

La « nécessité médicale », une réalité ?

[PARTIE 1, LE SOIN « INDIQUÉ »]

TOUS LES PRATICIENS ONT CETTE INTUITION CLINIQUE QUE TOUT ACTE RÉALISÉ DOIT ÊTRE UTILE AU PATIENT, ET JUSTIFIÉ PAR UNE NÉCESSITÉ MÉDICALE. COMMENT LES TEXTES DE LOI ENCADRENT-ILS CETTE VALEUR D'HUMANISME ET DE BON SENS QU'EST LE SOIN « INDIQUÉ » ?

PAR LE DR CONSTANCE LEGER

Dans une série d'articles, le Dr Constance Leger se penche sur l'origine, non pas du monde, mais du soin. Ici le « soin » s'entend au sens de tout acte que les dentistes peuvent réaliser sur les patients, d'une simple rétro-alvéolaire à un bridge complet sur implant... Tous les praticiens ont cette intuition clinique que tout acte réalisé doit être utile au patient, et justifié par une nécessité médicale. Comment les textes de loi dont notre société s'est pourvue encadrent-ils cette valeur d'humanisme et de bon sens qu'est le soin « indiqué » ?

« Avant tout, ne pas nuire. » Prenons le temps de nous poser face à cette sagesse Hippocratique. Où en sommes-nous, chacun, dans le respect de cette injonction ? Les pressions financières, l'excitation face aux nouvelles technologies, le rythme des consultations et les demandes de nos patients

sur- (et souvent mal-) informés ont-ils laissé vivace cette maxime originelle ? « *Avant tout, ne pas nuire* »... Pourtant tout acte que nous réalisons est une nuisance. Douleurs, dépense financière, temps consacré aux rendez-vous, inconfort postopératoire, arrêt de travail, prise de médicaments (dont aucun n'est dénué d'effets secondaires), irradiations, allergies... Bien que nous œuvrions dans un but diamétralement opposé, nous nuisons. Ces souffrances infligées doivent être reconnues, entendues, pour que notre jugement les mette perpétuellement en rapport avec le bénéfice que nos patients tireront de notre travail, pour que cette balance « *bénéfice / risque* » penche du bon côté.

L'article 16.3 du Code Civil dispose qu' « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne (...)* ». Souvenons-nous que tout soin est une atteinte, fusse-t-elle infime, à l'intégrité du corps. Sans pour autant fermer nos cabinets et nous reconvertir en fleuristes, nous devons garder à l'esprit que rien d'injustifié ne doit être entrepris, que nous avons des comptes à rendre, en tout premier lieu à notre conscience (avant même notre patient, la société, d'éventuels juges ou experts...) sur l'indication de nos traitements.

De notre entière responsabilité

Dans le code pénal (article 121.1) nous pouvons lire que « *nul n'est responsable pénalement que de son propre fait* ». Puis plus loin (article 121.3) qu' « *il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre* ». Or, s'il est bien un domaine où le praticien porte seul la responsabilité des faits, où nul aléa, imprévu, accident, particularité anatomique ne peut être invoqué, c'est bien celui du diagnostic et du choix du traitement. Chacun doit faire les auscultations et examens qu'il estime nécessaires, doit consulter le cas échéant les médecins traitants ou autres correspondants maîtrisant les compétences qu'il n'a pas, pour poser avec autant de certitude que la médecine le permet un diagnostic, et proposer à son patient le traitement le plus approprié.

Pour ce faire, il nous faut sans cesse et avec humilité nous former aux nouvelles techniques, lire les études cliniques, remettre en question notre exercice au cœur même des actes les plus banals. Par exemple, jusqu'à il y a quelques années, les chirurgiens-dentistes apprenaient en formation initiale que le traitement endodontique était de mise pour toute carie juxta-pulpaire. À présent, des techniques de coiffage et de collage éprouvées permettent de faire des restaurations adhésives (donc bien plus conservatrices en tissu dentaire)

Injonctions paradoxales

Prenons le cas d'un patient qui consulte pour remplacer ses incisives mandibulaires perdues par parodontite. Deux implants en 32 42 pourraient porter un bridge de quatre couronnes, mais ce dernier ne sera pas remboursé. Devons-nous réaliser quatre couronnes unitaires sur quatre implants pour rentrer dans un plan de financement plus favorable à notre patient ?

Le code de déontologie nous exhorte (article R 4127-234) à « *mettre [notre] patient en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels son état lui donne droit* ». Nous sommes parfois pris dans des injonctions paradoxales quand ces « *avantages sociaux* » sont incohérents avec les indications cliniques.

très près de la pulpe (et même avec effraction pulpaire dans certaines circonstances). C'est un gain considérable et évident pour le patient (largement compensé par le très faible risque de nécrose), mais cela demande pour le praticien d'être à jour dans ses connaissances.

Cela exige aussi de la part du praticien beaucoup de pédagogie et de patience pour expliquer que les traitements les plus indiqués sont – souvent – totalement déconnectés des politiques de remboursements (Sécurité sociale et mutuelles). Étant seul à répondre de nos actes, nous ne devrions pas voir notre discernement influencé par d'autres contingences que notre conviction clinique (forgée par tous les examens que nous aurons estimés nécessaires). Trop souvent, la pression financière induite par les différents remboursements censés aider les patients à se soigner pèse lourd sur cette liberté thérapeutique.

Garder le cap de l'intérêt du patient

Cela nous protège aussi, car en cas de litige, et avant même d'analyser le déroulement de l'acte et de rechercher une éventuelle faute technique, l'expert s'attachera tout d'abord à répondre à la question « *L'acte était-il indiqué ?* ». Faire →



© wuhsanfac / istockphoto

« Nous avons des comptes à rendre - à notre conscience, à nos patients, à la société - sur l'indication de nos traitements. »

un acte injustifié, même s'il n'a rien coûté au patient (du moins directement, car bien évidemment les soins « entièrement remboursés » sont payés par la collectivité donc *in fine* par les individus), même s'il s'est bien déroulé, restera toujours une faute. (Bien évidemment, si l'acte a des suites fâcheuses, son indication sera d'autant plus examinée, nous y reviendrons ultérieurement.)

Le Code Civil nous dit encore, dans le chapitre traitant de la responsabilité, que « *Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ». (article 1240)

Même sans faute, même bien réalisé, un acte injustifié peut constituer un dommage (extraction de dents de sagesse sans motif valable, implant « inutile », traitement endodontique d'une dent condamnée parodontalement...).

Le code de déontologie médicale renforce cet impératif, dans son article R 4127-41 : « aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux [...] et sans information et consentement ».

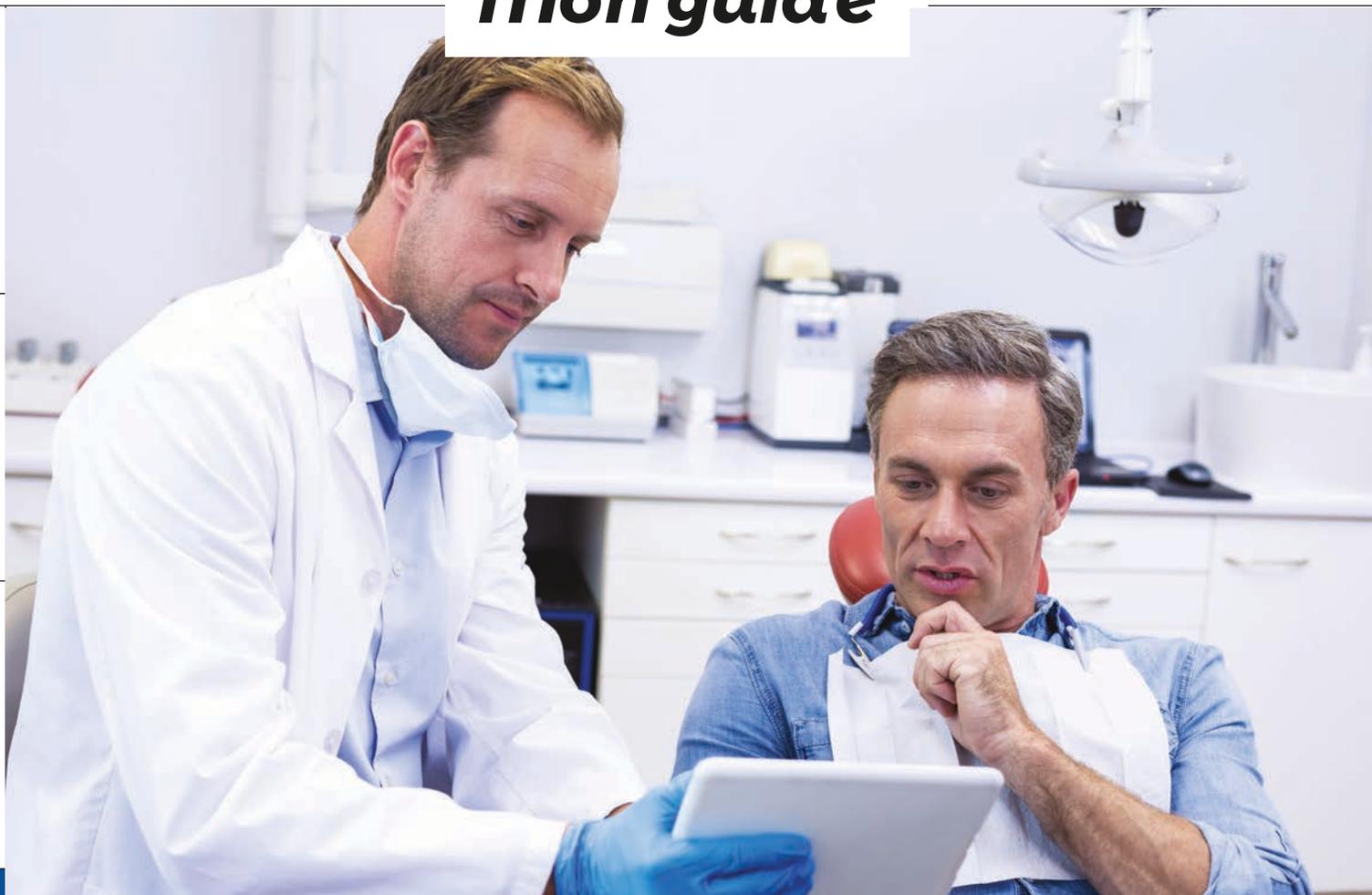
Slow down...

Avant de faire prendre à nos patients des risques de complications, prenons le temps, individuellement, sans plan de traitement stéréotypé, de poser l'indication de chaque acte. Par exemple, quelle est la nécessité médicale, à l'heure actuelle, des germectomies précoces des dents de sagesse ? La retrouve-t-on réellement dans toutes les interventions pratiquées ?

Il est souvent possible d'attendre, d'observer l'évolution d'un phénomène, de temporiser, d'expliquer au patient quelle fréquence de surveillance est nécessaire pour ne pas prendre de risque inutile. Offrons-nous ce temps ! Offrons à nos patients ces rares bienfaits que sont « abstention thérapeutique et surveillance ». Et ceci à toute étape de nos traitements. Quelle urgence, et même quelle indication à mettre en place immédiatement une couronne sur un implant pour remplacer une dent absente depuis des mois, des années (en risquant de compromettre l'ostéointégration de l'implant) ? Ou à faire un détartrage à un patient qui ne maîtrise pas encore l'élimination de la plaque bactérienne ? La nécessité médicale n'est-elle pas ici, en premier lieu, de l'éduquer à prendre soin de lui, afin de rendre nos actes ultérieurs plus pérennes et moins nombreux ? La survenue d'un « problème » (tartre, carie), surtout s'il est facilement identifiable par le patient (gêne esthétique, douleur), est une occasion pour lui d'apprendre à reprendre la main sur la santé de sa bouche. Ne gâchons pas cette chance !

Tout soin est la rencontre d'un besoin médical, de l'acte technique d'un praticien, et... d'un patient. Prendre le temps, par nos explications, de faire entrer son patient dans la dynamique de son traitement, de le motiver, de le rendre acteur de sa santé, est le seul moyen d'obtenir des résultats durablement satisfaisants. Or cette implication découle de la nécessité médicale puisqu'il est par définition impossible de l'obtenir pour un acte inutile. ●

Dans les prochains numéros de Solutions Cabinet dentaire, nous nous pencherons sur la notion de soin « approprié » : une fois l'indication posée, il s'agit en effet de choisir le soin qui rendra le plus service à notre patient. Consentement du patient, données acquises de la science, cas particulier de l'esthétique... Nous verrons comment le Droit guide notre attitude clinique.



Comment le droit encadre le choix du traitement

[PARTIE 2, LE SOIN « APPROPRIÉ »]

DANS UNE SÉRIE D'ARTICLES, LE DR CONSTANCE LEGER NOUS MONTRE COMMENT LE DROIT ENCADRE LE SOIN. APRÈS UN VOLET SUR L'INDICATION DES SOINS, NOUS NOUS INTÉRESSONS AUJOURD'HUI AU CHOIX DE NOS TRAITEMENTS.

PAR LE DR CONSTANCE LEGER

Nous avons vu dans une première partie qu'il est de notre entière responsabilité de poser l'indication d'un soin, dans le souci avant tout de ne pas nuire au patient. Pourtant, un soin « indiqué » n'est pas suffisant, il faut également choisir, quand il y a indication de soin, le traitement le plus approprié, et auquel le patient adhère.

De l'intime conviction du praticien au consentement du patient

Avant de débiter tout traitement, il se crée (de façon informelle le plus souvent) entre le praticien et le patient un « contrat de soin », qui lie les deux parties dans un rapport de confiance mutuelle.

Apprenez à respirer à vos enfants

Nouvelle édition



Jean-Paul Allaux

L'apprentissage d'une bonne respiration dès la petite enfance permet de lutter contre des pathologies telles que les bronchiolites, l'asthme, ou encore de libérer la trompe d'Eustache afin d'éviter les otites. Par-delà la maladie, des exercices respiratoires ralentissent, voire interrompent, les épisodes infectieux. Ils sont donc aussi bénéfiques à titre préventif... L'éducation à une respiration nasale favorise un meilleur équilibre de la face et des fonctions masticatoires, activant ainsi le traitement orthodontique. La relaxation et la sophrologie favorisent l'intégration des conseils dispensés et aident les enfants à s'épanouir pleinement.

216 pages, 29 euros

978-2-490481-15-6

Commandez et retrouvez toutes nos collections sur

www.librairie-garanciere.com

Le Code Civil (article 1128) précise que « sont nécessaires à la validité d'un contrat :

- 1/ le consentement des parties ;
- 2/ leur capacité de contracter ;
- 3/ un contenu licite et certain. »

Notre société a beaucoup insisté et insiste encore beaucoup (malgré les récentes entorses inquiétantes faites sur ce point) sur le consentement du patient et son information, sans doute dans l'illusion naïve que le « contenu licite et certain » (notamment ici : un soin justifié par une nécessité médicale) coule de source. Or, l'actualité nous rappelle violemment qu'il n'en est plus rien pour certains « praticiens ». Il semble utile de rappeler que pour le patient, fusse-t-il consentant, un acte injustifié reste injustifié et constitue donc une atteinte illégale à l'intégrité du corps.

Philosophiquement parlant, nous pourrions méditer sur ce que pourrait être le consentement d'un patient - censé avoir reçu une information claire, loyale, complète, adaptée à ses capacités de compréhension - à subir un acte injustifié... Or nous lisons, dans le Code Civil encore (article 16-3) que « (...) Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement » (hors cas particuliers tout à fait marginaux en odontologie).

Le cas particulier de l'esthétique

Dans ce domaine le patient lui-même pose l'indication médicale. En ce qu'elle concourt à « un état de complet bien-être physique, mental et social » (soit la définition de la santé par l'OMS), l'amélioration de l'apparence extérieure peut effectivement relever d'une indication médicale. Cela doit toutefois être tempéré par le caractère tout à fait subjectif de l'appréciation de cette apparence, et par la distorsion existante entre l'évaluation de cette apparence par le patient (parfois extrêmement précise) et son ignorance des conséquences médicales des traitements à visée esthétique. C'est bien cette ignorance qui doit être comblée avant sa décision : c'est l'objet de l'information délivrée par le praticien. Par exemple, une patiente de 25 ans qui désire bénéficier d'un traitement esthétique par facettes céramiques doit être totalement informée et consciente du devenir des restaurations collées, de →



« Se limiter à ce qui est nécessaire, sans céder aux sirènes des industriels ni aux pressions financières d'un cabinet à faire tourner. »

leur renouvellement (selon une fréquence probable de 8 à 17 ans), du risque que chaque infiltration, chaque renouvellement, entraînent une perte dentinaire et amélaire et donc une reconstitution prothétique plus importante, que tout cela corrélé à son espérance de vie lui fait prendre le risque d'une vieillesse avec des dents potentiellement assez délabrées et des problèmes carieux et parodontaux si l'hygiène vient à être moins efficace. C'est forte de toutes ces connaissances qu'elle prendra une décision réellement éclairée.

Il est intéressant de noter que la chirurgie esthétique est d'ailleurs, avec la recherche biomédicale, un cas où le manquement au devoir d'information peut être retenu comme une **faute pénale**. C'est sans doute cette position particulière qui incite certains praticiens à formaliser le consentement des traitements esthétiques par écrit (bien qu'un écrit seul ne prouve pas l'information), alors que le consentement est souvent implicite pour d'autres types de soins, ou acté par la simple signature du devis.

Qu'est-ce qu'un soin « approprié » ?

Le Code de la santé publique (article L1110-5) encadre ainsi les droits des patients : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que

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

Nous précisons tout d'abord ce que l'on entend par « connaissances médicales avérées ». Ce sont des notions, savoirs, ou savoir-faire, qui remplissent les critères ci-dessous :

- Elles ont fait l'objet de publications dans des revues scientifiques (dotées de comité de lecture valable).
- Elles sont enseignées dans les facultés au moment où les soins sont réalisés (attention à la mise à jour des connaissances, nous travaillons jusqu'à 45 ans après l'obtention de notre diplôme et sommes dans un domaine où les choses évoluent rapidement).
- Elles bénéficient d'un recul clinique certain (5 ans semble un minimum).
- Elles font l'objet d'un consensus auprès de la communauté scientifique.
- Elles ne présentent pas de risque supérieur à ceux des techniques offrant les mêmes avantages.

Le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes (article R4127-233) reprend également cette notion : « 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 ».

Ce même Code de déontologie précise, dans son article R41277-238, 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 ». Deux notions fondamentales (et bafouées par le système de santé actuel) y apparaissent :

- la liberté dans la prescription, aujourd'hui si malmenée par l'intrusion des tiers payeurs et des médias dans le dialogue patient-praticien,
- se « limiter » à ce qui est nécessaire, sans céder aux sirènes des industriels ni aux pressions financières d'un cabinet à faire tourner... ●

Dans le prochain numéro de Solutions Cabinet dentaire, retrouvez la dernière partie de ce dossier : le Dr Constance Leger montrera comment le Droit organise les relations entre nécessité médicale, devoir d'information, et consentement du patient.



Indication, information, et consentement : un trio gagnant

DANS UNE SÉRIE D'ARTICLES, LE DR CONSTANCE LEGER EXPLORE COMMENT LE DROIT ENCADRE LE SOIN. APRÈS UN VOLET SUR L'INDICATION DES SOINS ET SUR LA NOTION DE SOIN « APPROPRIÉ », NOUS NOUS INTÉRESSONS AUJOURD'HUI À L'OBLIGATION D'INFORMATION.

PAR LE DR CONSTANCE LEGER

Dans un premier opus (*Solutions Cabinet dentaire* n°16, mai 2019), le Dr Constance Leger a rappelé que, « tout acte étant nuisance, il était de la responsabilité du praticien de ne proposer que des actes indiqués par un "motif médical très sérieux", ce qui invite à l'observation et à la réflexion avant toute action ». Puis, elle s'est penchée sur l'obligation de réaliser des soins indiqués (y compris pour des raisons esthétiques) de façon « appropriée », c'est-à-dire conformément aux données acquises de la science (voir *SCD* n°17, juin 2019). Dans cette dernière partie, la praticienne propose de voir comment le droit organise les relations entre nécessité médicale, devoir d'information, et consentement du patient.

Notre devoir d'information est (quasiment) absolu (ses exceptions, définies par la loi, étant rarissimes en odontologie) et s'intrique dans un tissu d'obligations. Nous pouvons déjà rappeler que, bien évidemment, le fait qu'un soin soit justifié, nécessaire, et conforme aux données acquises, ne diminue en rien le devoir que nous avons d'informer notre patient, de l'éclairer sur les causes et conséquences du traitement, qu'il est d'ailleurs libre d'accepter ou de refuser (le traitement fût-il absolument requis pour sa survie même). C'est ce que nous dicte le code de la santé publique (article L1111-4) : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés. » Même si ce cas de figure est tout à fait exceptionnel dans le domaine de l'odontologie, souvenons-nous de l'article L. 1110-10 : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Quel préjudice pour un patient « mal » informé ?

À l'issue d'un traitement nous pouvons retrouver différents cas de figure, notamment dans le cas où le soin a entraîné un préjudice pour le patient. Les expertises évaluent alors le ou les préjudices selon la mission dite « Dinthilac ». Cette mission distingue, outre les préjudices patrimoniaux (c'est-à-dire « financiers », comme le prix d'un implant pour remplacer une dent, et le(s) couronne(s) à (re)faire sur cet implant tout au long de la vie du patient) et extrapatrimoniaux (= non financiers, par exemple le préjudice esthétique, qui devront être « convertis » en dommages et intérêts financiers), deux préjudices autonomes :

- La **perte de chance**, c'est-à-dire la disparition de la probabilité qu'un événement favorable se produise. C'est le cas par exemple lorsqu'un praticien tente un comblement osseux dans le même temps opératoire qu'une →

extraction, mais que, ce comblement s'infectant, son patient perd finalement davantage de tissus osseux et gingival que n'en aurait laissé une cicatrisation naturelle. Le comblement était-il indiqué ? Si oui, dans le même temps opératoire ? Le patient était-il prévenu de ce risque ? Ici, il y a eu un dommage corporel. Si le patient n'était pas informé et que le soin n'était pas indiqué, le préjudice retenu sera celui de la perte de chance. Une information correcte aurait permis au patient de se soustraire à une intervention (et par exemple de préférer différer le comblement), mais le manque d'information lui a fait perdre cette « chance ».

- Le **préjudice d'impréparation** : lorsque l'acte était bien indiqué, et même quasiment inévitable, on peut légitimement considérer que, même correctement informé, le patient aurait souhaité en bénéficier, qu'il n'aurait pas pu ou pas voulu s'y soustraire. Pour autant, s'il n'a pas été informé, on retiendra le préjudice de ne pas avoir pu se préparer au risque qu'il ignorait courir. Par exemple, une dent de sagesse mandibulaire présente une lésion osseuse infectieuse, évolutive, douloureuse, profonde. Son extraction, inévitable, entraîne une lésion du nerf alvéolaire inférieur qui laisse au patient une paresthésie durable. L'explication de ce risque en pré-opératoire avec le patient lui permet de l'accepter et de se préparer à cette conséquence possible d'une intervention qui est seule à même de supprimer son foyer infectieux. Sans cette information, il y a préjudice d'impréparation.

- Enfin, précisons qu'en cas de dommage survenant chez un patient informé et lors d'un acte indiqué (et correctement réalisé), il n'y aura pas de préjudice retenu (c'est un « dommage sans faute »), on parlera d'**accident médical non-fautif** (anciennement nommé « Aléa thérapeutique »).

Nous pouvons résumer ces différents cas de figure dans le tableau ci-dessous.

Il est à noter que les préjudices d'impréparation et de perte de chance sont considérés comme autonomes et donc théoriquement cumulables (ce qui a été confirmé par un arrêt de la Cour de Cassation, le 25 janvier 2017).

Si une information correcte permet au patient de se soustraire à une intervention ou de la différer, le manque d'information lui fait perdre cette « chance ».

Quand l'abstention thérapeutique entraîne une perte de chance...

Qu'en est-il quand c'est l'absence même de traitement qui entraîne un préjudice ? Les deux principales pathologies de la bouche (destruction des tissus dentaires par carie, destruction des tissus osseux et gingivaux par parodontite) sont par nature évolutives. En l'absence de traitement, les pertes s'aggravent irrémédiablement, même si leur évolution peut être plus ou moins rapide. L'absence de diagnostic, d'information au patient, et de traitement constitue donc une perte de chance de voir les lésions être traitées et se stabiliser. Or nous observons que, parfois :

- les caries ne sont pas diagnostiquées, les radios permettant de voir les caries les plus précoces (rétro-alvéolaires) n'étant trop souvent pas réalisées dans les bilans systématiques. Cette absence de temps pris pour le bilan et les soins précoces a sans doute de multiples facteurs, mais le principal reste l'absence de rémunération mise en face de ce travail (les « tarifs » proposés par la Sécurité sociale les condamnant à des actes réalisés à perte - et donc finalement non réalisés). Il est aujourd'hui illusoire (et tout simplement sans fondement) de demander à des praticiens portant seuls de très lourdes charges financières de payer pour soigner leurs patients. →

Apparition d'un dommage (sans faute particulière dans la réalisation de l'acte)		
Patient correctement informé des risques avant intervention	Patient non ou insuffisamment informé avant l'intervention	
ACCIDENT MÉDICAL NON FAUTIF	Soins « inévitables », particulièrement indiqués, que le patient aurait a priori choisi de faire s'il avait reçu une information suffisante	Soins non indiqués, ou indication insuffisante pour le risque encouru (dont le patient aurait peut-être refusé l'acte s'il avait été correctement informé)
	PRÉJUDICE D'IMPRÉPARATION	PERTE DE CHANCE

