantaire et non des prothèses dont l'exécution relevait uniquement du Docteur F. de G. Il a d'ailleurs constaté que le bridge initialement réalisé par le Docteur F. de G. était en inadéquation avec ses instructions et la pose de ses implants, et que cela avait conduit à la dépose des implants 11 et 21 en raison de sollicitations mécaniques trop importantes induisant leur mobilité. De plus, le second bridge commandé par le Docteur F. de G. n'a jamais été réglé ni posé.

Le Docteur C. considère que la pratique des implants juxta-osseux n'est en rien obsolète contrairement aux conclusions de l'expert (le Professeur Missika).

- Moyens du Docteur Catherine F. de G. :

Le Docteur F. de G. considère que le Docteur C. a manqué à son devoir de conseil et a utilisé des procédés obsolètes qui seraient à l'origine exclusive du préjudice de Madame C.B.

Le Docteur F. de G. soutient que sa responsabilité est limitée à son intervention effective, c'est-à-dire la pose de couronnes dont la céramique s'est fracturée sur les quatre incisives mandibulaires (42, 41, 31, 32).

- Moyens de Madame C.B. :

Madame C.B. considère qu'elle n'a pas été suffisamment informée par les deux praticiens concernant son traitement. Elle précise que tous les soins effectués par les deux praticiens ont dû être refaits et qu'il s'agit donc d'une erreur de diagnostic imputable aux deux praticiens.

Motifs du Tribunal de Grande Instance de Nanterre :

- Le Tribunal rappelle les obligations dont sont tenues les praticiens et précise qu'ils ne sont responsables qu'en cas de faute.

- L'expert Missika relève que le Docteur C. n'a pas rempli son devoir d'information à l'égard de Madame C.B, que son capital osseux ne permettait pas la pose d'implants sans la réalisation de greffes osseuses.

- L'expert ajoute qu'aucun plan de traitement cohérent et coordonné n'a été réalisé entre les deux praticiens. Selon lui, la pose d'implants juxta-osseux est actuellement un

procédé obsolète, relevant de soins attentifs mais non conformes aux données acquises de la science.

- L'expert considère que le Docteur F. de G. n'aurait pas dû réaliser de bridge complet maxillaire dans une situation osseuse défavorable et avec un mauvais positionnement des implants, que la fracture des céramiques des couronnes mandibulaires relevait uniquement de sa responsabilité.

Le Tribunal a ainsi condamné in solidum le docteur Alain C. pour 3/4 et le Docteur Catherine F. de G. pour 1/4 au versement de la somme de 30.000 euros à Madame C.B. ainsi qu'au paiement des frais de justice.

Réponse de la Cour d'Appel :

Le 14 mai 2010, la Cour d'Appel de Versailles a confirmé le jugement du Tribunal, considérant « que les fautes de chaque praticien ont concouru à l'entier dommage subi par Madame C.B. » et qu'il y a donc lieu à une responsabilité in solidum. La Cour considère que le rapport d'expertise relève d'une analyse complète et rigoureuse et qu'ainsi, la pose actuellement d'implants juxta-osseux semble obsolète. La Cour condamne les deux praticiens aux dépens des frais d'appel engagés par Madame

5.2.2. Cour d'Appel de Paris 2eme Chambre en date du 12 septembre 2014. (40)

Protagonistes :

- Madame K., la patiente.
- Le docteur L., chirurgien-dentiste qualifié en implantologie.
- La société Nobel Biocare.

Situation dentaire initiale : à priori édentement de grande étendue au maxillaire et extractions nécessaires des dents restantes.

Historique dentaire :

1990 : Madame K. consulte le docteur L. pour des travaux de restauration prothétique et notamment la mise en place de trois implants au niveau de 25, 16 et 14 puis la pose d'un bridge complet du maxillaire en appui sur quatre dents résiduelles.

1994 : À la suite de difficultés d'intégration, le docteur L. a dû déposer deux implants. Une expertise a été ordonnée et a révélé le caractère défectueux des implants posés par le docteur L. et fournis par la société Nobel Biocare : les implants cylindriques Denar en titane recouvert d'hydroxyapatite.

Procédure :

Madame K. a saisi le Tribunal de Grande Instance de Paris en date du 12 janvier 2009. La société Nobel Biocare a fait appel de cette décision auprès de la Cour d'Appel de Paris en date du 12 septembre 2014.

Motifs et moyens :

- Motifs du Tribunal de Grande Instance :

Le Tribunal se fonde sur les conclusions de l'expert considérant que les implants étaient défectueux au sens de l'article 1147 du code civil. Le Tribunal condamne donc in solidum (obligation de plusieurs personnes tenues chacune responsable pour le tout envers le créancier) (41) le Docteur L. et la société Nobel Biocare au paiement de la somme globale de 19 300,42 euros, au titre de l'obligation de résultat-sécurité et de fournisseur de prothèse.

- Moyens de la société Nobel Biocare :

La société ne demande pas la révision du procès sur le fond mais la réévaluation du préjudice.

Réponse de la Cour d'Appel :

La Cour d'Appel de Paris confirme la décision du Tribunal de Grande Instance sur le fond considérant que le docteur L. était responsable au titre de son obligation de sécurité-résultat en ce qui concerne le matériel utilisé pour l'exécution d'un acte de soin. De plus, la

responsabilité de la société Nobel Biocare est engagée en ce qui concerne les produits reconnus défectueux. Le Docteur L. sera donc ensuite indemnisé à son tour par la société Nobel Biocare, ne connaissant pas le caractère défectueux des implants. La somme globale d'indemnisation reste fixée à 19 300,42 euros et la société Nobel est déclarée redevable des frais de justice.

5.2.3. Cour d'Appel d'Agen Chambre civile en date du 1^{er} avril 2015. (42)

Protagonistes :

- Monsieur Alain Michel S., le patient.
- Docteur Philippe D.
- Docteur Pierre S.

Situation dentaire initiale :

- Au maxillaire : absence de plusieurs dents.
- A la mandibule : absence de dents dans le secteur postérieur.

Historique dentaire :

2005-2006 : Le docteur Pierre S. a réalisé des actes d'implantologie au maxillaire sur Monsieur S. pour un montant total de 6 350 euros.

Février 2008 : Le docteur D. a réalisé une prothèse à la mandibule pour Monsieur S. pour un montant de 550 euros.

Fin d'année 2008 : Face aux problèmes bucco-dentaires de Monsieur S., le docteur Pierre S. a proposé au patient de procéder au remplacement des appareillages suivant un devis de 9 700 euros. Monsieur S. a refusé.

Procédure :

Mécontent des soins réalisés, Monsieur S. a saisi le Tribunal de Grande Instance d'Agen le 30 août 2013. Le docteur D. a ensuite fait appel de cette décision le 1^{er} avril 2015 devant la Cour d'Appel d'Agen.

Motifs et moyens :

Moyens des parties : Non communiqués.

Motifs du Tribunal :

- Il ressort du rapport d'expertise que Monsieur S. a rencontré des problèmes distincts liés aux interventions du docteur S. au maxillaire et du docteur D. à la mandibule.
- Concernant le docteur S., les fautes sont caractérisées : l'expert relève un défaut de conception d'ensemble de la prothèse ainsi que des échecs précoces pour les actes implantaires. Le tout entraînant des difficultés pour le patient pour mastiquer et parler, l'appareil ne tenant d'ailleurs plus en bouche.
- Concernant le docteur D. : selon l'expert, sa faute relève de l'absence de pérennité de la prothèse. En effet, il est constaté qu'il s'agit d'une prothèse provisoire et que ce caractère provisoire n'a pas été signalé au patient ni à l'oral, ni dans le devis.

Ainsi, le Tribunal considère que chaque praticien sera redevable de la part de dommage dont il est à l'origine.

Réponse de la Cour d'Appel :

La Cour reprend les arguments employés par le Tribunal. En effet, la Cour rappelle le principe selon lequel chaque co-auteur d'un même dommage doit être condamné in solidum à la réparation de l'entier dommage. Toutefois, la Cour constate qu'en l'espèce, Monsieur S. a subi « deux types de dommages distincts sans lien entre eux sur le maxillaire supérieur dans un premier temps, puis sur le maxillaire inférieur ». La Cour décide donc de condamner le docteur S. au paiement de la somme de 13 350 euros tandis que le docteur D. est tenu de payer la somme de 9 000 euros. De plus, les deux praticiens sont condamnés au paiement des frais de justice

5.2.4. Cour d'Appel d'Orléans Chambre Civile en date du 5 septembre 2016 (43)

Protagonistes :

- Madame Annie S., la patiente.
- Docteur Evelyne T.
- Docteur Jean Paul R.
- Docteur C.

Situation dentaire initiale :

Non communiquée mais à priori édentement assez étendu à la mandibule avec présence d'une molaire dont la racine est cassée en deux morceaux.

Historique dentaire :

Octobre 1998 : Annie S., venue consulter le docteur Evelyne T. se voit proposer la pose d'un implant et d'une prothèse définitive à fixer ultérieurement au niveau de la molaire dont la racine est cassée. Pour ce faire, le docteur T. a rédigé deux devis : un d'un montant de 8 000 francs établi par le docteur R. pour la pose de l'implant, un autre de 7 500 francs par le docteur T pour la pose de la prothèse sur implant.

29 avril 1999 : le docteur R. procède à l'extraction des deux racines de la molaire et à la pose de l'implant. Celui-ci se révèle directement instable en raison d'une carence en calcium de la patiente. La pose de la prothèse est donc différée. Le docteur T., constatant que l'implant est distal, adresse Madame S. au docteur C pour la pose d'un implant supplémentaire entre le premier implant et la molaire suivante, l'ensemble étant pris en charge financièrement par le docteur T. Madame S. a refusé cette solution thérapeutique.

Procédure :

Le 11 février 2015, Madame S. assignait les docteur T. et R. devant le Tribunal de Grande Instance d'Orléans. Bien que lui étant favorable, Madame S. a interjeté appel de ce jugement en date du 5 septembre 2016.

Motifs et moyens

- Motifs du Tribunal :

- Le Tribunal a déclaré recevable la demande de Madame S., considérant les docteur T. et R. comme responsables à hauteur des 2/3 pour le docteur R. et d'1/3 pour le docteur T.
- Afin de déterminer cette répartition des fautes, le Tribunal considère que le docteur T. était responsable de la solution prothétique préparatoire et donc d'une partie du préjudice moral, le docteur R. étant responsable de l'échec implantaire, ayant choisi une implantation immédiate malgré la pathologie de la patiente.

- Moyens du docteur Evelyne T. :

Le docteur T. demande l'infirmité du jugement, considérant qu'elle n'a commis aucune cause. En effet, elle a orienté sa patiente vers un spécialiste de l'implantologie et n'a en rien participé à l'opération.

De plus, le docteur T. considère que Madame S. est fautive par sa gestion de son dossier médical et de son contentieux. En effet, le docteur T. considère qu'elle a proposé de nombreuses solutions amiables à la patiente, qui les a rejetées, repoussant les soins nécessaires à son rétablissement par son inaction personnelle.

- Moyens de Madame Annie S :

La patiente considère que le docteur T. aurait dû réaliser elle-même l'extraction de la molaire et qu'elle est restée passive pendant l'opération implantaire.

La patiente considère que le docteur T. ne l'a pas assez informée quant aux risques de l'implantation immédiate.

Réponse de la cour d'Appel :

La Cour d'Appel d'Orléans confirme partiellement le jugement du Tribunal en ce qui concerne la responsabilité du docteur R. Toutefois, elle infirme les dispositions du jugement engageant la responsabilité du docteur T.

En effet, la Cour précise « qu'il sera relevé qu'un praticien faisant appel à un autre praticien exerçant dans une spécialité qui n'est pas la sienne n'a aucune directive à lui donner ». Ainsi, le docteur T. est considérée comme étrangère au préjudice subi par Annie S., d'autant plus qu'elle lui a proposé plusieurs solutions amiables et prises en charge financière malgré son absence de responsabilité. La Cour condamne donc le docteur R. au paiement de la somme de 9 418,40 euros à Annie S. mais déboute Madame S. de ses demandes formées à l'encontre du docteur T. De plus, la Cour condamne Madame S. au remboursement des frais de justice avancés par le docteur T afin d'assurer sa défense.

Cet arrêt est intéressant car il démontre que la responsabilité des praticiens intervenant dans les différentes phases n'est pas systématiquement engagée. En effet, le docteur T. a réalisé un véritable projet pré-prothétique, une bonne tenue du dossier, un suivi post-opératoire consciencieux et a même proposé de prendre en charge une partie des nouvelles opérations de la patiente. Son comportement conforme aux soins consciencieux requis par la loi empêche l'engagement de sa responsabilité civile.

Conclusion

La société actuelle tolère de moins en moins l'idée d'erreur médicale, aspirant à un résultat certain. Pour autant, le chirurgien-dentiste reste aujourd'hui soumis à une obligation de moyens, n'engageant sa responsabilité civile qu'en cas de faute ayant causé un préjudice.

L'augmentation du nombre de litiges présente un effet bénéfique en ce qu'il fonde l'abondance de jurisprudence actuelle et permet ainsi au praticien averti d'éviter les écueils

les plus fréquemment rencontrés : la mauvaise tenue du dossier médical, l'absence d'information au patient, un consentement non établi clairement, utilisation de méthodes archaïques et dépassées.

Le praticien ne mettant pas à jour ses connaissances se heurte à l'obligation de moyen. Avec l'arrivée des nouvelles technologies : empreinte optique, de meilleurs matériaux à empreinte, l'évolution des méthodes de confection des laboratoires de prothèses contribuent à améliorer l'acte prothétique, chaque praticien se doit d'apprendre et de se tenir au courant des dernières avancées et technologies.

L'utilisation de leur propre système de CFAO étant de plus en plus répandu, le praticien est alors tenu d'une obligation de résultat puisqu'en tant qu'artisan, il doit livrer une pièce prothétique répondant aux caractéristiques du bon de commande et cette pièce ne doit présenter aucun défaut. Serait-ce un retour en arrière de l'obligation ?

1.Ordre national des chirurgiens-dentistes. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes. [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://docudent.fr/wp-content/uploads/2021/06/Code-de-deontologie-2021.pdf>

2.Legifrance. Code de déontologie des chirurgiens-dentistes (Articles R4127-201 à R4127-284) [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190548>

3.Giraudeau N.Contrat de soins. [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://moodle.umontpellier.fr/pluginfile.php/357585/course/overviewfiles/Contrat%20de%20soins.pdf>

4. Bensabat R. Le consentement éclairé en odontologie chez le patient porteur de handicap. [Mémoire]. [Paris, France]. Université Paris-Cité, faculté d'odontologie; 2020.
5. Plutarque. Vie d'Alexandre [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://remaclle.org/bloodwolf/historiens/Plutarque/alexandre.html>
6. Riffault A. Les honoraires des chirurgiens-dentistes : au confluent du droit et du soin. [Thèse de doctorat]. [Nancy, France]. Université de Lorraine, faculté de droit, sciences économiques et gestion.; 2015.
7. Béry A. Le contrat source d'obligations. Rev Orthop Dento Faciale. déc 2004;38(4):3712.
8. Vassal JP. Le consentement éclairé. [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/le-consentement-eclair/>
9. Giraudeau N. L'acte médical à l'épreuve de la télémédecine bucco-dentaire. [Thèse]. [Montpellier, France]. Université de Montpellier 1, Ecole doctorale Droit et Science politique; 2015.
10. Loidici. Chapitre 2 : Des Conditions Essentielles pour la validité des conventions. [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://loidici.biz/2018/08/19/chapitre-2-des-conditions-essentielles-pour-la-validite-des-conventions/lois-article-par-article/codes/le-code-civil/430/naty/>
11. Gosselin P. Constitution du 4 octobre 1958. [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r3812.asp>
12. Investir. Engager la responsabilité de son dentiste, mode d'emploi. [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://investir.lesechos.fr/budget/vie-pratique/engager-la-responsabilite-de-son-dentiste-mode-demploi-1926810>
13. Auché. Guide pratique procédure disciplinaire chirurgiens-dentistes aout 2020. [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.ah-avocats.fr/wp-content/uploads/2020/11/guide-pratique-procedure-disciplinaire-chirurgiens-dentistes-aout-2020.pdf>
14. Dejean-Peligry M. Les différents types de responsabilité du chirurgien-dentiste. Droit, Déontologie & Soins. Sept 2005;5(3):392410.
15. Bouvet R. Liberté du médecin et décision médicale. [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]. Université de Rennes 1, Ecole doctorale Sciences de l'homme, des organisations et de la société; 2016

16. Lougassi E. Le chirurgien-dentiste est-il tenu d'une obligation de moyen ou de résultat ? [Internet][cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/chirurgien-dentiste-obligation-rcp>
17. Baumann sba. Dictionnaire Juridique. Faute – Définition. [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/faute.php>
18. Dentalgest. La notion de contrat de soins [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.dentalgest.com/la-notion-de-contrat-de-soins/>
19. Lingibé P. L'erreur médicale responsabilité du professionnel de santé. [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.village-justice.com/articles/erreur-medecale,29911.html>
20. Association Aide aux Victimes. Liste des préjudices corporels & économiques [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://association-aide-victimes.com/les-prejudices-corporels>
21. Kahn C. La preuve du lien de causalité en matière d'atteinte à la santé : approche comparative droit français – common law. [Thèse d'exercice]. [Paris, France]. Université Paris 2 Pantheon; 2017
22. 123dok. Perte de chance : problème de causalité ou dommage autonome ? [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://123dok.net/article/perde-chance-probl%C3%A8me-causalit%C3%A9-dommage-autonome.9yne3m1y>
23. Munita Marambio RE. La responsabilité civile liée aux activités scientifiques et technologiques : Approche de droit comparé. [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]. Université Grenoble Alpes ; 2017
24. MACSF. Prothèse dentaire - obligations du chirurgien-dentiste. [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medecale/conception-et-pose-prothese-dentaire>
25. dentalgest. La responsabilité du chirurgien-dentiste [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.dentalgest.com/la-responsabilite-du-chirurgien-dentiste/>
26. Cour de cassation. Décision - Pourvoi n°12-12.300 [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.courdecassation.fr/decision/607971659ba5988459c49d51>
27. Légifrance. Section 3 : Sociétés d'exercice libéral constituées par des auxiliaires médicaux (Articles R4381-8 à R4381-22). [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190654/

28. Dessales T. Le règlement amiable des accidents médicaux depuis 2002 : un système en recherche de nouveaux équilibres. [Thèse d'exercice]. [Besançon, France]. Université de Lorraine, L'école Doctorale Sciences Juridiques, Politiques, Economiques et de Gestion ; 2002
29. Porchet T. Contentieux déontologique des praticiens de santé : une commune est recevable à porter plainte contre un praticien auprès du conseil départemental de l'ordre. [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.eurojuris.fr/categories/tribunal-administratif-procedure-administrative-11000/articles/commune-plainte-contre-praticien-conseil-departemental-ordre-40770.htm>
30. Haddad S. Le Criminel ne tient plus le civil en l'état ou la fin d'un adage. [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <http://www.legavox.fr/blog/maitre-haddad-sabine/criminel-tient-plus-civil-etat-5656.htm>
31. Picovschi A. L'adage « le criminel tient le civil en l'état » - Droit pénal des Affaires [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.avocats-picovschi.com/>
32. Sablon D. Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.medecin-dommage-corporel.expert/glossaire/crci/>
33. Boughriet N. Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine : L'accès du médecin à la connaissance juridique. [Thèse d'exercice]. [Lille, France]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2013
34. Boisselet V, Bazet M, Pelleteret M. Cour d'appel de de Versailles n° 15/07921. [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: https://www-dalloz-fr.urca.idm.oclc.org/documentation/Document?id=CA_VERSAILLES_2017-09-21_1507921&ctxt=0_YSR0MT1wcm90aMOoc2XCp2EkdDI9ZGVudGFpcmXCp2Ekcze9RVTCp2EkczM9RVTCp2Ekczi9RVTCp3QkczA9OTQ1MzQ2Qjncp2okcze9b25EYXRlWqdqJHQyMT0yMS0wOS0yMDE3wqd4JHNmPXBhZ2UtcmlvZ2VyaGVyY2hl&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPThCp3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzb3J0PSNkZWZhdWx0X0Rlc2PCp3Mkc2xOYlBhZz0yMMKncyRpc2Fibz1UcnVlWqdZJHBhZ2luZz1UcnVlWqdZJG9uZ2xldD3Cp3MkZnJlZXNjb3BIPUZhbHNlWqdZJHdvSVM9RmFsc2XCp3Mkd29TUENIPUZhbHNlWqdZJGZsb3dNb2RIPUZhbHNlWqdZJGJxPcKncyRzZWYyY2hMYWJlD3Cp3Mkc2VhemNoQ2xhc3M9#expose-des-faits
35. Pony G, Bricogne P, Fontaine V. Cour d'appel de de Saint-denis de la Réunion n° 16/01163 [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: https://www-dalloz-fr.urca.idm.oclc.org/documentation/Document?id=CA_SAINTDENISDELAREUNION_2017-11-17_1601163&ctxt=0_YSR0MT1wcm90aMOoc2XCp2EkdDI9ZGVudGFpcmXCp2Ekcze9R

2xOYIBhZz0yMMKncyRpc2Fibz1UcnVlwqdzJHBhZ2luZz1UcnVlwqdzJG9uZ2xldD3Cp3MkZnJlZXNjb3BIPUZhbHNlwqdzJHdvSVM9RmFsc2XCp3Mkd29TUENIPUZhbHNlwqdzJGZsb3dNb2RlPUZhbHNlwqdzJGJxPcKncyRzZWfYy2hMYWJlbD3Cp3Mkc2VhemNoQ2xhc3M9#expose-des-faits

39. Vidal A, Martini F, Le forestier G. Cour d'appel de de Paris n°09/05616. [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur:

https://www-dalloz-fr.urca.idm.oclc.org/documentation/Document?ctxt=0_YSR0MT1wcm90aMOoc2XCp2EkdDI9ZGVudGFpcmXCp2EkeczE9RVTCp2EkeczM9RVTCp2EkeczI9RVTCp3QkeczA9OTQ1MzQ2QjnCp2okecze9b25EYXRlwqdzJHJQyMT0xMi0wOS0yMDE0wqd4JHNmPXBhZ2UtemVjaGVyY2hl&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHCP3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzb3J0PSNkZWZhdWx0X0Rlc2PCp3Mkc2xOYIBhZz0yMMKncyRpc2Fibz1UcnVlwqdzJHBhZ2luZz1UcnVlwqdzJG9uZ2xldD3Cp3MkZnJlZXNjb3BIPUZhbHNlwqdzJHdvSVM9RmFsc2XCp3Mkd29TUENIPUZhbHNlwqdzJGZsb3dNb2RlPUZhbHNlwqdzJGJxPcKncyRzZWfYy2hMYWJlbD3Cp3Mkc2VhemNoQ2xhc3M9&id=CA_PARIS_2014-09-12_0905616

40. Wikipédia. Obligation in solidum. [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Obligation_in_solidum&oldid=206987577

41. Cayrol P, Lacroix andrivet JP, Cailheton N. Cour d'appel de d'Agen n°13/01360. [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur:

https://www-dalloz-fr.urca.idm.oclc.org/documentation/Document?id=CA_AGEN_2015-04-01_1301360&ctxt=0_YSR0MT1wcm90aMOoc2XCp2EkdDI9ZGVudGFpcmXCp2EkeczE9RVTCp2EkeczM9RVTCp2EkeczI9RVTCp3QkeczA9OTQ1MzQ2QjnCp2okecze9b25EYXRlwqdzJHJQyMT0wMS0wNC0yMDE1wqd4JHNmPXBhZ2UtemVjaGVyY2hl&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHCP3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzb3J0PSNkZWZhdWx0X0Rlc2PCp3Mkc2xOYIBhZz0yMMKncyRpc2Fibz1UcnVlwqdzJHBhZ2luZz1UcnVlwqdzJG9uZ2xldD3Cp3MkZnJlZXNjb3BIPUZhbHNlwqdzJHdvSVM9RmFsc2XCp3Mkd29TUENIPUZhbHNlwqdzJGZsb3dNb2RlPUZhbHNlwqdzJGJxPcKncyRzZWfYy2hMYWJlbD3Cp3Mkc2VhemNoQ2xhc3M9#motifs

42. Blanc ML, Renault malignac F, Lyne el boudali M. Cour d'appel de d'Orléans n°15/01046 [Internet]. [cité 13 nov 2023]. Disponible sur:

https://www-dalloz-fr.urca.idm.oclc.org/documentation/Document?ctxt=0_YSR0MT1wcm90aMOoc2XCp2EkdDI9ZGVudGFpcmXCp2EkeczE9RVTCp2EkeczM9RVTCp2EkeczI9RVTCp3QkeczA9OTQ1MzQ2QjnCp2okecze9b25EYXRlwqdzJHJQyMT0wNS0wOS0yMDE2wqd4JHNmPXBhZ2UtemVjaGVyY2hl&ctxtl=0_cyRwYWdlTnVtPTHCP3MkdHJpZGF0ZT1GYWxzZcKncyRzb3J0PSNkZWZhdWx0X0Rlc2PCp3Mkc2xOYIBhZz0yMMKncyRpc2Fibz1UcnVlwqdzJHBhZ2luZz1UcnVlwqdzJG9uZ2xldD3Cp3MkZnJlZXNjb3BIPUZhbHNlwqdzJHdvSVM9RmFsc2XCp3Mkd29TUENIPUZhbHNlwqdzJGZsb3dNb2RlPUZhbHNlwqdzJGJxPcKncyRzZWfYy2hMYWJlbD3Cp3Mkc2VhemNoQ2xhc3M9#motifs

UZhbHNlwqdzJGJxPcKncyRzZWFyY2hMYWJlbD3Cp3Mkc2VhcmNoQ2xhc3M9&id=CA
_ORLEANS_2016-09-05_1501046

43.Moutel G. Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine.
[Internet]. [cité le 14 nov 2023]. Disponible sur : <https://www.perlego.com/book/3144862/le-consentement-dans-les-pratiques-de-soins-et-de-recherche-en-mdecine-entre-idealismes-et-ralits-cliniques-pdf>

<u>1.La relation entre le chirurgien-dentiste et son patient.....</u>	<u>19</u>
<u>1.1. Devoirs déontologiques du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>19</u>
<u>1.1.1. Devoirs généraux du chirurgien-dentiste envers son patient.....</u>	<u>19</u>
<u>1.1.2. Droit du chirurgien-dentiste envers son patient.....</u>	<u>20</u>
<u>1.2. Contrat de soin.....</u>	<u>21</u>
<u>1.2.1. Définition de contrat.....</u>	<u>21</u>
<u>1.2.2. Son histoire.....</u>	<u>22</u>
<u>1.2.3. Ses caractéristiques.....</u>	<u>24</u>
<u>1.3. Le consentement.....</u>	<u>26</u>
<u>1.4. L'objet de l'engagement.....</u>	<u>32</u>
<u>2.La responsabilité du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>32</u>

<u>2.1. Historique.....</u>	<u>33</u>
<u>2.2. La responsabilité pénale du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>34</u>
<u>2.2.2. L'atteinte involontaire à l'intégrité physique.....</u>	<u>35</u>
<u>2.3. La responsabilité disciplinaire du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>36</u>
<u>2.3.1. Les infractions au code de déontologie dentaire.....</u>	<u>36</u>
<u>2.3.2. Les infractions au code de la santé publique.....</u>	<u>37</u>
<u>2.3.3. Les infractions au code de la sécurité sociale.....</u>	<u>37</u>
<u>2.4. Les règles régissant le droit disciplinaire.....</u>	<u>38</u>
<u>2.4.1. La notion d'infraction disciplinaire.....</u>	<u>38</u>
<u>2.4.2. Les sanctions disciplinaires.....</u>	<u>39</u>
<u>2.5. La responsabilité civile du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>39</u>
<u>2.5.1. La responsabilité civile contractuelle du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>39</u>
<u>2.5.2. La responsabilité civile extracontractuelle du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>41</u>
<u>2.5.3. L'existence d'un lien de causalité.....</u>	<u>41</u>
<u>3. Les facteurs engageant la responsabilité du chirurgien-dentiste.....</u>	<u>42</u>
<u>3.1. La faute.....</u>	<u>43</u>
<u>3.1.1. Définition.....</u>	<u>43</u>
<u>3.1.2. Caractère de la faute.....</u>	<u>43</u>
<u>3.1.3. La preuve de la faute.....</u>	<u>44</u>
<u>3.1.4. La faute dans le contexte médical.....</u>	<u>45</u>
<u>3.1.5. Classification.....</u>	<u>45</u>
<u>3.2. Le préjudice.....</u>	<u>48</u>
<u>3.2.1. L'évaluation des préjudices.....</u>	<u>48</u>
<u>3.2.2. Les différents composants du préjudice à évaluer.....</u>	<u>49</u>
<u>3.2.2.1. L'incapacité totale temporaire ou I.T.T.....</u>	<u>49</u>
<u>3.2.2.2. L'incapacité permanente partielle ou I.P.P.....</u>	<u>50</u>
<u>3.2.2.3. Les préjudices patrimoniaux.....</u>	<u>50</u>
<u>3.2.2.4. Les préjudices extra-patrimoniaux.....</u>	<u>51</u>
<u>3.3. La causalité Faute-Préjudice.....</u>	<u>53</u>

<u>3.4. La perte de chance.....</u>	<u>54</u>
<u>3.4.1. Evaluation de la perte de chance.....</u>	<u>54</u>
<u>3.4.1.1. Le risque de confusion entre les critères du dommage et du lien de causalité.....</u>	<u>54</u>
<u>3.4.1.2. Perte de chance et atteintes à la santé.....</u>	<u>56</u>
<u>3.4.2. Les arguments en faveur de la perte de chance.....</u>	<u>57</u>
<u>3.4.2.1. Le respect des conditions ordinaires de la responsabilité civile.....</u>	<u>57</u>
<u>3.4.2.2. Une réparation en proportion du dommage final.....</u>	<u>58</u>
<u>3.5. Les obligations spécifiques à la prothèse.....</u>	<u>59</u>
<u>4.Procédures et prise en charge des litiges relatifs à la prothèse.....</u>	<u>62</u>
<u>4.1. Rappel des différentes voies de recours accessibles aux patients.....</u>	<u>62</u>
<u>4.1.1. La voie ordinaire :.....</u>	<u>62</u>
<u>4.1.1.1. Qui peut être traduit devant les chambres disciplinaires de première instance ?.....</u>	<u>62</u>
<u>4.1.1.2. Qui peut introduire l'action disciplinaire ?.....</u>	<u>63</u>
<u>4.1.1.3. L'appel devant la chambre nationale et les sanctions.....</u>	<u>63</u>
<u>4.1.2. La voie pénale.....</u>	<u>64</u>
<u>4.1.3 La voie civile.....</u>	<u>65</u>
<u>4.2. Le choix de la voie amiable est-il préférable pour le patient ?.....</u>	<u>65</u>
<u>4.2.1. Une voie contentieuse contraignante pour les deux parties :.....</u>	<u>65</u>
<u>4.2.2 Un recours à la voie amiable plus accessible pour le patient et encouragé par le législateur au travers de la loi du 4 mars 2002 :.....</u>	<u>66</u>
<u>5.Exemples de contentieux.....</u>	<u>68</u>
<u>5.1. Obligation de moyen.....</u>	<u>68</u>
<u>5.1.1. Cour d'appel de Versailles jugement en date du 21 septembre 2017(35).....</u>	<u>68</u>
<u>5.1.2. Cour d'appel de Saint-Denis de la Réunion jugement en date du 17 novembre 2017 (36).....</u>	<u>69</u>
<u>5.1.3. Cour d'appel de d'Aix-en-Provence - jugement en date du 29 mars 2018(37)....</u>	<u>71</u>
<u>5.1.4. Cour d'Appel de Saint-Denis de La Réunion jugement en date du 20 mars 2020. (38).....</u>	<u>73</u>

<u>5.2. Cas particulier de l'implantologie et de la prothèse : plusieurs praticiens impliqués..</u>	<u>76</u>
<u>5.2.1. Cour d'Appel de Versailles 3eme Chambre en date du 14 mai 2010 (39).....</u>	<u>76</u>
<u>5.2.2. Cour d'Appel de Paris 2eme Chambre en date du 12 septembre 2014. (40).....</u>	<u>79</u>
<u>5.2.3. Cour d'Appel d'Agen Chambre civile en date du 1^{er} avril 2015. (42).....</u>	<u>81</u>
<u>5.2.4. Cour d'Appel d'Orléans Chambre Civile en date du 5 septembre 2016 (43).....</u>	<u>82</u>

