

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2025

N° 2

**THESE**

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Le 10/01/2025

par

RAHOVSKY Eva

née le 17/08/1999 à STRASBOURG

**L'OBLIGATION DE MOYENS DU CHIRURGIEN-DENTISTE**

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Docteur REITZER François

Docteur WAGNER Delphine

Docteur BIARD Maxime





**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE ROBERT FRANK  
DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG**

**Doyen :** **Professeur Florent MEYER**

**Doyens honoraires :** Professeurs Youssef HAIKEL, Corinne TADDEI-GROSS

**Professeur émérite :** Professeur Anne-Marie MUSSET

**Responsable administrative :** Madame Marie-Renée MASSON

---

**Professeurs des Universités :**

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Vincent BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAIKEL	Odontologie conservatrice – Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Davide MANCINO	Odontologie conservatrice – Endodontie
Maryline MINOUX	Odontologie conservatrice – Endodontie
Damien OFFNER	Santé publique
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences anatomiques et Physiologie – Imagerie



### **Maitres de Conférences :**

Sophie BAHI-GROSS	Chirurgie orale
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie orale
Claire EHLINGER	Odontologie conservatrice – Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ DE GRADO	Santé publique
Florence FIORETTI	Odontologie conservatrice – Endodontie
Pierre-Yves GEGOUT	Parodontologie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences anatomiques et Physiologie – Imagerie
Nadia LADHARI	Sciences anatomiques et Physiologie – Imagerie
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie conservatrice – Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Sciences anatomiques et Physiologie – Imagerie
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses
Claire WILLMANN	Prothèses

## Remerciements

**À monsieur le Professeur Damien OFFNER**, président du jury

Merci de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury, et de votre collaboration en tant que co-directeur de cette thèse.

Merci également pour votre enseignement, et pour la bienveillance que vous témoignez auprès de vos étudiants.

Veillez trouver ici, cher professeur, l'expression de mes sincères remerciements.

**À monsieur le Docteur Maxime BIARD**, Directeur de thèse et membre du jury

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, et de m'avoir proposé ce sujet.

Je vous remercie également pour les connaissances que vous nous avez apportées grâce à vos cours magistraux, notamment en odontologie médico-légale.

Enfin, je vous suis reconnaissante pour votre disponibilité et réactivité qui m'ont été précieuses pour la rédaction de cette thèse.

Veillez croire à l'expression de ma sincère reconnaissance.

**À madame le Docteur Delphine WAGNER**, membre du jury.

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury.

C'est également pour moi l'occasion de vous remercier de l'enseignement que vous nous avez offert en orthopédie dento-faciale.

Je vous prie de croire à mes sincères remerciements.

**A monsieur le Docteur François REITZER**, membre du jury.

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie du jury, mais également pour m'avoir appris, au travers de vos cours magistraux et travaux pratiques, de précieuses connaissances et techniques qui me serviront quotidiennement dans ma pratique.

Veillez croire à ma profonde reconnaissance.

**Merci,**

**À ma mère, mon père, ma sœur et mon frère,** pour la famille formidable que vous avez toujours été.

**À Hugo,** mon compagnon de vie, pour tout le bonheur que l'on partage.

**À Renée et Mami** qui, dans leur complémentarité, sont les meilleures grands-mères du monde.

**À mes cousins, cousines, tantes et oncles,** acteurs principaux de ces vacances et célébrations en famille qui m'ont laissé de si merveilleux souvenirs.

**À Coline,** ma plus vieille et fidèle amie, merci pour ta personnalité hors du commun.

**À Nastasia, Claudie, Jade, Yolen, Cécile, et Claire,** pour ces amitiés qui me sont chères depuis tant d'années.

Merci également à **Manu et Abdelkarim,** grâce à qui les apéros continuent à vivre.

**À Erwan, Solal, Marius,** des amis un peu particuliers avec qui on ne s'ennuie jamais.

**À Mailys, Aurore, Sam et Mathilde** pour ces bons souvenirs de la fac et votre énergie.

**Au Centre Des Remparts –**

**Simon et Elizabeth** pour m'avoir permis de démarrer mon exercice à vos côtés, et pour ce que j'ai appris dans votre cabinet

**Camille et Sophie,** pour cette année passée avec vous dans la bonne humeur.

**À l'équipe du Fauteuil Bleu des deux rives – Julien, Flavie, Familia et Perrine –** pour m'avoir si chaleureusement accueillie. Je suis ravie de continuer avec vous.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2024

N° 2

**THESE**

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Le 10/01/2025

par

RAHOVSKY Eva

née le 17/08/1999 à STRASBOURG

**L'OBLIGATION DE MOYENS DU CHIRURGIEN-DENTISTE**

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Docteur REITZER François

Docteur WAGNER Delphine

Docteur BIARD Maxime

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES .....	5
INTRODUCTION .....	6
<b>PARTIE I : L'OBLIGATION DE MOYENS, UNE OBLIGATION SOUS-TENDUE PAR LE CONTRAT DE SOINS .....</b>	<b>8</b>
1. LE CONTRAT DE SOINS .....	9
1.1. <i>Définitions</i> .....	9
1.1.1. Contrat .....	9
1.1.2. Contrat de soins .....	10
1.2. <i>Évolution historique de la relation de soins</i> .....	12
1.2.1. Le code d'Hammourabi .....	12
1.2.2. La Grèce et Platon .....	13
1.2.3. Le contrat de soins d'aujourd'hui .....	13
2. L'OBLIGATION DE MOYENS .....	14
2.1. <i>Textes fondateurs</i> .....	14
2.1.1. L'arrêt Mercier .....	14
2.1.2. La Loi Kouchner .....	15
2.2. <i>Le devoir d'information : un prérequis indispensable</i> .....	16
2.2.1. Pourquoi l'information du patient ? .....	16
2.2.2. Le défaut d'information .....	17
2.2.3. Le contenu de l'information .....	17
2.2.4. Les moyens d'information (18) .....	18
2.2.5. Au-delà de l'information, un devoir de conseil (21) .....	19
2.3. <i>L'obligation de moyens : ce que cela implique</i> .....	20
2.3.1. Être à jour de ses connaissances et de ses compétences .....	21
2.3.2. Faire le choix de la bonne technique .....	23
2.3.3. Être rigoureux dans sa mise en œuvre .....	24
2.3.4. S'équiper du matériel nécessaire .....	25
2.3.5. Savoir réadresser le patient .....	25
2.4. <i>L'obligation de moyens dans les différents domaines de la dentisterie</i> .....	26
2.4.1. En matière de diagnostic .....	26
2.4.1.1. L'interrogatoire .....	27
2.4.1.2. L'examen clinique .....	28
2.4.1.3. Les examens complémentaires .....	31
2.4.1.4. Le diagnostic .....	32
2.4.2. En matière de radiologie : la radioprotection des patients .....	32
2.4.2.1. La justification des expositions .....	33
2.4.2.2. L'optimisation des doses délivrées .....	34
2.4.2.3. La formation en radioprotection .....	35
2.4.3. En matière de prévention .....	36
2.4.3.1. La prévention en odontologie .....	36
2.4.3.2. Les patients ciblés .....	37
2.4.3.3. La prévention de la carie dentaire .....	38
2.4.3.4. La prévention des malocclusions chez l'enfant (44) .....	40
2.4.4. En matière de soins conservateurs .....	41
2.4.4.1. L'utilisation de la digue dentaire comme obligation de moyens .....	41
2.4.4.2. L'amalgame dentaire et l'obligation de moyens pour la protection de la santé humaine et l'environnement .....	42
2.4.4.3. Les thérapeutiques de préservation de la vitalité pulpaire .....	43
2.4.5. En matière de soins endodontiques (50) .....	44
2.4.5.1. L'analyse préliminaire .....	45
2.4.5.2. La mise en œuvre du protocole opératoire .....	46
2.4.6. En matière de prothèse .....	50
2.4.6.1. L'utilisation de la CFAO au cabinet dentaire : (54) .....	52

2.4.6.2.	Le choix du traitement prothétique.....	53
2.4.7.	En matière de parodontologie .....	53
2.4.7.1.	Dépistage et diagnostic de la maladie parodontale.....	54
2.4.7.2.	L'information du patient.....	55
2.4.8.	En matière d'implantologie et de chirurgie.....	56
2.4.9.	En dentisterie esthétique .....	56
2.4.9.1.	L'évaluation psychologique du patient.....	57
2.4.9.2.	Les logiciels de simulation .....	58
2.4.10.	En matière d'orthodontie .....	59
2.4.10.1.	La pratique de l'orthodontie par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens .....	59
2.4.10.2.	Les aligneurs orthodontiques .....	59
2.4.10.3.	La phase de contention et de suivi .....	61
<b>PARTIE II : L'OBLIGATION DE MOYENS AU CŒUR DES LITIGES BUCCO-DENTAIRES.....</b>		<b>63</b>
1.	SINISTRALITE .....	64
1.1.	<i>Sinistre</i> .....	64
1.2.	<i>Assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP)</i> .....	64
1.3.	<i>Sinistralité de la profession</i> .....	65
1.4.	<i>Les causes principales de sinistres</i> .....	65
2.	LA RESPONSABILITE DU PRATICIEN .....	66
2.1.	<i>Les différentes responsabilités</i> .....	66
2.1.1.	La responsabilité pénale.....	67
2.1.2.	La responsabilité ordinale .....	67
2.1.3.	La responsabilité civile .....	68
2.2.	<i>La faute</i> .....	68
2.3.	<i>Le préjudice</i> .....	69
2.4.	<i>Le lien de causalité</i> .....	69
3.	LE DOSSIER MEDICAL.....	71
3.1.	<i>Le dossier médical comme moyen à mettre en œuvre</i> .....	72
3.1.1.	Le contenu du dossier médical.....	72
3.1.2.	La conservation du dossier médical .....	73
3.1.3.	La mise à disposition du dossier médical .....	74
3.2.	<i>Le dossier médical dans la défense du chirurgien-dentiste : une preuve des moyens mis en œuvre</i> .....	74
3.2.1.	La preuve de l'information du patient .....	75
3.2.2.	La conformité des soins réalisés.....	75
3.2.3.	La conformité des conditions d'hygiène .....	76
3.2.4.	La conformité des prothèses .....	76
4.	LES SANCTIONS ENCOURUES ET L'INDEMNISATION DES VICTIMES.....	77
4.1.	<i>Procédures et sanctions</i> .....	77
4.1.1.	Les voies de gestion.....	77
4.1.1.1.	La réclamation à l'amiable .....	77
4.1.1.2.	La tentative de conciliation.....	78
4.1.1.3.	La saisie de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation.....	79
4.1.1.4.	La chambre disciplinaire de première instance .....	80
4.1.2.	L'indemnisation du patient .....	83
4.1.2.1.	Évaluation du préjudice et calcul de l'indemnisation .....	83
4.1.2.1.1.	La nomenclature des préjudices corporels.....	83
4.1.2.1.2.	Calcul de l'indemnisation (92) .....	85
4.1.2.2.	Le débiteur de l'indemnité.....	86
<b>PARTIE III : LES LIMITES DE L'OBLIGATION DE MOYENS .....</b>		<b>88</b>
1.	LE POSSIBLE ET LE RAISONNABLE.....	89
1.1.	<i>Équipement</i> .....	89
1.2.	<i>Mise à jour des connaissances</i> .....	90
1.3.	<i>Ressources financières du patient et nomenclature des actes</i> .....	91
1.3.1.	Les paniers de soins : des alternatives thérapeutiques répondant aux données acquises de la science.....	91

1.3.2.	Les situations de compromis thérapeutiques .....	92
1.4.	<i>Le cas de l'urgence odontologique</i> .....	94
1.4.1.	Devoir de recevoir les urgences, et limite de disponibilité du praticien .....	94
1.4.1.1.	L'anticipation des urgences .....	94
1.4.1.2.	La régulation des urgences .....	95
1.4.1.3.	Malgré tout, incapacité à recevoir le patient.....	95
1.4.2.	Les exigences d'une consultation d'urgence .....	96
2.	UNE DEMARCHE REVENDICATRICE ABUSIVE ? .....	97
2.1.	<i>Comment pourrait-on expliquer la tendance actuelle à la revendication ?</i> .....	98
2.2.	<i>Les sanctions encourues par le patient</i> .....	99
2.3.	<i>Les conséquences sur la pratique du chirurgien-dentiste</i> .....	101
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>102</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....		<b>106</b>

# Liste des figures

Figure 1 : Part de l'endodontie dans les litiges bucco-dentaires (hors implantologie).....	66
Figure 2 : Schéma récapitulatif des procédures de règlement d'un litige.....	82
Figure 3 : Les préjudices corporels selon la nomenclature Dintilhac.....	84
Figure 4 : Le débiteur de l'indemnisation / paiement de l'indemnisation.....	87
Figure 5 : Augmentation du taux de réclamations enregistrées auprès de la MACSF ne donnant pas de suite.....	98

# Introduction

La relation de soins qui lie le professionnel de santé à son patient a d'abord évolué en faveur des praticiens, en leur assurant une protection face aux aléas thérapeutiques, puis au profit de la qualité et de la sécurité des soins pour le patient.

Aujourd'hui, le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de moyens : il ne s'engage pas à guérir son patient, cependant à mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour y parvenir.

Ces moyens sont aussi bien matériels qu'intellectuels, et évoluent parallèlement aux données acquises de la science.

L'obligation de moyens est une obligation légale, figurant dans le Code de la Santé Publique, et son manquement constitue une faute de la part du praticien, qui peut alors voir sa responsabilité engagée en cas de litige avec un patient.

Pourtant, le contenu de cette obligation n'est précisé par aucun texte, et rend le chirurgien-dentiste autonome dans son interprétation et son application au quotidien.

C'est ainsi que nous essayerons, dans une première partie, de comprendre ce qu'implique cette obligation de moyens dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste, de manière générale, puis appliquée à chaque domaine de la chirurgie-dentaire.

Dans une deuxième partie, partant du constat que la remise en cause de la qualité des soins est la source principale des litiges entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients, nous verrons selon quels critères la responsabilité du chirurgien-dentiste peut être engagée.

Ce sera alors l'occasion de nous intéresser à l'importance de la tenue du dossier médical, tant pour la qualité de la prise en charge du patient que pour l'expertise.

Nous évoquerons également les sanctions que peut subir le chirurgien-dentiste présumé fautif, ainsi que les modalités d'indemnisation du patient victime.

La troisième et dernière partie nous permettra de nous interroger sur les limites de l'application de l'obligation de moyens par le chirurgien-dentiste dans son cabinet, au travers des questions suivantes :

- Est-il réaliste, nécessaire, ou même raisonnable d'investir dans un équipement toujours à la pointe des dernières technologies ?
- Est-il possible d'être constamment au fait des données scientifiques les plus récentes ?
- Dans quelles mesures est-il possible et acceptable d'adapter le traitement aux contraintes financières du patient ?
- La situation de l'urgence dispense-t-elle en partie de l'obligation de moyens ?

Pour finir, nous verrons qu'il existe une tendance actuelle à la revendication de la part du patient, qui peut mettre en péril la relation de soins en altérant la confiance entre le chirurgien-dentiste et son patient.

**PARTIE I : L'obligation de moyens, une  
obligation sous-tendue par le contrat de  
soins**

## 1. Le contrat de soins

La relation de soins, qui lie le professionnel de santé et son patient, prend la forme d'un contrat ; on parle de contrat médical, ou encore de contrat de soins.

Nous allons dans un premier temps nous pencher sur ce qui définit de manière générale un contrat, avant de nous attarder sur les particularités du contrat de soins, ses caractéristiques et son contenu.

Nous verrons alors que la relation de soins n'a pas toujours été celle que nous connaissons aujourd'hui.

### 1.1. Définitions

#### 1.1.1. Contrat

Larousse, 2023 :

*« Convention, accord de volontés ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou de plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres. (Quatre conditions sont nécessaires pour la validité du contrat : le consentement des parties, la capacité de contracter, un objet certain, une cause licite.) » (1)*

Article 1101 du Code Civil :

*« Le contrat est un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations. » (2)*

Il s'agit donc d'une convention juridique qui lie deux parties, qui s'engagent toutes deux à satisfaire leurs **obligations**.

Le contrat est un accord de volonté, ce qui signifie que chaque partie est libre de s'y engager. (3). Le **consentement** à cet engagement se fait de manière verbale ; cependant,

et comme nous aurons l'occasion de l'évoquer plus loin, une trace écrite peut s'avérer indispensable pour prouver l'existence de ce contrat.

### 1.1.2. Contrat de soins

Le contrat de soins s'établit dès lors que le patient s'en remet au professionnel de santé, qui accepte de réaliser les soins.

- ◆ C'est un contrat synallagmatique, qui engage réciproquement le praticien et le patient à des obligations l'un envers l'autre (4,5) :
  - Les obligations du patient consistent en l'observance des prescriptions et recommandations thérapeutiques qui lui sont faites, ainsi qu'au règlement des honoraires dus au professionnel de santé
  - Le chirurgien-dentiste, quant à lui, s'engage à donner des « *soins éclairés et conformes aux données acquises de la science* » (6)

Il s'agit là, pour le chirurgien-dentiste, de ce que nous appelons **l'obligation de moyens**. Il existe en réalité d'autres obligations induites par ce contrat de soins – telles que le devoir d'information, ou le respect du secret médical –, et nous verrons plus loin que tout manquement à l'une de ces obligations constitue une faute qui peut engager la responsabilité du praticien.

- ◆ Le contrat de soins se conclue Intuitu personae (7) (latin, signifiant : en fonction de la personne) : il se conclut à titre personnel ; le praticien s'engage à exécuter personnellement ses obligations.
- ◆ Ce contrat est dit consensuel – au sens de l'Article 1109 du Code Civil –, se formant « *par le seul échange des consentements, quel qu'en soit le mode d'expression* ». (8)

Pour le chirurgien-dentiste, il s'agit en pratique de recueillir le consentement éclairé du patient. Il est généralement tacite, mais peut toutefois prendre la forme d'un document

écrit, lorsque le patient signe un devis par exemple. Le patient reste libre de retirer à tout moment son consentement. (7)

- ◆ Ce contrat est d'exécution successive (ou continue) (7,9) : il s'établit au début de la prise en charge, et n'est pas à renouveler à chaque séance de soins.  
Il s'achève à la fin de la prise en charge, ou si l'une des parties décide de rompre le contrat.
- ◆ La formation de ce contrat est basée sur le principe de libre choix (3,7), mais dont la résonance ne sera pas la même pour le praticien que pour le patient.  
En effet, le patient est totalement libre dans le choix de son praticien ; en revanche, il n'est pas admis que le professionnel de santé sélectionne ses patients. Il peut tout de même refuser de prodiguer des soins ou d'en interrompre – s'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence, ou s'il ne compromet pas ainsi la santé du patient –, tant qu'il s'assure de la continuité des soins du patient.

Ce principe est prévu par l'article R.4127-232 du Code de la Santé Publique :

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

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

*2° De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles » (10)*

- ◆ Enfin, les soins peuvent prodigués à titre onéreux ou gratuit (11). Dans ce dernier cas, le consentement éclairé du patient demeure indispensable, et les autres obligations restent de rigueur.

## 1.2. Évolution historique de la relation de soins

Bien qu'une relation contractuelle ait toujours existé entre le soigné et le soignant, la relation de soins a subi de nombreuses modifications au cours du temps et n'a pas toujours été telle qu'on la connaît aujourd'hui.

### 1.2.1. Le code d'Hammourabi

Le code d'Hammourabi, pouvant être daté d'environ 1775 ans avant J.-C., constitue la première trace écrite retrouvée d'une relation contractuelle entre le médecin et son patient.

Il s'agit d'un bloc de diorite sur lequel Hammourabi, roi de Babylone, y a fait inscrire 282 lois dont une dizaine s'adresse aux médecins (12), et parmi lesquelles les suivantes nous intéresseront :

« (...)

§218. *Si un médecin a traité un homme libre d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze, et a fait mourir l'homme, s'il a ouvert la taie de l'homme avec le poinçon de bronze, et a crevé l'œil de l'homme, on coupera ses mains.*

§219. *Si un médecin a traité d'une plaie grave l'esclave d'un mouchkînou, avec le poinçon de bronze, et l'a tué, il rendra esclave pour esclave.*

§ 220. *S'il a ouvert la taie avec le poinçon de bronze, et a crevé l'œil, il payera en argent la moitié de son prix.*

§ 221. *Si un médecin a guéri un membre brisé d'un homme libre, et a fait revivre un viscère malade, le patient donnera au médecin cinq sicles d'argent.*

(...) » (13)

De ces dernières se détachent les prémices d'une relation contractuelle entre le médecin et le patient, mais jusqu'alors encore bien différente de celle que nous connaissons actuellement au travers du contrat de soins.

L'obligation du médecin s'apparente plutôt à une **obligation de résultat** : il ne recevra une rémunération qu'en cas de réussite de son traitement. L'erreur ou l'échec ne sont pas admis, et entraînent une sanction proportionnelle au dommage causé au patient ; de nature pécuniaire en cas d'atteinte d'un organe et de nature mutilante lorsqu'il a entraîné la mort.

### 1.2.2. La Grèce et Platon

Le cadre juridique de la relation de soins va évoluer en faveur de la protection des médecins.

En Grèce, apparaît avec Platon la notion d'une responsabilité médicale, tenant compte de la conduite du médecin, et contrastant ainsi avec la responsabilité auparavant entièrement définie par le résultat.

Désormais, l'échec d'un traitement n'entraîne pas systématiquement une sanction ; il s'agit d'analyser le comportement du médecin, afin de déterminer s'il a ou non fait preuve de « négligence ou impéritie ». (12)

*« Il en sera de même de tous les médecins : si l'un d'eux, soignant un malade, le laisse mourir sans le vouloir, qu'il soit pur selon la loi. »*

*(Platon, Les Lois, livre IX, chapitre VIII)*

Le médecin n'est déjà plus tenu à une obligation de résultat, et on entrevoit les notions d'**obligation de moyens** et de **respect des règles de l'art**.

### 1.2.3. Le contrat de soins d'aujourd'hui

Aujourd'hui, le contrat de soins impose aux professionnels de santé une obligation de moyens. Le praticien doit agir de manière consciencieuse et prudente, en tenant compte des données acquises de la science. Le manquement à cette obligation constitue une faute, qui peut engager la responsabilité du praticien en cas de litige avec son patient.

Ces principes, comme nous allons le voir à présent, seront institués en France par l'arrêt Mercier en 1936, puis la loi Kouchner en 2002.

## 2. L'obligation de moyens

### 2.1. Textes fondateurs

#### 2.1.1. L'arrêt Mercier

L'arrêt Mercier du 20 mai 1936 est le texte fondateur de la relation médicale moderne en France.

##### Contexte :

*Une patiente atteinte d'une radiodermite des muqueuses de la face, apparue consécutivement à une radiothérapie visant à traiter une affection nasale, demande réparation 3 ans après la fin du traitement, considérant que cette affection est imputable à une faute commise par le radiologue.*

*La cour rejettera la responsabilité du praticien, sur le principe qu'aucune faute n'a été commise de sa part, ayant donné des soins conformes à ce qui pouvait être attendu de lui, et ce quel qu'en soit le résultat.*

Ce texte met en avant une relation contractuelle entre le patient et le professionnel de santé, et détermine la nature de l'obligation mise à la charge de ce dernier : une obligation de moyens.

*« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques ainsi que paraît l'énoncer le moyen de pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserves faites des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ». (14)*

*(Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier)*

On comprend ici que les « moyens » à mettre en œuvre sont à la fois techniques et intellectuels ; il ne s'agit pas seulement d'employer tous les moyens matériels et technologiques possibles, mais également de faire preuve de toute la diligence et conscience professionnelle nécessaires pour mener à bien le traitement entrepris.

Ce principe d'obligation de moyens repose sur la reconnaissance de l'existence d'un **aléa thérapeutique** pouvant intervenir au cours des soins.

L'aléa thérapeutique correspond à la survenue d'un événement indésirable au cours d'une thérapeutique, sur lequel le praticien n'a aucun contrôle, et qui vient affecter le résultat. Non imputable à une faute de la part du praticien, il découle de l'incertitude propre à l'acte thérapeutique.

### **2.1.2. La Loi Kouchner**

La loi du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner », est instaurée dans le but d'améliorer la qualité du système de santé et l'accès aux soins pour les usagers, et a eu pour conséquence la réécriture d'une partie du Code de la Santé Publique.

En ce qui concerne l'obligation de moyens, elle va reprendre et enraciner les propos de l'arrêt Mercier, en reconnaissant d'une part au patient le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier de thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue, et rejetant d'autre part la responsabilité du professionnel de santé en l'absence de faute.

Article L.1110-5 du Code de la Santé Publique :

*« Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. (...)... » (15)*

Article L.1142-1 du Code de la Santé Publique :

*« Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. (...) » (16)*

L'obligation de moyens semble tenir une place centrale dans la relation de soins ; néanmoins, sa définition au travers des textes de loi reste superficielle, cantonnée à son principe de base : mettre en œuvre tous les moyens nécessaires, agir de manière consciencieuse et en conformité avec les données acquises de la science.

Nous allons alors, dans la suite de ce travail, chercher à comprendre comment se décline cette obligation de moyens dans la pratique d'un chirurgien-dentiste de cabinet de ville.

## **2.2. Le devoir d'information : un prérequis indispensable**

### **2.2.1. Pourquoi l'information du patient ?**

L'information du patient est indispensable à l'obtention du consentement éclairé du patient et, de ce fait, est un élément nécessaire à la formation du contrat de soins.

Avec la loi du 4 mars 2002, qui se soucie de donner un rôle actif au patient dans son parcours de soins, l'accès à l'information devient un droit pour le patient. (17) L'objectif est de lui permettre de prendre, en toute connaissance de cause, des décisions concernant sa santé et les stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre.

Le patient – informé sur son état de santé, les différentes options thérapeutiques qui s'offrent à lui et les risques qu'il encoure face à chacune d'entre elles, ou en cas d'abstention – peut accepter ou refuser les actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés. (18)

### 2.2.2. Le défaut d'information

En cas de litige, lorsqu'un défaut d'information est reproché au praticien, la responsabilité de ce dernier peut être mise en cause au titre de la *perte de chance*.

Celle-ci est définie comme étant « *la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable* ». (19) ; du manque d'information, le patient n'a pas eu l'occasion – ou la chance – de choisir une autre option thérapeutique, ou à défaut, de se soustraire à celle qui a conduit au dommage.

C'est un préjudice incomplet et hypothétique, et sa reconnaissance n'est pas automatique. Il s'agit d'étudier dans quelle mesure le manque d'information a eu un impact sur la décision du patient, au regard de l'ensemble des éléments, et notamment, de la personnalité du patient.

Ainsi, l'indemnisation du dommage au titre de la perte de chance devrait être exclue en l'absence d'existence d'une alternative thérapeutique, et si l'intervention était indispensable. (20)

Dans ce cas, le préjudice peut-être moral, considérant que le patient, par manque d'information, n'a pu se préparer à l'éventualité du dommage qu'il a subi. (4)

### 2.2.3. Le contenu de l'information

En mai 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des Recommandations pour la pratique clinique concernant la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé.

Elle y définit, entre autres, le contenu de l'information :

« (...)

- *l'état de santé de la personne et son évolution le plus souvent observée. En cas de maladie, elle porte sur ses caractéristiques et son évolution habituelle avec et sans traitement, y compris en ce qui concerne la qualité de vie ;*

- *la description, le déroulement et l'organisation des investigations, des soins, des actes envisagés et l'existence ou non d'une alternative ; leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence ; les bénéfices escomptés ; les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles ; les conseils à la personne et les précautions qui lui sont recommandées ;*
- *le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées. (...) » (18)*

L'information est à délivrer au patient dès le début de la prise en charge, et doit être renouvelée au fur et à mesure de celle-ci.

Cela implique qu'en cas de modification dans le plan de traitement survenant au cours de la prise en charge, le praticien doit tenir informé le patient de l'impossibilité de réaliser le traitement prévu initialement, des changements apportés, des alternatives existantes, ainsi que des éventuels nouveaux risques introduits.

De même, le praticien doit informer le patient en cas d'incident survenu au cours du traitement, et de ses suites prévisibles.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 introduit la notion d'information *a posteriori* :

Article L.1111-2 du Code de la Santé Publique :

*« Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. » (17)*

#### **2.2.4. Les moyens d'information (18)**

La délivrance de l'information se fait au cours d'un **entretien oral individuel**, entre le patient et le professionnel de santé, ou en présence d'un tiers lorsque la situation le nécessite.

Ce peut être une personne de confiance désignée par le patient souhaitant être accompagné, le responsable légal d'un patient mineur ou d'un majeur sous tutelle,

l'interprète d'une personne ne parlant pas la langue, un assistant de communication d'une personne en situation de handicap, ...

Selon les recommandations de la HAS, l'information doit être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne concernée, et personnalisée.

Le professionnel santé adapte son discours au niveau de compréhension du patient, sans pour autant altérer la pertinence de son contenu, et ajoute autant d'explications que nécessaire. Il suscite le questionnement du patient, et l'invite à reformuler les informations telles qu'il les a comprises, avec ses propres mots. Ceci permet au praticien de s'assurer que l'information ait bien été assimilée, et d'éventuellement réinsister sur certains points. L'information du patient nécessite donc de la part du praticien d'être disponible, et de donner une place active au patient dans l'entretien.

Le professionnel de santé peut s'aider de supports – tels que des maquettes, planches, photographies de cas cliniques, vidéos pédagogiques, sites internet ... – pour illustrer ses propos.

Enfin, il peut compléter son information orale par des documents écrits, qui permettront au patient d'accéder ultérieurement aux informations qui lui ont déjà été transmises à l'oral.

### **2.2.5. Au-delà de l'information, un devoir de conseil (21)**

Bien que l'information du patient lui permette de prendre lui-même les décisions concernant sa santé, il faut garder à l'esprit qu'il ne possède pas les compétences et le recul d'expérience du professionnel de santé. Ce dernier devra donc faire tout son possible pour guider le patient vers le choix qu'il juge le plus approprié à son état et ses besoins de santé. On parle de **devoir de conseil**.

Le Code de la Santé Publique fait foi de ce principe à travers l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique :

*« 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.*

*Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, **le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.** » (22)*

Mais le devoir de conseil consiste également à éclairer le patient sur les prises en charges (au sens financier) dont il peut bénéficier.

Dans la pratique du chirurgien-dentiste, cela est particulièrement important lorsqu'il s'agit de soins prothétiques, parodontaux, orthodontiques ou encore implantaires, pour lesquels le reste à charge du patient ou de sa mutuelle est souvent conséquent.

Le professionnel de santé doit renseigner son patient sur les démarches qu'il doit entreprendre lui-même auprès des organismes de la Sécurité Sociale pour bénéficier des prestations dont il a le droit. Il s'agit d'une obligation en ce qui concerne les régimes obligatoires de santé ; il en ira en revanche de la bonne volonté du praticien d'aiguiller son patient quant aux démarches à réaliser auprès des mutuelles et assurances complémentaires.

### **2.3. L'obligation de moyens : ce que cela implique**

Nous avons vu que l'obligation de moyens correspond à la mise en œuvre par le professionnel de santé de tous les moyens matériels et intellectuels dont il peut disposer au service de son patient pour le bon aboutissement de son traitement.

Nous allons maintenant nous intéresser à ce que cela implique dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste en cabinet de ville.

### 2.3.1. Être à jour de ses connaissances et de ses compétences

Au cours de ses études, le chirurgien-dentiste bénéficie d'une formation à jour des connaissances et techniques les plus récentes. Cependant, dans notre ère où ne cessent d'évoluer les connaissances scientifiques et les techniques, la formation initiale d'un chirurgien-dentiste peut rapidement se trouver insuffisante, voire obsolète.

C'est pourquoi le chirurgien-dentiste, tout comme les autres professionnels de santé, a pour devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances tout au long de sa carrière. Ceci est prévu par la **formation continue**, qui vient s'ajouter à la formation initiale.

Le principe de formation continue est instauré en France par la loi Delors :

*« La formation professionnelle permanente constitue une obligation nationale. Elle comporte une formation initiale et des formations ultérieures destinées aux adultes et aux jeunes déjà engagés dans la vie active ou qui s'y engagent.*

*Ces formations ultérieures constituent la formation professionnelle continue.*

*La formation professionnelle continue fait partie de l'éducation permanente. Elle a pour objet de permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social. (...) » (23)*

*(Loi n°71-575 du 16 juillet 1971)*

L'obligation de formation médicale continue (FMC), figurant initialement dans le code de déontologie médicale, est introduite dans le Code de la Santé Publique à l'occasion de la Loi Kouchner en 2002 (24).

En 2009, la loi HSPT (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) introduit le dispositif de **Développement Professionnel Continu** (DPC), tel qu'on le connaît aujourd'hui, et qui sera réformé en 2016 avec la loi de modernisation du système de santé. (25)

Article L.6155-1 du Code de la Santé Publique :

*« Les médecins, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif, sont soumis à une obligation de développement professionnel continu dans le cadre du développement professionnel continu défini aux articles L. 4021-1 à L. 4021-8. » (24)*

Il a pour principaux objectifs :

- L'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles
- Le maintien et l'actualisation des connaissances et compétences (25)

Ce DPC constitue une obligation personnelle pour le chirurgien-dentiste – quel que soit son mode d'exercice, hospitalier, salarié ou libéral –, qui doit suivre, sur une période de 3 ans, un parcours de DPC *« comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. » (26)*

L'agence nationale du Développement Professionnel Continu assure la gestion du DPC, et propose un référencement des organismes agréés auprès desquels les professionnels de santé peuvent réaliser leur parcours de développement professionnel continu.

Elle fournit également le document de traçabilité permettant au professionnel de santé de tracer l'ensemble des actions qu'il a réalisées au cours de sa carrière professionnelle. C'est au moyen de ce document qu'il rendra compte, à l'issue de chaque période triennale, de son obligation auprès de l'autorité de contrôle, le Conseil de l'Ordre. (27)

En cas de manquement à cette obligation lors du contrôle, le Conseil de l'Ordre impose de suivre dans un délai donné un plan personnalisé de DPC.

Si l'obligation n'est toujours pas satisfaite, le praticien peut être mis en cas d'**insuffisance professionnelle**, pouvant conduire à une sanction sous la forme d'une suspension d'exercice.

### **2.3.2. Faire le choix de la bonne technique**

Le perfectionnement des connaissances et compétences du chirurgien-dentiste a pour but de prodiguer des soins conformes et à jour des dernières **données acquises de la science**.

Ces données acquises de la science sont fondées sur l'étude, et l'expérimentation. Elles sont reproductibles et donnent un résultat identique ou similaire dans des conditions définies.

Font partie des données acquises de la science les techniques qui : (28)

- Ont fait l'objet d'études cliniques multicentriques
- Ont fait l'objet de publications scientifiques dans des revues à comité de lecture
- Sont enseignées dans les facultés de chirurgie-dentaire
- Font l'objet d'un consensus de la communauté scientifique

Elles sont rendues accessibles aux praticiens grâce à l'élaboration de « **Recommandations de Bonnes Pratiques** » – synthèses des données scientifiques disponibles sur un sujet médical donné au moment de leur rédaction –, rédigées par des sociétés savantes telles que la Haute Autorité de Santé (HAS) ou l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

Le but de ces recommandations est d'arriver à une uniformisation des pratiques, en supprimant les attitudes non conformes, et en guidant les praticiens vers le choix de la technique la plus adaptée au cas clinique.

Elles représentent les données acquises de la science, mais ne constituent en aucun cas une obligation. Le professionnel de santé doit faire preuve de discernement dans son

choix thérapeutique, et peut être amené à s'en éloigner si la situation clinique le justifie, après avoir analysé la balance bénéfice/risque.

Ainsi le chirurgien-dentiste doit mettre en œuvre des moyens thérapeutiques faisant consensus au sein de la communauté scientifique. Il doit aussi bien éviter les techniques devenues obsolètes, que les techniques avant-gardistes n'ayant pas encore fait leurs preuves.

Des exceptions peuvent cependant être faites, mais le praticien doit être en mesure de justifier sa décision.

Bien que les Recommandations de Bonnes Pratiques n'aient pour le moment aucune valeur obligatoire, les praticiens trouvent toutefois grand intérêt à les suivre puisqu'elles reflètent les données acquises de la science, auxquelles ils doivent de se conformer dans leur pratique.

### 2.3.3. Être rigoureux dans sa mise en œuvre

Le choix de la bonne technique doit s'accompagner de sa bonne réalisation, **consciencieuse et prudente**.

Le respect des protocoles opératoires, ainsi que des protocoles d'utilisation des matériaux et dispositifs est donc primordial.

Les risques attenants aux interventions doivent être connus, et les précautions nécessaires doivent être prises.

Aux soins consciencieux et attentifs recommandés par l'arrêt Mercier, s'oppose la **négligence**, pouvant être définie comme étant « *l'omission de faire quelque chose qu'un homme raisonnable, guidé par les considérations qui réglementent normalement la conduite des affaires humaines, ferait, ou faire quelque chose qu'un homme prudent et raisonnable ne ferait pas.* » (29).

La négligence ressort de cette définition comme un manquement à l'obligation de moyens.

#### **2.3.4. S'équiper du matériel nécessaire**

Les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire l'obligation de moyens sont également matériels, ce qui passe par l'utilisation de dispositifs et d'un plateau technique adaptés à la thérapeutique à mettre en œuvre.

Le choix du matériel se fait également en tenant compte des données acquises de la science. Il doit être capable de remplir les exigences actuelles, et ne doit pas constituer un frein à la thérapeutique envisagée.

Avec la rapidité d'évolution des moyens techniques, il est certain que les praticiens ne peuvent pas constamment porter leurs équipements à la pointe de la dernière technologie.

Le manque de modernité de l'équipement ne doit cependant pas empêcher le praticien de réaliser sa thérapeutique selon les données acquises de la science ; un matériel ou dispositif obsolète est à bannir du cabinet dentaire.

Le matériel et les matériaux utilisés, à défaut d'être nécessairement de la dernière génération, ne doivent présenter aucun défaut compromettant la sécurité du patient, et doivent remplir le cahier des charges requis pour mettre en œuvre les thérapeutiques.

#### **2.3.5. Savoir réadresser le patient**

Le chirurgien-dentiste avisé est capable de reconnaître ses limites – qu'elles soient matérielles ou de compétences – et d'adresser son patient à un confrère ou spécialiste lorsqu'il n'est pas en mesure de réaliser lui-même le soin correctement.

Article R.4127-204 du Code de la Santé Publique :

*« Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose. » (30)*

Lorsqu'il décide de faire appel à un confrère, le praticien n'est pas libéré de son contrat qui le lie au patient. Il se doit de bien orchestrer la continuité des soins en fournissant au patient et au confrère toutes les informations et documents nécessaires à la suite de sa prise en charge. Il guide le patient dans les démarches à entreprendre, et assure la communication avec le confrère. (10)

*Exemple :*

*Un chirurgien-dentiste a été condamné à 2 mois d'interdiction d'exercice pour avoir tardé à orienter son patient vers un spécialiste compétent, face à une tuméfaction due à un épithélioma (carcinome basocellulaire). (31)*

## **2.4. L'obligation de moyens dans les différents domaines de la dentisterie**

### **2.4.1. En matière de diagnostic**

Lorsqu'un patient consulte avec une doléance (douleurs, mobilité dentaire, gêne, manque de rétention d'une prothèse, ...), le praticien cherche à établir un diagnostic dont découlera une prise en charge adaptée.

Mais un diagnostic peut également être le fruit d'une découverte fortuite, chez un patient venu pour un contrôle de routine, en l'absence de symptôme.

La détermination du diagnostic est une étape primordiale dans la prise en charge du patient. Une erreur, un retard ou l'absence de diagnostic contribue une perte de chance pour le patient.

Pourtant, ne pèse pas sur le praticien l'obligation d'établir le diagnostic exact, mais bien celle de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic.

La responsabilité du chirurgien-dentiste ne peut pas être engagée sur le simple fait d'une erreur ou d'un défaut de diagnostic. Elle ne le sera que si l'erreur relève d'une négligence

ou d'une ignorance des données acquises de la science, ou si le chirurgien-dentiste n'a pas mis en œuvre tous les moyens à sa disposition pour aboutir à un diagnostic correct.

(4)

Exemple de procédure : Cass. civ. 1ère, 17 février 1998, n° 96-10.339 : Juris-data n° 000774

*Un chirurgien-dentiste diagnostique un abcès parodontal, qui se trouve en réalité être une tumeur.*

*L'expertise montre que le chirurgien-dentiste n'aurait pu, à l'époque des faits, évoquer un autre diagnostic qu'un abcès parodontal, et qu'aucune investigation supplémentaire justifiée n'aurait pu lui permettre de diagnostiquer l'existence d'une tumeur ; l'erreur de diagnostic n'est pas considérée comme fautive.*

En revanche, le praticien est responsable des tous des éléments disponibles sur les examens qu'il réalise, et doit les étudier dans leur globalité.

L'établissement d'un diagnostic repose sur un schéma rigoureux et systématisé, bien connu des professionnels de santé, dans lequel on distingue classiquement les étapes suivantes :

- L'interrogatoire du patient, ou anamnèse
- L'examen clinique complet : exo-buccal et endo-buccal
- Les examens complémentaires : radiologiques, biologiques, photographies, modèles d'étude...

#### 2.4.1.1. L'interrogatoire

L'interrogatoire du patient fait partie des moyens à mettre en œuvre lors de l'investigation dans la mesure où il permet d'identifier les facteurs de risque ou de vulnérabilité du patient face à certaines affections bucco-dentaires – du fait de son état de santé général (pathologies, médicaments,...), de sa catégorie socio-professionnelle, de

ses habitudes alimentaires et d'hygiène, ... –, ce qui rendra le praticien d'autant plus vigilant à leur dépistage au moment de l'examen clinique, et à leur prévention.

De même que l'historique des affections et soins bucco-dentaires permettra de situer le patient dans un contexte de risque individuel (par exemple, un risque carieux individuel élevé), et de relever des sources potentielles de problèmes (comme la présence d'anciennes restaurations ou soins).

Enfin, l'interrogatoire permet de prendre connaissance du motif qui pousse le patient à consulter, de recueillir les symptômes perçus subjectivement par celui-ci, et toute autre information utile à l'établissement du diagnostic.

#### 2.4.1.2. L'examen clinique

Quel que soit le motif de consultation, il convient de réaliser un examen clinique complet, permettant de soulever d'éventuels problèmes méconnus du patient.

L'examen clinique doit systématiquement comporter :

- Un examen extra-oral :
  - Inspection de la symétrie faciale, des reliefs osseux, des téguments de la face
  - Palpation des muscles, des articulations temporo-mandibulaires, des chaînes ganglionnaires
- Un examen intra-oral :
  - Qualité de l'hygiène bucco-dentaire
  - Examen des tissus mous : gencive, langue, muqueuse buccale, plancher, palais
  - Examen visuel et examen au sondage des tissus durs
  - Examen des prothèses
  - Examen de la région ou de la dent incriminée

### Les tests cliniques :

Au cours de l'examen intra-oral, le praticien met en œuvre différents **tests cliniques** dont la somme des résultats permettra d'orienter son diagnostic.

Les tests cliniques visent à apporter des signes objectifs de la pathologie, en révélant des anomalies ou en reproduisant les symptômes décrits par le patient.

Pour être interprétables, ils doivent être reproductibles, et être menés de manière comparative : la dent présumée causale est testée après une dent saine, de préférence l'homologue controlatérale, qui sert de référence de normalité à la réponse de ces tests.

Enfin, leur objectif est de permettre de localiser la dent causale, d'identifier la pathologie et d'en estimer son stade et/ou sa sévérité.

Nous allons parcourir, de manière non exhaustive, l'arsenal de tests cliniques que le chirurgien-dentiste peut mettre en œuvre pour établir son diagnostic. (32)

- La **palpation** des tissus péri-apicaux, réalisée avec la pulpe du doigt, le long du rebord alvéolaire. Elle permet de chercher des sensibilités, des tuméfactions, des fluctuations des tissus sous-jacents ;
- Le **test de percussion** – réalisé avec le manche d'un instrument, de manière axiale (contre la face vestibulaire) ou transversale (contre la face occlusale) – peut, en cas de pathologie, éveiller une douleur ;
- Le **sondage parodontal**, réalisé à l'aide d'une sonde graduée, permet de mettre en évidence, par l'intermédiaire de la profondeur de sondage, l'état de santé parodontale ;

- Les tests pulpaire :

<b>Tests de sensibilité pulpaire</b>	Tests thermiques	<b>Test au froid</b>	Application, sur la dent préalablement séchée, d'une boulette de coton réfrigérée à l'aide d'un spray cryogénique
		<b>Tests au chaud</b>	Application d'un cône de gutta chauffé en phase plastique, sur la face vestibulaire de la dent vaselinée
			Production d'un échauffement par frottement d'une meulette en caoutchouc sur la surface dentaire
			Pose d'une digue unitaire, et immersion de la dent avec de l'eau chaude
	Test électrique		La stimulation électrique, à l'aide d'un « testeur de vitalité pulpaire », des fibres nerveuses sensorielles A $\delta$ de la pulpe permet de conclure sur leur fonctionnalité.
	Tests invasifs	<b>Test de l'anesthésie sélective</b>	L'anesthésie de la dent suspectée doit faire disparaître les symptômes et confirme la dent causale. L'anesthésie intra-ligamentaire est alors conseillée.
<b>Test de sensibilité au fraisage</b>		Le fraisage d'une cavité dans la dent, sans anesthésie préalable, a pour but reproduire la douleur et de confirmer la dent causale. Du fait de son caractère iatrogène, ce test n'est à utiliser qu'en dernier recours	
<b>Tests d'évaluation de la fonction vasculaire</b>	<b>Oxymétrie pulsative</b>		Technique permettant de calculer la saturation en oxygène de l'hémoglobine au niveau des capillaires de la pulpe.
	<b>Fluxmétrie par Laser Doppler (FLP)</b>		Technique permettant, par l'application d'un rayon laser helium-néon au travers de la dent, de mesurer le flux des cellules sanguines dans la pulpe.
	<b>Spectrométrie à double longueur d'onde</b>		Technique qui permet, au moyen d'une source lumineuse à double longueur d'onde, de détecter les changements d'oxygénation au niveau des capillaires de la pulpe.

- Le **test de mobilité dentaire** peut indiquer une perte de support parodontal, une inflammation ou une infection locale ;
- Le **test du cône de gutta** permet, en présence d'un ostium fistulaire, d'identifier la dent causale ;

- Le **test du mordu** vise à reproduire une douleur en faveur d'une fêlure ou d'une fracture ;
- Le **test de transillumination**, par le jeu de diffusion d'un faisceau au travers de la couronne dentaire, est un moyen de mettre en lumière les fissures, fêlures, ou encore caries proximales.

Les résultats de ces tests doivent être reportés dans le dossier du patient ; ils permettent de justifier le diagnostic établi et la stratégie thérapeutique envisagée, et servent de référence pour le suivi du patient.

#### 2.4.1.3. Les examens complémentaires

Enfin, les examens complémentaires, non-systématiques, devront être proposés lorsque cela semble nécessaire, pour poser, étayer un diagnostic, ou encore éliminer une hypothèse.

Parmi les examens complémentaires, on retrouve :

- La **radiologie dentaire** : clichés intrabuccaux, orthopantomogrammes (OPT) et tomographie volumique à faisceau conique (CBCT)
- Les **examens biologiques**
- La **biopsie**

La réalisation d'examens radiologiques doit donner lieu à une analyse détaillée des clichés obtenus, et aboutir à la rédaction d'un compte-rendu de radiologie.

En plus d'être une obligation légale et administrative, le compte-rendu de radiologie – synthèse précise et éclairée des observations faites sur le cliché – reflète la compétence et diligence dont le praticien a fait preuve.

C'est un outil crucial pour :

- Le diagnostic
- La planification des traitements
- Le suivi du patient et à la continuité des soins

En matière de diagnostic, une erreur ou l'absence de diagnostic pourra être considérée comme fautive s'il est établi que le praticien n'a pas mis en œuvre tous les moyens à sa disposition pour aboutir à une interprétation correcte des clichés radiographiques réalisés à cette fin. Par exemple, si le nombre de clichés réalisés a été insuffisant, ou encore si les incidences utilisées n'étaient pas adaptées. (33)

Exemple de décision de justice : CA Paris, 8e ch., sect. A, 8 janvier 2009 : Juris-data n° 000151

*Une patiente reproche à son chirurgien-dentiste de ne pas avoir vu une carie, qu'un autre dentiste a par la suite diagnostiquée sur une radiographie.*

*L'absence de réalisation d'un cliché radiographique par le premier praticien ne sera pas considérée comme une négligence de la part du chirurgien-dentiste qui, face à l'absence de signe d'alerte, n'avait aucune raison d'en réaliser au moment de la consultation. Sa responsabilité n'est de ce fait pas engagée.*

#### 2.4.1.4. Le diagnostic

Selon les règles de l'art, dans le domaine médical le diagnostic complet comporte :

- Le **diagnostic positif** : identification de la pathologie, ou de l'absence de pathologie
- Le **diagnostic différentiel** : exclusion des pathologies présentant des symptômes et signes cliniques communs ou similaires à la pathologie identifiée
- Le **diagnostic étiologique** : identification de la cause de la pathologie, afin d'instaurer le traitement adéquat

#### 2.4.2. En matière de radiologie : la radioprotection des patients

La réalisation des actes de radiologie dentaire répond à la notion de radioprotection des patients, correspondant à la mise en œuvre des moyens réglementaires et techniques permettant d'empêcher ou de réduire les risques liés à leur exposition aux rayonnements ionisants.

Les principes fondamentaux de la radioprotection du patient sont la **justification** des expositions, et l'**optimisation** des doses délivrées.

Enfin, la radioprotection implique l'utilisation d'équipements de protection individuelle, gilet et collier plombés.

#### 2.4.2.1. La justification des expositions

L'acte radiologique doit être réalisé après une analyse de la balance bénéfice-risque qu'il représente pour le patient. (34) En d'autres termes, le bénéfice qu'apporte la réalisation du cliché pour la santé du patient doit être suffisant face au risque que représente son exposition aux rayonnements ionisants.

Afin de satisfaire ce principe de justification, il est nécessaire de bien connaître les **indications** des différents types de clichés disponibles, permettant ainsi de sélectionner l'examen le moins irradiant tout en étant adapté aux exigences de la situation clinique. Ce sont ces indications, lorsqu'elles sont posées, qui constituent les critères de justification des actes radiologiques.

Un cliché radiographique peut être justifié :

- S'il est réalisé dans le but de poser ou d'étayer un diagnostic, lorsque l'anamnèse et l'examen clinique ont préalablement été réalisés, et que l'objectif du cliché est clairement défini ; sa réalisation ne doit pas être hasardeuse, l'opérateur sait en amont ce qu'il cherche à y voir ou non.
- Lorsqu'il est réalisé concomitamment à un acte duquel il est indissociable, comme lors d'un traitement endodontique.

Il n'est en revanche pas justifié de réaliser un cliché radiographique dans l'unique but de satisfaire la demande d'un organisme de protection sociale – comme les mutuelles des patients – souhaitant une preuve de l'effective réalisation d'une acte.

Afin d'aider les professionnels de santé dans le choix de procédures radiologiques, le Code de la Santé Publique prévoit la rédaction d'un guide définissant les indications médicales des actes exposant aux rayonnements ionisants. (35)

Les chirurgiens-dentistes peuvent se référer au « **Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie** », (36) réalisé en collaboration par la HAS (Haute Autorité de Santé), la DGSNR (Direction Générale de la Sureté Nucléaire et de la Radioprotection) et l'IRSN (Institut de Radioprotection et de Sureté Nucléaire).

#### 2.4.2.2. L'optimisation des doses délivrées

L'optimisation des doses délivrées est le principe par lequel l'acte radiologique doit permettre d'obtenir l'information recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible.

Cependant, la qualité de l'image radiographique obtenue déterminera la qualité du diagnostic, et donc la prise en charge du patient qui en découle.

Ainsi, le principe ALADA (*As Low As Diagnostically Acceptable*) est aujourd'hui proposé en substitution du principe ALARA (*As Low As Reasonably Achievable*), considérant dorénavant que la qualité du diagnostic doit primer sur la minimisation des doses ; la dose délivrée doit être suffisante pour atteindre l'objectif recherché. (37)

#### ◆ Les niveaux de références diagnostiques :

Afin de guider les praticiens dans le choix des doses utilisées, l'ASN (Autorité de Sureté Nucléaire) a établi des **NRD (Niveaux de Références Diagnostiques)**. Mis à jour périodiquement à partir des relevés dosimétriques transmis annuellement par les professionnels de santé à l'IRSN, ces NRD correspondent aux doses auxquelles les professionnels de santé doivent se référer dans la pratique de leurs actes de radiologie, sans pour autant qu'elles ne constituent des limites réglementaires.

Les pré-programmes proposés par les dispositifs de radiologie se basent sur ces valeurs, et sont des outils d'aide à l'optimisation des doses.

◆ Performances des équipements : (38)

L'optimisation des doses passe également dans le choix de l'équipement, et surtout le maintien de leurs performances dans le temps.

Les dispositifs de radiologie, comme tout autre équipement dans un cabinet dentaire, font l'objet d'une maintenance obligatoire. La périodicité de celle-ci est fixée par le fabricant.

Des opérations de contrôle de qualité – destinées à évaluer les performances des équipements de radiologie – sont à réaliser tous les 3 mois par un contrôle de qualité interne, et tous les 5 ans par un contrôle de qualité externe.

Le contrôle de qualité interne est effectué par l'exploitant ou, sous sa responsabilité, par un prestataire. Le contrôle de qualité externe, plus approfondi, est effectué par un Organisme de Contrôle de Qualité Externe (OCQE) agréé par l'ANSM.

Ces opérations de maintenance et de contrôle de qualité doivent être consignées dans un dossier au cabinet dentaire.

#### 2.4.2.3. La formation en radioprotection

Lors de la formation initiale, les chirurgiens-dentistes bénéficient d'un enseignement à la radioprotection des patients. Cette formation est à renouveler tous les 10 ans, et l'attestation délivrée peut faire l'objet d'une inspection. (39)

En cabinet de ville, seuls les chirurgiens-dentistes sont habilités à réaliser les actes de radiologie ; leur réalisation ne peut en aucun cas être déléguée aux assistantes dentaires, ou à tout autre personnel du cabinet non habilité.

Enfin, une formation supplémentaire est requise pour la réalisation des Cone Beam, et ouvre par la même occasion au patient le droit de remboursement de ces clichés par l'assurance maladie. (40)

### 2.4.3. En matière de prévention

Le métier de chirurgien-dentiste consacre de plus en plus d'importance et de moyens à la prévention des pathologies bucco-dentaires, et plus particulièrement de la carie dentaire.

Définissons dans un premier en quoi consiste la prévention dentaire, avant de voir les moyens dont dispose le chirurgien-dentiste dans sa mission de prévention au cabinet dentaire.

#### 2.4.3.1. La prévention en odontologie

Selon l'OMS :

*« La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à **empêcher l'apparition** de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en **arrêter les progrès** et à en **réduire les conséquences**. » (41).*

Cette définition nous permet de distinguer trois niveaux de prévention :

- ◆ La prévention primaire, comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'une affection bucco-dentaire.  
Elle a pour but d'identifier les facteurs de risques – afin de les diminuer, voire de les supprimer –, et de privilégier les facteurs protecteurs de la maladie.

En chirurgie-dentaire, il s'agit de donner des conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation adaptés au patient et à son contexte socio-économique, lui permettant d'adopter les comportements favorables à l'entretien et l'amélioration de son état de santé bucco-dentaire.

- ◆ La prévention secondaire, comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour détecter la maladie dès ses premiers stades de développement, lorsqu'elle est encore même asymptomatique, et intercepter son développement en apportant un traitement précoce.

Il s'agit des actes de dépistage – « identification présomptive de maladies ou de troubles non reconnus par l'application de tests, d'examens ou d'autres procédés pouvant être rapidement exécutés » (définition de l'OMS) –, de soins prophylactiques et restaurateurs minimalement invasifs.

- ◆ La prévention tertiaire, comme l'ensemble des moyens thérapeutiques mis en œuvre lorsque la maladie est symptomatique, vise à réduire les conséquences et endiguer l'évolution d'une pathologie déjà établie.

La prévention peut s'exercer à l'échelle collective ou individuelle. C'est cette dernière qui, exercée par le chirurgien-dentiste dans sa pratique quotidienne au cabinet, nous intéressera dans la suite de ce travail.

En chirurgie-dentaire, la prévention cible :

- La **maladie carieuse**
- Les **maladies parodontales**
- Les **malocclusions**

#### 2.4.3.2. Les patients ciblés

Bien que tous les individus soient concernés par la prévention, on distingue certains « âges cibles ». (42) (UFSBD).

En particulier, la prévention chez l'enfant, l'adolescent, et désormais le jeune adulte ainsi que la femme enceinte, est renforcée par la mise en place du programme M'T dent.

Il s'agit d'examens systématiques de prévention bucco-dentaire, offerts par la Sécurité Sociale tous les 3 ans, dans le but d'inciter les patients à consulter un chirurgien-dentiste.

Selon les articles L.2132-1 et L.2132-2 du Code de la Santé Publique, ils sont :

- Obligatoires pour les enfants à 3, 6, 9, 12 et 15 ans, et leur réalisation doit figurer dans le carnet de santé du patient
- Offerts pour les patients à 18, 21 et 24 ans, ainsi que pour les femmes enceintes à partir du 4<sup>e</sup> mois de grossesse

L'objectif du professionnel de santé est d'identifier les facteurs de risque individuels du patient, de sensibiliser ce dernier aux bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire et d'hygiène alimentaire, et de déterminer ses besoins en soins.

Le contenu de cette consultation et ses objectifs sont encadrés par l'arrêté du 22 septembre 2011 :

*« L'examen comprend obligatoirement :*

- *une anamnèse ;*
- *un examen bucco-dentaire ;*
- *des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire...), recommandations d'hygiène alimentaire.*

*L'examen est complété, si nécessaire, par :*

- *des radiographies intrabuccales ;*
- *l'établissement d'un programme de soins. »*

Pour les femmes enceintes, la consultation comprend également des éléments d'éducation sanitaire ciblant l'enfant à venir, avec notamment une information sur l'étiologique et la prévention de la carie de la petite enfance.

#### 2.4.3.3. La prévention de la carie dentaire

Le chirurgien-dentiste déterminera – à l'aide de l'anamnèse, de l'examen clinique et éventuellement radiographique –, le **Risque Carieux Individuel** (RCI) du patient, selon

une liste de critères bien définis par la HAS (43), dont la présence d'un seul suffit à classer le patient dans la catégorie des patients à RCI élevé.

La détermination du RCI est primordiale, puisqu'elle contribue à l'établissement d'une stratégie de prévention adaptée au patient, visant à le maintenir ou à l'amener à un RCI faible, et à établir un plan de traitement répondant à ses besoins spécifiques en soins.

Les moyens prophylactiques que le chirurgien-dentiste mettra au profit de ses jeunes patients à RCI élevé sont les suivants :

- L'application biannuelle de vernis ou gel fluoré
- Le scellement des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes, voire leur restauration lorsque cela est nécessaire
- L'enseignement à une hygiène bucco-dentaire comportant un brossage biquotidien avec un dentifrice fluoré
- Des conseils en matière d'alimentation

La supplémentation en fluor par voie systémique (gouttes, comprimés...) est quant à elle de plus en plus discutée. Quoi qu'il advienne, elle ne peut être prescrite qu'après la réalisation d'un bilan des apports fluorés, afin d'éviter tout risque de surdosage.

La réalisation des scellements de sillons doit suivre un protocole strict, exigeant notamment une isolation correcte de la dent à l'aide d'une digue, et doit faire l'objet d'un suivi pour contrôler leur qualité et intégrité, et éventuellement les renouveler.

Enfin, le RCI est réévalué lors des séances de suivi, dont la fréquence est déterminée par le chirurgien-dentiste : 1 fois par an lorsque le RCI est faible, 2 à 4 fois par an lorsqu'il est élevé.

La stratégie de prévention et de traitement est réadaptée.

#### 2.4.3.4. La prévention des malocclusions chez l'enfant (44)

Le chirurgien-dentiste joue auprès des jeunes patients un rôle dans la prévention des malocclusions.

La prévention primaire vise à éviter l'installation de ces malocclusions (occlusion postérieure inversée, béance antérieure, surplomb incisif augmenté) par :

- Des conseils aux parents pour une acquisition optimale des fonctions oro-faciales dès la naissance : modes d'alimentation, ventilation nasale, habitudes de suctions non-nutritives
- Le traitement des lésions et des anomalies dentaires
- Le maintien de l'espace en cas de perte précoce de dents temporaires (cause majeure des malocclusions) ou d'agénésies

La prévention secondaire vise, au travers d'une interception, à limiter ou neutraliser les mécanismes d'aggravation d'une malocclusion qui commence à se mettre en place, dans le but de limiter ou de dispenser l'adolescent d'un traitement orthodontique.

Il s'agit d'éliminer les facteurs à l'origine de la malocclusion.

Elle peut se faire :

- Sans appareillage orthodontique, lorsque l'anomalie est mineure, pour obtenir une correction spontanée : correction des dysfonctions, suppression des habitudes de suctions non-nutritives, meulage créant de l'espace ...
- Avec traitement orthodontique interceptif associé

Enfin, le rôle du chirurgien-dentiste est d'adresser suffisamment tôt le patient à un orthodontiste pour un premier bilan.

#### 2.4.4. En matière de soins conservateurs

L'odontologie conservatrice a pour ligne directrice la préservation tissulaire. Le but est de soigner les dents, atteintes de lésions carieuses ou non carieuses, au moyen d'une mutilation minimale, c'est-à-dire en préservant au maximum la structure dentaire saine.

On retrouve :

- Les restaurations collées en méthode directe : résines composites, Ciments Verres Ionomères (CVI), et amalgames
- Les restaurations collées en méthode indirecte : inlay et onlay
- Les thérapeutiques de préservation de la vitalité pulpaire : coiffage pulpaire indirect, coiffage pulpaire direct, pulpotomie partielle et pulpotomie totale

##### 2.4.4.1. L'utilisation de la digue dentaire comme obligation de moyens

L'utilisation de la digue, lors des thérapeutiques conservatrices, permet (45) :

- Un **contrôle de l'asepsie**, en protégeant le tissu dentaire d'une contamination secondaire par la salive, le fluide gingival ou le sang du patient
- Le **contrôle de l'humidité** des tissus restaurés, permettant des conditions optimales de collage
- Une meilleure **visibilité** et **accessibilité** de la zone traitée
- Une **protection des tissus environnants** vis-à-vis des instruments rotatifs, et une protection face au risque d'inhalation ou d'ingestion d'instruments, de tissu dentaire infecté ou de produits utilisés pendant le traitement

Compte tenu des points ci-dessus, l'utilisation de la digue semble primordiale pour garantir à la fois la **qualité des soins** – par l'obtention d'un milieu sec et aseptique – et la **sécurité du patient**.

Ainsi, si l'on se réfère à l'article R4127-204 du Code de la Santé Publique (30) selon lequel « *le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la*

*sécurité des patients...* », le praticien ne saurait répondre à son obligation de moyens sans recourir à l'utilisation d'un champ opératoire.

En cas de litige avec un patient remettant en cause la qualité des soins qui lui ont été prodigués, l'absence d'utilisation d'un champ opératoire pourra être reprochée au praticien, et engager sa responsabilité au titre de manquement au devoir de soins conformes aux données acquises de la science. (45,46)

#### 2.4.4.2. L'amalgame dentaire et l'obligation de moyens pour la protection de la santé humaine et l'environnement

Les amalgames dentaires, composés à environ 50% de mercure, en libèrent une faible quantité, dont une partie est absorbée par l'organisme :

- Sous forme de vapeurs de mercure, notamment lors de la mise en place ou du retrait de l'amalgame
- Sous forme de particules, libérées par l'usure de l'amalgame au cours des cycles masticatoires

Les doses absorbées quotidiennement par l'usure des amalgames sont infimes, et les connaissances scientifiques actuelles n'ont pas pu mettre en évidence d'effet néfaste des obturations par amalgames sur la santé générale des patients.

En revanche, les risques d'exposition au mercure étant beaucoup plus élevés lors de la pose ou dépose des amalgames dentaires :

- Leur utilisation doit être limitée à des situations cliniques bien spécifiques et justifiées, lorsqu'aucune autre technique n'est possible. Les indications de l'amalgame dentaire sont d'ores et déjà restrictives, et les ambitions européennes sont d'arriver à l'interdiction de leur utilisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025 (47) ;
- Le retrait systématique des amalgames préexistants et cliniquement satisfaisants n'est pas justifié.

Certaines situations cliniques – reprises carieuses, sur-contour, pulpopathie, fracture – peuvent imposer leurs remplacements. Dans ce cas, le praticien devra employer les moyens nécessaires afin de protéger le patient de l'ingestion de débris d'amalgames, et de limiter l'exposition du patient, de son personnel et de lui-même, aux vapeurs de mercure. Le retrait de l'amalgame devra être réalisé sous **champ opératoire étanche**, avec une **irrigation intensive**, et une **double aspiration**. (48)

*Remarque : de manière contradictoire, l'amalgame trouve son indication lorsqu'il est impossible pour le praticien de poser un champ opératoire étanche. On pourrait cependant se poser la question sur la balance/bénéfice risque pour le patient, entre mettre un amalgame – présentant un danger pour sa santé générale – ou faire un composite dans de mauvaises conditions – compromettant la qualité du soin et le pronostic de la dent.*

Enfin – et bien que les amalgames dentaires semblent représenter une faible fraction de la totalité des émissions de mercure dans l'environnement (49) –, le chirurgien-dentiste doit respecter les règles établies concernant l'élimination des déchets d'amalgames dentaires, secs et liquides, et doit pouvoir en justifier de ces moyens en cas de contrôle.

#### 2.4.4.3. Les thérapeutiques de préservation de la vitalité pulpaire

La réalisation d'un traitement endodontique, lorsqu'il est réalisé sur une dent qui aurait pu bénéficier d'une thérapeutique de préservation de la vitalité pulpaire, aboutit à une **perte de chance** pour le patient ; la dent, fragilisée et démunie face aux agressions qu'elle peut encore subir, voit son pronostic au long terme diminué.

Ceci est d'autant plus vrai pour les dents immatures, dont le potentiel d'apexogénèse aurait pu être préservé, et sur lesquelles les thérapies de préservation ont un taux de réussite plus élevé du fait d'un meilleur potentiel de réparation.

Ainsi, lorsque le cas l'indique – face à une dent asymptomatique, ou avec symptômes de pulpite réversible – une thérapeutique de préservation de la vitalité pulpaire doit systématiquement être tentée, avant d'entreprendre le traitement endodontique.

Lors d'une thérapeutique de préservation de la vitalité pulpaire, le chirurgien-dentiste doit mettre les moyens nécessaires en ce qui concerne :

- L'établissement du **bilan pulpaire biologique** de la dent (anamnèse, bilan clinique et radiologique), permettant de poser l'indication d'un traitement de préservation de la vitalité pulpaire, et guidant le choix de la thérapeutique à réaliser suivant le gradient thérapeutique.
- L'**information** du patient quant au risque d'échec de la thérapeutique, et la possibilité de devoir recourir à une thérapeutique de dévitalisation de la dent à court, moyen ou long terme
- La mise en œuvre de la thérapeutique :
  - o Respect strict de l'**asepsie**, avec notamment la mise en place d'un champ opératoire étanche, et ce avant que l'exposition pulpaire n'ait lieu.
  - o L'utilisation de **matériaux de coiffage pulpaire** adaptés, répondant au cahier des charges, permettant de protéger la pulpe des agressions additionnelles, d'obtenir une cicatrisation pulpaire, et de stimuler la formation d'un pont dentinaire de réparation.
- La réalisation d'une restauration coronaire étanche, avant le retrait du champ opératoire
- La mise en place d'un **suivi** clinique et radiologique, sur un an au minimum

#### **2.4.5. En matière de soins endodontiques (50)**

Face à des taux d'échecs relativement élevés et à la forte incrimination des soins endodontiques dans les litiges (*voir partie II*), le traitement endodontique est maintenant

un acte particulièrement codifié, tant dans ses indications que dans son protocole et moyens à mettre en œuvre pour « favoriser une issue favorable au traitement ».

La Haute Autorité de Santé publie en 2008 des Recommandations de Bonnes Pratiques concernant les traitements endodontiques, dans le but d'en améliorer la qualité et d'en réduire les échecs. On y retrouve à la fois les indications et contre-indications du traitement endodontique, et le protocole opératoire détaillé.

Parmi les causes d'échec des traitements endodontiques, nous nous intéresserons à celles qui sont liées à l'opérateur, à savoir :

- Un diagnostic incorrect
- La méconnaissance des particularités propres à la dent traitée
- La faute d'asepsie
- L'erreur technique lors de la mise en œuvre du protocole opératoire

De ces causes d'échecs, nous pouvons déduire les moyens qui sont à mettre en œuvre par le praticien pour mener à bien son traitement endodontique.

#### 2.4.5.1. L'analyse préliminaire

L'analyse préliminaire a pour objectif :

- De **poser l'indication du traitement endodontique**, après établissement d'un diagnostic compatible.

Les indications et contre-indications des traitements endodontiques nous sont communiquées par l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médicale) dès 1996, dans les *Recommandations et références dentaires*, et nous les retrouvons à nouveau dans les Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS en 2008.

- De **mettre en évidence les risques et difficultés particulières**, afin d'éviter les complications en adoptant les comportements adéquats.

A l'issue de son examen clinique et radiographique, le praticien aura mis en évidence la situation clinique initiale : état pulpaire de la dent, présence d'une infection péri-apicale, anatomie canalaire particulière, résorption radiculaire, ...

A ce stade, le praticien peut être amené à réaliser des examens complémentaires (comme un CBCT), ou à adresser son patient à un spécialiste s'il le juge nécessaire.

#### 2.4.5.2. La mise en œuvre du protocole opératoire

La mise en œuvre du protocole opératoire doit répondre aux grands principes énoncés dans les Recommandations de Bonnes Pratiques.

Le praticien doit être rigoureux et consciencieux dans sa mise en œuvre.

C'est au travers du protocole opératoire communiqué par la HAS que nous allons analyser les moyens techniques que le praticien doit mettre en œuvre au cours de l'acte thérapeutique afin de satisfaire à son obligation de moyens.

##### ◆ Les radiographies :

Classiquement, le traitement endodontique doit être accompagné de *trois radiographies au minimum* : une préopératoire, une ou plusieurs per-opératoire(s), et une post-opératoire.

- La **radiographie pré-opératoire**, faisant partie de l'analyse préliminaire, permet au praticien de justifier l'indication du traitement endodontique, de mettre en évidence les difficultés auxquelles il sera confronté, et les particularités anatomiques auxquelles il devra s'adapter.

Cette radiographie est utile pour le suivi du patient en servant de référence sur l'état initial de la dent.

- Parmi les radiographies per-opératoires, on retrouve :
  - o La **radiographie de cathétérisme**, qui permet de déterminer la Longueur Opératoire de Travail (LOT), c'est-à-dire la longueur à laquelle les canaux vont être instrumentés, puis obturés.  
Elle est réalisée avec les limes en place dans les canaux. Cependant, l'utilisation d'un permettant de localiser de manière fiable et reproductible la position du foramen apical peut se substituer à la réalisation de cette radiographie.
  - o La **radiographie « maitre-cône »**, en revanche, est obligatoire quel que soit le système employé. Il s'agit en effet du seul moyen pour l'opérateur de s'assurer du bon ajustement de son cône dans le canal, avant l'obturation.
  
- La **radiographie post-opératoire**, réalisée après l'obturation finale du cône dans le canal, est un cliché obligatoire. Elle sert à contrôler la qualité de l'obturation canalaire, et sert de référence pour le suivi du patient.

Les critères radiographiques de qualité d'une obturation sont les suivants :

- o Le canal doit apparaître totalement obturé, avec un ajustement à 0,5mm de l'apex radiographique
- o Le profil de l'obturation doit reproduire le profil initial du canal
- o Aucun vide ne doit être observé, l'obturation doit être dense et homogène

En cas d'anomalie objectivée sur ce cliché, l'opérateur avisé envisagera la désobturation et la reprise du traitement.

◆ Le champ opératoire :

En endodontie, l'utilisation d'un champ opératoire a deux objectifs :

- Protéger le réseau endodontique d'une contamination bactérienne d'origine salivaire, allant à l'encontre du principe de désinfection canalaire (asepsie)

- Prévenir le risque d'ingestion ou d'inhalation d'instruments, de débris ou de produits d'irrigation canalaire

Le champ opératoire en endodontie est une digue unitaire, et sa pose doit être précédée de la réalisation d'une reconstruction pré-endodontique étanche, si la situation le nécessite (paroi manquante).

Bien que de nombreux cabinets réalisent aujourd'hui encore les traitements endodontiques sans digue - *une enquête épidémiologique menée en Aquitaine sur un échantillon de 132 praticiens montre que parmi les 91% de praticiens possédant la digue au cabinet, seuls 56% l'utilisent en endodontie* –, cette dernière figure dans le protocole opératoire des Recommandations de Bonnes Pratiques et l'absence de son utilisation est considérée comme un manquement au devoir de soins conformes aux données actuelles de la science, et donc à l'obligation de moyens.

#### ◆ Les instruments

Quel que soit le système de mise en forme utilisé – manuel, en rotation continue, ou réciproque –, la mise en forme canalaire doit respecter l'intégrité radiculaire, et la préparation doit être de conicité régulière.

L'utilisation des instruments rotatifs en Nickel-Titane permet d'améliorer la préparation canalaire et de réduire le temps de travail.

Cependant, ces instruments sont à l'origine d'une augmentation des fractures instrumentales du fait de mauvaises manipulations. Ainsi, le praticien doit impérativement se former à leur utilisation.

Ce sont des instruments fragiles, dont l'utilisation et l'entretien doivent scrupuleusement respecter les instructions des fournisseurs.

Les protocoles d'utilisation sont mis à dispositions par les fournisseurs, et donnent des indications précieuses sur leur utilisation (comme la vitesse de rotation à laquelle ils doivent être utilisés), leur entretien, le nombre d'utilisations maximales, ...

◆ Les matériaux d'obturation

La référence en termes d'obturation reste actuellement la gutta percha, utilisée comme tuteur, associée à un ciment de scellement.

Le ciment de scellement doit être répondre au cahier des charges (biocompatible, bioactif, radio-opaque, insoluble dans les fluides tissulaires mais soluble dans les solvants, stable tridimensionnellement, n'induisant pas de coloration des tissus dentaires) ; la HAS proscrit les ciments de scellement contenant des composants organiques, comme les aldéhydes et les corticoïdes.

◆ L'utilisation d'aides optiques

L'utilisation d'aides optiques, telles que les loupes binoculaires, ou le microscope optique, permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins endodontiques en offrant un meilleur accès visuel.

Répondant à la notion de préservation tissulaire, les cavités d'accès endodontiques minimalement invasives sont de plus en plus en vogue, mais ne peuvent être réalisées sans l'utilisation d'aide optique, et plus particulièrement d'un microscope optique.

En outre, l'*American Association of Endodontics* impose, à partir de 1998, l'utilisation des microscopes optiques dans les programmes post-universitaires accrédités dans la délivrance de la spécialité en endodontie. (51)

#### 2.4.6. En matière de prothèse

Afin d'analyser la complexité des obligations du chirurgien-dentiste en ce qui concerne le domaine de la prothèse dentaire, il nous faudra distinguer les actes thérapeutiques, de l'acte de fourniture de la prothèse.

Les actes thérapeutiques sont, comme tout autre acte de soins, soumis à l'aléa thérapeutique, et répondent de ce fait à une obligation de moyens.

Ce sont :

- Les actes préparatoires à la pose de la prothèse :
  - La démarche intellectuelle, aboutissant à un plan de traitement adapté à la situation du patient, tenant compte des contraintes liées au patient et des données acquises de la science
  - La mise en condition préliminaire de la cavité buccale : assainissement parodontal, soins conservateurs et endodontiques, suppression des foyers infectieux, avulsions des dents non conservables, ...
  - Les préparations dentaires : préparations coronaires et/ou et radiculaires, coronoplasties, ...
  - Les étapes de prothèses : préparations dentaires, empreintes, enregistrements de la RIMM, ...
- Les actes de mise en place et d'adaptation de la prothèse
- La surveillance lors des rendez-vous de suivi/contrôle

En revanche, l'acte de fourniture de la prothèse en tant qu'objet – et plus particulièrement en tant que Dispositif Médical Sur Mesure (DMSM) –, n'étant pas soumis à l'aléa thérapeutique, fait l'objet d'une **obligation de résultat**.

Selon l'article R.5211-21 du Code de la Santé Publique (52), les DMSM ne doivent pas constituer un danger pour la santé et la sécurité des patients utilisateurs, ni compromettre la sécurité de leurs biens.

Initialement, il était reconnu que le praticien était responsable de l'appareil qu'il fournissait, et que l'obligation résultat lui incombait de ce fait.

Exemple :

*Le 29 octobre 1985, face à la rupture du bridge d'une patiente due à un défaut du matériau, la Cour de cassation écarte toute faute du praticien ayant respecté à tout égard son obligation de moyens. En revanche, ils font peser sur lui une obligation de résultat, au nom de laquelle, n'ayant pas délivré une prothèse « apte à rendre le service que le patient pouvait légitimement en attendre, c'est à dire un appareil sans défaut », il est rendu responsable de la rupture accidentelle du bridge. (53)*

A présent, la jurisprudence a évolué, et l'obligation de résultat incombe non plus au praticien délivrant l'appareil, mais à son fabricant ; le praticien est toujours tenu à la même obligation de moyens, mais seule la responsabilité du fabricant pourra être engagée pour manquement à l'obligation de résultat en cas de défectuosité de la prothèse.

La frontière entre l'obligation de moyens et celle de résultat devient souvent confuse, du fait de la difficulté à discerner ce qui relève du domaine thérapeutique, de ce que relève de la prothèse au sens stricte. (4)

En effet, bien que seul le fabricant de la prothèse puisse être responsable de la défectuosité de celle-ci, le praticien – engagé auprès du patient au travers du contrat de soins – doit contrôler la qualité de la prothèse qu'il s'apprête à livrer à son patient, et retourner systématiquement au fabricant la prothèse qu'il aura jugée non conforme à ses demandes, et ce autant de fois que nécessaire, afin d'y remédier.

Seul un défaut fortuit, non décelable, dégage sa responsabilité par la satisfaction de son obligation de moyens ; à ce moment, la responsabilité du fabricant peut alors être recherchée au nom d'une obligation de résultat.

C'est uniquement lorsque le praticien endosse le rôle de fabricant de ses propres prothèses – en ayant recours aux techniques de CFAO (Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur), ou en étant l'exploitant de son propre laboratoire de prothèse – qu'il se soumet à l'obligation de résultat, au même titre qu'un prothésiste.

#### 2.4.6.1. L'utilisation de la CFAO au cabinet dentaire : (54)

Lorsque le chirurgien-dentiste fabrique lui-même ses prothèses dentaires, en ayant recours aux techniques de CFAO, il est considéré comme fabricant ; il s'acquitte alors de toutes les obligations qui lui confère ce titre, et doit se déclarer en tant que tel auprès de l'ANSM.

Pour chaque prothèse qu'il fabrique et délivre, il doit établir une déclaration de conformité. Elle est consignée dans le dossier du patient, et doit pouvoir être mise à disposition de ce dernier, ou du directeur général de l'ANSM, pendant une durée de 5 ans.

Cette déclaration de conformité doit contenir (55) :

- Les données permettant d'identifier le dispositif en question
- Le nom et l'adresse du fabricant
- Une déclaration selon laquelle le dispositif est destiné à l'usage exclusif d'un patient déterminé, et les données permettant d'identifier ce dernier ;
- Le nom du médecin ou d'une autre personne autorisée qui a établi la prescription et, le cas échéant, l'établissement de soins concerné ;
- Les caractéristiques spécifiques du produit, telles qu'indiquées par la prescription
- Une déclaration selon laquelle le dispositif en question est conforme aux exigences essentielles mentionnées aux articles R. 5211-21 à R. 5211-23-3 du code de la santé publique

Cette capacité du chirurgien-dentiste à réaliser les prothèses lui-même au cabinet a été remise en cause par certains, estimant que cela conférerait un caractère commercial à la profession, ou que le chirurgien-dentiste ne possède pas de diplôme adéquat.

La demande d'interdiction de la CFAO dans les cabinets dentaires a cependant été rejetée par le ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, et aujourd'hui, aucune interdiction n'existe à ce sujet dans les textes de loi. (54)

#### 2.4.6.2. Le choix du traitement prothétique

Face aux traitements prothétiques, le chirurgien-dentiste se voit confronté à des contraintes liées aux exigences du patient, ou à ses ressources financières.

Apparaissent alors des situations dans lesquelles le patient refuse la solution thérapeutique que le professionnel de santé a jugé la plus adaptée au cas du patient, au regard des données acquises de la science.

Il peut alors se retrouver dans une situation où le choix thérapeutique dicté par les données acquises de la science ne se trouvent pas réalisable.

#### **2.4.7. En matière de parodontologie**

La maladie parodontale est la cause prépondérante de la perte de dents chez l'adulte, et se retrouve au 11<sup>e</sup> rang des maladies les plus répandues. Pourtant, il s'agit d'une pathologie souvent ignorée.

Une enquête épidémiologique « La santé bucco-dentaire des français : les Français et la santé de leurs gencives » (56), menée entre 2017 et 2018 par l'UFSBD et la Société Pierre Fabre Oral Care, révèle que de manière générale, les Français ont une faible prise de conscience des signaux d'alerte de la maladie parodontale, et une faible prise de conscience de l'impact sur leur santé générale.

- La moitié de la population de plus de 35 ans aurait un problème parodontal, avec une atteinte sévère pour 10% d'entre eux ;

- Pour la plupart, les saignements de gencives ne sont pas un signal de mauvaise santé gingivale, et seulement 9% des patients consultent un dentiste en cas de gencives douloureuses ou saignant ;
- Enfin, seulement 50% de la population auraient entendu parler de la maladie parodontale.

Le chirurgien-dentiste, face aux maladies parodontales, est tenu à une obligation de moyens en termes de **prévention**, de **diagnostic**, de **thérapeutique** et de **suivi**.

La maladie parodontale, lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée et/ou pas traitée, peut conduire à la perte de dent(s), entraîner des difficultés de réhabilitation bucco-dentaire, et avoir des répercussions sur la santé générale du patient.

Ainsi, l'absence ou le retard de diagnostic, ou l'absence de mise en place d'un plan de traitement adapté, constituent une **perte de chance** pour le patient. La responsabilité du praticien peut de ce fait être engagée pour manquement à son obligation de moyens. La perte de chance, comme préjudice, sera quantifiée en fonction du pronostic parodontal estimé à court, moyen et long terme. (57)

#### 2.4.7.1. Dépistage et diagnostic de la maladie parodontale

Le diagnostic des maladies parodontales commence par une démarche systématique de **dépistage** lors des rendez-vous de routine. L'enjeu est de détecter au plus tôt les cas parodontaux potentiels.

Ils consistent en :

- Un questionnaire médical, permettant de mettre en évidence des facteurs de risque de la maladie parodontale
- Un examen clinique incluant un sondage parodontal initial, permettant de déterminer le code CPITN (*Community Periodontal Index Of Treatment Needs*) du patient, qui déterminera le besoin du patient en soins parodontaux

- Si nécessaire, un examen radiographique permettant d'apprécier le support osseux (OPT ou bilan long cône)

En présence d'une pathologie parodontale, le **diagnostic précis** de la maladie parodontale doit être déterminé.

Pour ce faire, les recommandations demandent au chirurgien-dentiste d'utiliser la **classification de Chicago**, mise en place en 2018.

Cette classification a pour objectif de guider le praticien, au travers d'arbres décisionnels, dans l'établissement d'un diagnostic plus précis, prenant en compte le stade et le grade de la maladie, ainsi que dans le choix du traitement adapté.

Elle a pour intérêt d'harmoniser les pratiques, et, en étant reproductible d'un praticien à l'autre, constitue un outil de communication entre professionnels de santé primordial pour le suivi du patient sur le long terme. (58)

L'EFP (Fédération Européenne de Parodontologie) met à disposition des praticiens des *Guides Pratiques* (59) qui découlent directement de cette nouvelle classification.

#### 2.4.7.2. L'information du patient

L'information du patient revêt une importance toute particulière dans la prise en charge des maladies parodontales, car la réussite du traitement et la stabilisation des résultats au cours du temps sont dépendants de sa coopération.

Cette information doit permettre au patient de comprendre :

- Les facteurs de risques de la maladie parodontale, et les actions qu'il peut mettre en place pour supprimer, ou du moins diminuer ceux qui sont modifiables : arrêt du tabac, suivi du diabète, ...
- Les conséquences, l'évolution possible en l'absence de traitement

- Un enseignement à l'hygiène bucco-dentaire adapté, lui permettant un contrôle de plaque propice à la conservation d'un parodonte sain : démonstration des techniques de brossage, fréquence, durée, choix du matériel ...
- L'importance d'un suivi régulier après traitement pour éviter toute récurrence

Le plan de traitement doit être global, intégrant les soins d'assainissement préalables (reprise des soins rétentifs de plaque, avulsion des dents non conservables, soins conservateurs nécessaires...) et les soins de réhabilitation ultérieurs (prothèse, orthodontie, implantologie ...).

Enfin, le chirurgien- dentiste, face à certains signes parodontaux, peut être amené à adresser le patient à son médecin généraliste, son cardiologue, ou son diabétologue, et ainsi jouer un rôle important pour sa santé générale.

#### **2.4.8. En matière d'implantologie et de chirurgie**

En ce qui concerne les actes de chirurgie, le succès du traitement répond à une obligation de moyens.

Mais lors de l'intervention, il est également attendu du praticien une « précision du geste chirurgical » ; l'atteinte d'un organe qui ne devait pas être impliqué dans l'intervention est considérée comme fautive, et la responsabilité du praticien peut être engagée pour maladresse fautive. (60)

#### **2.4.9. En dentisterie esthétique**

La dentisterie moderne prend de plus en plus une dimension esthétique, qui parfois sera la demande principale du patient.

Selon l'OMS, « *la santé est un état complet de bien-être **physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (61)

En ce sens, les soins à visée esthétique prennent toute leur place au sein de l'arsenal thérapeutique, et participent à l'amélioration de l'état de santé du patient.

Les soins esthétiques répondent aux mêmes obligations que les autres soins dentaires : le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de moyens en ce qui concerne les actes dispensés, et à une obligation de résultat quant aux dispositifs médicaux sur mesure fournis.

#### 2.4.9.1. L'évaluation psychologique du patient

Les traitements esthétiques ont pour particularité de ne pas viser à rétablir un état de santé au sens biologique du terme, mais de rétablir le bien-être du patient face à une situation qu'il supporte mal.

C'est pourquoi la dimension psychologique doit être appréhendée avec une attention toute particulière.

Il s'agit d'une part d'apprécier la demande du patient, ses attentes, ses exigences, afin de pouvoir élaborer un plan de traitement capable de lui apporter satisfaction.

Mais il s'agit également d'arriver à déceler les situations à risque, c'est-à-dire où la probabilité d'échec ou de non-satisfaction post-traitement du patient est grande, et qui peuvent constituer une contre-indication à la réalisation d'un tel traitement.

On distinguera alors les demandes justifiées des demandes excessives, pour lesquelles le trouble évoqué par le patient n'est pas proportionné à la réelle disgrâce, relevant plutôt d'un mal-être général ou d'un trouble mental. (62) (63)

Le trouble de dysmorphie corporelle (en anglais *Body Dysmorphic Disorder*) par exemple, mentionnée dans le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), est un trouble sévère de l'image du corps, qui se caractérise par des préoccupations concernant une ou plusieurs parties du corps, qui présentent des défauts

mineurs ou imaginaires. Ces préoccupations sont disproportionnées, incontrôlables, invalidantes pour le patient qui en souffre. (62) (64)

Relativement peu connu, ce trouble concernerait pourtant environ 2% de la population générale, et entre 5 à 20% des patients consultant pour des raisons esthétiques.

Or, les traitements visant à l'amélioration de l'esthétique sont contre-indiqués chez ces patients, car restent la plupart du temps inefficaces face aux symptômes du trouble, voire l'aggravent (62) (64) . L'entreprise d'un tel traitement, par un praticien ayant conscience du trouble du patient, constitue une faute à l'égard de son obligation de moyens au titre d'une imprudence.

La responsabilité du praticien peut dans ce cas être engagée face au dommage psychologique causé au patient, même lorsque les soins ont été correctement réalisés.

L'attitude attendue serait l'abstention des soins esthétiques, et l'orientation du patient vers une prise en charge psychologique.

#### 2.4.9.2. Les logiciels de simulation

Les logiciels de simulations permettent de faire l'analyse esthétique préalable, et de préfigurer le résultat des différentes alternatives thérapeutiques.

C'est un outil central dans la communication et la délivrance de l'information au patient – qui peut alors mieux comprendre et prendre part aux décisions du projet esthétique –, mais également un outil permettant une optimisation de la communication avec le laboratoire.

Cependant, son utilisation ne se substitue pas à la réalisation d'un mock-up, qui permet de contrôler la cohérence fonctionnelle du projet, et de valider avec le patient le rendu esthétique final avant de débiter toute étape invasive modifiant l'état initial.

Son utilisation est donc un atout incontestable pour les traitements esthétiques, mais n'en est pas un moyen indispensable.

## **2.4.10. En matière d'orthodontie**

### 2.4.10.1. La pratique de l'orthodontie par les chirurgiens-dentistes omnipraticiens

Si l'on se réfère à l'article L. 4141-1 du Code de la Santé Publique, les chirurgiens-dentistes omnipraticiens ont le droit de pratiquer de l'orthodontie.

Cependant l'article R.4127-204 du Code de la Santé Publique précise bien que le chirurgien-dentiste doit s'abstenir de prodiguer des soins qui dépassent ses propres compétences.

Il semble donc indispensable que le praticien ait suivi une formation adéquate, lui permettant de répondre aux exigences relatives à la pratique de l'orthodontie ; le cas échéant, le praticien diligent adressera son patient à un spécialiste compétent.

Dans sa prise en charge orthodontique, le chirurgien-dentiste est tenu aux mêmes obligations d'information et de moyens concernant les actes de diagnostic, de prévention, de soins et de suivi.

### 2.4.10.2. Les aligneurs orthodontiques

Les aligneurs orthodontiques sont de plus en plus utilisés par les orthodontistes spécialisés, mais entrent également dans la pratique d'un nombre croissant de chirurgiens-dentistes omnipraticiens.

La mise en œuvre d'un traitement orthodontique par aligneurs requiert les mêmes exigences que pour les autres traitements orthodontiques, que ce soit lors de l'établissement du diagnostic de la malocclusion à traiter, ou de l'établissement du plan de traitement permettant d'aboutir au meilleur résultat souhaité.

## Diagnostic et indication du traitement par aligneurs :

Les traitements orthodontiques par aligneurs ne sont pas indiqués pour tous les types de malocclusions, et il est alors primordial d'établir préalablement le diagnostic de la malocclusion.

La démarche diagnostique doit être rigoureuse, selon les bonnes pratiques de l'orthodontie.

Elle comporte la réalisation d'un examen clinique complet, d'une radiographie panoramique, d'une téléradiographie de profil, de modèles d'études et de photographies. (65)

Le praticien doit également s'assurer que le contexte clinique général ne contre-indique pas un tel traitement.

Par exemple, une hygiène bucco-dentaire insuffisante, une faible compliance du patient, une pathologie carieuse ou parodontale active, des soins prothétiques défailants.

Les traitements orthodontiques par aligneurs ont la particularité de requérir une forte **compliance** du patient qui devra respecter le temps de port des gouttières et la régularité des rendez-vous.

Il est donc important d'informer le patient sur l'importance de ces deux points, et de juger s'il est apte à suivre le traitement.

Il en va également de la diligence du praticien de contrôler au fur et à mesure du traitement la bonne coopération du patient.

En cas d'échec du traitement due mauvaise compliance du patient, la responsabilité du chirurgien-dentiste pourra être reconnue, conjointement à celle du patient, s'il est considéré que le praticien n'a pas suffisamment sollicité le patient ou ne l'a pas assez informé des conséquences d'un tel comportement. (66)

### Planification du plan de traitement :

L'étude préalable et le plan de traitement sont établis à l'aide d'un logiciel de simulation permettant de visualiser les différentes étapes de déplacements dentaires, jusqu'au résultat final, et les éventuels auxiliaires (boutons en composite, encoches pour élastiques, minivis) ou stripping à prévoir.

Certains praticiens réalisent eux-mêmes cette simulation, tandis que d'autres en font la prescription à un laboratoire compétent. Dans ce cas, il doit procéder à une vérification avant validation, car lui seul est responsable du plan de traitement.

Le résultat final doit être approuvé par le patient avant démarrage du traitement. (65)

#### 2.4.10.3. La phase de contention et de suivi

C'est au praticien qui réalise le traitement orthodontique d'indiquer la réalisation d'une contention orthodontique, de la réaliser, et d'en assurer le suivi après sa mise en place. (65)

La contention orthodontique correspond aux moyens mis en œuvre pour maintenir le plus longtemps possible résultat obtenu au terme de la phase active du traitement orthodontique.

L'absence de réalisation d'une contention efficace, ou son défaut de suivi, constitue une faute de la part du praticien, et représente une perte de chance pour le patient. (67)

**Cas de jurisprudence** – Cour d'Appel de Limoges, chambre civile, audience publique du 4 mars 2015, N° RG : 14/00082 :

Un orthodontiste est assigné en justice par une patiente qui se plaint de la récurrence de sa malocclusion après un traitement orthodontique ayant obtenu des résultats.

L'expertise mettra en évidence l'absence fautive de mise en place d'une contention.

Les juges considèrent dans un premier temps que le lien de causalité entre l'absence de contention et la récurrence n'est pas suffisamment certain pour engager la responsabilité du chirurgien-dentiste.

Il sera finalement reconnu que l'absence de contention a entraîné une perte de chance pour le patient de voir sa pathologie évoluer favorablement, et la responsabilité du praticien sera engagée à ce titre.

Face au refus d'un patient ne souhaitant pas mettre en place une contention, le praticien a un devoir de conseil : il doit informer le patient de l'importance de la contention et des risques de récurrences en son absence. Ces éléments doivent être consignés dans le dossier du patient. (67)

## **PARTIE II : L'obligation de moyens au cœur des litiges bucco-dentaires**

La remise en cause de la qualité des soins est la première source de litiges entre les chirurgiens-dentistes et leurs patients (31).

## **1. Sinistralité**

### **1.1. Sinistre**

Article L.124-1-1 du Code des assurances :

*« Constitue un sinistre tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations » (68)*

Article L.251-2 du Code des Assurances :

*« Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, et adressée à l'assuré ou à son assureur. » (69)*

On parle donc de sinistre lorsqu'une faute commise par le praticien entraîne un dommage pour le patient, qui émet une réclamation d'indemnisation.

### **1.2. Assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP)**

En France depuis 2002, il y a une obligation d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP).

Article L.1142-2 du Code de la Santé Publique :

*« Les professionnels de santé exerçant à titre libéral (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité. (...) » (70)*

Le manquement à cette obligation est puni d'une amende de 45 000 € et expose le praticien à un risque d'interdiction d'exercice. (71)

L'assurance de responsabilité civile professionnelle a pour rôles, en cas de dommage causé à un tiers quel qu'il soit (patient, organisme social, ...), d'assurer :

- La défense du praticien devant les juridictions (assistance juridique), et la prise en charge des frais de procédure (honoraires d'avocat, frais expertise, ...)
- L'indemnisation financière du préjudice subi par la victime

Le praticien doit s'assurer que le contrat qu'il a souscrit inclue toutes les activités qu'il exerce au cabinet dentaire, certaines faisant l'objet d'options (l'exercice de l'implantologie par exemple). (72)

### **1.3. Sinistralité de la profession**

La sinistralité, ou taux de sinistralité, est calculée en fonction du nombre de sinistres survenus par rapport au nombre de contrats d'assurance en cours.

La MACSF (Mutuelle d'assurance du corps de santé français) est une société d'assurance couvrant près de deux tiers des chirurgiens-dentistes en responsabilité civile professionnelle.

En nous basant sur leurs rapports annuels, le taux de sinistralité de la profession fluctue depuis quelques années autour des 6%. (73)

Nous allons à présent nous intéresser aux causes principales de ces sinistres.

### **1.4. Les causes principales de sinistres**

L'intérêt d'identifier les causes de sinistres est de pouvoir engager les mesures et précautions visant à en réduire l'incidence.

Près de 20% de ces sinistres sont en rapport avec les actes d'implantologie, de comblements et de soulevés de sinus.

Hors implantologie, les litiges ont pour principale étiologie les actes endodontiques, qui sont à l'origine de 42% de ces réclamations.

Il s'agit en grande partie de fractures instrumentales, mais également de perforations, dépassement apicaux, non-conformité de l'obturation à terme et/ou foyer apical ... (73)

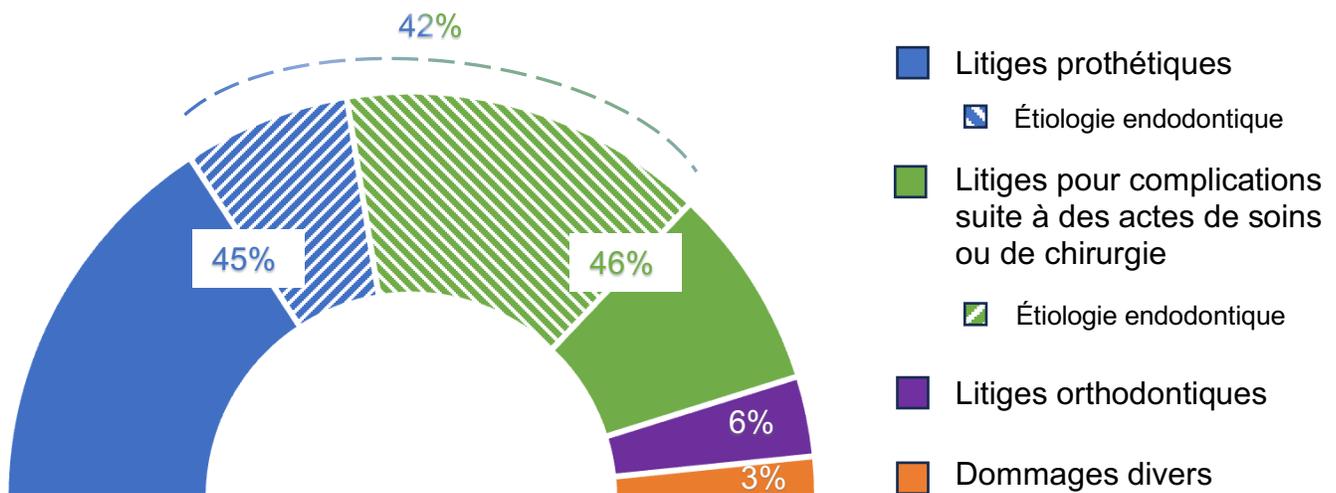


Figure 1 : Part de l'endodontie dans les litiges bucco-dentaires (hors implantologie)

## 2. La responsabilité du praticien

### 2.1. Les différentes responsabilités

Le chirurgien-dentiste peut être mis en cause au titre de sa responsabilité pénale, ordinale ou civile. (31)

### 2.1.1. La responsabilité pénale

La faute pénale correspond à un comportement transgressif à la **loi**, et dont la sanction est prévue par celle-ci. (31)

La sanction peut prendre la forme d'une **amende** ou d'une peine d'**emprisonnement** ; en revanche, elle ne peut aboutir à l'indemnisation du patient victime.

C'est une responsabilité personnelle du chirurgien-dentiste, qui ne peut faire l'objet d'une prise en charge par son assureur.

Article 121-3 du Code Pénal :

*« (...) Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou les règlements sauf si l'auteur des faits a accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait. (...) » (74)*

En ce sens, le manquement à l'obligation de moyens peut donc mener à engager la responsabilité pénale du praticien.

### 2.1.2. La responsabilité ordinale

La responsabilité ordinale fait référence au manquement aux **obligations déontologiques** de la profession, mentionnées dans le code de déontologie (articles R.4127-201 à R.4127-231 du Code de la Santé Publique).

Les sanctions prononcées par le Conseil de l'Ordre sont d'ordre **disciplinaire** uniquement, et ne donnent pas non plus lieu à une indemnisation du patient.

NB : la responsabilité ordinale, tout comme la responsabilité pénale, peut être engagée même en l'absence d'un préjudice causé au patient.

### 2.1.3. La responsabilité civile

La responsabilité civile professionnelle concerne les dommages causés aux patients, à l'occasion de l'exécution du contrat de soins.

La juridiction civile a pour objet la réparation du préjudice subi par le patient, en lui accordant une **indemnisation**. (31)

Pour que la responsabilité du praticien mis en cause soit engagée et que le patient accède à la réparation de son préjudice, il faut que soient reconnus simultanément :

- Une **faute, négligence ou imprudence** de la part du praticien
- Un **dommage**, ou préjudice, subi par le patient
- Un **lien de causalité direct** entre la faute et le préjudice

Cela signifie que la responsabilité civile du praticien ne sera pas engagée, et le patient ne sera pas indemnisé :

- En cas de faute ne causant pas de dommage : par exemple, lors de la fracture d'un instrument endodontique, laissé en place, mais sur une dent restant asymptomatique
- Lorsque le dommage subi n'est pas en rapport direct et certain avec la faute commise par le praticien

### 2.2. La faute

La faute découle d'une pratique non conforme aux données acquises de la science, et sous-entend un manquement à l'**obligation de moyens**.

Elle concerne aussi bien l'établissement du diagnostic, le choix de la technique médicale et sa mise en œuvre, et la surveillance post-traitement du patient.

Le comportement fautif du praticien se déduira par comparaison entre l'attitude qu'il a eue, et celle que l'on estime qu'aurait eue un praticien avisé et consciencieux, placé dans

les mêmes conditions, c'est-à-dire en tenant compte à la fois du contexte clinique, et des données acquises de la science au moment du soin.

Ainsi un praticien, pour se défendre, devra montrer qu'il a bien agi conformément aux données acquises de la science ; et dans le cas où il aurait dérogé à ces dernières, il doit pouvoir se justifier de son choix. S'il a utilisé une technique innovante non encore approuvée, il doit pouvoir justifier que la situation clinique le nécessitait, et qu'aucune technique actuelle ne permettait de s'y substituer.

En l'absence de faute, l'incident tient à *l'aléa thérapeutique*, et la responsabilité du chirurgien-dentiste n'est pas engagée.

Le patient pourra tout de même prétendre à une indemnisation.

### **2.3. Le préjudice**

Le préjudice est la conséquence, l'impact du dommage sur la victime. La preuve du préjudice est à apporter par le patient.

Nous verrons plus loin dans le travail les différents types de préjudices que peut subir le patient suite à un dommage corporel, et de quelle manière il est réparé.

### **2.4. Le lien de causalité**

Afin que la responsabilité du praticien soit reconnue face à la survenue d'un dommage, il faut pouvoir prouver un lien de causalité entre la faute et le dommage subi par le patient.

En d'autres termes, la faute doit être un évènement nécessaire à l'apparition du dommage, et en l'absence duquel le dommage ne serait pas survenu.

Face à la complexité de certaines situations dans lesquelles plusieurs évènements contribuent à l'apparition du dommage, deux théories doctrinales de la causalité s'opposent. (4)

Selon la théorie de la causalité adéquate, une seule cause – la cause prépondérante – n'est retenue comme fait générateur de responsabilité.

En revanche, la théorie de l'équivalence, qui est le plus souvent appliquée dans le domaine médical, reconnaît comme causes engageant la responsabilité, tous les faits ayant concouru à la survenue du dommage.

Ainsi, si le patient est pris en charge simultanément par plusieurs praticiens dans le cadre d'un traitement global, le partage de responsabilité devrait se faire selon les propres obligations de chacun, chacun répondant aux fautes qu'il a commises. Le partage des responsabilités n'est cependant pas toujours évident à déterminer.

L'expert, à partir de l'ensemble des indices dont il dispose, peut mettre en évidence un lien de causalité, et la responsabilité du praticien est alors engagée.

Mais il peut également conclure à une participation du patient à l'apparition du dommage ; dans ce cas, la responsabilité du praticien peut être partiellement ou totalement exonérée. C'est le cas, par exemple, d'un patient qui prendrait l'initiative de modifier ou faire modifier sa prothèse par une personne tiers, ou encore, d'un patient n'ayant pas informé son praticien d'un élément de santé ayant une influence sur la sphère bucco-dentaire et la réussite des soins.

Dans certains cas, il se peut même que la responsabilité du praticien soit écartée et que le patient soit condamné pour procédure abusive.

Enfin, la preuve de ce lien de causalité peut être apportée de quelque manière que ce soit, mais doit demeurer indiscutable. Dans le cas contraire, le juge conclura à une absence de lien causal.

### Les critères d'imputabilité :

La notion juridique de lien de causalité renvoie à la notion médicale d'imputabilité. L'expert médical devra établir s'il existe un lien entre les préjudices décrits et l'accident dommageable.

Les critères d'imputabilité utilisés sont ceux de la méthode d'analyse mise au point par Muller et Cordonnier en 1925, et revue par Simonin (75).

On compte 7 critères d'imputabilité :

- **La réalité du traumatisme** : l'expert doit montrer que le traumatisme a bien eu lieu. Il s'appuiera sur des pièces telles que le Certificat Médical Initial ;
- **La concordance de siège** : le siège de la lésion doit être concordant avec celui de l'accident, soit directement, soit par retentissement immédiat ;
- **La certitude du diagnostic** : le diagnostic doit être certain, justifié par le dossier médical, l'anamnèse, l'examen clinique ;
- **La vraisemblance scientifique** : le lien entre l'accident et le traumatisme est possible, l'accident a pu, par sa nature, engendrer les dommages décrits ;
- **L'intégrité préalable** : absence de l'état pathologique avant l'accident ;
- **Le délai d'apparition** : le délai d'apparition de l'affection après l'accident doit être cohérent ;
- **La continuité évolutive** : la chronologie d'évolution entre l'état traumatique initial et les séquelles finales au moment de la consolidation doit être connue, et suivre une certaine logique.

### **3. Le dossier médical**

Le dossier médical du patient est un outil clé dans la prise en charge du patient. Il permet de consigner toutes les informations relatives à son état de santé, aux soins qui lui ont été prodigués, aux informations qui lui ont été délivrées ; il joue de ce fait un rôle central dans le suivi du patient et dans la qualité de sa prise en charge.

L'enjeu de la tenue du dossier médical du patient est double dans la pratique du chirurgien-dentiste, puisque :

- Le dossier médical est une exigence légale, et l'absence de sa tenue adéquate – dossier absent ou incomplet – est considérée comme un manquement à l'obligation de moyens, constituant une faute susceptible d'engager la responsabilité du praticien (76) ;
- Il constitue un élément de référence pour la défense du praticien lorsque la qualité de ses soins est remise en cause, permettant de fonder ou de rejeter l'engagement de la responsabilité du praticien. (77)

Le dossier médical est donc à la fois un moyen à mettre en œuvre, et une preuve des moyens mis en œuvre.

### **3.1. Le dossier médical comme moyen à mettre en œuvre**

#### **3.1.1. Le contenu du dossier médical**

Le contenu du dossier médical n'est pas défini légalement, mais il existe des recommandations à ce sujet.

Ainsi, si l'on se réfère aux recommandations édictées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé (ANAES) (78), il est attendu que le dossier médical comprenne :

- Les données administratives du patient, permettant notamment son identification : nom, prénom, sexe, date et lieu de naissance, adresse complète, numéro de téléphone, numéro de sécurité sociale, date du premier rendez-vous, tiers payant, correspondants, ...
- Les données médicales et cliniques initiales : l'anamnèse médicale – par le biais d'un questionnaire médical signé par le patient – et l'anamnèse dentaire, le schéma dentaire initial du patient, des photographies et modèles d'étude, les examens complémentaires, notamment radiographiques

- Le compte rendu des consultations et séances de soins : le motif de consultation, les investigations réalisées, les diagnostics établis, les plans de traitement et les actes effectués, détaillés dans les techniques et la nature des matériaux utilisés, les prescriptions faites, les conseils délivrés et le suivi thérapeutique préconisé
- La synthèse des échanges oraux, et notamment des éléments d'information délivrés au patient
- Les devis – signés par le patient avant leur exécution –, et autres documents reflétant le consentement éclairé du patient aux soins proposés
- Les autres documents, tels que les bons de laboratoire, les documents d'information complémentaires, les correspondances avec des confrères ou autres professionnels de santé, les éventuelles fiches d'incident...

Le dossier doit être clair, lisible et actualisé, permettant ainsi à quelque praticien d'être capable de prendre le dossier et de comprendre exactement ce qui a été réalisé, quand et pourquoi. En outre, il faut pouvoir identifier la personne ayant rempli le dossier. (78)

### **3.1.2. La conservation du dossier médical**

Si l'article R.11112-7 du Code de la Santé Publique impose aux établissements de santé une obligation de conservation du dossier médical sur une durée minimale de 20 ans à compter de la dernière consultation du patient, aucune disposition spécifique n'existe à ce jour pour les professionnels de santé libéraux.

Cependant, comme le spécifie la loi du 4 mars 2002, la responsabilité du chirurgien-dentiste peut être recherchée pendant 10 ans à partir de la consolidation du patient en cas de dommage. La consolidation pouvant survenir tardivement, la durée de conservation du dossier médical préconisée est de 20 ans, si ce n'est à vie. (79)

En cas de cessation temporaire d'activité, les dossiers sont conservés par le remplaçant.

En cas de cessation définitive, ils peuvent être mis à disposition du successeur, être conservés personnellement, ou encore être mis à disposition des patients. Dans cette dernière situation, il revient de faire signer au patient un récépissé daté comportant la liste des documents fournis. (77)

### **3.1.3. La mise à disposition du dossier médical**

Les informations contenues dans le dossier médical appartiennent au patient, et celui-ci peut à tout moment réclamer l'accès à une partie ou à l'intégralité de celui-ci.

En cas de demande, une copie de son dossier médical doit lui être mis à disposition dans un délai de 48h minimum et de 8 jours maximum, ou de 2 mois pour les informations datant de plus de 5 ans. (80)

Seule une copie est délivrée, la version originale du dossier médical reste la propriété du professionnel de santé.

Le refus de transmission de dossier, pouvant entraver la continuité des soins et la qualité de prise en charge du patient, constitue une faute condamnable.

*C'est ainsi qu'en 2017, la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) prononce une sanction de 10.000 € à l'encontre d'un praticien ayant refusé de remettre le dossier médical de son patient. (81)*

### **3.2. Le dossier médical dans la défense du chirurgien-dentiste : une preuve des moyens mis en œuvre**

Le dossier médical sert pour la défense du praticien dont la conformité de ses soins est remise en cause. Il lui permet d'apporter des preuves concernant :

- L'information qu'il a délivrée au patient

- La conformité de soins réalisés
- La conformité des conditions d'hygiènes
- La conformité prothèses

### **3.2.1. La preuve de l'information du patient**

La preuve de l'information, qui est à la charge du praticien (82), peut être difficile à consigner dans le dossier. Il s'agit notamment de rédiger dans le dossier un compte-rendu des échanges qui ont eu lieu avec le patient au cours de la séance, en y faisant figurer les difficultés de communication éventuellement rencontrées.

Selon la HAS, « *Parce que ces mentions suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information.* » (83)

Bien que non nécessaires, des documents tels que les formulaires de consentement personnalisés, les fiches d'information, peuvent servir d'appui à la preuve de l'information.

En revanche, il est important de noter que la rédaction de documents de décharge – qu'il peut être tentant de réaliser dans les situations où le praticien ne trouve pas l'adhésion du patient à la prise en charge qu'il préconise – n'est pas recommandée. En effet, en plus de n'avoir aucune valeur juridique, l'existence d'un tel document de décharge peut même s'avérer desservir la cause du praticien l'ayant engendré, témoignant l'attitude d'un praticien ayant agi à l'encontre des règles de l'art, et ce en toute connaissance de cause. (84)

### **3.2.2. La conformité des soins réalisés**

Le dossier médical doit résumer la séance et doit permettre de déterminer les techniques et les matériaux utilisés dans les plus nombreux détails possibles.

Il s'agit d'y faire figurer les moyens mis en œuvre afin de ne pas se voir reprocher leur absence.

### **3.2.3. La conformité des conditions d'hygiène**

La stérilisation, permettant d'assurer des conditions d'hygiène conformes, est mise au service de la sécurité des soins, et fait donc partie des moyens à mettre en œuvre au cabinet dentaire.

Sa traçabilité est d'importance majeure, et sert de preuve de sa bonne réalisation lors d'un litige remettant en question les conditions d'hygiène.

Une traçabilité correctement réalisée permettra de faire le lien entre un dispositif médical – en l'occurrence, celui utilisé lors de la prise en charge du patient au cours du soin incriminé – et un cycle de stérilisation dont la conformité a été validée par les tests requis. (85)

Ce lien est fait grâce au numéro de cycle de stérilisation auquel correspond les instruments stérilisés, qui sera à reporter dans le dossier du patient au moment de son utilisation.

Par ce numéro, il sera alors possible d'accéder aux informations concernant le cycle en question, qui sont quant à elles consignées dans le dossier de traçabilité. (85)

Ces données doivent être conservées pendant un minimum de 5 ans, mais il est fortement recommandé – pour les mêmes raisons que pour le dossier médical – de les garder pendant une durée minimale de 20 ans. (86)

### **3.2.4. La conformité des prothèses**

Le fabricant de la prothèse – que ce soit un prothésiste, ou le praticien lui-même – doit rédiger, pour chaque prothèse qu'il conçoit, une déclaration de conformité dont nous avons déjà pu voir le contenu qu'il en est attendu (partie I).

Cette dernière doit être conservée dans le dossier du patient et tenue à sa disposition, ainsi qu'à celle du directeur général de l'ANSM, pendant une durée de 5 ans (55).

En ce qui concerne la CFAO en cabinet dentaire, il s'agit notamment de pièces de prothèse fixe (inlays/onlays, couronnes, facettes, bridge de faible étendue) usinées dans des blocs de céramique, de composite, ou de matériau hybride.

Les blocs d'usinage font alors l'objet d'une traçabilité ; le numéro de lot est conservé dans le dossier du patient.

## **4. Les sanctions encourues et l'indemnisation des victimes**

### **4.1. Procédures et sanctions**

#### **4.1.1. Les voies de gestion**

Dans le cas d'un praticien exerçant en cabinet de ville, la gestion d'un litige peut se faire par la voie **amiable**, ou par la voie **contentieuse** lorsqu'elle engage une procédure ordinale, pénale ou civile.

*Remarque : les procédures administratives sont des procédures menées à l'encontre d'un hôpital, et ne concernent pas les praticiens exerçant en cabinet de ville.*

Selon la MACFS, la plupart des réclamations se font par la voie amiable (88%). (73) Elles permettent de résoudre le conflit entre le patient et son praticien sans avoir à saisir la justice.

##### **4.1.1.1. La réclamation à l'amiable**

Lors d'une réclamation à l'amiable, le chirurgien-dentiste reçoit une correspondance – de la part du patient, d'un représentant légal ou d'un assureur protection juridique – remettant en cause des soins qui lui ont été prodigués, et/ou demandant une indemnisation d'un dommage subi.

Le praticien peut faire le choix de régler le conflit directement avec son patient, sans intervention d'un tiers, mais il lui est fortement conseillé de prendre contact avec son assureur.

En outre, l'article L.113-2 du Code des Assurances précise que l'assuré a pour obligation d'avertir son assureur en cas de sinistre. (87)

Cela ne constituera en aucun cas une preuve de sa responsabilité lors de la résolution du litige.

Après concertation avec son assureur, le praticien pourra soit faire une proposition d'indemnisation au patient, soit refuser la prise en charge s'il estime ne pas être responsable du dommage faisant l'objet de la réclamation.

Dans le cas du refus de prise en charge, ou s'il n'est pas d'accord avec la proposition d'indemnisation qui lui est faite, le patient peut saisir le Conseil Départemental de l'Ordre qui mettra en œuvre une tentative de conciliation.

#### 4.1.1.2. La tentative de conciliation

La tentative de conciliation est un mode de règlement à l'amiable, médié par le Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

Lorsqu'un patient dépose une plainte, le conseil de l'ordre va analyser la demande. S'il la juge recevable, alors il proposera une tentative de conciliation.

Les deux parties – le patient victime, et le chirurgien-dentiste mis en cause – en sont informées et convoquées.

La tentative de conciliation, lorsqu'elle est sollicitée par le président du Conseil Départemental de l'Ordre, constitue une obligation pour le chirurgien-dentiste :

Article R.4127-233 du Code de la Santé Publique :

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

*(...)*

*3° A se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient. » (88)*

La séance est conduite par le « conciliateur » du conseil de l'ordre, qui joue le rôle de médiateur en aidant les deux parties à trouver un terrain d'entente.

La séance aboutit, en cas d'accord des deux parties, à un procès-verbal de conciliation détaillant les points d'entente et les engagements respectifs, et comportant un désistement d'instance et d'action.

*NB : elle n'aboutit pas nécessairement à une indemnisation financière du patient.*

En cas de désaccord, les deux parties signent un procès-verbal de non-conciliation. Le patient aura la liberté de solliciter une procédure judiciaire, en transmettant sa plainte à la juridiction disciplinaire de première instance.

#### 4.1.1.3. La saisie de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation

Le patient qui souhaite une indemnisation financière des dommages qu'il a subis peut faire le choix de saisir la Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

La CCI est une organisation créée à l'occasion de la loi du 4 mars 2002 afin d'indemniser les patients victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales, au titre de solidarité nationale.

Il s'agit d'une procédure amiable, simple d'accès et gratuite, ayant pour but d'indemniser les patients victimes d'accidents médicaux graves ; pour que la demande soit acceptée, le dommage subi par le patient doit atteindre le seuil de gravité fixé par le Code de la Santé Publique à l'article D.1142-1.

Article L.1142-1 du Code de la Santé Publique :

*« Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret. » (16)*

Nous verrons un peu plus tard dans le travail comment est déterminée la gravité du préjudice.

A l'issue de la procédure, la CCI reconnaîtra ou non un droit d'indemnisation à la victime, puis désignera le payeur. Celui-ci reste libre de décider de l'offre d'indemnisation qu'il fera. (89)

4.1.1.4. La chambre disciplinaire de première instance

Il s'agit du **premier degré de juridiction**, intervenant après l'échec de la tentative de conciliation.

L'avocat de chaque partie rédige un mémoire de défense. Une audience sera ensuite fixée, à l'issue de laquelle une décision – de rejet de la demande du patient, ou de sanction du chirurgien-dentiste – sera prise.

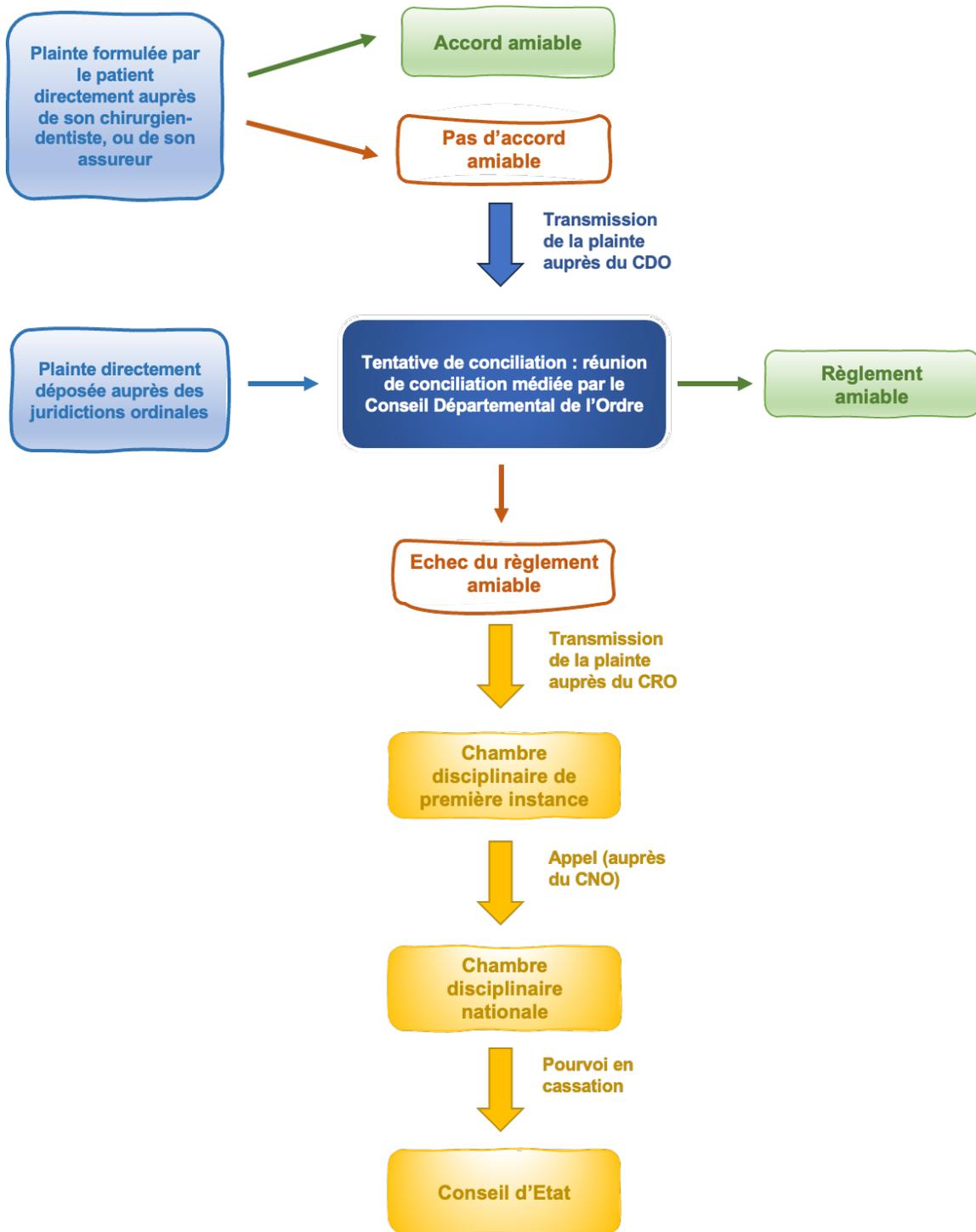
Les sanctions à l'égard du chirurgien-dentiste sont d'ordre **disciplinaire** uniquement, à l'égard d'un manquement aux règles de déontologie énoncées dans le Code de la Santé Publique, et peuvent être en fonction du degré de gravité des faits reprochés (90) :

- Un avertissement
- Un blâme
- Une interdiction temporaire d'exercice, avec ou sans sursis
- La radiation du Tableau de l'Ordre

La sanction s'accompagne d'une impossibilité pour le praticien d'exercer une fonction au sein du conseil de l'ordre, pendant une durée de 3 ans pour l'avertissement et le blâme, ou définitivement pour les autres sanctions.

La décision de la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) peut faire l'objet d'un appel auprès du Conseil National de l'Ordre, puis par le Conseil d'État par voie de Cassation.

Cette procédure ne fait pas obstacle à une procédure pénale ou civile en réparation, ni aux procédures de la sécurité sociale.



*Figure 2 : Schéma récapitulatif des procédures de règlement d'un litige*

## 4.1.2. L'indemnisation du patient

### 4.1.2.1. Évaluation du préjudice et calcul de l'indemnisation

#### 4.1.2.1.1. La nomenclature des préjudices corporels

Les conséquences d'un dommage corporel sont appelées les préjudices corporels.

En France, l'évaluation du préjudice corporel est standardisée par l'utilisation de la **Nomenclature Dintilhac** (91), ou « nomenclature des postes de préjudices ».

Cette nomenclature a été conçue dans le but d'arriver à une indemnisation la plus égalitaire possible des victimes de préjudices corporels.

Elle a un caractère évolutif, et a déjà été réactualisée à plusieurs reprises.

Elle permet de déterminer les différents préjudices subis par la victime, pour ensuite calculer les montants d'indemnisation auxquels cette dernière peut prétendre.

Chaque préjudice est indemnisé indépendamment des autres.

La nomenclature définit des catégories et sous-catégories de préjudices, faisant notamment la distinction entre :

- Les préjudices subis par la **victime directe**, et les préjudices subis par les **victimes indirectes** (par ricochet)
- Les **préjudices patrimoniaux** (d'ordre économique) et les **préjudices extra-patrimoniaux** (non économiques)
- Les **préjudices temporaires** (avant consolidation), les **préjudices permanents** (après consolidation)

	Temporaires	Permanents
<b>Préjudices patrimoniaux</b>		
Victime directe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépenses de santé actuelles</li> <li>• Frais divers</li> <li>• Perte de gains professionnels actuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépenses de santé futures</li> <li>• Frais de logement adapté</li> <li>• Frais de véhicule adapté</li> <li>• Assistance par tierce personne</li> <li>• Perte de gains professionnels futurs</li> <li>• Incidence professionnelle</li> <li>• Préjudice scolaire, universitaire ou de formation</li> </ul>
Victime indirecte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de revenus des proches</li> <li>• Frais d'obsèques</li> <li>• Frais divers des proches</li> </ul>	
<b>Préjudices extra-patrimoniaux</b>		
Victime directe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit fonctionnel temporaire</li> <li>• Souffrance endurée</li> <li>• Préjudice esthétique temporaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit fonctionnel permanent</li> <li>• Préjudice d'agrément</li> <li>• Préjudice esthétique permanent</li> <li>• Préjudice sexuel</li> <li>• Préjudice d'établissement</li> <li>• Préjudices permanents exceptionnels</li> </ul>
	<b>Évolutifs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préjudices liés à des pathologies évolutives</li> </ul>	
Victime indirecte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préjudice d'accompagnement</li> <li>• Préjudice d'affection</li> </ul>	

*Figure 3 : Les préjudices corporels selon la nomenclature Dintilhac*

Les préjudices permanents ne peuvent être estimés qu'après consolidation de la victime, c'est-à-dire lorsque son état est jugé stable à court et moyen termes, sans amélioration ou aggravation prévisible des séquelles.

#### 4.1.2.1.2. Calcul de l'indemnisation (92)

On distingue différentes manières de calculer les montants d'indemnisation.

Les **préjudices patrimoniaux** sont quantifiables, et les montants d'indemnisation sont calculés à partir de montants réels sur présentation de justificatifs. Il s'agit de pertes économiques, de manques à gagner, de frais divers en relation direct avec l'accident.

En revanche, les estimations sont plus compliquées pour les **préjudices extra-patrimoniaux**, et différentes modalités de calcul existent en fonction des préjudices.

Par exemple :

- L'indemnisation du Déficit Fonctionnel Temporaire prend la forme d'un montant alloué par mois à la victime, en fonction des circonstances et du caractère partiel ou total du déficit (par exemple, 300 à 500€ / mois pour une incapacité fonctionnelle totale)
- Les Souffrances Endurées, ainsi que les Préjudices Esthétiques Permanents, vont être évalués sur une échelle dont chaque degré (très léger, léger, modéré, moyen, assez important, important, très important) correspond à une fourchette de montants d'indemnisation.
- L'importance du Déficit Fonctionnel Permanent est évaluée par un taux (%) de déficit fonctionnel résultant de l'accident, et affectant de manière définitive la victime dans sa vie à venir.

Le montant de l'indemnisation est déduit de tableaux de références, en croisant ce taux de déficit avec l'âge de la victime, tout en tenant compte du sexe (l'espérance de vie n'étant pas la même pour les hommes et femmes).

D'autres catégories de préjudices – comme le préjudice d'établissement, le préjudice sexuel, ou encore le préjudice permanent exceptionnel –, sont plus compliqués à évaluer, et la détermination du montant d'indemnisation se fait au cas par cas.

#### 4.1.2.2. Le débiteur de l'indemnité

En cas d'accident médical fautif – lorsque la responsabilité du chirurgien-dentiste est reconnue –, ce sera l'**assurance** du chirurgien-dentiste qui indemniser la victime.

En revanche, en cas d'accident médical non fautif – lorsqu'il s'agit d'un aléa thérapeutique –, l'indemnisation du patient sera assurée par l'**ONIAM**, sans passer par une procédure en justice.

L'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux), créé à l'occasion de la loi du 4 mars 2002, est un organisme d'indemnisation amiable, gratuit et rapide, des victimes d'accidents médicaux non fautifs graves. (93)

Est considéré comme grave, et ouvrant le droit à une indemnisation par l'ONIAM, un accident médical qui a entraîné une des conditions suivantes : (94)

- Une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, ou Déficit Fonctionnel Permanent, atteignant un taux supérieur à 24% ;
- Une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs, ou de 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ;
- Un Déficit Fonctionnel Temporaire supérieur ou égale à 50%, sur une période de 6 mois consécutifs ou de 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois ;
- Des troubles particulièrement graves affectant la vie personnelle, familiale ou professionnelle, comme l'incapacité d'exercer la profession antérieure

A noter que ces seuils sont rarement atteints lors d'accidents médicaux en odontologie.

Cet organisme peut également être saisi par la victime en cas de refus d'indemnisation de la part des assurances lors d'un accident médical fautif. On parle alors d'une demande d'indemnisation par substitution.

Dans ce cas, le patient doit fournir les pièces nécessaires à la constitution du dossier, parmi lesquelles figure un document médical ou administratif établissant un lien entre le dommage subi et l'acte médical.

L'ONIAM reste libre d'accepter ou de rejeter la demande. S'il accepte la demande, il indemnise la victime, puis se retourne contre les assureurs (demande de remboursement des indemnités versées à la victime, et pénalités). (89)

En cas de refus de prise en charge, la victime peut toujours saisir la justice.

Assureurs ou ONIAM, une fois le droit d'indemnisation reconnu, le payeur à 4 mois pour faire une offre d'indemnisation à la victime, puis 1 mois pour réaliser le paiement après acceptation par la victime.

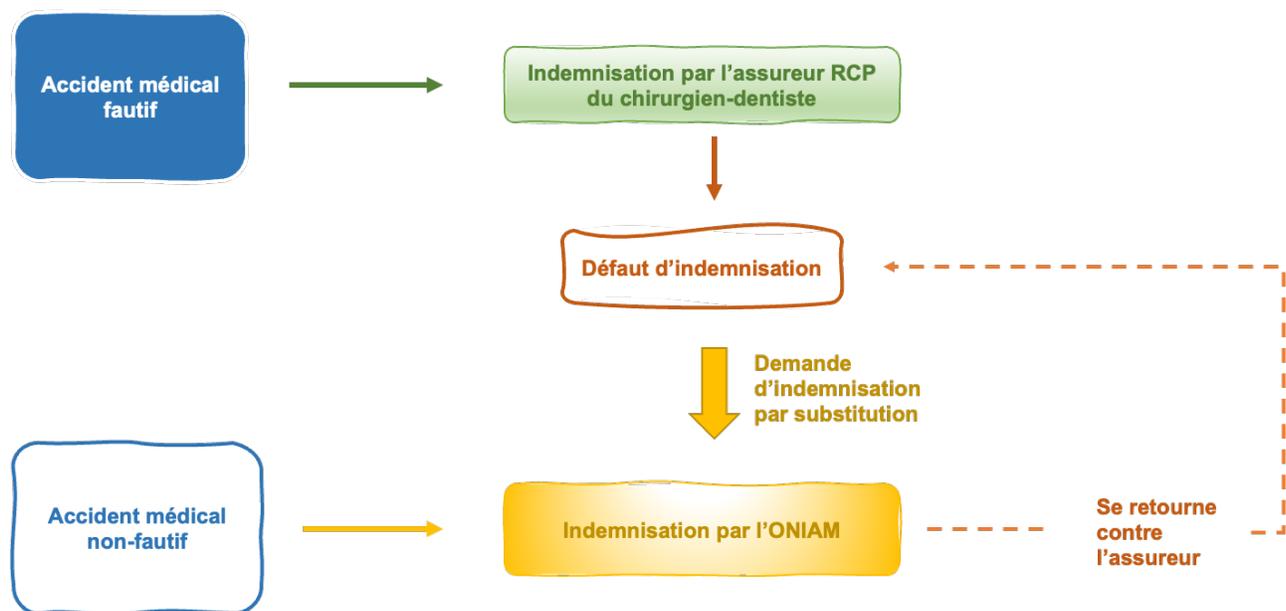


Figure 4 : Le débiteur de l'indemnisation / paiement de l'indemnisation

## **PARTIE III : Les limites de l'obligation de moyens**

## 1. Le possible et le raisonnable

### 1.1. Équipement

Si l'innovation de l'équipement constitue une obligation pour rester à jour des exigences dictées par les données acquises de la science, est-il toujours nécessaire d'investir dans les équipements à la dernière pointe de la technologie ?

L'innovation permet d'apporter au cabinet dentaire :

- Une amélioration de la qualité des soins, en termes de diagnostic et de traitement, et une augmentation de l'offre de soins
- Une amélioration du confort et de la satisfaction du patient
- Un maintien de la compétitivité
- Le respect de la conformité aux réglementations

Mais l'investissement intelligent doit se faire après une évaluation des besoins du cabinet (95), permettant de cibler les domaines où l'innovation présente effectivement une valeur ajoutée significative pour le cabinet et la prise en charge des patients : *L'innovation permettra-t-elle d'améliorer la qualité des traitements prodigués aux patients, ou d'augmenter l'offre de soins en ajoutant de nouvelles techniques au panel de soins ?*

La prise en compte des coûts, et du retour sur investissement est primordiale pour maintenir la santé financière du cabinet dentaire.

D'autant plus que les difficultés financières d'un cabinet dentaire ont des répercussions sur la qualité de la prise en charge du patient, en ayant pour conséquences une augmentation du rythme de travail, une réduction du temps alloué à la consultation, une fatigue du praticien, des économies cherchées ailleurs (dans le choix de consommables moins coûteux et parfois de moins bonne qualité par exemple), ...

Enfin, l'innovation technologique doit prendre en compte la capacité du praticien à s'en servir, et doit ainsi être accompagnée d'une formation adéquate à l'utilisation des nouveaux dispositifs acquis.

Ainsi, il sera difficile d'engager la responsabilité d'un chirurgien-dentiste pour son manque d'investissement dans de nouveaux dispositifs à la pointe, du moment que les soins prodigués répondent aux recommandations, et que les thérapeutiques et plateaux techniques employés sont encore suffisamment performants, et non obsolètes d'un point de vue des dernières données acquises de la science.

## **1.2. Mise à jour des connaissances**

Comme nous l'avons évoqué, les programmes de DPC permettent l'entretien et l'amélioration des connaissances et compétences du praticien au fil des années. Mais ils semblent tout de même insuffisants à eux-seuls pour maintenir le professionnel de santé au fait des dernières connaissances.

Le professionnel de santé doit donc mettre en place des mesures pour entretenir lui-même ses connaissances, et se tenir à jour des nouveautés réformant sa profession.

Certains outils permettent de faciliter et d'optimiser cet accès à l'information.

- L'abonnement à des newsletters, proposés par divers sites, que ce soient ceux de revues spécialisées (*Information dentaire, Journal of Dental Research, ...*), d'autorités publiques telles que la HAS et l'ANSM, ou encore l'ONCD.

- La création d'un flux RSS :

Le flux RSS (*Really Simple Syndication*) est un système qui permet, à l'aide d'un agrégateur, de regrouper en un seul les flux de différents sites Web.

L'utilisateur peut ainsi récupérer en temps réel toutes les dernières publications de ces sites par simple consultation du lecteur de flux.

Il s'agit là d'une démarche passive pour recevoir et consulter l'information, offrant un gain de temps et une optimisation de la recherche d'informations.

Bien évidemment, ces outils présentent eux-mêmes leurs limites, notamment dans le manque d'exhaustivité des informations qui parviennent au praticien du fait du

paramétrage personnel, ou encore du temps que le praticien peut raisonnablement consacrer à s'informer.

Le chirurgien-dentiste ne peut donc pas être au fait de toutes les nouvelles connaissances, tendances émergentes ou techniques prometteuses. Cependant, il est tout de même raisonnable de penser qu'il parvienne, à l'aide de ces outils, à se maintenir à jour des dernières données acquises de la science, et à se tenir suffisamment informé quant aux éléments essentiels régissant sa profession ; la mise à jour ou la publication de nouvelles recommandations officielles, par exemple, font l'objet d'une large diffusion au travers des différentes sources d'information auxquelles peut avoir accès le chirurgien-dentiste.

### **1.3. Ressources financières du patient et nomenclature des actes**

#### **1.3.1. Les paniers de soins : des alternatives thérapeutiques répondant aux données acquises de la science**

En France, une nomenclature encadre les tarifs des actes de soins bucco-dentaires et en fixe la base de remboursement par la Sécurité Sociale.

Cette nomenclature décline les différents actes en fonction de la localisation dentaire et du matériau, et font ressortir trois « paniers » de soins : 100% santé, avec reste à charge modéré, et à honoraires libres.

Ainsi, elle permet d'adapter l'offre de soins aux possibilités financières du patient grâce à l'existence d'alternatives thérapeutiques à reste à charge différents.

Bien que certains soins comme ceux du panier libre, offrant des techniques et matériaux plus sophistiqués, puissent apporter des bénéfices notables en termes de confort ou d'esthétisme, l'ensemble des soins de la nomenclature est conforme aux données acquises de la science.

En effet, c'est la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS), commission de la HAS, qui est chargée d'évaluer

les actes médicaux et de recommander leur inscription à la CCAM, ou leur radiation de cette liste. (96)

Dans son offre de soin, le chirurgien-dentiste a pour obligation de faire connaître au patient la meilleure alternative thérapeutique qu'il existe, mais n'est pas dans l'obligation de la réaliser du moment que l'alternative choisie en concertation avec le patient réponde aux recommandations actuelles.

Ainsi, un patient bénéficiant de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire), lui permettant un accès à une prise en charge intégrale des soins du panier 100% santé, devra tout de même être informé des autres possibilités des traitements en dehors de sa couverture, et ce dans le but de le laisser libre du choix de son traitement. Ces alternatives ne doivent pas obligatoirement figurer sur le devis, mais l'information orale claire du patient à ce sujet reste primordiale aux soins consentis.

Inversement, le praticien doit également faire connaître à tout patient les alternatives 100% santé existantes, et ce même s'il n'est pas en mesure de le réaliser lui-même dans son cabinet.

### **1.3.2. Les situations de compromis thérapeutiques**

Le choix de traitements de différents paniers constitue bien différentes options thérapeutiques, et non pas des situations de compromis.

En revanche, cette même nomenclature place parfois le chirurgien-dentiste dans une situation où le traitement qu'il juge le mieux adapté à son patient n'est pas réalisable dans sa totalité, compte tenu des ressources financières du patient.

L'exemple illustrant le mieux ce propos sont les soins parodontaux, qui sont des soins « *hors nomenclature* » ne donnant lieu à aucun remboursement de la part de la Sécurité Sociale.

Ainsi, les soins parodontaux basiques – bilan parodontal et surfaçage radiculaire –, représentent plusieurs centaines d'euros, et font souvent l'objet d'un refus de la part du patient qui souhaite alors une prise en charge excluant ces soins.

Face à l'absence d'alternative thérapeutique, le dilemme pour le praticien sera d'accepter ou non une solution de compromis, en acceptant d'exécuter qu'une partie du traitement initialement prévu – par exemple, la réalisation des soins prothétiques sur un parodonte pathologique.

Le jugement de la possibilité de réaliser une solution de compromis est laissé au praticien, qui par sa diligence et sa prudence – faisant partie de son obligation de moyens –, ne doit accepter une thérapeutique de compromis lorsque sa réussite ou sa pérennité est hasardeuse, ou si elle est contraire aux données acquises de la science.

Tribunal de Grande instance de Renne, 17/06/1991 :

*« La réticence, voire l'hostilité du patient au traitement nécessaire ne peut justifier l'attitude du chirurgien-dentiste qui accepte d'exécuter un traitement dont il connaît l'insuffisance » (31)*

Quoi qu'il advienne, lorsqu'un compromis est fait, l'obligation d'information et de conseil doivent être respectées :

- Le refus du patient au traitement initialement préconisé doit être éclairé, suite une information complète et claire des conséquences de son choix, et des répercussions que cela peut avoir, y compris financières sur le long terme.
- Le patient a été préalablement informé de l'existence de mutuelles avec des forfaits incluant la prise en charge des soins en question

## **1.4. Le cas de l'urgence odontologique**

L'urgence odontologique est définie comme étant un « état pathologique aigu nécessitant une action adaptée et immédiate ». (97)

Dans un premier temps, nous allons parcourir les moyens dont dispose le chirurgien-dentiste pour réussir au mieux à recevoir les urgences dentaires dans son cabinet.

Nous verrons ensuite que la consultation d'urgence, bien que vouée à être rapide et centrée sur l'essentiel, exige tout de même la mise en œuvre d'un minimum de moyens.

### **1.4.1. Devoir de recevoir les urgences, et limite de disponibilité du praticien**

Selon l'article R4127-232 Code de la Santé Publique, le droit de refus de soins ne s'applique pas aux cas d'urgence ; le refus de soins formulé dans le cadre d'une urgence n'est pas admis, et constitue une faute de la part du praticien pour manquement à son devoir d'humanité.

*Mais quand est-il lorsque le praticien n'a pas la disponibilité, la capacité horaire pour recevoir le patient dans des conditions suffisantes à ne compromettre la qualité des soins dispensés ?*

Afin de satisfaire au mieux cette obligation, le chirurgien-dentiste de cabinet de ville peut employer différents moyens d'organisation qui lui permettront de recevoir au mieux les rendez-vous d'urgence qui lui sont sollicités au cours de la journée.

#### **1.4.1.1. L'anticipation des urgences**

La création de créneaux quotidiens dédiés aux urgences permet d'anticiper la demande de rendez-vous d'urgence, sans toutefois perturber l'organisation du planning de consultations.

#### 1.4.1.2. La régulation des urgences

*Pegon Machat et al.* en 2015 conçoit un outil de régulation à destination des unités d'urgences odontologiques des services hospitaliers universitaires (97), ayant pour but de les guider dans l'orientation et la prise en charge des rendez-vous en urgence.

A l'aide d'un questionnaire simple et d'un arbre décisionnel, il permet de déterminer, en fonction des signes cliniques décrits par le patient, le délai de prise en charge qui convient à la situation.

Cet outil peut être repris et adapté au cabinet de ville afin d'établir un protocole d'accueil qui permette au praticien de différencier les *urgences réelles* nécessitant une prise en charge immédiate, ou du moins le jour-même, de celles dont la prise en charge peut être différée, et d'ainsi gérer les urgences par ordre de priorité tout en respectant les délais raisonnables.

Cela demande de la part du cabinet dentaire une personne disponible pour réaliser cet entretien préalable, qui peut prendre du temps : recueil des données administratives du patient, de ses données médicales générales – l'état de santé ne doit pas être négligé, une pathologie particulière peut à elle seule placer l'urgence comme prioritaire –, l'écoute de la demande du patient, et enfin les questions types permettant d'apprécier le niveau de l'urgence.

#### 1.4.1.3. Malgré tout, incapacité à recevoir le patient

En pratique, il peut s'avérer que ces moyens soient insuffisants, et que le praticien ne soit manifestement pas en mesure de prendre en charge toutes les urgences qui lui sont sollicitées.

Il peut difficilement être reproché au praticien qui a pris des telles mesures de n'avoir pu recevoir une urgence dans son cabinet, si compté qu'il a fait en sorte d'orienter le patient

vers un confrère, une permanence de soins, ou les services hospitaliers, pouvant le prendre en charge dans les délais que son état nécessite.

En cas d'absence du praticien au cabinet, ou d'indisponibilité du secrétariat, le répondeur téléphonique doit garantir une information suffisante au patient, en indiquant d'une part les horaires précis d'ouverture du cabinet, et ceux auxquels il est joignable, et d'autre part, en rappelant les numéros d'urgence.

### **1.4.2. Les exigences d'une consultation d'urgence**

Le but de la consultation d'urgence est d'apporter une réponse rapide ou immédiate à une situation d'urgence.

Bien que la consultation soit rapide, elle répond tout de mêmes aux exigences d'une consultation classique, permettant la sécurité et la qualité des soins : elle inclue questionnaire médical, anamnèse, examen clinique complet et examens complémentaires si nécessaire.

En revanche, il n'est pas attendu que le chirurgien-dentiste mette en œuvre les moyens pour soigner définitivement le patient mais, compte tenu du temps limité dont il dispose, de mettre en œuvre des moyens simples, mais adaptés et surs, permettant de sortir le patient de sa situation d'urgence et d'éviter l'aggravation de la pathologie jusqu'à sa prise en charge définitive.

Il s'agit :

- D'établir un diagnostic
- D'apporter le traitement symptomatique adapté, choisi avec mesure compte tenu de la situation clinique ; il ne doit pas entraîner une perte de chance pour le patient, en apportant par exemple un traitement irréversible excessif (ouverture de chambre ou avulsion injustifiées par exemple).

- De programmer la suite des soins, ou de s'assurer de la continuité des soins du patient lorsqu'il s'agit d'un patient externe au cabinet, en lui fournissant les documents nécessaires (courrier de prise en charge avec le compte rendu, radiographies réalisées au cours de la séance...)
- D'informer le patient, et lui donner des conseils d'auto-gestion

Dans le cas d'une urgence d'origine accidentelle (traumatisme), le praticien doit également prendre le temps de la rédaction d'un Certificat Médical Initial.

L'absence de ce document peut constituer une perte de chance future pour le patient de bénéficier d'une prise en charge des soins nécessaires en cas d'évolution défavorable.

## **2. Une démarche revendicatrice abusive ?**

Face à une augmentation au cours de cette dernière décennie du taux de sinistralité de la profession, on peut se demander si la remise en cause de la qualité des soins ne s'inscrit pas dans une démarche abusive de la part du patient.

Il est par ailleurs intéressant de remarquer qu'en parallèle de l'augmentation des réclamations enregistrées, la proportion des demandes ne donnant aucune suite a drastiquement augmentée depuis la dernière décennie, représentant maintenant un cinquième des réclamations déposées.

Les dossiers sont classés sans suite lorsque le patient ne souhaite plus continuer la procédure, ou que les informations qu'il fournit ne sont pas suffisantes pour justifier pas la mise en route d'une procédure.

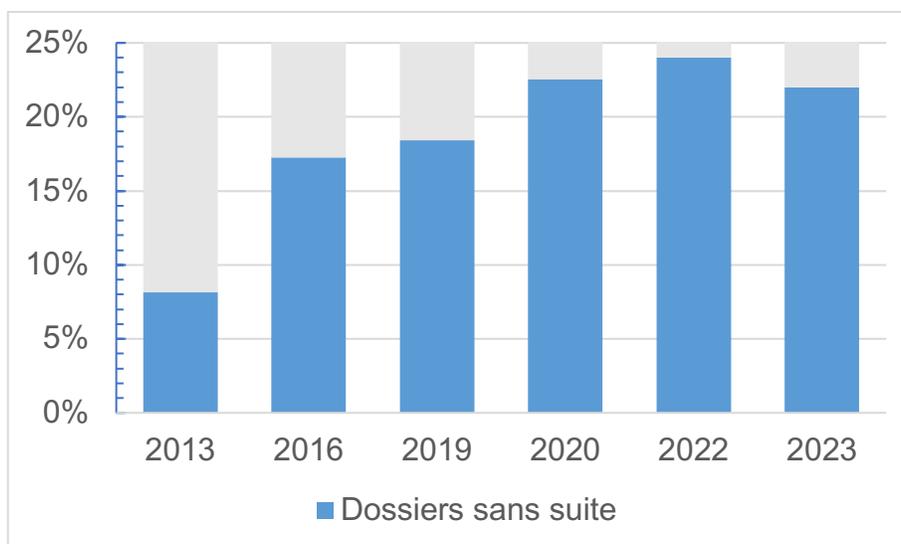


Figure 5 : augmentation du taux de réclamations enregistrées auprès de la MACSF ne donnant pas de suite

Ces taux relativement importants peuvent être compris comme le reflet d’une démarche revendicatrice, parfois réalisée sur le coup de l’émotion, et par la suite abandonnée.

### **2.1. Comment pourrait-on expliquer la tendance actuelle à la revendication ?**

L’environnement social actuel est marqué par une volonté de faire valoir ses droits et d’obtenir une réparation lorsque survient un différend.

La majorité des réclamations est réglée par la voie amiable (88,9% en 2023 selon la MACSF (98)).

Ces statistiques sont le reflet d’une majorité de déclarations motivées par le gain personnel d’une indemnisation ou de la réparation d’un préjudice, plutôt que par une sanction du professionnel de santé.

L'augmentation de ces réclamations ces dernières années pourrait s'expliquer par :

- L'augmentation l'exigence des patients face à la qualité des soins qui leurs sont prodigués :
  - o L'amélioration des techniques médicales entraîne une augmentation des espérances de la part des patients ;
  - o Le coût des soins, avec un reste à charge parfois important, rend les patients plus exigeants quant aux résultats des traitements leur ayant demandé un investissement financier, et peut leur rendre difficile d'admettre que seule une obligation de moyens est attendue de la part du praticien ;
- Des patients avec de meilleures connaissances concernant leurs droits et les possibilités de les faire valoir.

#### Le rôle des médias :

Les médias peuvent jouer un rôle dans :

- La **modification de la confiance** que le patient octroie à son praticien, en lui donnant accès à des informations qui peuvent parfois remettre en question le discours du praticien et ses décisions
- La mise en avant par leur **médiatisation de procédures**, parfois de l'ordre du scandale exceptionnel, dont le dénouement est favorable au patient, faisant ainsi leur promotion auprès des patients.

## **2.2. Les sanctions encourues par le patient**

Le praticien, après avoir été totalement mis hors de cause, et si la décision constate la fausseté des faits reprochés dans son accusation, peut mener une action pénale contre le patient pour **dénonciation calomnieuse**.

Selon l'article 226-10 du Code pénal (99), le patient risque jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 45.000 euros d'amende.

Cependant, cela nécessite de montrer que le patient agissait dans le but de nuire au praticien, et il est difficile de démontrer qu'il était conscient de la fausseté des faits qu'il reprochait.

Pour cette raison, la condamnation du patient reste relativement rare.

Une action civile peut également être menée contre le patient, pour **procédure abusive**. Cette fois-ci, il ne s'agit pas de montrer que le patient faisait preuve de mauvaise foi, mais que la dénonciation était téméraire, c'est à dire que la plainte a été déposée avec légèreté, ou que le patient s'est entêté malgré des rapports d'expertise qui lui étaient défavorables.

Ainsi, selon l'article 32-1 du Code de procédure civile (100), le patient encourt jusqu'à 10.000 euros d'amende civile, en plus des dommages et intérêts qu'il peut se voir verser au praticien en réparation du préjudice moral que représente la dénonciation abusive dont il a fait l'objet.

Cependant, la justice fait preuve d'une certaine réticence à condamner les patients, et les procédures donnant raison aux praticiens restent relativement rares.

Exemple de procédure :

*Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 17 janvier 2019, 17-27.408 (101)*

*Une patiente dépose une plainte disciplinaire auprès du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, reprochant à son orthodontiste des manquements à des devoirs élémentaires de sa profession et à la déontologie, tels que le non-respect des règles d'hygiène, le refus de soins et la délégation à ses assistantes d'actes médicaux qui étaient de sa seule compétence, des comportements inhumains et dégradants envers sa patiente.*

*La plainte, ne reposant que sur des affirmations mais aucun élément sérieux, est rejetée. L'orthodontiste demande alors réparation du préjudice moral subi suite à cette plainte ayant nui à sa réputation ; la patiente est condamnée à verser 1 500 euros de dommages et intérêts au patient.*

### **2.3. Les conséquences sur la pratique du chirurgien-dentiste**

Cette tendance grandissante de remise en cause du praticien par les patients peut entraîner chez certains d'entre eux une méfiance, se répercutant par l'adoption d'une pratique qui cherche avant tout à se protéger d'un éventuel litige.

La communication avec le patient reste la clé principale pour éviter ou désamorcer les situations conflictuelles.

Elle permet de renforcer la confiance au sein de la relation de soins ; le patient qui se sent écouté et compris, dont les préoccupations semblent prises en compte, est moins tourné vers la conflictualité et plus ouvert à la recherche conjointe de solutions.

# Conclusion

La relation qui lie le chirurgien-dentiste et son patient prend la forme d'un contrat de soins qui les engage tous deux à des obligations l'un envers l'autre. Il se forme après l'échange tacite de consentements.

En ce sens, l'obligation d'information du patient est un prérequis indispensable à cette relation de soins, permettant au patient de prendre part, de manière éclairée, aux décisions concernant sa santé. Le chirurgien-dentiste doit, tout au long de la prise en charge, se donner les moyens pour délivrer au patient une information complète et adaptée à son niveau de compréhension. Le manque d'information peut être à l'origine d'un préjudice particulier pour le patient, la perte de chance, et constitue une faute de la part du chirurgien-dentiste.

Afin de garantir la qualité, mais également la sécurité des soins, le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de moyens : il s'engage à fournir des soins attentifs et conformes aux données acquises de la science, en employant tous les moyens nécessaires à leur réussite.

Ces moyens sont autant intellectuels que matériels, et font appel à la prudence et à la conscienciosité du professionnel de santé qui doit également être en mesure de reconnaître les limites de ses propres compétences.

La tenue du dossier médical participe à la qualité de la prise en charge et du suivi du patient, et de ce fait, fait partie des moyens à mettre en œuvre par le chirurgien-dentiste. Mais il constitue également un élément de référence dans la défense du praticien, comme principale source de preuve des moyens mis en œuvre, lorsque la conformité de ses soins est remise en cause.

Les soins conformes aux données acquises de la science sont ceux qui figurent dans les Recommandations de Bonnes Pratiques. Élaborées par des sociétés savantes, et régulièrement mises à jour, elles sont destinées à guider les praticiens dans le choix des

thérapeutiques et leur mise en œuvre. Elles n'ont aucune valeur obligatoire ; cependant, elles servent généralement de référence lors de l'expertise pour juger de la conformité des soins.

L'obligation de moyens s'applique à tous les actes de la chirurgie-dentaire soumis à la possibilité de survenue d'un aléa thérapeutique.

Ainsi, en cas d'échec de la thérapeutique, ou de dommage causé au patient, le chirurgien-dentiste ne sera considéré comme responsable qu'en cas de faute, si l'une de ses obligations n'a pas été satisfaite.

Avec l'arrivée de la CFAO dans les cabinets dentaires, le chirurgien-dentiste endosse également le statut de fabricant de ses prothèses, et est à ce titre tenu à une obligation de résultat en fournissant une prothèse sans défaut.

Un échec thérapeutique ou un dommage causé au cours d'un soin peut entraîner un litige entre le chirurgien-dentiste et le patient si celui-ci émet une réclamation.

La MACSF, principale société d'assurance de responsabilité civile professionnelle des chirurgiens-dentistes français, enregistre un taux de sinistralité fluctuant ces dernières années autour des 6%.

Ces litiges se règlent la plupart du temps de façon amiable, par entente directe entre le praticien et le patient, ou par le biais d'une tentative de conciliation médiée par le Conseil Départemental de l'Ordre.

Lorsque le patient a effectivement subi un préjudice imputables au soin reçu, la procédure aboutit à son indemnisation qui lui sera versée par l'assureur du praticien lorsque celui-ci est fautif, ou par l'ONIAM en cas d'accident médical non fautif grave.

En revanche, les voies contentieuses mènent à des sanctions disciplinaires ou pénales pour le professionnel de santé, mais n'ont pas pour objet d'octroyer une indemnisation au patient.

On remarque une tendance actuelle des patients à la revendication. Ce phénomène pourrait s'expliquer par une augmentation de l'exigence des patients face à l'amélioration des techniques médicales et l'augmentation de l'offre de soins, une

médiatisation des litiges, ou encore une confiance mise à mal par des sources d'information médiatiques mal contrôlées.

Les dénonciations abusives entraînent un préjudice moral pour le praticien, et sont susceptibles d'aboutir à une sanction pour le patient ; les cas de condamnations sont cependant relativement rares.

Mais l'obligation de moyens renvoie à un idéal, et se heurte aux limites de la réalité. Parmi celle-ci, on peut citer les limites humaines du praticien à se former continuellement, et l'impossibilité de se tenir constamment au fait de toutes les dernières données acquises de la science. S'y ajoutent les investissements financiers qu'il est possible ou raisonnable de consacrer à l'innovation matérielle du cabinet dentaire.

Enfin, si les différents paniers de soins de la nomenclature permettent d'adapter les soins aux contraintes économiques du patient tout en restant conformes, certaines situations demandent de faire un compromis thérapeutique ; le praticien doit alors faire appel à son jugement pour ne pas accepter de réaliser de soins dont la réussite ou la pérennité sont incertaines.



## SIGNATURE DES CONCLUSIONS

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

NOM - Prénom de l'impétrante : RAHOVSKY Éva

Titre de la thèse : L'obligation de moyens du chirurgien-dentiste

Directeurs de thèse : Professeur Damien OFFNER et Docteur Maxime BIARD

VU

Strasbourg, le : 25.11.2024

Le Président du Jury,

Professeur D. OFFNER

VU

Strasbourg, le :

**25 NOV. 2024**

Le Doyen de la Faculté  
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur F. MEYER

# Références bibliographiques

1. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : contrat [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contrat/18693>
2. Article 1101 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006436086/1804-02-17#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006436086/1804-02-17#)
3. Article 1102 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032040782](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040782)
4. Penneau J. La responsabilité du médecin. 3e édition. Paris: Dalloz; 2004. 150 p.
5. Article 1106 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032040762](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040762)
6. Article 4127-233 - Code de la Santé Publique - Legifrance [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913037](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913037)
7. Giraudeau N. Contrat de soins. Centre Européen d'Etudes et de Recherche Droit et Santé ; 2016. Disponible sur: <https://moodle.umontpellier.fr/pluginfile.php/357585/course/overviewfiles/Contrat%20de%20soins.pdf?forcedownload=1>
8. Article 1109 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032040747](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040747)
9. Article 1111-1 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032006850](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032006850)
10. Article R4127-232 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913036](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913036)
11. Article 1107 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032040757](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032040757)
12. Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. Rev Jur Ouest. 1999;1999(3):361-376. doi:10.3406/juro.1999.2532. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/juro\\_0990-1027\\_1999\\_num\\_12\\_3\\_2532](https://www.persee.fr/doc/juro_0990-1027_1999_num_12_3_2532)
13. Scheil V. La loi de Hammourabi. 2e édition. Vol. I volume. Paris: Ernest Leroux; 1904. 55 p. Disponible sur: <https://shs.hal.science/halshs->

00766666/file/Loi\_Hammourabi.pdf

14. Revue générale du droit [Internet]. 1936 [cité 12 juill 2023]. Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier. Disponible sur: <https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>
15. Article L1110-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006685748/2012-08-08#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685748/2012-08-08#)
16. Article L1142-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020628252#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020628252#)
17. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721051#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051#)
18. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. 2012 [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante)
19. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 21 novembre 2006, 05-15.674, Publié au bulletin [Internet]. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007055490/>
20. Marteau-Péretié J. Ce qu'on appelle « la perte de chance » dans le cadre d'un accident médical. [Internet]. Village de la justice ; 2016 [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/appelle-perde-chance-dans-cadre,22430.html>
21. Sabek M. La responsabilité du chirurgien-dentiste. 2e édition. Bordeaux: LEH Edition; 2017. Disponible sur: <https://www-bnds-fr.scd-rproxy.u-strasbg.fr/edition-numerique/collection/ouvrages-generaux/les-responsabilites-du-chirurgien-dentiste-2e-edition-9782848745282.html>
22. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 juin 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031972276/2018-01-19#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972276/2018-01-19#)
23. Article 1 - Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente - Légifrance [Internet]. [cité 18 juin 2024]. Disponible sur:

[https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000006451202/1971-07-17](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006451202/1971-07-17)

24. Article L.6155 - Code de la Santé Publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 juillet 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031929670](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929670)
25. DGOS. Développement professionnel continu - DPC [Internet]. Ministère du travail, de la santé et des solidarités; 2024 [cité 18 juin 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/dpc>
26. Article 114 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 18 juin 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000031913634#](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913634#)
27. Agence nationale du DPC. Le document de traçabilité [Internet]. 2023 [cité 18 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc/le-document-de-tra%C3%A7abilit%C3%A9>
28. Kleinfinger I. Protocoles émergents et données acquises de la science : quelle conduite adopter ? [Internet]. Lefildentaire ; 2023 [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/protocoles-emergents-donnees-acquises-de-science-conduite-adopter/>
29. EWHC Exch J65. Blyth v The Company of Proprietors of The Birmingham Waterworks [Internet]. 1856 [cité 12 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.bailii.org/ew/cases/EWHC/Exch/1856/J65.html>
30. Article R4127-204 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 23 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913002](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913002)
31. MACSF. Livre blanc - La responsabilité du chirurgien-dentiste [Internet]. 2023 [cité 16 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/content/download/40457/fichier/Livre%20blanc%20responsabilite%20chirurgien%20dentiste%20-%20MACSF.pdf>
32. François C. Vitalité pulpaire : conservation, réparation et régénération ; les possibilités actuelles et les rêves de demain. [Thèse de doctorat] Lille : Université de Lille ; 2016. 139 p. [cité 18 juin 2024]. Disponible sur: [https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Chirdent/2016/2016LIL2C095.pdf](https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Chirdent/2016/2016LIL2C095.pdf)
33. Tamburini S. La responsabilité du radiologue [Internet]. MACSF; 2024 [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/responsabilite-radiologue>
34. Article R1333-46 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 mars

- 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037017063](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037017063)
35. Article R1333-47 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037017057](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037017057)
36. FSDL. Guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie : recommandations pour les professionnels de santé ; 2006 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.fSDL.fr/wp-content/uploads/2014/02/07\\_guide\\_procedure\\_radio.pdf](https://www.fSDL.fr/wp-content/uploads/2014/02/07_guide_procedure_radio.pdf)
37. Bony G. Optimisation des doses en radiographie intra-orale : apport d'un système de régulation automatique du temps d'exposition dans un contexte clinique. [Thèse de doctorat] Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017. 71 p. [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01647212/document>
38. ANSM. Maintenance et contrôle qualité des dispositifs médicaux [Internet]. 2021 [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/referance/maintenance-et-controle-qualite-des-dispositifs-medicaux>
39. ASN. Décision n° CODEP-DIS-2018-056514 du 5 décembre 2018 du Président de l'Autorité de sûreté nucléaire approuvant le guide de formation continue à la radioprotection des personnes exposées aux rayonnements ionisants à des fins médicales destiné aux chirurgiens-dentistes. 2018. 12 p. Disponible sur: <https://www.asn.fr/l-asn-reglemente/bulletin-officiel-de-l-asn/activites-medicales/autres-decisions-individuelles/decision-n-codep-dis-2018-056514-du-president-de-l-asn-du-5-decembre-2018>
40. Ameli.fr. Renforcer le bon usage du cone beam en odontostomatologie [Internet]. 2022 [cité 21 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-prescription-formalites/renforcer-bon-usage-cone-beam-odontostomatologie>
41. Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé; 1999 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)
42. UFSBD. Nouvelles recommandations : L'UFSB réactualise ses stratégies de prévention. 2023 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/11/Recos-espace-PRO.pdf>
43. HAS. Recommandations en santé publique : Stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\_synthese\_carie\_dentaire\_version\_postcollege-10sept2010.pdf

44. Muller-Bolla M, Courson F, Dridi SM, Viargues P. L'odontologie préventive au quotidien : maladies carieuses et parodontales, malocclusions. Paris: Quintessence International; 2013. 120 p.
45. Revol LJJ. L'utilisation du champ opératoire en dentisterie restauratrice : description des pratiques professionnelles au sein des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine. [Thèse de doctorat] Bordeaux : Université de Bordeaux; 2019. 79 p. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02000728/document>
46. Hantz M. Comment poser une digue simplement: trucs et astuces [Internet]. Laboratoire de prothèses dentaires Crown Ceram; 2023 [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.crownceram.com/tutoriels/comment-poser-une-digue-simplement-trucs-et-astuces/>
47. RÈGLEMENT (UE) 2017/ 852 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL - du 17 mai 2017 - relatif au mercure et abrogeant le règlement (CE) no 1102/ 2008. Journal officiel de l'Union Européenne ; 2017 [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0852>
48. Adamski M. La pose de digue dentaire en pratique : conseils et astuces. [Thèse de doctorat] Lille : Université de Lille ; 2020. 127 p. [cité 25 avril 2024]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Chirdent/2020/2020LILUC049.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Chirdent/2020/2020LILUC049.pdf)
49. Matysiak M. La sécurité des amalgames dentaires pour les patients et l'environnement au regard des positions de la communauté scientifique. Pratiques et Organisation des Soins. 2009;40(2):133-144. Éditions CNAMTS. doi: 10.3917/pos.402.013.
50. HAS. Bon usage des technologies de santé : Traitement endodontique [Internet]. 2008 [cité 23 juin 2024]. Disponible sur: <https://sfe-endo.fr/wp-content/uploads/2017/05/Le-traitement-endodontique.pdf>
51. Louvion P. L'apport des aides optiques dans l'évolution de la chirurgie dentaire. [Thèse de doctorat] Paris : Université Paris Cité; 2022. 53 p. [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04540516v1/file/Dentaire\\_ThEx\\_Louvion\\_Paul\\_DUMAS.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04540516v1/file/Dentaire_ThEx_Louvion_Paul_DUMAS.pdf)
52. Article R5211-21 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020567069](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020567069)
53. Cour de cassation, Chambre civile 1, du 29 octobre 1985, 83-17.091, Publié au bulletin [Internet]. Publié au bulletin. 1985 [cité 5 sept 2024]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007016116/>

54. Decool JP. Question écrite n°69948 : chirurgiens-dentistes. [Internet] Assemblée nationale ; 2014 [cité 23 juin 2024]. Disponible sur: <https://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-69948QE.htm>
55. ANSM. Questions particulières liées aux modalités de mise sur le marché des dispositifs médicaux sur mesure; 2012. 2 p. [cité 5 juillet 2024]
56. UFSBD, Pierre-Fabre Oral Care. La santé bucco-dentaire des Français : Les Français-et la santé de leurs gencives. 2018 [cité 16 juillet 2024]. Disponible sur: [http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2018/03/UFSBD\\_Pierre-Fabre\\_CP\\_les-Fran%C3%A7ais-et-la-sant%C3%A9-de-leurs-gencives.pdf](http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2018/03/UFSBD_Pierre-Fabre_CP_les-Fran%C3%A7ais-et-la-sant%C3%A9-de-leurs-gencives.pdf)
57. Aknine B. Maladie parodontale et responsabilité médicale : diagnostic et prise en charge. [Internet]. MACSF ; 2022 [cité 12 juillet 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/maladie-parodontale-et-responsabilite-medicale>
58. Estrabaud Y, Ballard-Boutault A. Intérêt de la nouvelle classification des maladies parodontales dans le traitement des parodontites. [Internet] L'Information Dentaire ; 2021 [cité 12 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/intrt-de-la-nouvelle-classification-des-maladies-parodontales-dans-le-traitement-des-parodontites/>
59. Société Française de Parodontologie et d'implantologie orale. Guides pratiques sur la Nouvelle Classification des maladies et affections parodontales et périimplantaires [Internet]. [cité 12 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.sfpio.com/informations-praticiens/la-nouvelle-classification-des-maladies-et-affections-parodontales-et-peri-implantaires/guides-pratiques-sur-la-nouvelle-classification-2.html>
60. MACSF. Obligation de précision du geste chirurgical. [cité 16 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/obligation-precision-geste-chirurgical>
61. OMS. Constitution [Internet]. [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
62. Ryman M. Demande esthétique en dentisterie : quelle limite entre une demande normale et une demande pathologique ? [Thèse de doctorat] Bordeaux : Université de Bordeaux; 2017. 67 p. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01647473/document>
63. Rémois É. Le préjudice esthétique en odontologie : évaluation et réparation. [Thèse de doctorat] Bordeaux : Université de Bordeaux; 2017. 61p. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01561746v1/file/Chir-dent>

64. Lafargue H. Le Body Dysmorphic Disorder : une contre-indication aux traitements esthétiques ? Actualités Odonto-Stomatologiques. 2010 ; (252):311-23. Disponible sur: <https://aos.edpsciences.org/articles/aos/pdf/2010/04/aos2010252p311.pdf>
65. Aknine B. Aligneurs orthodontiques et responsabilité : entretien avec le Dr Frérejouand. [Internet] MACSF; 2024 [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/aligneurs-orthodontiques-et-responsabilite>
66. Blanc C. Traitement orthodontique et obligation de suivi [Internet]. MACSF ; 2024 [cité 22 août 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/analyse-de-decisions/traitement-orthodontique-et-obligation-de-suivi#>
67. Aknine B. Contention orthodontique et responsabilité médicale. [Internet] MACSF ; 2024 [cité 22 août 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/analyse-de-decisions/contention-orthodontique-et-responsabilite-medicale>
68. Article L124-1-1 - Code des assurances - Légifrance [Internet]. [cité 14 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006792605](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006792605)
69. Article L251-2 - Code des assurances - Légifrance [Internet]. [cité 15 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006796162](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796162)
70. Article L1142-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025076559](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025076559)
71. Article L1142-25 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000021940449](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021940449)
72. Sanna V. L'obligation d'assurance RCP pour les libéraux [Internet] MACSF ; 2023 [cité 18 août 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/obligation-assurance-rcp-liberaux>
73. MACSF. Chirurgien-dentiste - Rapport annuel 2022 [Internet]. [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/le-risque-des-professionnels-de-sante-en-2022/risque-des-professions-de-sante/c/chirurgiens-dentistes>
74. Article 121-3 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 4 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417207/2000-04-](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417207/2000-04-)

13#

75. Denis-Péraldi L. Imputable ou non imputable ? [Internet]. 2016 [cité 4 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.avocat-denis-peraldi.com/imputable-ou-non-imputable/>
76. ANAES. Dossier du patient : réglementation et recommandations. 2003 [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier\\_du\\_patient\\_-\\_fascicule\\_1\\_reglementation\\_et\\_recommandations\\_-\\_2003.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf)
77. Chanéac H. Dossier médical du chirurgien-dentiste. [Internet] MACSF ; 2022 [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/le-dossier-medical-du-chirurgien-dentiste>
78. ANAES. Le dossier du patient en odontologie. 2000 ; 66p. [cité 8 févr 2024] Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier\\_patient\\_en\\_odontologie\\_2000.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/dossier_patient_en_odontologie_2000.pdf)
79. Article L1142-28 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033810165](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033810165)
80. Article R1111-1 du Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043588055](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588055)
81. Délibération SAN-2017-008 du 18 mai 2017. [Internet] Legifrance ; 2017 [cité 5 sept 2024] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/cnil/id/CNILTEXT000034899556/>
82. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721051#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721051#)
83. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. 2012. [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante)
84. Tamburini S. Décharge de responsabilité : quelle valeur juridique ? [Internet] MACSF ; 2023 [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/decharge-responsabilite-quelle-valeur-juridique>
85. Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie. 2024 [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_de\\_prevention\\_des\\_infections\\_liees\\_aux\\_soins\\_en\\_chirurgie\\_dentaire\\_et\\_en\\_stomatologie.pdf?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab2000](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_prevention_des_infections_liees_aux_soins_en_chirurgie_dentaire_et_en_stomatologie.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000)

93283a92d0dbca0e61209bea8b6a409c5818f78deb9f26663bd5874e355790570819c80643143000d7dafb6a6a60c131bea5f98936ef5cbd5c40c2797a707d7ae4fc8c89517629236b2fc5c16a7b5017dcb9d748568a18e1

86. Offner D, Musset AM, Fernandez De Grado G, Goetz M. La traçabilité en matière d'hygiène au cabinet dentaire [Internet]. Lefildentaire ; 2019 [cité 8 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/la-tracabilite-en-matiere-dhygiene-au-cabinet-dentaire/>
87. Article L113-2 - Code des assurances - Légifrance [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000035731302](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035731302)
88. Article R4127-233 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913037](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913037)
89. ONIAM. Les CCI [Internet]. [cité 7 août 2024]. Disponible sur: <https://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/partenaires>
90. Ordre national des chirurgien-dentiste. Litiges [Internet]. Conseil Départemental du Bas-Rhin [cité 29 août 2024]. Disponible sur: <https://basrhin-chirurgiens-dentistes.fr/conseils-litiges/>
91. Dintilhac JP. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature de préjudices corporels. 2005 [cité 2 sept 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_groupe\\_de\\_travail\\_nomenclature\\_des\\_prejudices\\_corporels\\_de\\_Jean-Pierre\\_Dintilhac.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_groupe_de_travail_nomenclature_des_prejudices_corporels_de_Jean-Pierre_Dintilhac.pdf)
92. ONIAM. Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM. 2023. 30p. [cité 2 sept 2024]
93. ONIAM. Indemnisation des victimes d'accidents médicaux. [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/oniam>
94. ONIAM. Droits des patients et indemnisation des accidents médicaux. Disponible sur: <https://www.oniam.fr/medias/uploads/Documents%20utiles/Plaque%20droits%20des%20patients.pdf>
95. Conseil Qualité Odontologique. Intégrer les innovations technologiques en cabinet dentaire [Internet]. 2024. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.bycco.com/blog/comment-integrer-les-innovations-technologiques-dans-votre-cabinet-dentaire>
96. HAS. Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. [Internet]. 2021 [cité 7 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_419486/fr/commission-nationale-d-evaluation-des-dispositifs-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_419486/fr/commission-nationale-d-evaluation-des-dispositifs-)

97. Pegon-Machat E, Decerle N, Tubert-Jeannin S. Construction et évaluation d'un outil d'orientation des patients vers une unité d'urgence odontologique. *Santé Publique* ; 2015;27(1):79-90. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-79?lang=fr..>
98. MACSF. Chirurgien-dentiste - Rapport annuel 2023 [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.macsf.fr/le-risque-des-professionnels-de-sante-en-2023/risque-des-professions-de-sante/c/chirurgiens-dentistes/?utm\\_campaign=RA-chirurgien-dentiste-2024-septembre-2024&utm\\_medium=newsletter&utm\\_source=unica&s=%%WEBUID%%](https://www.macsf.fr/le-risque-des-professionnels-de-sante-en-2023/risque-des-professions-de-sante/c/chirurgiens-dentistes/?utm_campaign=RA-chirurgien-dentiste-2024-septembre-2024&utm_medium=newsletter&utm_source=unica&s=%%WEBUID%%)
99. Article 226-10 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034009375#](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034009375#)
100. Article 32-1 - Code de procédure civile - Légifrance [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034747739](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034747739)
101. Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 17 janvier 2019, 17-27.408, Inédit. [Internet]. 2019 [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000038060669>

RAHOVSKY (Eva) – L'obligation de moyens du chirurgien-dentiste

(Thèse : 3<sup>ème</sup> cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2025 ; N°2)

N°43.22.25.02

Résumé :

Par le biais du contrat de soins qui lie le patient et le professionnel de santé, le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de moyens, ayant pour but d'assurer la qualité des soins : puisqu'il ne peut s'engager à guérir son patient, il se doit alors de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour y arriver. Il doit donner « des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science » comme le précise l'arrêt Mercier du 20 mai 1936.

Dans un premier temps, nous verrons ce que sous-entend cette obligation de moyens tout au long de la prise en charge du patient, dans les différents domaines de la dentisterie.

La remise en cause de la qualité des soins étant la première source de litiges pour les chirurgiens-dentistes, il sera intéressant dans un second temps d'examiner quelles sont les situations les plus fréquentes dans lesquelles la responsabilité du chirurgien-dentiste est engagée pour manquement à son obligation de moyens.

Nous évoquerons également la place de la tenue du dossier médical dans la défense du praticien face à une telle déclaration contre lui, et les risques qu'il encoure.

Ceci nous mènera alors dans une dernière partie, à nous interroger sur les limites que présente l'application de l'obligation de moyens en opposant aux exigences théoriques, ce qui est en pratique possible et raisonnable de mettre en œuvre.

Nous discuterons également des vices dont elle peut faire l'objet : la remise en cause de la qualité des soins s'inscrit-elle dans une démarche abusive de la part de patient, revendiquant à la moindre complication leur droit à une indemnisation ? Quelle en est la conséquence sur la relation de soins ?

Mots clés : Contrat de soins – Obligation de moyens – Responsabilité médicale – Qualité et sécurité des soins  
– Données acquises de la science

Me SH : Treatment contract – Best efforts – Medical liability – Quality and safety in treatment – Data generated by science

Jury :

Président : Professeur OFFNER Damien

Assesseurs : Docteur REITZER François

Docteur WAGNER Delphine

Docteur BIARD Maxime

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale : E. RAHOVSKY, 19 rue du Général de Gaulle, 67205 OBERHAUSBERGEN

Adresse de messagerie : rahovsky.eva@gmail.com