

Droit du patient et responsabilité du praticien : l'information et le consentement

Sylvie MAUHOURAT*

2 rue Solferino, 26100 Romans-sur-Isère, France

Les objectifs thérapeutiques du praticien doivent être en adéquation avec la demande du patient. Le praticien doit s'assurer que l'information sur la thérapeutique et les objectifs retenus ont été assimilés par le patient pour éviter un impact négatif psychosocial des résultats en fin de traitement.

1. Compromis thérapeutique versus non compromis : ses limites juridiques

À trop user du principe de précaution, ne risque-t-on pas d'évoluer vers une société inconsciemment technophobe, nostalgique d'un mythique bon vieux temps, et d'oublier tout ce que la technique a rendu possible à l'homme, la technique médicale étant le paradigme de la technique, le chirurgien moderne l'homme technique par excellence. Cette réflexion, que nous suggère le Professeur Philippe Icard, chef du Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire de Caen, Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie, nous met en garde sur la facilité de céder au refus du patient devant une prise en charge globale de traitement sans compromis et de valider l'exigence, la préférence du patient pour un compromis thérapeutique.

1.1. Le compromis thérapeutique

Le compromis thérapeutique découle des limites du possible et du raisonnable, et non d'une solution futuriste.

Face à la complexité des diagnostics et bilans orthodontiques de l'adulte, l'orthodontiste peut être amené à retenir un compromis thérapeutique qui,

parfois, heurte ses repères classiques de preuves médicales avérées. Cette témérité raisonnée rejoint l'allocution du Président Charles Proyé lors de la séance solennelle du 17 janvier 2007 de l'Académie Nationale de Chirurgie : « *Voilà donc mes deux ultimes messages : ne pas abdiquer nos responsabilités et savoir se montrer téméraire à bon escient. En fait, ils se confondent en un seul : Toujours le patient premier servi en sachant jusqu'où ne pas aller trop loin, jusqu'aux limites ultimes du possible et du raisonnable* » [16].

Les set-up, wax-up, permettent de communiquer avec le patient dans le choix du compromis. Les inconvénients du choix du compromis doivent être gérés en amont et les patients doivent en être informés.

1.2. Réflexion sur l'éthique

L'une des caractéristiques essentielles de l'adulte étant l'absence de croissance, pour tous les cas où celle-ci est indispensable au traitement lors de la correction de déficit squelettique, l'orthodontie seule ne peut résoudre ses dysmorphies : la chirurgie orthognathique s'impose.

Cependant, l'acceptation de la nécessité de recourir à la chirurgie orthognathique est parfois difficile pour un adulte et il n'est pas rare que le praticien se heurte à un refus de toute chirurgie. *Traiter ces cas malgré tout place le praticien en dehors des données acquises de la science.* Or, l'arrêt de la Cour d'appel du 30 septembre 1993 (Fig. 1) indique que le praticien est censé refuser tout traitement qui ne serait pas conforme à ces données.

Réflexion : Quels sont les critères qui imposent aux orthodontistes le devoir de refuser de traiter malgré tout lorsque nous pensons que le compromis peut être le meilleur service rendu au patient ?

* Auteur pour correspondance : sylvie.mauhourat@orange.fr

« Si le praticien estime que les travaux réclamés par son patient sont contraires aux règles de l'art et des données acquises de la science, il doit purement et simplement refuser ces travaux, à tout le moins dégager sa responsabilité en l'avertissant de préférence par écrit ».

Figure 1

Arrêt de la Cour d'appel de Paris du 30 septembre 1993.

Pour A. Benauwt [1], être professionnel, c'est aussi s'adapter aux exigences d'une situation particulière. Benauwt accepte éventuellement un compromis s'il juge qu'il y a au moins une amélioration esthétique mais sans aggravation fonctionnelle et informe sur l'absence d'amélioration fonctionnelle.

Pour toutes les alternatives de traitement, il s'agit de situations limites pour lesquelles l'information du patient sera le fondement du consentement éclairé.

2. Calendrier thérapeutique

Qui fait quoi et à quel moment ?

2.1. Devoir d'information au patient de l'approche globale

L'information au patient est une obligation, mais la preuve d'avoir informé est également une obligation qui nous incombe. Et ce, d'autant plus que le cas sera complexe en présence d'un traitement pluridisciplinaire. Informer des risques et des alternatives thérapeutiques est une évidence ; cependant, il est difficile d'être exhaustif quant à la liste à fournir : un document de base peut être remis pour les risques les plus prévisibles [4].

Par ailleurs, en décembre 2007, la Haute Autorité de Santé a soumis un projet de recommandation dont l'objectif était d'établir une charte des conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Ce projet de recommandation a été rédigé sous la responsabilité du chef de service évaluation médico-économique et santé publique.

Pour Missika [13], l'approche pluridisciplinaire nécessite un coordinateur du plan de traitement qui adresse son patient avec une lettre de recommandation, expliquant le diagnostic et les objectifs retenus, et demandant de compléter son diagnostic en sollicitant d'autres intervenants.

Ce coordinateur doit s'assurer de la compétence des différents praticiens à qui il confie son patient pour certaines phases du traitement : ce choix engage sa responsabilité [13].

Le respect du délai de réflexion dans l'acceptation du traitement global est un comportement prudent : en effet, si l'on respecte toutes les conditions nécessaires au respect de chaque discipline, on s'aperçoit que ces exigences mises bout à bout font prendre le risque que le patient se décourage : une fois décidé, il devient impatient. Cette impatience peut être le signe d'un risque d'abandon, donc d'un échec thérapeutique.

2.2. Coordination et distribution des responsabilités, cohérence de l'équipe, connaissance et respect des différentes exigences de chaque spécialité

La clé du succès dans le cadre d'un traitement qui fait intervenir plusieurs praticiens réside, d'une part, dans la compétence de chacun des intervenants et, d'autre part, dans la bonne coordination du traitement. La responsabilité des praticiens consiste en une responsabilité commune pour la conception du plan de traitement et une responsabilité individuelle pour chaque praticien dans la réalisation de sa partie spécifique de traitement. Il n'est pas rare de voir intervenir un praticien qui réalise la pose chirurgicale des implants et un autre qui réalise la prothèse implantaire dans un plan de traitement orthodontique voire orthodontico chirurgical [13].

L'entretien clinique initial, par chacun des intervenants, destiné à définir les souhaits et les besoins du patient est primordial car, souvent, les souhaits et les besoins médicaux divergent.

Les impératifs d'une bonne collaboration débute par l'établissement d'un plan de traitement commun et sa matérialisation par un document écrit (Fig. 2).

Chaque praticien doit obtenir le consentement éclairé du patient.

Le praticien coordinateur doit s'assurer que le patient a été informé du coût global de l'approche globale de son traitement.

Il appartient à chaque praticien consulté de donner des informations sur :

- le traitement proposé en ce qui concerne sa propre phase de traitement,
- les risques et complications liés à ce traitement,
- la durée estimée des soins, la contrainte du nombre des rendez-vous, le respect des phases de maintenance,
- les autres possibilités de traitement,
- le devis pour son propre traitement.

Figure 2

Plan de traitement des praticiens.

Plus le protocole d'approche est complexe, plus chacun des praticiens doit connaître les conditions requises pour le succès de chaque étape de traitement. L'orthodontiste, dans l'élaboration du calendrier thérapeutique, ne doit pas omettre le temps de mise en condition tissulaire par la prothèse provisoire après l'étape parodontale. Dans le cadre d'une réhabilitation prothétique importante, notamment du secteur antérieur, la prothèse provisoire constitue la maquette de la future prothèse. Cette étape de prothèse provisoire permet et favorise l'intervention de l'approche parodontale, endodontique et orthodontique.

Chaque praticien doit gérer son étape de maintenance et ne pas attendre que son confrère lui renvoie le patient. Chaque praticien doit donner les rendez-vous de contrôle de son intervention afin de s'assurer de la stabilité du résultat et de ne pas compromettre les autres étapes thérapeutiques gérées par les autres intervenants.

Délivrer une méthodologie rigoureuse afin d'établir un diagnostic précis, bien informer son patient et structurer un travail d'équipe efficace constituent l'essence des critères de succès du traitement orthodontique de l'adulte.

3. Information et consentement libre et éclairé

Même si notre exercice n'est pas autant judiciairisé qu'outre atlantique, force est de constater que le risque de conflit fait désormais partie de notre environnement de soins, dû à l'évolution des mentalités, le poids médiatique du « miracle médical », le perfectionnement des techniques, le progrès des connaissances et la confraternité. Les causes potentielles sont aussi variées que nombreuses. . .

3.1. Information du patient

Comme le souligne Béry [2], le monde médical est de plus en plus confronté à des plaintes de la part des patients. L'explication réside dans la désacralisation de la médecine et la fin du paternalisme médical qui a longtemps maintenu le patient dans un rapport dominé/dominant.

Les patients qui estiment que les informations thérapeutiques fournies sont insatisfaisantes se montrent plus souvent non satisfaits du traitement [9]. En particulier dans les traitements orthodontiques ayant recours à la chirurgie orthognatique, les risques de déficit neuro-sensoriel (paresthésie) présents dans 8 à 49 % des cas selon les études doivent être clairement exposés aux patients. Ce type de déficit d'information est un facteur important d'insatisfaction [14].

Les patients interrogés par Williams [20] estiment avoir été bien informés sur leur traitement orthodontique, moins bien sur la chirurgie, ainsi que sur la durée totale du traitement et la contention.

Lorsque la première rencontre, c'est-à-dire l'examen clinique qui commence par l'interrogatoire, a été escamotée ou gâchée, la suite des événements est exposée au désastre. *Le dialogue, la communication sont essentiels.*

3.1.1. Cadre légal de l'information

L'article L.1111-2 du Code de la santé publique [7] cite : « Toute personne a le droit d'être informé de son état de santé. » Dans ce même article, il est précisé que l'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel.

L'information par une brochure standardisée doit être individualisée par une annotation personnalisée et référente pour chaque patient.

3.1.2. Contenu de l'information

Notre société se caractérise par une exigence croissante de sécurité. Les progrès considérables de la discipline orthodontique de l'adulte ont permis de susciter une intolérance non seulement à l'égard des contraintes liées au traitement mais également à l'égard du risque de l'aléa thérapeutique.

L'information du patient porte non seulement sur l'approche médicale, mais également sur les modalités de sa prise en charge financière.

- Information du diagnostic.
- Information des moyens d'examen complémentaires.
- Information du pronostic sans traitement.
- Information des objectifs de fin de traitement.
- Information du choix thérapeutique avec avantages et inconvénients.
- Information des moyens de traitements.
- Information des contraintes liées au traitement : fréquence des rendez-vous, douleur, gêne, visibilité de l'appareil, gestion des urgences, durée approximative du traitement.
- Information des obligations de coopération, et ce d'autant plus que la prise en charge est pluri-disciplinaire (respect des prescriptions, des conseils).
- Information des limites du traitement.
- Information de la gestion de la contention.
- Information des risques du traitement.

Étymologiquement, selon Me Collard, cité par Pirnay [15], le sens premier de l'aléa concerne le *coup de dé* puis *coup de sort* puis, selon J. Hureau, cité par Pirnay également [15], par extension, tous les jeux de hasard. Mais il lui accorde le plus souvent son sens second : hasard, risque, chance, tandis que d'autres le désignent comme *un maléfice* [15].

L'aléa correspond donc à un événement qui est survenu *par hasard*, qui ne pouvait être *prévu*, et contre lequel par conséquent, *on ne pouvait rien* [15]. Il désigne un événement survenu à un patient et résultant d'une procédure de soins, en dehors de toute faute du praticien. C'est un dommage corporel sans faute, un risque accidentel inhérent à l'acte médical ou chirurgical et qui ne pouvait être maîtrisé.

Derrière le distinguo entre aléa et risque se cache la notion de responsabilité, puis celle de faute.

Pierre Sargos [19] précise, en 2000, que c'est un risque non maîtrisable et que ce n'est pas un échec de soins. Il rajoute également que l'accident ne résulte pas de l'état du patient.

Le risque zéro n'existe pas : Duplaquet [8] écrit que le risque médical peut être accepté, comme d'autres risques rares. Vivre, c'est courir des risques, il n'y a pas de vie sans risque pour les hommes.

Les différents procédés thérapeutiques actuels, même s'ils sont prouvés de façon scientifique, n'ont pas un effet constant sur des individus différents, sans que l'on sache toujours pourquoi [10].

Il est donc prudent d'informer le patient adulte, notamment dans un traitement orthodontico-chirurgical pour la prise en charge d'un traitement dysfonctionnel, qu'il existe une marge d'incertitude, c'est-à-dire un risque d'efficacité moindre, ou de complication, d'effets secondaires, d'infection ou d'absence de consolidation, ou encore de douleurs séquellaires, de complications nerveuses ou vasculaires.

La littérature abonde sur la complexité de déterminer un événement indésirable lié aux soins, mais ce n'est pas l'objet de ce rapport.

Cependant, il nous faut retenir que pour que l'aléa thérapeutique soit reconnu comme tel, il faut, entre autre, que l'acte entre dans le cadre du consentement du patient [19].

3.2. Consentement

Informer le patient, c'est : « Respecter le patient en tant que personne dans son identité morale et restituer l'acte médical à sa juste place qui est le service du patient » [3].

En orthopédie dento-faciale, l'information prend une dimension particulière puisque les traitements s'étendent sur plusieurs années, avec des contrôles contraignants, parfois douloureux, un appareil souvent inesthétique, et nécessitant une hygiène parfaite [12]. C'est à l'issue de cette information qu'il consent ou non de s'engager dans le traitement.

3.2.1. Cadre légal du consentement

Il s'impose également pour les « adultes mineurs » : le Code de Santé Publique [7] n'érige pas

« 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.
 Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.
 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 (...).
 Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

Figure 3
 Article L.1111-4 du Code de la Santé Publique [7].

le mineur en décideur, il indique seulement qu'un consentement doit être recherché. Autrement dit, il est nécessaire de lui demander son avis, sans pour autant admettre qu'il décide. Les textes ne font pas mention d'un âge précis à partir duquel le patient mineur serait apte à exprimer son avis, ce qui laisse un flou au niveau juridique (Fig. 3).

Jacotot [11] avance qu'il paraît judicieux d'obtenir le consentement par la signature des parents et du patient mineur.

Cette recommandation prend toute sa place chez nos patients adultes mineurs pour lesquels l'orthodontiste ne peut plus exploiter leur croissance. « L'adulte jeune » ne doit pas « subir » un traitement orthodontico-chirurgical.

3.2.2. Consentement libre et éclairé

Le consentement doit être *libre*, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte. *Éclairé* suppose de s'être fait comprendre du patient en adaptant son vocabulaire car l'information doit être intelligible, simple.

3.2.3. Échange des consentements

Pour Béry [3], l'expression d'échange de consentement est impropre ; celui de rencontre des volontés semble plus approprié pour désigner ce qui fait le contrat.

4. Le contrat de soins

Les immenses progrès de la dentisterie et de l'orthopédie dento-faciale ont permis de susciter l'intolérance à l'égard des risques.

Cette intolérance des patients, devenus consommateurs avertis de traitement orthodontique et d'approche globale souvent complexe, pluridisciplinaire,

a fait perdre la notion de faillibilité ou de fragilité humaine.

Notre société refuse la fatalité et se caractérise par une exigence croissante de sécurité. Le livre du Dr Pirnay amène à une interrogation que montrent les limites de la loi. N'y a-t-il pas là matière à s'interroger, à interroger de nouveau le législateur : pour-quoi ne pas responsabiliser davantage les patients, les familles, en les éduquant certes à leurs droits, mais aussi à leurs devoirs car, comme l'a indiqué un ancien président du Conseil de l'ordre, le Pr Hoerni, « le dialogue avec le patient a cependant des limites ». . . Ainsi, le contrat de soins prend toute sa place.

4.1. Contenu du contrat de soins

Le 20 mai 1936, la Cour de Cassation rend un arrêt, dit arrêt Mercier, qui fait évoluer la responsabilité médicale vers une responsabilité de nature contractuelle :

« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle. »

4.1.1. Notion de contrat

Le contrat est défini comme « l'accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes ayant pour finalité de créer une obligation » [2].

Le Code civil le définit comme une « convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent

envers une ou plusieurs autres personnes à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose » (article 1101 du Code civil).

Le contrat de soins est une convention entre le médecin et son patient qui lie les deux parties, mais aussi une entité contractuelle c'est-à-dire un ensemble de droits et d'obligations.

4.1.2. Caractéristiques du contrat de soins

4.1.2.1. Le contrat de soins est un contrat civil

Civil car l'exercice de la médecine est une profession libérale qui relève des juridictions civiles. C'est donc un contrat soumis aux règles du Code civil.

4.1.2.2. Ce contrat est synallagmatique

Selon l'article 1102 du Code civil [6], « ce contrat est synallagmatique lorsque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres ».

Ainsi, le contrat de soins fait naître des obligations réciproques et interdépendantes entre les deux parties :

- L'obligation pour le praticien de donner des soins « consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ».
- L'obligation pour le patient de collaborer aux soins et d'honorer le praticien.

En cas d'inexécution par l'une des parties, l'autre peut refuser d'exécuter la sienne.

4.1.2.3. Ce contrat est résiliable unilatéralement

Il suffit qu'une des parties stoppe le contrat pour que celui-ci soit caduc. Néanmoins, en ce qui concerne le contrat de soins dentaires, il faut préciser que le praticien est tenu d'assurer la continuité des soins et de répondre aux situations d'urgence [2].

4.1.2.4. Il s'agit d'un contrat à titre onéreux

Selon l'article 1006 du Code civil [6] : « Le contrat à titre onéreux est celui qui assujettit chacune des parties à donner ou à faire quelque chose. »

4.1.2.5. Ce contrat est conclu intuitu personae

Le contrat de soins existe en fonction de la personnalité de chaque partie, de la qualité de l'orthodontiste et de la confiance que le patient lui accorde. La disparition de la confiance devient un juste motif de rupture des relations.

4.1.2.6. Ce contrat est consensuel

L'échange des consentements est une exigence fondamentale pour qu'il y ait contrat. Une fois que l'orthodontiste a obtenu le consentement éclairé du patient conformément à son obligation d'information, il n'est pas nécessaire qu'il recueille ce consentement à chaque séance, il est considéré comme acquis.

L'échange des consentements n'est soumis à aucune forme de validité ; ni le papier ni la signature ne sont obligatoires. Néanmoins, pour Béry, le contrat écrit et signé par les deux parties est une nécessité ; c'est un élément de preuve en cas de litige [3].

4.1.2.7. C'est un contrat tacite

Ce contrat est souvent verbal. L'acte écrit n'est qu'un élément de preuve des engagements réciproques des parties.

4.2. Obligations contractuelles nées du contrat de soins

Le contrat de soins fait naître des obligations pour chacune des parties.

4.2.1. Pour le praticien

4.2.1.1. L'obligation de fournir des soins

Outre l'arrêt Mercier de 1936, un autre arrêt de la Cour de cassation transforme les « données acquises de la science » en « connaissances médicales avérées ».

Néanmoins, l'orthodontiste n'est pas dans l'obligation de traiter tous les cas qui se présentent à lui dans la mesure où il considère que le patient ne souscrit pas à son obligation de collaborer au traitement.

Le praticien dirige le traitement pour atteindre les objectifs retenus, mais le patient et/ou son entourage doivent respecter les différentes prescriptions [17].

Les clauses de rupture de ce contrat doivent être prévues à l'avance. Ce sont par exemple le manque d'hygiène, le non suivi des rendez-vous, le non respect des prescriptions, le non port des élastiques, etc.

4.2.1.2. L'obligation de moyens

En matière juridique, il s'agit de l'obligation par laquelle le professionnel s'engage à mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour tendre vers un but déterminé sans toutefois garantir que ce but sera atteint.

4.2.1.3. *L'obligation de résultat*

La jurisprudence actuelle aurait tendance à glisser vers une obligation de résultat. En matière de prothèse dentaire, cette obligation est réelle comme le montre l'arrêt du 29 octobre 1985 de la Cour de Cassation qui stipule que la prothèse n'est soumise à aucun aléa médical [11]. Si l'on peut craindre l'assimilation des appareils orthodontiques aux prothèses dentaires, il semble important de rappeler que les appareils orthodontiques sont des appareils temporaires à visée exclusivement curative alors que la prothèse est une méthode définitive de substitution.

La vigilance s'impose à l'orthodontiste lorsqu'il montre des images de résultat escompté, comme il peut le faire avec certains logiciels, par exemple avec le Dolphin Imaging System. Le patient pourra interpréter les images comme un engagement de l'orthodontiste à obtenir le résultat qu'il a montré informatiquement.

4.2.1.4. *L'obligation d'informer*

Elle découle de la relation contractuelle.

4.2.2. **Pour le patient**

4.2.2.1. *La collaboration aux soins*

Indispensable aux bons déroulements des soins, elle comporte les exigences suivantes.

4.2.2.2. *Le respect des règles d'hygiène*

Le traitement de l'adulte se réalise bien souvent en présence d'un parodonte déficient qui impose au patient de redoubler d'attentions méticuleuses quant à l'hygiène requise pour ne pas aggraver la fragilité du terrain.

4.2.2.3. *Le respect des rendez-vous*

La biomécanique orthodontique chez l'adulte tout particulièrement à parodonte déficient nécessite un contrôle régulier de l'efficacité des dispositifs mis en place.

Le manque d'assiduité augmentera non seulement la durée du traitement, mais pourra par ailleurs mettre en échec des objectifs occlusaux et parodontaux.

4.2.2.4. *Le respect des prescriptions et des conseils*

Aux Etats-Unis, des tests psychologiques visant à prévoir les comportements des patients en ce qui concerne leur collaboration future sont réalisés systématiquement à la première consultation, dans la plupart des cabinets [12].

Le praticien peut stopper le traitement pour non respect des prescriptions, non coopération, rendez-vous manqués ou non-paiement des honoraires, à la seule condition que le soin ne soit pas compromis et que le patient ait la possibilité de le poursuivre avec un autre praticien.

Hormis ces quatre cas, le chirurgien serait soumis à des poursuites judiciaires pour abandon abusif et non-respect de l'article R.4127-232 (ancien article 26) du code de déontologie [5] :

« Hormis 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, à condition :

- (1) de ne jamais nuire de ce fait à son patient,
- (2) de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles. »

Il est préférable pour le praticien d'informer le patient par écrit qu'il décide d'interrompre le traitement et de lui en expliquer le motif. Ce document écrit doit être signé par le praticien.

4.2.2.5. *Le paiement des honoraires*

L'article 2272 du Code civil [6] accorde aux chirurgiens-dentistes un délai de deux ans pour le recouvrement de ce qui lui est dû. En orthodontie, le délai de prescription court à partir du terme de chacun des semestres.

Les suspensions de traitements doivent être notifiées sur les dossiers des patients, car elles sont décomptées du délai de prescription [18].

5. Conclusion

Face à l'exigence du risque zéro, de contrôles systématisés, de protocoles, de traçabilité et face au renforcement du principe de précaution, comment éviter une attitude prudente, voire, dans certaines circonstances, de nature à inciter au renoncement ?

Pour le patient, la perception ou l'acceptation du risque ne peut se concevoir qu'en fonction du bénéfice attendu ou espéré.

L'écoute, la communication avec nos patients adultes est essentielle, mais elles connaissent leurs limites.

Afin d'avoir l'assurance de répondre à la demande de l'adulte tout en préservant nos objectifs fonctionnels, l'implication par écrit de l'adulte de son seul motif de consultation peut parfois nous encourager à prendre en charge un traitement, par exemple orthodontico-chirurgical, alors qu'il n'existe aucune doléance dysfonctionnelle mais seulement un déséquilibre esthétique portant profondément préjudice à son bien-être psycho-social.

Les règles juridiques et médico-légales, la bonne information du patient constituent un temps obligatoire certes, mais la preuve de l'information individualisée est essentielle. Le consentement également individualisé semble incontournable.

Bibliographie

- [1] Benauwt A. Compromis et échecs. *Orthod Fr* 1996;67:337–349.
- [2] Béry A, Delprat L. Droits et obligations du chirurgien dentiste. Collection Le conseiller juridique pour tous. Héricy: Edition Puits Fleury, 2006.
- [3] Béry A. Information et consentement. *Encycl Med Chir, Odontologie*, Elsevier: Paris; 2005;1:262–280.
- [4] Béry A, Cantaloube D. Orthodontie et responsabilité médicale. In: Canal P, A Salvadori, *Orthodontie de l'adulte* – Elsevier Masson, 2008.
- [5] Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes, Paris, 2007.
- [6] Code Civil. Paris, Dalloz, 2007.
- [7] Code de la Santé Publique. Paris, Dalloz, 2007.
- [8] Duplaquet F. Erreurs médicales et aléas thérapeutiques. <http://www.agorax.fr>, 9 novembre 2006.
- [9] Finlay PM, Atkinson JM, Moos KF. Orthognathic surgery: patient expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *BR J Oral Maxillofac Surg* 1995;33:9–14.
- [10] Grapin C. La responsabilité chirurgicale. Sauramps Medical, 2001.
- [11] Jacotot D. Prothèse : mieux comprendre la responsabilité médicale. *La lettre de l'Ordre National des Chirurgiens Dentistes* 2006;46:28–31.
- [12] Lacombe C. La mise en œuvre de la responsabilité civile de l'orthodontiste. Thèse Chir Dent. Nantes, 1997, N°035.
- [13] Missika P. La collaboration de plusieurs praticiens dans un traitement implantaire : qui fait quoi ? *Clinic* 2008;29:506–509.
- [14] Pahkala RH, Kellokoski JK. Surgical-orthodontic treatment and patients' functional and psychosocial well-being. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;132:158-164.
- [15] Pirnay P. La lettre mensuelle avril 2008;66:43.
- [16] Pirnay P. L'aléa thérapeutique en chirurgie. L'Harmattan.
- [17] Ponton A. Responsabilités de l'orthodontiste avant, pendant et après traitement. Thèse Lyon 2008, N° 1D 028.
- [18] Portier E. Aspects juridiques de l'exercice de l'orthopédie dento-faciale. Thèse Chir Dent. Univ. Lille 2, 2004, 014.
- [19] Sargos P, Chabas F. La réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique – arrêt du 8 novembre 2000 de la cours de cassation, <http://www.sos-action-sante.com>.
- [20] Williams AC, Shah H, Travess HC. Patients' motivations for treatment and their experiences of orthognathic surgery. *J Orthod* 2005;133:S68-S78.