

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE – DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

ANNEE 2023

2023 TOU3 3058

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Pierre LEJEUNE

le 16 juin 2023

**Analyse de la jurisprudence en matière de responsabilité civile du
chirurgien-dentiste**

Directeur de thèse : Pr Jean-Noël VERGNES

JURY

Président :	Pr Jean-Noël VERGNES
1 ^{er} assesseur :	Dr Sabine JONJOT
2 ^{ème} assesseur :	Dr Géromine FOURNIER
3 ^{ème} assesseur :	Dr Rémi ESCLASSAN
Membre invité :	Dr Sacha BARON



**Faculté de santé
Département d'Odontologie**

➔ **DIRECTION**

Doyen de la Faculté de Santé

M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé

Directrice du Département d'Odontologie

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Adjoints

Mme Sarah COUSTY

M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative

Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique

Mme Cathy NABET

➔ **HONORARIAT**

Doyens honoraires

M. Jean LAGARRIGUE +

M. Jean-Philippe LODTER +

M. Gérard PALOUDIER

M. Michel SIXOU

M. Henri SOULET

Chargés de mission

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)

M. Olivier HAMEL (*Maitage Territorial*)

M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)

M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)

M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY

Assistants : Mme Anne GICQUEL, M. Robin BENETAH

Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG

Assistants : M. Vincent VIDAL-ROSSET, Mme Carole VARGAS JOULIA

Adjoints d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES

Assistante : Mme Géromine FOURNIER

Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL

Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX, Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotta THOMAS

Assistants : M. Jeffrey DURAN, M. Antoine AL HALABI

Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,

Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : M. Clément CAMBRONNE, M. Antoine DUBUC
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY, M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT, Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Ludovic PELLETIER, Mme Laura PASCALIN, M. Thibaut DECAMPS
M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Loris BOIVIN
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean-Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE, Mme Lucie RAPP

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences : M. Rémi ESCLASSAN, M. Antoine GALIBOURG,
Assistants : Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE, Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY
M. Anthony LEBON
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibaut YAGUE, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONQOT, M. Karim NASR, M. Thibaut CANCEILL
Assistants : M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES, M. Olivier DENY
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 15 Mai 2023

REMERCIEMENTS

Au docteur Xavier Bondil, je vous remercie particulièrement pour l'intérêt que vous avez porté au sujet de ma thèse, pour vos conseils précieux et avisés, et votre temps consacré à la relecture de mon travail.

A tous ceux qui, avec beaucoup de gentillesse, m'ont permis la réalisation de ce travail.

A mes amis, pour tous ces bons moments passés pendant mes études et pour tout ceux à venir.

A ma famille, pour avoir toujours cru en moi et d'être une source de bonheur, de réconfort et de motivation au quotidien.

A mon père, pour ton soutien et ta présence qui m'ont permis de réaliser ce projet professionnel.

A Stéphanie, merci d'avoir respecté mes choix, de m'avoir soutenu, épaulé et aimé pendant toutes ces années.

A ma maman et ma Chloé.

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Noël VERGNES

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Docteur en Épidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill – Montréal, Québec – Canada,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions pour l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail et de présider ce jury.

Nous vous remercions également pour ces années d'exercice à l'Hôtel-Dieu et votre approche humaine de la profession de chirurgien-dentiste que vous nous avez transmise.

Soyez assuré de notre considération de notre profond respect.

A notre jury de thèse,

Madame le Docteur Sabine JONIOT,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur d'État en Odontologie,
- Habilitation à diriger des recherches (HDR),
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions également pour vos enseignements tant théoriques que pratiques durant ces années d'études.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A notre jury de thèse,

Madame le Docteur Géromine FOURNIER

- Assistante Hospitalo-Universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 Biosanté,
- Master 2 Anthropobiologie intégrative,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- DU Odontologie légale et éthique,
- DU Méthode et pratique en identification oro-faciale,
- Membre du Collège National des Chirurgiens-Dentistes Universitaires en santé publique,
- Membre de l'Association Française d'Identification Odontologie (AFIO) et de l'Unité d'Identification Odontologique (UIO).

Nous vous remercions pour votre présence au sein de ce jury et votre intérêt pour notre sujet de thèse.

Nous vous remercions également pour votre enthousiasme, votre disponibilité et votre bienveillance durant nos années passées à l'Hôtel-Dieu.

Nous vous exprimons notre profonde estime.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Rémi ESCLASSAN

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.)
- Praticien qualifié en Médecine Bucco-Dentaire (MBD)
- Docteur de l'Université de Toulouse (Anthropobiologie)
- D.E.A. d'Anthropobiologie
- Ancien Interne des Hôpitaux
- Chargé de cours aux Facultés de Médecine de Toulouse-Purpan, Toulouse-Rangueil et Pharmacie (L1)
- Enseignant-chercheur au CAGT-UMR-5288-CNRS
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier
- Vice-Président de la commission des relations internationales UFR Santé

Nous vous remercions pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour vos enseignements théoriques et surtout pratiques en matière de prothèses.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A notre jury de thèse,

Madame le Docteur Sacha BARON

- Adjointe d'Enseignement à la Faculté de Santé de Toulouse, Département d'Odontologie
- Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Master 1 Sciences, Technologies, Santé, mention : Biosanté
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous vous remercions pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Je vous remercie de m'avoir permis de découvrir l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste dans un cadre si bienveillant et humain.

Soyez assuré de ma plus profonde gratitude et de mes sentiments les plus sincères.

Table des matières

Préambule	13
Introduction	14
1 Le régime juridique de la responsabilité civile du chirurgien dentiste.....	18
1.1 Le fondement juridique de la responsabilité médicale.....	18
1.2 La nature de l'obligation du professionnel de santé : obligation de moyens ou obligation de résultat.....	20
1.2.1 Le principe d'une obligation de moyens.....	21
1.2.2 Exceptions : obligations de résultat.....	22
1.2.3 Vers une obligation de résultat dans le domaine esthétique.....	25
1.3 Les conditions de la responsabilité pour faute.....	26
1.3.1 La faute.....	26
1.3.2 Le préjudice.....	29
1.3.3 Le lien de causalité.....	31
1.3.4 Le devoir d'information.....	31
1.3.5 Exonération de responsabilité.....	34
1.3.6 Les obligations en matière d'implantologie.....	35
2 Analyse de la jurisprudence.....	37
2.1 Méthodologie.....	37
2.2 Le régime juridique.....	38
2.3 Les conditions d'application de la responsabilité civile.....	40
2.3.1 La faute.....	40
2.3.1.1 La faute dans le diagnostic et l'examen initial.....	41
Un retard de diagnostic :	41
Une erreur de diagnostic :	42
L'absence d'examen initial :	43
Une mauvaise indication de plan de traitement :	43
Le devoir de se renseigner sur l'état médical du patient :	45
L'accès au dossier médical :	45
2.3.1.2 La faute dans l'exécution des soins.....	45
La faute de maladresse :	46
La mauvaise exécution d'un plan de traitement :	47
La faute technique :	49
Le non suivi de la continuité des soins :	49
Le cas particulier de la prothèse :	51
2.3.1.3 La faute relative au devoir d'information.....	53
Le non respect du devoir d'information du patient :	53
Le manquement au devoir d'information : préjudice autonome.....	54
Le manquement au devoir d'information : élément constitutif d'une faute :	55
La preuve de l'obligation d'information :	55
Le contenu de l'information :	56
La preuve de la faute :	58
2.3.1.4 La faute relative au consentement du patient.....	58
2.3.2 Le préjudice.....	59
La perte de chance :	59
2.3.3 Le lien de causalité.....	59
2.3.4 Exonération de responsabilité.....	60

La faute du patient :.....	60
Conclusion :.....	61
Bibliographie.....	64

Préambule :

Avant de me réorienter vers des études d'odontologie, j'ai suivi pendant huit ans un cursus d'études de droit jusqu'à l'école d'avocat. Lorsque j'ai été amené à réfléchir à un sujet de thèse, il m'est apparu assez naturel de tenter de trouver un sujet se rattachant non seulement à l'odontologie, mais également au droit.

La transversalité entre les matières étant très en vogue, le choix de ce sujet m'a paru pertinent. J'ai alors eu la chance de pouvoir réaliser ce travail avec beaucoup de libertés, me permettant de mettre à contribution mes connaissances et mes acquis dans ces deux domaines en apparence très éloignés.

L'analyse de la jurisprudence est un exercice que j'ai eu l'occasion de réaliser à de nombreuses reprises lors de mon cursus juridique. J'ai donc voulu tenter de reproduire ce travail sur le domaine de l'odontologie, en particulier la responsabilité civile du chirurgien-dentiste. Ce travail peut s'avérer fastidieux lorsque l'on s'attache uniquement aux aspects purement juridiques des décisions de justice sans connaître les considérations purement factuelles des affaires avec précision. Mais en rattachant ce travail au domaine dans lequel j'exercerai ma future profession, et dans lequel j'ai désormais des connaissances pratiques et techniques, ce travail est devenu particulièrement intéressant voire passionnant.

J'ai pris beaucoup de plaisir à réaliser ce travail qui m'a permis de mettre à profit mes connaissances à la fois en droit et en odontologie.

D'un côté, mes compétences juridiques m'ont permis de comprendre aisément la logique du régime juridique de responsabilité civile, d'analyser facilement et rapidement les décisions de justice, et d'avoir le recul nécessaire pour comprendre les notions juridiques étant en jeu.

De l'autre côté, mes connaissances en odontologie m'ont permis de comprendre les conséquences et les implications pratiques de cet ensemble de règles de droit et de les mettre en perspective avec la pratique quotidienne du métier de chirurgien-dentiste.

Introduction :

L'essor de la mise en cause de la responsabilité des professionnels de santé, particulièrement marqué dans l'époque contemporaine, peut s'expliquer par de nombreux facteurs, notamment « l'affirmation d'un droit imprescriptible à la santé ou à la sécurité, la diffusion des connaissances médicales dans le grand public, la dégradation du climat de confiance qui entourait traditionnellement l'acte médical, l'extension de l'assurance de responsabilité, l'augmentation des risques liés à l'efficacité thérapeutique » (1) .

Afin de confirmer cette analyse, il est intéressant d'observer les données communiquées publiquement par les assureurs des chirurgiens-dentistes. Ces derniers, conférant aux professionnels une assurance de responsabilité civile professionnelle, sont en première ligne lorsque naît un litige entre un chirurgien-dentiste et un patient. Parmi ces différents assureurs, on peut citer notamment la MACSF, la Médicale, Allianz, Axa. La MACSF, premier assureur des professionnels de santé et notamment des chirurgiens-dentistes, publie régulièrement des rapports sur la sinistralité en odontologie. En tant que premier assureur, ses rapports ont une légitimité et sont représentatifs de la réalité des faits.

A la lecture des différents rapports de la MACSF (2)-(3)-(4)-(5), il apparaît une hausse des chiffres de la sinistralité et un phénomène de « judiciarisation des litiges ». La grande majorité des litiges concerne des cas de prothèses et d'implantologie, ce qui s'explique par « le volume financier important engagé par les patients (...) par rapport aux autres types de soins ». En 2011, la MACSF titre « Une augmentation alarmante de la sinistralité » et conclut à une « véritable tendance de fond » de cette augmentation, (2) qui se confirme par la suite en 2012 (3), 2013 (4), ou encore en 2015 (5).

Le taux de sinistralité reste cependant relativement faible en odontologie (5,7% en 2017 selon la MACSF) par rapport aux autres spécialités médicales (6), mais, cela ne signifie pas qu'il doit être ignoré ou relativisé. « La « qualité ressentie » est différente de la « qualité effective » des soins prodigués. Si un praticien connaît un taux d'échec de 1 patient sur 100, le taux d'échec pour ce patient est de 100 %. »(7)-(8). Ce n'est pas parce que le taux d'échec est faible que les conséquences ne sont pas graves pour le patient victime d'un échec, que ce soit d'un point de vue de son état de santé ou d'un point de vue financier.

Si l'on veut tenter d'expliquer ces tendances, il est intéressant d'observer les transformations et mutations qui touchent aujourd'hui la profession de chirurgien-dentiste, parmi lesquelles on peut noter :

- L'évolution des techniques de soins, des avancées médicales, scientifiques et technologiques qui « permettent une préservation sans précédent de l'organe dentaire »
- L'évolution de la technologie
- L'évolution financière des coûts et des dépenses de santé des patients
- L'évolution de la relation patient/soignant
- L'évolution de la profession de chirurgien-dentiste, le développement des centres dentaires, l'essor de la dentisterie esthétique, etc. On assiste à une « évolution réglementaire nébuleuse », marquée par une « déréglementation de l'exercice, une remise en cause des organismes de régulation », « une ubérisation des rapports entre les patients et les praticiens » (8).

Selon David Jacotot, professeur de droit, et auteur prolifique au sujet du droit de la responsabilité civile des chirurgien-dentistes, « l'étude des décisions de justice montre que généralement, trois éléments, fortement imbriqués, expliquent la naissance d'un litige : l'évanouissement de la relation de confiance entre le patient et le praticien, le coût élevé du traitement et enfin, l'insatisfaction relative au travail réalisé ».

« Moins l'assurance maladie prend en charge les soins, plus le patient paye de ses deniers personnels, et plus il exige un résultat. « Je paye, donc j'ai droit à la perfection ! ». Ce qui explique, selon lui, que plus les enjeux financiers sont importants, plus les patients auront tendance à judiciaireiser un litige les opposant à leur chirurgien-dentiste (9).

On sent poindre une évolution de la relation patient/soignant vers une relation de plus en plus consumériste. « Les patients deviennent des usagers, voire des consommateurs, alors que dans le même temps, les docteurs en chirurgie dentaire deviennent des prestataires de services de soins » (8).

Ces explications invoquées par les différents auteurs sont corroborées par les statistiques établis et publiés par la MACSF puisque les domaines étant les plus touchés par la sinistralité et la judiciaireisation des conflits sont les domaines les plus techniques, les plus

onéreux, les plus innovants d'un point de vue technologiques. Cela concerne notamment la prothèse, l'implantologie, la dentisterie esthétique, etc.

En ce qui concerne la prothèse, dans la majorité des cas litigieux, celle-ci était « inadaptée, inesthétique ou fracturée ».

En matière d'implantologie, est majoritairement en cause la chirurgie implantaire dans les cas de lésions de nerfs, ou de paresthésies suite à des actes chirurgicaux. On retrouve également des cas de péri-implantites, des cas de non ostéo-intégration, etc. La forte hausse contemporaine des litiges en implantologie est toutefois à nuancer puisqu'elle peut également s'expliquer par la hausse du nombre de poses d'implants dans la profession. Il y a une hausse « mécanique et naturelle » des litiges puisque la pratique est également en hausse.

L'orthodontie n'échappe pas non plus aux litiges, que ce soit au niveau du résultat fonctionnel ou esthétique du traitement. Le plus « gros souci », selon Philippe Pommarède, concerne les cas de « résorptions radiculaires » du fait du « manque de visibilité quant au devenir des dents à long terme » (2). Il semble toutefois que les chiffres de sinistralité en matière d'orthodontie tendent vers une stabilité voire une diminution ces dernières années.

L'endodontie est également un terrain propice aux litiges concernant des obturations inefficaces, des reprises d'infection suite à des traitements incomplets ou non étanches (2).

La chirurgie donne également lieu à des litiges dans des cas de complication post-opératoires, des apex résiduels ou encore des infections nosocomiales (2).

Selon Philippe Pommarède, chirurgien-dentiste expert-conseil du Sou médical en 2007, il y a certes une tendance à la hausse de la sinistralité, mais celle-ci est limitée du fait du comportement des chirurgiens-dentistes eux même. Selon lui, « les praticiens sont davantage conscients des risques et semblent de plus en plus préoccupés par l'aspect juridique de leur profession » (2).

Enfin, si l'on veut comparer l'odontologie aux autres spécialités médicales, selon Philippe Pommarède, bien que cette comparaison soit complexe, la tendance amène à considérer

que « la profession dentaire se situerait à un niveau considéré de « moyen à assez élevé » »
(2).

La société, la profession de chirurgien-dentiste et la relation patient/soignant ont évolué ces dernières années. Le droit suivant les évolutions de la société, il est naturel que le régime juridique encadrant la relation patient / chirurgien-dentiste ait suivi ces évolutions. C'est ce qui explique notamment les évolutions récentes et nombreuses du cadre légal et jurisprudentiel entourant le régime de la responsabilité civile des chirurgiens-dentistes.

Nous allons voir que le régime juridique de la responsabilité civile des professionnels a évolué de par la loi et la jurisprudence pour aboutir à un régime qui semble stable aujourd'hui. Ce régime juridique constituera une grille de lecture permettant d'analyser dans un second temps la jurisprudence récente afin d'observer comment ce régime est appliqué, avec quelles nuances, quelles particularités, quelles précisions, quelles considérations pratiques par le juge civil.

1 Le régime juridique de la responsabilité civile du chirurgien dentiste

1.1 Le fondement juridique de la responsabilité médicale

Il convient dans un premier temps de définir la responsabilité civile du professionnel de santé. Celle-ci est à distinguer de la responsabilité pénale dont l'objectif est de sanctionner un comportement vis-à-vis de la société, ou de la responsabilité disciplinaire visant à faire respecter la déontologie d'une profession par ses instances ordinales.

La responsabilité civile a un but indemnitaire, c'est-à-dire réparer un préjudice subi par une personne du fait des actes d'une autre personne. Elle se définit comme « l'obligation de réparer le préjudice résultant soit de l'inexécution d'un contrat (responsabilité contractuelle), soit de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui par son fait personnel, ou du fait des choses dont on a la garde, ou du fait des personnes dont on répond »(10).

Le droit civil contemporain, dans ses grandes lignes, tire son origine dans le Code civil de 1804. C'est à partir de ce code que les divers régimes juridiques civils ont évolués. Il est donc intéressant de partir de cette origine pour voir l'évolution du régime juridique de la responsabilité civile du chirurgien-dentiste, et plus largement des professions médicales.

Le code de 1804 ne prévoyait aucun régime particulier de responsabilité médicale, ni de régime de responsabilité en cas de faute lourde d'un professionnel du domaine médical.

Dès lors, seul le régime de droit commun de la responsabilité délictuelle prévu par l'article 1382 c.civ pouvait permettre d'engager une procédure à l'encontre d'un professionnel de santé. Selon cet article, « tout fait de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

La Cour de Cassation a engagé la première fois la responsabilité d'un médecin en 1835, en précisant bien que « le médecin dans l'exercice de sa profession n'est soumis (...) à aucune responsabilité (...) la responsabilité s'exercera contre l'homme, jamais contre le médecin »

Cass.civ, 18 juin 1835. Le médecin pouvait donc être tenu responsable par le juge, mais non pas en tant que médecin du seul fait de son activité, mais en tant qu'homme en cas de faute lourde, conditions très restrictives et limitant excessivement les recours pour les patients (1).

La plus grande évolution de ce régime juridique sera issue, non pas de la loi, mais bien de la jurisprudence en 1936 avec l'arrêt Mercier. C'est cette jurisprudence de la Cour de Cassation qui va définir la cadre juridique de la responsabilité civile du professionnel de santé en droit privé. La Cour de Cassation va écarter la responsabilité délictuelle de droit commun pour consacrer l'existence d'un véritable contrat de soin entre le praticien et son patient : « 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 » (Cass.civ. 20 mai 1936).

Cette décision de la Cour de Cassation fait donc sortir la responsabilité médicale du champ de la responsabilité délictuelle de l'article 1382 c.civ pour le faire entrer dans le cadre juridique du droit des contrats, consacrant un nouveau type de contrat spécial (1).

Les caractéristiques de ce contrat spécial ont été définies comme suit : il s'agit d'un contrat consensuel, conclu intuitu personæ, synallagmatique, et soumis aux conditions de validité habituelles des contrats, notamment en ce qui concerne son objet et son contenu, ainsi que la nécessité d'un consentement libre et éclairé.

Ce régime juridique de la responsabilité médicale va perdurer jusqu'à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner.

Cette loi consacre de nombreux droits au profit des patients et consacre de nombreuses obligations à la charge des professionnels de santé. Elle fixe notamment les principes de la responsabilité civile en consacrant une responsabilité essentiellement fondée sur la faute (à l'exception de la responsabilité pour produit de santé défectueux, des accidents médicaux et des infections nosocomiales).

Ce régime est dorénavant énoncé à l'article 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 mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute ».

Cette loi n'abandonne pas expressément la notion de contrat de soins établie par l'arrêt Mercier. Cependant, elle consacre dans la loi de nombreuses obligations à la charge du professionnel de santé, qui étaient autrefois incluses dans ce contrat de soins comme l'obligation de prodiguer des soins conformes aux données actuelles de la science, le devoir d'information envers le patient. La doctrine juridique s'est donc demandé si ce n'était pas la fin du régime du contrat de soins (11).

Il est donc intéressant de voir à partir de cette loi, sur quel régime juridique les juges vont se fonder pour retenir la responsabilité des professionnels de santé.

Il s'est avéré que, depuis, la cour de cassation abandonne de plus en plus la référence au régime du contrat de soins du code civil, au profit du visa des articles du code de la santé publique issues de la loi du 4 mars 2002, et ce, même dans des cas comme le défaut d'information, qui pourtant semblent de par leur nature, reliés directement au droit des contrats (Cass.civ. 6 décembre 2007) (1). C'est l'existence même d'un contrat liant deux parties qui fait naître une telle obligation d'information.

L'évolution du champ juridique de responsabilité contractuelle à responsabilité délictuelle n'a que très peu de conséquences pratiques, « ce changement de nature de la responsabilité médicale ne devrait pas avoir de conséquences pratiques appréciables » (1).

L'analyse du fondement juridique de la responsabilité civile médicale a donc un certain intérêt d'un point de vue historique et théorique, mais les conséquences pratiques semblent n'être que très réduites voire inexistantes.

1.2 La nature de l'obligation du professionnel de santé :

obligation de moyens ou obligation de résultat

1.2.1 Le principe d'une obligation de moyens

Autant la notion de fondement juridique de la responsabilité n'a que peu de conséquences pratiques, autant la question de la nature de l'obligation du professionnel de santé est cruciale.

Il convient dans un premier temps de définir ce que sont les obligations de moyens et les obligations de résultat :

« Par l'obligation de moyens, le débiteur s'engage à mettre au service du créancier tous les moyens dont il dispose pour exécuter le contrat. Il ne peut pas voir sa responsabilité engagée du seul fait de la non réalisation de l'objectif.

Par l'obligation de résultat, le prestataire ne s'engage pas seulement à faire de son mieux pour atteindre le résultat escompté, il s'engage à procurer au créancier un résultat précis, concret et déterminé dès l'origine. » (12). Cette définition, issue du lexique des termes juridiques, est une définition de droit commun, non spécifique au droit médical.

L'arrêt Mercier du 20 mai 1936 fixait le cadre de l'obligation du médecin en ces termes : « 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 ».

Il s'agit donc d'une obligation de moyens et non d'une obligation de résultat à la charge du médecin, et donc du chirurgien-dentiste.

Ce régime n'a pas évolué dans son principe depuis cet arrêt et n'a eu de cesse d'être réaffirmé par la jurisprudence, puis a été consacré légalement par la loi de 2002.

Le fondement philosophique de cette obligation de moyens se situe dans l'existence de l'aléa thérapeutique : « tout acte médical comporte, en effet, un irréductible aléa qui interdit de faire peser sur le médecin – en dehors d'une volonté contraire clairement exprimée de celui-ci – l'obligation d'obtenir tel ou tel résultat déterminé relativement à l'état de santé de son patient » (1).

Il en découle que le principe est le régime de l'absence de responsabilité sans faute du professionnel de santé.

Parallèlement, il est intéressant de noter une affaire dans laquelle le fond d'indemnisation exceptionnel du FNASS a indemnisé des patients soignés dans un centre dentaire sans qu'il y ait de faute avérée, « créant un précédent juridique possiblement lourd de conséquences ». En effet, suite à la liquidation judiciaire d'un centre dentaire dit « low-cost », les patients ayant été soignés ont pu, dans une certaine mesure, être indemnisés, sans avoir à prouver de faute au sens où on l'entend dans le cadre du régime de responsabilité civile. Le cas des centres dentaires est certes un cas particulier, mais constitue tout de même un potentiel indicateur de l'avenir de la profession de chirurgien-dentiste et du régime juridique de la responsabilité civile. « Un exercice commercial consacrerait l'avènement d'une obligation de résultats en lieu et place d'une obligation de moyens. Cette obligation de résultat constituerait une négation de la médecine puisque nous serions tenus de guérir nos patients » (8).

1.2.2 **Exceptions : obligations de résultat**

Il existe néanmoins certaines exceptions à ce principe d'obligation de moyens.

La loi du 4 mars 2002 consacre trois cas de responsabilité sans faute, donc d'obligations de résultats :

- Les accidents médicaux
- Les infections nosocomiales
- Les produits de santé

Les accidents médicaux et les infections nosocomiales, relativement rare dans le cadre des soins dentaires, n'ont pas donné lieu à débat ni à une jurisprudence marquante. En revanche, le régime des produits de santé intéresse particulièrement les chirurgien-dentistes puisqu'entrent dans cette catégorie l'ensemble des prothèses dentaires.

En effet, il pèse sur le chirurgien-dentiste une obligation de résultat en matière de prothèses dentaires : « si les soins exécutés par un chirurgien dentiste ou un stomatologue relèvent du régime de l'obligation de moyens , la qualité de la prothèse éventuellement fournie relève, elle, du régime de l'obligation de résultat, et il avait été jugé qu'en tant que fournisseur de la prothèse un chirurgien dentiste doit délivrer un appareil apte à rendre le service que son patient peut légitimement en attendre, c'est-à-dire un appareil sans défaut, et qu'il doit réparer le préjudice dû à la défectuosité de celui qu'il a posé dès lors qu'il n'est pas établi que le patient en ait fait un usage anormal ou qu'il ait été endommagé par une cause extérieure » Cass.civ. 29 octobre 1985.

Plusieurs arrêts de la Cour de cassation ont par la suite réaffirmé ce principe d'obligation de résultat, notamment celui de la 1ère chambre civile du 23 novembre 2004 : « Le chirurgien-dentiste est, en vertu du contrat le liant à son patient, tenu de lui fournir un appareillage apte à rendre les services qu'il peut légitimement en attendre, une telle obligation, incluant la conception et la confection de cet appareillage, étant de résultat ».

Un premier arrêt de la Cour de cassation semble constituer « un revirement de jurisprudence favorable au praticien » en écartant l'obligation de résultat en matière de prothèse (C.cass, Civ, 12 juillet 2012), mais comme l'analyse David Jacotot, « au regard des difficultés rencontrées à donner le sens précis de cet arrêt », on ne peut pas conclure clairement à un revirement de jurisprudence en se fondant uniquement sur cette décision de justice (13).

Vient ensuite un arrêt de la Cour de Cassation du 20 mars 2013. Dans cet arrêt, la responsabilité du chirurgien-dentiste n'a pas été retenue en matière de prothèse car la preuve d'une faute n'avait pas été apportée.

Cet arrêt suscita beaucoup de questionnements chez de nombreux auteurs qui se sont demandé s'il constitue un réel revirement de jurisprudence qui consacrerait l'absence de responsabilité sans faute et donc d'obligation de résultat du chirurgien dentiste en matière de prothèses, ou si ce n'est qu'une solution isolée parce que cette « obligation de résultat invoquée par le moyen n'était pas en cause en l'espèce »(14) (7).

Selon David Jacotot, cet arrêt « n'autorise pas à conclure à l'abandon » de l'obligation de résultats en matière de prothèses (15).

De plus, dans la jurisprudence administrative, le Conseil d'Etat, dans une décision du 25 juillet 2013 a tranché en faveur d'une obligation de résultat. De nombreux auteurs parlent alors de « cacophonie judiciaire » et en appellent à une « nécessaire harmonie » de la jurisprudence (16).

Le juge judiciaire, par la Cour de cassation, se positionnerait en faveur d'une obligation de moyens, alors que le juge administratif, se positionnerait en faveur d'une obligation de résultats. Il en découle que selon le mode d'exercice d'un chirurgien-dentiste, son obligation serait de nature différente. S'il exerce dans un cadre libéral, ou salarié dans un cadre privé, lorsque sa responsabilité sera mise en cause devant le juge judiciaire, on lui opposera une obligation de moyens. Mais si ce même dentiste avait exercé dans un cadre hospitalier, puisque sa responsabilité serait mise en cause devant le juge administratif, il serait débiteur d'une obligation de résultat.

En revanche, il persiste un cas d'obligation de résultats en matière de prothèses: lorsque le chirurgien-dentiste est également le producteur de la prothèse, notamment lorsqu'il utilise la CFAO. (C.cass, Civ, 15/11/1988). C'est également ce qui ressort d'un arrêt de la Cour de cassation du 12 juillet 2012 : « La responsabilité des prestataires de services de soins, qui ne peuvent être assimilés à des distributeurs de produits ou dispositifs médicaux et dont les prestations visent essentiellement à faire bénéficier les patients des traitements et techniques les plus appropriés à l'amélioration de leur état, ne relève pas, hormis le cas où ils en sont eux-mêmes les producteurs, du champ d'application de la directive et ne peut dès lors être recherchée que pour faute lorsqu'ils ont recours aux produits, matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur art ou à l'accomplissement d'un acte médical ».

A la lecture de toutes ces décisions jurisprudentielles, il apparaît donc réducteur d'affirmer qu'il n'y a plus d'obligation de résultat en matière de prothèses. « La réponse est plus nuancée qu'il n'y paraît et diffère selon plusieurs critères » (17).

Si l'on veut tenter de synthétiser le régime en droit positif, on peut affirmer que le régime de responsabilité en matière de prothèses sera différent selon :

- Le mode d'exercice :
 - Exercice libéral : obligation de moyens
 - Exercice salarié : en service public (obligation de résultat), d'un professionnel libéral (obligation de moyens), d'un établissement privé (obligation de moyens)

- Le mode de fabrication :
 - Le chirurgien-dentiste est fournisseur (travaillant avec par exemple un laboratoire de prothèses extérieur) : obligation de moyens
 - Le chirurgien-dentiste est fabricant de la prothèse (laboratoire de prothèses interne ou CFAO notamment) : obligation de résultats.

- La finalité prothétique :
 - La prothèse à visée thérapeutique : obligations de moyens
 - La prothèse à visée esthétique : obligations de moyens renforcées, la jurisprudence n'a pas tranché « stricto sensu » en matière dentaires, mais il semble que ce soit la solution la plus conforme à ce qui se pratique en droit médical.

Il sera dès lors intéressant, en analysant la jurisprudence, de voir s'il subsiste une obligation de résultat en matière de prothèses, notamment si celles-ci sont à visée esthétique, ou si le juge ne se fonde que sur une obligation de moyens en recherchant systématiquement une faute du chirurgien-dentiste pour engager sa responsabilité civile et indemniser les patients.

1.2.3 Vers une obligation de résultat dans le domaine esthétique

Certains auteurs ont pu voir dans l'évolution du « consumérisme médical » et « le développement de certaines exigences légales » l'apparition d'un régime d'obligation de résultat en matière esthétique. Cependant, il n'en est actuellement rien dans la jurisprudence selon Emmanuel Terrier, bien que selon lui, certaines règles se rapprochent aujourd'hui du droit de la consommation en matière de médecine esthétique (1). Autrement dit, on ne peut pas affirmer que le régime est celui de l'obligation de résultat, mais certaines règles montreraient une évolution vers ce régime.

Il conviendra d'observer si le juge applique le régime général de la responsabilité en matière d'odontologie esthétique, ou si des règles particulières, plus exigeantes envers les chirurgiens-dentistes sont appliquées.

1.3 Les conditions de la responsabilité pour faute

De manière classique en matière de responsabilité civile, la mise en œuvre de la responsabilité médicale suppose la conjonction de trois éléments :

- Un fait dommageable, apparenté à une faute
- Un préjudice
- Un lien de causalité entre les deux éléments précédents

Si ne serait-ce qu'un des trois éléments manque, la responsabilité civile ne peut pas être engagée, étant admis que la charge de la preuve de ces trois éléments pèse sur le plaignant.

Ces trois éléments constitutifs de la responsabilité civile, bien qu'énoncés clairement en théorie, constituent le centre de la jurisprudence civile. Ces trois éléments sont laissés à l'appréciation des juges du fond, et c'est donc par la jurisprudence que nous verrons les contours plus précis de ces notions dans le cadre particulier de la relation chirurgien-dentiste / patient.

1.3.1 La faute

A l'origine, seule la faute lourde était retenue par les juges pour engager la responsabilité civile des professionnels de santé. Cette définition restrictive de la faute n'a pas subsisté longtemps.

Dès l'arrêt Mercier, une conception plus large de la faute a été retenue par les juges. Ne pas commettre de faute équivaut à effectuer des soins « consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ». Cass. Civ. 20 mai 1936. Dès lors, tout comportement n'étant pas adéquate à celui d'un « bon chirurgien-dentiste qui dans les mêmes conditions aurait agi avec prudence en respectant les règles de l'art » peut être qualifiée par les juges de fait dommageable (1).

La loi « Kouchner » pose le principe de la responsabilité pour faute sans la définir clairement. « Le législateur était dans l'impossibilité de décliner de manière exhaustive et avec la précision requise tous les faits et gestes susceptibles d'être qualifiés de faute ». Ce sera donc à la jurisprudence de définir au fur et à mesure ce qu'est la faute (18). Selon David Jacotot, la faute « est un contenant légal sans contenu légal prédéterminé »(19).

La jurisprudence a par la suite pu définir les contours de cette notion de faute, qui peut être constituée à toutes les étapes de la relation de soin : diagnostic, choix du traitement, réalisation du traitement ou encore dans la surveillance du malade. D'autres éléments peuvent également être constitutifs d'une faute comme l'imprudence, le non respect d'obligations prévues par la loi comme le devoir d'information et de conseil, l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient, etc (1).

Une autre caractéristique de la faute en droit français est que celle-ci est personnelle. C'est à dire qu'un chirurgien-dentiste n'est responsable que de ses propres fautes et non de celles d'autres praticiens. Par exemple, lorsque un dentiste adresse son patient vers un autre praticien, il ne sera pas tenu responsable des éventuelles fautes de ce dernier. A ce principe, existent toutefois deux exceptions :

- En cas de « négligence ou d'imprudence dans le choix du confrère »
- En « l'absence de consentement du patient à la substitution »(20).

Toujours sur le caractère personnel de la faute, la Cour de cassation a eu à se prononcer sur un cas dans lequel deux médecins avaient soigné tour à tour une même patiente. Une faute avait été commise, générant un préjudice, le lien de causalité n'était pas remis en cause. En revanche, rien ne permettait de déterminer lequel des deux médecins avait commis la faute. Alors qu'une solution aurait pu être de condamner les deux professionnels in solidum, la Cour de cassation a tranché en n'engageant la responsabilité civile d'aucun des deux, la preuve de l'imputabilité de leur faute n'étant pas apportée (Cour de cassation, Civ 1ère, 3 novembre 2016). Cette solution peut sembler fortement défavorable pour le patient ayant subi un préjudice, mais elle « évite de condamner un praticien qui n'a commis aucun acte répréhensible »(21).

S'agissant de la preuve de la faute, il est de principe que le patient doit prouver la faute du praticien dont il entend engager la responsabilité. Cependant, il apparaît dans la jurisprudence des cas de présomption de faute. C'est notamment le cas dans un arrêt de 2013 à propos du dommage causé à un organe qui n'aurait pas dû être touché. Dans ce cas, les juges retiennent une présomption de faute, donc écartent l'aléa thérapeutique au profit d'une exigence « d'exactitude du geste médical ». Cette présomption est toutefois simple, et non irréfragable, puisqu'il est possible pour le praticien de la renverser « s'il prouve l'existence d'un aléa thérapeutique »(19).

En ce qui concerne la notion de « données acquises de la sciences » auxquelles les soins prodigués doivent être conformes, parfois également appelées « connaissances médicales avérées », on peut se poser la question de la date d'appréciation de ces données. En cas de litige, les juges doivent ils se référer aux données acquises au moment où les soins ont été prodigués ou au moment du litige, par exemple au moment de l'expertise. Il semblait acquis dans la jurisprudence qu'il fallait apprécier ces données au moment des soins, puisque c'est à ce moment que le professionnel médical prend la décision thérapeutique. La liberté thérapeutique du professionnel de santé est limitée déontologiquement par ces données acquises de la science auxquels il doit se référer pour prendre ses décisions, il semble donc logique que ce soit au moment où il prend lesdites décisions.

Cependant, un arrêt de la Cour de cassation du 5 avril 2018 tranche en faveur de la solution contraire. En l'espèce, le médecin a « réalisé un acte, qui, au moment de son exécution, ne relevait pas des données acquises de la science ». Les faits ne concernent pas un chirurgien-dentiste mais un gynécologue obstétricien. Ce professionnel mis en cause n'avait pas procédé à une césarienne lors d'un accouchement alors que certains indices comme une anomalie du rythme cardiaque foetal lors du travail aurait du l'alerter et l'inciter à procéder à une césarienne selon les recommandations au jour de l'accouchement. Or, une recommandation postérieure à l'acte a fait entrer ce dernier dans les données acquises de la science. La Cour de cassation a, dans ce cas, tranché en faveur du médecin, écartant la faute puisqu'au moment de l'expertise, cet acte était conforme aux données acquises de la science.

Cette solution ouvre plusieurs problématiques selon David Jacotot. Dans le cas contraire où le professionnel de santé effectue un acte conforme aux données de la science au

moment où il est réalisé, mais qu'une recommandation postérieure change la donne, pourra-t-on reprocher au médecin de ne pas avoir anticipé, autrement dit, nait-il avec cette décision une obligation d'anticipation sur les recommandations scientifiques ? On peut se demander si le praticien « est invité à privilégier l'audace ou le conformisme ? » (22).

Il sera intéressant, lors de l'analyse de la jurisprudence, d'étudier précisément les comportements et actes qui ont pu conduire le juge à retenir la qualification de faute de la part du chirurgien-dentiste.

1.3.2 Le préjudice

« Le préjudice est le dommage qui est causé à autrui d'une manière volontaire ou involontaire » (12).

La notion de préjudice est de dommage est extrêmement ouverte, laissant une large place à l'appréciation des juges du fond.

Les caractéristiques de ce dommage sont qu'il doit être direct, donc être une conséquence de la faute, et qu'il doit être certain, bien qu'il existe des exceptions d'indemnisation de la perte de chance par exemple (1).

La nomenclature Dintilhac permet de classier les différents types de préjudice, bien que le juge ne soit pas tenu par cette nomenclature.

Les préjudices peuvent par exemple être patrimoniaux, extra-patrimoniaux, économiques, moraux, esthétiques, corporels, etc (12).

Le préjudice « purement hypothétique », cependant, ne donnera pas lieu à réparation ou indemnisation. Dans un arrêt du 28 juin 2012, la Cour de cassation a refusé d'indemniser « l'impossibilité psychologique d'engager sereinement des soins médicaux » d'un patient suite à une erreur médicale car elle a considéré que ce préjudice était « hypothétique »(23).

En ce qui concerne le non respect de l'obligation d'information, la question s'est posée de savoir quel était dans ce cas le préjudice subi par le patient. Dans certains cas, le juge ne

retenait la responsabilité qu'en cas de perte de chance pour le patient. Cependant, dans un arrêt du 3 juin 2010, la Cour de Cassation a retenu que « le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était également due, un préjudice, qu'un juge ne peut laisser sans réparation », le défaut d'information constitue donc dorénavant un préjudice autonome, sans qu'il soit besoin pour le patient de démontrer une autre forme de préjudice. Cass Civ, 3 juin 2010.

Le droit d'être informé serait « rattaché à la dignité de la personne humaine ». Dès lors, « le praticien silencieux causerait nécessairement un préjudice au patient, lequel prend la forme d'un préjudice d'impréparation »(24). Selon David Jacotot, il y aurait une présomption de préjudice d'impréparation. Cette présomption ne serait pas simple, mais irréfragable, c'est à dire que la preuve contraire ne peut pas être apportée (25).

Cependant, ce défaut d'information peut également être la cause d'un préjudice de « perte de chance » et dans ce cas, il n'y aura pas simplement indemnisation du préjudice moral dû à ce défaut d'information, mais indemnisation d'une partie du préjudice. La question peut alors se poser du cumul des deux préjudices (13).

C'est à cette question du cumul des deux préjudices que la Cour de cassation a dû répondre dans un arrêt du 25 janvier 2017. Les faits ne concernent pas un chirurgien-dentiste, mais un chirurgien vasculaire, cependant, la solution s'applique « entre n'importe quel professionnel de santé et son patient » selon David Jacotot. Les arguments juridiques en faveur du non cumul des deux sont fondés sur le principe de droit français de « non cumul des responsabilités contractuelles et extra-contractuelles ». Cependant, les juges de la Cour de cassation ont tranché en faveur du cumul des deux indemnisations : « ces préjudices distincts étaient caractérisés et pouvaient être, l'un et l'autre, indemnisés » (26).

En ce qui concerne le cas particulier de l'information sur les risques liés à un traitement ou un acte médical, se fondant sur le « préjudice d'impréparation » et le fait que le défaut d'information constitue un préjudice autonome, des plaignants ont tenté d'obtenir des dommages et intérêts alors que le dit risque ne s'était pas réalisé.

Si l'on s'en tient au principe de préjudice autonome, il aurait pu être admis que ces dommages et intérêts soient alloués par les juges. La question s'est posée jusque devant la

Cour de cassation. Cette dernière, dans un arrêt du 14 novembre 2018 a cependant écarté cette solution, faisant « perdre du terrain à la logique d'indemnisation du patient ». Elle retient que « même si un praticien manque à son devoir d'information, sa responsabilité n'est engagée que si le risque qu'il n'a pas porté à la connaissance du patient s'est réalisé » (27).

1.3.3 Le lien de causalité

Hors cas particuliers de responsabilité de plein droit ou de présomption de responsabilité, le plaignant doit apporter la preuve du lien de causalité entre la faute et le préjudice qu'il subit.

Sans ce lien de causalité, même en l'existence d'une faute et d'un dommage, la responsabilité du chirurgien-dentiste ne pourra être retenue par les juges.

Toutefois, ce lien de causalité peut être nuancé dans le cas de l'indemnisation de la perte de chance. La perte de chance se définit comme « la disparition d'une éventualité favorable ». Dans un arrêt du 22 mars 2012, la Cour de cassation a cassé un arrêt d'appel rejetant la responsabilité d'un orthodontiste suite à la récurrence d'une pathologie chez un patient en l'absence de mise en place de contention. Selon le rapport de l'expert et la Cour d'appel, il y avait une faute constituée par l'absence de mise en place de contention. Le préjudice n'était également pas contesté puisque la récurrence de la pathologie n'était pas remise en cause.

En revanche, « la faute du praticien n'est pas la cause directe et certaine de la récurrence ». Le lien de causalité entre la faute et le préjudice faisait donc défaut selon la Cour d'appel. Mais pour la Cour de cassation, il existait « une chance d'éviter la récurrence, que le patient a perdu en raison de la faute du chirurgien-dentiste ». Le patient pourrait donc être indemnisé sur le fondement de la perte de chance, même en l'absence de lien de causalité entre la faute et le préjudice (28).

1.3.4 Le devoir d'information

Le devoir d'information est régi par plusieurs articles législatifs, notamment l'article

L1111-2 du Code de la santé publique, l'article R4127-35 du même code ainsi que l'article 16-3 du Code civil.

En apparence simple, cette obligation pesant sur le chirurgien-dentiste en tant que professionnel de santé ouvre de nombreuses questions juridiques et son régime a pu donner lieu à beaucoup d'interprétations différentes selon les juridictions, que ce soit relativement au contenu de cette information, au moment de l'information, au formalisme de l'information, à la charge de la preuve, mais aussi et surtout aux conséquences de son non respect.

Cette obligation d'information tire son existence dans la nécessité de rechercher le consentement libre mais surtout éclairé du patient. L'information du patient doit être systématique.

L'information doit être délivrée non seulement par celui qui prescrit l'acte, mais aussi par celui qui le réalise mais également « tout intervenant exerçant une fonction médicale ».

En principe, l'information doit être donnée au patient lui-même. Cependant, il existe certaines exceptions tenant au statut du patient.

Ainsi, dans le cas d'un majeur sous tutelle, d'un mineur, de l'existence d'une « personne de confiance », où lorsque l'état physique ou psychique du patient ne permet pas de lui donner l'information, cette dernière ne sera pas forcément délivrée au patient. Il est également à noter que le patient a le droit de refuser d'être informé. Dernière exception, en cas d'urgence, lorsque l'état de la personne « rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas en mesure de consentir », on ne pourra reprocher au praticien de ne pas avoir informé ce patient.

En ce qui concerne le moment de l'information, celui-ci varie selon les cas. En règle générale, l'information doit être donnée avant la réalisation de l'acte. En matière esthétique, le délai est de « 15 jours minimum avant l'intervention », sachant qu'aucune dérogation n'est possible en matière esthétique, même à la demande du patient.

Cependant, dans le cas où un incident survient pendant la réalisation d'un acte, il est

compréhensible que cette information ne puisse pas être donnée avant la réalisation de cet incident, par nature imprévisible. Dans ce cas, l'information doit être donnée au moment de la réalisation de l'incident si les conditions le permettent.

L'article 1142-4 du Code de la santé publique prévoit qu'en cas de dommage, « une information relative aux causes et circonstances de ce dommage doit être délivrée dans un délai de 15 jours suivant sa découverte ».

En ce qui concerne le contenu de l'information devant être délivrée au patient, celle-ci « doit être globale et compréhensible par le patient afin de lui permettre de donner un consentement éclairé, y compris sur les impacts financiers du traitement ». Ce dernier élément comprend, selon la MACSF, l'absence de remboursement par les organismes sociaux notamment. L'information porte également sur les risques, ainsi, « tous les risques fréquents ou graves (même exceptionnels), normalement prévisibles, doivent être signalés ».

En matière esthétique, l'information porte « sur les conditions de l'intervention, les risques et éventuelles conséquences et complications, ainsi que l'identité de l'opérateur ».

En matière d'implantologie, le décret 2015-1171 du 22 septembre 2015 relatif à l'information à délivrer à la personne concernée préalablement à une intervention de chirurgie esthétique et postérieurement à l'implantation d'un dispositif médical a apporté des précisions complémentaires sur le contenu de l'information. Celle-ci doit comporter :

- « Les caractéristiques et l'identification du produit implanté
- Le lieu et l'utilisation du produit
- La durée de vie limitée du produit
- La nécessité le cas échéant de ré-intervention
- Les effets indésirables qui en découlent
- Le suivi médical particulier requis. »

Alors qu'en matière de responsabilité pour faute, la preuve de la faute repose sur le patient, la solution est différente en ce qui concerne le devoir d'information. En effet, la charge de la preuve repose sur le praticien débiteur de l'obligation d'information. Il en est de même

en cas d'exception à cette obligation, la preuve de cette exception devra être apportée par le praticien qui l'invoque.

La MACSF a répertorié de nombreux éléments pouvant constituer des moyens de preuve que le devoir d'information a été respecté :

- « Le nombre de consultations, le délai de réflexion entre la date de l'indication d'un acte et sa réalisation
- L'avis d'éventuels consultants extérieurs
- Les examens complémentaires prescrits
- Les annotations claires figurant dans le dossier du patient
- Les témoignages d'autres patients attestant avoir été informés par le praticien pour le même type d'interventions ou de traitements
- L'écrit remis au patient et signé par celui-ci. Le document ne devant toutefois pas être trop général ou stéréotypé »

Tous ces éléments sont des faisceaux d'indices permettant de prouver le respect de l'information. Ce sera au juge, en cas de litige, d'apprécier au regard de ces éléments, si le devoir d'information a bien été rempli.

En odontologie, il est à noter que seul le cas des traitements prothétiques et orthodontiques requiert un consentement et information par écrit (29).

1.3.5 Exonération de responsabilité

Lorsque les conditions précédentes sont réunies, il se peut toutefois que le chirurgien-dentiste soit exonéré de sa responsabilité.

Ce sera le cas en cas de force majeure (attitude du patient ou fait imprévisible et irrésistible) mais également en cas de faute du patient. L'exonération peut être partielle ou totale selon la contribution de la faute du patient à la réalisation du préjudice (30).

1.3.6 Les obligations en matière d'implantologie

L'implantologie est un domaine en plein essor, que cela soit dans le cadre d'une activité dite d'omnipratique ou d'une activité exclusive spécialisée. C'est également une pratique relativement récente, le cadre juridique n'est donc de fait pas aussi clairement fixé que pour des domaines plus ancrés dans la pratique tels que les soins plus classiques d'endodontie, de chirurgie ou de prothèse. C'est également une pratique qui n'est pas remboursée à 100% par l'assurance maladie, un coût important restant à la charge des patients, et l'on sait que dès lors que les patients supportent le coût financier, ils sont plus enclins à chercher à engager la responsabilité civile du praticien dès lors qu'un incident survient. Enfin, c'est un domaine à la frontière de plusieurs disciplines de l'odontologie : chirurgie, soins prothétiques, occlusodontie, parodontologie. Il est donc intéressant d'étudier le régime juridique de responsabilité civile dans ce domaine.

En matière prothétique hors implantologie, il ressort de la jurisprudence que les examens radiologiques ne sont pas toujours obligatoires, et encore moins les examens radiologiques tridimensionnels. Or, en implantologie, il ressort que même si un CBCT n'est pas « strictement obligatoire », il reviendra au praticien de « justifier de l'absence de cet examen complémentaire ». L'obligation semble donc plus forte en matière d'implantologie qu'en matière de prothèses plus traditionnelles.

Comme rappelé précédemment, le principe en matière de responsabilité civile est une obligation de moyens. Or, l'implantologie n'étant pas prise en charge par l'assurance maladie, certains auteurs considèrent que cette pratique « comporte un risque constant d'être considérée comme superflue ou accessoire par les magistrats, et, à ce titre, soumise à une obligation de résultat ».

De même, l'implantologie pourrait être assimilée, pour les mêmes raisons, à des soins esthétiques. De fait, une obligation de moyens renforcées ainsi qu'un devoir d'information renforcé pourraient être la règle en matière d'implantologie.

Enfin, les soins médicaux doivent être « conformes à l'état actuel des connaissances scientifiques ». Or, l'implantologie étant un domaine récent, l'état actuel des connaissances scientifiques a tendance à évoluer extrêmement rapidement. Il est à noter que « il n'existe

pas, en implantologie, d'étude à très haut niveau de preuve et que la discipline évolue en permanence ». Il pourra donc être complexe pour un praticien de justifier de s'être conformé à l'état actuel de la science et il conviendra d'être prudent dans les techniques utilisées (31).

2 Analyse de la jurisprudence

2.1 Méthodologie

Les règles vues précédemment constituent le cadre du régime de responsabilité civile du chirurgien dentiste. Ce cadre est défini tant par la loi que par la jurisprudence de la Cour de Cassation qui a pu préciser, affiner, développer certaines règles.

En droit français, la Cour de cassation juge uniquement en droit, contrairement aux juges de première instance et d'appel qui jugent en droit et en faits. C'est à dire que la Cour de Cassation ne revient pas sur la qualification juridique des faits, elle vérifie simplement que le droit a été correctement appliqué par les juges du fond. Les juges du fond, eux, jugent en droit et en faits, c'est à dire que ce sont eux qui vont qualifier juridiquement les faits, partir des faits et leur donner une qualification juridique qu'ils considèrent appropriée pour ensuite appliquer le régime juridique correspondant à cette qualification.

Objectifs :

L'ensemble de ces règles permet d'avoir une grille de lecture qui va permettre d'analyser la jurisprudence des juges du fond, afin de voir comment ce cadre est appliqué, si des revirements de jurisprudence ont eu lieu ces dernières années, mais surtout comment procèdent les juges du fond pour qualifier juridiquement les faits afin de leur appliquer ce régime.

L'objectif de notre travail sera donc de voir comment les juges définissent, font évoluer, et utilisent les trois notions clés du régime juridique de responsabilité civile du chirurgien-dentiste, à savoir la faute, le dommage et le lien de causalité entre les deux.

Sources :

Pour ce faire, seront analysées par la suite les jugements de Cours d'Appel françaises en matière de responsabilité civile du chirurgien-dentiste de 2015 à 2023.

La base de données Dalloz répertorie l'ensemble des décisions de justice ayant été rendues

par les juridictions, notamment civiles. C'est donc cette base de données qui sera utilisée pour en extraire les décisions de justices intéressant le sujet. En effectuant une recherche via les termes « responsabilité civile » et « chirurgien-dentiste », cette base de données permet de répertorier l'ensemble des décisions de Cour d'Appel ayant trait à ce sujet sur la période étudiée.

Sur la totalité des décisions trouvées, seront écartées celles n'ayant pas de rapport avec le sujet, par exemple, celles concernant des litiges d'ordre commercial ou social entre dentistes, ou entre dentistes et son personnel, ou entre le dentiste et les organismes de sécurité sociale.

Chaque décision retenue sera analysée à la lumière du régime de responsabilité civile pour faute. Les principaux points qui seront analysés seront le fondement juridique des décisions de justice, la nature de l'obligation qui lie le chirurgien-dentiste à son patient, quels comportements ou actes le juge qualifie de faute, quels faits sont qualifiés de préjudices et comment ils sont évalués, et comment est défini le lien de causalité entre la faute et le préjudice subi. Les analyses de ces jurisprudences seront dans la suite de ce travail triées selon des thématiques correspondant aux différents aspects du régime de responsabilité civile étudiés précédemment.

Certaines des décisions retenues pour cette étude ont été analysées en détail par David Jacotot dans ses articles réguliers dans La Lettre, magazine périodique de l'ONCD. Ces articles constitueront donc une source bibliographique supplémentaire et complémentaire permettant d'analyser cette jurisprudence.

2.2 Le régime juridique

Comme énoncé précédemment, il semble que depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002, la référence au contrat de soins et donc au régime du droit des contrats ait été abandonnée par la jurisprudence, les juges se référant quasi-exclusivement au régime de responsabilité pour faute de l'article 1142-1 du Code de la santé publique.

En effet, dans la très grande majorité des décisions analysées, c'est bien le régime de responsabilité pour faute qui est mis en œuvre par les juridictions. Cependant, il est à noter certains cas où les juges se réfèrent au contrat de soins.

Dans certains cas, comme par exemple dans la décision de la Cour d'Appel de Paris, chambre civile, du 16 juin 2022, la référence au « contrat médical » semble être anecdotique puisque les juges ne cherchent pas une simple inexécution d'une obligation contractuelle mais bien une faute au sens de l'article 1142-1 du code de la santé publique, cette référence n'a donc aucune incidence pratique.

C'est également le cas dans une décision de la Cour d'Appel d'Angers du 8 mars 2022. En ce qui concerne, en l'espèce, la qualité des soins qui fait défaut selon la patiente, le juge se place en apparence sur le terrain de la responsabilité contractuelle, mais applique pour autant le régime de la responsabilité pour faute : « Sollicitant que M. D soit condamné à réparer un préjudice sur le fondement de sa responsabilité contractuelle, Mme C doit démontrer l'existence de son préjudice, la faute du dentiste et le lien de causalité entre les deux ». En exigeant la preuve d'une faute et non pas la simple inexécution d'une obligation issue du contrat, la Cour d'Appel applique le régime de responsabilité pour faute et non celui du droit des contrats. Dans cette même décision, le juge fait une seconde fois référence au droit des contrats en ce qui concerne le contenu du contrat de soins entre le dentiste et la patiente. Cette dernière arguait le fait que le remboursement des soins par sa mutuelle faisait partie du champ du contrat qui la liait à son dentiste. Or, le juge affirme que le remboursement par la mutuelle des soins dentaires n'entre pas dans le contrat de soins liant un chirurgien dentiste et ses patients, a fortiori puisque ceci était écrit dans ce contrat.

En revanche, dans un arrêt du 9 juin 2002, la Cour d'appel de Lyon a appliqué la notion de contrat de soins pour appliquer le régime du droit des contrats. En l'espèce, il s'agissait d'une patiente dont la « continuité du contrat de soins » n'a pas été assurée par un centre dentaire puisque le chirurgien-dentiste qui soignait la patiente avait quitté le centre dentaire. Les juges ont ici constaté l'inexécution d'une obligation contractuelle (étant précisé que le départ du dentiste ne constituait pas un « élément de force majeure » exonérant le centre dentaire de sa responsabilité civile)). Cette résurgence du droit des contrats en faveur de la protection du patient, a fortiori dans des faits impliquant un centre

dentaire, est à noter (32).

2.3 Les conditions d'application de la responsabilité civile

2.3.1 La faute

La faute est, avec le préjudice et le lien de causalité, un des trois éléments nécessaires à l'engagement de la responsabilité civile du chirurgien-dentiste.

C'est sans aucun doute sur cet élément que la jurisprudence est la plus foisonnante, étant donné que la définition légale de la faute est assez large, laissant une grande liberté d'interprétation aux juges du fond. C'est à eux que revient la tâche de qualifier les faits de faute ou non.

Nous allons voir que la faute peut prendre diverses formes, et se situer à différents moments de la relation entre le chirurgien-dentiste et ses patients. David Jacotot utilise le terme de « différentes facettes de la faute », montrant la diversité des formes que celle-ci peut prendre. Selon M. Bacache, « la faute médicale n'a pas encore fini de révéler toutes ses richesses », montrant ainsi que la définition de la faute est en constante évolution au gré des décisions de jurisprudence (33).

Il est à noter que concernant la faute, l'examen des faits peut s'avérer très technique pour les juges, c'est ce qui explique le recours quasi-systématique à des experts judiciaires, dont le rôle sera d'éclairer le juge sur les faits, ce dernier étant profane en termes de connaissances scientifiques et médicales.

Le rôle des experts est donc prépondérant dans cette qualification juridique. Les difficultés étant majeures concernant la preuve de la faute, les juges nomment un expert, lequel « émet un avis sur l'existence (ou non) d'une faute ». Cet avis « ne lie pas le juge », mais les juges du fond « doivent éviter les interprétations dénaturantes » de ces rapports (34).

C'est ainsi que dans une décision de la Cour d'appel de Montpellier du 22 février 2022, les juges ne s'en sont pas tenus aux conclusions de l'expert, ce dernier se contentant « d'affirmer qu'à son sens, l'opération était compliquée » mais a exigé « plus de preuves et

de détails, notamment des références à la littérature médicale », ce qui n'était pas le cas, pour écarter la faute du chirurgien-dentiste.

2.3.1.1 La faute dans le diagnostic et l'examen initial

De façon constante, la jurisprudence a toujours, en matière de diagnostic, mis à la charge du chirurgien-dentiste une obligation de moyens et non de résultat. Il faut donc prouver que le dentiste a commis une faute dans l'établissement du diagnostic. En analysant la jurisprudence, on se rend compte que cette faute peut prendre diverses formes.

– Un retard de diagnostic :

Dans un arrêt de la Cour d'appel de Colmar du 3 mars 2022, un chirurgien-dentiste a vu sa responsabilité civile engagée pour un retard de diagnostic. Il avait posé une prothèse amovible à une patiente, qui, par la suite, a eu des douleurs au niveau de la langue, que le dentiste a supposé être liées à la pose de la prothèse. Après plusieurs adaptations prothétiques durant plusieurs mois, la patiente a fini par consulter son médecin généraliste qui l'a orientée vers un spécialiste. Il s'est avéré que la lésion était un carcinome et non une simple blessure due à la prothèse.

Les juges retiennent qu' « une lésion ne disparaissant pas au bout de trois semaines doit obligatoirement impliquer que le dentiste oriente son patient vers un spécialiste pour un avis ». En l'espèce, en n'orientant par la patiente vers un spécialiste, il a commis une faute consistant en un retard de diagnostic.

La Cour d'appel de Toulouse, le 25 septembre 2017 a eu à se prononcer sur des faits similaires. Les juges ont affirmé, en se fondant sur le rapport des experts, qu'une lésion qui ne cicatrise pas en quelques jours suite à la suppression de la cause traumatique, doit alerter le chirurgien-dentiste qui doit alors orienter son patient vers un spécialiste. En l'espèce, la faute du chirurgien-dentiste a été retenue par les juges puisqu'il n'a pas orienté sa patiente suffisamment rapidement vers un spécialiste. Le préjudice a également été retenu par les juges. Toutefois, la responsabilité civile du dentiste n'a pas été engagée car le lien de causalité entre la faute et le préjudice n'était pas caractérisé. Selon la Cour d'appel, « le retard fautif dans le diagnostic du cancer et le fait de ne pas avoir conseillé de

consulter un stomatologiste, en l'absence de cicatrisation, afin de faire réaliser une biopsie, ne sont pas la cause des préjudices nés de l'apparition du cancer » (35).

Ces deux dernières décisions de Cour d'appel peuvent sembler contradictoires puisque dans un cas le retard de diagnostic a été retenu comme cause du préjudice alors que dans le second cas, le lien de causalité a été écarté. La différence semble résider dans les rapports des experts puisque dans le second cas, ces derniers ont retenu que « l'existence d'une lésion pré-cancéreuse » n'était pas prouvée, alors que dans la première décision, celle-ci était bien prouvée.

– Une erreur de diagnostic :

Dans un arrêt de la Cour d'appel de Bourges, du 17 février 2022, les juges ont qualifié de faute une mauvaise indication de plan de traitement. Selon eux, le dentiste a « dévitalisé des dents qui ne le méritaient pas au vu des radios ».

Cependant, dans un autre arrêt (Cour d'Appel de Pau, 29 mars 2022), bien que les juges reconnaissent une mauvaise indication, la responsabilité du dentiste n'a pas été retenue, les faits étant insuffisants pour constituer une faute selon les juges : « le fait de sceller une couronne sur une dent dont la racine est délabrée et devra être avulsée, tant qu'il n'y a pas de signe infectieux ni d'urgence, ne suffit pas à qualifier une faute du dentiste ».

En cas d'erreur de diagnostic, le professionnel de santé n'est pas toujours responsable. La Cour de cassation, dans un arrêt du 31 mai 2007, a notamment écarté la responsabilité d'un médecin concernant une erreur de diagnostic au motif que « ne commet pas de faute le médecin qui ne peut poser le diagnostic exact lorsque les symptômes rendent ce diagnostic particulièrement difficile à établir ». L'établissement de la faute n'est donc pas systématique, la complexité de la situation médicale pouvant servir à exonérer le professionnel de santé (18).

Dans un arrêt du 24 juin 2021 de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence, un chirurgien-dentiste a tenté d'utiliser cet argument de diagnostic particulièrement difficile à établir pour écarter sa responsabilité. Dans les faits, suite à une anesthésie du septum et la préparation coronopériphérique des dents 34 et 35, sa patiente s'est plainte de douleurs plusieurs jours après.

Pensant à une étiologie pulpaire, le dentiste a réalisé les traitements endodontiques de ces deux dents. Ces traitements n'ont eu aucun effet sur les douleurs de la patiente qui ont subsisté. Il s'est avéré que les douleurs étaient dues, non pas à une pulpite, mais à une nécrose du septum consécutive à l'anesthésie. Les juges retiennent que la nécrose du septum est une complication classique de cette technique d'anesthésie et que le tableau clinique décrit par la patiente aurait dû l'alerter. Il est donc reproché au praticien d'avoir réalisé ces traitements endodontiques en urgence, sans avoir pensé à la nécrose du septum, il n'a pas « délivré des soins conformes aux données acquises de la science ». Les juges auraient pu retenir que la réaction pulpaire est également une conséquence classique des préparations corono-périphériques sur dents vivantes et écarter la responsabilité du dentiste, mais ils ont écarté le diagnostic « particulièrement complexe » et ont fait le choix d'indemniser la patiente.

– L'absence d'examen initial :

Dans plusieurs affaires, les juges ont retenu la faute du chirurgien-dentiste tout en reconnaissant que les soins avaient respecté « les règles de l'art et des connaissances médicales actuelles » uniquement parce qu'il y avait une absence d'examen radiologique initial du patient.

Par exemple, dans un arrêt de la Cour d'appel de Nîmes du 7 juillet 2022, un praticien avait extrait des plombs de chasse logés depuis vingt ans dans l'os mandibulaire de son patient. Cette opération a causé une lésion du nerf alvéolaire inférieur. Les juges notent, se fondant sur le rapport de l'expert, que l'opération a été « effectuée dans le respect des règles de l'art » mais que l'absence de scanner préalable a constitué une « sous-évaluation du risque de lésion du nerf », ce qui suffit à constituer une faute.

C'est également la faute retenue dans un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 16 juin 2022, le chirurgien-dentiste a vu sa responsabilité engagée au sujet de la pose d'implants, « l'absence d'examen radiologique tridimensionnel » étant un élément suffisant pour constituer la faute.

– Une mauvaise indication de plan de traitement :

Dans un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 16 juin 2022, les juges ont eu à se prononcer sur le bienfondé d'un plan de traitement consistant en la pose de 10 implants en zircone. La responsabilité du dentiste a été en l'espèce retenue par les juges, qui a retenu plusieurs arguments intéressants :

- Outre l'absence d'examen radiologique tridimensionnelle, le juge a retenu la faute car il a considéré que le plan de traitement était « erratique » et « improvisée ». Le plan de traitement avait semble-t-il évolué plusieurs fois au cours des séances de soins, et cet élément a été retenu à la charge du dentiste pour démontrer que son plan de traitement était inadapté.
- Autre élément intéressant, selon les juges, qui se fondent sur le rapport de l'expert, « les implants en zircone ne constituent pas les données actuelles de la science », données sur lesquelles les dentistes doivent se fonder pour établir leurs plans de traitement. Il est admis que les implants en zircone peuvent être utilisés, mais dans ce cas, le dentiste doit « informer la patiente des contraintes fortes de ce type d'implants : risque de ne pas trouver de praticiens travaillant sur ces implants et démontage impossible en cas de problème ». Ce manquement au devoir d'information n'est pas utilisé ici par le juge comme préjudice autonome méritant indemnisation, mais comme élément constitutif pour qualifier la faute du chirurgien dentiste.

Dans une autre affaire ayant donné lieu à un arrêt de la Cour d'appel de Montpellier du 30 novembre 2021, un chirurgien-dentiste a vu sa responsabilité engagée pour avoir effectué des soins « non conformes aux données acquises de la science ». Dans les faits, le chirurgien-dentiste a fait le choix d'un plan de traitement consistant en la pose d'un bridge de 34 à 38 sur sa patiente. Or, l'indication dans ce cas aurait été la pose d'implants. Il n'est pas reproché au chirurgien-dentiste de ne pas avoir posé les implants, mais de ne pas avoir proposé à sa patiente la solution implantaire. Sa faute a donc été retenue par les juges.

Le 24 juin 2021, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a rendu un arrêt intéressant les techniques d'anesthésie. Afin de procéder à des préparations corono-périphériques sur des dents pulpées, un chirurgien-dentiste a fait le choix d'effectuer une anesthésie locale au niveau du septum interdentaire. Suite à cela, la patiente a souffert d'une nécrose de ce septum. Les juges ont écarté la faute du chirurgien-dentiste en se fondant sur le rapport de

l'expert selon lequel, bien que le choix de la technique puisse être discuté, il n'existe pas de preuve dans la littérature scientifique qu'une autre technique d'anesthésie doive être privilégiée.

– Le devoir de se renseigner sur l'état médical du patient :

Dans un arrêt du 5 mars 2015, la Cour de cassation semble introduire une nouvelle obligation à la charge du professionnel de santé : « le devoir de se renseigner avec précision sur l'état de santé antérieur du patient afin d'évaluer les risques encourus et de lui permettre de donner un consentement éclairé ». Cette obligation revêt aujourd'hui encore de nombreuses « zones d'ombre » : est-elle un corollaire du devoir d'information, et donc indemnisable en l'absence de faute, sur qui porte la charge de la preuve, quelle en est la sanction, etc (33).

– L'accès au dossier médical :

Tout patient a droit à se voir transmettre, à sa demande, son dossier médical. C'est ce que rappelle la Cour d'appel de Versailles dans un arrêt du 10 juin 2021 en condamnant un chirurgien-dentiste à payer 2500€ de dommages et intérêts à sa patiente pour refus de communication du dossier médical malgré plusieurs demandes de la patiente.

2.3.1.2 La faute dans l'exécution des soins

Si le professionnel n'est tenu que d'une obligation de moyens et non de résultat à l'égard de ses patients, c'est parce que très tôt, les juges, et plus tard, la loi, ont reconnu l'existence de l'aléa thérapeutique. C'est du fait de l'existence de cet aléa thérapeutique qu'on ne peut exiger d'un professionnel de santé un résultat dans les soins qu'il prodigue, mais seulement de « mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour parvenir à ce résultat »(1)-(10).

L'aléa thérapeutique peut être défini comme suit : « L'aléa thérapeutique est un risque d'incident à l'occasion d'un acte médical : même en l'absence de toute faute, chaque acte est susceptible d'entraîner des conséquences non souhaitées pour le patient. L'aléa thérapeutique est la conséquence anormale d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins. » (P.Sargos) (1).

Dans le cadre de l'exécution des soins, en cas de préjudice subi par un patient, il appartient aux juges du fond de déterminer si ce préjudice est causé par une faute du chirurgien-dentiste ou s'il est causé par l'aléa thérapeutique, qui ne peut être imputé au chirurgien-dentiste, d'où l'intérêt d'analyser la jurisprudence afin de voir selon les cas comment le juge tranche entre les deux.

– La faute de maladresse :

Dans un arrêt de la Cour d'Appel de Lyon du 23 juin 2022, il était question d'un chirurgien-dentiste qui, lors du traitement endodontique d'une molaire, a fracturé un instrument dans l'une des racines de cette dent.

« La fracture instrumentale n'est malheureusement pas un incident exceptionnel. Le taux d'instruments fracturés retrouvé dans la littérature varie entre 1 et 6% dont 3,3% de fragments laissés en place (Spili et coll., 2005). L'incidence de fracture d'instruments en NiTi est d'environ 5%, et ce même dans les mains de praticiens expérimentés (Solomonov et coll., 2015) » (36).

Puisqu'il s'agit d'un incident qui n'est pas exceptionnel, donc plutôt courant, on serait en droit de penser qu'il s'agit d'un risque lié à l'exécution d'un acte de soin qu'est le traitement endodontique, n'étant pas lié systématiquement à une faute du chirurgien-dentiste qui effectue le soin.

Pour autant, dans cet arrêt, les juges ont retenu que ce bris d'instrument était « une maladresse non intentionnelle de nature à engager la responsabilité civile du chirurgien-dentiste », et donc une faute au sens du régime de la responsabilité civile (37).

Il est intéressant de mettre cet arrêt en relation avec un article de David Jacotot datant de 2007 (38). Selon son analyse, les juges français, en cas d'arbitrage entre l'aléa thérapeutique et « l'obligation d'exactitude du geste médical », étaient « de plus en plus enclins à privilégier le geste fautif » et donc à condamner le praticien. Cet arrêt semble

confirmer son analyse.

En revanche, en ce qui concerne la lésion du nerf lingual lors d'une avulsion de dents de sagesse, les juges écartent de façon constante la faute de maladresse au profit de l'aléa thérapeutique. On peut citer notamment un arrêt de la 1ère chambre civile de la Cour de Cassation du 15 juin 2016. Selon les juges, « le trajet du nerf lingual étant atypique et variable d'une personne à l'autre et n'étant objectivable ni radiologiquement ni cliniquement, la lésion de ce nerf constitue un risque qui ne peut être maîtrisé et relève d'un aléa thérapeutique » (39).

Dans le même sens, à propos d'une lésion du nerf alvéolaire inférieure suite à la pose d'implants, les juges de la Cour d'appel de Lyon, dans un arrêt du 29 avril 2021 ont écarté la responsabilité du chirurgien-dentiste. Selon eux, il y avait bien un préjudice et un lien de causalité entre le geste chirurgical et le préjudice. Cependant, aucune faute n'était caractérisée, les juges ont retenu l'aléa thérapeutique et ont considéré que le chirurgien-dentiste avait rempli son obligation de moyens.

C'est également la solution retenue par les juges de la Cour d'appel de Riom le 27 janvier 2021 à propos d'une lésion nerveuse lors d'une opération de latéralisation du nerf mandibulaire. Les juges retiennent que la lésion du nerf doit être regardée « comme un aléa thérapeutique et non comme une maladresse fautive ».

– La mauvaise exécution d'un plan de traitement :

Dans deux arrêts de la Cour d'appel de Nancy du 23 mai 2022, les juges ont eu à se prononcer sur le lien entre le traitement parodontal et le traitement prothétique.

Dans le premier arrêt, les juges ont retenu que « l'absence de traitement parodontal préalable à la mise en place du traitement prothétique » constituait une faute du chirurgien-dentiste. Dans ce même arrêt, une autre faute du chirurgien-dentiste a été retenue. Ce dernier n'avait pas « suffisamment scellé le bridge » de la patiente, entraînant un trouble occlusal.

Dans le second arrêt, ils ont retenu que « l'absence de maintenance du traitement parodontal » suite à la pose d'implants constitue une faute. Une nuance est apportée dans ce second arrêt et introduit le comportement du patient dans la qualification de la faute. En l'espèce, cette absence de maintenance parodontale n'était pas imputable au praticien, mais à la patiente qui a manqué plusieurs rendez-vous. Les juges considèrent donc que l'absence de maintenance parodontale est une faute, mais que si elle est imputable au patient, le chirurgien-dentiste ne peut en être tenu responsable.

La même solution a été retenue en ce qui concerne l'absence de traitement parodontal préalable à la pose d'implants dentaires dans un arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence du 25 février 2021, les juges précisant que les règles de l'art imposent non seulement le traitement parodontal, mais également la maintenance parodontale et que le chirurgien-dentiste doit s'assurer de la « stabilisation de la maladie » avant de procéder à la pose d'implants.

Toujours en ce qui concerne les soins préalables à la mise en place d'un plan de traitement, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence, le 16 juin 2016, a condamné un dentiste pour faute. En l'espèce, le dentiste n'avait pas réalisé les soins d'odontologie conservatrice nécessaires sur plusieurs dents avant de pratiquer un blanchiment sur ces mêmes dents. Les pathologies des dents non soignées constituant des contre-indications au blanchiment, ce comportement a été considéré comme fautif par les juges (40).

La Cour d'appel de Pau, le 29 mars 2022, a eu à se prononcer sur le cas d'une patiente ayant reçu un traitement par un premier dentiste qui n'a pas eu les résultats escomptés, puis qui a été soignée par un second dentiste, qui lui, a réussi à obtenir le résultat envisagé (en l'occurrence, il s'agissait de la pose d'une gouttière d'avancée mandibulaire pour des problèmes de bruxisme). Rappelant que le chirurgien-dentiste n'est tenu que d'une obligation de moyens et non de résultat, les juges ont écarté dans ce cas la responsabilité du premier dentiste, précisant tout de même que « le fait qu'un traitement effectué par un dentiste soit efficace alors que celui effectué par un autre dentiste auparavant ne l'ait pas été, ne démontre pas une faute de ce dernier, tant que ce traitement n'aggrave pas la situation de la patiente ». L'obligation de moyens implique donc a minima, de ne pas

aggraver la situation existante à défaut de parvenir à un résultat du fait de l'aléa thérapeutique. Le fait qu'un autre dentiste parvienne à un résultat auquel on n'a pas abouti n'écarte donc pas l'aléa thérapeutique.

– La faute technique :

Dans un arrêt du 2 décembre 2021, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a retenu le terme de « faute technique » d'un chirurgien-dentiste pour engager sa responsabilité civile. En l'espèce, le chirurgien-dentiste avait eu recours à la technique d'extraction-implantation immédiate sur la dent 21 de sa patiente. Or, il s'est avéré que l'axe implantaire n'était pas optimal, ce qui a causé par la suite une « difficulté de rattrapage prothétique » aboutissant, entre autres, à un préjudice esthétique. Selon l'expert, confirmé par les juges, la faute technique du chirurgien-dentiste réside dans le fait qu'il se soit contenté d'une radio panoramique et qu'il n'ait pas procédé à un comblement osseux avant la pose de l'implant dentaire.

– Le non suivi de la continuité des soins :

Le chirurgien-dentiste est responsable des soins qu'il prodigue à ses patients, mais également du suivi dans le temps de ces soins. Il ne peut pas rompre la relation de soins sans raison suffisante.

Ce principe est notamment rappelé par la Cour d'Appel de Versailles dans un arrêt du 17 février 2022 : « abandonner des patients en cours de soins est une faute déontologique de nature à engager la responsabilité » du dentiste.

Cependant, cette obligation n'est pas absolue et la jurisprudence, à plusieurs occasions, en trace les limites.

D'une part, les juges tiennent compte du comportement du patient. Dans une décision du 23 mai 2022, la Cour d'Appel de Nancy a écarté la faute du chirurgien-dentiste, déclarant que

la « rupture du contrat de soins » n'était pas imputable à ce dernier mais à la patiente, et ce pour deux raisons : « le non règlement de certains honoraires » et « le nomadisme médical de la patiente ». Cette dernière avait en l'espèce consulté plusieurs autres spécialistes pour les mêmes raisons qui l'avaient amené à consulter le dentiste dont la responsabilité était en cause. Les juges affirment ici une forme de réciprocité dans le contrat de soins, le patient devrait donc respecter une certaine forme de « loyauté » envers son dentiste, qui, si elle fait défaut, écartera la qualification de faute de la part du dentiste. Il ne faut pas analyser simplement le comportement du chirurgien-dentiste, mais bien la relation patient / professionnel de santé dans son ensemble. La question du « nomadisme médical de la patiente » écartant la responsabilité du praticien peut être rapprochée d'un arrêt de la Cour de cassation du 3 novembre 2016 vu précédemment dans lequel il était impossible d'imputer la faute à un des deux médecins ayant soigné une patiente. En multipliant les interventions de professionnels de santé différents, les patients s'exposent au risque de ne pas voir leur droit à réparation respecté (21).

Dans un arrêt du 8 novembre 2018, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a également écarté la faute du praticien pour non continuité des soins. Les arguments retenus sont l'absence injustifiée de la patiente à un rendez-vous programmé d'une part, et d'autre part, l'envoi de courriers par lettre recommandée par le praticien à la patiente pour « l'inviter avec insistance à prendre rendez-vous » pour poursuivre les soins. Ces indices retenus pour écarter la faute du praticien soulignent l'intérêt de tenir à jour le dossier médical des patients et d'y inclure tout courrier, tout échange, tout rendez-vous manqué pouvant pourtant en amont sembler anodins (41).

Par ailleurs, dans une décision de la Cour d'appel de Montpellier du 22 février 2022, les juges ont également limité cette obligation de suivi. Une patiente ayant subi une opération chirurgicale reprochait à son dentiste de ne pas avoir été disponible pour le suivi post-opérationnel. En effet, une semaine après l'opération, celui-ci était parti en congés, la plaignante lui reprochant de ne pas avoir été joignable durant cette période pour assurer son suivi. Mais les juges ont considéré que le dentiste « n'a pas à laisser son numéro de téléphone pour assurer un suivi durant ses congés ».

En revanche, la jurisprudence semble se montrer plus sévère dans le cas d'un centre dentaire. Dans une décision de la Cour d'appel de Lyon du 9 juin 2022, précédemment citée, un praticien avait quitté le centre dentaire pour lequel il travaillait. Le centre dentaire a été condamné pour faute car « n'a pas assuré la continuité des soins, le départ du dentiste n'étant pas un élément suffisant pour s'en exonérer ». Plusieurs fois dans cette décision, les juges rappellent que cette solution s'applique du fait qu'il s'agisse d'un centre dentaire, et que c'est bien la responsabilité du centre dentaire qui est engagée et non celle du dentiste. Les juges précisent que la patiente est liée par un contrat de soins, non pas au chirurgien-dentiste en l'espèce, mais au centre dentaire lui-même. C'est donc au centre dentaire d'assurer la continuité des soins. Il s'agit là d'une obligation de résultat, puisque le fait de prouver que le centre dentaire a orienté la patiente vers d'autres praticiens extérieurs ne suffit pas à exonérer le centre de sa responsabilité. Il est légitime de se demander si la solution aurait été différente s'il s'agissait d'un praticien travaillant seul dans le cadre d'un cabinet libéral. La relation de soin dans le cadre d'un centre de santé est « tripartite » et non duale. Le dentiste étant salarié du centre, c'est logiquement à ce dernier d'organiser les suites des soins (32).

– Le cas particulier de la prothèse :

Jusqu'à des arrêts de Cour de cassation de 2012 et 2013, il était clair que le régime de responsabilité civile en matière de prothèse était une responsabilité sans faute, découlant d'une obligation de résultat. C'est le principe énoncé sans équivoque par les juges, notamment dans des arrêts du 29 octobre 1985 et du 23 novembre 2004 déjà cités. Par des arrêts de 2012 et 2013, la Cour de cassation avait semblé effectuer un revirement de jurisprudence et appliquer une obligation de moyens aux prothèses.

Dans un arrêt de la Cour d'appel de Versailles du 21 septembre 2017, les juges ont eu à se prononcer sur un cas de prothèse « inadaptée ». Cet arrêt apporte quatre « leçons juridiques » :

Premièrement, la « défectuosité des prothèses dentaires n'est pas regardée comme le défaut d'un produit de santé ». Ce qui induit que le régime applicable est bien celui de la

responsabilité pour faute, et donc pas d'obligation de résultat pour le chirurgien-dentiste.

Deuxièmement, « 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 ». Les juges appliquent donc bien une obligation de moyens et recherchent une faute, et la simple inadaptation des prothèses ne suffit pas à prouver la faute du chirurgien-dentiste.

Troisièmement, les juges précisent que l'inadaptation des prothèses n'est pas fautive en l'espèce. Elle est due à des éléments extérieurs, notamment « l'état de santé du patient, la gravité de sa pathologie antérieure », en l'occurrence, une parodontite assez avancée. Puisque c'est du fait de ces éléments que l'inadaptation ne constitue pas une faute, on peut en conclure à l'inverse, que dans certaines circonstances, elle pourrait être constitutive d'une faute, mais ces conditions ne sont pas définies dans cet arrêt.

Enfin, les juges rappellent que « la faute doit être prouvée par le patient », solution assez classique en droit français (42).

Cette décision des juges du fond, et non de la Cour de cassation, semble confirmer le fait qu'il y ait bien eu un revirement de jurisprudence en ce qui concerne la prothèse. Le régime actuel serait donc celui de la responsabilité pour faute, et non plus celui d'une responsabilité sans faute, synonyme d'obligation de résultat.

Un arrêt de la Cour d'appel de Lyon du 18 février 2021 porte également sur le sujet des obligations en matière de prothèses. Ce qui est intéressant dans cet arrêt est l'argumentation très détaillée des juges d'appel. Un chirurgien-dentiste a traité sa patiente par le biais d'une prothèse partielle amovible à base résine. Il s'est avéré par la suite que cette prothèse s'est fracturée à plusieurs reprises. La patiente a souhaité engager la responsabilité civile de son dentiste afin que ses préjudices soient indemnisés.

Les juges vont reprendre point par point le rapport de l'expert afin de retenir en l'espèce la responsabilité du chirurgien-dentiste.

Ils vont retenir que « l'indication prothétique était conforme » au cas de la patiente, que les étapes de réalisation de la prothèse sont également conformes aux données de la science, que « le traitement a été mené avec diligence et aménité ». Ils relèvent également que le cas de la patiente est un « cas de réhabilitation prothétique particulièrement complexe ». Les juges concluent donc dans un premier temps que les récurrentes fractures de la prothèse seraient dues à un « défaut d'épaisseur de la résine » ou à un défaut de réalisation de celle-ci par le prothésiste. SI le régime était comme auparavant celui de l'obligation de résultat, cette conclusion serait suffisante pour engager la responsabilité du chirurgien-dentiste. Mais puisque le régime est dorénavant celui de l'obligation de moyens, ce n'est alors pas suffisant.

Les juges vont alors se fonder sur un autre élément du rapport d'expert pour retenir la faute du chirurgien-dentiste. Selon l'expert, « la relative fragilité de la prothèse aurait dû conduire le praticien à la faire modifier ». C'est cet élément qui conduit les juges à conclure que le chirurgien-dentiste a « prodigué des soins attentifs, consciencieux mais non conformes aux données acquises de la science ».

Il n'est donc pas reproché directement au praticien les fractures de la prothèse, mais bien son manque de réactivité face à ces fractures et la recherche de leurs causes. C'est en ce sens qu'il a commis une faute, causant un préjudice à la patiente, et ouvrant droit à indemnisation de cette dernière. C'est bien le régime de l'obligation de moyens qui est ici mis en œuvre par les juges du fond, conformément à la jurisprudence récente de la Cour de cassation.

2.3.1.3 La faute relative au devoir d'information

– Le non respect du devoir d'information du patient :

Le devoir d'information est une obligation désormais légale depuis la promulgation de la loi du 4 mars 2002 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque,

postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. » Article 1111-2 du Code de la santé publique.

– Le manquement au devoir d'information : préjudice autonome

La difficulté à l'origine concernant cette obligation d'information ne résidait non pas dans la preuve de la faute, mais dans celle du préjudice, qui n'est pas toujours ni avéré ni simple à prouver. Mais il est désormais acquis pour la jurisprudence que le manquement au devoir d'information constitue un préjudice autonome qui mérite à lui seule réparation sans qu'il soit besoin de prouver une autre forme de préjudice (Cass. Civ, 3 juin 2010 notamment).

Dans un arrêt de la Cour d'appel de Lyon du 23 juin 2022, la responsabilité pour faute du chirurgien-dentiste n'a pas été retenue, mais en revanche, celui-ci a été condamné à payer 1000€ de dommages et intérêts à sa patiente pour un manquement à son obligation d'information. Celui-ci avait fracturé un instrument de mise en forme endodontique dans le canal d'une dent. Cette fracture n'a été la cause d'aucun préjudice, mais, le simple fait de ne pas en avoir informé la patiente a constitué, selon les juges, un préjudice autonome.

Le 25 février 2021, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence apporte un nouvel exemple de faits constituant un préjudice autonome découlant du non respect du devoir d'information. En l'espèce, le chirurgien-dentiste n'avait pas informé sa patiente de la nécessité d'un traitement parodontal préalable à un traitement implantaire. Ce défaut d'information constitue un préjudice d'impréparation selon les juges, ouvrant droit à indemnisation pour la patiente. Au-delà de l'exemple, cet arrêt est intéressant de par les termes utilisés par les juges pour définir ce préjudice d'impréparation. Ils considèrent en effet que « ce préjudice d'ordre moral résulte d'un défaut de préparation aux risques encourus et du ressentiment éprouvé à l'idée de ne pas avoir pleinement consenti à une atteinte à son intégrité

corporelle ». Cette formulation est intéressante mais semble ambiguë. En effet, il semblait acquis qu'il fallait distinguer entre le préjudice autonome d'impréparation et le préjudice constitué par la perte de chance. Or, en évoquant le consentement, les juges laissent entrevoir l'idée que si elle avait été informée, la patiente aurait pu choisir de ne pas suivre ce traitement, et donc de ne pas subir les risques qui se sont par la suite produits, donc il s'agirait d'une perte de chance. La formulation est donc intéressante mais peut sembler maladroite de la part des juges.

– Le manquement au devoir d'information : élément constitutif d'une faute :

Le manquement à ce devoir peut également servir à prouver la faute qui sera la cause d'un autre préjudice. C'est notamment le cas dans un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 16 juin 2022 vu précédemment à propos des implants en zircone.

– La preuve de l'obligation d'information :

Il n'est pas toujours aisé pour les professionnels de santé de prouver qu'ils ont rempli leur devoir d'information, l'information étant souvent transmise par oral.

Cependant, en matière de prothèses, l'établissement d'un devis étant obligatoire, celui-ci « constitue un début de preuve du respect du devoir d'information » selon notamment la Cour d'appel de Paris du 16 juin 2022. En revanche, dans ce même arrêt, il est précisé par les juges que si le plan de traitement est amené à évoluer, le devis doit également évoluer, et « doit être compréhensible d'une profane ».

On apprend également dans un arrêt du 8 novembre 2018 de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence qu'un document « standard et impersonnel » remis à une patiente au sujet des risques suite à un traitement implantaire constitue un commencement de preuve. Si ce seul document ne semble pas suffire à prouver que le devoir d'information a été respecté, la preuve de plusieurs « consultations préalables » avant la mise en œuvre du traitement en plus de ce document est suffisante pour prouver le respect du devoir d'information par le

praticien (41).

La Cour d'appel de Lyon, dans un arrêt du 16 septembre 2021 a eu à se prononcer sur le devoir d'information. La patiente reprochait à son chirurgien-dentiste de ne pas l'avoir informé du risque de fracture d'une prothèse dentaire de type bridge. Le fait que cette information doive être donnée au patient ne fait pas débat dans l'affaire. En revanche, le praticien a tenté de prouver qu'il avait bel et bien informé la patiente. Pour ce faire, il a, entre autres, évoqué la relation d'amitié qui existait entre lui et sa patiente. La question était de savoir si la relation hors soins entre le patient et le soignant pouvait avoir une influence sur le devoir d'information qui repose sur ce dernier. La Cour d'appel a répondu par la négative, « les liens d'amitié ayant pu exister entre les parties ne dispensaient pas le praticien de ses obligations ».

Un arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence du 27 mai 2021, les juges fournissent des éléments sur ce qui constitue la preuve du respect du devoir d'information. Dans cette affaire, un chirurgien-dentiste a prévu un plan de traitement relativement lourd pour sa patiente, constituant en, notamment, la dévitalisation et la pose de couronnes sur 13 dents et la pose de prothèses amovibles.

Afin d'expliquer le plan de traitement à sa patiente, le dentiste lui a écrit un courrier, lequel comporte un schéma dentaire de la patiente, et un détail, pour chaque dent, de l'état actuel et du plan de traitement qu'il préconise. Les juges ont donc retenu que cette information était rédigée « dans des termes simples et accessibles, à toute personne normalement douée de discernement ». Ils retiennent également que cette information était « individualisée » et non un simple document impersonnel. De plus, selon eux, la patiente, en cas d'incompréhension, aurait dû poser des questions et demander des explications au dentiste. Le patient a donc un rôle actif à jouer dans le cadre du devoir d'information. Pour écarter la responsabilité du chirurgien-dentiste, ils retiennent également qu'un devis a été signé par la patiente, et qu'un délai de réflexion de trois semaines a été laissé à la patiente.

– Le contenu de l'information :

Dans un arrêt du 21 juin 2021 de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence précédemment cité à propos d'une nécrose d'un septum suite à une anesthésie intra-septale, les juges ont eu à se prononcer sur le devoir d'information du praticien. La patiente reprochait à son dentiste de ne pas l'avoir informée du risque de nécrose suite à cette anesthésie. Les juges retiennent une solution intéressante et nuancée. En effet, ils ont distingué entre le défaut d'information entraînant une perte de chance et le défaut d'information entraînant un préjudice d'impréparation.

En ce qui concerne la perte de chance, les juges n'ont pas retenu l'argumentation de la patiente. Selon eux, l'anesthésie locale au cours des soins dentaires est un acte extrêmement courant. Ils retiennent que l'acte de soins faisant suite à cette anesthésie, à savoir une préparation corono-périphérique d'une dent vivante, est un acte « potentiellement douloureux ». Il en découle, selon eux, que même prévenue du risque de nécrose du septum, la patiente n'aurait pas renoncé à cette anesthésie.

En revanche, les juges se conforment à la jurisprudence classique en la matière en ce qui concerne le préjudice d'impréparation. Le défaut d'information constitue un préjudice autonome, différent de la perte de chance, qui correspond au préjudice d'impréparation. Peu importe que la patiente aurait ou non renoncé aux soins en étant dûment informée, le seul fait qu'elle n'ait pas été informée lui ouvre droit à indemnisation. Cette indemnisation est toutefois moins élevée qu'en cas de perte de chance. A la lecture de cet arrêt, on peut se demander si le chirurgien-dentiste se doit d'informer, en toutes circonstances, ses patients d'un risque de nécrose du septum suite à une anesthésie locale intra-septale.

Le 25 février 2021, la Cour d'appel de Nîmes a eu à se prononcer sur le contenu du devoir d'information en matière de plan de traitement prothétiques. Un chirurgien-dentiste a posé un bridge sur une de ses patientes sans lui avoir proposé comme alternative un traitement implantaire. La patiente a, par la suite, reproché à ce praticien de ne pas lui avoir proposé la pose d'implants. Or, la patiente souffrait d'une maladie cardiaque étant de nature à constituer une contre-indication à la pose d'implants. Les juges ont de ce fait écarté la faute du chirurgien-dentiste. Si un plan de traitement est contre-indiqué, il ne serait alors pas indispensable de l'exposer à son patient.

Un arrêt de la Cour d'appel d'Angers du 8 mars 2022 est particulièrement intéressant quant

au contenu de l'information devant être donnée par le chirurgien-dentiste à son patient. Comme vu précédemment, certains auteurs présentent l'instauration d'un régime juridique nouveau, plus contraignant dans le cadre de l'esthétique. Pour certains auteurs, il n'en est rien actuellement. Pour autant, dans cet arrêt, on peut voir une prémisse de ce régime, ou en tout cas un renforcement des obligations à la charge du chirurgien-dentiste dans le cadre de soins esthétiques. Il s'agit là uniquement du devoir d'information, mais le juge précise que dans le cadre de soins esthétiques, ce devoir est renforcé : « il ne peut être considéré que le contrat portait uniquement sur des actes médicaux d'agrément à visée esthétique de nature à renforcer l'obligation d'information pesant sur le soignant ».

– La preuve de la faute :

Bien que ce ne soit pas prévu par la loi, il est de jurisprudence constante en responsabilité civile que la charge de la preuve de la faute repose sur le patient. L'arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence du 23 mars 2017 rappelle cette règle, mais apporte également une précision importante sur le contenu de cette preuve.

En effet, dans cette affaire, le chirurgien-dentiste, suite à un échec de traitement implantaire, avait consenti à prodiguer des soins à sa patiente à titre gratuit. La patiente a entendu tiré de ce comportement la « reconnaissance de sa responsabilité » et de l'existence de sa faute dans son échec de traitement par le chirurgien-dentiste.

Autrement dit, ce serait par culpabilité et reconnaissance de ses erreurs que le chirurgien-dentiste aurait fait cette offre à la patiente. Or, beaucoup d'autres raisons peuvent pousser un praticien à avoir ce type de comportement : la volonté d'éviter une relation conflictuelle et de conserver une relation de confiance avec sa patiente, un certain « humanisme ». La Cour d'appel a eu à se prononcer sur ce point et a tranché en faveur du chirurgien-dentiste sans ambiguïté : le fait que le praticien ait proposé des soins « gracieusement ne peut être considéré comme une reconnaissance de responsabilité ». La reprise gracieuse de soins n'est donc pas « l'aveu d'une faute » pour le chirurgien-dentiste (43).

2.3.1.4 La faute relative au consentement du patient

Il est admis que le consentement du patient doit être donné de manière libre et éclairé. C'est ce qui justifie notamment le fait qu'un délai raisonnable doive être laissé au patient entre la remise d'un devis pour traitement prothétique notamment et son acceptation puis sa mise en œuvre. Dans un arrêt du 8 novembre 2018, la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a eu à se prononcer sur un cas où la patiente avait dû régler un acompte pour un traitement prothétique et implantaire d'un coût important avant même la signature du devis. De façon assez surprenante, les juges ont retenu qu'il y avait « une atteinte à la liberté du consentement », mais pour autant, « ils admettent qu'au regard de l'état dentaire très dégradé de la patiente et de sa demande insistante de bénéficier d'une réhabilitation implantaire, le libre consentement est démontré » (41).

2.3.2 Le préjudice

– La perte de chance :

Un arrêt de la Cour d'appel de Riom du 27 janvier 2021 est intéressant à analyser au niveau de l'appréciation de la perte de chance. En l'espèce, un chirurgien-dentiste a réalisé une opération de latéralisation du nerf mandibulaire sur une de ses patientes. Lors de cette opération, ce praticien a sectionné le nerf, causant un préjudice indéniable à sa patiente. Les juges ont alors écarté la faute, considérant qu'il s'agissait là d'un aléa thérapeutique.

Cependant, les juges ont observé que « la compétence du docteur pour réaliser cet acte n'est pas établie ». En se fondant sur le rapport de l'expert, ils ont retenu que ce chirurgien-dentiste aurait dû être assisté d'un praticien plus expérimenté afin de réaliser cet acte.

Ces faits ne suffisent pas à requalifier la faute du chirurgien-dentiste et d'indemniser la patiente pour le préjudice constitué par la lésion du nerf. Pour autant, les juges retiennent tout de même que ce comportement fautif a causé un préjudice de perte de chance pour la patiente. Le préjudice, selon les juges, « doit s'analyser en une perte de chance de bénéficier d'une intervention dans des conditions diminuant les risques de lésion nerveuse ».

2.3.3 Le lien de causalité

Dans un arrêt de la Cour d'appel de Riom du 27 janvier 2021, un chirurgien-dentiste a été reconnu fautif de ne pas avoir établi de plan de traitement prothétique avant de recourir à une pose d'implants. Or, le préjudice invoqué par le patient était une lésion d'un nerf suite à une opération de latéralisation du nerf mandibulaire avant la pose d'implant. Il y a bien une faute relevée par les juges et également un préjudice. Mais, ce préjudice est « dénué de causalité avec la lésion du nerf alvéolaire ». Puisqu'il manque un des trois éléments constitutifs nécessaires pour engager la responsabilité du chirurgien-dentiste, à savoir le lien de causalité entre la faute et le préjudice, sa responsabilité n'a pas été engagée.

2.3.4 Exonération de responsabilité

– La faute du patient :

Dans un arrêt de la Cour de Cassation du 17 janvier 2008, une avulsion de dent de sagesse incomplète a provoqué à un patient « une perforation et l'infection du sinus maxillaire ». Suite à cela, le patient a pris l'avion pour aller se faire soigner en métropole. L'arrêt d'appel avait retenu la faute du patient, le trajet en avion aggravant la situation et causant une sinusite. Mais, la Cour de cassation a cassé l'arrêt d'appel, rejetant la qualification de faute du patient. Cependant, si la faute du patient avait été retenue, cela aurait impliqué l'exonération de responsabilité du chirurgien-dentiste.

Dans une autre affaire aboutissant à un arrêt de la Cour d'appel de Caen du 6 juillet 2021, une patiente a tenté d'engager la responsabilité civile de son chirurgien-dentiste. Elle lui reprochait de ne pas avoir assuré la continuité des soins. Cependant, les juges écartent la responsabilité du chirurgien-dentiste puisque celui-ci a été, selon les juges, dans son bon droit en refusant de suivre la patiente suite à des absences répétées et injustifiées à des rendez-vous programmés.

Conclusion :

Synthèse :

L'analyse du régime juridique de la responsabilité civile du chirurgien-dentiste permet d'observer plusieurs évolutions et tendances majeures.

En ce qui concerne le régime juridique, l'évolution majeure fut la loi Kouchner de 2002 consacrant législativement le régime de responsabilité délictuelle pour faute.

Ce régime est dorénavant fondé sur l'article 1142-1 du code de la santé publique. Il n'est dès lors, dans la jurisprudence, plus fait référence au contrat de soins, ni au droit des contrats ni à son régime. Seule exception notable, lorsqu'un centre dentaire est en cause, le juge s'est, dans une affaire récente, référé au droit des contrats pour aboutir à une décision plus exigeante envers le centre dentaire que si cela avait été un dentiste en cabinet libéral.

Le droit des contrats est de nature plus protecteur des patients que celui de la responsabilité délictuelle puisqu'il est à l'origine créé pour rétablir un certain équilibre entre deux parties à un contrat qui est par nature déséquilibré entre le professionnel et le profane. L'application de ce droit des contrats dans le cadre des centres dentaires semble donc être une tentative de protéger davantage les patients de ces centres par rapport aux patients de cabinets libéraux plus traditionnels.

La nature de l'obligation à la charge du chirurgien-dentiste est une obligation de moyens, trouvant sa justification dans l'existence de l'aléa thérapeutique. Cette obligation nécessite la preuve d'une faute du professionnel de santé pour pouvoir engager sa responsabilité. La notion de faute est donc au cœur de ce régime de responsabilité.

Dans la détermination de la faute, l'expert judiciaire et le juge civil, particulièrement les juges du fond, ont un rôle majeur puisque c'est à eux que revient la qualification juridique des faits. C'est à eux qu'il revient de trancher notamment entre l'aléa thérapeutique, écartant la responsabilité du professionnel, et l'exigence d'une exactitude du geste de soins.

Il apparaît, à l'étude de la jurisprudence récente, que cette notion n'est pas fixe, elle est évolutive du fait de sa définition législative très ouverte. « La faute médicale n'a pas encore fini de révéler toutes ses richesses ». Elle correspond principalement aux comportements

de dentistes ne respectant pas « les données acquises de la science ». Cette notion de faute n'est pas juridiquement figée et est amenée à évoluer au gré des affaires et des jugements par les tribunaux civils. Elle évolue également en fonction des avancées scientifiques et technologiques.

A la lecture de la jurisprudence, on peut noter que la faute retenue par les juges peut prendre différentes formes : un retard de diagnostic, une erreur de diagnostic, l'absence d'examen initial préalable à un soin, une mauvaise indication d'un plan de traitement, le non respect de l'obligation de se renseigner sur l'état médical de son patient, la faute de maladresse dans l'exécution d'un soin, la mauvaise exécution d'un plan de traitement, la faute purement technique, ou encore le non suivi de la continuité des soins.

Certains éléments factuels peuvent toutefois permettre d'écarter la faute du praticien, les juges ont notamment retenu dans certaines affaires la complexité de la situation médicale ou la force majeure.

Discussion :

Il n'est aujourd'hui plus question de droit des contrats, mais bien d'une responsabilité délictuelle centrée sur la faute. Cette évolution n'est pas que juridique mais doit être interprétée à la lumière de l'évolution de la profession de chirurgien-dentiste et surtout de l'évolution de la relation soignant/soigné.

Le paternalisme médical qui régissait la relation soignant/soigné autrefois tend à disparaître au profit d'une relation plus équilibrée entre les deux parties. Le soignant et le soigné ont chacun un rôle dans le parcours de soins. Il en découle qu'ils ont chacun des obligations réciproques. C'est ce qui explique que les juges se concentrent aujourd'hui davantage sur le rôle de chacun afin d'établir la responsabilité en cas de litige, en écartant dans certains cas la responsabilité du dentiste dans le cas où le patient n'a pas eu un comportement exemplaire. Certains agissements de patients ont ainsi abouti à l'exclusion de la responsabilité des praticiens comme la faute du patient, l'absence de suivi des rendez-vous par le patient, ou encore le nomadisme médical des patients.

C'est également ce qui explique l'importance croissante apportée par les juges au sujet du devoir d'information. La relation soignant/soigné est avant tout basée sur la communication

entre les deux acteurs. Auparavant simple accessoire juridique, le devoir d'information devient de plus en plus central dans la jurisprudence contemporaine. Ce devoir d'information est devenu un pilier du régime juridique de responsabilité civile et est à l'origine de nombreuses condamnations de chirurgiens-dentistes. Le devoir d'information est aujourd'hui juridiquement un préjudice autonome, ne dépendant plus du résultat des soins, ce qui facilite non seulement la preuve de sa non exécution, mais également son indemnisation par les juges.

Bien que le principe soit celui d'une obligation de moyens, il subsiste certains cas où les juges seront plus exigeants.

En matière esthétique par exemple, le régime tend de plus en plus vers une obligation de moyens renforcés. Les dentistes se spécialisant en dentisterie esthétique devront remplir davantage d'obligations que pour des soins classiques, que ce soit en ce qui concerne le devoir d'information, mais également la qualité des soins attendus, et le résultat obtenu par le patient.

En matière d'implantologie également, les juges sont davantage exigeants envers les praticiens sur ces derniers points.

Enfin, il subsiste une obligation de résultat en matière de prothèses, bien que ce ne soit plus le principe depuis une dizaine d'années. C'est notamment le cas lorsque le chirurgien-dentiste fabrique lui-même les prothèses qu'il fournit à ses patients.

Depuis l'arrêt Mercier de 1936 jusqu'à aujourd'hui, le régime de responsabilité civile des professionnels de santé a largement évolué. Les évolutions les plus récentes, marquées par la loi Kouchner et les évolutions jurisprudentielles tend vers plus de droits pour les patients. Ces derniers sont mieux protégés, l'indemnisation de leurs préjudices est bien plus aisée qu'auparavant. Cependant, ils ont dorénavant des obligations à leur charge. Le régime tend vers un équilibre entre les droits des professionnels de santé et leurs patients, la jurisprudence mettant au cœur de cette relation la communication, la loyauté et la confiance réciproque.

Le Président du jury
Pr. Jean-Noël VERGNES

Le directeur de thèse
Pr. Jean-Noël VERGNES



Bibliographie

1. Terrier E. Médecine Réparation des conséquences des risques sanitaires. Répertoire de droit civil. oct 2020;
2. Une augmentation alarmante de la sinistralité,. La lettre, n°115. mars 2013;
3. L'augmentation de la sinistralité se confirme,. La lettre, n°125. mars 2014;
4. Le taux de sinistralité reste orienté à la hausse. La lettre, n°133. déc 2014;
5. Une sinistralité à la hausse en implantologie. La lettre, n°154. janv 2017;
6. Le Tourneau P. Obligation exceptionnelle de résultat du médecin. Dalloz - action droit de la responsabilité et des contrats. 2022 2021;Chapitre 6412.
7. Jourdain P. Vers un retour à l'exigence de preuve d'une faute pour engager la responsabilité du chirurgien-dentiste qui pose une prothèse ? 2013;
8. Bondil X. La médecine bucco-dentaire contre vents et marées. Clinic 2019 ; 40 126-141.
9. Jacotot D. Prothèse, mieux comprendre la responsabilité médicale,. La lettre. avr 2006;
10. SAILA A. Thèse : Responsabilité médicale du chirurgien-dentiste depuis la loi du 4 mars 2002 - évolution jurisprudentielle civile et administrative. 2015;
11. GIRER V. Chronique de la mort annoncée du contrat médical ? in Mél Callu, LexisNexis p387. 2013;
12. Debard T. Lexique des termes juridiques 2022-2023. 30e édition.
13. Jacotot D. La fin de l'obligation de sécurité-résultat en matière de prothèse ? La lettre, n°112. nov 2012;
14. Mémeteau G. Un point sur la responsabilité civile du fait des prothèses. Médecine et droit, pp175-180. nov 2013;
15. Jacotot D. Prothèse : le résultat objectivé prime sur le résultat exigé. La lettre, n°117. mai 2013;
16. Jacotot D. Cacophonie judiciaire autour du défaut de la prothèse. La lettre, n°124. janv 2014;
17. Bondil X. Obligations en prothèses – quid de l'arrêt de la Cour de cassation du 20 mars 2013. Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire d'expertise en médecine dentaire.
18. Jacotot D. Le diagnostic particulièrement difficile ne relève pas de la faute. La Lettre, octobre 2007.

19. Jacotot D. L'atteinte d'un organe qui n'aurait pas du être affecté : faute ou aléa ? La lettre, n°119. août 2013;
20. Jacotot D. Le praticien n'est responsable que de ses propres fautes. La Lettre, n°67. mai 2008;
21. Jacotot D. Acte fautif : quand le doute profite au praticien. La lettre, n°154. janv 2017;
22. Jacotot D. Un praticien jugé non fautif grâce à la science conjuguée au futur. La lettre, n°170. sept 2018;
23. Jacotot D. Pas de concession judiciaire sur le devoir d'information. La lettre, n°111. oct 2012;
24. Jacotot D. Vers l'indemnisation systématique du défaut d'information. La lettre, n°119. août 2013;
25. Jacotot D. Se préparer au préjudice d'impréparation du patient. La lettre, n°150. sept 2016;
26. Jacotot D. Le retour musclé de la perte de chance et du défaut d'information. La lettre, n°156. avr 2017;
27. Jacotot D. La logique d'indemnisation du patient perd du terrain. La lettre. mars 2019;
28. Jacotot D. Perte de chance : l'étau se resserre sur le praticien. La lettre, n°108. juin 2012;
29. Gombault N. L'obligation d'information. MACSF., macsf.fr.
30. Jacotot D. Pas de partage de responsabilité sans conduite fautive du patient. La lettre, n°66. avr 2008;
31. Bondil X, Chaneac H. Les obligations du chirurgien dentiste en matière d'implantologie. Clinic 2021;42.
32. Jacotot D. L'inexécution du « contrat de soins » par un centre dentaire. La lettre. oct 2022;
33. Jacotot D. L'introduction du devoir de se renseigner sur l'état de santé du patient. La lettre, n°139. août 2015;
34. Jacotot D. Quand le juge dénature le rapport de l'expert. La lettre, n°141. oct 2015;
35. Jacotot D. La non-détection d'un cancer, une faute du chirurgien-dentiste ? La lettre, n°165. mars 2018;
36. Ayyoub S. La fracture instrumentale en endodontie : conduite à tenir. 2018;
37. Jacotot D. Une fracture de l'instrument canalaire sous l'angle de la faute et du devoir d'information. La lettre, n°200. oct 2022;

38. Jacotot D. Vers une consécration de l'obligation d'exactitude du geste médical. La Lettre, juin 2007.
39. Jacotot D. Querelle d'experts sur la lésion du nerf lingual. La lettre, n°151. oct 2016;
40. Jacotot D. Radiographie d'un blanchiment fautif. La lettre, n°159. août 2017;
41. Jacotot D. La charge de la preuve plus légère pour le praticien ? La lettre, n°174. févr 2019;
42. Jacotot D. Les quatre leçons d'un traitement protétique non fautif. La lettre, n°164. janv 2018;
43. Jacotot D. Proposer une reprise gracieuse des soins : l'aveu d'une faute? La lettre, n°155. juin 2017;

LEJEUNE Pierre 2023 TOU3 3058

Titre : Analyse de la jurisprudence en matière de responsabilité civile du chirurgien-dentiste

RÉSUMÉ :

Depuis l'arrêt Mercier (1936), le régime de responsabilité civile des chirurgien-dentistes a largement évolué, que ce soit d'un point de vue législatif ou jurisprudentiel, pour aboutir à un régime de responsabilité pour faute. Ce régime repose sur la réunion de trois éléments indissociables : la faute, le dommage, le lien de causalité.

L'objectif de ce travail est d'analyser précisément les contours de ces trois notions. L'analyse des décisions de justice des juridictions civiles de 2015 à 2023 a permis de montrer comment les juges ont peu à peu défini et fait évoluer les notions de faute, de dommage et de lien de causalité dans le cadre précis de l'exercice du chirurgien-dentiste.

Il en ressort que les évolutions jurisprudentielles tendent vers un équilibre entre les droits des chirurgiens-dentistes et les patients, en mettant au coeur de cette relation la communication, la loyauté et la confiance réciproque.

TITRE EN ANGLAIS :

Analysis of case law on dentist's medical responsibility

MOTS-CLÉS : Responsabilité civile, jurisprudence, faute, dentiste.

Université de Toulouse III – Paul Sabatier

Faculté de Santé – Département d'Odontologie 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse
Cedex 09

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr. Jean-Noël VERGNES