

Les obligations du praticien au regard des jurisprudences modernes et leur traduction pratique.

L'avis de l'avocat du « sou médical » Maître Chauvet

En premier lieu :

Le praticien doit respecter son devoir d'information sur les risques inhérent à l'intervention.

Il doit inscrire ces risques dans le temps

C'est-à-dire :

- les risques pendant l'intervention
- les risques après l'intervention (au cours des suites et au cours de la consolidation)
- les risques concernant la pérennité des travaux dans le temps.

Sans faire de fautes techniques si « ça se passe mal » - et il peut toujours il y avoir des aléas opératoires - s'il n'en a pas été prévenu le patient peut se retourner contre le praticien.

Le patient aura beau jeu de dire qu'il n'a pas été informé et qu'il n'aurait pas choisit cette solution s'il avait connu l'ensemble des risques de cette technique qui lui coûte cher ou même il aurait décidé ne pas me faire soigner du tout.

C'est le rapport risque bénéfice qui va déterminer le choix du patient

Si les avantages sont supérieurs aux risques alors il va dire oui et inversement.

Faut-il l'informer des risques courants, des risques graves et des risques exceptionnels ?

Jusqu'en 1997 la charge de la preuve de l'information incombait au patient c'est à dire que c'était « pain béni » pour les praticiens et très difficile pour le patient car il est difficile d'apporter une preuve négative.

Depuis lors la cour de cassation a inversé la charge de la preuve de l'information qui incombe donc dorénavant aux praticiens.

Depuis la loi du 4 mars 2002 toute une jurisprudence a réglé la polémique sur la notion du risque et il ressort que le patient ne doit être informé que des risques courants et des risques grave et pas des risques exceptionnels.

Il est donc conseillé d'établir une « Fiche technique d'information des risques »

Comme le font déjà de nombreuses spécialités médicales comme les ophtalmologistes et les anesthésistes qui présente clairement l'ensemble des risques des interventions.

Il est conseillé de la faire signer avant de faire les traitements et de respecter un délai entre ces deux événements.

Il n'y a pas de délai obligatoire mais un délai raisonnable de temps réflexion.

La situation médicale du patient

Il est clair que la situation médicale du patient doit être défini.

L'anamnèse réalisée par le seul chirurgien dentiste n'est pas suffisante.

D'une part car il n'est pas médecin et d'autre part parce qu'il est préférable que le bilan doit être prescrit par un tiers.

Le médecin généraliste « de famille » peut être le prescripteur mais on pourra toujours opposer qu'il n'a pas l'expérience pour définir un bilan pré opératoire par conséquent seul le médecin anesthésiste est sans aucun doute la personne la plus habilité à prescrire un bilan préopératoire.

Pour les patients dépassant 50 ans un bilan particulier est nécessaire puisque ce sont les règles sanitaires de l'anesthésie.

Le corollaire dans notre spécialité hors nomenclature c'est que du coup le bilan préopératoire pour ce type d'intervention devient lui-même hors nomenclature et que tout abus pourrait être très sévèrement sanctionné par les caisses d'assurance maladie.

Les sanctions à la suite de control SS de la section des assurances sociales peuvent être très lourdes : interdiction d'exercer d'un à trois mois voir plus...

Le risque pour le praticien en cas de problème c'est

- La voie ordinaire
- La voie civile
- La voie pénale

(Cette dernière est souvent un désir de punition exigé par un patient qui se sent victime et où la communication n'est pas passée)

Il y aura vérification de l'état antérieur du patient, de l'indication et que les techniques utilisées sont conformes aux données actuelles de la science.

Le juge se référera aux conclusions de l'expert qui est en l'espèce tout puissant.

A la question doit on opérer au cabinet ou en clinique et est-on défendable en cas d'accident ou même d'incident ?

La réponse est pondérée en fonction du cas

Dans des cas extrêmes comme une personne âgée avec une pathologie sévère c'est difficilement défendable.

Pour les cas intermédiaire c'est au minimum une perte de chance.

Mais cela peut être une faute comme par exemple s'il y a une réaction allergique ou si le patient est obèse ou présente une hypertension, une pathologie cardiaque.

Il faut tenir compte que le patient lui-même peut ne pas connaître son état de santé ou raconte n'importe quoi...

Il nous faut tenir compte également des capacités psychologiques du patient à supporter une intervention relativement lourde dans la bouche.

Nous connaissons les phobies que certains patients développent à propos des soins dentaires et nous devons nous assurer qu'aucune réaction psychologique comme une crise de nerf ou un malaise ou une crise de tétanie ne viendra perturber le cours normal de l'intervention.

Il faut donc être extrêmement vigilant et en se faisant assister par un anesthésiste l'opérateur est couvert au mieux, au pire il partage la responsabilité avec l'anesthésiste.

Conclusion :

- L'anesthésiste avec son bilan pré anesthésique qui valide l'état de santé du patient doit donc faire partie du staff décisionnaire et être inclus dans le protocole général.

- Le patient doit être récusé au cabinet en cas de contre indication d'ordre général.

- Ce n'est pas le patient qui décide en dernier recours d'être opéré au cabinet mais le staff décisionnaire.

- Le patient peut décider pour des raisons de confort d'être opéré à clinique au lieu du cabinet mais pas l'inverse.

- Il nous faut garder à l'esprit que la notion qui prime dans l'esprit d'un juge c'est l'intérêt du patient. Car par définition il est l'élément passif de l'histoire c'est cette notion qui définit celle de victime.

Le risque est-il rare ?

Les statistiques du sou médical

En attente d'informations fournies par Maître Chauvet