



Constance Léger

Le reste à charge zéro : le Code peut-il sauver la déontologie ?

Constance Léger
Paris

Consentement et surtraitement, « zéro reste à charge » et population vulnérable

Comment le code de déontologie assure le consentement du patient et le protège du surtraitement ? Faut-il le faire évoluer pour atteindre ces objectifs ?

Le cadre juridique du consentement

Article R 4127-236 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, aux conditions définies aux articles L.1111-2 et suivants ».

Article L1111-2 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

Sur le fond, et comme nous le prouve la décision de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes du 9 février 2017, le code tel qu'il existe actuellement suffit à poursuivre et condamner un praticien pour un défaut d'information et l'absence de recueil d'un consentement réellement éclairé. Revenons sur cette jurisprudence ordinaire : dans ce litige, qui porte sur un traitement estimé à 24 180 euros par le devis du praticien, la chambre a estimé que l'information destinée à la patiente était insuffisante, arguant que « la description d'une réhabilitation prothétique complexe [...] ne peut être faite sans écrits, dessins, photos, schémas, et sans un document signé des deux partis. »

Cette (rare) décision ordinaire amène les réflexions suivantes :

En pratique les condamnations pour ces motifs sont exceptionnelles, et sont généralement prononcées dans des litiges où d'autres manquements sont mis à jour (ici par exemple, et de façon non exhaustive : « absence de devis conforme, ristourne, négligence concernant l'absence de reprise des traitements endodontique, défaut d'aménité, irrégularité des chèques »...). L'assise juridique du consentement est en tout cas indiscutable.

Ce litige est à l'initiative de la patiente, qui présente deux particularités :

- elle exerce une profession médicale, et est donc en capacité de s'informer par elle-même,
- elle règle ses soins, et est donc directement concernée par leur coût.

Cela pose la question du contrôle éventuellement possible du recueil du consentement pour deux types de patients (qui sont parfois les mêmes) :

- patients ayant peu de culture médicale et/ou étant soigné dans une langue qu'ils maîtrisent peu ou pas ;
- patients ne réglant pas leurs soins, n'ayant donc pas conscience de leurs coûts et n'étant pas concernés par des dépassements de frais non initialement prévus.

Pour cette population (parfois doublement) vulnérable, le code et l'organisation du système de santé paraissent aujourd'hui inadéquats à la protection de leurs droits. Cela est illustré par la jurisprudence ordinaire : la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des chirurgiens-dentistes, dans sa décision du 13 février 2014, a condamné un praticien à une interdiction d'exercice de deux ans, pour avoir (entre autres) fait subir à des patients dont certains bénéficiaires de la CMU des soins « inutiles et mutilants », par « une pratique de sa profession profondément dévoyée consistant à profiter du dispositif de solidarité nationale que constitue la CMU ainsi que de la confiance et de la situation de faiblesse de ses patients pour leur imposer des travaux prothétiques inutiles [ici par exemple et entre bien d'autres choses, la dévitalisation et le couronnement de 17 dents saines chez une patiente] et aurait, en outre, commis dans la réalisation de ces soins des fautes thérapeutiques graves ayant entraîné de grandes souffrances ».

Population vulnérable, et population vulnérabilisée par le zéro reste à charge

Les patients aux faibles moyens de compréhension (qu'ils maîtrisent ou non la langue dans laquelle ils se font soigner) nécessitent des précautions particulières pour les protéger de dangers dont ils n'ont pas forcément conscience eux-mêmes. Nous pourrions imaginer la création d'un « conseil » gratuit, au service de la population, auxquels les patients pourraient (sur la base du volontariat tout d'abord, puis avec incitation par un meilleur remboursement le cas échéant) soumettre les traitements qui leur sont proposés. L'existence même de ce Conseil (donné par des praticiens agréés par le conseil de l'ordre et rémunérés par la sécurité sociale) pourrait avoir la vertu première d'amener les praticiens à mieux analyser les situations cliniques et à proposer des plans de traitements réellement conformes aux besoins du patient et aux données acquises de la science, et ce d'autant plus si un plan de traitement « retoqué » pouvait entraîner un contrôle renforcé de l'activité du praticien.

Dans le contexte actuel de volonté politique de dissimuler aux patients les frais réels de leur système de santé défaillant, la profession appelle de ses vœux un **reste à charge pédagogique**. Ce financement, même symbolique, par le patient, oblige forcément à la réflexion avant de s'engager dans des soins, responsabilise le patient quand à son implication dans la réussite de son traitement, et permet la matérialité de la maturation de cette réflexion par la signature d'un devis.

Enfin, il est temps que les politiques prennent conscience que l'absence d'engagement financier, qui n'a qu'un fondement idéologique et non rationnel (car si la santé n'a pas de prix, elle a bien évidemment un coût), **met le patient en danger** : en effet l'acceptation d'un devis et l'engagement à régler des soins qui en découlent sont une marque forte et peu discutable de consentement. En l'absence de reste à charge (et donc souvent dans les faits en l'absence de devis), comment contrôler celui-ci ?

- Faut-il imaginer le recueil du **consentement du tiers payant** pour les cas où ce tiers financerait la majorité du traitement ? Pour des questions de confidentialité, ce consen-

tement ne peut être demandé à un tiers privé ou une mutuelle, qui sont pourtant en train de devenir les financeurs majoritaires du système de santé (du moins jusqu'à l'avènement d'une réforme fondée sur le bon sens et l'éthique et non sur certains intérêts financiers) ;

- Ou le recueil d'un **consentement externalisé, à un tiers régulateur neutre** ? Lequel pourrait prendre la forme d'une validation de traitement par des dentistes agréés par le Conseil de l'Ordre et rémunérés par la Sécurité Sociale (rémunération qui serait aisément compensée par les économies réalisées en évitant les surtraitements).

L'extension des prises en charges des frais médicaux par des tiers, voulue et accélérée par les pouvoirs publics, fait de cette question une urgence sanitaire. Si ce retour à un mode « d'entente préalable » peut sembler une régression, il apparaît aujourd'hui comme une protection nécessaire des patients face au risque de surtraitement.

Dans le code, cela pourrait s'inscrire dans un article tel que : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché et obtenu dans tous les cas, aux conditions définies aux articles L.1111-2 et suivants. L'engagement du patient dans son traitement, qui marque son consentement, est acté par sa participation financière à ce dernier, qui ne peut être intégralement pris en charge par un tiers. Ce consentement individuel n'empêche pas la société de vérifier à chaque fois qu'elle l'estimera nécessaire la justification des soins proposés. ».

Ou bien, si les pouvoirs publics s'obstinent à infantiliser la population en maintenant opaque le financement de leurs soins, le sibyllin article R 4127-246 « L'existence d'un tiers garant tel qu'assurance publique ou privé, assistance, ne doit pas conduire le chirurgien-dentiste à déroger aux prescriptions de l'article R 4127-238 », lequel affirme que « Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins. », pourrait gagner en clarté et en utilité en se posant en garde-fou dans une relation patient-praticien de plus en plus envahie par des tiers (payants, contrôleurs, prescripteurs, indicateurs de praticiens...). Par exemple : « Le chirurgien-dentiste est et demeure seul prescripteur des soins qu'il estime nécessaires. Nul tiers, personne physique ou morale, ayant ou non un intérêt financier dans le traitement du patient, ne saurait intervenir d'une quelconque façon que ce soit sur le traitement entrepris et accepté par le patient. »

Rappelons que dans son rapport portant sur l'association Dentexia, l'IGAS sollicite la « solidarité nationale » pour réparer les dégâts sanitaires considérables causés. Il est légitime que cette solidarité s'accompagne d'un droit de regard sur l'indication des soins et leur qualité. Il est par ailleurs regrettable que le rapport de l'IGAS de novembre 2017 (portant sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant) ne se soit intéressé qu'à l'aspect technique du tiers-payant généralisé sans explorer les changements comportementaux induits chez les patients (désengagement du traitement ?) et chez les praticiens (rigueur dans le recueil du consentement ? surtraitement ?).

Les praticiens en sont déjà conscients, et les leçons à tirer des patients actuellement en tiers payant intégral ne manquent pas : le « zéro reste à charge » s'avérera fatalement extrêmement coûteux, sanitaire (surtraitement) et financièrement pour l'ensemble de la population. Les seuls qui en tireront bénéfice seront les assureurs et les employeurs peu scrupuleux de chirurgiens-dentistes, tout cela au détriment des patients, des finances publiques, et des praticiens (qui ne semblent plus avoir le droit de s'enrichir par leur exercice, contrairement aux actionnaires des centres de santé).

Si le Ministère de la Santé cherche un symbole fort de l'implication de la solidarité nationale au service de la santé bucco-dentaire, pourquoi ne pas lancer un reste à charge zéro pour les brosses à dents plutôt que sur la prothèse ? Ou même, sur une vraie consultation de prophylaxie, facturée à un prix réel qui permettra d'en faire un vrai bénéfice pour le patient, et d'impliquer des praticiens compétents ?

La liberté tarifaire au service d'un exercice intègre

Le cadre juridique de la liberté tarifaire des praticiens

Le code de déontologie semble tout à fait explicite et vigoureux sur cette question :

- article R 4127-201 : « Entente directe entre le patient et le chirurgien-dentiste en matière d'honoraires » ;
- article R 4127-204 : « Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins [...] ainsi que la sécurité des patients. [...] il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose » ;
- article R 4127-240 : « Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation son, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières ».

Pourtant, et en totale ignorance la déontologie médicale, les médecins (en 1945) puis les dentistes ont perdu le droit de fixer le montant de leurs honoraires. La médecine a vu ensuite l'émergence d'un secteur 2 préserver un certain niveau de compétence pour les spécialistes mais a quand même assisté à la paupérisation de son corps professionnel (et, parallèlement, à l'augmentation d'accès aux soins pour les patients et la dégradation de la prise en charge). Pour les dentistes, il n'y a pas eu de création de secteur 2. L'Assurance Maladie Obligatoire a proposé par le biais de la NGAP une liste d'actes thérapeutiques remboursables et fixe leur tarif (pour une partie d'entre eux). Si le chirurgien-dentiste ne se voit pas à proprement parler imposer une thérapeutique, cela peut déjà l'inciter, consciemment ou non, à privilégier les actes répertoriés dans la nomenclature, même s'il garde la possibilité de proposer et facturer des actes en « hors nomenclature ».

Par la suite, l'AMO a fait évoluer les actes répertoriés dans la nomenclature, les a précisés, étendus jusqu'à en faire une liste presque ex-

SMILE IS IN THE AIR*

- ▶ FINI LES CUPULES
- ▶ FINI LA PÂTE À POLIR
- ▶ UTILISATION RÉDUITE DE L'INSTRUMENTATION MANUELLE ET ULTRASONIQUE



EMS 
MAKE ME SMILE™

EMS-DENTAL.COM

AFPM 05/19 *Il y a du sourire dans l'air **Faites moi sourire Dispositif Médical classe IIa - Marquage CE 0124 - Org. certificateur : DEKRA Certification GmbH - Fabricant EMS SA

FOCUS SUR LE DU D'EXPERTISE...

Constance Léger 

haustive des pratiques dentaires, sans en faire évoluer les tarifs pendant plusieurs décennies. Les renégociations actuellement en cours proposent une réévaluation des soins (à des montants qui restent encore totalement déconnectés de leur coût réel) et le plafonnement des tarifs prothétiques (qui en fait des actes réalisés « à perte » pour les dentistes rigoureux). La nouvelle convention va vers la systématisation des actes les plus invasifs (dévitalisation-couronne) au dépit de tout bon sens et au mépris des besoins réels des patients. Il est urgent de revenir à une pratique dans laquelle, quel que soit le contenu de la séance, la rémunération reste honorable, de telle sorte qu'étant prescripteur et exécuteur, cela n'influe pas sur la décision thérapeutique. Avec moins de démagogie et plus de pédagogie, la société comprendrait qu'elle a tout à y gagner (tant pour la santé des individus que pour la maîtrise du budget de santé publique).

Sortir des injonctions paradoxales

Il est évident et légitime que les honoraires du chirurgien-dentiste doivent être calculés afin d'assurer la pérennité du cabinet (qui nécessite souvent des investissements lourds que le praticien est le seul à assumer) ainsi qu'un revenu correspondant au niveau de qualification et de responsabilité d'un praticien. Les chirurgiens-dentistes sont soumis dans leurs examens, diagnostics, et traitements, à une obligation de moyens. Or quel est le premier de ces moyens si ce n'est d'avoir le temps d'examiner son patient, de réfléchir au traitement qui lui serait le plus adapté, de prendre le soin de le lui expliquer, de le réaliser dans les règles de l'art, d'en assurer le suivi consciencieux ? Le temps, sans doute parce qu'il échappe d'avantage aux contrôles administratifs que des fiches de prothèses et des références de céramiques ou de bacs à ultrasons, est totalement absent des considérations des pouvoirs publics. Les tarifs imposés sont par essence même non déontologiques.

Ils sont aussi la négation de ce que doit être réellement toute relation médicale. En tarifant les actes réalisés, **l'Assurance Maladie Obligatoire s'est désintéressée de la pratique déontologique. Quelle facturation existe aujourd'hui pour l'établissement et l'explication d'un diagnostic ? D'un plan de traitement ? Du recueil du consentement ?** Pourtant, dans les litiges mettant en doute le consentement, les enquêtes s'intéressent aux durées et au nombre de rendez-vous. Ce temps est-il censé être bénévole ? Quel bénévole a aujourd'hui les moyens de mettre son temps et un plateau technique dont le coût peut aller jusqu'à plusieurs centaines d'euros de l'heure à disposition d'une population qui, par ailleurs, le pressurise financièrement ?

Pourtant ce n'est pas par libéralisme outrancier que les fondements de la déontologie affirment que le praticien fixe lui-même ses honoraires avec tact et mesure. Il est le seul à pouvoir évaluer, dans cette triade très particulière qui réunit un patient singulier, ses besoins de soins et leur aspect technique, et un praticien avec ses compétences et son équipement, le temps et les frais que nécessitera le traitement envisagé. Les actes à tarifs imposés sont donc aberration déontologique autant qu'une aberration pratique. Seul le montant du remboursement accordé par la société peut être décidé par cette dernière.

Par ailleurs le mauvais remboursement entraîne un renoncement aux soins par effet pervers d'illusion de la gratuité du soin « nécessaire ». Par exemple, **il est plus difficile de faire comprendre aux patients la nécessité d'un assainissement parodontal (non pris en charge**

par la sécurité sociale), alors qu'une couronne (qui n'est pas forcément justifiée et en tout cas certainement pas prioritaire chez un patient souffrant de parodontite) sera mieux acceptée. Le remboursement par la sécurité sociale, bien que déconnectée de toute considération de ce que sont « les données acquises de la science », fait encore figure aux yeux des patients de validation par une autorité extérieure.

Dans son obligation de moyens, le chirurgien-dentiste est censé se conformer à ces données acquises. Quelle peut être cette réalité avec des tarifs qui le privent de son premier moyen (le temps) ? Prenons l'exemple des tout nouveaux BBD (Bilans Bucco Dentaires) des retraités, dont le montant est fixé à 30 euros par la Sécurité sociale. Ce tarif fait figure d'automatisme pour la consultation d'un praticien qui met ses compétences et son plateau technique à disposition de son patient durant environ 45 minutes. Selon le coût horaire du cabinet, 30 euros correspondent à 6 à 18 minutes de temps de fauteuil : c'est absolument dérisoire face aux ambitions affichées de cette campagne d'incitation de bilan et de dépistage. Cette mesure (coûteuse) est donc au mieux inutile, et bien souvent néfaste à sa santé pour un patient qui croit ainsi être suivi quand il n'a pas pu faire l'objet d'un examen rigoureux ni bénéficier des explications nécessaires à son implication dans sa santé. Il est grand temps d'investir avec audace et lucidité dans la prévention.

En imposant un tarif, on impose une qualité (forcément mauvaise au regard du temps qui peut être consacré à l'acte) ou (ce qui est encore plus inquiétant et pervers) on entraîne le praticien vers un exercice où son équilibre financier sera lié à l'aggravation de l'état de ses patients. Tout ceci avec la bénédiction des pouvoirs publics, qui n'ont en tête que de baisser le prix des couronnes quand, en 2019 en France, il est tout à fait possible de ne plus en faire du tout. En tout état de cause, (article R 4127-233) « *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science* ». Les dentistes ne pourront donc pas se réfugier derrière l'excuse du bas-coût pour légitimer des soins de piètre qualité, qui resteront (de même que les tarifs imposés...) toujours non conformes à leur déontologie.

Quelle protection pourrait alors offrir l'article R 4127-232 : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles* » ? Le praticien peut-il l'invoquer si dispenser ses soins met en danger l'équilibre financier de son cabinet ? (n'est ce pas une raison professionnelle ?). Comment qualifier le dispositif de CMU de solidarité nationale quand il se fait principalement au détriment du revenu d'un seul individu ? Revenir à une réelle liberté de tarifs serait aussi un atout pour lutter contre les **déserts médicaux**, par régulation de l'offre et de la demande, sans que la qualité des soins soit une variable d'ajustement du marché.

À minima, la création d'un **secteur 2** en médecine dentaire, depuis longtemps réclamée par la profession et qui respecterait le droit des patients à choisir leur niveau de prise en charge semble urgente. Ouvrant droit à honoraires libres sur justifications de compétences particulières dans tel ou tel domaine, il pourrait être accordé en contrepartie de contrôles qualitatifs fréquents et sanctionnant (par exemple, perte du secteur 2 en endodontie si les résultats d'un contrôle des dossiers patients mettent en évidence une insuffisance de qualité sur ces traitements). [...]

[L'intégralité de ce mémoire est disponible sur le site dr-constance-leger.chirurgiens-dentistes.fr]