Audience publique du premier mars deux mille dix-huit

Numéro 43502 du rôle

Composition:

Eliane EICHER, président de chambre,
Danielle SCHWEITZER, premier conseiller,
Elisabeth WEYRICH, conseiller
Josiane STEMPEL, greffier.

E n t r e :

1) le docteur **A**), exploitant sous le nom de C) cabinet dentaire, établi à (...),

2) le docteur **B**), demeurant à (...),

appelants aux termes d'un exploit de l'huissier de justice suppléant Cathérine NILLES, en remplacement de l'huissier de justice Patrick KURDYBAN de Luxembourg, du 17 mars 2016,

comparant par Maître François PRUM, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

e t :

1) **D**), demeurant à (...),

intimé aux fins du prédit exploit NILLES du 17 mars 2016,

comparant par Maître Cathy ARENDT, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

2) l'**E**), établissement public, établi et ayant son siège social à (...), représenté par le Président de son comité directeur sinon son comité directeur actuellement en fonctions,

intimée aux fins du prédit exploit NILLES du 17 mars 2016,

n'ayant pas constitué avocat à la Cour,

3) la **CAISSE NATIONALE DE SANTE**, établissement public, établi et ayant son siège social à L-1471 Luxembourg, 125, route d'Esch, représenté par le président de son comité directeur actuellement en fonctions,

intimée aux fins du prédit exploit NILLES du 17 mars 2016,

comparant par Maître Charles UNSEN, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

L A C O U R D ' A P P E L :

D) a été suivi par les docteurs A) et B) dans le cadre d'un traitement orthodontique afin d'améliorer la position de ses dents.

Faisant valoir que ce traitement n'a pas été réalisé selon les règles de l'art, D) a, par exploit d'huissier de justice du 12 février 2013, fait donner assignation au docteur A), au docteur B) et à l'E) à comparaître devant le tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg siégeant en matière civile, pour voir condamner les docteurs A) et B) solidairement, sinon in solidum, sinon chacun pour sa part à lui payer le montant de 78.326,62 EUR, sous réserve expresse d'augmentation, sinon tout autre montant à arbitrer par le tribunal ou à dire d'expert. D) a sollicité l'institution d'une expertise complémentaire pour déterminer le préjudice corporel, matériel et moral par lui subi. Il a demandé le renvoi du dossier devant les experts nommés suivant une ordonnance du juge des référés du 25 mars 2011, les docteurs Eric GERARD et Christian MARIE, avec la mission d'évaluer son préjudice, à savoir les frais médicaux exposés par lui et restés à sa charge, l'atteinte à l'intégrité physique, le dommage moral pour douleurs endurées et tous autres volets du préjudice pouvant être constatés ainsi que le recours des organismes de sécurité sociale. Il a demandé la nomination d'un expert-calculateur.

Par exploit d'huissier de justice du 14 juin 2013, D) a encore fait donner assignation à la CAISSE NATIONALE DE SANTE à comparaître devant le même tribunal pour voir dire qu'elle devra intervenir dans le litige introduit par lui contre les docteurs A) et B) suivant assignation du 12 février 2013 et pour lui voir déclarer commun le jugement à intervenir.

A l'appui de sa demande, D) a fait valoir qu'en date du 6 mars 2001, il a consulté le docteur A) en vue d'un traitement orthodontique afin d'améliorer la position de ses dents ;
qu'il a été traité à deux reprises par le docteur A), puis occasionnellement par le docteur B);
que la fin du traitement était prévue pour le 12 avril 2004, mais que dès l'année 2003, il a rencontré de sérieux problèmes avec le traitement effectué; que ses dents commençaient à se déchausser ;
qu'il subissait des gingivites répétées avec saignements, douleurs et inconfort, qu'il a dû subir une greffe au niveau de la gencive ;
que le 11 novembre 2004, sous la pression du docteur A), il a signé un accord mettant fin au traitement et prévoyant une indemnisation pour les problèmes rencontrés ;
que bien que le docteur A) lui eût indiqué que l'état de ses dents s'était consolidé et que la situation ne s'aggraverait pas, il n'aurait pu que constater que plusieurs de ses dents se déchaussaient de plus en plus ;
que finalement quatre de ses dents auraient dû être enlevées ;
qu'il aurait été traité auprès du docteur F) en Allemagne ; que ce dernier aurait retenu dans un certificat du 20 juillet 2010 qu'il y a eu des problèmes de résorption des dents avant de la mandibule inférieure à 80 %, une résorption des dents 35, 36 et 24 à raison de 60 % et une résorption des dents 33, 43, 36, 12, 11, 21, 22 et 23 à raison de 50 % ;
que ce même médecin aurait certifié que la radiographie initiale avant le traitement du 6 mars 2001 ne démontrerait aucune résorption et aucun problème à ce niveau;
que par ordonnance de référé du 25 mars 2011, une expertise aurait été ordonnée afin de constater la réalité des problèmes rencontrés par lui suite au traitement orthodontique effectué par le cabinet du docteur A), pour déterminer les causes et origines, se prononcer sur la responsabilité des docteurs A) et B) et pour déterminer l'éventuel préjudice corporel, matériel et moral en résultant ;
que dans le rapport d'expertise déposé en date du 4 décembre 2011 par les docteurs Eric GERARD et Christian MARIE, une relation entre le traitement orthodontique effectué par les docteurs A) et B) et les problèmes ressentis par lui serait établie ; que ces experts auraient noté une importante récession sur la dent 35 après le traitement qui n'aurait pas existé avant le traitement;
que d'importantes résorptions radiculaires des incisives mandibulaires, des incisives latérales maxillaires et moyennes sur canines mandibulaires et sur les dents 35 et 36 auraient été constatées ;
qu'il ressortirait du rapport que les docteurs A) et B) n'auraient pas pris en compte l'état parodontal ayant existé avant le traitement ;
que, d'une part, ils n'auraient pas donné une information par écrit des risques encourus lors d'un traitement orthodontique ni fait signer un consentement éclairé au requérant et, d'autre part, ils n'auraient pas informé le requérant des lésions dentaires et parodontales objectivées sur la radio panoramique de juillet 2003; qu'ils n'auraient pas non plus interrompu le traitement orthodontique immédiatement après objectivation des lésions dentaires et parodontales; que les experts auraient également

remarqué un manque de suivi radiographique après traitement orthodontique;

que les docteurs A) et B) auraient manqué à leurs obligations professionnelles, qu'il aurait perdu les dents 31, 32, 41 et 42, pertes consécutives au seul traitement d'orthodontie et qu'il risquerait de perdre d'autres dents;

que pour faire le traitement orthodontique, le docteur A) lui aurait arraché des dents ; que cette perte de dents constituerait une atteinte à son intégrité physique pour laquelle il devrait toucher une indemnisation ;

que par ailleurs, du fait des problèmes actuellement ressentis par lui, il se trouverait atteint d'un déficit fonctionnel réduisant notamment sa capacité de pouvoir mâcher des aliments (Kaufunktion) et qu'il devrait, en raison de la position de ses dents et des problèmes qui les affectent, subir plus fréquemment que d'autres personnes des nettoyages intensifs de sa dentition par le médecin-dentiste et payer trois fois par an un montant de 130 EUR pour le nettoyage dentaire ;

que si l'on compte qu'il vivra encore trente années, il devra avoir recours à $30 \times 3 = 90$ interventions de ce type, ce qui porterait les frais en rapport avec ce traitement à $90 \times 130 \text{ EUR} = 1.700 \text{ EUR}$.

D) a agi contre les docteurs A) et B) sur base de la responsabilité contractuelle, sinon sur la base délictuelle.

Il a évalué son préjudice au montant de 78.326,62 EUR, libellé comme suit:

« 1. Participation aux frais médicaux :

<i>pour 2009</i>	€ 419,74
<i>pour 2010</i>	€ 634,70
<i>pour 2011</i>	€ 308,62
<i>pour 2012</i>	<i>p.m.</i>

2. *Frais de nettoyage dentaire futurs* € 11.700,00

3. *Frais du traitement dispensé par le docteur F) suivant factures et devis : sous réserve d'augmentation* € 35.263,56

4. *Pretium doloris :* € 20.000,00

5. *Domage esthétique :* € 10.000,00

6. *Atteinte à l'intégrité physique : perte de 4 dents, déficit fonctionnel,*

I.P.P. (complément d'expertise) : *p.m.*

TOTAL : € 78.326,62

+ p.m. »

Les docteurs A) et B) ont contesté toute responsabilité dans leur chef.

Ils ont soutenu qu'étant donné que le cabinet A) avait adressé respectivement le 17 décembre 2002 et le 9 avril 2004, le patient D) au docteur G) pour soins dentaires et chez le Professeur H) pour maladie parodontale due à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, il serait établi que les causes de l'état dentaire du requérant seraient multifactorielles et à rechercher également dans une rixe au cours de laquelle le requérant aurait essuyé un coup de poing au visage ainsi que dans un manque d'hygiène bucco-dentaire.

Par un jugement du 23 décembre 2015, le tribunal d'arrondissement de Luxembourg a reçu la demande en la forme, a dit que les docteurs A) et B) ont engagé leur responsabilité contractuelle, a déclaré la demande de D) fondée en principe, a avant tout autre progrès, renvoyé le dossier devant les experts-médecins, les docteurs Eric GERARD et Christian MARIE, afin qu'ils se prononcent plus amplement sur les préjudices essuyés par D) par suite de son traitement orthodontique défectueux en les spécifiant et en les quantifiant et a nommé expert-calculateur Maître Monique WIRION, avec la mission de chiffrer les montants indemnitaires devant revenir à D) du chef des préjudices qu'il a subis en tenant compte des recours des organismes sociaux. Le jugement a été déclaré commun à la CAISSE NATIONALE DE SANTE et à l'E).

Le surplus a été réservé et l'affaire a été mise en suspens en attendant le dépôt des rapports d'expertise.

Par exploit d'huissier de justice du 17 mars 2016, les docteurs A) et B) ont régulièrement relevé appel de la décision du 23 décembre 2015, non signifiée selon les actes de procédure versés en cause.

Ils demandent de réformer le jugement du 23 décembre 2015; principalement d'écarter des débats le rapport d'expertise des docteurs GERARD et MARIE du 4 décembre 2011; de constater que le dommage dont se prévaut D) n'est pas en relation causale avec les traitements exécutés par eux et de constater qu'ils n'ont commis aucune faute sur la base contractuelle dans l'accomplissement des soins et suivis prodigués à D). Les appelants demandent à être déchargés de toutes les condamnations prononcées à leur encontre. Ils prétendent que contrairement aux conclusions des experts, ils ont bien tenu compte de l'état parodontal antérieur de l'intimé et qualifié de fragile dans l'établissement de leur diagnostic. Le constat de l'état parodontal aurait été jugé suffisant par divers praticiens dont les docteurs G) et I) et le professeur H).

En ordre subsidiaire, ils demandent de dire qu'ils s'exonèrent par le fait de la victime D), sinon d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire.

L'intimé conclut à la confirmation du jugement de première instance.

Quant à la nature de la responsabilité des docteurs A) et B)

Il est constant en cause que D) a été suivi par les docteurs A) et B) dans le cadre d'un traitement orthodontique. Les soins d'orthodontie reçus par D) dans le cabinet du docteur A) ont débuté en 2002 et se sont terminés en décembre 2003.

C'est partant à juste titre que le tribunal a analysé les relations entre parties sur la base contractuelle.

Quant à l'accord du 11 novembre 2004 invoqué par les docteurs A) et B)

Pour conclure d'abord à l'absence de responsabilité dans leur chef, les docteurs A) et B) font valoir que le 11 novembre 2004, un certificat de commun accord aurait été signé entre eux et D). Les parties auraient convenu qu'elles ne « *demandent plus rien au sujet du traitement passé et qu'elles mettent ainsi un terme définitif au traitement orthodontique au sein du cabinet A) et associés* ». L'intimé aurait, en outre, rempli lui-même une fiche concernant l'appréciation et la qualité des services obtenus en 2004 et une plainte de la part de l'intimé au Collège médical pour contester son traitement n'aurait pas abouti. Le Collège médical aurait, en effet, considéré qu'aucune faute déontologique ne saurait être reprochée au docteur A).

L'intimé réplique qu'il a signé l'accord du 11 novembre 2004 dans des circonstances particulières et sous la pression du docteur A). Cet accord devait mettre fin au traitement et prévoyait une indemnisation pour les problèmes dentaires dont il souffrait. Or, bien que le docteur A) lui ait indiqué que l'état de ses dents s'était consolidé et que la situation ne s'aggraverait plus, il aurait pu constater que plusieurs de ses dents se déchaussaient de plus en plus; quatre de ses dents auraient dû être enlevées et il aurait souffert de saignements et de douleurs constantes. En ce qui concerne la fiche « *contrôle de qualité* », lui soumise pendant le traitement, il prétend qu'il s'agit d'une feuille avec des « *smileys* » anodins qu'il aurait d'abord remplie de manière négative. Sur ce, l'employée à l'accueil lui aurait demandé de la remplir positivement, sinon le docteur A) ferait un scandale. Il aurait alors changé ses réponses négatives en des réponses positives.

La Cour d'appel constate que ni l'accord du 11 novembre 2004 dans lequel les appelants reconnaissent l'existence de « *récessions gingivales des dents 35 et alentours (latérales inférieures gauche) ainsi qu'au niveau des dents 43 et 45 le 12.10.2004* » ni la fiche de qualité ne sont de nature à constituer une renonciation de la part de l'intimé de mettre en cause la responsabilité des médecins en cas de problèmes dentaires. La décision du Collège médical, qui n'a certes pas retenu de faute déontologique dans

le chef du docteur A), n'a en outre pas d'incidence sur une éventuelle responsabilité civile du docteur A).

L'historique du traitement orthodontique tel qu'il résulte du rapport d'expertise des docteurs GERARD et MARIE n'est pas contesté par les parties en cause.

Quant à l'état parodontal de D) avant le traitement des docteurs A) et B)

Les appelants exposent que c'est à tort que le tribunal de première instance a validé la thèse des experts judiciaires qui ont retenu l'absence de prise en compte de l'état parodontal de D) ayant existé avant le traitement.

Ils font valoir que même si les experts estiment que d'après les documents en leur possession, D) avait un « *terrain fragile* » en 2001, ils n'auraient pas pris en compte un courrier du 13 décembre 2012 reprenant l'intégralité du dossier médical y compris les photographies exo-buccales face, face sourire, profil et endo-buccales gauche, centre, droit et l'OPG du 6 mars 2011. Les experts auraient dû réclamer le dossier médical complet de D) à l'E) pour évaluer correctement les conditions de santé et les traitements subis par D) avant et pendant son traitement orthodontique et par conséquent déterminer le risque de résorption radiculaire.

Ils contestent le rapport d'expertise médicale dans la mesure où les experts n'auraient, par ailleurs, pas tenu compte d'un courrier de leur mandataire Maître Lynn OLINGER du 8 septembre 2011, par lequel cette dernière aurait fait état de pathologies générales entraînant dans quelques rares cas des lésions dentaires et parodontales et par lequel elle aurait demandé aux experts de se prononcer sur les raisons de l'invalidité précoce de l'intimé et du traitement afférent, compte tenu de son jeune âge au moment de son invalidité, puisque ce courrier est repris à la page 12 du rapport d'expertise et que les experts y ont répondu comme suit à la page 21 : « *Oui, des pathologies d'ordre général et des traitements médicamenteux peuvent entraîner des lésions dentaires, mais comme c'est dit "dans de rares cas"* ».

Les experts auraient, à tort, retenu un manque d'information de conseil, puisque le constat parodontal aurait été jugé suffisant par plusieurs praticiens.

Les experts retiennent que le cabinet d'orthodontie du docteur A) n'a pas pris en compte l'état parodontal ayant existé avant le traitement.

Le juge ne doit s'écarter des conclusions de l'expert judiciaire qu'avec la plus grande circonspection et uniquement en présence d'éléments sérieux permettant de retenir que l'expert s'est trompé.

Dans leur rapport, les experts retiennent que « *D'après les documents en notre possession, M. D) avait un terrain parodontal fragile en 2001 avant*

de commencer le traitement orthodontique. L'hygiène moyenne, les déhiscences gingivales nombreuses, et la lyse osseuse verticale, laissent supposer des complications parodontales avec un traitement orthodontique. Un terrain parodontal affaibli n'est pas une contre-indication de traitement orthodontique si un traitement et une maintenance parodontale sont assurés avant, durant et après le traitement orthodontique. Les racines courtes des incisives mandibulaires en 2001 sont des facteurs de risque de résorption radiculaire. L'utilisation de forces légères et un suivi radiologique fréquent doivent être assurés. (Dr P. MACHTOU 41, n° 3, sept 2007). (...).»

Les experts concluent comme suit :

« Au vu des déclarations de Monsieur D) et des éléments fournis, il apparaît un manquement dans les soins dispensés par le docteur A) et le docteur B) à leur patient, les soins prodigués étant en rapport direct et certain avec des résorptions radiculaires des incisives et la dent 35. On constate que le suivi radiologique qui fait partie des recommandations et des standards de soins n'a pas été suffisant, le patient n'a pas été informé de l'événement par l'orthodontiste lorsque le dommage a été découvert, la thérapeutique orthodontique n'a pas été modifiée. La perte des dents 31, 32, 41 et 42 est consécutive au seul traitement d'orthodontie. La réparation du dommage est à chiffrer d'après un état récapitulatif (demandé dans le pré rapport et non adressé avec les dires) des soins dispensés par le docteur F) en 2010 et à fournir par la victime. Le pronostic est réservé concernant les autres dents résorbées. »

Les experts retiennent sur base des certificats médicaux des médecins traitants de l'intimé, les docteurs J) et K), que D) ne « souffre d'aucune pathologie et ne prend aucun traitement qui pourrait agir sur le métabolisme du calcium et le turn-over osseux ».

Le simple fait que les appelants estiment qu'« il est clairement impossible au docteur J), médecin spécialiste en neuropsychiatrie, de pouvoir certifier la liste des médicaments que D) prend et a pris dans le passé » ne saurait mettre en doute le certificat du docteur J) et les conclusions des experts selon lesquels les problèmes qu'éprouve D) ne sont en pas relation causale avec une médication prise par ce dernier.

Si les appelants font encore valoir que les médecins, qui sont intervenus dans le traitement de D) ont tous validé le traitement d'orthodontie que les appelants ont effectué, ils restent cependant en défaut de produire une quelconque pièce à l'appui de leur affirmation.

Le rapport d'expertise est partant à entériner en ce qu'il a retenu une absence de prise en compte de l'état parodontal existant avant le traitement par les docteurs A) et B) et en ce qu'ils n'ont pas retenu la possibilité d'une médication prise par le patient qui aurait pu conduire aux problèmes éprouvés par ce dernier.

Quant à l'agression du 3 décembre 2006 dans laquelle l'intimé a été impliqué

Les appelants contestent les conclusions des experts en ce qu'ils ont retenu « *une relation causale entre le traitement orthodontique et les problèmes ressentis par D) (...), en raison du fait que la radiographie panoramique au début du traitement du 6 mars 2001 ne visualisait pas de résorptions dentaires* ».

Ils prétendent que les experts relèvent que c'est uniquement sur la radiographie panoramique du 3 décembre 2006 que « *l'on visualise nettement des résorptions radiculaires importantes des incisives mandibulaires* », mais qu'ils ne précisent pas que le 3 décembre 2006 est la date d'une agression subie par D) qui a eu des conséquences graves sur les problèmes de dentition de l'intimé.

Les appelants estiment que l'agression du 3 décembre 2006 est la cause unique sinon majeure des lésions dentaires et parodontales de l'intimé.

Selon les appelants, les conclusions des experts sont contredites tant par les constatations du docteur G) du 3 décembre 2006 que par les constatations du docteur L) qui relève le 12 décembre 2006 que l'agression subie par D) a entraîné une distorsion sévère de la colonne cervicale et qu'une simple claque, comme alléguée par l'intimé, n'aurait certainement pas entraîné cette distorsion sévère.

Le docteur G) a vu l'intimé, en urgence, le 3 décembre 2006.

Dans son certificat médical du 4 décembre 2006, le docteur G) déclare :
« *Je soussignée G), médecin-dentiste, certifie avoir vu en urgence Monsieur D) (...) ce lundi 4 décembre 2006 suite à un coup de poing dans son visage.*

Examen clinique :

- *gonflement labial sup et inf. avec grand hématome interne au niveau de la lèvre inf.*
- *mobilité des deux blocs incisivo-canins sup et inf toujours protégés par leurs contentions intactes y correspondantes*
- *sensibilité à la percussion des deux blocs incisivo-canins*
- *légère limitation de l'ouverture buccale*

Examen radiologique

- *aucune fracture dentaire n'a pu être décelée*
- *aucune fracture osseuse n'a pu être décelée*

Traitement

- *le patient sera revu d'ici dix jours afin de pouvoir tester la vitalité des dents antérieures*

Il a été conseillé au patient d'éviter les aliments durs ».

Dans un second certificat médical du 15 décembre 2006, le docteur G) a constaté :

« Examen clinique :

- 1) *La mobilité des dents 13/12/11/21/22/23 s'est nettement diminuée*
 - 2) *La mobilité des dents 43/42/41 s'est nettement diminuée*
 - 3) *Seules les dents 33/32/31 restent fort mobiles*
 - 4) *La percussion au niveau de toutes ces dents reste sensible*
 - 5) *Toutes les dents concernées ont réagi au froid*
- (...) ».

Par la suite, l'intimé a revu le docteur G) le 15 décembre 2006, le 15 mai 2007, le 29 juin 2007 et le 22 février 2008.

Dans un certificat du 15 mai 2007, le docteur G) dit avoir vu l'intimé, en urgence, le 7 mai 2007 et qu'il présentait : « (...) *une fracture de sa contention au niveau des dents 23 et 22 qui a été réparée en renforçant le "retainer"* ». Dans son certificat du 22 février 2008, ce médecin retient que les 4 incisives inférieures de l'intimé présentent «*une mobilité importante. Le pronostic de ces 3 dents me semble peu durable. Pour le moment une contention métallique solidifie le bloc incisivo-canin de façon suffisante et aucun traitement est prévu à part des contrôles et détartrages réguliers*».

Dans un certificat du 12 décembre 2006, le prof.med. L) retient que: «*M. D) a subi une agression le 3.12.2006 avec une distorsion sévère de la colonne cervicale. Le 13.12.2006, il présentait à l'examen clinique une douleur cervicale au niveau C5 C6 et C7 avec contractures importantes avec limitation de mouvements de rotation et de flexion au niveau de la colonne cervicale. Traitement médicamenteux, physiothérapie, DBC Mondorf. Une incapacité partielle permanente est à prévoir* ».

Dans un certificat médical du 20 juillet 2011, le docteur F) relève que «*Monsieur D), né le 26 mai 1970, est en traitement dans notre cabinet depuis le 9 mars 2010. Lors de la réalisation d'une radiographie panoramique le 9 mars 2010, il a pu être constaté le diagnostic radiographique suivant :*

- *Résorption des dents antérieures inférieures à 80 %*
- *Résorption des dents 35, 36 et 24 à 60 %*
- *Résorption des dents 33, 43, 36, 12, 11, 21,22 et 23 à 50 %*
- *Contention primaire des dents 12-23,42-32, 34-35-36.*

Du point de vue clinique on constate une forte mobilité des dents incisives inférieures et des dents postérieures inférieures.

Une mobilité moyenne est constatée au niveau des dents incisives supérieures et des prémolaires. La radiographie de départ du 6 mars 2001 ne montre aucune résorption et pas non plus de résorption osseuse ».

Les appelants ne sauraient, d'abord, reprocher aux experts judiciaires de ne pas avoir pris en compte l'agression du 3 décembre 2006, puisque les experts retiennent à la page 21 « *que le document radiologique panoramique dentaire qui suit, datant du 31/12/2006, montre des*

dommages radiculaires et parodontaux qui ne peuvent être imputés à l'agression du 4/12/2006, même si c'est un facteur aggravant ».

En se basant sur la radiographie panoramique effectuée en date du 3 décembre 2006, les experts ont retenu que les dégâts occasionnés à l'intimé résultent du traitement orthodontique entrepris avant l'agression.

A la page 16 du rapport, ils ont relevé que concernant l'examen endo-buccal sur base des photographies des moulages dentaires datés du 6 mars 2001, des récessions gingivales sur la partie antérieure des arcades et plus précisément des dents 13 à 24, puis des dents 44 à 34, que l'arcade maxillaire est en forme de U, avec absence des dents 26,18, la dent 16 est en rotation mésial-interne, la dent 22 est en position vestibulée, que l'arcade mandibulaire est en forme de V, la partie antérieure de l'arcade présente un encombrement : les dents 41 et 32 en position lingualée, la dent 31 en position vestibulée, que l'occlusion statique présente une classe 1 molaire et canine à droite et à gauche si l'on tient compte de la mésio gression des dents 27 et 28, que les milieux inter-incisifs sont centrés, que le recouvrement incisif des dents 11 et 21 est augmenté et que le surplomb est normal.

Les experts ont évalué l'état bucco-dentaire après le traitement par les appelants comme suit :

« Evaluation d'un état buccodentaire après traitement orthodontique

- *Dépose des appareillages orthodontiques le 23/10/2003 pour le maxillaire et le 18/12/2003 pour la mandibule, Temps de traitement : 18 et 20 mois*
- *Photographies extra buccales du 12/02/2004*
 - *De face, on note un visage ovalaire, avec un étage moyen de la face réduit.*
 - *L'arête nasale est déviée vers la gauche, le sourire est denté.*
 - *De profil on note : un visage convexe, un front bombé, une glabelle peu marquée, une arête nasale droite, un angle nasolabial ouvert, une partie inférieure du visage concave, un sillon labio mentonnier marqué, une distance cervico-mentonnière courte.*
- *Photographies intra buccales du 12/02/2004*
 - *Les deux arcades présentent une forme de voûte*
 - *On note un fil de contention collé de 13 à 11, puis de 11 à 21 puis de 21 à 23, l'arcade mandibulaire de 33 à 43*
 - *L'occlusion statique est en classe II canine et classe III molaire*
 - *Les milieux inter incisifs sont alignés*
 - *On note la présence de récessions gingivales dans les parties antérieures des arcades.*
- *Photographies intra buccales du 09/04/2004*
 - *Photographies de qualité supérieure à celles du 12/02/2004*
 - *En complément, on peut noter la présence de soins en cours sur les dents 35.36.37, et une récession gingivale vestibulaire importante sur la dent 35*
- *Radiographie panoramique dentaire du 03/12/2006*

- Première radiographie panoramique post orthodontique effectuée suite à une agression au visage de M. D)
- Nous notons une résorption radiculaire importante des 42.41.31.31.12.22: les dents sont faiblement implantées dans l'os.
- Une résorption moyenne des 43.33.35.36 avec des racines émoussées.
- Il existe une contention collée de 33 à 43 et de 13 à 23, ainsi qu'une contention métallique intra-coronaire sur les dents 35.36.37.
- Il existe une zone de moindre densification osseuse autour de la racine de 35
- La lyse osseuse s'est aggravée avec atteinte des furcations sur 36.27.16
- Photographies intra buccales du 13/11/2008
 - La contention maxillaire est constituée par un fil collé de 12 à 22
 - On peut noter un désalignement des dents du côté droit de l'arcade maxillaire
 - A la mandibule, la contention collée est encore en place de 33 à 43, la récession gingivale de 35 a été traitée mais les récessions sur les incisives sont plus importantes
 - L'occlusion statique est toujours classe II canine et III molaire
 - L'hygiène bucco-dentaire est médiocre
- Radiographie panoramique du 13/11/2008
 - On note des résorptions radiculaires importantes sur les 4 incisives mandibulaires, sur les dents n° 22 et 12, sur la dent 36 surtout sur la racine mésiale.
 - On note des résorptions radiculaires moyennes sur les dents 35 et racine distale de 46.
 - Une contention métallique intra coronaire a été fixée sur les dents 35,36.37
 - Il existe toujours une image distale à la racine de 35 et un élargissement du ligament alvéolo-dentaire
 - Lyse osseuse verticale généralisée
- Radiographie panoramique du 09/03/2010
 - Les résorptions radiculaires des incisives mandibulaires ont évolué
 - Le fil de contention mandibulaire est cassé entre les 31 et 41
 - Toujours présence d'une image de moindre densification osseuse autour de la racine de 35
 - On voit plus nettement les résorptions sur les 12 et 22
- Radiographie panoramique du 02/06/2010
- Absence des 42.41.32.31 et mise en place de deux implants en remplacement des 41.32. »

Les experts relèvent : « que le traitement orthodontique et les problèmes de l'intimé sont en relation causale : la radiographie panoramique du début de traitement du 6 mars 2001, ne visualisait pas de résorptions dentaires. Sur la radiographie panoramique, en cours de traitement du 6 juin 2002, l'image est de mauvaise qualité, mais préfigurent des érosions apicales des racines dentaires. La radiographie du 31 juillet 2003 visualise des résorptions radiculaires sur les incisives mandibulaires et des racines émoussées sur d'autres dents. Dépose des appareillages en octobre

2003. Il existe une importante récession sur la dent 35 après traitement orthodontique qui n'existait pas avant traitement. Sur la radiographie panoramique du 3 décembre 2006, on visualise nettement des résorptions radiculaires importantes des incisives mandibulaires, des incisives latérales maxillaires et moyennes sur cannes mandibulaires et sur les dents 35 et 36. Les résorptions radiculaires sont une complication secondaire des traitements orthodontiques. (...) Les résorptions radiculaires observées chez M. D) n'ont pas été suivies par des radiographies et le traitement n'a pas été modifié comme cela est recommandé. Le document radiologique panoramique datant du 31/12/2006, montre des dommages radiculaires qui ne peuvent pas être imputés à l'agression du 4 décembre 2006. »

Les photographies intra buccales de février 2004 démontrent des récessions gingivales dans les parties antérieures des arcades de l'intimé.

Dans un certificat du 18 décembre 2006, le docteur H), chargée par le cabinet A) le 11 novembre 2004 pour intervention en raison de « *récessions et de douleur bilatérale inférieure*», certifie que l'intimé a bénéficié d'une greffe au niveau des dents 33 et 34 de conjonctif palatin le 13 avril 2004.

Les experts notent que le document radiologique panoramique datant du 31 décembre 2006 montre des dommages radiculaires et parodontaux qui ne peuvent pas être imputés à l'agression de décembre 2006, même si c'est un facteur aggravant. Concernant l'apparition de la sensibilité dentaire sur la dent 35, ils retiennent que la détérioration de l'environnement parodontal de la dent en est la cause, aggravée par le port de tractions maxillaires transversales durant le traitement.

Les certificats médicaux des docteurs G) et L) ne sont, en outre, pas de nature à contredire les conclusions des experts selon lesquelles les problèmes dentaires de l'intimé ont commencé avant l'agression.

Eu égard à ces éléments, les conclusions des experts judiciaires sont à entériner en ce qu'elles retiennent que les problèmes dentaires de l'intimé résultent des soins d'orthodontie des docteurs A) et B) et ne trouvent pas leur cause dans l'agression du 3 décembre 2006.

Quant à l'interruption du traitement immédiatement après objectivation des lésions dentaires et parodontales

Les appelants estiment que la juridiction de première instance a retenu, à tort, l'absence d'interruption du traitement orthodontique immédiatement après objectivation des lésions dentaires et parodontales ainsi qu'un manque de suivi radiographique après traitement orthodontique.

Au vu de ce qui précède, il est établi que les problèmes dentaires de l'intimé, notamment le problème de la récession gingivale, ont commencé avant le 3 décembre 2006.

A la page 20 du rapport, les experts notent que les résorptions radiculaires sont une complication secondaire des traitements orthodontiques. Ils précisent que : « *La résorption radiculaire est d'étiologie plurifactorielle et représente un risque latrogène non intentionnel qui doit être décelé le plus tôt possible, faire l'objet de surveillance radiologique et de précautions thérapeutiques (Dr L.FRAPIER RODF 2007 ; 41 : 295-309). Le Dr M) dans la même revue ODF 41 de septembre 2007 explique : le premier contrôle doit être réalisé entre 6 et 9 mois après le début du traitement orthodontique. Des signes radiographiques de résorption impliquent un contrôle régulier tous les 2 mois et une suspension du traitement pendant 3 mois. Dans notre cas, un contrôle radiologique a été effectué le 31 juillet 2003 et l'interruption de traitement a eu lieu en octobre pour la maxillaire et en décembre 2003 pour la mandibule. (...) Nous pouvons considérer que les résorptions radiculaires observées chez M.D) n'ont pas été suivies par des radiographies et que le traitement n'a pas été modifié comme cela est recommandé. »*

A la page 17, les experts indiquent quant à la radiographie panoramique du 31 juillet 2003 : « *on note la fermeture des espaces d'extractions des dents 34, 44 et pratiquement de 26 ; on note également la visualisation d'un raccourcissement radiculaire sur les dents 42, 41, 31, 32 ainsi qu'un élargissement ligamentaire sur la dent 36 et une zone de moindre densification osseuse en distal de 35 et 45 ; un arc orthodontique est encore en place sur chaque arcade ; 38, 48 sont en place ; 31.07.2003 contrôle radiographique du crâne profil : on note un angle inter incisif plus ouvert que sur la radio du 6.03.2001, l'incisive mandibulaire est versée lingualement ».*

Les experts retiennent : « *que le traitement actif a été stoppé après diagnostic mais pour l'arcade mandibulaire 6 mois après le diagnostic des résorptions radiculaires et des problèmes parodontaux objectivés sur la radio panoramique du 31 juillet 2003 ».*

Au vu de ces conclusions, non contredites par les éléments soumis à la Cour, il est établi que le traitement d'orthodontie n'a pas été arrêté ou modifié immédiatement après objectivation des lésions dentaires et parodontales et n'a pas fait l'objet d'un suivi radiographique.

S'il est constant en cause que le traitement a été interrompu le 18 décembre 2003, les appelants ne prouvent pas avoir effectué le suivi et le contrôle radiologiques, qui font partie des recommandations et des standards de soins, conformément aux règles de l'art.

Les appelants ne sauraient, par conséquent, au regard des conclusions claires et précises des experts qui sont à entériner sans qu'il y ait lieu de procéder à une nouvelle expertise, contester le lien causal entre le traitement entrepris, l'absence d'arrêt du traitement après objectivation des lésions dentaires et parodontales et le préjudice subi par l'intimé.

Le jugement de première instance est partant à confirmer en ce qu'il a retenu que la responsabilité des docteurs A) et B) est engagée pour manquements à leurs obligations dans le traitement orthodontique de D).

L'examen des développements des parties relatifs aux manquements des appelants à l'obligation d'information quant aux risques encourus lors du traitement orthodontique s'avère ainsi superfétatoire.

Etant donné que l'unique cause des dommages accrus à l'intimé réside dans les soins d'orthodontie entrepris par les appelants, ces derniers sont à débouter de leurs demandes tendant à les voir exonérer totalement sinon partiellement de leur responsabilité contractuelle en raison de l'état pathologique préexistant de la victime.

Le jugement n'a pas été entrepris en ce qu'il a dit qu'il «*convient de ressaisir les experts afin qu'ils se prononcent plus amplement sur les préjudices essuyés par D) par suite de son traitement orthodontique défectueux en les spécifiant et en les quantifiant et en ce qu'il convient d'adjoindre aux experts-médecins un expert-calculateur pour finaliser la partie chiffrée du rapport en tenant compte d'éventuels recours des organismes sociaux* » et mis les provisions relatives aux mesures d'instruction ainsi ordonnées à charge des docteurs A) et B), le bien-fondé de la demande en responsabilité à leur égard ayant d'ores et déjà été retenu en principe.

Au vu de l'issue du litige, les docteurs A) et B) sont à condamner in solidum à payer à D) une indemnité de procédure de 1.500 EUR pour l'instance d'appel.

L'E), régulièrement assignée, n'a pas constitué avocat.

L'acte d'appel ayant été reçu par une personne qui a affirmé être habilitée à le recevoir, il convient par application de l'article 79, alinéa 2, du Nouveau Code de Procédure Civile, de statuer contradictoirement à l'égard de l'E).

PAR CES MOTIFS

la Cour d'appel, neuvième chambre, siégeant en matière civile, statuant contradictoirement, sur le rapport du magistrat de la mise en état,

reçoit l'appel,

le dit non fondé,

confirme le jugement entrepris,

renvoie l'affaire pour continuation devant le tribunal d'arrondissement de Luxembourg,

donne acte à la CAISSE NATIONALE DE SANTE de ce que suivant décompte relatif aux prestations en nature pour la période du 23 décembre 2003 au 9 septembre 2014, elle a pris en charge au profit de son assuré D) des prestations en nature pour un montant de 3.078,41 EUR et de ce qu'elle se réserve le droit de faire valoir contre qui de droit le recours dont elle dispose en vertu de l'article 82 du Code de la Sécurité Sociale,

condamne A) et B) in solidum à payer à D) une indemnité de procédure de 1.500 EUR pour l'instance d'appel,

déclare le présent arrêt commun à la CAISSE NATIONALE DE SANTE et à l'E),

condamne A) et B) in solidum aux frais et dépens de l'instance d'appel.

La lecture du présent arrêt a été faite en la susdite audience publique par Eliane EICHER, président de chambre, en présence du greffier Josiane STEMPEL.