

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2017

N° 38

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 04/07/2017

par

ARNOUX Annabelle
né(e) le 14/09/1991 à STRASBOURG

MALENTENDUS, CONFLITS ET PLAINTES DANS LA PRATIQUE
QUOTIDIENNE DU CHIRURGIEN-DENTISTE

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Docteur FIORETTI Florence

Docteur FREYMANN Michel

Docteur OFFNER Damien

Membre invité : Docteur KAEMPF Christian

« Lorsque les médecins étaient ignares, ils étaient sacrés,
lorsqu'ils sont devenus savants et encore inefficaces, ils étaient respectés
et maintenant qu'ils sont savants et efficaces, ils sont suspectés. »

Bernard Guiraud Chaumeil

Introduction **6**

1. Le cadre légal de la profession de chirurgien-dentiste **9**

1.1. Les obligations du chirurgien-dentiste **9**

1.1.1. Les textes officiels 9

1.1.1.1. Le Code de la santé publique 9

1.1.1.2. Le Code de déontologie 10

1.1.1.2.1. Les devoirs généraux 11

1.1.1.2.2. Les devoirs envers les malades 12

1.1.1.3. Le Code pénal 13

1.1.2. L'obligation d'information et de recueil du consentement 13

1.1.2.1. L'obligation d'informer 14

1.1.2.2. Les modalités de la délivrance de l'information 15

1.1.2.3. La charge de la preuve 16

1.1.2.4. Le défaut d'information 18

1.1.2.5. Le consentement éclairé 19

1.1.2.6. L'établissement du devis 20

1.1.3. Le dossier du patient 21

1.1.3.1. La tenue du dossier 22

1.1.3.2. Le contenu du dossier 22

1.1.3.3. La conservation et la sécurité des données 24

1.1.3.4. L'accès au dossier médical 24

1.1.4. L'assurance responsabilité civile professionnelle 25

1.2. La responsabilité du chirurgien-dentiste **26**

1.2.1. La responsabilité civile 27

1.2.1.1. La responsabilité légale 27

1.2.1.1.1. L'obligation de moyens 28

1.2.1.1.2. L'obligation de résultat 29

1.2.1.2. La responsabilité civile délictuelle ou quasi-délictuelle 30

1.2.1.3. La mise en cause de la responsabilité civile 30

1.2.1.3.1. Le fait dommageable 31

1.2.1.3.2. Le préjudice 31

1.2.1.3.3. Le lien de causalité 32

1.2.2. La responsabilité pénale	33
1.2.2.1. L'atteinte à l'intégrité physique	33
1.2.2.1.1. Volontaire	33
1.2.2.1.2. Involontaire	34
1.2.2.2. Les autres infractions liées à l'exercice de la profession	34
1.2.3. La responsabilité disciplinaire	34
1.2.4. La responsabilité administrative	35
2. Identifier les principaux risques et prévenir les conflits	37
2.1. Evolution de la sinistralité entre 2005 et 2015	37
2.1.1. Les données statistiques de la MACSF	37
2.1.2. Les facteurs responsables de cette évolution	41
2.2. Anticiper la contestation	42
2.2.1. Le défaut de communication	42
2.2.1.1. Mauvaise compréhension de l'information	43
2.2.1.2. Modifications du plan de traitement	43
2.2.1.3. Perte de confiance en son praticien	43
2.2.1.4. Problèmes relationnels et rupture du dialogue	44
2.2.2. Les règles générales à la prise en charge d'un patient	44
2.2.2.1. Avant le début du traitement	45
2.2.2.2. En cours de traitement	46
2.2.2.3. En fin de traitement	46
2.3. Prévenir les litiges cliniques	46
2.3.1. Les principales contestations liées à la qualité de soins	47
2.3.1.1. Les réhabilitations prothétiques	47
2.3.1.2. Les soins endodontiques	47
2.3.1.3. Les réhabilitations implanto-portées	48
2.3.2. Comment éviter ces principaux manquements ?	49
3. Les procédures et gestions des conflits	52
3.1. Les différentes voies de contestation du patient	52
3.1.1. La voie amiable	52
3.1.1.1. La contestation directement auprès du praticien	52
3.1.1.2. La déclaration de sinistre à l'assurance	53

3.1.1.3. La tentative de conciliation	54
3.1.1.4. Les chiffres du conseil de l'Ordre du Bas-Rhin en 2016	57
3.1.2. La voie contentieuse	57
3.1.2.1. La chambre disciplinaire de première instance	57
3.1.2.2. Les procédures judiciaires d'indemnisation	58
3.1.2.3. La procédure pénale	61
3.1.3. Quelques chiffres	62
3.2. Les procédures d'expertises	63
3.2.1. L'expertise amiable	63
3.2.2. L'expertise judiciaire	64
3.2.2.1. La désignation de l'expert de justice	64
3.2.2.2. La mission de l'expert de justice	65
3.2.2.3. Le déroulement de l'expertise	65
3.2.2.4. Le rapport d'expertise	66
Conclusion	67
Annexes	77

Introduction

Au cours des dernières décennies, la jurisprudence puis la législation ont amené le patient au coeur des décisions thérapeutiques. Il est devenu un acteur indispensable dans les choix qui concernent sa santé. La relation médicale qui unit un patient à son praticien en a été littéralement transformée. Fini le temps où le patient faisait une confiance aveugle en son chirurgien-dentiste.

La multiplication des sources d'information et les performances de nos techniques, toujours plus sophistiquées, décuplent les exigences des patients, qui sont moins à même d'accepter un échec thérapeutique. La santé est reconnue comme étant un droit. Le patient devient de plus en plus un consommateur de santé, n'hésitant plus à contester le traitement ou son coût, et en cas d'échec, à mettre en cause les compétences du praticien.

Les actions encourues par les patients à l'égard de leur chirurgien-dentiste, tout comme pour les autres professions médicales, n'ont cessées de se multiplier ces dernières décennies.

Cette thèse a pour objectif d'identifier les différents conflits que peuvent rencontrer un chirurgien-dentiste dans l'exercice quotidien de sa pratique. Le conflit peut naître d'un malentendu (défaut de communication ou d'information) ou provenir directement du soin. Dans les deux cas, ce conflit peut engendrer une plainte du patient devant les instances ordinales ou juridiques.

Dans une première partie, nous définirons le cadre de la profession de chirurgien-dentiste. Nous exposerons les obligations légales et déontologiques qui s'imposent aux praticiens et ce quelle que soit la forme de son exercice. Nous détaillerons particulièrement les éléments indispensables à la prévention et, le cas échéant, lors de la gestion d'un conflit, qui sont : l'information du patient, son consentement aux soins et le dossier médical. Ensuite, nous définirons les différentes responsabilités (civile, pénale, disciplinaire et administrative) qui engagent le chirurgien-dentiste face à ses patients.

La deuxième partie sera consacrée à la prévention des conflits. Nous commencerons par chiffrer l'augmentation de la sinistralité des chirurgiens-dentistes, en analysant l'évolution du nombre de déclarations faites par ces derniers à leurs compagnies d'assurance. Puis, nous différencierons les conflits dus à un défaut de communication de ceux dus à la qualité des soins. Dans les deux cas, nous en identifierons les causes principales et tenterons d'établir des règles afin de les éviter.

Enfin, dans la troisième et dernière partie, nous étudierons les différentes voies de contestation (amiable et contentieuse) que peut entreprendre un patient mécontent de son praticien. Pour finir, nous détaillerons le déroulement d'une procédure d'expertise.

Le cadre légal de la profession
de chirurgien-dentiste

1. Le cadre légal de la profession de chirurgien-dentiste

La profession de chirurgien-dentiste est une profession médicale, régie par les dispositions du Code de la santé publique. La capacité professionnelle du praticien est limitée à certains domaines fixés par la loi qui sont : « la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le Code de déontologie » (art. L.4141-1 du Code de la santé publique). Dans ce cadre ainsi tracé, le praticien agit en toute indépendance professionnelle. La responsabilité est le corollaire de la liberté. Il est donc normal que le praticien soit responsable de ses actes (1,2).

Nous allons détailler successivement les obligations et les responsabilités auxquelles sont soumis tous les chirurgiens-dentistes.

1.1. Les obligations du chirurgien-dentiste

1.1.1. Les textes officiels

1.1.1.1. Le Code de la santé publique (3)

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner, a réécrit en profondeur le Code de la santé publique. Les conséquences de la mise en application de cette loi modifient l'exercice quotidien du chirurgien-dentiste et pèsent sur la mise en oeuvre de sa responsabilité.

C'est un véritable tournant dans la relation médicale, la loi Kouchner affirme le droit des malades et soumet les praticiens à de nombreuses nouvelles obligations.

Les grandes nouveautés de cette loi, que nous détaillerons au long de cette thèse sont :

- l'obligation de souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle pour tous les professionnels de santé ;
- l'obligation d'information et de recueil du consentement éclairé du patient ;
- le droit des patients d'accéder directement à leur dossier médical et d'en disposer en totalité ;
- le droit à l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, c'est à dire l'accident médical sans faute ;
- l'obligation légale de formation médicale continue tout au long de sa vie professionnelle.

1.1.1.2. Le Code de déontologie

Le Code de déontologie était, à l'origine, une règle morale. Son inscription dans le Code de la santé publique (décret du 29 juillet 2004) en fait une règle de droits et de devoirs, dont les écarts sont sanctionnés par l'Etat, qui surveille et impose la déontologie professionnelle (3,4).

Le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes comprend actuellement soixante-dix-huit articles répartis en sept sous-sections. Dans l'ordre, nous avons : les devoirs généraux des chirurgiens-dentistes, les devoirs envers les malades, les devoirs en matière de sécurité sociale, les devoirs de confraternité, l'exercice de la profession, les devoirs envers les membres des professions de santé et les dispositions diverses.

Depuis sa création, le Code de déontologie a été modifié à de nombreuses reprises. Le dernier décret en date, modifiant une quinzaine d'articles, est paru au journal officiel le 14 février 2009.

Nous allons rappeler brièvement les grandes lignes des deux premières sous-sections (2).

1.1.1.2.1. Les devoirs généraux (2,3)

Le Code de déontologie débute par exposer que le chirurgien-dentiste est au service de l'individu et de la santé publique. Sa mission doit être exercée dans le **respect de la vie et de la personne humaine**.

Il rappelle la **dignité** avec laquelle il doit exercer. En effet, il y a bien des façons de déconsidérer sa profession par son comportement, comme par exemple, le fait de brutaliser un patient qui refuse de payer ses honoraires.

Le praticien doit exercer dans des conditions qui garantissent la **qualité** des soins et des actes dispensés, ainsi que la **sécurité** sanitaire des patients.

Le praticien a une obligation de **porter secours** à un patient en danger immédiat. Cette disposition implique une formation aux premiers secours.

Le Code impose également le respect du **secret professionnel** (sauf dérogations prévues par la loi). Celui-ci couvre « tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris » (article R.4127-206). C'est une notion de devoir général. Un praticien peut être poursuivi pour violation du secret professionnel par le Procureur de la République ou le Conseil de l'Ordre, même en l'absence de plainte d'un patient. De même, le praticien doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail ne trahissent pas le secret professionnel par ignorance ou par excès de zèle.

Le chirurgien-dentiste doit soigner tous ses patients avec la **même conscience**, sans discrimination aucune. Peu importe leur origine, leur moeurs, leur situation de famille, leur appartenance ou non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion, leur handicap, leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit entretenir et perfectionner ses connaissances, en participant, notamment à des actions de **formation continue**.

1.1.1.2.2. Les devoirs envers les malades (2,5)

En dehors de l'urgence et à condition de ne pas nuire, le praticien a le droit, pour des raisons personnelles ou professionnelles, de **refuser ses soins**. Il doit pour cela en avertir le patient et l'orienter vers un confrère à même de poursuivre les soins et, à qui seront transmises les informations utiles. C'est un droit commun de la profession libérale. Cependant, ce droit s'exerce en dehors de toute discrimination, qui elle, est strictement interdite.

Le Code déontologie rappelle l'obligation d'assurer des **soins éclairés** et **conforme aux données acquises de la science**. Le praticien ne doit jamais aller au delà de sa compétence. Le cas échéant, il doit faire appel à un praticien plus confirmé ou plus spécialisé.

Il doit exercer sa profession avec empathie et **humanité**.

Il est obligatoire pour le praticien, du seul fait de la convocation par le président du Conseil départemental de l'Ordre, de se prêter à une **tentative de conciliation** s'il rencontre un litige avec un patient et cela même si le patient n'a pas déposé plainte. Un manquement à cette règle constitue une faute déontologique.

Est également évoqué, son obligation d'alerter les autorités compétentes lorsqu'il soupçonne un cas de **maltraitance** chez un mineur.

Le Code de déontologie indique la nécessité d'obtenir le **consentement éclairé** du patient avant tout acte. En cas de refus, le praticien doit respecter ce droit après l'avoir informé des ses conséquences. Cette disposition sera évoquée et détaillée dans une autre partie.

La **liberté de prescription** concerne les médicaments et les traitements dans la limite de sa capacité professionnelle.

Il est énoncé que le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer ses **honoraires avec tact et mesure**. Pour les praticiens conventionnés, elle concerne uniquement les actes hors nomenclatures.

1.1.1.3. Le Code pénal (2)

Le Code pénal impose également le **secret professionnel**, au chirurgien-dentiste ainsi qu'à tous ceux qui concourent ou participent, directement ou indirectement, à la délivrance des soins. Comme l'établit l'article 226-13 du Code pénal :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

Dans l'exercice de ses fonctions, le chirurgien-dentiste est amené à réaliser des certificats, attestations ou **documents conformes** aux constatations qu'il est en mesure de faire. Il doit attester la réalité des faits sous peine de se voir infliger des sanctions prévues par l'article 441-1 du Code pénal :

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende."

Constitue également une infraction au Code pénal toutes **discriminations** en raison de l'appartenance ou de la non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion (article 225-1 du Code pénal).

1.1.2. L'obligation d'information et de recueil du consentement

L'information du patient est une obligation déontologique et légale, mais c'est également la condition préalable, essentielle, au consentement libre et éclairé.

1.1.2.1. L'obligation d'informer

L'obligation d'information est une construction prétorienne, c'est à dire créée par la jurisprudence, puis intégrée dans la loi. Elle est née suite à la multiplication des litiges, portés devant les juridictions, qui laissaient apparaître un défaut d'information notamment sur les conséquences des actes médicaux. Conséquences, qui, si elles avaient été connues par le patient ne l'auraient pas toujours fait adhérer au plan de traitement (6).

Le droit à l'information du patient va être consacré par la loi du 4 mars 2002. Au travers de l'article L 1111-2 du Code de la santé publique, est établi que :

« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

En pratique, cela signifie que le patient doit être informé :

- du diagnostic, du choix des modes d'investigation et de l'indication thérapeutique ;
- de la nature exacte des soins, des thérapeutiques, des interventions envisagées et des alternatives possibles ;
- des risques inhérents aux traitements. Il s'agit là des risques normalement prévisibles, c'est à dire ceux fréquents ou graves. Il est recommandé d'informer le patient des risques majeurs lors d'une consultation suffisant éloignée de la date de l'intervention, afin de lui laisser un délai de réflexion suffisant ;
- des précautions générales et particulières recommandées au patient ;

- des conséquences prévisibles en l'absence de traitement ;
- des modalités de prise en charge financière des solutions proposées : leurs coûts et les conditions de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie (7,8).

L'obligation d'information n'est pas limitée dans le temps. Elle concerne également les risques nouveaux, identifiés ultérieurement à l'acte, ainsi que les dommages imputables à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Le cas échéant, le patient devra en être informé au plus tard dans les quinze jours suivant sa découverte (article L 1142-4 du Code de la Santé publique).

L'obligation d'information concerne également les matériaux utilisés dans le cadre des soins. Ainsi, pour les actes incluant la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, telles que les prothèses, le praticien est tenu de conserver les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés ainsi que le lieu de fabrication. Ces documents doivent pouvoir être à la disposition du patient en cas de demande.

D'autre part, lors de la pose d'un implant, l'usage fait que le praticien remette au patient un « passeport implantaire » (annexe numéro 1), où il est précisé des éléments tels que la marque, le diamètre, la longueur, le numéro de lot et la nature du matériau qui compose l'implant (9).

L'urgence est une exception à l'obligation d'information. Lorsqu'un patient se présente, par exemple, avec une cellulite, un traumatisme ou un risque infectieux grave, l'information pourra être faite après les soins d'urgences (8).

1.1.2.2. Les modalités de la délivrance de l'information

- **Le cadre**

L'information doit être délivrée **oralement** par le praticien qui réalise l'acte médical lors d'un entretien individuel. Elle ne peut pas être déléguée à un tiers, néanmoins une reformulation par l'assistante dentaire est possible (9).

- **La qualité de l'information**

L'information délivrée doit être **claire et compréhensible**. Il faut éviter les termes trop techniques et les détails superflus. Le chirurgien-dentiste doit simplifier, répéter et échanger. Il doit s'assurer de la bonne compréhension de son patient. L'information orale peut être complétée par des outils didactiques (photographie, schéma, modèle) et par la remise de documents écrits au patient.

L'information doit être **appropriée** au patient. Le praticien doit tenir compte des particularités propres à chaque patient : âge, niveau socioculturel, handicap éventuel, dimension psychologique, compréhension de la langue française. Elle doit également être adaptée à la maladie et à son pronostic, au traitement et aux conséquences et/ou effets secondaires qui en découlent (7,9).

De plus, cette information doit être **loyale**. Le praticien ne doit ni mentir, ni « tromper » son patient en omettant sciemment de mentionner, par exemple, certains risques qui pourraient conduire le patient à refuser le traitement (10).

1.1.2.3. **La charge de la preuve**

- **Historique** (7,11)

Jusqu'en 1997, il incombait au patient de prouver que l'information médicale nécessaire n'avait pas été apportée. La charge de la preuve appartenait alors au demandeur, comme l'exposait l'article 1315 du Code civil : « *celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* ».

Le 25 février 1997, l'arrêt Hédreul **renverse la charge de la preuve** en établissant que « *celui qui est légalement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation vis à vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation* ». **Dorénavant, c'est au professionnel de santé de prouver qu'il a donné toutes les informations nécessaires au patient.**

Ce revirement de la jurisprudence a été repris dans la loi du 4 mars 2002 comme suit : « *en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen* » (art. L 1111-2 du Code de la santé publique).

- **Les éléments de preuve**

C'est au praticien d'apporter « par tout moyen » la preuve de l'information. Cette preuve résulte de la constitution d'un faisceau d'éléments précis et concordants, car aucun élément pris indépendamment n'a de valeur. Ces éléments sont soit matériels (fiche d'information, consentement éclairé, devis, dossier médical) soit non matériels (délai de réflexion) (12).

Légalement, aucun écrit prouvant la délivrance de cette information n'est obligatoire. D'autant plus que, même un document daté et signé par le patient n'a de valeur juridique. Toutefois, ils peuvent constituer des éléments venant s'inscrire dans le faisceau de preuve (7,13).

Pour les interventions lourdes, invasives ou à risques, il est conseillé de remettre au patient un document de consentement éclairé dans un langage simple et compréhensible. Il y sera manuellement ajouté les informations complémentaires et personnalisées qui auront été délivrées oralement lors de l'entretien individuel. On peut également y insérer des schémas explicatifs et les remarques faites par le patient avec le vocabulaire qu'il aura utilisé (10).

Le praticien doit pouvoir apporter la preuve que l'entretien individuel dans lequel l'information a été délivrée a bien eu lieu (7). C'est pourquoi, il est important de préciser dans le planning professionnel les consultations à visée informative (13).

D'autre part, il est indispensable de mentionner précisément dans le dossier médical le contenu de l'information délivrée lors de l'entretien, sa date et la présence éventuelle d'un accompagnant. C'est un élément supplémentaire

qui tend à prouver que le praticien a tout mis en oeuvre pour satisfaire à son devoir d'information (7,9).

1.1.2.4. Le défaut d'information

L'information du patient est devenue un droit. A ce titre, le défaut d'information est une faute, qualifiée de « faute d'humanisme » qui peut être sanctionnée et son préjudice, indemnisé (7).

La plupart du temps, les chirurgiens-dentistes perdent leur procès du fait d'un manque d'information préalable. Les avocats adverses le savent, et s'ils ont du mal à trouver une faute technique, ils plaident le défaut d'information (14).

- **La perte de chance**

La perte de chance est une notion de droit, directement et exclusivement, due à un défaut d'information. Pour le patient, la perte de chance est le fait d'avoir été privé d'une possibilité de ne pas subir le préjudice dont il est victime, parce que le professionnel de santé ne lui a pas proposé un traitement plus simple et/ou moins dangereux que celui qui a été réalisé et qui a occasionné le dommage. Le patient a perdu une chance de refuser l'acte (7,15).

La perte de chance est donc un préjudice incomplet et hypothétique. Le chirurgien-dentiste sera condamné à réparer une fraction du préjudice subi, correspondant à la probabilité que le patient aurait refusé le traitement s'il avait été correctement informé. Le calcul de ce préjudice se réalise en pourcentage et dépend de l'état du patient, de l'utilité ou de la nécessité du traitement, des alternatives possibles, de la capacité du patient à refuser, de l'urgence, etc.

La cour de cassation du 4 juin 2007, précise que seule « constitue une perte de chance réparable la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable », jugée suffisamment sérieuse (7,10).

- **Le préjudice d'impréparation**

Il correspond à la souffrance morale endurée lors de l'annonce du préjudice subi et dont le risque n'avait pas été annoncé avant l'acte de soin. Le patient se trouve confronté à un dommage qu'il n'avait pas pu anticiper psychologiquement, à défaut d'en avoir été informé. Le préjudice d'impréparation peut se cumuler au préjudice de perte de chance (7).

1.1.2.5. Le consentement éclairé (7,9,16)

Le consentement du patient est une condition indispensable à la mise en oeuvre du traitement. Il fait suite à l'information délivrée et doit être libre de toute contrainte ou pression.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (article. L 1111-4 du Code de la santé publique).

Fondé sur le principe d'autonomie, le patient décide avec le praticien de son traitement. Il est libre d'accepter ou de refuser un traitement, et de choisir entre différentes techniques et ce en toute connaissance de cause.

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement » (article L 1111-4 du Code de la santé publique).

Si le patient refuse les soins, le praticien se doit de l'informer des conséquences de son choix.

Pour un patient mineur ou majeur juridiquement « incapable », c'est le représentant légal qui recevra l'information et donnera, ou non, son consentement.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (article L 1111-4 du Code de la santé publique).

Cependant, il est essentiel de respecter que le patient à lui-même le droit de recevoir une information adaptée à son niveau de compréhension et à participer à la prise de décision.

« Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle » (article L 1111-2 du Code de la santé publique)

1.1.2.6. L'établissement du devis

L'information du patient comprend les coûts et les conditions de remboursements des régimes obligatoires d'assurance-maladie (article 1111-3 du Code de la santé publique) mais, n'inclut pas le remboursement des mutuelles complémentaires.

En application de l'article 7 de l'avenant n°2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, depuis décembre 2013, tous les chirurgiens-dentistes sont tenus de fournir au patient un **devis unique** pour tout traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires (annexe numéro 2).

Ainsi, il faudra présenter au patient un (ou plusieurs) devis, sur la base du devis unique, et préciser les actes pris en charge et ceux qui ne le sont pas. Avant de débiter le réalisation du traitement, il devra être daté et signé. Un

exemplaire sera donné au patient et l'autre sera conservé par le chirurgien-dentiste dans le dossier du patient (10,17).

Pour les traitements coûteux et importants, il convient de laisser au patient un délai suffisant entre la consultation informative et le début de l'intervention. Ce délai indique que le patient a pu disposer d'un temps de réflexion suffisant, durant lequel il aura pu solliciter le praticien pour toutes informations complémentaires. Il n'y a pas de durée légale à ce délai (8,10).

1.1.3. Le dossier du patient (18,19)

Le dossier médical est le lieu de recueil et de conservation des informations, administratives, médicales et cliniques, du patient. Il est créé au cours de la première consultation et s'enrichit ensuite de la traçabilité des différentes interventions effectuées.

Complet et actualisé, le dossier médical est une base de travail pour le praticien. Il contribue à la prise en charge optimale du patient et notamment à la continuité, l'efficacité et la sécurité des soins.

Le dossier est un outil de communication, de coordination et d'information entre les différents acteurs de santé, avec les patients et avec l'assurance maladie.

Le praticien doit être en mesure de pouvoir le communiquer au patient et aux instances officielles, qui pourraient être en droit de le demander. Lors d'un litige, c'est un élément incontournable à l'établissement de la responsabilité.

Enfin, le dossier permet de recueillir des données ante mortem, utiles dans les éventuelles procédures d'identification. En effet, l'odontologie médico-légale intervient lorsque les sujets n'ont pas d'identité ou ne sont plus reconnaissables. L'odontologiste va alors réaliser un bilan dentaire post-mortem qu'il va comparer avec les informations ante mortem collectées chez son chirurgien-dentiste traitant (15,16).

1.1.3.1. La tenue du dossier

Un dossier médical bien tenu participe directement à la qualité et à la sécurité des soins. C'est ainsi que son absence ou sa mauvaise tenue peut porter préjudice au praticien, voire en cas de contentieux, l'exposer à des sanctions (20).

Il n'existe pas de présentation unique et standardisée. Toutefois, il est important que le dossier soit clair et lisible et que les informations importantes et les alertes médicales y apparaissent en premier.

C'est un élément dynamique. Il doit être actualisé suivant le parcours de santé du patient. Sa présentation doit ainsi pouvoir être évolutive (19).

1.1.3.2. Le contenu du dossier

Contrairement aux établissements de santé, publics et privés, dont le décret du 29 avril 2002 précise les différents éléments qui doivent être retrouvés dans le dossier médical pour le chirurgien-dentiste exerçant dans un cabinet de ville, il n'y a pas de texte à valeur législative ou réglementaire qui indique ces éléments (21,22).

Néanmoins, il est recommandé que le dossier contienne (22,23) :

- L'**identification du patient** : nom, prénom, sexe, date de naissance, numéro de sécurité sociale ;
- Les **informations administratives** : adresse, téléphone, profession ;
- Les coordonnées du **médecin traitant** ;
- Une synthèse actualisée des **antécédents médicaux et chirurgicaux** du patient. Il convient de faire remplir au patient un questionnaire de santé détaillé que le praticien viendra compléter par un interrogatoire oral. Ce document devra être daté et signé. Il constitue une preuve que l'état de santé a été analysé et pris en compte par le praticien ;

- Les **habitudes de vie** : alimentation, alcool, tabac, drogue, piercing en bouche ;
- Les **prescriptions médicamenteuses** actualisées (celles du praticien et celles des autres médecins) ;
- Les **résultats des examens biologiques** prescrits par le chirurgien-dentiste ;
- Les échanges de **correspondances** avec les autres professionnels de santé ;
- Le **compte-rendu des consultations** (date, plaintes exprimées par le patient, résultat de l'examen clinique, recours aux spécialistes) ;
- Le résultat des **examens complémentaires** ayant servi à l'élaboration du diagnostic ;
- La nature des **actes réalisés** ;
- Les références des produits et/ou des matériaux utilisés au cours des actes pour assurer la **traçabilité**.

De plus, la réalisation d'un schéma bucco-dentaire initial, complété au fur et à mesure des soins effectués est recommandé. L'existence d'un schéma initial prouve que l'ensemble de la bouche a été examinée lors de la première consultation. La production de documents médicaux de qualité renvoie une image positive du praticien, en cas de réclamation du dossier.

Pour un patient non suivi par le praticien, qui arriverait en urgence, il est préconisé qu'au minimum une anamnèse médicale soit réalisée et notifiée dans le dossier avant la réalisation de tout acte thérapeutique (19).

1.1.3.3. La conservation et la sécurité des données

En droit français, les informations concernant la santé sont considérées comme des données sensibles et nécessitent un **haut niveau de sécurité** (24). Le responsable du traitement, ici le chirurgien-dentiste, est « *tenu de prendre toutes précautions utiles (...) pour préserver la sécurité des données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès* » (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifié par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004). Cela s'applique aussi bien aux dossiers papiers qu'aux dossiers informatisés car ils présentent une valeur juridique identique (23). Aucune erreur de programme informatique, ni aucune dysfonction du disque dur ne peuvent être considérées comme un argument recevable à la non-transmission d'un dossier médical (21).

Il n'existe aucun texte de loi qui précise le délai de conservation des dossiers médicaux. Le délai de prescription en matière de responsabilité médicale était de 30 ans. Avec la loi Kouchner, il a été abaissé à 10 ans, à compter de la date de consolidation du dommage. Cette dernière est définie comme le moment où les lésions se stabilisent sans évolution positive ou négative. En chirurgie-dentaire, cette date est difficilement déterminable, c'est pourquoi il est conseillé de conserver les dossiers pendant tout son exercice professionnel. En effet, en cas de litige, le dossier du patient reste le meilleur moyen qu'a le praticien pour apporter des preuves de ses traitements et en justifier les raisons (21,23).

1.1.3.4. L'accès au dossier médical (2,25)

Le droit des patients, d'accéder directement à leur dossier médical a été introduit par la loi Kouchner. Il est établi que « *toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé* » (article L1111-7 du Code de la santé publique, modifié par la loi du 5 juillet 2011).

Ce droit concerne les informations « *qui sont formalisées ou ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé...* ». La notion d'information formalisée, utilisée dans la loi, induit par déduction que celles non formalisées, comme par exemple les notes personnelles, n'ont pas à être communiquées au patient.

La consultation du dossier est gratuite si elle se fait sur place, cependant si le patient souhaite une copie du dossier les frais de reproduction et d'envoi sont à sa charge.

Concernant le délai de délivrance du dossier, le patient peut en obtenir communication dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

En cas de refus ou de non-réponse du praticien, le patient peut saisir le juge des référés (président du Tribunal de grande instance statuant en urgence) pour obtenir une décision judiciaire rapide le condamnant à remettre le dossier sous astreinte financière en cas retard.

La loi Kouchner, prévoit qu'en cas de décès du patient, ce droit à l'accès aux informations est transmis à ses ayants droit (dans les conditions prévues par l'article L1110-4 du Code de la Santé publique). Avec la loi Santé du 26 janvier 2016, ce droit s'est étendu au concubin et au partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).

1.1.4. L'assurance responsabilité civile professionnelle (6,21)

La loi du 4 mars 2002 a institué l'obligation pour tous les praticiens en exercice de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle, y compris lors d'un remplacement ou d'un salariat. Toutefois, avant d'intégrer le texte de loi, cette obligation existait déjà dans le code de déontologie des chirurgiens-dentistes. Parallèlement, les compagnies d'assurances ont l'obligation d'assurer tous les praticiens qui en feraient la demande (en vertu de la loi du 30 décembre 2002).

En cas de cessation d'activité, l'assurance continue à couvrir les actes qui ont été réalisés durant l'exercice professionnel et ce bien que le praticien ne soit plus adhérent à son assurance.

Les sociétés d'assurances ont mis en place un consensus, qui précise qu'en cas de changement de compagnie, la nouvelle société se substitue à l'ancienne et prend en charge tous les actes réalisés, y compris ceux réalisés avant la nouvelle souscription.

Toutefois, lorsqu'on souscrit à une assurance en responsabilité civile professionnelle, il faut être attentif aux montants des plafonds de garantie qu'elle propose et à la durée de la couverture avant de signer son contrat.

Par ailleurs, si un praticien présente une sinistralité trop importante, les assurances sont en droit de résilier son contrat. Dans ce cas, le praticien devra se tourner vers un autre assureur. Si le professionnel de santé fait l'objet de deux refus, il pourra se tourner vers le Bureau Central de Tarification (BCT) qui désignera un assureur et déterminera le montant de la prime d'assurance.

1.2. La responsabilité du chirurgien-dentiste

La responsabilité, c'est l'obligation de répondre de ses actes, c'est à dire d'en assumer toutes les conséquences, principalement dans les cas où ceux-ci sont condamnables soit moralement, soit légalement (26).

La responsabilité peut être source d'**indemnisation** (responsabilité civile ou administrative) ou source de **sanction** (responsabilité pénale et/ou disciplinaire). La première consiste à indemniser financièrement un dommage causé par un tiers et la seconde consiste à sanctionner des comportements réprimés par la société (27).

La responsabilité civile, pénale et disciplinaire peuvent être encourues pour les mêmes faits et donner lieu à une triple poursuite et à une triple condamnation : des dommages et intérêts, une peine et une sanction disciplinaire (1).

1.2.1. La responsabilité civile

La responsabilité civile du chirurgien-dentiste est engagée lorsque le patient a subi un préjudice de nature physique, morale, esthétique, d'agrément ou économique, qu'il soit grave ou minime. Elle vise à demander la condamnation du praticien à payer les **dommages et intérêts** subis par le patient, proportionnellement à sa gravité (10).

Nous allons voir en premier les évolutions qui ont amené la responsabilité civile contractuelle à une responsabilité légale, puis, la responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle. Pour finir, nous traiterons la mise en cause de la responsabilité.

1.2.1.1. La responsabilité légale

Le 20 mai 1936, l'arrêt Mercier définissait la relation juridique entre un médecin et son patient comme étant une relation contractuelle. Naissait alors le contrat de soin. Il impliquait des obligations et une **responsabilité civile contractuelle**. Il fut établi comme tel :

« Il se forme entre le médecin et son patient, un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui

donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ; la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».

Le contrat de soin fut spécifié à l'exercice de la médecine bucco-dentaire par l'arrêt du 14 mars 1967. Il entraînait pour le chirurgien-dentiste l'obligation de dispenser « *des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et aux données de la science* » (28).

Le fondement contractuel de la responsabilité du chirurgien-dentiste fut appliqué par la jurisprudence pendant plus de 70 ans, avant d'être abandonné en juin 2010 au profit d'un fondement légal issu de la loi du 4 mars 2002. Près de 9 ans après son entrée en vigueur, la Cour de cassation décide d'en appliquer les dispositions (1). C'est en ces termes qu'elle affirme dans son rapport annuel de 2010 que : « pour les soins dispensés après le 5 septembre 2001, date d'entrée en vigueur de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, la responsabilité des professionnels de santé est devenue une **responsabilité légale**. Les obligations de ces derniers sont en effet entièrement définies par la loi, de sorte que le fondement contractuel, qui a pu s'imposer naguère, revêt à présent un caractère artificiel » (29).

En pratique, le fait de ne plus faire référence à une relation contractuelle issue du Code civil mais à une relation encadrée par des dispositions légales propres issues du Code de la santé publique, ne change rien aux droits et aux obligations du chirurgien-dentiste.

1.2.1.1.1. L'obligation de moyens

L'arrêt Mercier avait défini l'obligation de moyens comme l'engagement de délivrer des soins « *consciencieux, attentifs et (...) conformes aux données acquises de la science* ». Suite au revirement jurisprudentiel, l'obligation de

moyens est désormais régie par l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique, en vertu duquel : « *toute personne a (...) le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des **connaissances médicales avérées*** » (1). Cette référence aux « *connaissances médicales avérées* » sous-entend que tout ce qui est mis en oeuvre par le praticien à savoir les actes, les techniques et les produits ont reçu l'aval d'une série d'expérimentation et qu'il existe des articles de consensus à ce sujet (30).

L'obligation de moyens est fondée sur le principe que tout acte médical peut être affecté d'un aléa thérapeutique. Ainsi, le praticien s'engage à tout mettre en oeuvre pour parvenir au résultat escompté et non à assurer directement ce résultat (1).

En pratique, cette obligation de moyens concerne l'acte de soin dentaire au *stricto sensu*. Par son caractère facultatif, le domaine de l'esthétique est soumis, non pas à une obligation de résultat, mais à une obligation de moyens très renforcée, tout du moins à une obligation de non-dégradation esthétique (31).

1.2.1.1.2. L'obligation de résultat (1,30,32)

Lorsque la nature de la prestation exclut tout aléa thérapeutique, s'impose alors une obligation de résultat. C'est le cas des **prothèses** dentaires où la jurisprudence a mis à la charge du chirurgien-dentiste une **obligation de résultat quant à la conception et à la réalisation de l'élément prothétique**.

D'autre part, l'obligation de résultat concerne également la **sécurité** du patient. Il est imposé au chirurgien-dentiste d'amener son patient au terme de l'intervention, sain et sauf de tout dommage autre que celui pouvant résulter des aléas propre à l'intervention.

1.2.1.2. La responsabilité civile délictuelle ou quasi-délictuelle

La responsabilité civile délictuelle ou quasi-délictuelle concerne les situations où une personne cause injustement un dommage à autrui en dehors de la relation médicale au *stricto sensu*. Son fondement légal est issu de l'article 1240 du Code civil :

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

Si le chirurgien-dentiste cause un dommage de façon intentionnelle, c'est un délit et il engage sa responsabilité délictuelle. Si, au contraire, ce dommage est involontaire, c'est un quasi délit et le praticien engage sa responsabilité quasi délictuelle (33).

Elle peut être engagée **à l'égard** du patient. C'est le cas classique de la tâche d'hypochlorite de sodium sur le vêtement du patient. La responsabilité du praticien peut également être recherchée sur le terrain délictuel **par un tiers** à qui l'acte du chirurgien-dentiste a causé un préjudice. Ce peut être la victime d'un faux certificat ou d'une fausse déclaration. Mais également, suite au décès d'une personne le lendemain d'une extraction dentaire, par ses ayants-droits agissant au titre de leurs préjudices personnels (1).

1.2.1.3. La mise en cause de la responsabilité civile

Hormis l'obligation de résultat, où la responsabilité du chirurgien-dentiste est engagée du seul fait de la non-réalisation du résultat promis, la responsabilité civile ne peut être engagée qu'à condition de l'existence d'un fait dommageable, d'un préjudice et d'une relation de causalité entre les deux (1).

1.2.1.3.1. Le fait dommageable (1,30)

De manière générale, la faute peut être définie comme la conduite qui s'écarte du standard de référence admis par la profession, c'est à dire, celle que n'aurait pas eu un praticien, avisé et consciencieux, placé dans les mêmes conditions. On distingue le manque au devoir d'humanisme de la faute technique.

- **Le manquement au devoir d'humanisme**

Les plus fréquemment retenus par les juges sont le défaut d'information et le défaut de consentement. C'est également le refus de soins et la violation du secret professionnel, indépendamment de leurs conséquences pénales et disciplinaires.

- **La faute technique**

La faute technique est celle commise par le praticien dans le cadre de son obligation de moyens à délivrer des soins selon les connaissances avérées de la médecine. Elle concerne l'établissement d'un diagnostic, le choix des méthodes d'investigations et de traitement, ainsi que sa mise en oeuvre, la maladresse ou encore la surveillance du patient.

1.2.1.3.2. Le préjudice

Le système juridique français oblige à la réparation du dommage, c'est à dire à la compensation de l'état de préjudice qu'il a créé. L'indemnisation doit donc permettre un retour au moins virtuel à l'état antérieur de la personne victime (34).

En 2006, fut élaborée une nomenclature commune des préjudices corporels, dite **nomenclature Dintilhac**. Son objectif consiste à harmoniser les critères d'indemnisation des préjudices corporels afin de parvenir à une égalité de traitement entre les victimes d'un même dommage (34). Cette nomenclature recense vingt chefs de préjudice corporel. Dix sont de nature **patrimoniale** (préjudices directement liés à une somme d'argent engagée ou perdue : dépense de santé, perte de gains professionnels, etc) et dix sont de nature **extrapatrimoniale**. Chacune de ces deux catégories se divise en trois chefs de préjudice temporaire et sept permanents (1).

Les principaux postes qui concernent l'expertise odontologique sont les préjudices esthétiques (temporaire et permanent), les souffrances endurées ou les dépenses de santé actuelles et futures qui peuvent atteindre des sommes importantes de notre spécialité (30).

1.2.1.3.3. Le lien de causalité (1,29)

Le lien de causalité entre le fait dommageable et le préjudice doit être direct et certain. La preuve du lien causal doit être établie par des moyens indiscutables. C'est, principalement, l'expertise qui permet sa mise en évidence, de façon à exclure tout ce qui serait du à l'aléa ou à l'évolution d'une affection.

Le lien de causalité obéit aux **règles de droit commun**. On admet généralement que, pour qu'il y ait causalité, il faut qu'il y ait eu un fait qui fut la condition nécessaire du dommage et sans lequel il ne se serait pas produit. Ce dommage peut être « distant » dans le temps de la faute initiale.

Toutefois, un préjudice résultant du **défaut d'information** ne peut se confondre avec celui causé directement par l'acte fautif. L'obligation d'information étant une obligation légale, l'arrêt du 3 juin 2010 affirme que son non respect cause nécessairement à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice.

1.2.2. La responsabilité pénale (35,36)

La responsabilité pénale est recherchée pour les faits qui présentent les caractères d'une infraction. L'action pénale, de par sa finalité répressive et punitive est très encadrée par la loi. Les infractions et les peines encourues sont toujours régies par un texte de loi, provenant essentiellement du Code pénal. Pour que la responsabilité pénale puisse être retenue il faut que la faute que la faute pénale soit caractérisée et que ces agissements fautifs aient occasionnés une atteinte corporelle du patient.

1.2.2.1. L'atteinte à l'intégrité physique

Les infractions d'atteinte à l'intégrité physique, volontaires ou involontaires, sont les **infractions les plus graves**. Rarement retenues par les tribunaux à l'encontre des chirurgiens-dentistes, elles se traduisent par une incapacité totale de travail ou par un décès (37).

1.2.2.1.1. Volontaire (1,35)

L'exercice de la chirurgie dentaire rend licite l'atteinte volontaire à l'intégrité physique lorsqu'elle est justifiée par la nécessité médicale (art. 16-3 Code civil).

La volonté d'infliger une souffrance, qui caractérise l'infraction pénale, ne peut être confondue avec la conscience qu'à celui qui effectue un acte sur autrui à une toute autre fin, de la douleur que cause néanmoins cet acte. A titre d'exemple, une extraction douloureuse réalisée dans les règles de l'art ne peut être confondue avec une volonté d'infliger une souffrance.

Ainsi, c'est extrêmement rare que le chirurgien-dentiste inflige à son patient des violences par animosité. On peut citer comme exemple, le praticien mécontent du refus de paiement de ses honoraires par son patient qui arrache violemment les prothèses posées et commet un délit de blessures volontaires

1.2.2.1.2. Involontaire

Les dispositions du Code pénal relatives à l'homicide et aux blessures causées par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation d'une règle de prudence ou de sécurité (article 221-6 du code pénal) sont applicables au chirurgien-dentiste dans le cadre de son exercice professionnel (1). Bien que très rare en chirurgie-dentaire, en cas d'accident mortel d'origine thérapeutique le praticien peut être condamné pour homicide involontaire (37).

1.2.2.2. Les autres infractions liées à l'exercice de la profession (1)

Nous distinguons deux grandes catégories : les **infractions relatives à l'accès de la profession** et les **délits commis à l'occasion de l'exercice professionnel**. Concernant ces-derniers les faits pouvant donner lieu à un contentieux pénal sont multiples.

Les délits commis à l'occasion de l'exercice professionnel concernent :

- la violation du secret professionnel
- les faux et usages de faux
- les fraudes à la sécurité sociale
- la discrimination et le refus de soin
- l'exercice illégal d'une autre profession

1.2.3. La responsabilité disciplinaire (1,27)

La principale mission de l'Ordre est d'assurer le respect des principes déontologiques par tous les praticiens. La responsabilité disciplinaire peut être recherchée en cas de faute disciplinaire. La faute disciplinaire est un manquement aux règles du Code de déontologie. Elle peut être en rapport avec notre vie professionnelle mais également avec notre vie privée lorsque la faute porte atteinte à l'image et à la probité de la profession.

Les instances ordinales sont des juridictions spécialisées. Les sanctions disciplinaires que peuvent encourir un praticien sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire avec ou sans sursis, l'interdiction permanente, la radiation de l'ordre.

1.2.4. La responsabilité administrative (27,38)

Un praticien exerçant dans un établissement de santé public est considéré, dans le cadre de son exercice professionnel, comme un agent administratif. Sa responsabilité propre ne peut être engagée. En effet, c'est l'hôpital qui porte la responsabilité de ses agents. Protégé par ce statut d'agent, il ne peut en aucun cas être soumis à une responsabilité administrative à titre personnel.

Toutefois, le praticien peut engager sa responsabilité disciplinaire, pénale et/ou civile en cas de faute jugée « détachable ». Est, notamment, considérée comme détachable au service, la faute qui par sa gravité outrepassé l'activité normale du praticien et qui révèle un manque extrêmement grave à ses obligations professionnelles.

**Identifier les principaux risques et
prévenir les conflits**

2. Identifier les principaux risques et prévenir les conflits

Afin d'anticiper les éventuels malentendus et de prévenir efficacement les conflits, il est nécessaire d'en connaître les principales causes. Pour cela, nous allons commencer par faire l'état des lieux de la sinistralité en chirurgie-dentaire entre 2005 et 2015. Puis, nous détaillerons les principales causes de malentendus qui peuvent engendrer un conflit. De cette façon, nous pourrions dégager quelques règles générales à appliquer lors de la prise en charge d'un patient. Pour finir, nous nous intéresserons aux litiges cliniques, nous verrons quels sont les principaux manquements constatés et comment les éviter.

2.1. Evolution de la sinistralité entre 2005 et 2015

Connaître la sinistralité de la profession permet de prendre conscience de son importance afin de comprendre l'utilité de sécuriser son exercice au quotidien.

2.1.1. Les données statistiques de la MACSF

Le groupe MACSF-Le Sou Médical publie annuellement un « panorama des risques professionnels en santé » dans lequel sont recensés tous les sinistres déclarés en responsabilité civile professionnelle par les sociétaires professionnels, dont les chirurgiens-dentistes (39).

Nous pouvons considérer que ces chiffres sont représentatifs puisque la MACSF couvre 68,7% des 41 495 chirurgiens-dentistes exerçant en France en 2016 (40,41).

Nous allons observer l'évolution de la sinistralité entre 2005 à 2015.

- **Nombre de déclaration**

Tout d'abord, avec un nombre de sociétaires relativement stable, le nombre de nouvelles déclarations faites à la compagnie d'assurance a augmenté de 66,56% sur cette période (1077 en 2005 contre 1618 en 2015).

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de sociétaires	25 008	25 949	25 091	24 945	25 246	25 616	25 732	25 108	25 467	25 671	28 508
Nombre de déclarations	1 077	1 061	1 051	1071	1 081	1 087	1 309	1 484	1 527	1 622	1 618

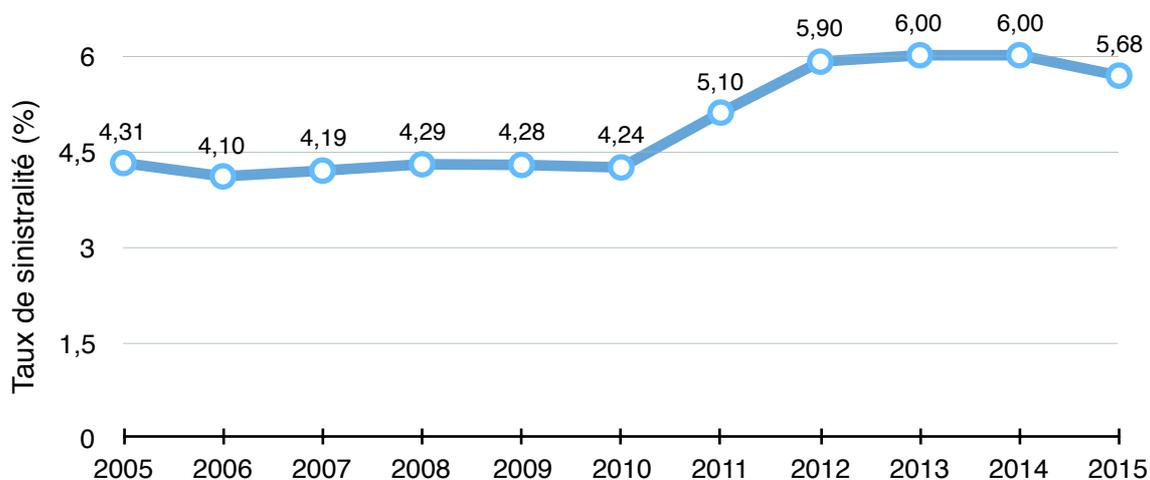
(Données établies à partir des rapports d'activités MACSF - Le Sou Médical de 2006 à 2016)

Si le nombre de nouvelles déclarations étaient stables jusqu'en 2010, on constate une nette augmentation en 2011 (+ 20,4% en un an), confirmée en 2012 (+ 13,7%). Augmentation qui se modère en 2013 (+ 3%) et 2014 (+ 6,1%) avant de redescendre très légèrement en 2015 (4 déclarations de moins que l'année précédente) (42,43).

- **Taux de sinistralité**

Les précédents chiffres nous permettent de calculer le taux de sinistralité : rapport entre le nombre de sociétaires et le nombre de nouvelles déclarations faites sur la même année.

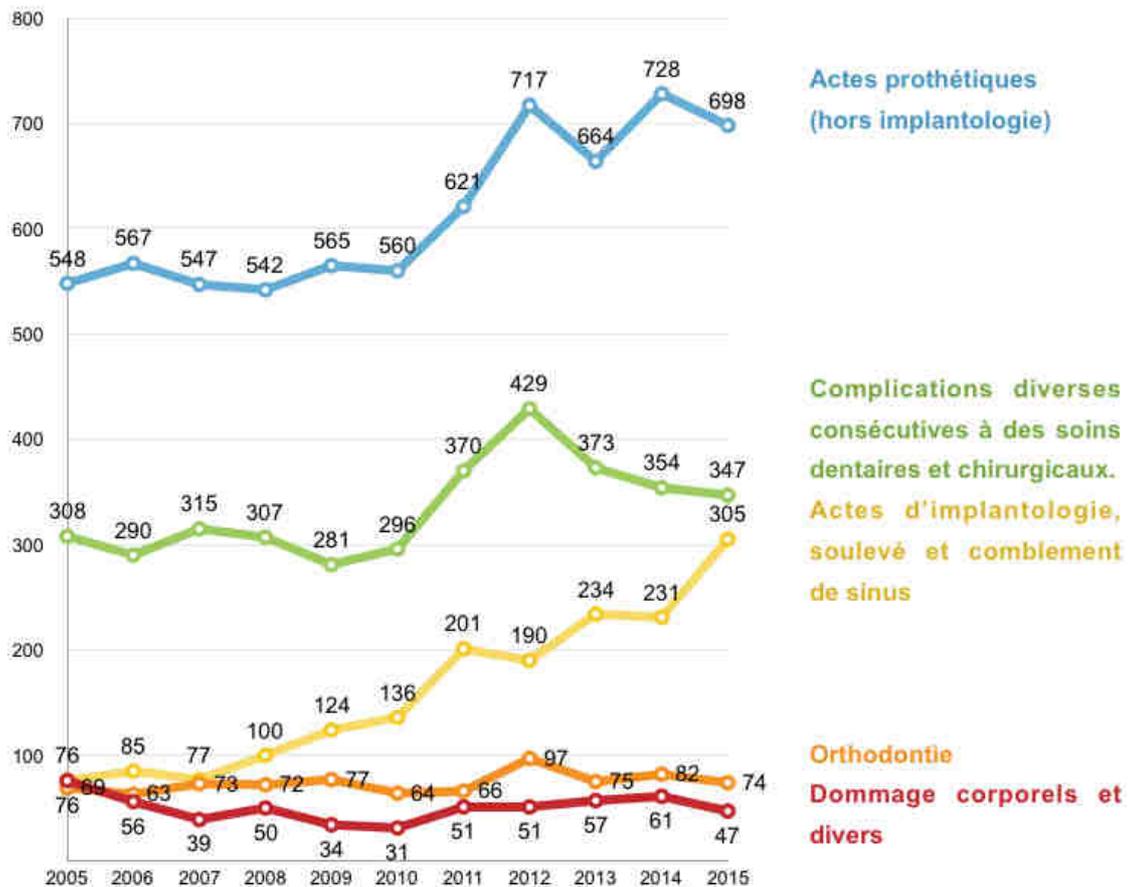
Taux de sinistralité des chirurgiens-dentistes de 2005 à 2015



Par ce graphique, est illustrée l'augmentation du taux de sinistralité entre 2010 et 2012, taux qui se stabilise à cette date, mais à un niveau plus élevé qu'en 2005.

- **Répartition des nouvelles déclarations faites à MACSF**

Afin de comprendre l'augmentation de la sinistralité de la profession, nous allons analyser la répartition de ces déclarations selon cinq grandes catégories : les actes prothétiques (hors implantologie), les complications diverses consécutives à des soins dentaires et chirurgicaux (hors implantologie), les dommages corporels et divers, l'orthodontie et l'implantologie.



Répartition des nouvelles déclarations faites à la MACSF entre 2005 et 2015

(Données établies à partir des rapports d'activités MACSF - Le Sou Médical de 2006 à 2016)

Comme l'illustre ce graphique, le domaine qui connaît la plus forte ascension est l'**implantologie**. Dans cette catégorie le nombre de nouvelles déclarations s'est littéralement envolé en 10 ans. On est passé de 76 nouvelles déclarations en 2005 à 305 en 2015, soit une augmentation de plus de 400%.

Cette augmentation est directement liée à la « démocratisation » de l'implantologie. En effet, de plus en plus de chirurgiens-dentistes posent des implants et ses indications n'ont cessé de s'étendre, repoussant toujours plus loin ses limites. C'est dans ce souci de rendre l'implantologie accessible à tous que l'on peut se demander si tous les cabinets sont suffisamment prêts et adaptés à des pratiques chirurgicales complexes (salles dédiées, plateau chirurgical complet, etc).

En terme de nombre, ce sont les actes prothétiques qui sont le plus impactés par la sinistralité. On observe une augmentation de 27,4% en 10 ans (548 en 2005 contre 698 en 2015). Tout comme l'implantologie, ces actes étant peu ou pas pris en charge par la sécurité sociale, les patients ont une exigence accrues en terme de résultat (42).

Puis, dans une moindre mesure, on déplore une augmentation de 12,7% (308 en 2005 contre 347 en 2015) du nombre de nouvelles déclarations relatives aux complications diverses consécutives à des soins dentaires et chirurgicaux (fractures d'instruments, perforations radiculaires, erreurs d'extraction, etc).

Pour finir, le nombre de déclarations qui fait suite à des dommages corporels ou à divers, ou à de l'orthodontie est stable.

2.1.2. Les facteurs responsables de cette évolution

Tout d'abord, la relation qui unit un patient à son praticien a évoluée. Dans notre société actuelle, le consumérisme médical devient la norme et les professions médicales sont de plus en plus considérées comme des prestataires de soins. La législation française, ayant amené les patients au coeur de la décision thérapeutique (par le devoir d'information, le consentement éclairé et le devis obligatoire), associée à un accès favorisé à de nombreuses sources d'informations (par le biais d'Internet essentiellement) en font des « patients-consommateurs » avertis. Ils n'accordent plus une confiance aveugle en leurs praticiens et revendiquent naturellement des comptes sur la manière dont ils sont soignés (42,44).

Nous pouvons également nous demander si l'image de la médecine toute-puissante n'exacerberait pas les attentes ? Au risque d'entraîner bien des déceptions lorsque les résultats ne sont pas à la hauteur (45). En effet, on oublie parfois qu'en corollaire des progrès accomplis, les techniques médicales et chirurgicales deviennent aussi plus complexes, ce qui augmentent les risques d'échecs ou d'accidents (6).

De plus, en cas de mécontentement, les patients trouvent facilement des relais parmi les associations de victimes d'accidents médicaux ou auprès de leur assureur en protection juridique. Ils sont alors mieux accompagnés pour entreprendre d'éventuelles démarches (42).

Par ailleurs, Philippe Pommarède (ancien directeur du Sou médical - groupe MACSF) dénonçait déjà en 2011, le manque de confraternité de certains praticiens exerçant dans les grandes métropoles surmédicalisées. Selon lui, « des praticiens, malheureusement plus nombreux qu'auparavant, n'hésitent plus, au mépris du Code de déontologie, à dénigrer les travaux de leurs confrères, ce qui peut motiver les patients à se diriger vers la solution du contentieux ». Ces dits-praticiens, étant certainement animés par l'espoir de refaire eux-mêmes les travaux (42).

Pour finir, devant ces chiffres en croissance constante, nous devons nous interroger sur la question de la formation initiale et continue, car il est de la responsabilité de chaque praticien de connaître ses propres limites, mais également de renforcer ses compétences afin d'améliorer sa pratique. En effet, c'est l'indication thérapeutique inadaptée qui va générer le contentieux (43).

2.2. Anticiper la contestation

2.2.1. Le défaut de communication

Selon l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, les principales causes de différends qui proviennent d'un défaut de communication sont : la mauvaise compréhension des informations fournies par le praticien, les complications survenant au cours des soins et modifiant significativement le plan de traitement et son coût, la perte de confiance du patient vis-à-vis de son praticien ainsi que les problèmes relationnels et la rupture du dialogue (46).

2.2.1.1. Mauvaise compréhension de l'information

Une information inexistante, incomplète ou partiellement occultée, est l'une des sources principales de contentieux. Elle concerne généralement les différentes possibilités de traitement, leurs coûts, leurs durées, les suites possibles, les gênes et contraintes subies ainsi que les solutions transitoires (46,47).

La **communication** est le maître mot dans la prévention des conflits. Il faut prendre le temps de tout expliquer au patient, de façon claire et adaptée. Les échanges diminuent considérablement les conflits et assurent également une adhésion totale du patient au traitement mis en oeuvre (14). Afin de limiter les erreurs de compréhension, il est judicieux de se servir de supports didactiques tels que des modèles ou des représentations schématisées de la solution thérapeutique.

2.2.1.2. Modifications du plan de traitement

Les complications survenant au cours des soins et modifiant de façon importante la planification du traitement et son coût, sont également sources de contentieux (46). Or, le praticien ne peut jamais assurer qu'aucune modification n'interviendra dans son plan de traitement initial. C'est pourquoi, il doit prévenir le patient en amont, de l'éventualité d'un changement qui sera fonction de l'évolution de la situation. De cette manière, le patient ne prendra pas cette modification comme une non pertinence de l'analyse initiale de la situation mais comme une évolution.

2.2.1.3. Perte de confiance en son praticien (47,48)

Lorsqu'il consulte son chirurgien-dentiste, le patient sait qu'à un moment ou à un autre, il va devoir s'allonger sur le fauteuil, accepter que des instruments anxiogènes soient utilisés dans sa bouche et selon le cas se faire opérer, sous anesthésie, en tout état de conscience. Le praticien risque d'être invasif, du moins dans l'imaginaire du patient.

Ainsi, la confiance en son praticien est une condition *sine qua non*. C'est elle qui conditionne positivement le déroulement des soins. Cette confiance ne se limite pas à l'assurance que le praticien soit un bon technicien, que son geste et son diagnostic soient sûrs, elle s'établit sur le plan humain et par la qualité de la relation créée.

Il serait illusoire de penser qu'une relation ancienne ou familiale, en apparence solide, ancrée, puisse être indestructible. Elles sont tout autant fragiles que les autres.

La perte de cette confiance est une notion subjective, pourtant, exprimée dans de nombreux cas de litiges.

2.2.1.4. Problèmes relationnels et rupture du dialogue

En cas de mécontentement du patient, il est primordial de **ne jamais perdre le contact**. Une fois perdu, il est rare de pouvoir le restaurer et c'est le plus souvent à partir de cette rupture que la machine contentieuse risque de se mettre en marche. Le contentieux engagé n'est pas propice au dialogue dans des conditions sereines et objectives. Le contact doit exister bien en amont (36).

Lorsque le travail est repris ou refait par le praticien, suite à l'insatisfaction d'un patient qui estime de manière justifiée, que le résultat n'est pas à la hauteur de ses attentes, la plupart du temps le contact est maintenu et l'affaire est close (26).

2.2.2. Les règles générales à la prise en charge d'un patient

Nous allons établir quelques règles générales à appliquer lors de la prise en charge d'un patient. Elles peuvent paraître évidentes, pourtant, les rapports d'expertises des praticiens assignés montrent que bien souvent elles ne sont pas respectées (49).

2.2.2.1. Avant le début du traitement (48,49)

Tout d'abord, il est important de bien écouter son patient, afin de **cerner ses demandes** et attentes.

Ensuite, il convient de **définir un plan de traitement** simple et compréhensible par le patient. Cela signifie, exposer les différentes solutions thérapeutiques envisageables, étape par étape, séance par séance et préciser leurs avantages et leurs inconvénients. Il est important de ne pas occulter une solution, même celle qui paraît la moins indiquée. Expliquer objectivement les éventuels désagréments collatéraux et les manifestations secondaires possibles réduit de manière significative les litiges potentiels.

L'information délivrée doit être entièrement comprise. Pour cela, il faut prendre son temps, parler lentement et distinctement. Les explications peuvent être complétées par des schémas, des modèles ou des vidéos.

Puis, afin de **s'assurer que le patient a bien compris**, il peut être utile de l'inviter à **reformuler**. Cette technique, bien utile, consiste à faire répéter le patient, ce qui permet de vérifier le niveau de compréhension et de corriger les éventuelles interprétations.

Si le patient souhaite connaître l'avis personnel du chirurgien-dentiste concernant le choix de la thérapeutique, il convient de l'orienter vers celui qui est le mieux adapté à la situation clinique et à l'âge.

Etablir un **devis clair et précis** pour chacune des solutions proposées. Laisser au patient un délai de réflexion, de maturation (sauf situation d'urgence) afin qu'il puisse réfléchir au(x) traitement(s) proposé(s). Lors de la validation du plan de traitement, le devis doit être signé par le patient et le praticien avant le début des soins

Dans certains cas, le patient peut contraindre le praticien à opter pour une solution qu'il estime non satisfaisante. Il est préférable de refuser un plan de traitement plutôt que d'accepter un compromis pour faire plaisir au patient. Céder pour une mauvaise solution, c'est s'exposer à court ou moyen terme à passer du temps à réparer, renforcer, améliorer voire reprendre le traitement.

2.2.2.2. En cours de traitement (48)

Le chirurgien-dentiste doit travailler dans le respect des recommandations de bonnes pratiques. Le patient ne pouvant voir ce que fait le praticien dans sa bouche, l'explication de l'ensemble des gestes effectués, des plus simples aux plus complexes, en passant par les instruments utilisés est une approche sécurisante pour lui.

A la fin de la séance, il est intéressant de résumer ce qui a été fait et de prévenir les réactions éventuelles au traitement. Puis, expliquer les étapes qui seront réalisées lors des séances suivantes permet, une fois de plus, d'anticiper les erreurs de compréhension du patient.

Il est également conseillé de l'informer des limites du traitement. Si l'on construit une prothèse sur une base très faible il est impératif de l'expliquer en réservant notre pronostic à moyen et à long terme.

2.2.2.3. En fin de traitement

Une fois les soins terminés, il faut prévenir le patient des éventuelles complications post-opératoires. Comme par exemple le descellement d'une provisoire, des sensibilités résiduelles après restauration sur des dents vitales ou d'un inconfort à la pose d'une prothèse immédiate. Après un traitement lourd, il est du rôle du praticien d'assurer la prévention de la douleur par la prescription adaptée d'antalgiques.

Il est important que le praticien assure un contrôle post-opératoire. Pour cela, il peut soit lui donner un rendez-vous de contrôle ou s'assurer par téléphone que tout va bien.

2.3. Prévenir les litiges cliniques

En dehors des plaintes qui résultent d'un défaut de communication, de nombreuses plaintes portent directement sur la qualité des soins.

2.3.1. Les principales contestations liées à la qualité de soins

Les trois principaux actes mis en cause dans les sinistres déclarés sont les réhabilitations prothétiques, les soins endodontiques et les réhabilitations implanto-portées.

2.3.1.1. Les réhabilitations prothétiques (50,51)

Les réhabilitations prothétiques (hors implantologie) constituent plus d'une déclaration sur deux. Et, parmi ces réhabilitations prothétiques, ce sont les **prothèses conjointes** qui représentent 77% des déclarations en 2015 (avec 536 déclarations sur 698 dans la catégorie des litiges prothétiques).

En cause, le scellement des prothèses sur des piliers dentaires en dépit de la non conformité des actes endodontiques réalisées (perforation radiculaire, obturation radiculaire non conforme). Ce qui provoque ultérieurement des pathologies infectieuses évolutives entraînant la dépose des travaux, la reprise des obturations et le renouvellement les prothèses si le pilier dentaire est conservable, sinon l'extraction et le remplacement (par un implant, un bridge ou une prothèse adjointe). Mais également, le scellement en dépit d'une préparation non conforme des piliers dentaires, d'un défaut d'ajustage cervicale (récidive de carie ou descellement itératif en dépit d'une mauvaise étanchéité périphérique) ou d'occlusion, ou d'une conception technique inadaptée (embrasure, point de contact...).

2.3.1.2. Les soins endodontiques (50,51)

Les soins endodontiques sont les deuxièmes plus nombreux. Ils font parties du groupe des complications suite à des actes de soins ou de chirurgies.

Dans ce groupe, les litiges se divisent selon ces catégories :

- Fracture d'instrument avant réalisation d'une phase prothétique éventuelle : 121 déclarations
- Faux canal et perforation radiculaire (hors préparation prothétique) : 34 déclarations
- Dépassement apical lors d'obturation canalaire, sans incidence sinusienne : 12 déclarations (dont 10 rapportant une lésion du nerf alvéolaire inférieur).
- Contestation portant sur la conformité de l'obturation à terme : 16 déclarations
- Dépassement intra sinusien de pâte canalaire ou de gutta : 13 déclarations

Lorsqu'on additionne toutes ces déclarations, on obtient un total de 195. Si l'on ajoute à cela les 210 déclarations qui résultent de la nécessité de renouveler une prothèse conjointe suite à une aggravation endodontique. On obtient 405 déclarations. Cette approche statistique transversale nous permet de déduire que 28% de l'ensemble des déclarations faites au titre d'un sinistre thérapeutique sont dues à des soins endodontiques.

2.3.1.3. Les réhabilitations implanto-portées (51,52)

L'étape chirurgicale est mise en cause dans 50% de l'ensemble des déclarations concernant les actes d'implantologies : Insuffisances d'indications ; positionnements ou axes non corrects d'emblée ; positionnements corrects mais incompatibles avec le projet prothétique ; absence ou insuffisance d'ostéo-intégration.

L'étape prothétique est mise en cause dans 35% des cas : inadaptation des superstructures (scellées ou transvissées) sur l'élément implantaire, déséquilibre occlusal

Enfin, dans 13% des cas, ce sont les deux étapes qui sont mises en cause.

2.3.2. Comment éviter ces principaux manquements ? (23)

Les principaux manquements résultent d'une méconnaissance ou d'un non-respect des recommandations de bonnes pratiques et/ou des obligations médico-légales. Lorsque la qualité des soins est mise en cause, encore une fois, la présentation d'un dossier médical bien tenu permet de témoigner de la cohérence du traitement, de la qualité du suivi et de sa périodicité.

Voici quelques conseils spécifiques à chacun des trois principaux actes cités, lors de la réalisation clinique.

Pour les réhabilitations prothétiques :

- Réaliser des clichés radiographiques pour évaluer la valeur intrinsèque et extrinsèque de chaque pilier.
- Ne pas conserver et inclure dans une restauration de grande étendue des piliers avec un support parodontale réduits ou pire, des lésions apicales.
- Obtenir l'approbation du patient avant un scellement définitif ou une finition d'un appareil amovible
- Prévoir des séances de contrôle afin d'ajuster ou de retoucher la prothèse en cas de besoin

Pour les soins endodontiques :

- Suivre les préconisations de stérilisation et d'usage des instruments. En effet, lorsque les critères de mise en oeuvre ne sont pas suffisamment respectés, la responsabilité du praticien est engagés au titre du manquement à l'obligation de moyens.
- Prendre des clichés radiographiques interprétables (pré, per et postopératoire).
- Lors d'une fracture d'instrument qui ne peut être extirpé ou contourné, il faut avertir le patient, et si besoin l'envoyer chez un endodontiste exclusif.

Pour les **réhabilitations implanto-portées** :

- Pour la phase chirurgicale : Rigueur absolue dans l'établissement des indications et strict respect des recommandations de bonne pratiques
- Pour la phase prothétique : valider l'ostéointégration avant de débiter la phase de restauration et contrôler la bonne connexion des transferts d'empreintes et des piliers prothétiques par des clichés rétroalvéolaires.
- Lorsque les deux phases ne sont pas faites par le même praticien, synergie et collaboration entre les intervenants. L'insuffisance voire l'absence de concertation est une cause fréquente de difficultés, de complications ou d'échecs à terme.

Les procédures et gestions des conflits

3. Les procédures et gestions des conflits

3.1. Les différentes voies de contestation du patient

Lors d'un conflit, il existe deux voies de contestation : la voie amiable et la voie contentieuse (53).

Un patient qui s'estime victime d'un préjudice secondaire à un acte de soin et qui demande réparation se dirigera vers une **procédure amiable** ou **judiciaire**. Parallèlement, les **juridictions ordinales** (chambres disciplinaires de première instance) ont compétence pour statuer et juger les praticiens et, en cas de faute de leur appliquer des sanctions disciplinaires.

3.1.1. La voie amiable

La voie amiable permet de dénouer une situation conflictuelle soit directement avec le praticien (ou son assureur), soit lors d'une tentative de conciliation organisée par le Conseil départemental de l'ordre.

Pour information, il existe un autre recours possible dans le cadre de la procédure amiable : saisir la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI). Instaurée par la loi du 4 mars 2002, cette procédure ne sera pas détaillée car les seuils des préjudices légalement définis qui déterminent la recevabilité d'un dossier sont rarement atteints en chirurgie-dentaire.

3.1.1.1. La contestation directement auprès du praticien

Lorsqu'un patient est insatisfait des soins que lui a prodigué son praticien, il va généralement lui en faire part. Très souvent, le désagrément est léger et se règle au sein du cabinet dentaire sans aucune formalité.

Le patient peut également manifester son mécontentement au travers une lettre adressée au praticien. Il est alors recommandé de convenir d'un rendez-vous spécifique avec ce patient, au plus vite, afin de comprendre le motif de son insatisfaction. **De manière fréquente, après avoir pris le temps d'écouter calmement ses griefs et de lui avoir fourni les explications nécessaires, le malentendu pourra se dissiper. Au cours de cet entretien, il est intéressant de faire état de tous les documents écrits ou illustrations qui ont été fournis avant le début des soins. Evidemment, dans le cas où une erreur aurait été commise, il est préférable que le praticien la corrige, en reprenant le traitement par exemple. Après ce rendez-vous, il est judicieux d'écrire un récapitulatif de ce qui aura été dit et décidé et de l'envoyer rapidement au patient.** De cette manière, si le patient décide de porter plainte contre le praticien, ce dernier démontrera de sa bonne foi (13,36).

Parfois, le chirurgien-dentiste peut être tenté de rembourser les honoraires perçus pour mettre fin à une relation devenue conflictuelle. Bien que ce soit une initiative discutable dans la mesure où elle pourrait être interprétée comme reconnaissance de responsabilité, ledit remboursement doit impérativement être réalisé dans le cadre d'un accord transactionnel. La transaction permet aux parties, lorsqu'elles s'entendent sur les termes d'un accord, de régler de manière amiable un litige. Elle prend la forme d'un contrat écrit et signé par les parties. En vertu de l'article 2052 du Code civil, il ne sera plus possible de porter devant un tribunal le litige réglé par la transaction, sauf si l'une des parties ne respecte pas les termes de la transaction. Sans accord transactionnel, le patient peut toujours assigner son chirurgien-dentiste en justice. Toutefois, il est préférable de se rapprocher de son assurance en responsabilité civile pour valider l'accord avant signature et ce d'autant plus que toute transaction intervenant en dehors de l'assurance lui est inopposable (49).

3.1.1.2. La déclaration de sinistre à l'assurance

Si le chirurgien-dentiste constate que les réponses apportées ne donnent pas satisfaction à son patient, il peut lui communiquer les coordonnées de son

assureur en responsabilité civile professionnelle. Pour cela, il devra avoir préalablement déclaré un sinistre auprès de sa compagnie d'assurance. **A titre conservatoire**, une déclaration de sinistre sera rédigée par le praticien dès qu'il aura pris connaissance d'une réclamation écrite (36).

La compagnie d'assurance demandera systématiquement au praticien de produire le dossier médicale. Il sera soumis au chirurgien-dentiste conseil de la société d'assurances. Si ce-dernier estime ne pas avoir tous les éléments pour rendre un avis, il sollicitera l'avis d'un expert. Un rapport sera rédigé évaluant la conformité des actes effectués. Il permettra à la compagnie d'assurances de proposer une indemnisation si effectivement, la contestation du patient est fondée. Soit le patient est satisfait de l'indemnité et il accepte la transaction, soit il la refuse et pourra saisir le Conseil départemental de l'ordre et/ou la justice (54).

3.1.1.3. La tentative de conciliation

La saisine des instances ordinales se fait par courrier auprès du Conseil départemental de l'Ordre du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste mis en cause. On distingue les lettres de doléances, des lettres où la formulation « je porte plainte » est clairement exprimée. Lorsqu'il s'agit d'une plainte, la tentative de conciliation est obligatoire (article R. 4123-2 du Code de la santé publique). Cependant, certaines plaintes abusives ou non justifiées peuvent être considérées comme de simples doléances, ce sont des cas qui ne nécessitent pas de tentatives de conciliation et qui peuvent être résolus par un simple appel téléphonique. A contrario, si la doléance semble grave, le Président du conseil départemental peut décider de la traiter comme une plainte, même si le mot « plainte » n'est pas stipulé (55,56).

Une fois la plainte enregistrée, le président accuse réception au demandeur et informe le praticien mis en cause. Dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, le président convoque les deux parties en vue d'une tentative de conciliation. Le Conseil départemental va

alors réunir tous les éléments qui vont constituer le dossier de plainte, appelé « mise en état du dossier » (49,55).

Le tentative de conciliation se déroulera devant le ou les conciliateur(s), désigné(s) par le Président parmi la commission de conciliation mise en place au sein de chaque Conseil départemental. Le but est de trouver un arrangement convenable afin de régler le différend et d'éviter toute poursuite. Les patients et les praticiens peuvent se faire assister ou représenter par un avocat, bien que ce ne soit pas dans l'esprit de la tentative de conciliation qui est vraiment une démarche amiable, purement administrative (2,55). Cependant, si un avocat est prévu, le Président prévient de la présence d'un juriste à l'autre partie.

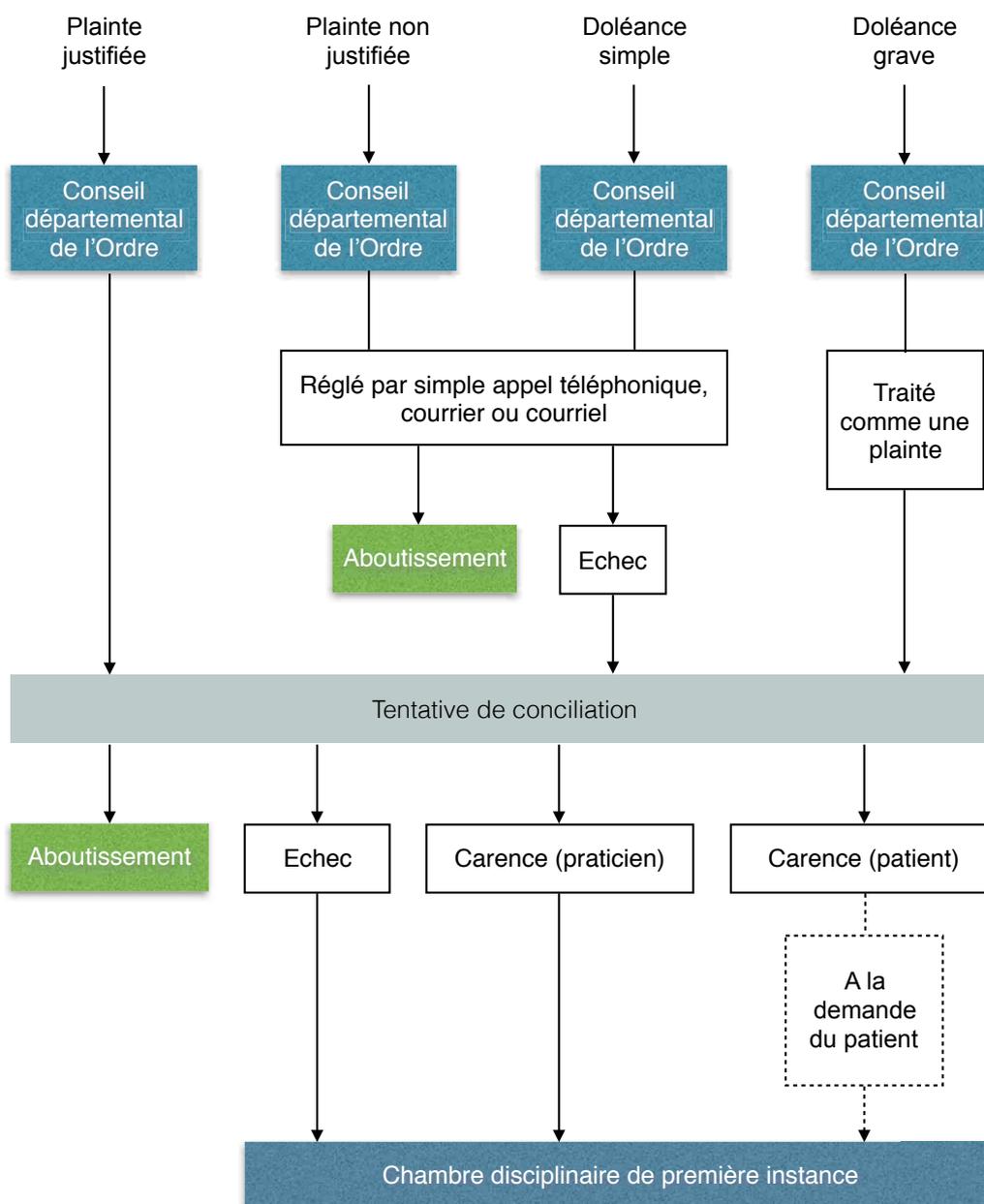
Le praticien est tenu de se prêter à toute tentative de conciliation qui lui serait demandée (article R. 4127-233 du Code de la santé publique). (55) Le non respect de cette obligation entraîne la transmission de la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec plainte du Conseil départemental. Par contre, si le patient ne se présente pas, un procès verbal de carence est établi. L'éventuelle transmission à la chambre disciplinaire de première instance dépendra de la volonté du patient (56).

A l'issue de la tentative de conciliation, si un accord est trouvé, est établi un procès verbal de conciliation qui résume les éléments réglés dudit accord. Il peut s'agir d'une transaction financière ou morale (par exemple un patient qui souhaite des excuses). Cette transaction, comme nous l'avons expliqué précédemment à l'autorité de la chose jugée, ce qui empêche toute nouvelle action en justice pour les faits réglés par elle. Toutefois, il existe un cas de figure particulier, où le praticien s'engage à transmettre le dossier à son assureur en R.C.P. La conciliation ne sera alors effective que sous réserve du bon remboursement du patient de la somme fixée par le procès verbale (annexe numéro 3). Dans le cas contraire, il sera transmis à la chambre disciplinaire de première instance.

Si aucun accord n'a pu être trouvé, un procès verbal de non-conciliation est établi et le Conseil départemental transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance de la région dont il dépend, et ce dans un

délai de 3 mois à compter de la date d'enregistrement. Le Conseil départemental peut s'associer ou non à la plainte (55).

Nous avons évoqué précédemment le fait qu'en cas de doléance grave, le président du conseil départemental pouvait décider de la traiter comme une plainte. Dans ce cas, si aucun accord n'a été trouvé et le Conseil peut transmettre la plainte à la chambre disciplinaire, il faudra que le patient confirme par écrit qu'il « porte plainte ». A défaut les choses en restent là.



3.1.1.4. Les chiffres du conseil de l'Ordre du Bas-Rhin en 2016 (57)

Pour savoir ce que cela représente à l'échelle départemental, nous allons prendre pour exemple le rapport d'activité de 2016 du Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Cette année là, il y a eu 30 saisines patients/praticiens, selon les motifs suivants :

- Soins : 23
- Coût/Honoraires : 3
- Consentement/Dossier médical : 3
- Atteinte à l'honneur : 1

Ces 30 saisines patient/praticien se sont dénouées comme suit :

- Conciliations : 14
- Non conciliation : 4
- Carence : 2
- Retrait plainte : 3
- Autres : 4
- Non finalisées : 3

3.1.2. La voie contentieuse

3.1.2.1. La chambre disciplinaire de première instance

Une fois la plainte transmise par le Conseil départemental de l'ordre, elle est enregistrée à la date de sa réception par la chambre disciplinaire de première instance et sa recevabilité y est étudiée. En effet, son président, magistrat de l'Ordre administratif, peut rejeter les plaintes manifestement irrecevables ou ne relevant pas de la juridiction (article R. 4126-5 du Code de la santé publique). Il désigne ensuite un conseiller rapporteur et le dossier est envoyé dans son intégralité aux parties. La procédure en chambre disciplinaire de première instance relevant du Code de la justice administrative se fera par

écrit au travers des mémoires de défense. Les parties doivent produire ces mémoires dans le délai imparti et fixé par le président. Aucune nouvelle pièce ne pourra être produite le jour de l'audience (2,55).

La chambre disciplinaire de première instance doit statuer dans les six mois du dépôt de la plainte (article L.4124-1 du Code de la santé publique). Les parties peuvent se faire assister par une personne de leur choix : avocat, chirurgien-dentiste, etc (36,55).

La juridiction ordinaire peut prononcer une sanction disciplinaire à l'encontre du chirurgien-dentiste en cas de faute (avertissement, blâme, interdiction temporaire ou permanente d'exercice avec ou sans sursis, radiation du tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes). Un rejet de la plainte ou une amende à l'encontre du demandeur est envisageable si la requête est jugée abusive (46).

La décision rendue peut faire l'objet d'un appel de la part des deux parties devant la chambre disciplinaire nationale dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision. L'affaire est alors rejugée. L'appel est suspensif de la décision de la première instance.

La décision d'appel peut faire l'objet d'un recours au Conseil d'état dans un délai de 2 mois. Le Conseil d'Etat n'étudie pas les faits mais la manière dont la loi a été appliquée (55).

En définitive, la voie ordinaire prononce des sanctions disciplinaires à l'égard du chirurgien-dentiste lorsque sa responsabilité est engagée. Si le patient souhaite des « dommages et intérêts » il doit saisir la voie judiciaire.

3.1.2.2. Les procédures judiciaires d'indemnisation

Le patient peut saisir la voie judiciaire soit directement, soit après l'échec d'une tentative de procédure amiable.

La voie judiciaire d'indemnisation dépend du mode d'exercice du chirurgien-dentiste. Un praticien qui exerce une activité libérale, que ce soit dans un cabinet privé ou dans un établissement public, relève de la juridiction civile (27). En revanche, un praticien qui exerce une activité hospitalière est considéré comme un agent administratif. Sa responsabilité propre ne peut être engagée puisque c'est l'hôpital qui porte la responsabilité de ses agents (38). De ce fait, lorsqu'un différend oppose une administration à un particulier, le conflit relève de la juridiction administrative (27).

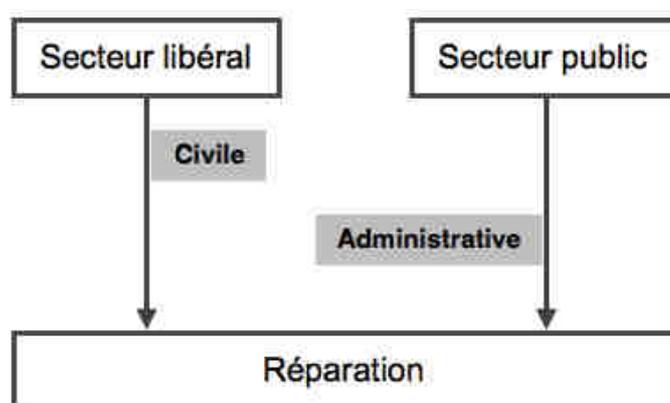


Figure 1 : Responsabilités et obligations (Simonet P.)

La responsabilité du praticien, qu'elle soit civile ou administrative, peut être mise en cause pendant un délai de 10 ans pour les actes réalisés après le 5 septembre 2001 (date d'application de la loi du 4 mars 2002). Pour les actes antérieurs à cette date, c'est le délai de 30 ans qui continue à s'appliquer (27).

Dans le cadre de cette thèse, nous allons développer plus particulièrement la procédure judiciaire civile puisqu'elle engage directement la responsabilité du praticien.

Les règles majeures du procès civil sont inscrites dans le Code de procédure civile. Les parties au procès sont : le demandeur, celui qui déclenche la procédure (en général le patient) et le défendeur, celui qui est mis en cause (en général le praticien). En droit français, c'est au demandeur d'apporter la

preuve de ses accusations. Pour être indemnisé, il faut prouver la cause, les conséquences et pouvoir en établir **un lien direct et certain**.

C'est également au demandeur d'assumer les frais de procédure et donc les frais d'expertise, qui, généralement vont de 700 à 2.000 euros en matière médicale (30). Pour les personnes bénéficiant de l'aide juridictionnelle les frais de Justice (honoraires d'avocat, frais d'expertise...) sont pris en charge par l'Etat, en totalité ou en partie (58).

Le tribunal compétent change selon la nature de l'affaire et le montant en jeu. Pour les juridictions civiles, le tribunal d'instance juge les affaires d'un montant inférieur à 10.000 euros et le tribunal de grande instance les affaires d'un montant supérieur à 10 000 euros. La présence d'un avocat n'est obligatoire que devant le tribunal de grande instance (30,58).

La procédure par référé est engagée dans la grande majorité des affaires de contentieux médicaux. C'est une procédure d'urgence par laquelle un juge unique, qui n'est pas saisi du fond de l'affaire, peut ordonner rapidement des mesures d'expertise « s'il existe un motif légitime de conserver ou d'établir avant tout procès la preuve des faits » (article 145 de Code de procédure civile) mais également d'accorder une provision sur le montant de l'indemnité prévisible. Ainsi, le patient peut utiliser cette provision pour réparer le préjudice subi sans attendre la fin de la procédure de fond.

Toutes les juridictions de première instance disposent d'une juridiction des référés. L'avocat du demandeur saisit le juge des référés par voie d'assignation. Le défendeur (le praticien) reçoit cette assignation par un huissier de justice qui informe du jour de l'audience des référés. A ce moment, le praticien doit contacter immédiatement son assurance en responsabilité civile afin qu'elle prenne en charge la procédure. Si son contrat prévoit une protection juridique, un avocat sera désigné par la compagnie d'assurances.

L'affaire est instruite lors d'une audience et la décision est rendue publiquement sous forme d'ordonnance. L'ordonnance de référé est une décision provisoire mais exécutoire de plein droit. Ainsi, même si le praticien

décide de faire appel de cette ordonnance, il doit tout de même l'exécuter ; par exemple, en versant une provision au patient.

Lorsque le juge des référés ordonne une mesure d'instruction, il désigne un expert en charge de l'expertise. Le praticien avertit son assurance en responsabilité civil professionnelle (RCP) qui mandatera un chirurgien-dentiste conseil et un avocat pour être présents. Cette expertise est **contradictoire**, il est donc nécessaire que le praticien y assiste, car il devra notamment répondre à certaines questions de l'expert, concernant notamment la chronologie ou la mise en oeuvre des traitements effectués. Le dépôt du rapport d'expertise conclut la procédure en référé. Le juge est souverain d'utiliser ou non le rapport de l'expert, mais, n'ayant aucune connaissance technique en chirurgie-dentaire il suit très souvent les conclusions de l'expert de justice. Si le patient maintient sa plainte devant le tribunal et si aucun accord n'a été trouvé avec l'assureur, son avocat va assigné le praticien « au fond ». L'affaire sera alors jugée par une action civile classique dans laquelle les deux parties seront entendues successivement par le magistrat. Suite à cette audience, le juge fixera une date à laquelle le jugement sera prononcé (30,49).

Le jugement au tribunal aura autorité de la chose jugée. En cas de contestation, il sera possible de faire appel. L'affaire sera alors jugée une deuxième fois : c'est le double degré de juridiction. La Cour d'Appel confirmera ou infirmera la décision rendue par les premiers juges. Le dernier recours possible contre une décision est le pourvoi en cassation. La Cour de cassation ne va pas juger les faits à nouveau (le fond), mais vérifie que la loi a été correctement appliquée (la forme). (58)

3.1.2.3. La procédure pénale

Dans le domaine de la chirurgie-dentaire, le recours à cette procédure est très rare. La juridiction pénale ne s'applique que pour des faits extrêmement graves, par exemple en cas de mutilation. L'objectif recherché est la mise en cause du praticien responsable de l'infraction et la prononciation, à son encontre, d'une sanction pénale (49). Toutefois, si le patient souhaite obtenir

des dommages et intérêts, la plainte ne suffit pas, il faut se constituer partie civile (59).

Lorsque le patient souhaite recourir à la procédure pénale, il va déposer une plainte auprès d'un commissariat de police, d'une brigade de gendarmerie ou le cas échéant auprès du procureur de la République. Avant de se prononcer, ce dernier pourra demander une enquête préliminaire aux services de police ou de gendarmerie afin de déterminer s'il y a lieu de déclencher les poursuites pénales (59). Le procureur peut également transmettre l'affaire à un juge d'instruction qui ordonnera l'ouverture d'une instruction judiciaire. Si l'enquête préliminaire ou l'instruction judiciaire met en évidence une infraction au Code Pénal, le praticien sera envoyé devant la juridiction compétente. Le tribunal de police est compétent pour juger les contraventions, le tribunal correctionnel pour les délits et la cour d'assises pour les crimes (49).

Les sanctions pénales vont de la simple peine d'amende à une peine d'emprisonnement ferme ou avec sursis. S'agissant d'une responsabilité de nature personnelle, elle doit être entièrement assumée par le professionnel de santé, l'assurance responsabilité civile professionnelle ayant pour unique objet d'indemniser les victimes (dommage et intérêt civils) et selon les contrats, les frais de procédure (49).

3.1.3. Quelques chiffres (51)

Toujours selon les chiffres de la MACSF-Le Sou Médical, en 2015, les 1618 déclarations de sinistre faites par les chirurgiens-dentistes à leur compagnie d'assurance, ont fait l'objet de :

- 1183 réclamations amiables
- 149 procédures ordinaires
- 125 procédures civiles
- 10 saisines d'une commission de conciliation et d'indemnisation (CCI)
- 3 procédures administratives
- 1 procédure pénale

Actuellement, la voie amiable est la plus entreprise dans les conflits qui opposent les patients à leur chirurgien-dentiste, cela s'explique car ce recours est plus rapide et moins onéreux.

3.2. Les procédures d'expertises

La procédure d'expertise est un acte médico-légale. En cas de préjudice corporel, elle a pour objectif, selon le cas, l'évaluation d'un dommage, la recherche de preuves, la qualification d'un délit ou encore la mise en évidence d'une faute professionnelle (60). Dans le cadre des expertises odontologiques, elles sont réalisées par un chirurgien-dentiste de formation ou un stomatologiste (61).

On parle d'expertises amiables lorsqu'elles sont organisées par les compagnies d'assurance et d'expertises judiciaires lorsqu'elles sont ordonnées par le juge en charge de l'affaire.

3.2.1. L'expertise amiable (60,62)

L'expertise amiable est organisée par la compagnie d'assurance et permet de mettre en évidence l'existence d'une faute, d'un préjudice et d'un lien de causalité entre les deux. Si, effectivement, cette expertise met en évidence l'existence de ces trois éléments, la compagnie d'assurance fera une proposition d'indemnisation au patient dans le cadre d'une transaction amiable.

Le caractère contradictoire d'une expertise est prévu dans le contrat assurantiel. Chaque partie peut soit désigner son expert qui va la représenter et négocier avec l'autre expert, soit désigner un expert commun. L'expertise peut parfois ne pas être contradictoire, dans ces cas, elle aura une valeur purement indicative, comparable à la rédaction d'un certificat. Cette expertise est généralement demandée par un patient avant d'entreprendre une action en justice, afin d'évaluer ses chances de succès.

L'expertise amiable contradictoire est diligentée par la compagnie d'assurance de la victime, soit du praticien. S'agissant d'expertise hors du cadre judiciaire, elles ne sont pas tenue de respecter l'ensemble des devoirs et des obligations imposés aux experts de justice missionnés par un magistrat. Cependant, l'usage fait que les experts, notamment assurantiels, s'évertuent à les respecter et/ou à les faire respecter. Nous les détaillerons dans la sous-partie 3.2.2.2.

En cas de désaccord, l'assuré peut soit demander une contre-expertise dans le cas où il y a eu un seul expert, soit demander une tierce expertise lorsque chaque partie est venu avec son expert.

3.2.2. L'expertise judiciaire

L'expertise judiciaire est une mesure d'investigation que peut ordonner un juge. En effet, n'ayant pas les compétences médicales nécessaire, le magistrat va désigner un technicien capable de l'éclairer sur les aspects pratiques et matériel de l'acte litigieux (30).

3.2.2.1. La désignation de l'expert de justice (30,60)

Le juge dispose de toute sa liberté quant aux choix du technicien qu'il entend nommer. Dans les faits, l'expert désigné provient le plus souvent d'une liste dressée auprès de la cour d'appel ou de la cour de Cassation. Dans le même ordre d'idée, les parties peuvent faire une demande d'instruction au juge et soumettre le nom d'un technicien qu'elles souhaiteraient voir nommer comme expert.

À la réception de sa mission, l'expert doit vérifier qu'elle relève bien de son domaine de compétence. En effet, il serait difficile pour un implantologiste exclusif d'accepter un mission qui concerne de l'orthodontie. L'expert doit refuser la mission s'il s'estime non compétent ou en cas d'empêchement, c'est à dire en cas de lien de parenté, de lien amical ou de connaissance avec l'une ou l'autre des parties.

3.2.2.2. La mission de l'expert de justice (61,62,63)

L'expert va recevoir une mission très précise, un ensemble de questions qui lui sont posées et ne doit répondre qu'aux questions de la mission, ni plus ni moins. On dit en ces termes que l'expert remplit « toute la mission, rien que la mission ».

La mission doit être remplie à titre personnel par le technicien, mais il peut être assisté ou s'entourer de compétences complémentaires des siennes, en la personne d'un sappeur.

L'expert doit toujours faire preuve d'indépendance, d'objectivité et d'impartialité. Il doit respecter le principe du contradictoire en vertu duquel toutes les pièces, et donc tout le contenu du dossier doit être connu de l'ensemble des parties.

L'expert n'a pas vocation de se substituer au juge. Une expertise ne pouvant porter que sur une question de fait, l'expert ne doit jamais porter d'appréciation d'ordre juridique dans son rapport. Le juge est dépositaire exclusif du pouvoir de juger, l'expertise ne peut porter que sur des questions d'ordre technique et non juridique. En matière de contentieux odontologique, la mission donnée à l'expert constitue le plus souvent à lui demander de constater les dommages corporels, les évaluer et donner tous les éléments de nature à déterminer sa responsabilité.

3.2.2.3. Le déroulement de l'expertise (30,60,61)

Les parties sont réunies lors d'une réunion d'expertise par l'expert qui les convoque. Elles sont assistées de leurs avocats, mais parfois également de professionnels de santé, notamment d'un docteur en médecine ou en chirurgie-dentaire.

L'expert aura préalablement analysé, trié et retenu les pièces médicales qui ont un intérêt pour l'affaire en cours. L'expertise judiciaire étant contradictoire, les deux parties doivent être présentes, entendre la version de l'autre partie et avoir pris connaissance des différentes pièces existantes.

Lors de la réunion d'expertise seront successivement listées toutes les personnes présentes et la mission sera relue avant le début des opérations. Un historique des faits sera entendu successivement par les deux parties (la victime parle en premier). Ensuite, les pièces vont être analysées. C'est là que la bonne tenue du dossier médical revêt toute son importance. Enfin, sera réalisé l'examen clinique de la victime. Les parties seront ensuite interrogées afin d'éclaircir certains points sujets à discussion, notamment le consentement et l'information délivrée.

Au cours de l'expertise les parties ou leurs conseils peuvent être amenés à formuler des observations ou des réclamations. Elles doivent être prises en compte et notées par l'expert.

3.2.2.4. Le rapport d'expertise

A l'issue de la réunion d'expertise, l'expert établit généralement un pré-rapport appelé « note de synthèse ». Légalement, ce pré-rapport n'est pas une obligation inscrite dans la loi. Elle permet aux parties d'émettre des observations, appelées des dires. Les parties qui adressent ces dires sont tenues, en respect du principe contradictoire, d'en faire une copie aux autres parties. L'expert donne généralement une date butoir pour la réception de ces dires (30).

L'expert rédige ensuite ses conclusions définitives dans un rapport d'expertise, qu'il dépose auprès du tribunal qui l'a nommé (61).

Le juge apprécie souverainement les conclusions du rapport d'expertise. Il peut suivre ou non les conclusions de l'expert. Bien que ce soit rare, le juge est en droit de rejeter les conclusions de l'expert. L'expert qualifie le travail, le juge qualifie la faute et les préjudices qui en découlent (30).

Conclusion

L'évolution du droit médical a considérablement alourdi les obligations du chirurgien-dentiste. Exerçant en cabinet libéral, il assume envers son patient une responsabilité civile, pénale et disciplinaire. Le chirurgien-dentiste doit répondre de ses actes, des actes de ses subordonnés mais doit également garantir la meilleure sécurité sanitaire possible à ses patients.

Une des grandes mesures de la loi du 4 mars 2002 est d'avoir consacré le droit à l'information du patient. C'est une information claire, appropriée et loyale qui doit être délivrée à chaque patient. Elle doit concerner l'état de santé, les thérapeutiques envisageables, les risques inhérents au traitement et son coût. Bien souvent, c'est le manque d'information qui va générer un conflit, voire faire perdre un procès si la perte de chance ou le préjudice d'impréparation ont pu être prouvés. C'est pourquoi, il appartient au professionnel de santé de sécuriser au maximum son exercice. Ainsi, il doit prendre le temps nécessaire à ce que le patient comprenne et adhère au traitement et, également tenir de manière rigoureuse son dossier médical.

Jusqu'à présent, le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de moyens. Celle de délivrer des soins conformes aux connaissances avérées de la médecine, c'est à dire, qui sont issues d'expérimentations validées par des articles de consensus. **Seule, la conception et la réalisation de l'élément prothétique sont actuellement soumises à l'obligation de résultat.** D'autre part, il est de la responsabilité de chaque chirurgien-dentiste de connaître ses propres limites afin de ne pas se lancer dans des traitements qui dépassent ses compétences.

La relation médicale est une relation de confiance qui se construit au fil des années entre le patient et son praticien. Cependant, il ne faut pas oublier que cette relation est fragile et qu'elle peut devenir conflictuelle à n'importe quel moment, à n'importe quelle étape de la prise en charge. Et, cela concerne les nouveaux patients tout comme les relations anciennes voire familiales.

Les mentalités sont de plus en plus procédurière. On assiste à une judiciarisation de la médecine, qui se confirme par une augmentation constante

du nombre de plainte à l'encontre des professionnels de santé. On estime aujourd'hui que chaque chirurgien-dentiste, statistiquement, sera confronté en moyenne à deux procès dans sa vie professionnelle. Par ailleurs, les nombreux scandales sanitaires, tels que Dentexia ou Mark Van Nierop (le dentiste Néerlandais condamné à 8 ans de prison pour avoir mutilé un grand nombre de patients) largement diffusé par nos médias n'aident pas à redorer l'image de la profession.

En cas de contestation, le patient pourra se diriger vers une procédure amiable ou une procédure judiciaire. Plus rapide et moins coûteuse, la procédure amiable est privilégiée par la grande majorité des patients qui s'estiment victimes de préjudice. Avec l'entrée en vigueur de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, les actions de groupe en justice sont désormais étendus au domaine médical. Ainsi, plusieurs patients victimes d'un même dommage corporel engendré par des produits de santé pourraient se regrouper afin d'entamer ensemble des poursuites judiciaires à l'encontre du professionnel de santé. Cependant, concernant les chirurgiens-dentistes, le risque de voir augmenter le nombre d'action en justice n'est qu'hypothétique puisque cela concerne les produits et non les actes. En effet, comme nous l'avons vu tout au long de cette thèse, les plaintes résultent essentiellement d'un défaut de communication ou suite à des actes de soins.

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : ARNOUX Annabelle

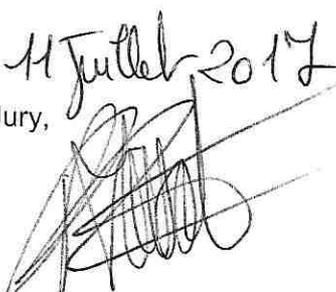
Titre de la thèse : Malentendus, conflits et plaintes dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste.

Directeur de thèse : Professeur MUSSET Anne-Marie et Docteur KAEMPF Christian

VU

Strasbourg, le : 11 juillet 2017
Le Président du Jury,

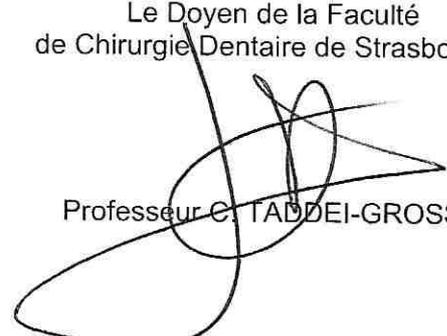
Professeur A-M. MUSSET



VU

Strasbourg, le : 21 JUL. 2017
Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur C. TABDEI-GROSS



Bibliographie

- (1) **Sabek M.** Les responsabilités du chirurgien-dentiste. 2ème édition. Bordeaux : Les études hospitalières ; 2012.
- (2) **Maître Vassal J-P.** Code de déontologie des chirurgiens-dentistes commenté. Paris : Espace id ; 2010.
- (3) **Camilleri F.** Obligation déontologique. Dans : Tardivo D, Camilleri F. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Editeurs. Paris : CdP ; 2015. p45-47.
- (4) **Genicot G.** La déontologie, à la croisée de l'éthique et du droit. Dans : Pirnay P. L'éthique en médecine bucco-dentaire. Paris : L'information dentaire ; 2012, p69.
- (5) **ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.** Rappel sur les refus de soins aux patients, 2013. [En ligne]. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html>. Consulté le 17/05/16.
- (6) **Rahal B, Missika P.** Les obligations du praticien. Dans : Missika P, Rahal B, éditeurs. Droit et chirurgie dentaire. Prévention, expertise et litige. Paris : CdP ; 2006, p3-9.
- (7) **Chaspoul E, Nataf C, Tardivo D.** L'information et ses implications : secret médical, consentement et contrat de soin. Dans : Tardivo D, Camilleri F, éditeurs. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Paris : CdP ; 2015, p163-175.
- (8) **Simonet P, Missika P.** L'obligation d'information et de consentement éclairé. Dans : Simonet P, Missika P, Pommarède P. Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie. Editeurs. Paris : Espace id ; 2015.

- (9) **ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.** Le consentement éclairé, éléments nécessaires et suffisants. Paris : 2014. [En ligne]. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html>. Consulté le 12/01/17.
- (10) **Lab-Simon E.** Maîtriser les réglementations au cabinet dentaire. Responsabilité civile, conventions, obligations de l'employeur. Paris : Edition CdP ; 2008
- (11) **Pierre J.** La responsabilité médico-juridique du praticien en implantologie orale. Paris : Doin ; 1993.
- (12) **Vilanova J.** Le devoir d'information du praticien envers son patient. 2014, p15.
- (13) **Jacotot D.** Prévenir et gérer le conflit au cabinet dentaire. Paris : Texto Edition ; 2005.
- (14) **Sabek M.** Un maître mot : la communication. CDF. 2012 ; n°1549, p30-31
- (15) **Béry A.** Aspects juridiques en parodontologie et dentisterie implantaire. Dans : Bouchard P, éditeur. Parodontologie et Dentisterie implantaire. Volume 2 : Thérapeutiques chirurgicales. Paris : Lavoisier ; 2014, 452
- (16) **Zerilli A.** Le consentement éclairé en médecine dentaire. Dans : Pirnay P. L'éthique en médecine bucco-dentaire. Paris : L'information dentaire ; 2012, p116-119
- (17) **Tardivo D.** Documents médicaux. Dans : Tardivo D, Camilleri F, éditeurs. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Paris : CdP ; 2015, p177-188.
- (18) **ANAES, Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** Le dossier du patient. Règlements et recommandations. Paris ; 2003.
- (19) **ANAES, Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** Le dossier du patient en odontologie. Paris ; 2000.

- (20) **ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.** Bonne tenue des dossiers médicaux : mode d'emploi. Paris : 2011. [En ligne]. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html>. Consulté le 16/01/17.
- (21) **Camilleri F.** Obligations juridiques et légales. Dans : Tardivo D, Camilleri F, éditeurs. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Paris : CdP ; 2015, p43-44.
- (22) **ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.** Dossier du patient, 2014. [En ligne]. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/dossier-du-patient.html>. Consulté le 26/05/16.
- (23) **Simonet P, Missika P, Pommarède P.** Le dossier médical. Dans : Simonet P, Missika P, Pommarède P. Editeurs. Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie. Paris : Espace id ; 2015. p47-59
- (24) **CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.** Guide professionnels de santé. Paris ; 2011.
- (25) **Code Civil, Code Pénal et Code de la Santé publique.** Legifrance.
- (26) **Bert M.** Editorial. Actual Odonto-Stomatol. Septembre 2014 ; numéro 269. p1. [En ligne] DOI : <https://doi.org/10.1051/aos/2014301>
- (27) **Simonet P.** Responsabilité et obligation. Dans : Simonet P, Missika P, Pommarède P. Editeurs. Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie. Paris : Espace id ; 2015. p361-370.
- (28) **Béry A.** Le contrat de soin. Dans : Nossintchouk R, éditeur. Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire. Paris : CdP ; 1998, 5-14.
- (29) **Rapport annuel 2010 de la Cour de cassation.** Le droit de savoir. Paris : La Documentation française ; 2011, p400.

- (30) **Camilleri F.** Gestion contentieuse en procédure civile. Dans : Tardivo D, Camilleri F, éditeurs. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Paris : CdP ; 2015, p191-204.
- (31) **Béry A, Delprat L.** Esthétique en odontologie : aspect juridique. Paris : CdP ; 2014, p15-19.
- (32) **Mémeteau G.** Un point sur la responsabilité civile du fait des prothèses. Paris : Elsevier Masson ; 2013. [En ligne]. <http://www.em-premium.com>. Consulté le 25/07/16.
- (33) **Berthelot E.** Gestion des conflits patients/chirurgiens-dentistes. Thèse de chirurgie-dentaire. Université de Nantes ; 2010, p20.
- (34) **Béry A, Cantaloube D, Delprat L.** Expertise dentaire et maxillo-faciale. Principes, conduite, indemnisation. Les Ulis : EDP Sciences, 2010.
- (35) **Dejean-Peligry M.** Les différents types de responsabilité du chirurgien dentiste. Droit, déontologie et soin. Septembre 2005 ; Volume 5, n°3, p392-410
- (36) **Rahal-Lofskod D.** Les voies de contestation du patient. Dans : Missika P, Rahal B, éditeurs. Droit et chirurgie dentaire. Prévention, expertise et litige. Paris : CdP ; 2006, p21-30.
- (37) **Sabek M.** La responsabilité et la faute. Dans : Missika P, Rahal B, éditeurs. Droit et chirurgie dentaire. Prévention, expertise et litige. Paris : CdP ; 2006, p11-20.
- (38) **Tardivo D.** Responsabilité et procédure administrative. Dans : Tardivo D, Camilleri F, éditeurs. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Paris : CdP ; 2015, p213-217.
- (39) **Marchand P.** Assurance en responsabilité professionnelle : le hit parade de la sinistralité. Dans : Simonet P, Missika P, Pommarède P. Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie. Paris : Espace id ; 2015

- (40) **MACSF-Le Sou Médical.** Rapport annuel sur le risque en santé, 2016. [En ligne]. <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/Risque-des-professions-de-sante/Chirurgiens-dentistes>. Consulté le 20/11/16.
- (41) **INSEE.** Institut National de la Statistique et des Etudes Economique. Profession de santé en 2016. [En ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=nattef06103. Consulté le 20/11/2016.
- (42) **ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.** Une augmentation alarmante de la sinistralité. La lettre. 2013 ; 115 : 5-9
- (43) **ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.** L'augmentation de la sinistralité se confirme. La lettre. 2014 ; 125 : 8-9
- (44) **Béranger J.** La communication éthique d'une société consumériste d'information. *Communication* [En ligne] Vol. 30/1, 2012. <http://dx.doi.org/10.4000/communication.2925>. Consulté le 7/01/17.
- (45) **Verspieren sj P.** Malade et médecin, partenaires. *Etudes* ; 1/ 2005 (Tome 402) [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-etudes-2005-1-page-27.htm> (consulté le 19 décembre 2016)
- (46) **ONCD, Ordre National des Chirurgiens-Dentistes.** Règlement des différends. Paris : 2016. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reglement-des-differends.html>. Consulté le 15/07/16
- (47) **Nossintchouk R.** Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire. Paris : Edition CdP ; 1998
- (48) **Amzalag A.** Codes de la relation dentiste-patient. Paris : Elsevier Masson, 2007
- (49) **Simonet P, Missika P.** Comment gérer la contestation. Dans : Simonet P, Missika P, Pommarède P. Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie. Paris : Espace id ; 2015, p385-411

- (50) **Marchand P.** Assurance en responsabilité professionnelle : le hit-parade de la sinistralité. Dans : Simonet P, Missika P, Pommarède P. Recommandations de bonnes pratiques en odonto-stomatologie. Paris : Espace id ; 2015, p371-384
- (51) **MACSF-Le Sou Médical.** Le risque médical, rapport annuel 2015.
- (52) **Rahal-Lofskod D.** La prévention du contentieux : recommandation au praticien. Dans : Missika P, Rahal B, éditeurs. Droit et chirurgie dentaire. Prévention, expertise et litige. Paris : CdP ; 2006, p77-84.
- (53) **Rahal-Lofskod D.** La prévention du contentieux : recommandation au praticien. Dans : Missika P, Rahal B, éditeurs. Droit et chirurgie dentaire. Prévention, expertise et litige. Paris : CdP ; 2006, p77-84.
- (54) **Terrini A.** Que faire en cas de contestation d'un patient mécontent. CDF. 2014 ; n°1617-1618, p29-32
- (55) **Camilleri F.** Gestion contentieuse ordinale. Dans : Tardivo D, Camilleri F, éditeurs. Prévention et gestion du risque contentieux en odontologie. Paris : CdP ; 2015, p205-212.
- (56) **Conseil départemental du Bas-Rhin.** Tutoriel pédagogique. Strasbourg ; 2016
- (57) **Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentiste du Bas-Rhin.** Rapport d'activités 2016.
- (58) **Arnaud D.** L'aide juridictionnelle. Paris : Publication du ministère de la justice. Mai 2010.
- (59) **Service public.** Porter plainte, 2015. [En ligne]. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1435>. Consulté le 18/12/16
- (60) **Béry A, Cantaloube D, Delprat L.** Expertise dentaire et maxillo-faciale. Principes, conduite, indemnisation. Les Ulis : EDP Sciences, 2010.

- (61) **Bécard-Robert A.** Expertise odontologique judiciaire. Dans : Ethics, Medicine and Public Health. Elsevier Masson SAS. 2016. Volume 2, Issue 1. p97-102
- (62) **Missika P, Rahal B.** Le déroulement d'une expertise médicale en chirurgie dentaire. Dans : Missika P, Rahal B, éditeurs. Droit et chirurgie dentaire. Prévention, expertise et litige. Paris : CdP ; 2006, p31-36.
- (63) **Ludes B.** L'expertise médico-légale. Dans : Ethics, Medicine and Public Health. Elsevier Massons SAS. 2016. Volume 2, Issue 1, p87-92

Passeport Chirurgie implantaire

Modèle proposé
par le conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

Chirurgien-dentiste

Nom
Prénom
Adresse

Téléphone
Mail

Patient

Nom
Prénom

Observations

Étiquettes [à coller]

Préparation du site implantaire

Greffe(s) osseuse(s)

Position

Autogène(s) Date

Allogreffe(s) Xéno greffe(s)

Date

Fabricant / Mandataire

N° de lot

Hétéro greffe(s)

Date

Type matériau / origine

avec membrane

sans membrane

PRF

résorbable

non résorbable

Pose chirurgicale

Implant(s) dentaire(s)

Pose immédiate (après extraction) oui non

Date

Dénomination

Endo-osseux

Cylindrique

Cylindro-conique

Autre (préciser)

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Position

Longueur

Diamètre

Composition

Titane

Autre (préciser)

Suivi médical (Fréquence à préciser)

Greffe(s) osseuse(s)

Position

Autogène(s) Date

Allogreffe(s)

Xéno greffe(s)

Hétéro greffe(s)

Date

Fabricant / Mandataire

N° de lot

avec membrane

sans membrane

PRF

résorbable

non résorbable

Mise en charge

immédiate

différée

Durée mise en nourrice /ostéo-intégration

Date

Pilier(s) transgingival(aux)

Dénomination

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Composition

Titane

Autre (préciser)

Date



ORDRE NATIONAL DES CHIRUGIENS - DENTISTES
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU BAS-RHIN

TENTATIVE DE CONCILIATION

PROCÈS-VERBAL DE CONCILIATION

Entre les soussignés :

Monsieur / Madame (X) domicilié(e) ...

Et

Docteur (Y), Chirurgien Dentiste, exerçant ...

Dans un courrier adressé au Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes du Bas-Rhin, reçu le ..., Monsieur / Madame (X) nous informe du différend qui l'oppose au Docteur (Y), Chirurgien Dentiste exerçant à ...

Nommé conciliateur dans cette affaire par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre, le Dr (Z), Conseiller Ordinal, a convié les parties, au siège du Conseil Départemental, conformément à l'article R. 4127-233 alinéa 3 du Code de la Santé Publique, le ... pour une tentative de conciliation.

Objet du litige :

Dans son courrier, le/la patient(e) écrit en substance : « (...) »

Après discussion entre les deux parties, il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1

M. / Mme (X) souhaite que le Dr (Y) lui rembourse la somme de ...

ARTICLE 2

Le Dr (Y) refuse cette proposition mais propose de déclarer cet incident à son assurance Responsabilité Civile Professionnelle (assurance).

ARTICLE 3

M. / Mme (X) accepte cette proposition.

ARTICLE 4

Le Dr (Y) s'engage à transmettre ce dossier à son Assurance R.C.P. (assurance) sous quinzaine et à adresser, au Conseil Départemental, une copie de la déclaration ainsi qu'une copie de leur réponse, dès réception, précisant le n° du dossier et le nom de la personne en charge de cette affaire ainsi que les coordonnées postales et téléphoniques.

ARNOUX (Annabelle) - Malentendus, conflits et plaintes dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste.

(Thèse : 3eme cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2017 ; N° 38).

N° 43.22.17.38

Résumé : La relation médicale a évolué. Le patient n'est plus un «malade passif» mais a un rôle décisif dans le choix thérapeutique. Parallèlement, la multiplication des méthodes d'information et les progrès de la médecine sont tels que les patients sont de plus en plus exigeants sur les résultats attendus et de moins en moins à même d'accepter un aléa ou un échec thérapeutique.

Tout chirurgien-dentiste sera confronté, au moins une fois dans sa carrière, à un patient mécontent qui demande réparation des préjudices qu'il estime avoir subis. Il est essentiel de savoir réagir de manière constructive pour ne pas aggraver la situation et éviter les poursuites judiciaires.

De nombreuses situations conflictuelles rencontrées sont dues à un manque de communication entre le praticien et le patient. Le temps consacré à l'information du patient afin d'obtenir son consentement éclairé prend alors toute son importance dans la prévention des litiges de même que la tenue d'un dossier médical complet.

Enfin, plusieurs démarches peuvent être entreprises par un patient à l'encontre de son chirurgien-dentiste, il est intéressant de les connaître afin de mieux les appréhender, car ces situations sont toujours très anxiogène pour le praticien.

Rubrique de classement : SANTE PUBLIQUE

Mots clés : Droit médical
 Consultation odontologique
 Relation patient-praticien
 Responsabilité médicale

Me SH : Dissent and Disputes
 Medical responsibility

Jury :

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Docteur FIORETTI Florence

 Docteur FREYMANN Michel

 Docteur OFFNER Damien

Membre invité : Docteur KAEMPF Christian

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

A. ARNOUX

9 rue des Bateliers

67000 Strasbourg

Adresse de messagerie : annabelle.arnoux@gmail.com