



HAL
open science

Le consentement éclairé en odontologie chez le patient porteur de handicap

Raphaël Bensabat

► **To cite this version:**

Raphaël Bensabat. Le consentement éclairé en odontologie chez le patient porteur de handicap. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03297094

HAL Id: dumas-03297094

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03297094v1>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



UNIVERSITÉ DE PARIS

UFR D'ODONTOLOGIE - MONTROUGE

Année 2020

N° M098

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 09 décembre 2020

Par

Raphaël BENSABAT

**Le consentement éclairé en odontologie chez le patient porteur
de handicap**

Dirigée par M. le Docteur Fadi Bdeoui

JURY

M. le Professeur Philippe Pirnay	Président
Mme le Docteur Violaine Smail-Faugeron	Assesseur
M. le Docteur Olivier Le May	Assesseur
M. le Docteur Fadi Bdeoui	Assesseur
M. le Docteur Xavier Bensaid	Invité

Tableau des enseignants de l'UFR

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DURSUN Mme VITAL	Mme BONNET M. COURSON Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE	Mme LE NORCY	Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	M. PIRNAY	Mme GERMA
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. BRUN (MCU associé) M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOÏ	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN Mme TAÏHI
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	Mme ANDRIQUE (MCU associée) M. ARRETO Mme BARDET (MCF) M. BOUCHET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	Mme WULFMAN	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. DUPAGNE (MCU associé) M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAÏD Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION Mme FOLLIGUET M. LASFARGUES M. LAUTROU	M. LEVY M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Liste mise à jour le 06 octobre 2020

Remerciements

À M. le Professeur Philippe Pirnay

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine bucco-dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de Service de l'hôpital Henri-Mondor

Officier de l'ordre des palmes académiques

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie dentaire

Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse d'exercice de par votre qualité d'expert en éthique médicale. Je tiens particulièrement à vous remercier pour avoir été mon chef de service pendant ces trois dernières années, votre rigueur, votre énergie ainsi que votre détermination m'ont énormément apporté durant ces années tant sur le plan professionnel que personnel. Je n'oublierai pas les attentions portées à mon égard face aux obstacles que j'ai pu connaître en clinique et ayant permis d'orienter au mieux mes choix. Bien qu'ayant connu quelques situations délicates, je vois aujourd'hui toute la bienveillance dont vous avez fait preuve envers moi et vous en remercie pour la maturité professionnelle que cela m'a apporté. Enfin, merci pour l'excellence de l'encadrement pédagogique à l'hôpital Henri-Mondor, vous m'avez donné la possibilité de me fixer une ligne directrice qui me guide chaque jour dans mon exercice.

À Mme le Docteur Violaine Smail-Faugeron

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur de l'Université Pierre et Marie Curie

Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury, de pouvoir juger mon travail et de m'accorder du temps, en tant qu'enseignante en pédodontie et étant confrontée à des patients porteurs de handicap. Je serais honoré de pouvoir approfondir mes connaissances dans cette discipline qui à mon sens mériterait d'être davantage valorisée.

À M. le Docteur Olivier Le May

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Docteur en Sciences

Maître de Conférences des Universités, UFR d'Odontologie - Montrouge

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre des palmes académiques

Merci à vous Dr Le May pour la qualité de vos enseignements en endodontie et en odontologie conservatrice. Merci pour votre encadrement pédagogique, particulièrement pendant l'année du CSCT où vous avez su nous préparer au mieux pour ces épreuves. Si je retiens bien une chose de vous c'est votre efficacité pendant les séances de soins sur nos patients notamment en endodontie, séances souvent longues et difficiles. Vous avez toujours fait en sorte de nous aider à atteindre nos objectifs. Merci pour tout.

À M. le Docteur Fadi Bdeoui

Docteur en Chirurgie dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse d'exercice. Je vous remercie pour tout l'investissement mis dans ce long chemin durant ce contexte inédit et pour votre disponibilité à chaque étape de ce travail. Merci Dr Bdeoui pour votre encadrement pointilleux, votre patience et votre sympathie qui font l'unanimité dans le service de l'hôpital Henri-Mondor. Je me souviendrai longtemps de l'oreille attentive que vous avez gardée durant toutes ces années. Merci pour vos précieux conseils et votre pédagogie.

À M. le Docteur Xavier Bensaïd

Docteur en Chirurgie dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Merci Dr Bensaïd de me faire l'honneur de participer à ce jury. C'était une évidence de vous inviter, vous qui êtes sans aucun doute l'encadrant ayant contribué le plus abondamment à mon épanouissement professionnel et personnel. Vous êtes une véritable source d'inspiration pour moi, et je n'oublierai jamais la qualité de l'investissement dont vous avez fait preuve envers moi. Je ne vous remercierai jamais assez pour tous vos conseils et votre encadrement dont vous m'avez fait bénéficier tout au long de mon cursus que ce soit en consultation de parodontologie à l'hôpital ou à votre propre cabinet. Merci pour votre transparence dans la transmission de votre savoir, pour votre minutie et votre disponibilité. Vous avez toujours su répondre présent pour m'orienter professionnellement, même en dehors de l'hôpital. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, j'espère pouvoir apprendre de vous encore longtemps.

Je tenais également à remercier chaleureusement le Dr Pierre Athouel, que j'ai découvert en 6^{ème} année et qui a totalement bouleversé ma réflexion en clinique. Merci pour vos conseils et enseignements si avisés, je pense particulièrement à l'occlusodontie dont j'ai acquis les bases grâce à vous. Merci pour tout, je pense avoir encore énormément à apprendre à vos côtés et je pense que c'est une véritable chance de vous connaître, vous qui m'avez toujours poussé à rechercher l'excellence.

À mes parents, je souhaite vous dédicacer cette thèse d'exercice qui est l'aboutissement de mon travail académique. Je tenais à vous remercier car sans vous je ne serais rien aujourd'hui, vous avez consacré toute votre vie à l'éducation de mes frères et moi-même, vous qui avez tout sacrifié pour nous donner l'opportunité de réussir et de faire de nous les hommes que nous sommes aujourd'hui. Malgré les épreuves difficiles de la vie, vous n'avez jamais cessé de me porter vers le haut et de croire en moi. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, j'espère pouvoir vous rendre ne serait-ce qu'un dixième de ce que vous m'avez donné. Merci.

À mes frères, Ben et David, sur qui j'ai toujours pu compter en n'importe quelle circonstance, merci pour votre soutien indéfectible.

À Yona, ma fiancée, qui m'a toujours tiré vers le haut et soutenu quand ça n'allait pas, je t'en suis éternellement reconnaissant.

À ma belle-famille et mes belles-sœurs, merci pour tout l'intérêt que vous m'avez accordé chaque jour et de contribuer à mon épanouissement personnel.

À mon neveu, Noam, qui fait mon bonheur chaque jour.

À Aharon, mon binôme et ami d'enfance, tu as toujours répondu présent quand j'en ai eu besoin, merci pour tous ces moments à deux où notre complémentarité dans le travail m'a été plus que bénéfique.

Aux 5 mousquetaires : Aharon, BEZ, Nils et Mike merci pour ces fous rires du vendredi matin.

À la team myko : Vicky, Gab, Beny, Clara, Motty, Melody, Raphy, Sasha, Ben elie, Kev merci pour tous les moments en dehors du cadre dentaire et ces voyages j'en garde mes plus beaux souvenirs.

À mes sœurs, Coralie et Laura, merci d'avoir été à mes côtés durant toutes mes études et bien plus encore.

À mon plus vieil ami, Zach, qui même à des milliers de kilomètres n'a jamais cessé de m'encourager et de suivre mon évolution. Merci pour le pilier que tu as toujours représenté pour moi.

Table des matières

INTRODUCTION	4
1 : LE CONSENTEMENT	6
1.1 ÉTYMOLOGIE ET DEFINITION	6
1.1.1 Libre, éclairé, renouvelé.....	6
1.1.2 Le contrat de soins.....	6
1.1.3 Principes généraux du contrat de soins	8
1.2 ASPECTS JURIDIQUES DU CONSENTEMENT	8
1.2.1 Définition de la jurisprudence.....	8
1.2.2 Arrêt Mercier (1936).....	9
1.2.3 Code de Nuremberg (1947)	10
1.2.4 Déclaration d'Helsinki (1964-2013).....	10
1.2.5 Loi Huriot-Sérusclat (1988)	11
1.2.6 Lois du 1 ^{er} et du 29 juillet 1994 : respect du corps humain.....	11
1.2.7 Arrêt Hedreul du 25 février 1997	12
1.2.8 Loi du 4 mars 2002 : loi Kouchner.....	12
1.2.9 Déclaration de Lisbonne (1981-2005).....	14
1.3 PRINCIPES DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE.....	14
1.3.1 Principe de bienfaisance	14
1.3.2 Principe de non-malfaisance	15
1.3.3 Principe d'autonomie.....	15
1.3.4 Principe de justice.....	18
1.3.5 Confrontation et tension des principes bioéthiques	18
2 : LE HANDICAP	25
2.1 DEFINITION DU HANDICAP	25
2.1.1 Définition et classifications par l'OMS.....	25
2.1.2 En France	28
2.2 CADRE LEGAL AUTOUR DU HANDICAP : LOI DU 11 FEVRIER 2005.....	29
2.3 PLACE DU HANDICAP DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	29
2.3.1 Chiffres-clés	29
2.3.2 La discrimination en pratique dentaire : une réalité	33
2.3.3 Obstacles et difficultés autour du handicap	34
2.4 LES DIFFÉRENTES FORMES DE HANDICAP	36

2.4.1	<i>Le handicap mental</i>	36
2.4.2	<i>Le handicap auditif</i>	37
2.4.3	<i>Le handicap visuel</i>	37
2.4.4	<i>Le handicap moteur</i>	38
2.4.5	<i>Les Troubles envahissants du développement (TED)</i>	39
2.4.6	<i>Le handicap psychique</i>	39
2.4.7	<i>Le handicap dû aux maladies dégénératives</i>	40
2.4.8	<i>Troubles « dys »</i>	40
2.4.9	<i>Plurihandicap, polyhandicap, surhandicap</i>	41
3	RECOURS A L'OBTENTION DU CONSENTEMENT	42
3.1	ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ET DE SA CAPACITE A CONSENTIR	42
3.1.1	<i>Beauchamp et Childress</i>	42
3.1.2	<i>Outils à la portée du chirurgien-dentiste</i>	43
3.2	LE PATIENT EN INCAPACITE DIT « LE MAJEUR PROTEGE »	44
3.2.1	<i>Définition</i>	44
3.2.2	<i>Les régimes de protection chez le majeur</i>	44
3.2.3	<i>La personne de confiance</i>	49
3.3	LE MINEUR NON EMANCIPE	51
3.3.1	<i>L'autorité parentale</i>	52
3.3.2	<i>Réflexion sur l'autonomie du mineur</i>	52
3.3.3	<i>Recherche d'adhésion du mineur</i>	53
3.3.4	<i>Conflits familiaux</i>	53
3.4	SITUATION DE DESACCORD	54
3.4.1	<i>Désaccord entre le tuteur et le chirurgien-dentiste</i>	54
3.4.2	<i>Désaccord entre le tuteur et le majeur protégé</i>	55
4	DEVOIRS ET RESPONSABILITES DU CHIRURGIEN-DENTISTE	56
4.1	L'INFORMATION DELIVREE AU PATIENT	56
4.1.1	<i>Caractéristiques</i>	56
4.1.2	<i>Contenu</i>	57
4.1.3	<i>Format</i>	58
4.1.4	<i>Adaptation de l'information en fonction de l'état de santé du patient</i>	58
4.1.5	<i>Le devoir d'information du chirurgien-dentiste</i>	58
4.1.6	<i>L'intervention interdisciplinaire</i>	59
4.1.7	<i>Les honoraires</i>	60
4.2	LE REFUS D'INFORMATION ET/OU DE SOINS A LA DEMANDE DU PATIENT	60
4.2.1	<i>Conduite à tenir pour le chirurgien-dentiste</i>	61
4.2.2	<i>Validité du refus et respect de l'autonomie</i>	62

4.2.3	<i>Obligation de conseil du chirurgien-dentiste et responsabilités</i>	63
4.2.4	<i>Cas extrêmes : pulsion épistémologique versus privilège thérapeutique</i>	63
4.3	LE REFUS DE PRISE EN CHARGE DISCRIMINATOIRE DE LA PART DU CHIRURGIEN-DENTISTE.....	65
4.4	MANQUEMENT AU DEVOIR D'INFORMATION ET SANCTIONS ENCOURUES.....	67
4.4.1	<i>Sanctions encourues</i>	67
4.4.2	<i>Charge de la preuve</i>	67
4.4.3	<i>Notion de « perte de chance » et le « préjudice d'impréparation »</i>	68
4.5	EXCEPTIONS ET ABSTENTION AU DEVOIR D'INFORMATION.....	69
4.5.1	<i>L'urgence vitale</i>	69
4.5.2	<i>Impossibilité d'information</i>	69
4.5.3	<i>Le refus d'information à la demande du patient</i>	70
4.5.4	<i>Autres situations exceptionnelles</i>	70
	CONCLUSION	71
	BIBLIOGRAPHIE	72
	TABLE DES FIGURES	79
	TABLE DES TABLEAUX	80
	ANNEXES	81

Introduction

Le consentement éclairé peut être considéré comme l'abolition du paternalisme médical qui prévalait jusque dans les années 50 du XXe siècle, où le praticien décidait du traitement en fonction de ce qu'il jugeait bon pour le patient, dont l'unique finalité était de restaurer la santé du malade. Il marque la naissance du modèle autonome du patient.

Le consentement constitue la possibilité, pour tout patient, d'accepter ou refuser un traitement proposé par son soignant. Accorder une place au consentement dans ce nouvel équilibre praticien/patient, revient à faire valoir la liberté du patient, le respect de son autodétermination et le respect de sa personne en tant qu'identité morale.

La condition nécessaire pour un consentement éclairé valide passe d'abord par l'information. Cette condition est aussi bien valable dans le cadre de soins que dans celui des recherches biomédicales.

Les patients porteurs de handicap sont une population présente depuis bon nombre d'années et représentent un effectif important de notre société. Cependant ils n'ont pas toujours été traités à égalité concernant l'accès aux soins.

Le handicap peut dans certains cas invalider l'autonomie de la personne et empêcher la prise de décision concernant les actes de la vie quotidienne.

On peut alors se poser les questions suivantes :

- Comment une personne présentant un handicap, qu'il soit physique, mental ou autre, peut-elle consentir à un acte médical sans être en pleine possession de ses facultés physiques ou mentales ?
- Quels sont les recours qui s'offrent à un chirurgien-dentiste afin d'obtenir l'assentiment valide de son patient ?
- Comment la législation française encadre-t-elle la prise en charge et l'accès aux soins pour ces patients ?

Les notions de vulnérabilité de la personne et de la relation de soins sont aujourd'hui au cœur des réflexions éthiques. L'évaluation de l'aptitude de la personne à consentir à des soins est capitale dans la validation de l'expression de la volonté du patient. L'expression simple du consentement ne suffit pas à rendre légitime celui-ci ; il faut qu'il soit éclairé, c'est-à-dire que le patient ait été préalablement informé et ce sur tous les éléments nécessaires à sa prise en charge.

Environ 730 000 personnes sont concernées par les régimes de majeurs protégés de type sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle en France.¹ Avec le vieillissement grandissant de la population française, les chirurgiens-dentistes, seront amenés à traiter de plus en plus de patients concernés par ces régimes.

Nous définirons dans un premier temps le consentement, ses évolutions juridiques au fil du temps ainsi que toutes les notions éthiques qu'il englobe.

Dans un deuxième temps, nous présenterons la notion de handicap, les difficultés rencontrées chez ces patients dans le cadre du parcours de soins et nuancerons notre propos en définissant les différents types de handicaps existants.

Par la suite, nous exposerons les recours à l'obtention du consentement à la portée du chirurgien-dentiste afin de prendre en charge ces patients tels qu'ils sont décrits dans la loi française. Enfin, nous rappellerons les obligations et la notion de responsabilité du chirurgien-dentiste à l'égard de son patient dans le cadre du consentement éclairé en odontologie.

¹ Sénat, « Projet de loi de finances pour 2020 : solidarité, insertion et égalité des chances ».

1 : Le consentement

1.1 Étymologie et définition

D'après le Trésor de la langue française, le mot « consentement » est dérivé de « consentir » et du suffixe « ment », et désigne « l'action de consentir ». Dans le domaine juridique, le consentement est « l'autorisation, l'accord donné à un acte légal ». Dans le domaine intellectuel, le consentement est « l'acceptation totale et réfléchie d'une valeur reconnue comme vraie ou existante ». Dans le domaine moral, le consentement désigne « l'acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose ». ²

Dans le domaine de la santé, « Le consentement du malade aux soins est une obligation consécutive au caractère contractuel de la relation médecin-malade. La notion de consentement éclairé, qui implique que le médecin est tenu de présenter clairement au patient tous les risques d'une conduite thérapeutique, est pourtant relativement récente ». ³

1.1.1 Libre, éclairé, renouvelé

Le consentement répond à trois caractéristiques principales :

- Libre : ne pas avoir été obtenu sous la contrainte ;
- Éclairé : le patient a préalablement été informé ;
- Renouvelé : pour tout nouvel acte de soins.

Le consentement doit être renouvelé pour tout nouvel acte de soins, et il est révocable à tout moment. ⁴

1.1.2 Le contrat de soins

Le contrat de soins est défini ainsi par le Code civil : « Le contrat est un accord de volontés, entre deux ou plusieurs personnes, destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations. » ⁵

² Centre de recherche pour un Trésor de la langue française, « Consentement ».

³ Centre de recherche pour un Trésor de la langue française.

⁴ Zerilli, « Le consentement éclairé en médecine dentaire ».

⁵ Article 1101 du Code civil, 2016.

Le contrat de soins est né de la rencontre de deux volontés entre le praticien et le patient, c'est-à-dire celle de soigner, de prodiguer des soins, et d'autre part celle d'être soigné, de s'engager (si consentement) à recevoir les soins proposés, à exécuter les prescriptions, à les honorer.

Le contrat de soins est intimement lié au principe d'autonomie, au respect de la volonté de la personne. Ce principe est capital et inébranlable : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits » (Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen) et ne peut être soumis à des obligations sans en avoir préalablement consenti.

En effet le contrat de soins entre un patient et son malade est valide dans la mesure où il n'a été soumis à aucune pression extérieure de quelque nature que ce soit (physique, psychologique), entre des personnes autonomes et responsables, dans des conditions favorables à une prise de décision commune.

L'article 1102 du Code civil souligne la liberté et l'autodétermination des contractants : « Chacun est libre de contracter ou de ne pas contracter, de choisir son cocontractant et de déterminer le contenu et la forme du contrat dans les limites fixées par la loi. La liberté contractuelle ne permet pas de déroger aux règles qui intéressent l'ordre public. »⁶

Le Dr Ambrosini définit le cadre légal du contrat de soins régi par quatre conditions⁷ :

- Il concerne un sujet licite inscrit dans les recommandations de bonnes pratiques ;
- Il doit faire apparaître explicitement un motif d'engagement ;
- Les contractants doivent être aptes à contracter ;
- Le consentement est requis.

Les vices du consentement tels que l'erreur, la tromperie et la menace verbale ou physique envers l'un des contractants rendent caduque le contrat de soins (cf. Annexe 1 - Article 1130 du Code civil⁸).

⁶ Article 1102 du Code civil, 2016.

⁷ Ambrosini, « Devoir d'information et consentement éclairé du patient ».

⁸ Article 1130 du Code civil, 2016.

1.1.3 Principes généraux du contrat de soins

Si l'un des principes suivants n'est pas respecté (cf. Tableau 1), la relation praticien-patient se situe en dehors du contrat de soins.

Tableau 1 : Principes généraux du contrat de soins

Principes	Cadre
Contrat civil	Il est soumis aux règles du Code civil (Article 1101)
Synallagmatique	Il met en avant les obligations réciproques des contractants et interdépendantes (Article 1102), le praticien donne des soins au patient et en contrepartie celui-ci répond de ces honoraires. Si l'un des contractants ne répond pas de ses obligations, l'autre contractant peut alors refuser de répondre des siennes
Résiliable unilatéralement	Le patient peut résilier le contrat à tout moment, le praticien également MAIS il est tenu d'assurer la continuité des soins (adresser le patient, s'assurer qu'il prend en charge, s'impliquer personnellement) et de répondre aux situations d'urgences
Onéreux	Le patient est tenu de rémunérer le soignant
Conclu intuitu personae	Le patient peut choisir librement son praticien (Article 1102 du Code civil)
Consensuel	Il regroupe les consentements mutuels des contractants
Obligations du praticien de donner des soins consciencieux	Validées aux données acquises de la science
Tacite	Le plus souvent verbal
Oblige à une information	Voir caractéristiques de l'information

Source : Auteur, d'après Pirnay, *L'éthique médicale en chirurgie dentaire : principes et applications*, 2016.

1.2 Aspects juridiques du consentement

1.2.1 Définition de la jurisprudence

La jurisprudence est une source du droit qui désigne l'ensemble des décisions de justice relatives à une question juridique donnée. La jurisprudence est constituée d'abord des décisions rendues par les

hautes cours nationales (Cour de Cassation, Conseil d'État), mais aussi, avec un poids moindre, de celles rendues par des cours de rang inférieur (Cour d'Appel, Tribunal de Grande Instance, Instance).

1.2.2 Arrêt Mercier (1936)

Arrêt Mercier (20 mai 1936)⁹ : naissance du contrat de soins

Autrefois, la relation praticien-patient était présentée comme une simple rencontre entre deux individus. En 1936, la jurisprudence Mercier fut un bouleversement pour cette relation et vint établir ce que l'on appelle « la relation contractuelle ».

Rappelons les faits : en 1925, Madame Mercier atteinte d'une affection nasale consulta un radiologue, qui réalisa une radiothérapie par rayons X qui entraîna par la suite une radiodermite des muqueuses de la face, considérée par les époux Mercier comme une faute imputable à l'opérateur. En 1929, ils réclamèrent 200 000 Francs de dommages et intérêts. L'affaire fut passée sur le plan Civil, car le cadre juridique délictuel de l'époque ne prévoyait pas d'indemnisation.

La Cour d'appel d'Aix par son arrêt rendu le 16 juillet 1931 avait d'ailleurs relevé, tel que précisé par l'arrêt de la Haute juridiction, que le contrat passé entre le professionnel et la patiente « imposait au médecin l'obligation de donner « des soins assidus, éclairés et prudents » ». Le contrat ainsi conclu comporte l'engagement de guérir le malade et de fournir au patient des soins « non pas quelconques mais consciencieux, attentifs, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».

D'ici émerge le contrat de soins : de fait, lorsque cette obligation contractuelle n'était pas respectée, la responsabilité contractuelle du soignant était engagée (Code civil).

Depuis la loi du 5 mars 2002, la responsabilité devient légale car elle est issue du Code de la santé publique : la responsabilité légale engage la responsabilité du médecin qu'il y ait un contrat ou pas.

Conclusion : l'arrêt Mercier a fait naître le contrat médical où le soignant est tenu à une obligation de moyens (non de résultats), au secret professionnel, et en contrepartie le patient l'acquiesce par l'intermédiaire des honoraires. Elle avait également prévu que la responsabilité du médecin était nécessairement contractuelle mais récemment, la loi a prévu que cette responsabilité devienne légale.

⁹ Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre Civile, du 20 mai 1936.

1.2.3 Code de Nuremberg (1947)

Le code de Nuremberg (19 août 1947)¹⁰ : la prise de conscience bioéthique

Après la seconde guerre mondiale, a eu lieu le procès de Nuremberg dont est extrait le fameux « Code de Nuremberg » en août 1947. Il a pour but de juger les crimes de guerre nazis et les crimes contre l'humanité, en particulier celui de dénoncer les expérimentations médicales criminelles faites sur des humains. Il en résulte une liste de dix critères appliqués aux expérimentations médicales faites sur l'homme dont la finalité est de faire émerger leur caractère légal ou illégal.

Le code de Nuremberg est le précurseur des fondements légaux et éthiques dans le cadre des recherches appliquées à l'homme.

On y retrouve le principe du consentement volontaire en pole position qui stipule que le sujet concerné doit être apte légalement à consentir, qu'il jouit d'une liberté de décision sans aucun vice de consentement possible pouvant altérer sa décision et avoir préalablement été en possession de toutes les informations nécessaires concernant l'expérience dans laquelle il est inclus.

1.2.4 Déclaration d'Helsinki (1964-2013)

La déclaration d'Helsinki (1964-2013)¹¹ : le consentement dans le cadre de la recherche médicale

Elle a été adoptée par l'assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale à Helsinki, en juin 1964, et amendée plusieurs fois jusqu'en 2013. Elle énumère les principes éthiques relatifs aux personnes se prêtant aux recherches biomédicales. Ainsi elle définit le cadre dans lequel doivent être conduites les recherches médicales sur les êtres humains et fait apparaître la notion de « consentement éclairé » notamment dans le principe.

L'article n° 25 stipule que l'inclusion de personnes à une recherche médicale nécessite obligatoirement un consentement libre et éclairé.

Et plus particulièrement dans notre cas l'article n° 28 précise que pour une personne dite incapable, qui ne peut donc garantir un consentement valide, le professionnel de santé recherchera un représentant légal pour fournir un consentement éclairé.

Enfin l'article n°30 va plus loin en expliquant que pour une personne dite incapable du fait d'un handicap physique ou mental qui ne peut fournir un consentement, une recherche ne peut être menée

¹⁰ Amiel, « Code de Nuremberg (traduit et adapté en français) ».

¹¹ Association médicale mondiale, « Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale : principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains ».

sauf si ce handicap précis constitue une caractéristique essentielle affectée à la population concernée par la recherche. Si tel est le cas, le professionnel de santé recherchera le consentement éclairé du représentant légal dans le cas où il est correctement établi. Dans le cas contraire, et si la recherche ne peut être différée, elle débutera sans en avoir obtenu au préalable le consentement éclairé. Cependant le protocole de recherche doit être validé par le comité d'éthique associé. Et le consentement de la personne concernée doit être réitéré dès que possible auprès du concerné lui-même ou bien auprès de son représentant légal.

1.2.5 Loi Huriet-Sérusclat (1988)

Loi Huriet-Sérusclat (20 décembre 1988)¹² : la protection des personnes se prêtant aux recherches biomédicales

La loi n° 88-1138 est la première réglementant l'organisation de la recherche en France et la protection des personnes incluses dans la recherche.

Elle a institué une protection obligatoire des individus qui se prêtent à des études de recherche clinique avec notamment, un devoir d'information écrit vis-à-vis de ces personnes, la nécessité de recueillir leur consentement écrit.

Dans le cadre de recherches médicales appliquées sur des majeurs protégés ou des mineurs, la loi prévoyait à cet effet que :

- Pour les mineurs non émancipés, le consentement est donné par les détenteurs de l'autorité parentale ;
- Pour les majeurs protégés, le consentement est requis par le représentant légal défini préalablement par le juge des tutelles.

Dans tous les cas, ces recherches ne devaient pas exposer les sujets à des risques prédictibles importants et, lorsque les sujets sont en capacité à consentir, leur consentement préalable devait être recherché et est non opposable (cf. Annexe 1 - Article L209-10 du Code de la santé publique).

1.2.6 Lois du 1^{er} et du 29 juillet 1994 : respect du corps humain

Lois de bioéthique (juillet 1994) : respect du corps humain

Ces trois lois de bioéthique de 1994 fixent le cadre à la pratique et les limites de l'intervention sur l'Homme, réaffirment les principes de protection de la personne et du respect de la dignité humaine précédemment cités.

¹² Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

L'Article 16-3 du Code civil (cf. Annexe 1) rappelle que l'atteinte volontaire ou involontaire à l'intégrité du corps humain ne peut être dérogée que dans le cadre de finalité thérapeutique en faveur du patient, et que son consentement préalable est requis sauf dans le cas où celui-ci est dit en incapacité.

1.2.7 Arrêt Hedreul du 25 février 1997

Arrêt Hedreul (25 février 1997) : renversement de la charge de la preuve de l'obligation d'information

Les faits : souffrant de douleurs abdominales, M. H. a consulté un médecin qui a pratiqué une coloscopie, à l'occasion de laquelle il a procédé à l'ablation d'un polype. M. H. a ressenti, le lendemain de cette intervention, de nouvelles douleurs abdominales. Les examens immédiatement pratiqués ont permis d'établir que l'intestin avait été perforé lors de la coloscopie, ce qui a rendu nécessaire une autre intervention qui a laissé au patient de lourdes séquelles.

L'Article 1315 du Code civil stipulait le 17 février 1804 que « Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation. »

M. H a saisi la cour d'appel de Rennes le 5 juillet 1994 contre ce médecin sous le motif duquel il n'aurait pas été informé des risques de perforation intestinale lors de cette coloscopie. Cependant celle-ci a rejeté son motif car il n'aurait pas apporté la preuve qu'il n'avait pas été informé par son médecin de ce risque de perforation conformément à l'Article 1315 du Code civil mais que « le risque de perforation au cas de coloscopie est à prendre en considération car il est loin d'être exceptionnel ».

Un magistrat de la cour de Cassation attesta que le médecin est tenu à une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient et qu'il lui incombe de prouver qu'il a exécuté cette obligation.

À la suite de cela, la cour de Cassation casse et annule l'arrêt rendu le 5 juillet 1994, et un arrêt fut prononcé le 25 février 1997 selon lequel « Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit apporter la preuve de l'exécution de cette obligation. »¹³

1.2.8 Loi du 4 mars 2002 : loi Kouchner

Loi Kouchner (4 mars 2002)¹⁴ : droits des malades et qualité du système de santé.

La loi du 4 mars 2002 met en avant deux principes fondamentaux :

- 1 Le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements proposées ;
- 2 Le droit du patient d'être informé sur son état de santé.

¹³ Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997.

¹⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle est composée de 5 grandes parties :

- 1 Solidarité envers les personnes handicapées ;
- 2 Démocratie sanitaire ;
- 3 Qualité du système de santé ;
- 4 Réparation des conséquences des risques sanitaires ;
- 5 Disposition relative à l'Outre-mer.

La première partie proclame « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. »¹⁵

Elle met en avant l'accès aux soins pour tous, le principe de non-discrimination notamment envers les personnes handicapées « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »¹⁶

Cette loi vient renforcer le droit à l'information du patient et le consentement : le consentement du patient constitue tant un droit pour ce dernier qu'une obligation forte pour le praticien.

« 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. »¹⁷

Elle dresse une liste non exhaustive du contenu de l'information qui doit être délivré au patient sur son état de santé (cf. Annexe 1 - Article L1111-2 du Code de la santé publique¹⁸), le cadre de délivrance de l'information dans le cas des majeurs protégés et des mineurs (cf. Annexe 1 - Article L1111-5 du Code de la santé publique¹⁹).

Une notion récente est reprise avec cette loi : il s'agit de la personne de confiance. En effet, la personne de confiance peut être désignée par tout patient majeur qui le souhaite, et celle-ci est en général une personne proche du patient (à savoir un membre apparenté, un médecin traitant). Son rôle est d'être le consultant de référence lorsque la personne est en incapacité juridique à consentir et reçoit l'information médicale concernant l'état de santé du patient concerné. Les modalités de désignation y sont inscrites ainsi que le champ de compétence précis dans lequel la personne de confiance peut intervenir.

¹⁵ Article L1110-1 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

¹⁶ Article L1110-3 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

¹⁷ Article L1110-4 du Code de la santé publique.

¹⁸ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

¹⁹ Article L1111-5 du Code de la santé publique.

Elle dévoile également le droit d'accès au dossier médical avec les conditions et modalités existantes. Enfin elle fixe un système d'indemnisation des accidents médicaux (en particulier ceux du champ de l'aléa thérapeutique).

1.2.9 Déclaration de Lisbonne (1981-2005)

Déclaration de Lisbonne (septembre 1981, révisée en 2005) ²⁰ : les droits du patient.

Adoptée par la 34^{ème} assemblée médicale mondiale à Lisbonne en 1981 (amendée en 1995, révisée en 2005), vise à exposer les droits du patient dans un contexte où la relation médecin-patient connaît de nombreux remaniements, et où le soignant se porte garant du respect de l'autonomie de la personne.

Elle souligne le devoir et la responsabilité du praticien à sauvegarder les droits du patient et s'engager à rechercher les moyens appropriés lorsque ce dernier s'en voit privé.

Parmi ces droits du patient on y retrouve :

1. Le droit à des soins médicaux de qualité ;
2. La liberté de choix ;
3. Le droit à la décision ;
4. Les droits du patient inconscient ;
5. Les droits du patient incapable (mineur, majeurs protégées) ;
6. Le droit à l'information ;
7. Le droit au secret professionnel ;
8. Le droit à l'information sur l'éducation de la santé ;
9. Le droit à la dignité.

1.3 Principes de l'éthique médicale

1.3.1 Principe de bienfaisance

C'est un principe fondateur de la médecine en général, dont découlent les notions de « faire le bien du patient », de la balance bénéfice/risque en faveur du patient.

Le principe de bienfaisance poussé à l'extrême entraîne une dérive vers le paradigme d'autrefois à savoir celui du « paternalisme médical » retrouvé plus haut où le soignant tend à prendre les décisions à la place du patient car il possède la connaissance et sait ce qui est bon ou non pour son patient. Ce

²⁰ Association médicale mondiale, « Déclaration de Lisbonne de l'Association médicale mondiale sur les droits du patient ».

modèle va peu à peu laisser place au principe du « respect d'autonomie de l'autre » où le patient voit ses droits se renforcer et devient acteur de la décision médicale comme membre à part entière et vient chercher une collaboration avec le soignant.

Des auteurs tels qu'Emmanuel Levinas et Hans Jonas qui ont écrit sur le regard de l'autre, vont associer ce principe à la responsabilité de l'individu à l'égard de l'autre.

Les principes de l'éthique médicale sont sans cesse mis en confrontation les uns avec les autres :

- Principe de non-malfaisance ;
- Principe d'autonomie ;
- Principe du respect de la personne humaine ²¹ ;
- Principe de justice.

1.3.2 Principe de non-malfaisance

Le principe de bienfaisance apparaît dans les textes Hippocratiques avec notamment cette citation bien connue « Primum non nocere » qui signifie « avant tout ne pas nuire ». Le principe de bienfaisance est souvent associé au principe de non-malfaisance. Ensemble, ces deux principes permettent de rendre compte de toutes les conséquences positives et négatives de l'intervention pour les individus qu'elle vise directement ou indirectement.

Par ailleurs, ces deux principes ne se recouvrent pas : respecter le principe de bienfaisance ne permet pas systématiquement de respecter celui de non-malfaisance, et vice-versa.

Le principe de non-malfaisance encourage à ne pas intervenir, car dans certains cas agir aurait des conséquences bien plus délétères.

Il ne faut pas négliger le contexte médical dans lequel s'établit la relation de soins : ici la vulnérabilité. Celui-ci prend tout son sens car il permet de trancher le débat éthique pour une solution thérapeutique donnée.

1.3.3 Principe d'autonomie

Autonomie au sens littéral signifie « se donner sa propre loi » et vient du latin « auto » : soi-même, « nomos » : loi.

²¹ Article R4127-202 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

Le recours au principe d'autonomie est omniprésent dans la pratique quotidienne du chirurgien-dentiste et fait l'objet de nombreux questionnements principalement d'ordres éthique et juridique.

Il existe deux courants philosophiques concernant la notion d'autonomie :

1. Le courant anglo-saxon qui associe l'autonomie à une liberté individuelle et dont le fonctionnement est basé sur le format du contrat entre le patient et le soignant. La responsabilité de chacun est définie avant, pendant et après la contractualisation ;
2. Le courant du droit romain (dont la France) associe l'autonomie à un cadre législatif et universel. Dans ce système dit « universaliste » l'État est protecteur et domine sur les libertés individuelles.

Cependant en France, dans le domaine de la chirurgie dentaire, le courant anglo-saxon s'est imposé, malgré les nombreux textes législatifs existant sur d'autres sujets médicaux, et celui-ci suit la procédure de contrat de soins dont les conditions de réalisation sont énumérées dans la loi du 4 mars 2002 dite « Loi Kouchner ».

Autrement dit, en France sur la notion d'autonomie dans le domaine de la chirurgie dentaire, les schémas sont individualistes et contractuels mais régis par un cadre légal.

En effet, le consentement du patient aux soins demeure obligatoire. Cette notion est apparue à la suite d'une série d'expérimentations inhumaines menées sur des patients sans avoir obtenu de consentement dans le cadre de la recherche médicale, et le consentement est devenu le principe fondamental de la loi du 4 mars 2002. À titre légal, le respect de l'autonomie n'a de valeur que si le patient a exprimé son consentement en présence de toutes les informations nécessaires à la prise de décision. Cette loi autorise le patient à avoir accès à son dossier médical, et a pour but de protéger les patients, notamment les plus vulnérables.

D'un point de vue purement éthique, la relation praticien-patient est le résultat d'une rencontre entre deux individus dont le dénominateur commun est l'humain, et où la relation se verra équilibrée lorsque le praticien témoignera d'humanité envers son patient et où celui-ci sera considéré au rang de « personne ». Le consentement du patient n'est pas un objectif à atteindre, mais une fin en soi dans le sens où c'est un moyen de respecter la dignité humaine du patient. C'est dans ce climat, qu'une relation de confiance s'installe, que le patient peut s'orienter vers les solutions thérapeutiques proposées par le soignant, d'accepter ou de refuser les soins. Dans le cas où le patient accepte, lui et le soignant ont pour finalité commune le bien être d'autrui.²²

²² Machat, « Principe d'autonomie et soins dentaires ».

La relation praticien-patient ne se résume pas qu'au respect de l'autonomie de l'autre, et fait appel à d'autres principes d'éthique médicale tel que le principe de bienfaisance. Toutefois, ce dernier poussé à l'extrême peut dériver vers un « paternalisme » médical mettant au centre l'opinion du praticien au détriment de l'autonomie du patient. Ainsi la relation de soins est le lieu d'un équilibre dynamique entre ces différents principes éthiques, une sorte de balance où s'affrontent respect d'autonomie et effets du principe de bienfaisance.

Dans le domaine de la chirurgie dentaire, la conception de l'autonomie telle quelle, est régie par la loi à modifier les pratiques. Face aux nombreux cas de jurisprudence pour manquement au devoir d'information, les soignants sont d'autant plus vigilants : multiplicité des documents concernant le consentement et l'information, signature des documents.

Avec cette dérive, on s'aperçoit que la loi se focalise davantage sur les obligations légales du praticien que sur le patient en lui-même ; il n'est plus question de savoir si toutes les informations ont été comprises par le patient, mais si tous les éléments se rapportant à l'information ont bien été transmis dans leur intégralité par le chirurgien-dentiste.

On peut alors se demander :

- Quelle place donner au consentement ?
- Où se situer entre Éthique et Juridique ?

Vision purement juridique : un chirurgien-dentiste qui répond parfaitement et strictement à son devoir d'information, sans mettre en place un climat de confiance et de communication, s'inscrit dans une démarche purement légale dans laquelle l'éthique ne figure pas. Cela a pour conséquence de « jeter un froid » dans la relation praticien-patient, et transmettre au patient une image du chirurgien-dentiste comme « prestataire de service », tel un commerçant dans une relation purement contractuelle.

Vision purement éthique : relation de soins où l'empathie envers le patient, la communication et la confiance sont prédominantes. Ces éléments permettront le bon suivi et la compliance du patient présentant de nombreuses séances de soins devant lui. Cependant, il faut prendre garde à ce que le chirurgien-dentiste ne se substitue pas à son patient en choisissant à sa place la « meilleure solution », car en effet il ne serait pas recevable d'un point de vue éthique de proposer des solutions très onéreuses à des patients défavorisés. Toutes les solutions et alternatives thérapeutiques doivent être proposées et discutées avec le patient sans que le praticien ne soit tenté de choisir le traitement à la place du patient.

L'idéal éthique et l'idéal juridique ne sont pas incompatibles dans le domaine de la santé, les chirurgiens-dentistes prennent en charge quotidiennement des patients sans avoir opté strictement pour l'une ou l'autre vision.

Le cadre légal autour du consentement n'empêche pas forcément qu'une attitude éthiquement recevable soit adoptée.

1.3.4 Principe de justice

En matière de santé, le principe de justice consiste à envisager au niveau de la société, les conséquences de l'intervention médicale et la consommation des ressources qu'elle engendre. Par exemple, prendre la décision de rendre remboursable un acte de santé donné revient à donner la possibilité à la société tout entière d'y avoir accès en fonction de ses besoins.

Le principe de justice nous amène dès lors à une réflexion : Comment la société peut-elle répondre de façon juste aux besoins de santé de tous quand des inégalités et différences subsistent en son sein ?

C'est ce principe éthique qu'on retrouve dans la loi du 11 février 2005 : « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». ²³

1.3.5 Confrontation et tension des principes bioéthiques

Étude menée par Camoin, Tardieu, et Le Coz ²⁴

Le consentement éclairé est un sujet au centre de nombreux débats de l'éthique médicale, d'autant plus avec les législations récentes (Loi du 4 mars 2002) redéfinissant la relation praticien/malade. On observe depuis peu un inversement des rôles dans le domaine de la santé : les patients sont actuellement acteurs de la décision médicale et le praticien a davantage un rôle de conseiller, d'informateur sur l'état de santé de ce dernier.

Nous nous intéressons, dans ce cas précis, au patient en situation de handicap à déficiences mentales. Cela sous-entend des difficultés de communication et de compréhension de l'information au sein de l'échange médical entre le patient et son soignant, et remet en question la possibilité de consentir pour ces patients. De plus, les séances de soins bucco-dentaires obligent les praticiens à avoir recours

²³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁴ Camoin, Tardieu, et Le Coz, « Problèmes éthiques soulevés par les soins dentaires chez la personne en situation de handicap ».

à des moyens et se retrouvent dans des situations plus extrêmes que pour un patient à prise en charge conventionnelle : contention, pleurs, technique de sédation consciente, cale-bouche...

La problématique à laquelle sont confrontés les praticiens est la suivante : Comment obtenir et valider le consentement du patient en situation de handicap quand celui-ci est soumis à des soins sous contrainte ? Quel bénéfice en tirer pour le patient ? Ces méthodologies sont-elles en adéquation avec les principes de l'éthique médicale ?

Les patients en situation de handicap, en fonction de leur sévérité, sont soumis à des problèmes bucco-dentaires plus fréquents que la population générale, du fait de toutes les difficultés rencontrées lors de leur prise en charge et d'entretien quotidien de leur hygiène bucco-dentaire (dextérité affaiblie, manque de suivi, nomadisme médical...), mais sont soumis aux mêmes types de pathologies dentaires (caries, abcès, parodontopathies...).

L'objectif de cette étude a été de mettre en avant les questions éthiques auxquelles sont confrontés les praticiens lors de la prise en charge de ces patients.

Méthodologie : 33 praticiens travaillant régulièrement avec des patients en situation de handicap ont participé à l'étude à l'initiative du réseau HANDIDENT PACA, sous forme de questionnaire.

Il a été mis en évidence que :

Pendant le soin (cf. Tableau 2) :

- 73 % des praticiens poursuivent leurs soins chez un patient handicapé refusant d'ouvrir la bouche (cale-bouche, diversion) et 72 % poursuivent leurs soins chez un patient sans pleurs ;
- 26 % reportent les soins par l'intermédiaire d'une prescription médicamenteuse en présence d'urgence infectieuse afin de refroidir le foyer infectieux.

Tableau 2 : Évaluation des pratiques cliniques en odontologie chez des personnes présentant un handicap mental

	patient porteur d'un retard mental refusant d'ouvrir la bouche	patient porteur d'un retard mental refusant d'ouvrir la bouche avec urgence infectieuse	patient porteur d'un retard mental se met à pleurer	
Vous forcez l'ouverture et utilisez un cale bouche	5,20%	23,60%	23,60%	poursuivent les soins
Vous renoncez au soin et reportez le rendez-vous	15,70%	2,60%	47,30%	arrêtent les soins
Vous détournez son attention et poursuivez le soin	50%	36,80%	15,70%	poursuivent les soins
Autre (Précisez)	28,10%	36,80%	5,20%	poursuivent les soins

Source : Camoin, Tardieu, et Le Coz, « Problèmes éthiques soulevés par les soins dentaires chez la personne en situation de handicap », 2015.

Les conclusions que l'on peut tirer de ce premier constat sont :

- Les principes bioéthiques de bienfaisance et non-malfaisance sont confrontés l'un à l'autre, d'un côté les praticiens tendent à faire le bien pour leurs patients à savoir leur prodiguer des soins, et de l'autre lors du report de soins on a à faire au principe de non-malfaisance dans le sens où le praticien ne veut pas nuire au patient en continuant un soin dans des conditions « très limites » ;
- Par ailleurs, les praticiens se demandent si le patient handicapé reconnaît lui-même l'acte subi comme étant bienfaisant du fait d'avoir été contraint en présence d'un refus initial.

Après le soin, les praticiens ont été interrogés sur leurs ressentis, leurs approches face à la situation et leurs degrés de satisfaction (cf. Figure 1).

Après avoir réussi une extraction sur un patient handicapé avec présence de pleurs :

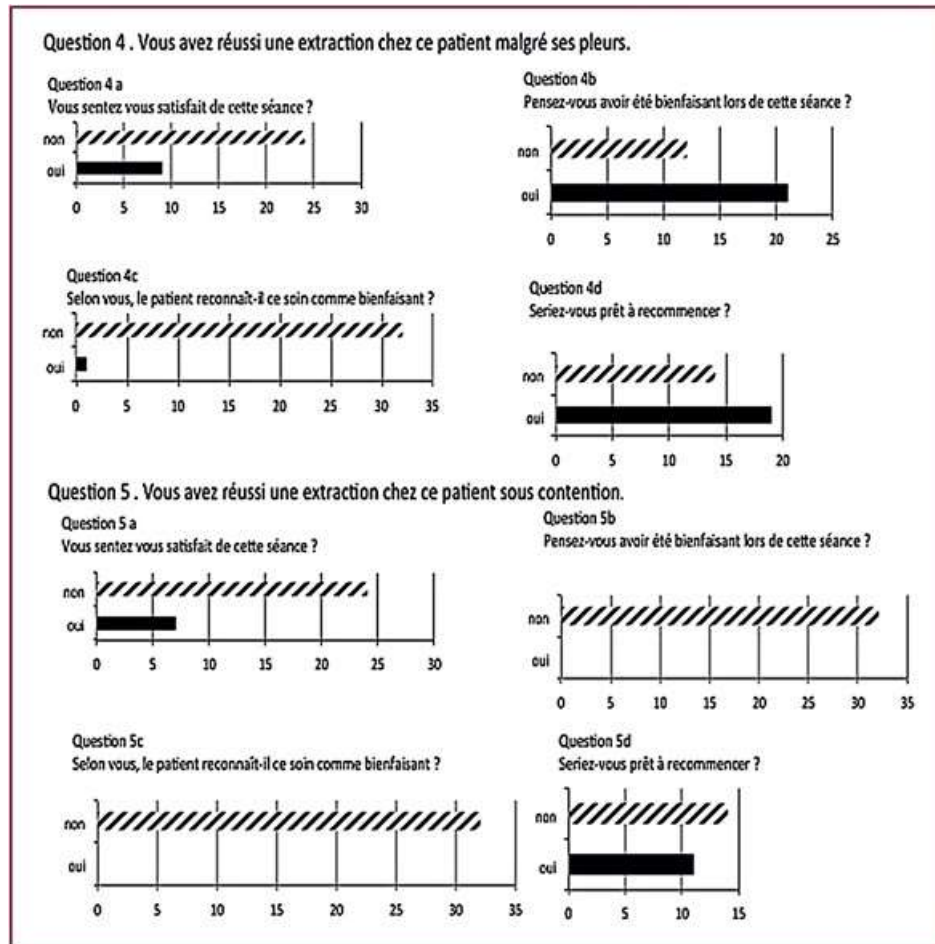
- 72 % des praticiens se disent non satisfaits de la séance ;
- 63 % pensent avoir été bienfaisants ;
- 95 % pensent que le patient ne reconnaît pas le soin comme étant bienfaisant ;
- 43 % d'eux ne sont pas prêts à recommencer des soins avec pleurs.

Après avoir réussi une extraction sur un patient handicapé en ayant recours à la contention :

- 72 % des praticiens se disent non satisfaits de la séance ;
- 100 % pensent ne pas avoir été bienfaisants envers le patient ;
- 100 % pensent que le patient n'a pas perçu le soin comme étant bienfaisant ;

- Environ 50 % se disent ne pas être prêts à recommencer.

Figure 1 : Effets estimés par les praticiens et points de vue lors de soins dentaires réalisés sans assentiment sur un patient en situation de handicap mental



Source : Camoin, Tardieu, et Le Coz., « Problèmes éthiques soulevés par les soins dentaires chez la personne en situation de handicap », 2015.

Vient ensuite la question du respect de l'autonomie des patients : concernant le point de vue des praticiens, 25 % pensent avoir laissé transparaître un défaut d'information de leur message et 20 % pensent ne pas avoir respecté leurs consentements.

Concernant la manière d'informer le patient, l'idée selon laquelle de nouveaux outils devraient émerger a été prédominante. Pour les patients porteurs de handicaps auditifs, il s'agirait d'une information gestuelle et visuelle (dessins par exemple), pour les patients porteurs de handicaps visuels l'alternative d'information tactile ou verbale (vocabulaire clair) est retenue par la plupart des praticiens.

À la question « Pensez-vous qu'il est toujours nécessaire de fournir une information à nos patients avant d'entreprendre un soin afin d'obtenir leurs consentements ? »²⁵ les réponses ont été les suivantes :

- 84,8 % pensent que cela est nécessaire dont 24,2 % estiment qu'une information adaptée et accessible est primordiale ;
- 6,1 % pensent que l'information est impossible et qu'il faut avoir recours à l'anesthésie générale ;
- 12,1 % pensent que donner une information détaillée a tendance à effrayer le patient entraînant un échec de soins futurs et une odontophobie ;
- 3 % pensent que cela n'est pas nécessaire, il suffit juste d'obtenir le consentement.

Enfin 75 % des praticiens définissent le recueil du consentement comme étant un acte de soin s'inscrivant dans la thérapeutique globale de la prise en charge des patients, ce n'est pas simplement une « formalité juridique », cela englobe le respect de l'autonomie du patient.

Il a été mis en avant le fait que la patience est un outil indispensable à la prise en charge des patients en situation de handicap afin d'obtenir leur coopération. Il faut également comprendre que pour ces patients, l'environnement buccal est souvent synonyme d'anxiété, de douleurs, de craintes et face à cela nous avons vu que l'attitude souvent adoptée est le report de soins avec mise en place de techniques de sédation. Cette solution est plutôt appréciée au niveau éthique dans le sens où il y a respect de l'autonomie du patient et bienfaisance en ne forçant pas le soin et en respectant la volonté du patient.

Tout au long de ces séances de soins, nous sommes envahis par divers sentiments :

- La crainte : ne pas nuire à autrui et lui éviter des complications ;
- Le respect d'autrui : tenir compte du refus de soins de la part du patient ;
- L'empathie : être sensible à la vulnérabilité d'autrui.

On voit bien ici l'ambivalence entre ces principes éthiques que sont : la bienfaisance versus la non-malfaisance.

- Actes bienfaisants : soulagement de la douleur, suppression d'un foyer infectieux ;
- Actes non malfaisants : respect de l'intégrité physique et psychique d'autrui, ne pas créer d'odontophobie, prendre en compte le refus de soins.

En conclusion, il n'y a pas « une bonne décision » mais plutôt une solution de compromis éthiques.

²⁵ Camoin, Tardieu, et Le Coz.

Notons que le praticien doit tenir compte du refus de soins, sauf si le pronostic vital peut être engagé, et dans ce cas le praticien a le droit d'outrepasser le consentement du patient.

Face à cette population, nous sommes confrontés aux difficultés rencontrées à l'obtention d'un consentement dit « éclairé » ainsi que ses limites.

Charles Gardou affirme : « Il faut s'appliquer à rendre plus confortable, à humaniser pour tous, à partir du principe universel d'accessibilité et du concept de qualité de vie. »²⁶

Il est de notre devoir d'adapter cette information et de trouver de nouvelles ressources afin que l'on ne puisse plus avoir de doute sur la validité du consentement chez les personnes porteuses de handicap, quel qu'il soit.

Bienfaisance versus autonomie

Dans la relation soignant/soigné, l'autodétermination du patient est la nouvelle ligne de conduite : le patient peut y renoncer en acceptant les soins et en consentant (**bienfaisance**) versus refuser la thérapeutique proposée (**autonomie**).

Cependant quelle conduite tenir face à la question de validation de refus de soins chez un patient présentant un handicap mental ayant des difficultés de compréhension ?

Certes le refus de soin est un droit du malade inscrit dans le Code de la santé publique, mais le praticien ne doit pas se désengager vis-à-vis de son patient en prenant cet argument comme « prétexte », cela serait contraire à la responsabilité du praticien engagé envers son patient, et pourrait être considéré comme de la maltraitance/négligence.

Cette étude a pour but de mettre en avant les différents acteurs de la relation de soins : praticiens, patients et aidants ; de clarifier les différentes situations et problèmes éthiques auxquels sont confrontés ces acteurs et la complexité de leurs relations. Ce projet éthique tend à ouvrir de nouveaux horizons, méthodes et outils de communication et présenter des alternatives à ces situations non définies clairement à ce cas si singulier dans les différentes législations et codes régissant l'exercice médical.

Autonomie et vulnérabilité

Le principe d'autonomie est fondamental en éthique médicale et à la fois controversé d'un point de vue clinique et de son application. Le patient a le droit de participer à la décision de santé le

²⁶ Gardou et Poizat, *Désinsulariser le handicap : quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?*

concernant, et ce principe interdit de faire le bien du patient sans l'avoir consulté. Le praticien est dans l'obligation d'informer son patient de la manière la plus pertinente possible dans la situation particulière de celui-ci, afin que le patient puisse donner son consentement libre et éclairé aux soins le concernant.

Cela n'est pas aussi idéal en réalité, l'autonomie des patients est, dans certaines situations, vulnérable et rend l'expression de sa volonté difficile voire impossible :

- Il existe des « substituts » du patient quand celui-ci n'est pas en état d'exprimer sa volonté : personne de confiance, directives anticipées de moins de 3 ans, le témoignage des proches (sans conflits d'intérêts) ;
- Attitude adoptée par le praticien quant au fait de se mettre à l'écoute de son patient, de reconnaître son avis comme étant légitime, et de la considération accordée à la volonté du patient. Ce n'est pas parce qu'un patient est vulnérable que l'expression de sa volonté est automatiquement disqualifiée ;
- Notion « d'autonomie relationnelle » : autonomie en lien et influencée par l'entourage du patient ;
- Rôle et devoir de conseil du praticien afin d'aider à « construire l'autonomie » du patient vulnérable.

2 : Le handicap

2.1 Définition du handicap

Le mot « handicap » est issu de l'anglicisme « hand in cap », faisant référence à un jeu du 16ème siècle courant en Angleterre. Le but du jeu était basé sur l'échange d'objets matériels entre joueurs ne connaissant pas la valeur du contenu sous le chapeau, le tout était encadré par un arbitrage s'assurant que l'égalité des chances entre les participants était respectée.

Le mot « handicap » a par la suite figuré dans les textes officiels de lois françaises dans les années 1950, et a été ajouté comme adjectif qualificatif à la notion de personne avec la loi du 11 février 2005.

2.1.1 Définition et classifications par l'OMS

Définition du handicap selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Selon la définition de l'OMS, « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». ²⁷

L'OMS déplore :

- Un milliard de personnes en situation de handicap dans le monde (15 % de la population mondiale). À l'intérieur de cet effectif, on dénombre un peu moins de 200 millions d'adultes présentant des troubles fonctionnels sévères et 93 millions atteints d'au moins un handicap modéré à sévère ;
- L'incidence de personnes atteintes de handicap dans le monde est croissante au fil des années du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'évolution des maladies chroniques ;
- L'accessibilité des personnes handicapées aux différents services à usage public (relatifs à la santé, à l'éducation, à l'emploi) est très restreinte.

2.1.1.1 Classification de Wood - CIH-1 (1980)

L'OMS a mis en place avec Philip Wood une classification internationale du handicap, appelée CIH-1 (cf. Figure 2) en 1980, permettant de définir trois niveaux descriptifs du handicap en corrélation avec

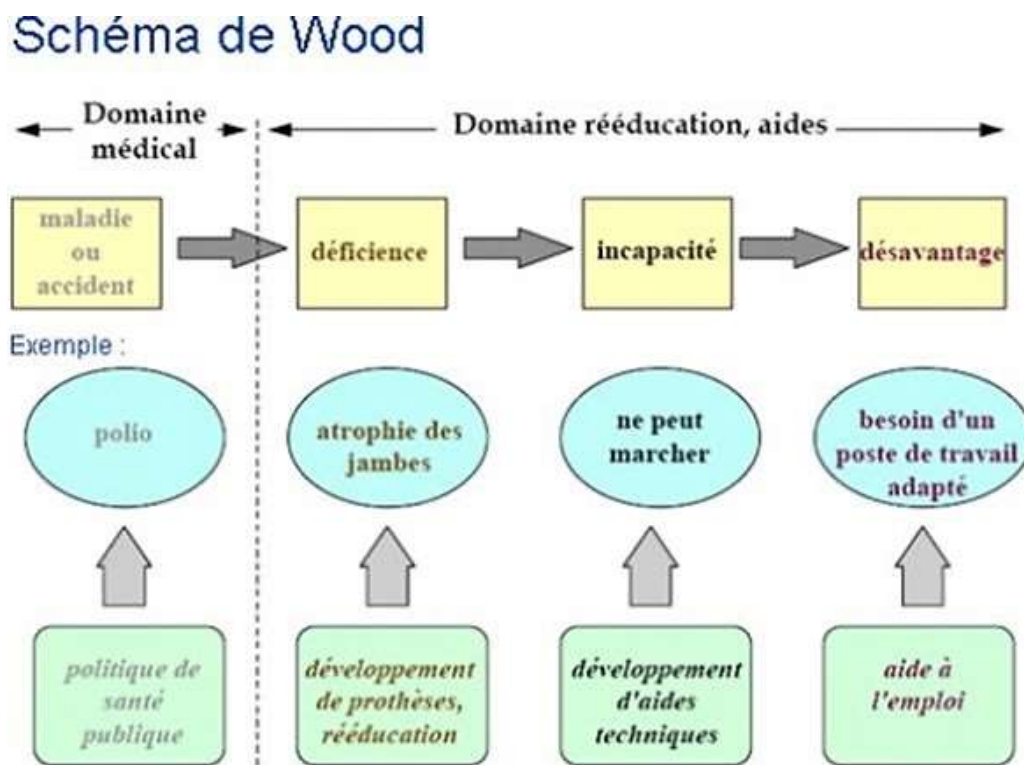
²⁷ Organisation mondiale de la santé, « Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées ».

la présence d'une maladie ou une altération d'un état de santé. Son but : faciliter et normaliser le langage au niveau international et mettre en avant les différents facteurs altérant la vie d'un individu.

On distingue alors :

- La déficience : toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ;
- L'incapacité : toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité ;
- Le désavantage : résulte d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social normal.

Figure 2 : Schéma de Wood



Source : Wood, « CIH-1 », 1980.

Ce modèle est jugé trop linéaire car il sous-entend que le désavantage est la conséquence d'une incapacité, elle-même résultant d'une déficience et donc que la responsabilité de ce désavantage est assimilée à la personne porteuse de handicap elle-même. La classification CIH-1 va laisser la place à une nouvelle classification en 2001.

2.1.1.1 Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé CIF ou CIH-2 de 2001 ²⁸

En 2001, l'OMS adopte la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF ou CIH-2). Le but de cette nouvelle classification est d'uniformiser le langage au niveau international afin d'améliorer la communication entre les différents acteurs de santé (professionnels, chercheurs) et ainsi proposer un cadre de travail au service de la description et de l'organisation des informations relatives à l'état de santé des personnes atteintes de handicap.

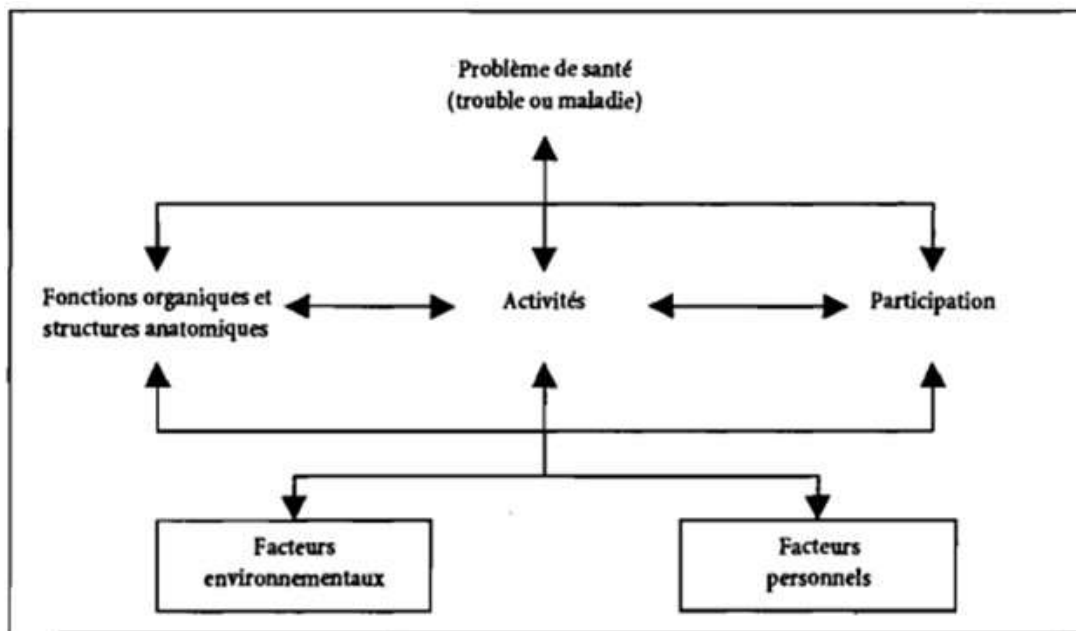
Cette classification apporte de nouvelles notions remplaçant les précédentes déficiences-incapacité-désavantage :

- Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques et les fonctions psychologiques ;
- Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes ;
- Déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante ;
- Activité désigne l'exécution d'une tâche par une personne ;
- Participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle ;
- Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités ;
- Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle ;
- Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie ;
- Les facteurs personnels désignent les facteurs propres à l'individu comme son identité.

Cette classification apporte les notions de facteurs environnementaux et personnels, il ne s'agit plus d'une relation linéaire où le patient porteur de handicap est l'unique cause du désavantage, mais d'une interaction réciproque entre différents facteurs (cf. Figure 3).

²⁸ Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*.

Figure 3 : Interactions entre les composantes de la CIF



Source : Organisation mondiale de la santé, « Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », 2001.

2.1.2 En France

Définition du handicap selon Le Code de l'action sociale et des familles

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »²⁹

En France, d'après une enquête de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 2,75 millions de personnes étaient reconnues comme ayant une limitation fonctionnelle en 2015.³⁰

²⁹ Articles L114 à L114-5 du Code de l'action sociale et des familles.

³⁰ Espagnacq, « Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale ».

2.2 Cadre légal autour du handicap : loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 dite « Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » introduit pour la première fois dans le Code de l'action sociale et de la famille une définition du handicap :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions . »³¹

Cette loi vise à l'insertion complète des personnes en situation de handicap dans les domaines de la vie courante :

- Accessibilité généralisée pour les domaines de la vie sociale (éducation, emploi, transports, lieux publics dont le cabinet dentaire depuis le 1er janvier 2015) ;
- L'instauration du droit à la compensation des conséquences du handicap ;
- Création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

2.3 Place du handicap dans le domaine de la santé

2.3.1 Chiffres-clés

La notion complexe de handicap rend difficile le dénombrement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Dans son rapport de 2011 « L'état de santé de la population en France »³², la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), reprenant les statistiques de l'Insee, mettait en avant douze profils de limitations fonctionnelles (cf. Tableau 3) et soulignait que :

- En 2008, parmi les adultes de 18 à 59 ans vivant à domicile, 12 % des hommes et 14 % des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle sévère ;
- Les femmes déclarent essentiellement des limitations physiques (7 % des femmes contre 4 % des hommes) ;
- Les limitations mentales concernent 6,5 % des hommes et des femmes à ces âges et 4 % sont concernés par les limitations sensorielles ;

³¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³² Direction de la recherche, « L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique : rapport 2011 ».

- Les adultes de 18 à 59 ans cumulent rarement les atteintes physiques, sensorielles et mentales : 11,5 % des femmes et 9,5 % des hommes déclarent un seul type de limitation, 2 % en cumulent deux et 0,5 % cumule les trois ;
- De façon générale, les ouvriers déclarent plus souvent que les cadres des limitations fonctionnelles, et ce pour chacun des profils.

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques pour chaque profil de limitation fonctionnelle

	Tous	P1 force endurance	P2 souplesse basse	P3 membres supérieurs	P4 membres inférieurs	P5 tous membres	M1 comportement	M2 attention mémoire	M3 intellectuel	M4 toutes fonctions mentales	S1 ouïe	S2 de près	S3 tous sens
Prévalence (% pondérés)		1,60 %	1,90 %	0,80 %	1,00 %	0,40 %	3,20 %	1,80 %	0,80 %	0,60 %	2,10 %	1,00 %	0,80 %
Nombre d'individus concernés	35,2 millions	570 000	675 000	275 000	350 000	155 000	1 146 000	620 000	300 000	200 000	740 000	340 000	275 000
		+/- 70 000	+/- 80 000	+/- 50 000	+/- 60 000	+/- 38 000	+/- 100 000	+/- 75 000	+/- 50 000	+/- 40 000	+/- 80 000	+/- 60 000	+/- 50 000
Nombre individus HSM		781	817	348	746	287	736	604	527	391	728	295	356
Caractéristiques sociodémographiques (répartition des caractéristiques sociodémographiques au sein de chaque groupe de limitation fonctionnelle)													
Hommes	49	15	47	40	38	54	50	43	58	53	54	41	49
Femmes	51	85	53	60	62	46	50	57	42	47	46	59	51
18-29	27	8	9	5	7	19	32	17	26	17	5	7	8
30-39	24	16	15	15	12	21	19	20	20	24	18	9	12
40-49	25	32	28	31	24	24	22	27	25	27	31	44	29
50-59	24	45	47	49	56	36	27	36	29	32	47	40	50
Diplôme supérieur	29	9	12	9	7	13	10	14	6	5	10	13	15
BAC général ou technique	19	11	12	6	10	9	14	12	9	6	13	8	13
BEP CAP	27	31	34	38	29	32	34	32	14	22	39	31	34
Collège primaire	25	50	41	49	54	46	41	43	71	67	39	47	39
Agriculteur	2	0	1	4	2	3	2	4	0	0	4	4	3
Artisan, commerçant...	4	2	3	1	2	3	2	4	1	1	6	3	4
Cadre supérieur	12	3	3	3	1	7	2	8	4	0	4	3	5
Prof. intermédiaire	19	6	16	6	6	2	14	9	3	9	17	12	12
Employé	25	35	23	23	19	9	30	22	7	13	19	29	21
Ouvrier	18	14	21	23	7	15	27	24	21	13	25	14	18
Pas de PCS	20	40	33	41	63	61	24	29	63	63	25	34	37
Revenu quartile 1	16	31	28	33	33	27	23	26	29	35	21	25	25
Revenu quartile 2	19	22	25	25	27	29	25	20	30	27	20	27	23
Revenu quartile 3	28	26	19	25	22	17	25	19	21	15	27	20	14
Revenu quartile 4	30	12	22	9	11	18	17	24	13	12	24	21	32
Revenu non déclaré	7	9	6	8	7	10	10	11	7	10	8	7	6
Personne seule	12	13	20	12	21	17	13	16	19	18	17	17	14
Famille monoparentale	10	17	12	14	15	10	12	14	15	16	9	7	10
Couple sans enfant	19	21	22	22	22	12	18	21	14	13	28	23	23
Couple avec enfant	55	44	42	48	37	54	51	40	44	42	40	47	49
Autre ménage	4	5	5	7	5	8	6	9	8	11	6	6	4
Reconnaissance*	5	30	27	34	59	59	12	18	67	60	21	20	34
Non reconnue	93	68	72	63	36	40	87	81	32	37	77	76	66
Manquante	2	2	1	3	5	1	1	0	1	3	1	5	0

* Reconnaissance officielle d'un handicap, ou d'une perte d'autonomie (allocation, pension ou carte d'invalidité, admission dans un établissement spécialisé...)

Lecture : Parmi les 35,2 millions d'adultes d'âge actif (18-59 ans), 1,60%, soit 570 000 personnes, déclarent des limitations fonctionnelles de type "P1 - force et endurance". ce profil comporte 85% de femmes et 15% d'hommes, contre respectivement 51% et 49% dans l'ensemble des adultes d'âge actif.

Quartile : les quartiles de revenu sont définis par rapport à l'ensemble de la population vivant en ménage ordinaire, et pas seulement les adultes d'âge actif. Le quartile 1 correspond aux personnes dont le revenu est le plus faible, et le quartile 4 aux plus aisés.

Champ : France métropolitaine et DOM, 18 à 59 ans vivant à leur domicile, en 2008.

Sources : INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

Sources : Direction de la recherche, « L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique : rapport 2011 », 2011.

Dans un document de 2019 ³³, la Drees dresse un état des lieux sur les personnes en situation de handicap et leur niveau de vie. Pour ce faire, la Drees retient trois critères : déclarer une limitation dans une fonction physique, sensorielle ou intellectuelle, ou avoir une reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie, ou enfin déclarer une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement. En 2008, 12,5 millions de personnes, âgées d'au moins 16 ans vivant à domicile en France, sont concernées par au moins l'un de ces trois critères, soit 25 % de la population de cette classe d'âge » (cf. Tableau 4).

Tableau 4 : Effectifs des différentes populations de personnes handicapées vivant à domicile en 2008

	Effectifs (en milliers)			Proportion dans la population (en %)		
	de 16 ans ou plus	de 16 à 59 ans	de 60 ans ou plus	de 16 ans ou plus	de 16 à 59 ans	de 60 ans ou plus
Ensemble de la classe d'âge	50 021	36 835	13 186	100	100	100
Personnes déclarant avoir :						
Par critère						
Une limitation fonctionnelle sévère. Critère 1	10 242	4 811	5 431	21	13	41
Une reconnaissance officielle d'un handicap, d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie. Critère 2	3 817	2 492	1 325	8	7	10
Une forte restriction dans les activités que les gens font habituellement ¹ . Critère 3	4 811	2 115	2 696	10	6	20
Croisement des critères :						
Critères 1, 2 et 3	1 486	831	655	3	2	5
Critères 1 et 2 uniquement	908	609	299	2	2	2
Critères 1 et 3 uniquement	2 273	597	1 675	5	2	13
Critères 2 et 3 uniquement	267	219	48	1	1	0
Critère 1 uniquement	5 576	2 774	2 801	11	8	21
Critère 2 uniquement	1 156	833	322	2	2	2
Critère 3 uniquement	786	468	318	2	1	2
Ensemble des personnes appartenant à au moins un des groupes (critère 1 ou 2 ou 3)	12 451	6 332	6 119	25	17	46

1. Répondre « oui, fortement limité » à la question « Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » (GALI).

Champ > France métropolitaine et DROM.

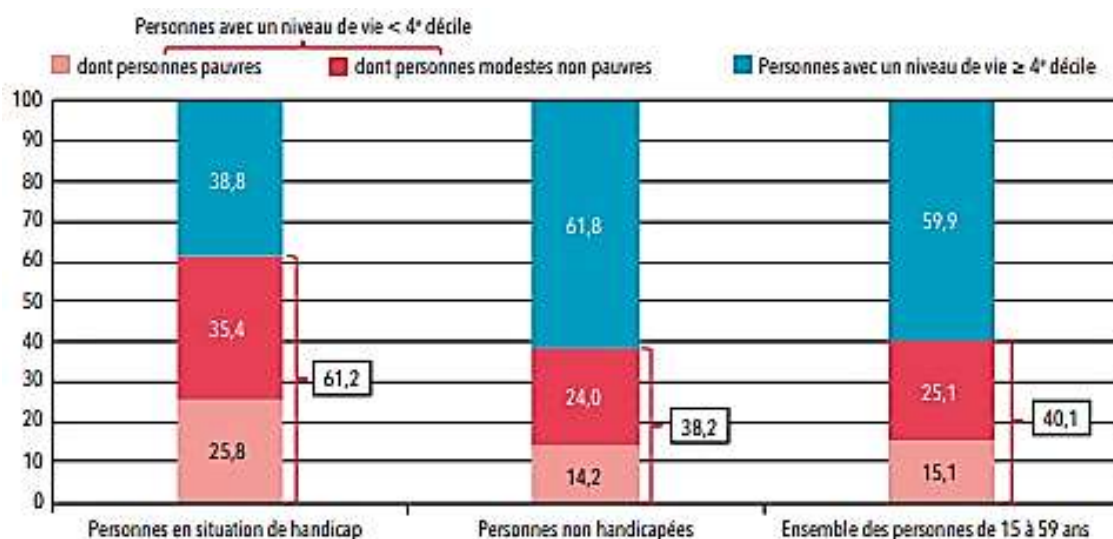
Sources > DREES, Insee, enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM - 2008).

Source : Direction de la recherche, « L'aide et l'action sociales en France : perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion », 2019.

³³ Direction de la recherche, « L'aide et l'action sociales en France : perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion ».

De plus, la Drees fait le constat que les personnes en situation de handicap ont globalement un niveau de vie inférieur aux autres (cf. Figure 4).

Figure 4 : Répartition des personnes de 15 à 59 ans selon leur niveau de vie en 2016



Source : Direction de la recherche, « L'aide et l'action sociales en France : perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion », 2019.

Enfin, quatre types de limitations fonctionnelles présentes dans l'enquête Handicap-Santé de 2008 ont été retenues : la limitation motrice, la limitation visuelle, la limitation auditive et la limitation psychique, intellectuelle ou mentale (cf. Tableau 5).

Tableau 5 : Nombre de personnes selon le type de limitations fonctionnelles

Limitation fonctionnelle	Personnes avec au moins ce type de limitation	Personnes avec uniquement ce type de limitation	
		Effectif	En %
motrice	1 867 000	1 563 000	84
auditive	682 000	507 000	74
psychique, intellectuelle ou mentale	332 000	159 000	48
visuelle	270 000	179 000	66
Nombre total de personnes avec au moins une limitation fonctionnelle*	2 754 000		

* Une personne peut avoir plusieurs limitations c'est pourquoi le total n'est pas égal à la somme des sous catégories.

Lecture - 1 867 000 personnes souffraient d'au moins une limitation motrice en 2008. Parmi celles-ci, 1 563 000, soit 84 %, souffraient uniquement d'une limitation de ce type.

Champ - France métropolitaine et DOM, population de 20 à 59 ans.

Sources : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Enquête handicap-santé 2008, volet « ménages » », 2008.

2.3.2 La discrimination en pratique dentaire : une réalité

Sur la question du droit au refus des soins de la part du praticien, il faut bien distinguer deux situations :

- Le refus face à une séance pénible entraînant une crainte du praticien quant à une récurrence aux séances suivantes ;
- Le refus de soins car la coopération du patient est non obtenue et entraîne une impossibilité de soins.

Dans le premier cas de figure, le refus de soins est non autorisé par la loi et le praticien doit tenter de prendre le patient en charge en ayant recours aux diverses stratégies de communication afin de faciliter les séances de soins avec le patient.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une donnée relative au handicap et la conduite à tenir est celle évoquée plus haut (adresser à un confrère plus expérimenté, s'assurer et s'impliquer personnellement dans le fait que les soins seront prodigués dans les plus brefs délais ³⁴ (cf. Annexe 1 - Article R4127-232) dans le but d'agir dans l'intérêt supérieur du patient.

D'un point de vue éthique, il reste à définir quelle est la limite entre ces deux cas de figures, à savoir refuser par mesure de facilité et afin d'éviter des séances longues et pénibles ou agir dans l'intérêt de l'enfant en connaissant ces limites de prises en charge et par manque d'expérience. ³⁵

Attention, il s'agit de solutions hypothétiques, mais en réalité les situations sont encore plus complexes notamment sur la question d'adresser le patient vers une structure plus adaptée.

En milieu urbain, les possibilités existent, des structures sont présentes et des confrères probablement plus expérimentés sont potentiellement à la portée du praticien. Or, en zone rurale, la réalité est plus troublante dans le sens où ces possibilités n'existent pas forcément ou bien sont situées à des distances trop importantes rendant la prise en charge démotivante pour le patient porteur de handicap et sa famille et non accessible.

Il faudrait trouver une solution viable et non hypothétique pour le patient car dans le cas contraire, proposer une solution trop contraignante à un patient reviendrait à transgresser le serment d'Hippocrate.

³⁴ Article R4127-232 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

³⁵ Foti, « La non-discrimination en pratique dentaire ».

Une autre problématique souvent rencontrée sur le sujet est les doutes de la famille ou de l'entourage du patient quant à la motivation du praticien à soigner le patient handicapé face à un refus de soins. En effet, celui-ci peut être interprété par l'entourage comme un rejet, une discrimination de l'enfant. Il est du devoir du chirurgien-dentiste d'expliquer en des termes simples, de s'assurer et de persuader l'entourage et le patient que celui-ci agit dans l'intérêt du patient et qu'en aucun cas ses convictions et ses motivations ne sont discriminantes face au handicap du patient.³⁶

2.3.3 Obstacles et difficultés autour du handicap

Le patient handicapé est souvent exclu du parcours de soins. La fréquence de ses pathologies bucco-dentaires est plus élevée que pour la population générale : patients polycarieux, parodontopathies, nécroses pulpaire, dents délabrées, bruxisme, malocclusions et hygiène bucco-dentaire souvent médiocre, du fait du manque de dextérité pour certains, de communication pour d'autres.³⁷

La prise en charge de ces patients est une obligation déontologique et éthique inscrite dans le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes :

- Article R4127-211 « Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »³⁸

Leur prise en charge se limite bien trop souvent à des soins extrêmes, sans envisager des solutions conservatrices, et penchent vers des extractions multiples avec ou sans réhabilitation fonctionnelle derrière. Les difficultés esthétiques et fonctionnelle découlant de ces thérapeutiques ont tendance à accentuer ce handicap. En effet cela soulève une question d'ordre éthique : Quel bénéfice le patient handicapé tire-t-il de cette prise en charge « radicale » alors qu'il devra faire face à un autre handicap, celui du social et de l'esthétique ?

L'intervention du chirurgien-dentiste est-elle justifiée lorsqu'il ne s'agit que d'extractions et de réhabilitation prothétique aléatoire ?

Le praticien fait face à plusieurs difficultés lorsqu'il rencontre un patient porteur de handicaps que l'on distingue en deux groupes :

- Les obstacles individuels : ce sont ceux inhérents à l'état physique et psychique du patient ;

³⁶ Article R4127-211 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

³⁷ Folliguet et Kutukdjian, « Soins dentaires et patients handicapés ».

³⁸ Article R4127-211 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

- Les obstacles dits « collectifs » : la formation incomplète des praticiens sur la prise en charge de ces patients, l'organisation des soins et des acteurs de soins.

A-t-on le droit de refuser de prendre en charge ces patients du fait des difficultés techniques rencontrées, du manque d'expérience et de l'appréhension de ne pas réussir à surmonter ces obstacles ?

D'après l'article R4127-232 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes :

« 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 à condition de :

- Ne jamais nuire de ce fait à son patient ;
- S'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles. »³⁹

Autrement dit, ne pas nuire implique que l'on ne se situe pas dans une situation d'urgence qui pourrait être dommageable au patient. Assurer la continuité des soins ne revient pas seulement à fournir un courrier à son patient et le laisser dans la nature bien au contraire il convient de s'assurer que les soins seront dispensés dans de courts délais, en s'impliquant personnellement dans la recherche d'un confrère expérimenté sur le sujet ou d'une structure adaptée.

Il a été mis en place le Développement professionnel continu (DPC), qui est obligatoire et permet de renforcer les compétences des chirurgiens-dentistes. Il existe également un Diplôme d'Université (DU) spécifique à la prise en charge de ces patients intitulé « Prise en charge de la santé orale des patients handicapés. »

Pour les handicaps les plus sévères, il existe des réseaux de santé spécialisés tels que Handident ou Rhapsod'if, des structures hospitalières adaptées parmi les Services de médecine bucco-dentaire ou des Unités Fonctionnelles (UF) rattachées aux composantes dentaires et qui sont munies de plateaux techniques performants (sédation consciente MEOPA et/ou anesthésie générale).

La présidente du réseau Rhapsod'if, Aude Monnier Da Costa indiquait en 2016, en France, une estimation à 5,5 millions de personnes porteuses de handicap dont 700 000 de handicap dit mental.⁴⁰ Cependant les structures hospitalières n'ont pas toutes la capacité et le plateau technique suffisants pour accueillir toutes ces personnes dans un environnement favorable à leur prise en charge. Notons l'importance de l'environnement au sein de ces structures, telle la salle d'attente, où l'on imagine assez

³⁹ Article R4127-232 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

⁴⁰ Pirnay et Monnier Da Costa, « Je ne sais pas prendre en charge des personnes en situation de handicap ».

difficilement ces patients, dont l'anxiété est plus importante, être apaisés en attendant leurs rendez-vous à côté d'une multitude de personnes.

2.4 Les différentes formes de handicap

D'après le Comité national Coordination Action Handicap (CAAH) :

« Le terme handicap désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non. Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. Il s'agit donc plus d'une notion sociale que d'une notion médicale. »⁴¹

Les personnes atteintes de handicap sont classées en différentes catégories.

2.4.1 Le handicap mental

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le handicap mental comme étant une déficience lors du processus de développement mental chez l'enfant, caractérisé par une altération des facultés intellectuelles, plus particulièrement au niveau des fonctions cognitives, de la communication, des fonctions motrices et des interactions sociales.

Le handicap mental atteint environ 3 % de la population générale, avec une tendance plus importante chez les hommes. Les origines du handicap mental sont assez variables :

- Lors de la fécondation caractérisée par des troubles d'ordre génétiques et chromosomiques (exemple de la trisomie 21)
- Pendant la grossesse dû le plus souvent à des expositions radioactives, virales, intoxications médicamenteuses et comportementales chez les patients alcool-tabagiques ;
- Congénitale (naissance prématurée) ;
- Après la naissance potentiellement dû à des troubles d'ordre infectieux, syndromes métaboliques ou lors d'un traumatisme physique.

La syndrome de Down ou trisomie 21 est la forme la plus courante et représente plus de 10 % des personnes atteintes de handicap mental en France.

L'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés évalue à 650 000 le nombre de personnes atteintes de handicap mental avec une incidence de 6 000 nouveaux cas par an.

⁴¹ Comité national coordination action handicap, « Les différents types de handicap ».

2.4.2 Le handicap auditif

Le handicap auditif est un état pathologique atteignant l'ouïe et est caractérisé par une déficience partielle ou totale des facultés auditives. Il peut survenir dès la naissance ou bien s'acquérir à tout moment de la vie d'un individu.

Les étiologies de la surdité sont le plus souvent dues à des perturbations génétiques, des infections virales ou parasitaires (notamment retrouvés dans des pathologies telles que la méningite) ou encore d'origine traumatique.

Les solutions thérapeutiques d'aides à l'audition tels que les appareils audio-prothétiques ne permettent pas de restaurer intégralement le handicap auditif et leurs indications sont limitées aux patients présentant une faculté auditive résiduelle à partir d'un certain seuil.

En France, le handicap auditif touche près de 4 millions de personnes dont près de 300 000 présentant des atteintes sévères voir totales (surdité).

Dans les années 1960, le langage des signes est une alternative mise en place afin d'aider les patients atteints de surdité à exprimer leur pensée et communiquer par une gestuelle codifiée et définie.

L'oralisation est la capacité de la personne atteinte de surdité à communiquer verbalement, elle complète le langage des signes dans le but de pouvoir s'exprimer avec la population générale et de maintenir des interactions sociales.

2.4.3 Le handicap visuel

Le handicap visuel est un état pathologique pouvant entraîner une cécité (personnes diagnostiquées cliniquement aveugles).

Les étiologies peuvent survenir lors de pathologies ophtalmiques atteignant les couches superficielles à profondes de l'œil comme la cataracte (atteinte de la lentille interne), le glaucome (atteinte du nerf optique), et dans certains cas inclus une composante génétique.

Bien souvent, les personnes atteintes de handicap visuel développent des facultés accrues de leurs autres sens (odorat, toucher).

Le Braille est un système d'écriture, adjuvant permettant de transposer une information visuelle en une information tactile. En effet, par le sens du toucher, grâce à des points en relief une personne va pouvoir décoder l'alphabet et les chiffres afin de percevoir une information visuelle.

D'autres aides au handicap visuel existent tel que la canne de déplacement ou le chien-guide permettant de percevoir des objets, trajets et ce qui se trouve dans l'entourage immédiat de la personne.

En France, on évalue le nombre de personnes atteintes de handicap visuel à 1,7 millions dont près de 300 000 à atteintes sévères (cécité, malvoyance).

2.4.4 Le handicap moteur

Le handicap moteur englobe l'ensemble des troubles pouvant engendrer une atteinte partielle à complète de la motricité, touchant généralement la motricité des bras et/ou des jambes (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, difficultés de mouvements, préhension et manipulation d'objets).

Les étiologies sont de toutes sortes : maladie acquise ou terrain génétique favorable, malformation congénitale, traumatisme accidentelle...

En France, on estime à 850 000 le nombre de personnes atteintes de handicaps moteurs isolés ; et 4 % de l'effectif global des personnes présentant un handicap moteur est associé à d'autres déficiences.

45 % des personnes se déplacent en fauteuil roulant, et la moitié sont dépendantes pour les actes de la vie courante.

Les lésions atteignant les structures motrices dont le centre nerveux se situe au niveau de la moelle épinière engendrent en fonction de leur localisation une paralysie des membres inférieurs (paraplégie) ou des quatre membres (tétraplégie). On retrouve ces lésions dans le cas d'accidents de la route, du sport ou du travail, ces handicaps touchent près de 30 000 personnes en France, dont plus de la moitié concernent les moins de 25 ans.

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) a été définie comme étant une infirmité motrice due à des lésions survenues autour de la période natale. Il s'agit d'un état pathologique, non héréditaire comportant diverses atteintes neurologiques. Une cause exacte n'est pas toujours retrouvée mais elle est liée à la prématurité, l'hypoxie périnatale, les traumatismes cérébraux et l'ictère néo-natal. Le degré d'atteinte neurologique est sévère dans un tiers des cas et modéré dans un sixième des cas.

2.4.5 Les Troubles envahissants du développement (TED)

L'autisme est un trouble envahissant du développement (TED) caractérisé par un développement altéré, qui apparaît en général avant l'âge de trois ans, caractérisé par une perturbation des interactions sociales, des difficultés de communication ainsi que des comportements redondants et limités.

On distingue 3 grandes classes de troubles autistiques :

- Le trouble autistique en tant que diagnostic clinique distinct autisme de Kanner ;
- L'autisme d'Asperger, caractérisé par un développement remarquable des fonctions cognitives pouvant parfois même conduire à des prouesses intellectuelles et professionnelles ;
- L'autisme non spécifique, lorsque tous les critères diagnostiques des deux autres classes ne sont pas observés.

Les caractéristiques de l'autisme sont variables et sujettes à des comportements extrêmes : mutisme partiel ou total à l'hyperactivité, à l'hypoactivité, de l'agressivité à l'automutilation, voire de l'insensibilité à la douleur.

Les étiologies de cette pathologie ainsi les mécanismes biologiques, génétiques, psychiatriques pouvant être à l'origine de l'autisme reposent encore aujourd'hui sur une hypothèse idiopathique.

La variabilité des troubles engendrés par l'autisme requiert des parcours guidés variables. Tous auront besoin d'un diagnostic et d'une évaluation, d'un accompagnement socio-éducatif ainsi que de soins médicaux spécifiques.

On estime le nombre d'autistes en France entre 60 000 et 120 000 personnes, avec une prédominance masculine (rapport 3 pour 4).

2.4.6 Le handicap psychique

Le handicap psychique est une notion controversée ayant été reprise notamment dans la loi sur le handicap du 11 février 2005.

Contrairement au handicap mental ayant des étiologies connues, le handicap psychique n'a à ce jour pas de cause identifiable. Le handicap psychique n'affecte pas les facultés intellectuelles mais inhibe la capacité à s'en servir. Il apparaît majoritairement à l'âge adulte.

Le tableau clinique est fluctuant et la prise de médicaments est essentiellement symptomatique (et donc non curative) visant à retarder les crises et à favoriser la capacité à prendre des décisions.

Le handicap psychique d'origine idiopathique est tout de même retrouvé dans certaines pathologies :

- Les psychoses, comme la schizophrénie (délire paranoïde, conception erronée de la réalité) ;
- La bipolarité ;
- Les altérations sévères de la personnalité ;
- Les névroses, avec notamment les troubles obsessionnels compulsifs.

2.4.7 Le handicap dû aux maladies dégénératives

Les maladies dégénératives sont des pathologies essentiellement d'origine génétique entraînant la dégradation d'un ou plusieurs organes au fur et à mesure du temps. Les exemples les plus courants sont : la sclérose en plaque, la mucoviscidose, la maladie de parkinson...

Elles sont soit dues à la stagnation de produits biologiques ou de toxines, soit à l'absence continue de substances biologiques dans les organes cibles. Ces maladies représentent un vrai fardeau pour le patient et son entourage car elles se dégradent progressivement mais de manière certaine sur le long terme. Les maladies dégénératives peuvent être freinées si elles sont traitées dans les stades initiaux, mais restent non curables.

2.4.8 Troubles « dys »

Les troubles « dys » désignent les troubles cognitifs spécifiques et les troubles des apprentissages qui en découlent.

Les troubles « dys » apparaissent lors de la phase d'apprentissage de l'enfant, ils ont un impact sur le parcours scolaire, professionnel et social, et peuvent provoquer un déséquilibre psycho-affectif. Ils sont innés pour la plupart.

Ces troubles cognitifs spécifiques peuvent être classés en 6 groupes :

- Les troubles spécifiques de l'acquisition du langage écrit (dyslexie et dysorthographe)
- Les troubles spécifiques du développement du langage oral (dysphasie) ;
- Les troubles spécifiques du développement des fonctions visuo-spatiales désignant les facultés de localisation et d'orientation dans l'environnement les uns par rapport aux autres, (dyspraxie) ;
- Les troubles spécifiques du développement des processus attentionnels hypo ou hyperactivité ;
- Les troubles spécifiques du développement des processus mnésiques ;
- Les troubles spécifiques des activités algébriques (dyscalculie).

2.4.9 Plurihandicap, polyhandicap, surhandicap

Plurihandicap

Le plurihandicap désigne la combinaison d'atteintes motrices et/ou sensorielles de même sévérité, sans pour autant identifier la déficience majoritaire (exemple des patients sourds-aveugles).

Polyhandicap

Le polyhandicap est un handicap grave à expressions variables, au sein duquel une déficience mentale avancée et une déficience motrice trouvent une origine commune, entraînant une perte d'autonomie sévère (perte de la communication, de la mobilité).

On retrouve fréquemment chez les personnes polyhandicapées des insuffisances respiratoires chroniques, des troubles de l'alimentation, des troubles de la fonction rénale et dermatologique.

Elles sont très dépendantes et nécessitent une assistance permanente d'un tiers pour tous les actes de la vie courante. Elles sont associées à des crises convulsivantes dans de nombreux cas ; du fait de leur motricité sévèrement réduite, elles nécessitent une alimentation assistée par sonde gastrique afin de pouvoir se nourrir.

Les origines du polyhandicap sont multiples : 30 % idiopathiques, 15 % de causes périnatales, 5 % de causes post-natales (traumatismes, arrêts cardiaques), et 50 % de causes prénatales (malformations, accidents vasculaires cérébraux prénataux, embryopathies dont le CMV (cytomégalovirus) et le HIV (virus du SIDA)).

Surhandicap

Le surhandicap correspond à une aggravation d'un handicap existant.

3 : Recours à l'obtention du consentement

3.1 Évaluation de l'autonomie de la personne et de sa capacité à consentir

Les notions d'aptitude et d'incapacité permettent de préciser le contenu et la portée de l'autonomie de la personne. Celle-ci repose sur le fait de pouvoir faire un choix.

Une personne a la capacité à consentir lorsqu'elle est capable de comprendre et de communiquer les informations qu'elle a reçues, et de prendre une décision là concernant en mesurant les bénéfices et les risques inhérents à ces informations.

Une incapacité est sous-entendue lorsque le patient adopte une attitude irrationnelle et est susceptible d'être contraire à ses intérêts.

3.1.1 Beauchamp et Childress ⁴²

Beauchamp et Childress ont défini des critères « d'incapacités » qui ont pour but de vérifier les capacités de jugement d'un individu afin de savoir s'il est apte à consentir ou non.

Ces critères sont définis sous un mode négatif, c'est-à-dire qu'ils définissent une personne inapte pour en juger de sa capacité. Ces critères, traduits en français par Blondeau et Gagnon sont les suivants :

1. « Incapacité d'exprimer une préférence ou un choix ;
2. Incapacité de comprendre sa propre situation ou des situations comparables ;
3. Incapacité de comprendre l'information divulguée ;
4. Incapacité de fournir une raison ;
5. Incapacité de fournir une raison rationnelle ;
6. Incapacité de fournir des raisons reposant sur une évaluation des risques et des bénéfices ;
7. Incapacité d'arriver à prendre une décision raisonnable ».

Le premier test permet à une personne de savoir si elle est capable d'exprimer une simple préférence. Les critères 2 et 3 expriment la capacité ou non à comprendre et à apprécier une situation. Les critères 4, 5 et 6 évaluent la capacité de raisonnement, et enfin le critère 7 permet de mettre en évidence la capacité à prendre une décision acceptable et raisonnable.

⁴² Beauchamp et Childress, *Principles of biomedical ethics*.

3.1.2 Outils à la portée du chirurgien-dentiste

D'une manière générale la relation de soins entre un patient et un soignant est fondée sur un principe de réciprocité : le patient recherche des solutions auprès du soignant, et le soignant va chercher à traiter ce problème.

Cette relation est encadrée par un climat de confiance où le patient a une impression de contrôle sur le praticien (observation des gestes, communication, questionnement sur les actes menés) et le praticien va chercher à faire perdurer ce climat afin que la prise en charge se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Par exemple, pour les patients présentant des déficiences visuelles, cette impression de contrôle n'est pas présente, car ils n'ont pas accès à ces éléments visuels (comportement, expression faciale, gestes du praticien) qui tendent à les rassurer et à instaurer cette atmosphère de confiance.

Le point clé qui n'est pas à négliger est la communication, qui va permettre les échanges verbaux, d'où l'importance des mots utilisés et « l'image » des solutions thérapeutiques qu'expose le chirurgien-dentiste à son problème.

De ce fait, les entretiens avec le patient, type anamnèse diagnostic, seront plus longs, et le moyen à la disposition du praticien en termes de devoir d'information est la communication :

- Explications plus nombreuses et plus précises sur chaque geste du praticien lors de l'investigation clinique et les actes de soins ;
- Explications beaucoup plus tactiles (maquettes/modèles, simulations sur le patient), proprioceptifs et auditifs.

Pour les patients aux facultés de compréhension diminuées, des outils multimédias tels que des supports vidéo explicatifs et démonstratifs peuvent favoriser la compréhension en simplifiant l'explication des actes proposés. Rappelons que ces outils ne remplacent pas la recherche du consentement du patient et n'exonèrent en rien le devoir d'information du professionnel de santé, ils permettent uniquement de s'assurer et de compléter l'information afin qu'elle soit la plus explicite possible et comprise par le patient.

3.2 Le patient en incapacité dit « le majeur protégé »

Comme dit précédemment environ 730 000 personnes sont concernées par les régimes de sauvegarde de justice type tutelle ou curatelle en France. Avec le vieillissement grandissant de la population française, les chirurgiens-dentistes seront amenés à traiter de plus en plus de patients sous tutelle. Ces mesures concernent les patients présentant des pathologies ou des handicaps durables, ils sont alors représentés pour tous les actes de la vie civile.

La loi du 5 mars 2007 concernant la protection juridique des majeurs met en avant le principe d'autonomie des personnes sous tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.

En France il existe de nombreux moyens afin de protéger la personne majeure (et la personne en général), plus particulièrement lorsqu'elle est vulnérable et nécessite de l'assistance.

3.2.1 Définition

Il existe 3 situations définies par l'Article 459 du Code civil encadrant la prise en charge de ces personnes ⁴³ :

- Le majeur protégé est en état d'exprimer sa volonté et ses facultés de compréhension ne sont pas altérées : dans ce cas il reçoit lui-même l'information et prend les décisions relatives à sa santé au même titre que quiconque (cf. Annexe 1 - Article 459, alinéa 1) ;
- Le majeur protégé n'est pas en état de prendre une décision seule sur son état de santé, dans ce cas le juge des tutelles peut autoriser le tuteur/curateur ou mandataire à bénéficier de l'information et à l'aider à prendre une décision relative à son état de santé (cf. Annexe 1 - Article 459, alinéa 2) ;
- Le majeur protégé n'est pas en état d'exprimer sa volonté, dans ce cas le juge des tutelles autorise son tuteur/curateur ou mandataire à recevoir l'information seul et à prendre les décisions à la place de l'intéressé (cf. Annexe 1 - Article 459, alinéa 3).

3.2.2 Les régimes de protection chez le majeur

On définit à ce jour 3 régimes de protection chez le patient majeur en incapacité :

- La sauvegarde de justice ;
- La tutelle ;
- La curatelle.

⁴³ Article 459 du Code civil, 2019.

La différence entre ces régimes se situe dans le degré de contrainte appliqué aux actions du majeur qui en fait l'objet. La tutelle est la mesure de protection juridique ayant le plus de conséquences sur les actions du majeur protégé. Les autres protections sont moins limitatives de sa liberté d'action.

La maladie, le handicap, l'accident peuvent altérer les facultés d'une personne et la rendre incapable de défendre ses intérêts. Le juge peut alors décider d'une mesure de protection juridique par laquelle une autre personne l'aide à protéger ses intérêts. La protection dépend des facultés de la personne à protéger. L'initiative peut venir de la personne elle-même, d'un proche et dans certains cas du procureur de la République (sur demande d'un médecin notamment).⁴⁴

3.2.2.1 La sauvegarde de justice

La mise sous sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique **temporaire** mise en place par le juge des tutelles. Elle a vocation à protéger et assister une personne majeure lorsque l'on constate une dégradation de son état de santé mental ou physique ou bien lorsque la personne est en attente de protection juridique plus durable telles que la tutelle ou la curatelle.⁴⁵

Elle conserve ses droits sauf ceux confiés au mandataire s'il en existe un.

3.2.2.2 La curatelle

D'après la Direction de l'information légale et administrative : « La curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. La curatelle n'est prononcée que s'il est établi que la mesure de sauvegarde de justice serait une protection insuffisante. Le juge des tutelles désigne un ou plusieurs curateurs. »⁴⁶

La mesure de protection juridique est évaluée en fonction du degré d'atteinte des facultés de la personne à protéger ainsi que sa capacité de discernement.

Il existe différents niveaux de curatelle :

- Simple : le majeur peut accomplir seul les actes de la vie courante comme par exemple la gestion de ses documents administratifs, d'un compte courant. Par contre, il nécessite d'être assisté pour des actes plus conséquents appelés « actes de disposition » (exemple : gestion de patrimoine) ;
- Renforcée : le curateur à plein accès aux revenus de la personne et règle en son nom les dépenses ;
- Aménagée : le juge concerné dresse une liste d'actes pouvant être accomplis seuls ou non.

⁴⁴ Pirnay, *L'éthique médicale en chirurgie dentaire : principes et applications*, 60- 64.

⁴⁵ Direction de l'information légale et administrative, « Sauvegarde de justice ».

⁴⁶ Direction de l'information légale et administrative, « Curatelle ».

Demande de mise sous curatelle :

La mise sous curatelle ne peut être sollicitée auprès du juge compétent que par certaines personnes :

- La personne destinée à être protégée ;
- Un conjoint ;
- Un parent proche ;
- Une personne qui entretient des liens constants avec la personne concernée ;
- Un tuteur préalablement établi.

La demande peut être également présentée par le procureur de la République qui formule cette demande :

- De son plein gré ;
- À la demande d'un tiers.

La demande de mise sous curatelle doit comporter un certificat médical détaillé attestant de l'altération des facultés mentales et/ou physique de la personne majeure.

Le curateur peut prendre les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que, du fait de son comportement, le majeur ferait courir à lui-même et en informe le juge dans les plus brefs délais.

Le majeur sous curatelle reçoit lui-même l'information médicale sur son état de santé et consent seul aux actes médicaux en présence ou non du curateur, si son état le lui permet. Le curateur n'a pas à intervenir, il a un rôle de conseiller et de consultant uniquement.

Le juge fixe la durée à 5 ans maximum, avec possibilité de renouvellement lors d'une réévaluation du dossier. Il peut décider de la renouveler pour une durée plus longue sans excéder 20 ans si l'altération des facultés du majeur protégé apparaît incurable. Dans ce cas précis, un avis médical est requis par un médecin figurant sur une liste établie préalablement par le procureur de la République.

La mesure de protection juridique peut cesser :

- À tout moment si le juge compétent estime qu'elle n'a plus d'intérêt, à la demande du majeur ou de toute personne habilitée à demander une mise sous curatelle, après avis médical ;
- Si la durée fixée arrive à expiration, sans renouvellement ;
- Si une mesure de tutelle remplace la curatelle.

3.2.2.3 La tutelle

Toujours selon d'après la Direction de l'information légale et administrative : « La tutelle est une mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans tous les actes de la vie civile. Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas. »⁴⁷

C'est la plus contraignante des mesures de protection et elle est demandée lorsque les autres mesures de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle) sont insuffisantes. Elle peut être demandée dans les mêmes dispositions que celles évoquées plus haut pour la curatelle.

La personne protégée accomplit seule certains actes dits strictement personnels. La tutelle n'entrave pas l'exercice de l'autorité parentale.

Le juge des tutelles fixe la durée de la mesure. Elle est limitée à :

- 5 ans ;
- 10 ans dans la situation où la diminution physique, mentale et/ou psychologique du majeur protégé ne connaissent pas d'amélioration à un instant T selon des données scientifiques actualisées. Le juge peut renouveler la mesure sous réserve d'avis médical attestant la persistance d'altération de l'état de santé de la personne concernée. Ce renouvellement ne pouvant dépasser 20 ans.

Le juge peut alléger la mesure à tout moment (écourter la durée fixée).

La mesure peut prendre fin notamment :

- À tout moment si le juge décide qu'elle n'a plus d'intérêt, à la demande du majeur ou de toute personne habilitée à demander une mise sous curatelle, après avis médical ;
- Si la durée fixée arrive à expiration, sans renouvellement ;
- Si une mesure de curatelle remplace la mesure de tutelle ;
- S'il y a certificat de décès de la personne concernée.

D'après le Code de la santé publique, « Le consentement du patient sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté. »⁴⁸

⁴⁷ Direction de l'information légale et administrative, « Tutelle d'une personne majeure ».

⁴⁸ Article L1111-4 du Code de la santé publique.

Le respect de l'autonomie de la personne sous tutelle est maintenu qu'il soit apte à exprimer sa volonté ou non. Le Code de santé publique stipule que même si l'information doit être délivrée aux tuteurs, les patients concernés sont en droit de recevoir l'information et de participer à la prise de décision des soins le concernant en fonction de leur capacité de « discernement » quant aux risques inhérents à un examen ou une intervention. ⁴⁹

Le tuteur reçoit une information précise de la part du professionnel de santé.

S'installe alors une relation à 3 entre : le praticien, le patient et le tuteur. Le rôle du tuteur est celui de représentant de la volonté de la personne en situation vulnérable, d'assistant auprès du praticien comme du patient à la recherche d'une solution thérapeutique en adéquation avec le principe de respect de la dignité de la personne.

La sauvegarde de justice ordonnée par le juge des tutelles a pour but de répartir les rôles au sein de cette relation à 3 acteurs de santé et garantir un équilibre entre préservation de l'autonomie, respect de la dignité humaine, protection des personnes vulnérables.

Il se peut que la personne sous tutelle refuse un acte, dans ce cas le chirurgien-dentiste est tenu de respecter ce refus, sauf urgence et/ou danger immédiat pour le patient.

Si un désaccord survient entre un tuteur et la personne protégée, il en revient à l'appréciation du chirurgien-dentiste quant à la lucidité de la personne protégée à consentir seule ou non. Dans ce cas, l'accord préalable du tuteur n'est pas retenu.

Le tuteur à t-il accès au dossier médical du patient ?

Le majeur protégé n'a pas directement accès à son dossier médical ! Seul son représentant légal en a le droit, et il n'a pas besoin d'une autorisation du majeur protégé pour y avoir accès car celui-ci a été préalablement désigné par le juge des tutelles.

Bien entendu, le praticien a l'obligation de vérifier l'identité de la personne encadrant le majeur en incapacité. ⁵⁰

Par ailleurs, l'article L1111-2 du Code de la santé publique relatif au droit d'information des patients stipule que « Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » ⁵¹

⁴⁹ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

⁵⁰ Article R1111-1 du Code de la santé publique.

⁵¹ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

il se peut donc que le chirurgien-dentiste prenne en compte la demande d'accès au dossier médical, et s'entretienne avec le patient afin de lui dévoiler des éléments médicaux pertinents le concernant. Attention à ne pas basculer dans le dénigrement de la personne sous tutelle qui n'est pas totalement dénuée de droits individuels, comme le respect de sa personne et de la dignité humaine (principe de l'éthique médicale).

Le chirurgien-dentiste tenu au secret médical prendra garde à consulter attentivement le dossier médical du patient afin de ne pas le transgresser en dévoilant des informations au représentant légal autre que dans le cadre de la prise en charge médicale de la personne concernée.

3.2.3 La personne de confiance

L'Article L1111-6 de la loi du 4 mars 2002 (cf. Annexe 1) relative aux droits des malades permet à tout patient de désigner une personne de confiance dont le rôle est de l'accompagner, de l'aider et de le représenter, lorsque celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, et ceci tout au long de son processus thérapeutique.

Cette désignation peut se faire à tout moment ou lors d'une hospitalisation, elle doit se faire par écrit, datée et signée par le patient, mentionnant les coordonnées, informations, et co-signée par la personne désignée comme personne de confiance.⁵²

Chaque établissement de santé/professionnel de santé se trouve dans l'obligation d'informer tout patient de cette possibilité en lui précisant les modalités, objectifs et rôles d'une personne de confiance.

Cette désignation est révisable et révocable à tout moment. La désignation est valable pour la durée d'hospitalisation à moins que le patient n'en décide autrement.

Seul le patient peut désigner pour lui-même une personne de confiance et cela ne relève d'aucune obligation.

Rôle et mission de la personne de confiance

Le rôle de la personne de confiance est fonction de l'état du patient.

- Si le patient est en état d'exprimer sa volonté : la personne de confiance a pour mission d'assister le patient aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses choix de traitement, et de l'accompagner dans ses démarches. Sa présence aux consultations médicales n'est pas opposable par le soignant et constitue donc une dérogation au secret médical. Par ailleurs, le patient est le seul à disposer de

⁵² Renault, « La personne de confiance ».

son droit d'information sur son état de santé et de son droit de consentement. La personne de confiance a un rôle uniquement consultatif, et sa volonté ne peut remplacer celle du patient. La personne de confiance n'a pas accès au dossier médical.

- Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté : la personne de confiance doit être consultée en priorité, elle est le porte-parole du malade et rapporte ses volontés. Elle ne bénéficie pas du pouvoir de décision thérapeutique, le professionnel de santé est dans l'obligation de la consulter mais ne requiert pas le recueil de son consentement. Le professionnel de santé prend la décision seul, en ayant préalablement consulté la personne de confiance. Dans le cas de décision contraire du soignant à l'avis de la personne de confiance, le professionnel de santé serait exempt de reproches si celui-ci agit dans l'intérêt du patient.

La loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, vient renforcer le rôle de cette personne de confiance : en effet lorsqu'une personne est en situation d'incapacité à exprimer sa volonté et qu'elle est atteinte d'une maladie à pronostic fatal, le professionnel de santé doit recueillir la volonté du malade. Si celle-ci fait défaut et en l'absence de directives anticipées préalablement établies par le patient, ce sera l'avis de la personne de confiance qui sera sollicité (cf. Annexe 1 - Article L1111-12 du Code de la santé publique ⁵³).

Lorsqu'une personne de confiance est désignée pour tout examen clinique ou soin, le soignant doit obligatoirement solliciter son avis sauf en cas d'urgence ou si le majeur l'ayant désigné s'y oppose.

Limites

- C'est une procédure administrative sans temps d'explication et de délai de réflexion définis préalablement ;
- Lorsqu'un patient est en état d'exprimer sa volonté, dans la pratique quotidienne, il n'est pas toujours proposé cette procédure de désignation ;
- La personne désignée engage sa responsabilité, elle représente les volontés du patient, encore faut-il qu'elle en ait connaissance et la loi ne stipule pas cet attribut ;
- Il revient au soignant de faire la distinction entre l'interprétation des volontés du patient par la personne de confiance, des volontés réelles énoncées par le patient avant la procédure de désignation ;

⁵³ Article L1111-12 du Code de la santé publique.

- Le consentement de la personne de confiance n'est pas pris en compte par la loi, or il semble être un prérequis indispensable de donner son accord, faute de quoi sa responsabilité ne pourra être engagée. Nul ne peut contraindre un tiers à un acte non consentant.

3.3 Le mineur non émancipé

Le Code civil définit le mineur comme étant « l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis »⁵⁴ et ajoute « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant ». ⁵⁵

Si la loi encourage les parents à associer l'enfant aux décisions le concernant sur son état de santé selon son âge et son degré de maturité, le mineur reste en « incapacité » sur le plan juridique. ⁵⁶

L'information délivrée au mineur

Le mineur a le droit de recevoir une information sur son état de santé comme toute personne, et son adhésion doit être recherchée par le soignant. Cependant, le droit à l'information est détenu par le titulaire de l'autorité parentale et celui-ci concourt à l'intérêt de l'enfant.

Le Code civil définit les titulaires de l'autorité parentale comme étant : le père et la mère lorsqu'ils sont vivants ou la désignation d'un tuteur lorsque les deux sont décédés ou bien qu'ils se trouvent privés de l'exercice de leur autorité pour des raisons judiciaires.

Le praticien doit délivrer une information adaptée au degré de compréhension du mineur, dans le but de l'intégrer à la prise de décision. En cas de désaccord entre le mineur et les titulaires de l'autorité parentale ou lorsque cela est contraire à l'intérêt de l'enfant, le conflit peut être pris en charge par le Juge des enfants grâce à une mesure d'assistance éducative.

Il incombe au professionnel de santé de vérifier la validité des exerçants de l'autorité parentale et leurs identifications.

⁵⁴ Article 388 du Code civil, 2016.

⁵⁵ Article 371-1 du Code civil, 2019.

⁵⁶ Article 371-1 du Code civil.

3.3.1 L'autorité parentale

Le mineur accompagné d'un seul titulaire de l'autorité parentale

Dans le cas où il n'y a présence que d'un seul titulaire pour diverses raisons : un parent décédé, parent ayant abandonné l'enfant, séparation des parents, déchéance de l'autorité parentale d'un parent ; le professionnel de santé délivre l'information à cette personne.

Par ailleurs, dans le cas où il existe deux titulaires de l'autorité parentale (séparation des parents) mais qu'un seul est présent lors de l'entretien, le professionnel de santé doit prévenir et sensibiliser celui-ci sur la nécessité et le devoir d'en informer l'autre titulaire. À savoir que « la séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale. »⁵⁷

Absence de détenteur de l'autorité parentale

Le mineur accompagné d'une personne non titulaire de l'autorité parentale

Cette situation peut concerner un proche (frère/sœur, oncle/tante) ou bien un accompagnant s'occupant régulièrement du mineur, le praticien délivre une information adaptée au mineur (en entretien singulier ou pas), une information « strictement nécessaire et utile » à l'accompagnant, et lui explique la nécessité de compléter l'information en présence d'un ou des titulaires de l'autorité parentale.

Le mineur non accompagné (plus rare)

Le professionnel de santé lui délivre une information adaptée à son degré de compréhension, et l'informe de la nécessité de refaire un entretien en présence d'un ou des titulaires de l'autorité parentale.

3.3.2 Réflexion sur l'autonomie du mineur

L'autonomie d'un individu sous-entend qu'il a la capacité de comprendre les informations le concernant et d'en tirer les conclusions afin de pouvoir prendre une décision en fonction de ce qu'il estime être dans son intérêt.

Le mineur évolue dans une phase dite d'apprentissage et d'éducation dont la finalité est de le rendre autonome et mature.

Il incombe au professionnel de santé d'évaluer le degré d'autonomie de l'enfant afin de lui délivrer une information adaptée. Cependant l'évaluation bénéfique/risque est légitime concernant la question

⁵⁷ Article 373-2 du Code civil, 2019.

d'autonomie du mineur, à savoir l'évaluation de l'intérêt apporté à l'état de santé de l'enfant en respectant sa décision médicale et le risque potentiellement encouru de commettre une erreur d'appréciation en se basant sur son avis.

De ce fait, le principe de bienfaisance s'applique bel et bien dans ce cas, à savoir qu'il en va de l'intérêt de l'enfant de ne pas retenir la décision du mineur concernant son état de santé s'il n'est pas en capacité de prendre des décisions éclairées.

3.3.3 Recherche d'adhésion du mineur

Chaque fois que le mineur est capable de recevoir une information, même partielle le concernant, son adhésion doit être recherchée. En effet plusieurs textes viennent réaffirmer le droit du mineur :

- La convention dite d'Oviedo en 1996 : « l'avis du mineur doit être pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et son degré de maturité »⁵⁸
- « 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 »⁵⁹

Il s'agit plus d'un devoir moral pour le professionnel de santé que d'une obligation médico-légale. L'enfant est un être humain à part entière, jouissant de liberté individuelle et il doit pouvoir être considéré comme tel, bien qu'il ne soit pas légalement « capable ».

Rechercher l'adhésion du mineur favorise la relation de confiance praticien-patient, permet à l'enfant de ressentir qu'il participe activement à la décision médicale et d'obtenir plus facilement sa compliance aux soins.

3.3.4 Conflits familiaux

Dans le cas de familles recomposées où un accompagnant (compagne ou compagnon) est présent lors de l'entretien avec le titulaire et le mineur, et que le degré de maturité de l'enfant le permet, il est nécessaire d'obtenir l'accord de ces derniers à la présence de cet accompagnant au moment de la délivrance de l'information. Un entretien singulier peut être proposé en présence du seul titulaire.

Pour rappel, seuls les détenteurs de l'autorité parentale prennent les décisions pour le mineur.

⁵⁸ Conseil de l'Europe, « Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine ».

⁵⁹ Article L1111-4 du Code de la santé publique.

3.4 Situation de désaccord

3.4.1 Désaccord entre le tuteur et le chirurgien-dentiste

Il existe des situations où le tuteur n'approuve pas les propositions thérapeutiques exposées par le soignant, et parfois même substitue son opinion personnelle à celle de la volonté du patient, ce qui constitue un obstacle non négligeable à discerner pour le praticien.⁶⁰ On peut alors se poser la question :

Quelle conduite tenir face à un tuteur en désaccord avec les propositions thérapeutiques proposées par le chirurgien-dentiste ?

Aucun acte, sauf urgence vitale, ne peut être réalisé sans l'accord préalable du patient.

Dans le cas d'un refus de la part du tuteur, ou si celui-ci choisit d'entreprendre des soins pouvant entraîner des conséquences graves pour la santé du patient, le praticien ne délivre que des soins indispensables. Il incombera donc au praticien de différencier les soins courants des actes portant atteinte à l'intégrité corporelle. Dans le cas contraire, ce sera le juge des tutelles qui sera saisi et qui prendra la décision, le consentement du tuteur ne suffit plus.

En résumé :

- Patient apte à exprimer sa volonté -> consentement requis ;
- Patient non apte et tuteur consentant aux soins proposés -> consentement du patient recherché et du tuteur requis ;
- Patient non apte, tuteur refusant le traitement proposé ou risques encourus pour le patient -> décision thérapeutique autorisée par le juge des tutelles.

L'accord du tuteur vient en complément de celui du patient, et ceci sera d'autant plus pertinent que le praticien aura requis cet accord en fonction de la capacité de discernement du patient.

En effet, l'accord du tuteur ne doit pas décharger le praticien de ses responsabilités face aux soins prodigués et ses choix thérapeutiques.

⁶⁰ Renault, « La personne de confiance ».

3.4.2 Désaccord entre le tuteur et le majeur protégé

Si un désaccord survient entre un tuteur et la personne protégée, il en revient à l'appréciation du chirurgien-dentiste quant à la lucidité de la personne protégée à consentir seule ou non.

Si le désaccord survient malgré tout, l'intervention du juge des tutelles peut être requise afin de trancher :

« Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office. »⁶¹

La loi prévoit le cas où un patient vulnérable opérerait pour un choix déraisonnable pouvant nuire à sa propre personne :

« La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué. »⁶²

Il en va de même pour le tuteur, qui se trouve dans l'obligation d'informer le juge des tutelles ou le conseil de famille, lorsqu'il souhaite consentir pour un acte pouvant porter atteinte au majeur protégé :

« Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne protégée. »⁶³

⁶¹ Article 459 du Code civil, 2019.

⁶² Article 459 du Code civil.

⁶³ Article 459 du Code civil.

4 : Devoirs et responsabilités du chirurgien-dentiste

4.1 L'information délivrée au patient

La loi du 4 mars 2002 reconnaît un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé.

La Haute autorité de santé (HAS) dans des recommandations de bonnes pratiques de 2012 a défini précisément tout le champ que couvre la notion d'information. On y retrouve notamment le contenu de l'information, la qualité de l'information délivrée par les professionnels de santé, les modalités de la délivrance ainsi que le format. ⁶⁴

La notion d'information va de pair avec celle du contrat de soins : le praticien est dans l'obligation de recueillir, en amont de toutes investigations et interventions, l'adhésion de son patient libre, conscient et informé des soins qui lui seront prodigués.

4.1.1 Caractéristiques

Les caractéristiques de l'information

- Basée sur les données validées conformes aux données acquises de la science ;
- Claire : c'est à dire présentée de manière explicite ;
- Loyale : transmise dans son intégralité ;
- Appropriée : adaptée au contexte socio-économique du patient, à son état de santé et son environnement ;
- Synthétique ;
- Hiérarchisée.

La qualité de l'information

Au cours du processus de divulgation de l'information, le praticien doit s'assurer que le patient a compris et pour cela il doit :

- Faire répéter au patient avec ses propres mots ce qu'il a compris de l'information ;
- Reformuler en d'autres termes les solutions thérapeutiques proposées ;
- Rôle de conseil sur la proposition thérapeutique en expliquant les raisons ;
- Lui demander de poser toutes les questions nécessaires ;
- Rechercher un second avis médical si besoin.

⁶⁴ Safar, « Information du patient : recommandation de bonne pratique de l'HAS de mai 2012 et jurisprudence de référence ».

Les modalités de délivrance de l'information

Il existe globalement 3 situations dans lesquelles l'information est délivrée à un patient :

- L'entretien individuel : celui-ci s'établit par un dialogue, en incluant des informations adaptées au patient et à sa situation. Elle est délivrée avec tact, disponibilité, à l'écoute du patient, dans un cadre adapté et une relation de confiance en prenant en compte les attentes du patient ;
- L'entretien en présence d'un accompagnant : il est nécessaire de s'assurer que le patient consente à ce que l'accompagnant soit présent au moment où l'information est divulguée (secret médical) ; et il est recommandé de toujours proposer un entretien singulier au patient. L'accompagnant peut-être un proche, un interprète, voire une aide à la communication ;
- L'entretien en présence d'une personne de confiance : il en est de même, le patient ne doit pas s'y opposer et un entretien individuel doit être proposé.

4.1.2 Contenu

Le professionnel de santé délivre à son patient toutes les informations nécessaires permettant à celui-ci de décider du traitement proposé en tout état de cause : accepter ou refuser le traitement.

L'information repose sur l'état de santé du patient et prend en compte les composantes psychologique, sociale et culturelle. Elle comprend précisément :

- Les composantes de la maladie et son pronostic avec ou sans traitement ;
- La qualité de vie découlant du traitement ;
- L'explication du protocole et des modalités techniques concernant les examens cliniques, les soins, les actes envisagés ;
- Les issues thérapeutiques éventuelles au traitement proposé ;
- Le but du traitement et les bénéfices escomptés, les avantages et inconvénients, les suites ou complications découlant du traitement ;
- Les risques prévisibles à potentiels graves ou non, et même les risques exceptionnels ;
- Les précautions et conseils recommandés ;
- Le calendrier de maintenance du patient adapté à la proposition thérapeutique.

Le Code de la santé publique⁶⁵ (cf. Annexe 1) précise qu'à tout moment de la prise en charge thérapeutique d'un patient, celui-ci doit être informé des nouveaux risques identifiés.

⁶⁵ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

4.1.3 Format

Une expression latine d'Horace dit « verba volant, scripta manent » qui signifie littéralement « les paroles s'envolent, les écrits restent » , mais ce n'est pas une nécessité absolue concernant le consentement éclairé en pratique médicale. En effet, le consentement n'est pas aussi « formaliste » que cela, un patient qui entreprend une démarche librement auprès d'un soignant qui à son tour accepte librement de le prendre en charge suffit à valider un contrat de soin (l'élément écrit n'est qu'une preuve au cas où celle-ci serait sollicitée).

Selon les recommandations de la HAS :

- La primauté est donnée à l'information orale, il est possible mais non obligatoire de proposer un document écrit d'accompagnement qui n'est qu'un complément de l'information orale ;
- La nécessité de laisser un délai de réflexion suffisant au patient afin d'assimiler toutes les informations délivrées au cours de l'entretien oral, d'évaluer en toute responsabilité les bénéfices et les risques présentés et ceci d'autant plus que le traitement est invasif, long et onéreux.

Le document écrit n'est pas obligatoire afin de transmettre l'information, celui-ci a pour but de synthétiser les informations transmises au patient pour qu'il puisse y voir plus clair, bénéficier d'un délai de réflexion, et aucune mention obligatoire ne doit l'inviter à signer ce document.

La délivrance de l'information reste donc orale.

De nos jours, des supports multimédias existent et complètent l'information pour le patient sans pour autant remplacer l'information orale.

4.1.4 Adaptation de l'information en fonction de l'état de santé du patient

Le Code de la santé publique (cf. Annexe 1) affirme l'importance de la divulgation d'informations avec circonspection envers les personnes vulnérables.⁶⁶

4.1.5 Le devoir d'information du chirurgien-dentiste

En France, depuis le serment d'Hippocrate, tout professionnel de santé est tenu à des obligations morales, déontologiques et légales envers son patient. Manquer à son devoir d'information engage la responsabilité du chirurgien-dentiste envers son patient et est source de contentieux.

⁶⁶ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

Le devoir d'information, indispensable à l'obtention d'un consentement libre et éclairé du patient, au respect de l'autonomie patient, est ainsi mis en avant par la loi du 4 mars 2002 et codifié à l'Article L1111-2 du Code de la santé publique. Il stipule que l'information délivrée par le praticien doit être loyale, claire et appropriée et porter sur les risques fréquents, graves, exceptionnels, normalement prévisibles, et connus au moment de la réalisation de l'acte.

Le Code de santé publique précise en substance : « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. »⁶⁷ Le devoir d'information incombe donc au praticien prescripteur. L'obligation d'information ne peut être déléguée à une assistante ou à une tierce personne.

Le praticien devra au préalable avoir mis en évidence le rapport bénéfice/risque de chaque thérapeutique possible, et tout mettre en œuvre pour faire comprendre au patient quels sont les soins les plus appropriés, c'est ainsi qu'il respecte son rôle d'informateur et son devoir de conseil.

4.1.6 L'intervention interdisciplinaire

L'information délivrée dans le cas d'intervention pluridisciplinaire

Dans le cas où plusieurs professionnels de santé interviennent, chacun est soumis au même devoir d'information envers son patient et doit mettre en avant ce qui relève de sa spécialité en n'omettant pas ce qui relève des informations d'ordre général.

Chaque spécialiste ne doit pas manquer à son devoir d'information sous prétexte que les informations relevant de son champ de compétence ont été données par un confrère.

Il est nécessaire de souligner l'importance d'une bonne coordination entre tous les praticiens en privilégiant notamment les courriers, en mentionnant dans le dossier médical des entretiens téléphoniques.

Un praticien référent peut être désigné et remet au patient une synthèse des informations médicales le concernant.

Traçabilité de l'information

Les informations transmises au patient doivent être datées et signées par le prescripteur dans le dossier médical, doivent y figurer également les difficultés rencontrées lors de la délivrance de l'information dans le but de favoriser la communication et la transmission d'informations interdisciplinaires (d'autant plus avec l'apparition du dossier médical partagé) et peut servir d'élément de preuve en cas de contentieux avec un patient.

⁶⁷ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

4.1.7 Les honoraires

Au-delà de l'information concernant les éventuels soins envisagés, le chirurgien-dentiste conformément au Code de la santé publique, doit communiquer à son patient le montant des honoraires pratiqués découlant du plan de traitement proposé.

Le Code de la santé publique, stipule en effet : « Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est gratuite. »⁶⁸

Le devis contient les différentes solutions thérapeutiques proposées au patient, elles doivent être numérotées, exposées le plus clairement possible et doivent être conservées dans le dossier du patient.

Le praticien devra réaliser uniquement les travaux prévus par le devis signé et accepté par le patient. En cas d'évolution pendant le déroulement du traitement qui obligerait le praticien à faire le choix d'un nouveau plan de traitement, un nouveau devis sera remis au patient, lequel devra bien entendu obtenir à nouveau son consentement. Le devis doit être écrit, daté, descriptif, non raturé et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il doit être remis en main propre au patient, les deux exemplaires du devis concernant la solution thérapeutique envisagée sont signés, l'un est remis au patient et l'autre est conservé dans le dossier du patient.

En fonction de l'importance du traitement et de son invasivité, le patient doit bénéficier d'un délai de réflexion plus ou moins important entre le moment où l'information est délivrée, où le devis est remis, et le début des soins. Celui-ci s'étend en général sur 7 à 15 jours, voire 3 semaines dans les cas les plus lourds.

Le devis ne remplace pas l'obligation d'information du chirurgien-dentiste, mais peut constituer un élément de preuve en cas de contentieux avec un patient.

4.2 Le refus d'information et/ou de soins à la demande du patient

Le refus de soins est par définition un conflit comportant des enjeux éthiques entre un soignant et son malade, entre ce qui est médicalement utile et souhaitable pour le soignant et refusé par le malade. Ce conflit est intensifié lorsque d'autres acteurs font partie de la relation de soins et dans notre cas :

⁶⁸ Article L1111-3 du Code de la santé publique.

les proches, la famille, la personne de confiance ou les détenteurs de décision médicale à la place du concerné (tuteur, curateur...).

La problématique qui se pose : Comment un patient en incapacité (porteurs de déficiences mentales dans notre cas) peut-il refuser un soin sans en avoir préalablement consenti ? Quelles sont les attitudes thérapeutiques adoptées par le praticien ? Quelles en sont les limites ?

Pour répondre à cette question, il existe deux versants : l'un éthique et l'autre purement juridique.

4.2.1 Conduite à tenir pour le chirurgien-dentiste

4.2.1.1 Vision éthique

L'attitude initiale du praticien face à un refus de soins doit être d'investiguer et en comprendre les raisons, par la suite tenter de convaincre le patient de l'intérêt médical et des conséquences de ce refus sur l'état de santé de ce dernier.⁶⁹

Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) selon son avis n° 87 relatif au « refus de traitement et autonomie de la personne », aborde la question du refus de soins par les différents obstacles limitant la validité du consentement de la personne. Les conclusions qui en découlent sont⁷⁰ :

- Ne pas chercher à obtenir un consentement à la hâte, non éclairé et implicite. L'information donnée au patient doit être adaptée à son état de vulnérabilité ;
- Le refus de soins n'est pas un refus à toutes les propositions de soins. Le CCNE encourage les praticiens à proposer différents traitements innovants aux patients adaptés à la personne et non uniquement à sa pathologie.

Rappelons que le consentement éclairé n'a de valeur que si le refus de soins reste une possibilité.

4.2.1.2 Vision déontologique

Le soignant ne doit pas se contenter d'un refus de soins sans en avoir préalablement cherché les raisons et avoir tenté de persuader son patient des enjeux et des risques encourus (cf. Annexe 1 - Article L1111-4, alinéa 6).⁷¹

⁶⁹ Hum et al., « Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement ».

⁷⁰ Comité consultatif national d'éthique, « Refus de traitement et autonomie de la personne ».

⁷¹ Article L1111-4 du Code de la santé publique.

On peut également définir le refus de soins comme une forme de négociation à un nouveau consentement pour d'autres types de soins.

L'obligation de motif du refus de soins doit être consignée dans le dossier médical, cela permet de définir un nouveau champ de soins pour lesquels le patient peut éventuellement consentir. Il est également recommandé de confirmer le refus par un écrit signé, daté et détaillé par le patient.

4.2.2 Validité du refus et respect de l'autonomie

Il ne faut pas opposer la capacité de décision du patient à celle du professionnel de santé. D'un côté le patient se base sur l'entretien médical avec le praticien tandis que le praticien utilise ses connaissances professionnelles.

Au contraire, la relation de soin patient-soignant doit être codifiée et encadrée dont la finalité est : le respect mutuel des autonomies de la part de chacun des acteurs de la relation de soins.

La part de l'autonomie (décision thérapeutique) du patient réside dans le fait d'accepter et de participer à la relation de confiance avec son praticien, celle du professionnel de santé réside en ses compétences professionnelles et le respect de ses obligations envers son patient.

L'autonomie ne peut être valide dans la mesure où elle est en adéquation avec le principe éthique du respect de la dignité humaine envers le patient : la décision doit être prise en fonction des données, des connaissances et des alternatives possibles et non en fonction de ce qui est idéal, irréaliste et irrationnel.

Tout cela relève du cadre de la prise en charge du patient d'ordre général, la loi sur le principe d'autonomie du patient n'a pas prévu de rendre celle-ci non négociable et illimitée.

On parle d'autonomie déléguée dans le cadre de prise en charge chez des patients en situation de handicap ou chez le mineur.

Le praticien doit aspirer à renforcer l'autonomie du patient en privilégiant l'éducation thérapeutique constante de son patient, favoriser la divulgation d'une information la plus juste possible au détriment de celle la plus plausible, une communication la plus adaptée possible et non la plus large, favoriser l'état de santé du patient et ses aspirations, rendre le patient le moins dépendant et influençable possible de ses impressions, mettre en avant une relation de confiance.

4.2.3 Obligation de conseil du chirurgien-dentiste et responsabilités

L'attitude adoptée par le praticien dans sa position éthique la plus forte, ne doit pas se tourner vers un refus à son patient, mais plutôt dans l'orientation de celui-ci avec tout le cadre légal et les précautions utiles que cela implique : devoir de conseil, devoir d'information et expression du point de vue du praticien.

La prise en charge thérapeutique d'un patient implique l'autonomie du professionnel dans sa décision et il en va donc de sa responsabilité.

La responsabilité médicale est définie comme étant le fait d'assumer les conséquences de ses actes. Elle est l'obligation de réparer le préjudice résultant soit de l'inexécution d'un contrat (responsabilité contractuelle), soit de la violation du devoir général de ne causer aucun dommage à autrui (responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle).⁷²

Le praticien est responsable des suites dommageables des soins qu'il prodigue dans le cas où il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs.

On distingue :

- La responsabilité civile : elle-même divisée en contractuelle (Arrêt Mercier) ou délictuelle (Articles du Code civil^{73 74}) ;
- La responsabilité pénale : le chirurgien-dentiste peut être poursuivi par la juridiction pénale en cas de comportement relevant d'une contravention, d'un délit ou d'un crime (manquement au Code pénal). Parmi les infractions au Code pénal, figure notamment « les atteintes volontaires et/ou involontaires à l'intégrité physique de la personne » ;
- La responsabilité disciplinaire : laquelle place le praticien face à ses confrères et relève de la compétence des instances ordinales gérées par l'Ordre des chirurgiens-dentistes par l'intermédiaire de chambres disciplinaires.

4.2.4 Cas extrêmes : pulsion épistémologique versus privilège thérapeutique

Certaines attitudes de patients peuvent nous mener à une réflexion quant à l'impact sur le plan psychologique et physique à délivrer une information à diagnostic ou pronostic grave.

⁷² Dejean-Peligry, « Les différents types de responsabilité du chirurgien dentiste ».

⁷³ Article 1382 du Code civil, 2016.

⁷⁴ Article 1383 du Code civil, créé par Loi 1804-02-09 promulguée le 19 février 1804.

Il existe deux profils extrêmes :

- La pulsion épistémologique : ce profil est celui du patient obsessionnel, méfiant et qui nécessite de connaître les moindres détails d'une information médicale le concernant ;
- Le privilège thérapeutique : profil du patient vulnérable selon lequel le déni et l'ignorance sont plus bénéfiques au patient sur le plan psychologique.

Quelle conduite tenir face à un patient vulnérable et à son entourage concernant une information comportant un diagnostic grave ou susceptible de l'impacter psychologiquement et physiquement ?
Doit-on l'avertir ?

La loi prévoit que le patient a le droit d'être informé sur son état de santé et laisse libre cours au praticien consciencieux de l'en informer ou pas lorsqu'il s'agit d'un diagnostic ou d'un pronostic grave avec la plus grande circonspection dont il doit faire preuve. (cf. Annexe 1 - Article R4127-239 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes ⁷⁵).

Par ailleurs, bien que la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doive être respectée, cela n'est pas autorisé lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. ⁷⁶

Certaines pistes de réflexions penchent en faveur du fait selon lequel il n'y aurait pas de « dogme juridique » sur la question, que la réaction face à une telle information est « patient-dépendant » et que la divulgation d'une telle information est « praticien-dépendant ». ⁷⁷

Autrement dit, ces situations sont singulières et il n'y a pas une, mais différentes conduites à tenir dans ce cas de figure.

Les facteurs dits patient-dépendants : vulnérabilité physique et psychologique du patient, capacité de perception et d'intégration de l'information, sensibilité propre à chaque patient

Les facteurs dits praticien-dépendants : sensibilité du praticien, convictions éthiques, convictions personnelles.

⁷⁵ Article R4127-239 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

⁷⁶ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

⁷⁷ Pirnay, Gauzeran, et Mousseau, « L'opposition de la famille à l'information du patient ».

Dans ce cas de figure, il est recommandé de communiquer avec le malade afin de mettre le doigt sur ce qu'il veut savoir et ne pas savoir, mais également de communiquer avec le représentant légal des attentes du malade, des conséquences de le laisser dans l'ignorance.

Les conséquences possibles de laisser un patient dans l'ignorance sont :

- Incompréhension du patient ;
- Perte de confiance avec le praticien et son représentant légal ;
- Blocage de la communication ;
- Refus de soins et non prise en charge de la maladie.

Le patient non informé sous demande du représentant légal est soumis à un effet double sur le plan psychologique :

- Sentiment de solitude renforcé, alors que le représentant pense protéger le malade d'une information pouvant le diminuer psychologiquement ;
- Apparition d'un décalage entre le malade et son représentant, perte de communication.

La décision sera prise en fonction de la volonté du patient, et au cas où celle-ci ferait défaut, le praticien consultera le représentant légal ou la personne de confiance préalablement désignée, mais la décision revient au praticien qui doit avant tout favoriser les échanges et la communication dans l'intérêt du patient et afin d'éviter un refus de soins.

Une faute morale ou éthique peut-elle être retenue à mon encontre si j'informe le patient ? ⁷⁸
Selon les principes éthiques d'autonomie et d'humanité, le malade est le seul à pouvoir recevoir l'information qui le concerne, afin qu'il puisse jouir de son autonomie et être réellement libre de ses décisions.

Ce qui importe d'un point de vue déontologique et éthique est de maintenir avec le malade une relation dans laquelle le praticien est accessible et à l'écoute du patient, de ses attentes.

4.3 Le refus de prise en charge discriminatoire de la part du chirurgien-dentiste

La non-discrimination en pratique dentaire apparaît dans le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes ⁷⁹ et également dans le serment d'Hippocrate prononcé lors d'une soutenance de thèse d'exercice (Cf. Annexe 3).

⁷⁸ Pirnay, Gauzeran, et Mousseau.

⁷⁹ Article R4127-211 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

La discrimination est également définie par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes : « Le sens du terme discrimination est à l'origine neutre, il est synonyme du mot « distinction », mais il a pris, dès lors qu'il concerne une question sociale, une connotation péjorative, désignant l'action de distinguer de façon injuste ou illégitime. Discriminer, c'est le fait de distinguer et de traiter différemment, quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne. »⁸⁰

Le Code de la santé publique évoque également les discriminations : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »⁸¹

L'Article 225-1 du Code pénal (cf. Annexe 1) définit une liste de critères qui entrent dans la définition du champ de la discrimination.⁸²

Il existe différentes formes de discriminations, toutes sont passibles de sanctions tant sur le plan civil, que disciplinaire, voire ordinal :

- Le refus de soins explicite de patients selon leur état de santé ;
- Le refus de soins « masqué » à travers des arguments tels que proposer volontairement une solution trop onéreuse inaccessible d'un point de vue financier pour le patient, ou bien repousser les rendez-vous du patient à des fréquences très espacées dans le but de démotiver le patient et son entourage ;
- La non mise en place de moyens physiques d'accessibilité au sein des structures de soins (cabinets, hôpitaux, cliniques) adaptés aux personnes handicapées ;
- La réorientation systématique des patients vers des structures hospitalières ou plus adaptées sous prétexte de non-compétence dans le domaine.

Pour exemple, le non-respect des règles d'accessibilité peut également être assimilé à de la discrimination en raison du handicap de la personne, discrimination qui constitue un délit passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 75 000 euros et de cinq ans d'emprisonnement.

Procédure

Une procédure de dénonciation d'acte discriminatoire est définie dans le Code de santé publique (cf. Annexe 1 - Article L1110-3⁸³). Elle se déroule de la manière suivante :

Toute personne ayant subi un refus de prise en charge à caractère discriminatoire de la part d'un professionnel de santé doit saisir la caisse d'assurance maladie auquel il est affilié et/ou le conseil

⁸⁰ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Discriminations ».

⁸¹ Article L1110-3 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

⁸² Article 225-1 du Code pénal.

⁸³ Article L1110-3 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

départemental de l'Ordre concernant le professionnel de santé mis en cause. Cette procédure est littéralement considérée comme un dépôt de plainte. Par la suite, l'autorité compétente informe le soignant en question de l'ouverture d'un dépôt de plainte à son encontre et celui-ci peut être convoqué sous un mois à compter de la date de début de la procédure.

Lorsque cette faute est reprochée pour la première fois à un professionnel de santé, une commission spécifique est mise en place, représentée par les différentes instances et autorités concernées (assurance maladie, conseil de l'ordre départemental) afin d'aboutir à une conciliation dont le délai ne doit excéder trois mois à compter de la date d'ouverture de la procédure.

Si la conciliation n'aboutit pas, et/ou si récidive il y a, le président de l'autorité compétente en fait part à la juridiction de l'ordre compétente avec avis appuyé.

Si le délai de trois mois est dépassé et/ou si les représentants de la commission compétente ne sont pas définis, la caisse locale d'assurance maladie peut sanctionner le professionnel de santé mis en cause selon les dispositions prévues dans le Code de sécurité sociale.

4.4 Manquement au devoir d'information et sanctions encourues

4.4.1 Sanctions encourues

D'après le Code de la santé publique : « Le non-respect du devoir d'information cause à celui auquel il est légalement dû un préjudice que le juge ne peut laisser sans réparation. »⁸⁴

Il constitue :

- Une faute déontologique (Article R4127-35 du Code de déontologie médicale) ;
- Une faute civile (Article L.1111-2 du Code de la santé publique, article 16-3 alinéa 2) ;
- Une faute administrative (Article L.1111-2 du Code de la santé publique).

4.4.2 Charge de la preuve

La charge de la preuve est régie par l'Article 1353 du Code civil : « Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation. »⁸⁵

⁸⁴ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

⁸⁵ Article 1353 du Code civil, 2016.

L'Article L1111-2 du Code de la santé publique stipule que c'est au professionnel de santé ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a bel et bien été délivrée à l'intéressé, et que cette preuve peut être apportée par tous moyens.

Aknine rappelle que « L'apport de la preuve, par « tous moyens » nécessite la constitution à la charge du professionnel de santé d'un faisceau de présomptions. »⁸⁶ Ce dossier de présomptions se constitue à la fois d'éléments matériels (tels que dossier médical du patient, courriers entre confrères, fiche de laboratoire prothétique, ...) ou non matériels (tel que le délai de réflexion laissé au patient). Ces éléments mis en avant singulièrement ont peu de niveau de preuve, cependant leur association constitue « un faisceau de présomptions » important et le choix de la nature des éléments de preuves n'est pas imposé à celui à qui revient la charge de prouver.

Certains éléments peuvent paraître pertinents afin de remplir correctement le devoir d'information qui incombe au professionnel de santé :

- La mise en place d'un délai de réflexion suffisant entre la date de proposition thérapeutique et la date d'exécution des soins ;
- Fournir au patient plusieurs rendez-vous ;
- Remplir le dossier médical de manière claire, lisible avec des notes explicites ;
- La mise en place d'une ligne de conduite permanente concernant le domaine de l'information pour tous les patients (dossier médical intégralement rempli) car, en cas de mise en cause du praticien, l'analyse d'autres dossiers médicaux pourrait constituer un élément de bonne foi pour le praticien ou au contraire accumuler les arguments allant à l'encontre de celui-ci ;
- La mise en place d'outils et de supports d'information accessibles au patient, accompagnés d'explications du professionnel de santé, le tout s'inscrivant dans une démarche pédagogique afin de favoriser la compréhension du patient ;
- Aknine rapporte que selon la HAS : « l'utilisation de supports par vidéo ou multimédia peut compléter utilement l'information orale et écrite » et que « l'élaboration de ces supports doit répondre aux mêmes exigences de qualité que celles des documents écrits ». ⁸⁷

4.4.3 Notion de « perte de chance » et le « préjudice d'impréparation »

La perte de chance est définie comme étant la disparition d'une éventualité favorable qui n'a pas pu être tentée en raison d'une faute. Elle s'apprécie en fonction de la nécessité d'intervention, de

⁸⁶ Aknine, « Le respect des obligations légales et réglementaires du chirurgien-dentiste ».

⁸⁷ Aknine.

l'existence ou non d'une alternative thérapeutique, de la probabilité du refus de soins de la part du patient s'il avait au préalable été informé correctement.

Le préjudice d'impréparation est défini comme étant un préjudice moral consécutif à un manque de préparation psychologique du patient concernant les éventualités et risques engendrées par un acte médical donné, se traduisant par une rancœur envers le soignant du fait d'avoir consenti à un traitement sans avoir été en possession de toutes les informations nécessaires préalables (Cour de Cassation, Chambre civile, 1^{er} Juillet 2012).

4.5 Exceptions et abstention au devoir d'information

Selon le Code de la santé publique : « L'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »⁸⁸

4.5.1 L'urgence vitale

Le Code de la santé publique précise : « 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. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »⁸⁹

En cas d'urgence, situation où il existe un risque susceptible de porter atteinte à l'état de santé du patient, le chirurgien-dentiste ne requiert pas d'obtenir le consentement éclairé du patient pour lui délivrer les soins dits « indispensables ».

De même lorsque le praticien fait face à un refus de soins par le représentant légal du majeur protégé ou du mineur, son consentement n'est pas recherché et les soins d'urgences seront délivrés.

4.5.2 Impossibilité d'information

Lorsqu'un patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et ne peut recevoir l'information concernant son état de santé, celle-ci est délivrée à son représentant, qui se fait le porte-parole de la volonté du malade.⁹⁰

⁸⁸ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

⁸⁹ Article L1111-4 du Code de la santé publique.

⁹⁰ Article L1111-6 du Code de la santé publique.

En effet, d'après le Code de la santé publique : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »⁹¹

4.5.3 Le refus d'information à la demande du patient

Comme indiqué précédemment : « La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »⁹²

4.5.4 Autres situations exceptionnelles

Il existe par ailleurs deux situations exceptionnelles où le chirurgien-dentiste peut outrepasser le devoir d'information : le cas d'urgence et le cas de privilège thérapeutique défini dans le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes (Article 4127-239), cependant cet argument reste controversé.

⁹¹ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

⁹² Article L1111-2 du Code de la santé publique.

Conclusion

Le droit des patients n'a cessé d'évoluer, marqué principalement par la loi du 4 mars 2002, et place le patient en tant qu'acteur au même titre que le soignant dans la relation de soins.

Le consentement constitue une étape incontournable de la prise en charge médicale du patient. Il doit être éclairé (le patient doit avoir été informé préalablement), libre (non obtenu sous la contrainte) et renouvelé pour tout nouvel acte médical. Le professionnel de santé est tenu à son devoir de responsabilité, de conseil et obligation d'information envers son patient. L'information transmise au patient comprend les avantages, inconvénients, alternatives, risques même exceptionnels inhérents à une décision médicale donnée, et doit être adaptée aux facultés de discernement du patient.

Les patients porteurs de handicap constituent une part non négligeable de la population. Obstacles et discriminations entravent la prise en charge de ces patients et leur accès aux décisions médicales les concernant.

Les régimes de protection des majeurs et les détenteurs de l'autorité parentale ont pour mission d'accompagner, d'assister et de guider les patients les plus vulnérables et en situation d'incapacité.

Pour les patients capables d'exprimer leurs propres volontés, la recherche du consentement par le soignant est fondamentale bien qu'il appartienne aux représentants légaux (pour les majeurs) et détenteurs de l'autorité parentale (pour les mineurs) de consentir à une décision médicale donnée.

Pour les patients incapables d'exprimer leurs propres volontés, le professionnel de santé devra obligatoirement consulter au préalable personne de confiance, famille ou proches avant d'enclencher le processus de soin.

Des situations exceptionnelles comme l'urgence vitale, impossibilité d'information et le refus d'information de la part du patient dispense le chirurgien-dentiste de l'obtention du consentement et il lui incombe de délivrer les soins indispensables.

Ce travail va puiser dans les origines du consentement en présentant ses versants juridique/éthique et a pour but de définir les rôles, champs de compétences et issues de cette nouvelle relation de soins dont la finalité est l'inclusion du patient porteur de handicap dans la prise de décision médicale le concernant.

Bibliographie

- Aknine, B. « Le respect des obligations légales et réglementaires du chirurgien-dentiste ». *Revue d'orthopédie dento-faciale* 52, n° 3 (2018): 235-53. <https://doi.org/10.1051/odf/2018014>.
- Ambrosini, J.-C. « Devoir d'information et consentement éclairé du patient ». In *Livre blanc de la stomatologie et de la chirurgie maxillo-faciale française*, par Fédération de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, 177-86. Paris : Fédération de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, 2006. <https://www.cmf-paris.com/livre-blanc-stomatologie-chirurgie-maxillo-faciale.pdf>.
- Amiel, P. « Code de Nuremberg (traduit et adapté en français) ». In *Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice*, 344-352. Paris : Les belles lettres, 2011. <https://philippeamiel.fr/DocsCobayes/NurembergTrad.pdf>.
- Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, No. 94- 19.685 (25 février 1997).
- Arrêt de la Cour de Cassation, Chambre Civile, du 20 mai 1936 (20 mai 1936).
- Article 16-3 du Code civil, 16-3 Code civil § (2004).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419297&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20040807>.
- Article 225-1 du Code pénal, 225-1 Code pénal § (2016).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033461473&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20161120>.
- Article 371-1 du Code civil, 371-1 Code civil § (2019).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426467>.
- Article 371-1 du Code civil, 371-1 Code civil § (2019).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426467>.
- Article 373-2 du Code civil, 373-2 Code civil § (2019).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038311150&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20190325>.
- Article 373-2 du Code civil, 373-2 Code civil § (2019).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038311150&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20190325>.

Article 388 du Code civil, 388 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207650&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20160316>.

Article 388 du Code civil, 388 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032207650&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20160316>.

Article 459 du Code civil, 459 Code civil § (2019).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427734&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Article 459 du Code civil, 459 Code civil § (2019).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427734&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Article 1101 du Code civil, 1101 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032040787&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>.

Article 1101 du Code civil, 1101 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032040787&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>.

Article 1102 du Code civil, 1102 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032040782&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>.

Article 1102 du Code civil, 1102 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032040782&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>.

Article 1130 du Code civil, 1130 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032040901/2016-10-01/>.

Article 1130 du Code civil, 1130 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00000607072>.

Article 1353 du Code civil, 1353 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032042341&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>.

Article 1353 du Code civil, 1353 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000032042341&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20161001>.

Article 1382 du Code civil, 1382 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032042379/2016-10-01/>.

Article 1382 du Code civil, 1382 Code civil § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032042379/2016-10-01/>.

Article 1383 du Code civil, créé par Loi 1804-02-09 promulguée le 19 février 1804, 1383 Code civil § (1804). https://circulaire.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006438829/1804-03-16.

Article L209-10 du Code de la santé publique (1988).

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006692617/1988-12-22>.

Article L1110-1 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, L1110-1 Code de la santé publique § (2002).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006685741&idSectionT A=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20020305>.

Article L1110-3 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, L1110-3 Code de la santé publique § (2002).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006685741&idSectionT A=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20020305>.

Article L1110-4 du Code de la santé publique, L1110-4 Code de la santé publique § (2018).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036515027&cidT exte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180119>.

Article L1111-2 du Code de la santé publique, L1111-2 Code de la santé publique § (2016).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83AAF1DE66400DF9494E4D 1AA0B6340D.tplgfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000031927568&cidTexte=LEGITEXT0000060726 65&dateTexte=20160128.

Article L1111-3 du Code de la santé publique, L1111-3 Code de la santé publique § (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idA rticle=LEGIARTI000006685762>.

Article L1111-4 du Code de la santé publique, L1111-4 Code de la santé publique § (2005).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83AAF1DE66400DF9494E4D 1AA0B6340D.tplgfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT0000060726 65&dateTexte=20160128.

Article L1111-5 du Code de la santé publique, L1111-5 Code de la santé publique § (2016).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83AAF1DE66400DF9494E4D 1AA0B6340D.tplgfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000031927576&cidTexte=LEGITEXT0000060726 65&dateTexte=20160128.

Article L1111-6 du Code de la santé publique, L1111-6 Code de la santé publique § (2005).
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=83AAF1DE66400DF9494E4D1AA0B6340D.tplgfr31s_2?idArticle=LEGIARTI000006685773&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128.

Article L1111-12 du Code de la santé publique, L1111-12 Code de la santé publique § (2016).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972320&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160815>.

Article R1111-1 du Code de la santé publique, R1111-1 Code de la santé publique § (2018).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036658454&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180301>.

Article R4127-202 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, R4127-202 Code de la santé publique § (2004).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913000&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>.

Article R4127-211 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, R4127-211 Code de la santé publique § (2004).
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8CC9DE2F78C0B5F28A1C66A7C729ECCF.tplgfr26s_3?idArticle=LEGIARTI000006913009&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808.

Article R4127-232 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, R4127-232 Code de la santé publique § (2004).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913036&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>.

Article R4127-239 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, R4127-239 Code de la santé publique § (2004).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913043&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>.

Article R4127-240 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, R4127-240 Code de la santé publique § (2004).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913044&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=vig>.

Articles L114 à L114-5 du Code de l'action sociale et des familles, L114 à L114-5 Code de l'action sociale et des familles § (2005).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C7A12F7D251157B768D45E92E7D25A61.tplgfr42s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006157554&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20200615.

Association médicale mondiale. « Déclaration de Lisbonne de l'Association médicale mondiale sur les droits du patient », 2005. <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-lisbonne-de-lamm-sur-les-droits-du-patient/>.

———. « Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale : principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains », 2013.

<https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>.

Beauchamp, T. L., et J. F. Childress. *Principles of biomedical ethics*. 6th edition. New York : Oxford University Press, 2009.

Camoin, A., C. Tardieu, et P. Le Coz. « Problèmes éthiques soulevés par les soins dentaires chez la personne en situation de handicap ». *Éthique et santé*, Elsevier Masson, 13, n° 2 (2015): 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2015.07.007>.

Centre de recherche pour un Trésor de la langue française. « Consentement ». In *Le trésor de la langue française informatisé*. Consulté le 29 juin 2020. <https://cnrtl.fr/definition/consentement>.

Comité consultatif national d'éthique. « Refus de traitement et autonomie de la personne », 2005. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/refus-de-traitement-et-autonomie-de-la-personne>.

Comité national coordination action handicap. « Les différents types de handicap ». Coordination Action Handicap CCAH. Consulté le 1 septembre 2020. <https://www.ccah.fr/CCAHA/Articles/Les-differents-types-de-handicap>.

Conseil de l'Europe. « Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine », 1997. <https://www.libre-consentement-eclairer.fr/index-wp/wp-content/uploads/2018/10/Convention-dOviedo.pdf>.

Dejean-Peligry, M. « Les différents types de responsabilité du chirurgien dentiste ». *Droit, déontologie & soin* 5, n° 3 (2005): 392-410. [https://doi.org/10.1016/S1629-6583\(05\)82529-4](https://doi.org/10.1016/S1629-6583(05)82529-4).

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « L'aide et l'action sociales en France : perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aas2019.pdf>.

- . « L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique : rapport 2011 ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2011. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf.
- Direction de l'information légale et administrative. « Curatelle ». Service-public.fr, 12 avril 2019. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2094>.
- . « Sauvegarde de justice ». Service-public.fr, 1 janvier 2020. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2075>.
- . « Tutelle d'une personne majeure ». Service-public.fr, 03 2019. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2120>.
- Espagnacq, M. « Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale ». *Solidarité et santé*, n° 68 (2015): 20.
- Folliguet, M., et G. B. Kutukdjian. « Soins dentaires et patients handicapés ». In *L'éthique en médecine bucco-dentaire*, édité par P. Pirnay, 202-6. Paris : Espace ID, 2012.
- Foti, B. « La non-discrimination en pratique dentaire ». In *L'éthique en médecine bucco-dentaire*, édité par P. Pirnay, 113-15. Paris : Espace ID, 2012.
- Gardou, C., et D. Poizat, éd. *Désinsulariser le handicap : quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?* Ramonville Saint-Agne : Érès, 2007.
<https://ezproxy.u-paris.fr/login?url=https://www.cairn.info/desinsulariser-le-handicap--9782749207988.htm>.
- Hum, P., D. Boury, T. Danel, L. Demailly, V. Dujardin, C. Ethuin, F. Lequin, et al. « Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement ». *Éthique et santé* 12, n° 1 (2015): 56-63.
<https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2014.09.002>.
- Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, 88-1138 § (1988).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000508831>.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 § (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte>.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005-102 § (2005).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>.
- Machat, E. « Principe d'autonomie et soins dentaires ». In *L'éthique en médecine bucco-dentaire*, 2^e éd., 109-12. Paris: Espace ID, 2015. <https://www.livres-medicaux.com/l-ethique-en-medecine-bucco-dentaire-2-edition.html>.

- Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Discriminations ». Prévention des conflits : chirurgiens-dentistes et discriminations, 2019.
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/index.php?id=481>.
- Organisation mondiale de la santé, éd. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf?sequence=1.
- . « Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées ». Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254650/9789242509618_fre.pdf?sequence=1.
- Pirnay, P. *L'éthique médicale en chirurgie dentaire : principes et applications*. Paris : Espace ID, 2016.
- Pirnay, P., D. Gauzeran, et M. Mousseau. « L'opposition de la famille à l'information du patient ». *I.D. L'information dentaire* 96, n° 21 (2014): 26-28.
- Pirnay, P., et A. Monnier Da Costa. « Je ne sais pas prendre en charge des personnes en situation de handicap ». *I.D. L'information dentaire* 98, n° 15/16 (2016): 62-64.
- Renault, A. « La personne de confiance ». *Réanimation* 19, n° 8 (2010): 723-26.
<https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2010.10.008>.
- Safar, S. H. « Information du patient : recommandation de bonne pratique de l'HAS de mai 2012 et jurisprudence de référence ». *Droit, déontologie & soin* 12, n° 4 (2012): 445-59.
<https://doi.org/10.1016/j.ddes.2012.10.011>.
- Sénat. « Projet de loi de finances pour 2020 : solidarité, insertion et égalité des chances ». Sénat. Consulté le 1 octobre 2020. <https://www.senat.fr/rap/l19-140-329/l19-140-3297.html>.
- Zerilli, A. « Le consentement éclairé en médecine dentaire ». In *L'éthique en médecine bucco-dentaire*, édité par P. Pirnay, 116-19. Paris: Espace ID, 2012.

Table des figures

Figure 1 : Effets estimés par les praticiens et points de vue lors de soins dentaires réalisés sans assentiment sur un patient en situation de handicap mental	21
Figure 2 : Schéma de Wood.....	26
Figure 3 : Interactions entre les composantes de la CIF	28
Figure 4 : Répartition des personnes de 15 à 59 ans selon leur niveau de vie en 2016	32

Table des tableaux

Tableau 1 : Principes généraux du contrat de soins.....	8
Tableau 2 : Évaluation des pratiques cliniques en odontologie chez des personnes présentant un handicap mental.....	20
Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques pour chaque profil de limitation fonctionnelle..	30
Tableau 4 : Effectifs des différentes populations de personnes handicapées vivant à domicile en 2008	31
Tableau 5 : Nombre de personnes selon le type de limitations fonctionnelles.....	32

Annexes

Annexe 1 : Extraits ou textes juridiques et déontologiques	82
Annexe 2 Récapitulatif des droits et devoirs d'un patient mis sous protection judiciaire	90
Annexe 3 Serment d'Hippocrate	91

Annexe 1 : Extraits ou textes juridiques et déontologiques

Articles	CODE CIVIL
Article 16-3 ⁹³	<p>Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.</p> <p>Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.</p>
Article 371-1 ⁹⁴	<p>L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.</p> <p>Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.</p> <p>L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.</p> <p>Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.</p>
Article 373-2 ⁹⁵	<p>La séparation des parents est sans incidence sur les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale.</p> <p>Chacun des père et mère doit maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de celui-ci avec l'autre parent.</p> <p>A cette fin, à titre exceptionnel, à la demande de la personne directement intéressée ou du juge aux affaires familiales, le procureur de la République peut requérir le concours de la force publique pour faire exécuter une décision du juge aux affaires familiales, une convention de divorce par consentement mutuel prenant la forme d'un acte sous signature privée contresigné par avocats déposé au rang des minutes d'un notaire ou une convention homologuée fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale.</p> <p>Tout changement de résidence de l'un des parents, dès lors qu'il modifie les modalités d'exercice de l'autorité parentale, doit faire l'objet d'une information préalable et en temps utile de l'autre parent. En cas de désaccord, le parent le plus diligent saisit le juge aux affaires familiales qui statue selon ce qu'exige l'intérêt de l'enfant. Le juge répartit les frais de déplacement et ajuste en conséquence le montant de la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant.</p>
Article 388 ⁹⁶	<p>Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis.</p> <p>Les examens radiologiques osseux aux fins de détermination de l'âge, en l'absence de documents d'identité valables et lorsque l'âge allégué n'est pas vraisemblable, ne peuvent être réalisés que sur décision de l'autorité judiciaire et après recueil de l'accord de l'intéressé.</p> <p>Les conclusions de ces examens, qui doivent préciser la marge d'erreur, ne peuvent à elles seules permettre de déterminer si l'intéressé est mineur. Le doute profite à l'intéressé.</p>

⁹³ Article 16-3 du Code civil.

⁹⁴ Article 371-1 du Code civil, 2019.

⁹⁵ Article 373-2 du Code civil, 2019.

⁹⁶ Article 388 du Code civil, 2016.

Articles	CODE CIVIL
	En cas de doute sur la minorité de l'intéressé, il ne peut être procédé à une évaluation de son âge à partir d'un examen du développement pubertaire des caractères sexuels primaires et secondaires.
Article 459 ⁹⁷	<p>Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection.</p> <p>Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après le prononcé d'une habilitation familiale ou l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser la personne chargée de cette habilitation ou de cette mesure à représenter l'intéressé, y compris pour les actes ayant pour effet de porter gravement atteinte à son intégrité corporelle. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision, à leur demande ou d'office.</p> <p>Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne protégée.</p> <p>La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.</p>
Article 1101 ⁹⁸	Le contrat est un accord de volontés, entre deux ou plusieurs personnes, destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations.
Article 1102 ⁹⁹	Chacun est libre de contracter ou de ne pas contracter, de choisir son cocontractant et de déterminer le contenu et la forme du contrat dans les limites fixées par la loi. La liberté contractuelle ne permet pas de déroger aux règles qui intéressent l'ordre public.
Article 1130 ¹⁰⁰	L'erreur, le dol et la violence vicent le consentement lorsqu'ils sont de telle nature que, sans eux, l'une des parties n'aurait pas contracté ou aurait contracté à des conditions substantiellement différentes.
Article 1353 ¹⁰¹	Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation.
Article 1382 ¹⁰²	Les présomptions qui ne sont pas établies par la loi, sont laissées à l'appréciation du juge, qui ne doit les admettre que si elles sont graves, précises et concordantes, et dans les cas seulement où la loi admet la preuve par tout moyen.

⁹⁷ Article 459 du Code civil, 2019.

⁹⁸ Article 1101 du Code civil, 2016.

⁹⁹ Article 1102 du Code civil, 2016.

¹⁰⁰ Article 1130 du Code civil, 2016.

¹⁰¹ Article 1353 du Code civil, 2016.

¹⁰² Article 1382 du Code civil, 2016.

Articles	CODE CIVIL
Article 1383 ¹⁰³	Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

Articles	CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE / CODE DE DÉONTOLOGIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
Article L209-10 ¹⁰⁴	Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur des mineurs ou des majeurs protégés par la loi : - le consentement doit être donné, selon les règles prévues à l'article L. 209-9 du présent code, par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale pour les mineurs non émancipés. Pour les mineurs ou les majeurs protégés par la loi, le consentement est donné par le représentant légal pour les recherches avec bénéfice individuel direct ne présentant pas un risque prévisible sérieux et, dans les autres cas, par le représentant légal autorisé par le conseil de famille ou le juge des tutelles; - le consentement du mineur ou du majeur protégé par la loi doit également être recherché lorsqu'il est apte à exprimer sa volonté. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.
Article L1110-1 ¹⁰⁵	Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.
Article L1110-3 ¹⁰⁶	Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins
Article L1111-2 ¹⁰⁷	I. - 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. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont

¹⁰³ Article 1383 du Code civil, créé par Loi 1804-02-09 promulguée le 19 février 1804.

¹⁰⁴ Article L209-10 du Code de la santé publique.

¹⁰⁵ Article L1110-1 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

¹⁰⁶ Article L1110-3 du Code de la santé publique, créé par la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

¹⁰⁷ Article L1111-2 du Code de la santé publique.

Articles	CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE / CODE DE DÉONTOLOGIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
	<p>exposés à un risque de transmission.</p> <p>II. - Les droits des mineurs mentionnés au présent article sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, qui reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée à leur degré de maturité.</p> <p>III. - L'information prévue au présent article est délivrée aux personnes majeures protégées au titre des dispositions du chapitre II du titre XI du livre 1er du code civil d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension.</p> <p>Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne si le majeur protégé y consent expressément.</p> <p>IV. - Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.</p> <p>En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.</p> <p>L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.</p> <p>Conformément à l'article 46 de l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020, ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1er octobre 2020.</p> <p>Elle est applicable aux mesures de protection juridique en cours au jour de son entrée en vigueur et aux situations dans lesquelles aucune décision n'a été prise au jour de son entrée en vigueur.</p>
Article L1111-3 ¹⁰⁸	<p>Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.</p> <p>Cette information est gratuite.</p>
Article L1111-4 ¹⁰⁹	<p>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.</p> <p>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 d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.</p> <p>Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut</p>

¹⁰⁸ Article L1111-3 du Code de la santé publique.

¹⁰⁹ Article L1111-4 du Code de la santé publique.

Articles	CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE / CODE DE DÉONTOLOGIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
	<p>être retiré à tout moment.</p> <p>Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.</p> <p>Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés.</p> <p>La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.</p> <p>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. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.</p> <p>L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informé de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.</p> <p>Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.</p>
Article L1111-5 ¹¹⁰	<p>Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.</p> <p>Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.</p>
Article L1111-6 ¹¹¹	<p>Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.</p> <p>Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.</p>

¹¹⁰ Article L1111-5 du Code de la santé publique.

¹¹¹ Article L1111-6 du Code de la santé publique.

Articles	CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE / CODE DE DÉONTOLOGIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
	Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.
Article L1111-12 ¹¹²	Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.
Article R1111-1 ¹¹³	L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé ou un établissement de santé, est demandé par la personne concernée, son ayant droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, la personne en charge de l'exercice de la mesure de protection juridique habilitée à la représenter ou à l'assister ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire. La demande est adressée au professionnel de santé et, dans le cas d'un établissement de santé, au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés. Avant toute communication, le destinataire de la demande s'assure de l'identité du demandeur et s'informe, le cas échéant, de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire. Selon les cas prévus par l'article L. 1111-7 précité, le délai de huit jours ou de deux mois court à compter de la date de réception de la demande ; lorsque le délai de deux mois s'applique en raison du fait que les informations remontent à plus de cinq ans, cette période de cinq ans court à compter de la date à laquelle l'information médicale a été constituée.
Article R4127-202 ¹¹⁴	Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé.
Article R4127-211 ¹¹⁵	Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.
Article R4127-232 ¹¹⁶	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, à condition : 1° De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;

¹¹² Article L1111-12 du Code de la santé publique.

¹¹³ Article R1111-1 du Code de la santé publique.

¹¹⁴ Article R4127-202 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

¹¹⁵ Article R4127-211 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

¹¹⁶ Article R4127-232 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

Articles	CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE / CODE DE DÉONTOLOGIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES
	2° De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles. Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211.
Article R4127-239 ¹¹⁷	Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7 et pour des raisons légitimes que le chirurgien-dentiste apprécie en conscience, un patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Un pronostic fatal ne doit être révélé au patient qu'avec la plus grande circonspection mais les proches doivent généralement en être prévenus, à moins que le patient n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné le ou les tiers auxquels elle doit être faite.
Article R4127-240 ¹¹⁸	Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières. Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle. Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires. Il ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. Il ne peut refuser d'établir un reçu pour tout versement d'acompte. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients. Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient.

Articles	Code de l'action sociale et des familles
Article L114 ¹¹⁹	Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

¹¹⁷ Article R4127-239 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

¹¹⁸ Article R4127-240 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

¹¹⁹ Articles L114 à L114-5 du Code de l'action sociale et des familles.

Articles	Lois
Loi du 11 février 2005 ¹²⁰	Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. L'État est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions

Articles	Code pénal
Article 225-1 ¹²¹	<p>Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée.</p> <p>Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales sur le fondement de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de la grossesse, de l'apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de la situation économique, apparente ou connue de son auteur, du patronyme, du lieu de résidence, de l'état de santé, de la perte d'autonomie, du handicap, des caractéristiques génétiques, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de la capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales.</p>

¹²⁰ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹²¹ Article 225-1 du Code pénal.

Annexe 2 : Récapitulatif des droits et devoirs d'un patient mis sous protection judiciaire

	La personne de confiance		Le mandat de protection futur	Sauvegarde de justice	Curatelle	Tutelle
Qui désigne ?	Le patient		Le patient	Le juge des tutelles Le médecin traitant qui transmet au procureur de la République	Le juge des tutelles	Le juge des tutelles
Est-ce une procédure obligatoire ?	Non		Non	Oui	Oui	Oui
Qui peut exercer cette fonction ?	Parents, proches, amis, médecin traitant		N'importe qui désigné par le patient	Conjoint, proches, entourage, un professionnel, un mandataire judiciaire	Conjoint sauf avis contraire du juge, proches, entourage, association familiale, un mandataire judiciaire	Un ou plusieurs, conjoint, entourage, un professionnel, un mandataire judiciaire
Qui reçoit l'information ?	Le patient + rôle consultatif		Le patient + le mandant si le mandat le précise	Le patient + rôle consultatif du mandataire	Patient + Curateur = rôle de conseil	Le patient s'il est apte + le tuteur
Qui consent aux soins ?	Le patient	Personne de confiance	Le mandant si le mandat le précise	Le patient + rôle consultatif du mandataire	Patient + Curateur = rôle de conseil	Le patient s'il est apte + le tuteur
Qui remplit le questionnaire médical ?	Le patient	Personne de confiance	Le mandant si le mandat le précise	Le patient	Le patient	Le patient s'il est apte + le tuteur
Qui signe le devis ?	Le patient	Personne de confiance	Le mandant si le mandat le précise	Le patient (mais peut être annulé) + mandataire si besoin	Patient + curateur dans certains cas	Patient + tuteur dans certains cas
Qui règle les soins ?	Le patient	Personne de confiance	Le mandant si le mandat le précise	Le patient (mais peut être annulé) + mandataire si besoin	Patient + curateur dans certains cas	Patient + tuteur dans certains cas
Qui a accès au dossier médical ?	Le patient		Le patient + le mandant si le mandat le précise	Le patient	Le patient	Le tuteur

Source : Pirnay, *L'éthique en médecine bucco-dentaire : principes et applications*, 2016.

Annexe 3 : Serment d'Hippocrate adapté

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets, et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine dentaire.

Je donnerais des soins, gratuits à l'indigent et je n'exigerais jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerais à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nation, de race, de parti ou de classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderais le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace, je n'admettrais pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrais à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et de mépris de mes confrères si j'y manque.

Je le jure!

Source : Ordre national des chirurgiens-dentistes.

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de l'UFR d'Odontologie - Montrouge

Docteur Fadi BDEOUI

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président d'Université de Paris

Professeur Christine CLERICI

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Le consentement éclairé en odontologie chez le patient porteur de handicap

Résumé :

L'information et le recueil du consentement font partie intégrante de la prise en charge globale du patient, ils sont une obligation pour le professionnel de santé et un droit fondamental pour le patient. Les récentes évolutions législatives sont le reflet du renforcement des droits individuels des malades qui effacent peu à peu l'ancien modèle du paternalisme médical. Les patients porteurs de handicap sont une population présente depuis bon nombre d'années et représentent une part importante de la population dans notre société, cependant ils n'ont pas toujours été mis sur un pied d'égalité avec la population générale. Le handicap peut dans certains cas invalider l'autonomie de la personne et empêcher la prise de décision concernant les actes de la vie quotidienne. Les professionnels de santé ont pour mission de favoriser l'accès aux soins et non l'exclusion du parcours de soins comme c'est trop souvent le cas dans notre société. La législation française traite, oriente, donne le cadre aux professionnels de santé afin de pouvoir prendre en charge correctement ces patients aux facultés altérées (qu'elles soient mentales, physiques ou psychologiques). La prise en charge des personnes handicapées bouleverse la classique relation praticien-patient en ouvrant le champ à une relation tripartite et interdépendante : praticien - représentant légal - patient. Ce travail puise dans les origines du consentement en présentant ses versants juridique/éthique et a pour but de définir les rôles, champs de compétences et issues de cette nouvelle relation de soins dont la finalité est l'inclusion du patient dans la prise de décision médicale le concernant.

Discipline :

Éthique et déontologie

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Relations dentiste-patient -- Dissertation universitaire ; Personnes handicapées -- Dissertation universitaire ; Consentement éclairé (droit médical) -- Thèses et écrits académiques ; Dentistes -- Déontologie -- France -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Dentist-patient Relations -- Academic Dissertation ; Disabled Persons -- Academic Dissertation

Université de Paris
UFR d'Odontologie - Montrouge
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge