

Exemples de Cas Cliniques - Expertise et Responsabilité dans le Cadre du Contrat de Soins en Odontologie

Cas Clinique N°1 - Arrêt de la Cour de Cassation du 29 Octobre 1985

En mai 1978, le Dr B. scelle un bridge qui présentera 8 mois plus tard en février 1979 une fracture de son armature.

Dans son rapport d'expertise, l'expert judiciaire commis par le TGI avait indiqué :

- que la conception de la prothèse était correcte,
- que la fracture du bridge devait être considérée comme accidentelle et non comme une faute professionnelle,
- qu'il était normal que le praticien conserve la responsabilité des actes prothétiques qu'il effectue, ceci même s'il délègue la fabrication de la pièce prothétique à son laboratoire de prothèse,

Pour la Cour d'Appel, il ne ressort pas de l'examen médical et du rapport d'expertise que la patiente ait fait un usage anormal de son bridge ni que celui-ci ait été endommagé par une cause extérieure.

La Cour d'Appel de Paris reconnaît l'origine purement accidentelle de la fracture du bridge due à une défectuosité du matériau qui ne pouvait être décelée.

Elle exclut également expressément la faute professionnelle du Dr B. mais condamne néanmoins ce dernier au prétexte :

- qu'ayant accepté la fourniture d'une prothèse, ce praticien était tenu de « fournir un appareil apte à rendre le service que le patient pouvait légitimement en attendre » et qu'il doit réparer le préjudice subi par la patiente du fait de la défectuosité de l'appareil qui n'a pas rempli son usage normal.

Avec l'arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 29 septembre 1983, la notion « d'appareil sans défaut » faisait son apparition.

Jugement :

Considérant que la Cour d'appel par cette décision avait mis à la charge du chirurgien-dentiste une véritable obligation de résultat, il a été fait appel en cassation.

Le 29 octobre 1985, la Cour de cassation rendait un arrêt marquant une étape importante dans l'évolution de la jurisprudence :

- *le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de moyens non seulement quant aux soins proprement dits par lui prodigués mais aussi en ce qui concerne les améliorations de son état que celle-ci (la patiente) pouvait espérer grâce à l'acquisition et à la pose d'un bridge sans défaut*
- « en tant que **fournisseur de la prothèse**, il devait délivrer... un appareil sans défaut, et doit dès lors réparer le préjudice dû à la défectuosité de celui qu'il a posé dès lors qu'il n'est pas établi que le patient ait fait un usage anormal du bridge ou qu'il ait été endommagé par une cause extérieure »

La Cour de cassation, et c'est ce qui est fondamental, rappelle que le chirurgien-dentiste en tant que thérapeute n'est tenu qu'à une obligation de moyens. Mais, elle introduit deux nouvelles notions :

1. d'abord, elle considère que le chirurgien-dentiste est également fournisseur de la prothèse réalisée en laboratoire et qu'il a en tant que tel une obligation de délivrance d'un appareil sans défaut. Elle fait donc échapper au domaine de l'obligation de moyens tout ce qui a trait à la qualité intrinsèque de l'appareil. Enfin, la Cour renverse la charge de la preuve :

2. Si l'origine des troubles allégués réside dans un défaut matériel de l'appareil, c'est au praticien d'apporter, pour s'exonérer de sa responsabilité, la preuve de l'intervention d'une cause extérieure, du fait d'un tiers ou d'un événement de force majeure.

Dans tous les autres cas, c'est au patient de faire la preuve d'une faute soit dans la conception, soit dans l'adaptation de l'appareil.

Cas Clinique N°2 - Arrêt de la Cour de Cassation du 15 Novembre 1988

Le Dr B. réalise une prothèse adjointe totale à son patient Mr N.

Une fois l'appareil mis en bouche, Mr N. informe le praticien comme le prothésiste présent de son intention de porter cette prothèse à ébullition (pour la désinfecter ? pour la rétrécir?).

Ces derniers mettent en garde le patient sur le danger que cela représente pour la pérennité de la prothèse et tentent de le dissuader.

Malgré les mises en garde répétées, Mr N. fait bouillir à 2 reprises l'appareil dentaire puis tente de réparer les dégâts et déformations occasionnés en recourant à une lime à métaux.

Il a donc rendu la prothèse totalement inutilisable.

Mr N. par son comportement semblait avoir commis une faute qui était à l'origine de la défectuosité de l'appareil ou tout au moins qui rendait impossible de démontrer que l'appareil avait été mal réalisé.

Estimant que sa prothèse était inadaptée au départ, Mr N. saisit le Tribunal d'Instance.

Jugement :

Le Tribunal d'Instance de Marseille n'a pas missionné d'expert dans cette affaire et dans son jugement du 25 octobre 1985 déboute le plaignant au motif que le praticien est simplement tenu à une « obligation de moyens ».

Appel en cassation:

Mr N. mécontent du jugement se pourvoit en cassation.

La Cour de Cassation dans son arrêt du 15 novembre 1988 casse le jugement du Tribunal d'Instance aux motifs que le chirurgien-dentiste « est tenu à une obligation de résultat comme fournisseur d'une prothèse et qu'il doit délivrer une prothèse sans défaut ».

L'affaire est renvoyée devant un autre Tribunal d'Instance.

En matière de prothèse dentaire, il faut savoir qu'il y a un message très difficile à faire passer aux magistrats : c'est celui de la complexité du traitement prothétique. Il faut sans cesse leur rappeler que les nombreuses étapes du traitement n'impliquent que des actes intellectuels thérapeutiques soumis à l'aléa médical, à l'exception de la phase mécanique de réalisation de la pièce prothétique en laboratoire.

C'est ainsi que, grâce à cette argumentation que nous avons sans cesse développée, la cour de cassation, dans les deux cas que nous venons de vous exposer, a fini par consacrer le principe selon lequel le chirurgien-dentiste doit réparer le préjudice dû à la défectuosité de la prothèse qu'il a posée.

Cas Clinique N°3

Deux praticiens collaborent dans le cadre d'un traitement implantaire.

Le Dr P. praticien traitant qui doit réaliser la prothèse et le Dr C. qui doit exécuter la pose chirurgicale des implants.

Le plan de traitement comprend :

- la pose de 6 implants endo-osseux à la mandibule (45-46-47) et (35-36-37) (Implants vis de Branemark de Nobel Biocare).
- la réalisation de deux bridges céramo métalliques scellés sur faux moignons transvissés
- la réalisation d'un bridge céramo métallique de 12 à 22 au maxillaire sur faux moignons

L'étude pré implantaire est réalisée :

- examen clinique
- empreintes et modèles d'étude
- cire ajoutée de diagnostic
- imagerie : panoramique, bilan long cône, scanner
- guide chirurgical

Les implants sont posés par le Dr C.

Pendant la période de mise en nourrice le Dr P. réalise le bridge céramo métallique de (12 à 22).

Deux mois après leur pose, deux implants sont expulsés (35-36).

La mise en fonction est réalisé par le Dr C.

La remise en place des implants non ostéo intégrés (35-36) est prévue.

Le Dr P. réalise les couronnes céramo métalliques du côté droit sur les implants (45-46-47) et indique que les implants (35-36) seront reposés par son correspondant le Dr C gratuitement.

Lorsque le patient consulte le Dr C, celui-ci lui indique qu'il faudra payer pour l'achat des deux implants soit 500 €, ce que le patient refuse.

Par ailleurs, les couronnes céramo métalliques du côté droit se fracturent et le bridge céramo métalliques (12-11-22) se déscolle avec les faux-moignons en raison d'une fracture des racines.

Le patient perd confiance et assigne les deux praticiens devant le Tribunal de Grande Instance.

Le T.G.I. désigne un Expert judiciaire.

Point de vue de l'Expert :

- l'étude pré implantaire a été correctement réalisée
- la chirurgie a été correctement exécutée
- la perte des deux implants (35-36) ne constitue pas une faute du Dr C.

Le fait de ne pas avoir indiqué au patient avant les soins les conditions de remplacement des implants en cas d'échec constitue un défaut d'information donc une faute, aggravée par la discordance entre les propos du Dr P. « remise en place des implants gratuitement » et du Dr C. « paiement de 500 € pour l'achat des implants ».

Le fait de réaliser les trois couronnes céramo métalliques du côté droit (45-46 47) alors qu'il n'y a aucun calage du côté gauche constitue une faute du Dr P., de même que le fait de réaliser le bridge (12 à 22) pendant la période de mise en nourrice/ en l'absence de tout calage molaire.

D aurait été préférable de différer la réalisation prothétique du maxillaire supérieur après la réalisation des bridges latéraux inférieurs et donc restauration d'une occlusion équilibrée.

De même le Dr P. aurait dû réaliser un bridge provisoire en résine sur (45-46 47) en attendant la repose des implants (35-36).

La réalisation des bridges se faisant de façon simultanée à droite et à gauche.

En conclusion, **la responsabilité du Dr P. a été retenue**, la chronologie et la réalisation du traitement prothétique étant inadéquates, **celle du Dr C. pour défaut d'information du patient avant son consentement éclairé.**

Enfin une meilleure communication entre les deux praticiens aurait probablement permis d'éviter cette procédure judiciaire.

Cas Clinique N°4

Un praticien X. décide en accord avec son patient de la pose de 13 implants à la mandibule avec mise en charge immédiate des implants.

Le praticien a mis en place les 13 implants en 3 phases chirurgicales distinctes, puis réalisé une prothèse provisoire prenant appui partiellement sur 9 des 13 implants, 4 implants au niveau de la symphyse ayant été laissés en nourrice sans raison logique.

De plus certains implants ont été munis de faux moignons alors que d'autres ne sont équipés que de la vis de cicatrisation.

10 implants ont été expulsés spontanément, ce qui a motivé la procédure judiciaire.

Point de vue de l'Expert :

L'Expert constate lors de l'expertise judiciaire, que le Praticien n'a pas réalisé de modèles d'étude, pas de guide radiologique, pas d'étude prothétique pré-implantaire, et en conséquence pas de guide chirurgical.

Les implants n'ont donc pas été mis en place correctement.

De plus, le choix de la mise en charge immédiate, s'il peut se concevoir pour un édentement total à la mandibule doit répondre à des critères stricts dont la solidarisation totale de tous les implants par la prothèse, ce qui n'a pas été le cas.

Accessoirement, la patiente reproche au Praticien de ne pas avoir opéré dans un bloc opératoire et de s'être fait assister au fauteuil par la standardiste du centre médical.

Les conclusions sont :

Le traitement n'a pas été réalisé selon les données acquises de la science médicale.

En effet, le Praticien n'a pas réalisé de modèles d'étude, pas de guide radiologique, pas d'étude prothétique pré-implantaire, et en conséquence pas de guide chirurgical.

Les implants n'ont donc pas été mis en place correctement.

Les implants n'ont pas été tous solidarisés dans l'optique d'une mise en charge immédiate.

La responsabilité du Praticien est donc engagée.

Le fait de ne pas opérer dans un bloc opératoire ne constitue pas une faute dans l'état actuel de la législation, même si cela est préférable.

En ce qui concerne l'aide opératoire, il est obligatoire que cela soit une assistante qualifiée ou une infirmière de bloc opératoire (IBODE).

Cette erreur ne constitue pas la faute principale.

La responsabilité du Praticien a donc été retenue et la patiente a été indemnisée de ses préjudices.