

---

# Orthopédie dento-maxillo-faciale : aspect médico-légal

Jean-Claude AMBROSINI  
Alain BÉRY  
Patrick FELLUS

---

« *La responsabilité, c'est le fait de répondre de certains actes devant certaines personnes* ». Nul ne peut s'y soustraire.

*Même si son activité professionnelle ne l'expose pas à provoquer des préjudices majeurs à ses patients, l'orthodontiste n'échappe pas à cette obligation.*

*Mais, de surcroît, la responsabilité contractuelle est de trente ans.*

MOTS-CLÉS : Responsabilité — Obligation — Déontologie — Consentement — Sécurité Sociale — Contrat médical.

## INTRODUCTION

Monsieur le Pr. Piedelièvre écrivait : « *La responsabilité c'est le fait de répondre de certains actes devant certaines personnes* ». Nul ne peut s'y soustraire, y compris le médecin depuis l'arrêt de la Cour de Cassation du 18 juin 1835.

Même si son activité professionnelle en apparence anodine ne l'expose pas à provoquer des préjudices majeurs à ses patients, l'orthodontiste n'échappe pas à cette obligation.

Compte-tenu de la création d'un diplôme national de Spécialiste en orthodontie pour les chirurgiens-dentistes, d'une pratique de plus en plus étendue, des découvertes scientifiques et techniques de plus en plus complexes en ce domaine, et enfin d'une couverture sociale contrôlée avec rigueur, les problèmes médico-légaux que soulève cette spécialité sont loin d'être négligeables. Il est vraisemblable qu'ils vont se multiplier dans un avenir plus ou moins proche.

---

J.C. AMBROSINI. — 12, avenue du Raincy, 93250, Villemomble.  
A. BÉRY. — 9, rue Vézelay, 75008, Paris.  
P. FELLUS. — 18, rue de Condé, 75006, Paris.

Nous nous bornerons à définir le cadre qui circonscrit l'acte médical de l'orthodontiste, son particularisme et ses *protagonistes* :

- l'orthodontiste ;
- le jeune patient et l'autorité parentale ;
- la Sécurité Sociale et le praticien-conseil de la Caisse d'Assurance Maladie.

Nous développerons le problème de la responsabilité civile contractuelle du praticien, c'est-à-dire *le contrat médical* entre l'orthodontiste et son patient, pour aborder, ensuite, celui de la responsabilité socio-économique du praticien, c'est-à-dire *le contrat social*, souvent antagoniste du précédent, d'où la nécessité d'un « consensus omnium » entre le fait scientifique, le fait juridique et le fait social.

Nous terminerons par un exemple pratique concernant un litige en matière d'O.D.F., porté en 1981 devant le Tribunal de Grande Instance de Marseille, et dont nous analyserons les aspects médico-légaux essentiels.

## 1 — LES PROTAGONISTES

### A — LE PRATICIEN

#### a — Qualités légales d'exercice

Ont actuellement la possibilité d'exercer l'O.D.F. en France, non seulement les médecins et chirurgiens-dentistes français ou ressortissants du Maroc ou de la Tunisie, diplômés par l'État Français, mais également tout praticien diplômé d'un des États Membres de la Communauté Européenne, et cela depuis le 20 décembre 1976, date d'entrée en vigueur du Traité de Rome sur la libre circulation des médecins.

Dans de nombreux cas, particulièrement dans les milieux ruraux, l'O.D.F. est exercée par les *omnipraticiens* de l'Art dentaire :

- l'omnivalence du diplôme leur en donne la liberté ;
- la tendance actuelle à bénéficier d'une formation post-universitaire dans tous les domaines leur facilite l'acquisition de notions récentes qui ne leur ont pas été enseignées au cours de leurs études initiales ;
- cet exercice est une obligation lorsque, pour des raisons géographiques, la liberté de choix du praticien par son patient se trouve restreinte, et surtout en l'absence de spécialiste.

Selon l'Article 16 du Code de Déontologie des médecins, ces derniers ont « le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances ». C'est en fait une obligation de formation continue à laquelle est donc soumis le médecin-stomatologiste.

Le Code de déontologie dentaire est plus implicite sur ce point, se référant seulement « aux données acquises de la science » (art. 17). Il faut cependant préciser que le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a mis en place la création d'un « Office National de la Formation Odontologique Continue » (ONFOC).

D'après l'Article 17 du C.D.M. « Tout médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais un médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions, dans les domaines qui dépassent sa compétence ou ses possibilités ».

Depuis quelques années, dans toutes les villes d'une certaine importance se sont installés des *orthodontistes exclusifs* qui pratiquent cette discipline à l'exclusion de toute autre. Leur compétence est à rapprocher dans ce domaine des spécialisations « médicales ». Les omnipraticiens bénéficiant de leur présence se déchargent volontiers sur eux des problèmes O.D.F. Le règlement relatif à la « qualification des

chirurgiens-dentistes en orthopédie dento-faciale » a été publié au J.O. de la République Française le 23 novembre 1980 (10176 N.C.). L'article 2 de ce règlement précise : « Est considéré comme chirurgien-dentiste spécialisé en O.D.F. tout docteur en chirurgie dentaire ou tout chirurgien-dentiste titulaire du certificat d'études cliniques spéciales, mention orthodontie (créé en 1977). A défaut de la possession de ce titre, peuvent être prises en considération des connaissances particulières, qui seront appréciées dans les conditions prévues au présent règlement ».

La création de ce certificat ne concerne pas les stomatologistes, déjà qualifiés spécialistes exclusifs en stomatologie vis-à-vis de l'Ordre des Médecins. Mais un arrêté ministériel, établi le 22 juin 1983 (publié au J.O. du 7 juillet 1983), institue également une « compétence » en orthodontie, pouvant être exercée par le médecin-stomatologiste.

Il est évident que la création de ces nouveaux titres officiels entraîne pour leurs titulaires des responsabilités accrues : leurs connaissances doivent être plus sûres et leurs erreurs seront nécessairement appréciées plus sévèrement.

## b — Les engagements de l'orthodontiste

Le rôle du praticien est de corriger l'ensemble des dysmorphoses existantes d'où la nécessité d'établir un *diagnostic précis*.

« Le praticien doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les plus appropriées ».

Un interrogatoire approfondi du jeune patient et des parents ne doit pas être négligé. Quant aux examens complémentaires (moulages, téléradiographie, panoramique), ils sont désormais indispensables. En cas d'erreur ou d'échec thérapeutique, leur absence constituerait une faute du praticien. Par contre il a toujours été admis qu'une erreur de diagnostic n'est pas en soi une faute et n'engage pas la responsabilité du médecin.

Au-delà donc des problèmes de malocclusions dentaires, le praticien devra prendre en considération les troubles de la croissance faciale et des fonctions (dégutition, respiration, phonation, mimique). C'est tout le processus pathologique qui a conduit aux troubles constatés qui devra être analysé si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant sur le plan fonctionnel et en assurer la stabilité. Il ne faut jamais oublier que le but des traitements est d'assurer ou du moins d'améliorer la fonction, que l'amélioration de l'esthétique va généralement de pair avec celle de la fonction, mais qu'entreprendre un traitement uniquement dans un but esthétique obligerait le praticien à l'obtention d'un résultat (et non une simple obligation de moyens). Le *type de traitement choisi* sera donc fonction du cas clinique, de la motivation et de l'âge du patient. Il n'y a pas de « bonnes ou de mauvaises » méthodes : et nous dénonçons la lourde responsabilité prise par certaines Écoles, ou certaines tendances, de présenter sans le moindre souci d'objectivité ou de simple honnêteté intellectuelle leurs conceptions comme les seules valables.

Le praticien se doit seulement de pratiquer une méthode qu'il connaît bien et qui convient au cas clinique. Le spécialiste devra donc posséder plusieurs techniques afin de s'adapter au cas de son malade, et non d'adapter le cas du malade à sa technique !

« Les appareils les plus perfectionnés sont inutiles, pour ne pas dire nuisibles, s'ils sont employés sans idées directrices précises, alors que les dispositifs presque rudimentaires sont excellents entre les mains de celui qui sait ce qu'il veut et peut en obtenir » (Pr. CAUHÉPÉ).

Evidemment si seule une méthode pour laquelle il n'est pas compétent (multibagues) s'avère indispensable, le praticien se doit d'adresser son patient à un consultant ou un autre spécialiste. Enfin il ne doit pas hésiter à formuler des réserves si le cas est complexe, voire à la limite du possible.

### c — Le consentement du praticien

Le contrat de soins doit rester libre chez le praticien, comme chez le patient. Hors cas d'urgence, l'odontologiste (art. 26 du C.D.D) ou le médecin (art. 39 du C.D.M) peuvent normalement refuser de donner des soins qui leur sont demandés et cela pour des raisons professionnelles (anomalies des bases osseuses, polycarie, mauvaise hygiène buccale, etc...) ou des raisons purement personnelles.

## B — LE PATIENT

### a — La capacité civile du patient

La capacité civile est relative aux droits qui régissent les rapports des particuliers entre eux, et qu'on appelle « droits civils ». Cette capacité appartient à tous les Français, à condition évidemment que l'individu ait à la fois la jouissance et l'exercice des droits.

Ainsi, le mineur, l'aliéné, l'interdit, le failli, sont des « incapables » qui ne peuvent exercer seuls les droits dont ils sont investis. Or d'une manière générale les traitements d'O.D.F. sont effectués sur des mineurs. *L'orthodontiste doit donc obtenir le consentement des parents avant d'entreprendre tout traitement* (autorité parentale, loi du 4 juillet 1970). Selon l'article 372, alinéa 2 du Code Civil, l'entente avec l'un des parents est suffisante, car il existe une présomption d'accord entre les époux pour les problèmes concernant leurs enfants.

Mais il ne faut pas perdre de vue que la présomption d'accord du parent absent vise uniquement les actes usuels, courants et bénins. Aussi, peut-on conseiller aux praticiens d'obtenir l'accord des deux parents lorsqu'il s'agit par exemple d'actes irréversibles comme des avulsions de dents permanentes, des germectomies, des interventions sous anesthésie générale ou des techniques justifiant des honoraires élevés ou hors nomenclature Sécurité Sociale.

Le problème est d'autant plus vif que l'on a de plus en plus de *parents divorcés* qui ne sont pas toujours d'accord sur la nécessité du traitement. De toute façon, l'autorité parentale doit toujours s'exercer dans l'intérêt de l'enfant. Si, selon le praticien, tel n'était pas le cas, il est en droit de déclencher la *procédure d'assistance éducative* prévue par les articles 375 et suivants du Code Civil.

### b — Le consentement du patient

*Ce consentement doit être exempt de vices et éclairé* : il pourra être réputé vicié s'il est entaché de dol (= tromperie commise en vue de décider une personne à conclure un contrat), d'erreur ou de violence (art. 1108 du Code Civil).

Par ailleurs, le respect du malade impose son consentement à la thérapeutique ou à la technique utilisée. Ce consentement doit être *libre et éclairé*, ce qui signifie mis à sa portée, et compris par lui moralement, intellectuellement et psychologiquement. L'absence de ce consentement « éclairé » traduit de la part du médecin une carence condamnable. Les tracés céphalométriques sont par exemple des documents très pratiques pour expliquer l'étiopathogénie et le traitement choisi d'une dysmorphose, soit aux parents d'un jeune enfant, soit au patient lui-même. « L'information du malade doit être simple, approximative, intelligible et loyale ». (Cass. 2 février 1961).

### c — Les engagements du patient

L'accord d'un traitement orthodontique entraîne pour le patient l'obligation de coopérer et suivre les conseils du praticien (notamment dans le domaine de l'hygiène dentaire, du port des appareils, de la rééducation neuromusculaire, linguale, etc...) et bien entendu l'obligation d'honorer l'orthodontiste.

Sa mauvaise collaboration peut parfaitement justifier la décision d'interrompre le traitement.

## C — LA SÉCURITÉ SOCIALE

La Sécurité Sociale est une organisation fondée sur le principe de *solidarité nationale* dont l'assurance maladie comporte notamment la couverture des frais de soins et prothèses dentaires (art. 2283 du Code S.S.).

Dans le cadre législatif qui circonscrit l'acte médical orthodontique, le troisième protagoniste est représenté par le *praticien conseil*, en général un chirurgien-dentiste.

Les conditions de recrutement, de nomination, les statuts et le rôle du praticien-conseil sont déterminés par le décret du 30 avril 1968 n° 68-401 et par l'arrêté du 4 février 1980.

### a — Rôle du praticien-conseil de la Caisse d'Assurance Maladie

Le praticien-conseil est un « *constatateur* » de l'état du malade.

Les limites de son rôle sont précisées dans l'art. 80 du C.D.M. et les art. 81, 82 et 83. Il en est pratiquement de même dans le C.D.D. (art. 46, 47 et 48).

En particulier, *il ne doit pas s'immiscer dans le traitement*. Ce que rappelle l'art. 82 du C.D.M. : « Si à l'occasion d'un examen, le médecin chargé du contrôle se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic ou le pronostic et s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signifier personnellement. En cas de difficultés à ce sujet, il peut en faire part au Président du Conseil Départemental de l'Ordre ». De même l'art. 47 du C.D.D. précise : « Le Chirurgien-dentiste exerçant un contrôle doit faire connaître au malade soumis à son contrôle qu'il l'examine en tant que chirurgien-dentiste contrôleur. Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute appréciation auprès du malade ».

Mais le praticien-conseil assure par ailleurs au sein du contrôle dentaire un contrôle de la qualité des soins effectués : il s'agit là d'une *mission de surveillance de la thérapeutique*, conformément à l'art. 1<sup>er</sup> du décret 68401 du 30.04.1968, *modifié par le décret n° 75362 du 6 mai 1975* :

« Le contrôle médical a pour mission de donner des avis d'ordre médical sur les moyens thérapeutiques et les appareillages mis en œuvre... ».

Ainsi au contrôle *à priori* pour apprécier les droits aux prestations des assurés s'ajoute un contrôle *à postériori* des actes des praticiens. En orthodontie l'appréciation du « cas clinique » est souvent faite en fonction de cette dualité des contrôles possibles :

- accord de prestation pour le début de traitement ;
- accord et contrôle pour le renouvellement de la période semestrielle de soins ;
- contrôle a postériori *des résultats* du traitement...

Enfin, le rôle du médecin contrôleur s'est trouvé considérablement renforcé par la parution au J.O. du 6 mars 1981 du décret d'application de la loi du 28.12.1979. Dorénavant, les praticiens-conseils des Caisses pourront « saisir directement les instances ordinales (section des assurances sociales des conseils régio-

naux, et du conseil national en appel) en matière de contentieux du contrôle technique des praticiens, *ceci afin de mettre fin aux comportements abusifs et onéreux pour la Sécurité Sociale de certains médecins prescripteurs* ».

Ainsi donc les nécessités socio-économiques qui s'imposent à l'État font apparaître un nouveau rôle du médecin-conseil des Caisses : celui de veiller à la bonne utilisation et à la bonne distribution des deniers des Caisses d'Assurance Maladie. Ainsi prend naissance une notion nouvelle de « *responsabilité économique du praticien* » dans une société à protection sociale avancée, telle que l'est la France.

#### b — L'exercice conventionnel

Les rapports entre la Sécurité Sociale et les divers praticiens sont jusqu'à présent définis par des conventions nationales conclues entre la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles, et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs non salariés des Professions non agricoles d'une part, et les organisations syndicales les plus représentatives des praticiens d'autre part (art. L 259. Loi n° 71 525 du 3.07.1971).

Et plus précisément pour les médecins, en application de l'article 261 du C.S.S. (Loi n° 75 603 du 10.07.1975 modifiée par Arr. du 30 mars 1976, arr. du 22 juillet 1976, arr. 7 juillet 1977, arr. 9 mars 1978, arr. 18 décembre 1978, arr. 2 mai 1979, arr. 19 décembre 1979).

La Convention Nationale actuellement en vigueur a été signée le 29 mai 1980. Cette convention, prévue par la Loi, détermine *les obligations* des Caisses d'Assurance Maladie et celles des médecins. Elle fixe les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention.

Dans cette convention « les parties signataires se proposent de garantir à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité, de garantir à tous les assurés sociaux un haut niveau de prestation, en excluant toute discrimination dans le niveau de remboursement, de maintenir la forme libérale de l'exercice de la médecine, de respecter le libre choix du malade et la liberté de prescription du médecin ».

Mais aussi, les parties signataires se déclarent également « conscientes des difficultés économiques de la conjoncture et de leur conséquence sur les recettes de l'assurance maladie. La convention tient compte de cette situation en organisant la maîtrise concertée des dépenses de soins dans le maintien d'une médecine de qualité ».

Ainsi le Titre II, section I, est-il consacré au respect de « la qualité et du bon usage des soins » (art. 7, 8 et 9), et la section II précise le rôle du service médical contrôleur.

Art. 10 : « Le rôle du médecin-conseil lui permet d'apporter une contribution accrue à la recherche du meilleur usage de soins par les médecins, et à la maîtrise des dépenses ».

Cette convention a donc un caractère *contractuel* entre *Médecin adhérent* et Caisses d'Assurance Maladie.

Elle comporte une *clause d'engagement de soins* « consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science (art.7), (art.10 pour la convention des dentistes), *un engagement tarifaire et un respect de la nomenclature* ».

Dans le domaine de l'O.D.F., le stomatologiste conventionné est donc dans l'obligation d'assurer les meilleurs soins, les techniques modernes (multibagues) si nécessaires, aux tarifs conventionnels (exception pour les praticiens autorisés au DP pour notoriété et ceux qui ont choisi le « secteur libre » II de la convention).

Evidemment les praticiens non conventionnés ne sont pas liés par toutes ces dispositions tarifaires conventionnelles.

Pour les dentistes, une nouvelle convention nationale a été signée le 27.01.1983 : elle ne comporte pas de double secteur, mais maintient le DP. Par ailleurs, dans une lettre ministérielle (Monsieur BÉRÉGOVOY, 20.01.1983), il est officiellement admis la non-opposabilité tarifaire aux odontologistes pour les traitements d'orthodontie.

### c — Le respect de la nomenclature

La nomenclature, *opposable à tous*, ne doit pas être confondue avec la convention.

Qu'est-ce que la nomenclature des actes professionnels? C'est une série de coefficients qui, multipliés par la valeur des lettres-clés fixée par la convention nationale, donne les tarifs des praticiens conventionnés. Cela étant, la classification et les coefficients de cette nomenclature s'imposent à tous les praticiens, conventionnés ou non. Ils permettent d'établir une hiérarchie des actes médicaux, de les faire connaître aux Caisses sans trahir le secret professionnel.

*La nomenclature est réglementaire* et repose sur l'art. 7 du décret du 12 mai 1960. Le Conseil d'État, dans son arrêt du 13 juillet 1962, a du reste estimé que cette obligation ne peut avoir pour effet de porter atteinte à la liberté de prescription, mais seulement de faciliter le contrôle de certains actes. *La nomenclature est donc énonciative et non limitative.*

Elle peut être adaptée et modifiée en fonction des progrès des sciences et techniques médicales (Titre I, art. 3 de la convention des médecins). L'étude de ces éventuelles modifications est confiée à la Commission Permanente de la Nomenclature, où siègent des représentants des Conseils de l'Ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes, des représentants du Haut Comité Médical de la S.S. et des délégués des syndicats les plus représentatifs des praticiens.

Pour l'O.D.F., précisons que les cotations d'actes professionnels figurent au titre III, chap. VI, art. 5 de la nomenclature fixée par arr. du 27.03.1972, modifié par les arr. des 8.11.73, 25.04.75, 26.11.75, 31.01.78.

## 2 — LE CONTRAT MÉDICAL EN O.D.F.

Le 20 mai 1936, la Cour de Cassation, Chambre Civile, a affirmé qu'il existe entre le malade et son médecin un contrat dont l'inexécution peut donner naissance à *une action en responsabilité*.

Par ce contrat, le médecin s'engage à donner des « soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

### A — OBLIGATION DE MOYENS

Il existe donc un *contrat médical* qui impose à l'orthodontiste une *obligation de moyens* : c'est une obligation de prudence et de diligence vis-à-vis de son jeune patient. Si l'orthodontiste faillit à cette obligation, *il commet une faute*, et sa responsabilité civile est alors engagée.

Quelles fautes peut-on reprocher à l'orthodontiste ?

**a — Défaut de consentement du patient**

Nous l'avons déjà précisé, l'orthodontiste doit, avant d'entreprendre un traitement, recueillir le consentement de son patient, et si ce dernier est mineur, de son représentant légal. C'est là une obligation commune à tout contrat « les contractants doivent connaître la teneur du contrat et donner leur assentiment » (art. 1108 du C.C.). Il importe donc, à l'aide des examens complémentaires notamment, de communiquer les résultats du diagnostic, de tracer le plan de traitement, d'en fixer les étapes clairement aux intéressés, de façon que ceux-ci choisissent librement de faire entreprendre le traitement, ou de renoncer. Ce consentement devant être, rappelons-le, « libre et éclairé » (Cass. Ch. Civ. 8 novembre 1955).

Dans ce contrat consensuel verbal, où le patient est en fait un profane, il importe que le praticien agisse selon sa conscience et n'abuse point de la confiance que lui accorde le « non-initié ». Il ne faut pas hésiter, si le cas est complexe, à faire des réserves sur le pronostic ou diriger le patient vers un consultant plus compétent.

**b — Erreur de diagnostic**

L'erreur de diagnostic, si elle n'est pas tout à fait grossière, ne sera fautive *que si elle résulte de l'absence ou de l'insuffisance* des moyens mis en œuvre pour aboutir à ce diagnostic ou préciser les indications thérapeutiques.

Ainsi, que penser d'un praticien posant l'indication d'extraction d'une première prémolaire alors qu'il y a agénésie de la deuxième prémolaire, l'absence de dossier radiologique n'ayant pas permis d'observer cette agénésie ?

Si les extractions doivent être pratiquées par un autre praticien, une lettre (avec conservation du double) indiquera la ou les dents à extraire. En cas d'erreur, la responsabilité sera clairement établie, quoique la notion de responsabilité partagée pourra être invoquée. C'est ce qui s'est passé lorsque le praticien-traitant s'étant trompé dans la numérotation des dents, avait demandé d'extraire une canine permanente. Le dentiste ayant extrait la dent s'est vu infliger par le Tribunal 75 % de responsabilité, l'orthodontiste qui avait prescrit 25 %.

**c — Défaut de précaution et de surveillance**

L'absence d'examens consciencieux et réguliers du patient réalise un manquement à l'obligation de prudence et de diligence. De plus si le médecin n'est pas tenu de guérir son malade, il s'engage à ne pas lui occasionner un dommage s'ajoutant au mal pour lequel il est venu consulter. (TGI. de la Seine. 3.03.1965).

Ainsi l'utilisation et l'activation d'appareillages orthodontiques, y compris les appareils amovibles d'expansion, menées à l'aveugle, intensivement, sans surveillance régulière du patient, peuvent entraîner de véritables catastrophes occlusales, des troubles parodontaux irréversibles, des mortifications dentaires ou des rhizalyses.

Il faut donc bien tenir les fiches thérapeutiques (dates des actes, des consultations, des rendez-vous manqués, etc...).

## **B — OBLIGATION DE RÉSULTAT**

En orthodontie, il n'est pas rare de relever désormais dans les contestations du patient, ou des parents, l'expression et le reproche « Vous n'avez pas réussi ».

C'est en matière de *chirurgie esthétique* d'une part, et de *prothèse dentaire* d'autre part, que les juges ont fait peser l'obligation de résultat aux praticiens.

Or, en orthodontie, de nombreux traitements sont menés à la demande des familles, et *malheureusement admis par certains praticiens* pour des raisons strictement esthétiques. De plus, les thérapeutiques font appel à des appareillages plus ou moins complexes, d'où l'assimilation dans l'esprit du public, et des juges, à la prothèse dentaire. A ces considérations, s'ajoute le problème des honoraires : en matière d'O.D.F. de nombreux praticiens demandent des honoraires particulièrement élevés. Cet état de fait est une source de conflits supplémentaires, liée souvent à la notion de résultat...

Certes, lorsque les buts du traitement en O.D.F. sont atteints, l'esthétique du visage, nous l'avons déjà souligné, se trouve améliorée : ce n'est qu'une conséquence d'un traitement bien conduit, mais non le but réel de l'orthodontiste. Quant aux appareillages orthodontiques, il faut les considérer *comme des actes thérapeutiques* et non des « artifices prothétiques », telles des prothèses dentaires restauratrices. Du reste ces thérapeutiques ne sont pas nécessairement mécaniques : elles peuvent être aussi fonctionnelles, chirurgicales ou même prophylactiques : elles font partie de l'acte orthodontique qui présente essentiellement les caractères *d'un acte médical*. Acte médical pour lequel la Cour de Cassation maintient fermement sa position : « les praticiens de l'Art médical sont tenus seulement par des obligations de moyens ».

### C — LA NOTION DE « PERTE DE CHANCE »

La notion de « perte de chance » est souvent invoquée dans les jugements des Tribunaux et l'odonto-stomatologiste doit maintenant en tenir compte : un praticien peut être condamné pour avoir fait perdre une chance de guérison à son patient, alors qu'il n'est même pas démontré qu'il y a eu une relation directe et certaine entre sa conduite et le dommage subi par le malade.

C'est ainsi que l'abstention thérapeutique face à une dysmorphose traitable facilement en denture temporaire pourra être considérée comme une perte de chance si la sanction thérapeutique plus tardive doit être plus lourde, plus longue, plus risquée (chirurgie des décalages des bases osseuses par exemple).

### 3 — LE CONTRAT SOCIAL EN O.D.F.

Depuis les ordonnances du 4 octobre 1945, à la notion de charité s'est substituée celle de prévoyance et d'assurance collective contre les risques médico-sociaux.

Peu à peu, il s'est établi un véritable « *contrat social* » liant entre eux le patient « assuré », le praticien et les Caisses d'Assurance Maladie, qui sont *des organismes privés* chargés de la gestion d'un pouvoir public : *la Sécurité Sociale*.

Cette couverture sociale est théoriquement complète quels que soient : le lieu où les soins sont dispensés (étendus à la CEE), la nature du traitement ou leur cause. Elle est assortie évidemment d'un certain nombre d'obligations, de restrictions, de contrôles, tant administratifs que techniques, mais dont l'étude, pour intéressante qu'elle soit, dépasse par trop le cadre de notre exposé.

### A — LA COUVERTURE SOCIALE EN MATIÈRE D'O.D.F.

La responsabilité de l'assurance maladie est limitée aux traitements commencés avant le 12<sup>e</sup> anniversaire, sauf cas exceptionnel où l'âge physiologique de l'enfant ne correspond pas à l'âge civil, et les problèmes de mise en place des canines incluses (18 ans). Tout traitement doit concerner *l'ensemble des dysmorphoses corrigibles* et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord du praticien-conseil. Le remboursement (100 % du tarif conventionnel, lorsque le praticien est conventionné)

ne peut être obtenu par l'assuré — sous réserve de « l'ouverture des droits » — qu'à condition que la Caisse ait préalablement, au tout début d'exécution, accepté la prise en charge de ce traitement (l'absence de réponse du praticien-conseil dans un délai de trois semaines vaut un rejet). Le tarif de remboursement est forfaitaire, avec paiements fractionnés (périodes semestrielles), permettant ainsi au praticien-conseil de la Caisse d'A.M. de suivre l'évolution du traitement.

La nomenclature actuelle prévoit par période de six mois une cotation de 90 SCP (ou SPM pour les médecins) avec plafond de 540. L'orthopédie des malformations (divisions palatines) pour sa part n'est pas limitée dans le temps et comporte un forfait de 200 par année (60 en période dite « d'attente »).

Il faut bien avouer que la nomenclature, en orthodontie, est bien mal adaptée : elle accorde les mêmes cotations, quelles que soient les dysmorphoses à corriger et les difficultés thérapeutiques.

Par ailleurs, l'orthopédie précoce, étiologique, est totalement inconnue de cette législation réglementaire qui risque, compte tenu des orientations actuelles, de la confondre avec une orthodontie dite « interceptive » alors qu'il s'agit d'une véritable *orthopédie précoce*, les troubles existant déjà.

Rappels que le remboursement des frais médicaux par les Caisses, aux assurés sociaux, est subordonné à l'indication par le médecin-traitant (conventionné ou non) du montant exact des honoraires perçus, dans la colonne prévue à cet effet sur la feuille de soins (décret du 12 juin 1972) et ceci conformément à l'Art. 2571 du Code de la S.S.

## B — CONTESTATIONS D'ORDRE MÉDICAL

Elles sont soumises à l'appréciation d'un praticien-expert, désigné selon la procédure spéciale prévue par le décret du 7 janvier 1959.

## C — LA QUALITÉ DES SOINS

Signataires de la convention nationale des médecins, et de celle des odontologistes, les Caisses d'Assurance Maladie se sont engagées à garantir aux assurés sociaux des soins de qualité et un haut niveau de prestations.

Mais peut-on définir la qualité des soins ?

a — **Pour l'orthodontiste**, le dispensateur des soins, la qualité de ceux-ci recouvre :

- les connaissances (diplômes, E.P.U.) ;
- la disposition d'un matériel et la maîtrise des techniques dans son utilisation (appareils fonctionnels, multibagues) ;
- la disponibilité du praticien (consultations régulières, plus ou moins longues selon les cas indiqués) et par voie de conséquence, le montant des honoraires.

Cette qualité des soins, c'est en réalité le reflet même de la compétence, de la conscience professionnelle, c'est-à-dire les obligations contractuelles du praticien vis-à-vis de son patient.

b — **Pour le patient** (ou les parents pour les enfants en ODF) receveur des soins, la qualité c'est surtout la satisfaction : satisfaction pour les services rendus (résultats) sans oublier le souci d'obtenir des prestations conséquentes à titre de « remboursements » des soins en question.

c — **Pour la Sécurité Sociale**, la préoccupation budgétaire est dominante, et l'évaluation de la qualité d'un traitement doit se faire en fonction du rapport coût/efficacité vis-à-vis du malade (guérison rapide) et vis-à-vis de la collectivité (prévention). C'est pourquoi la révision de la nomenclature des actes d'O.D.F. reste en attente et c'est aussi pourquoi, le rôle des praticiens-conseils s'est trouvé considérablement renforcé.

## D — CONCLUSIONS

*Dans le contrat social*, le traditionnel colloque praticien/patient se trouve rompu par l'arrivée d'un troisième protagoniste : la Sécurité Sociale, qui désormais apparaît comme le « payeur » des soins. On entrevoit donc aisément une nouvelle responsabilité pour l'orthodontiste : *la responsabilité socio-économique*, et les risques que celle-ci peut engendrer :

- le risque de réduire les moyens du praticien pour mieux remplir son contrat médical ;
- le risque d'établir un contrôle des soins de plus en plus répressif.

Devant une telle perspective, on comprend également les raisons d'une nouvelle conception de la Santé, qui consiste avant tout à organiser le recul des agressions et éviter l'apparition de la maladie, c'est-à-dire *développer la prévention* (Art. 36 de la convention des dentistes).

Ainsi en O.D.F., certaines dysfonctions orales ont un retentissement morphologique considérable. Chez le jeune enfant, il peut être appréhendé par une thérapeutique précoce, et permettre ensuite au processus de croissance de se poursuivre dans la normalité, avec des orientations corrigées en fonction de praxies nouvelles instituées.

Il s'agit là d'une *orthopédie précoce* qui permettrait de ne pas arriver à la phase d'orthodontie proprement dite, plus coûteuse, voire à la phase « dépassée ». C'est pourquoi il serait bon d'envisager l'introduction de ces actes dans la nomenclature...

Enfin, insistons sur l'indispensable coopération du praticien-conseil et praticien-traitant. Le désir de concertation, les compléments d'information, permis par leur prise de contact, serviront toujours la cause du patient.

Avec sérénité, d'un commun accord, il leur faudra, l'un et l'autre, appréhender à la fois le fait juridique du contrat médical, le fait social et le fait scientifique du moment.

## 4 — EXEMPLE CONCRET D'UNE EXPERTISE JUDICIAIRE EN MATIÈRE D'ORTHOPÉDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE

### HISTOIRE CLINIQUE

Il s'agit de Mademoiselle A..., née le 8 août 1956, qui est traitée en orthodontie par son chirurgien-dentiste, le Dr B... entre 1969 et 1971.

Cette enfant présentait une D.D.M. complexe sur séquelle de fente palatine, avec un palais étroit, une béance antérieure, et un blocage de l'incisive 21 en position haute.

Ce praticien consulté ne faisait que reprendre le traitement de son prédécesseur retraité auquel il avait succédé.

L'enfant avait porté l'année précédente, chaque nuit, une fronde mentonnière. Devant la rétention de l'incisive 21, le Dr B... installe un dispositif de traction sur coiffe, une bague de cuivre scellée sur la couronne de cette dent avec traction sur arc

vestibulaire. Devant l'insuccès du traitement, en 1971, le Dr B... adresse sa jeune patiente au Dr L..., médecin stomatologiste. Celui-ci prenant appui sur la même dent, avec la même bague, a poursuivi le même traitement que le Dr B... du 20 octobre 1971 au 6 septembre 1973, avant d'en constater l'échec.

C'est alors que le Dr G..., médecin-stomatologiste, également consulté, enlève la coiffe en déclarant « Je ne peux rien faire, la couronne étant abîmée ».

Le professeur X..., chirurgien-maxillo-facial, prend la suite du traitement. Il attend la fin de la croissance pour intervenir sur la mandibule. Après une première intervention chirurgicale, le 16 octobre 1975, qui échoue à la suite d'un incident au cours de la contention, une seconde intervention, effectuée le 23 novembre 1975, donne un résultat meilleur.

En fait, il apparaît que chez cette enfant, deux malformations coexistaient, ce qui est classique dans le cas de division palatine : d'une part une prognathie mandibulaire, d'autre part une atrésie du maxillaire, avec ici rétention de l'incisive centrale supérieure gauche sur la berge du grand côté.

Après son intervention correctrice, le professeur de chirurgie Maxillo-Faciale conseille alors d'extraire la dent retenue et de la remplacer par un bridge.

La malade quitte le Prof. X..., consulte le Dr D..., celui-ci étant du même avis, elle s'adresse finalement à un praticien suisse : le Dr Y... qui pratique enfin une ostéotomie de correction au maxillaire, supérieur tandis que l'un de ses collaborateurs réalise une dent à tenon sur l'incisive en infraclusie, le 7 mars 1978.

Finalement le Dr B... qui n'a jamais revu cette patiente depuis 1971, reçoit une assignation devant le tribunal de Grande Instance de sa région, le 1<sup>er</sup> juin 1979.

### ASSIGNATION

« Attendu que la requérante était atteinte en 1967 d'une déformation du maxillaire supérieur, entraînant une béance entre les deux maxillaires, avec blocage de l'incisive supérieure gauche,

« Attendu que ses parents se sont adressés tout d'abord au Dr P... que ce dernier prenant sa retraite en 1969 et conseillait alors aux parents de s'adresser au Dr B... son successeur,

« Attendu que ce praticien décidait de changer de traitement,

« Attendu que le traitement mis en place par lui se révélait parfaitement inefficace et même pernicieux, puisque le seul résultat obtenu fut de casser l'incisive supérieure gauche, qu'il convenait de remettre en place et ce, lorsqu'on retira la couronne qui recouvrait cette dent et avait pour but de la faire descendre ;

« Attendu que fin 1971 la requérante va se trouver dans le même état qu'en 1968, ayant perdu définitivement une dent, et garder un très faible coefficient masticatoire,

« Attendu que le Dr B... tout au long de cette période a persisté à fournir des soins dont l'inefficacité était patente et assuré qu'il ne pouvait ignorer que le traitement qu'il prodiguait serait sans effet,

« Qu'il a ainsi manqué gravement à son devoir de conseil et à l'obligation de moyen dont il est redevable,

« Attendu que pendant cette période le Dr B... a perçu la somme de .... à titre d'honoraires,

« Attendu qu'il convient de rappeler pour la moralité des débats que ces soins n'ont pas été pris en charge par un organisme social et que les parents de la requérante ont dû supporter intégralement les frais et honoraires versés au Dr B...

« Attendu qu'en désespoir de cause les parents ont décidé de changer de praticien et ont consulté le Dr L... stomatologiste, qui décidait d'appliquer un traitement d'orthopédie-dento-faciale,

« Attendu que ce médecin, ne disposant pas du matériel nécessaire (arc multibabue) adressait les parents auprès du Professeur S...

« Attendu que celui-ci renvoyait les parents auprès du Dr G... faisant partie de son équipe hospitalière, qui en retirant la couronne mise en place par le Dr B... constatait la cassure de la dente recouverte,

« Que devant cet état de fait, celle-là va renvoyer la requérante chez le professeur X...

« Attendu que ce dernier, devant les nouvelles circonstances effectuée en 1975 deux interventions chirurgicales pour réduire la béance entre les deux maxillaires, mais qui ne réussirent pas,

« Attendu qu'au début 1976 la requérante n'ayant obtenu aucun résultat concret consulte un spécialiste le Dr D...

« Attendu que ce dernier a mis la requérante en contact avec l'équipe du Dr Y... en Suisse, qui eux réussissent l'intervention qui a permis à la requérante de trouver enfin une apparence normale

« Attendu qu'il apparaît ainsi que le Dr B... a gravement manqué aux devoirs de prudence et de diligence qui s'imposent à lui,

« Qu'il aurait dû s'abstenir de pratiquer un traitement coûteux et inefficace qui n'a fait qu'aggraver l'état de la requérante,

« Qu'il aurait dû l'adresser à un spécialiste plus qualifié,

« Attendu que par sa faute le Dr B... n'a pas permis à la requérante d'être délivrée plus tôt des graves malformations physiques dont elle était atteinte,

« Attendu que la requérante est bien fondée à demander réparation du préjudice qu'elle a subi de ce fait du Dr B...

« Demande remboursement des sommes indûment perçues, versement de dommages et intérêts de...

« Réclame le versement d'une somme de ... pour préjudice moral et de... pour préjudice esthétique».

Au reçu de cette assignation, le Dr B... prévient sa Compagnie d'Assurance Professionnelle.

*Les conclusions du médecin-conseil de cette compagnie soulignent que le remboursement des sommes versées n'est pas justifié car le Dr B... a assuré l'obligation de moyen et de conseil, même si les résultats n'ont pas été pleinement satisfaisants ; que le préjudice moral se confond avec le préjudice esthétique, ce type de dommage se situant dans la période 71/76 dont l'assuré n'est pas responsable.*

Enfin, il relève l'importance pour le Dr B... d'apporter la preuve de l'accord de la Sécurité Sociale pour le traitement orthodontique effectué par lui-même avant 1971.

*Finalement, une expertise est ordonnée par le Tribunal.*

### RAPPORT D'EXPERTISE :

« Je soussigné Dr R..., Professeur à la Faculté Dentaire de... Expert inscrit sur la liste de la Cour de... demeurant... désigné par... dans une procédure suivie par Mlle A... contre M. B... Chirurgien-Dentiste, certifie avoir examiné Mlle A., le 4 novembre 1980 à mon cabinet sis...

« **Ma mission était de :**

- 1 — Examiner Mlle A..., née le 6 août 1956...
- 2 — De prendre connaissance des explications des parties et de tout document utile à son information à charge d'en indiquer les sources.
- 3 — D'entendre au besoin tout sachant en précisant l'identité.
- 4 — De donner au Tribunal tous les éléments d'information permettant :
  - de déterminer la nature de l'affection pour laquelle la requérante consultait le Dr B. ;
  - de déterminer les soins qui furent prodigués par ce praticien, leur coût et leur efficacité ;
  - de dire si ces soins furent ou non conformes aux règles de l'art et aux données acquises de la science ;
  - dans la négative, de caractériser les fautes commises et le préjudice consécutif (incapacité temporaire totale, incapacité permanente partielle, préjudices annexes) ;
  - de préciser qu'il a pu être porté remède à l'affection présentée par la requérante et de connaître les modalités du traitement employé à cet effet.

I — **Déclarations et commémoratifs :** c'est en fait l'histoire clinique et chronologique de l'affaire.

II — **Pièces présentées à l'expert :** il y en avait 25, y compris des moulages, radiographies, photographies, etc...

III — **Examen de la victime :** l'expert souligne notamment la mobilité de la dent à tenon posée sur l'incisive 21, avec radiologiquement une rhisalyse débutante, une insuffisance d'intercuspidation de prémolaires à prémolaires.

IV — **Discussion :**

« Il s'agit donc d'une longue histoire chirurgico-orthodontique commencée à l'âge de 9 ans et poursuivie jusqu'à l'âge de 22 ans. Le traitement effectué par le Dr B... se situe entre l'âge de 12 ans et 14 ans.

« Des documents qui m'ont été soumis, je retiens qu'il existait deux types de lésions :

- d'une part une rétention de l'incisive supérieure gauche 21.
- d'autre part une prognathie inférieure avec béance importante. Ces problèmes étaient bien difficiles.

« Que trois praticiens successifs aient essayé de faire descendre sur l'arcade l'incisive supérieure gauche, notamment en réalisant une traction sur une bague fixée à la couronne de cette dent représente un essai louable à l'âge où il a été tenté. Cette manœuvre est toujours longue et est entreprise sous réserve qu'il ne se fait pas d'ankylose. Quant à la prognathie mandibulaire corrigée par le Prof. X..., il était hors de question de l'envisager plus tôt ».

V — **Réponses aux questions posées par le Tribunal :**

1. Nature de l'affection : le Dr B... succédant au Dr P... a poursuivi un traitement orthodontique destiné à débloquer une incisive centrale supérieure gauche par une traction réalisée sur une bague scellée à cette dent.

2. Ce traitement a coûté ...

3. Ces soins, étant donné l'âge de la malade et la nature du cas clinique représentaient une tentative conforme aux règles et aux données acquises de la science de résoudre le problème posé. Ils ont été repris de la même façon par le Dr L... stomatologiste consulté après le Dr B..., celui-ci ayant alors jugé ses propres efforts comme inefficaces. C'est lui d'ailleurs qui a adressé sa malade au Dr L...

4. Le Dr B... n'a pas commis de faute.

5. Le remède à l'affection présentée par Mlle A... (dent retenue) a consisté en une ostéotomie, procédé qui ne pouvait être entrepris qu'après croissance et l'a été à 22 ans. Il aboutit à un résultat bon esthétiquement, moins bon fonctionnellement. « Quant au traitement chirurgical de la prognathie mandibulaire, il ne pouvait être entrepris par le Dr B... mais l'a été à 19 ans par le Prof. X. avec succès ».

Le...  
Signé : Dr. R...

Suite à cette expertise, *Les conclusions de la demanderesse*, adressées au Tribunal le 23 mars 1981, sont purement et simplement le rejet de l'expertise et la demande d'une contre-expertise ; cette requête étant fondée sur l'absence dans « les commémoratifs » de la mention de fracture coronaire de l'incisive 21, l'absence d'interrogatoire de la mère qui aurait été en mesure de donner de plus amples renseignements que les souvenirs d'enfant de la concluante, l'absence enfin du défendeur non convoqué à l'expertise, alors qu'il était le plus à même de donner des éclaircissements d'ordre technique concernant le traitement pratiqué.

*Les conclusions de la Cie d'Assurance du Dr B...* sont bien évidemment inverses : demandant le rejet de la proposition de contre-expertise argumentant que la fracture de la dent 21 s'est produite au moment du descellement et n'est donc pas le fait du Dr B... que la dent à tenon mobile n'a pas été réalisée ni posée par le Dr B... et que le dispositif de traction n'a pas cassé la dent ; enfin que l'expert ayant eu communication de tout le dossier et des éléments s'y rapportant, ils étaient suffisants pour lui permettre d'apprécier l'affaire.

#### JUGEMENT DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

Le 30 novembre 1981, le TGI Régional a prononcé le jugement contradictoire suivant, après débats à l'audience publique :

« Attendu que le Dr B... chirurgien-dentiste n'était pas tenu, *dans un tel cas*, d'une obligation de résultat : que la preuve n'est pas rapportée qu'il n'a pas donné des soins attentifs et consciencieux, conformes aux données acquises de la science, ni même qu'il ait manqué à son devoir d'information de la malade ; qu'en effet l'expert judiciaire mentionne que l'intervention pratiquée en Suisse n'est possible qu'après croissance et n'est pas sans susciter quelque réserve ; qu'elle a été entreprise après refus de Mlle A... de la solution du bridge qui aurait eu selon lui pour effet de rétablir esthétique et fonction, solution à envisager un jour si la dent dont la racine est raccourcie doit être extraite.

« Attendu au surplus que l'expert indique que la correction de la prognathie mandibulaire par le Prof. X... en 1975 ne pouvait être envisagée plus tôt : qu'il n'apparaît donc pas que la preuve d'une faute à l'encontre du Dr B... soit établie,

« Par ces motifs, le Tribunal déclare irrecevables les conclusions déposées par Mlle A..., déboute Mlle A..., condamne Mlle A... aux dépens exposés par le défendeur ».

#### QUELS RENSEIGNEMENTS POUVONS-NOUS TIRER DE CETTE AFFAIRE ?

1 — Avant tout, il faut observer qu'un praticien en orthodontie n'est pas à l'abri d'une poursuite judiciaire, *même plusieurs années après le traitement* (dans notre exemple : 8 années).

2 — Il ne faut pas s'étonner si une assignation au Tribunal survient *directement, sans préalable*, sans aucun dialogue « praticien/malade » (heureusement, très souvent l'assignation n'apparaît qu'après échec de négociations entre la victime et son praticien, par l'intermédiaire des Cies d'assurances ou des avocats).