

# Ethique et matériaux en odontologie

Missika Jean - Michel

Thèse 2001

## INTRODUCTION

Age de pierre, âge du bronze, âge du fer... Chaque époque porte le nom des matériaux qu'elle met en œuvre.

Si on observe la chronologie de réapparition des matériaux on est frappé de constater qu'il a fallu (en se référant à une chronologie européenne) près de 300 000 ans pour passer de la pierre au bronze pour la confection des outils les plus communément utilisés et 1000 ans seulement pour que le fer supplante le bronze. Les matériaux peuvent donc être vus comme des indicateurs des mutations technologiques.

On pourrait dire qu'aujourd'hui, nous vivons dans l'âge du plastique. Nés il y a un siècle, les plastiques ont tant évolué, et se sont tant perfectionnés et diversifiés qu'on en dénombre aujourd'hui plus de deux cents espèces. A l'époque de leur invention les chimistes connaissaient fort peu de choses sur la nature de la matière en général et encore moins sur celle dont sont faits les êtres vivants. Dans bien des cas, le "faire" précède le "comprendre". Faut-il en conclure qu'une connaissance approfondie des matériaux et des effets qu'ils peuvent produire sur l'homme et son environnement est accessoire ?

Les développements techniques récents s'appuient souvent sur la mise au point de nouveaux matériaux, toujours plus performants, plus sophistiqués, toujours mieux adaptés à une utilisation spécifique. Ces matériaux créés par l'homme., pour le besoin des hommes, ont permis le développement de ces technologies nouvelles qui à leur tour ont stimulé la recherche sur de nouveaux matériaux. Tous les domaines de l'activité humaine ont bénéficié des avancées réalisées dans le domaine des matériaux. On pourrait citer à titre d'exemples : la sculpture avec les expansions de César, Buckminster-Fuller créateur des dômes géodésiques, mais aussi la construction aéronautique ou la mécanique. Le domaine médical a lui aussi largement profité des découvertes de nouveaux matériaux. Certains ont été mis au point spécifiquement en vue d'une application au domaine médical, d'autres destinés à l'origine à d'autres secteurs d'activité comme l'aéronautique ont vu leur champ d'application élargi au domaine de la santé.

Les biomatériaux se définissent par l'usage auquel on les destine à savoir à être en contact avec le vivant. Ils sont employés pour la réparation des lésions tissulaires comme matériel implantable, ou dans des systèmes d'assistance extracorporelle à même de suppléer tout ou partie des fonctions ou des organes déficients ou lésés. Ils regroupent des matériaux issus de l'industrie : alliages métalliques, céramiques, matières plastiques, matériaux composites, des matériaux naturels comme le collagène ou la cellulose, mais aussi des matériaux composites d'un nouveau type, associant un ou plusieurs matériaux des classes citées précédemment. Les secteurs de la chirurgie réparatrice et de la suppléance fonctionnelle sont les consommateurs les plus importants et les plus exigeants, mais d'autres secteurs de la médecine dont l'odontologie utilisent des biomatériaux. Ceux-ci doivent évidemment être fabriqués avec des matériaux exempts de risques - directs ou induits -. Destinés à demeurer en bouche, leur dégradation et les produits qu'elle peut engendrer, risquent de constituer un danger qu'on doit prendre en compte. Nous décrirons brièvement ultérieurement, pour le lecteur non odontologiste, les matériaux les plus fréquemment utilisés en odontologie et nous nous intéresserons aux règles qui régissent leur emploi.

Parallèlement à cette évolution fulgurante des biomatériaux qui ouvre la voie à de nouvelles applications cliniques, se sont développées les attentes et les demandes de nos patients. On a cru longtemps que les progrès des techniques médicales entraînaient l'amélioration de la santé. Or la technicité croissante de la médecine fait apparaître de nouveaux risques associés à l'utilisation de

nouveaux matériaux qui n'ont peut-être été suffisamment pris en compte face aux succès thérapeutiques.

De plus en plus exigeants en matière de sécurité, et ce dans tous les domaines (alimentation, automobile, environnement, travail) les consommateurs dans les sociétés occidentales réclament pour leur système de soins une efficacité maximale. Et ce bien sûr, en toute sécurité. Le risque iatrogène longtemps assimilé à une complication est désormais perçu comme insupportable. La demande de sécurité s'est affirmée non seulement à l'égard de l'activité médico-chirurgicale mais aussi dans le domaine de la médecine préventive.

L'abondance et le succès des rubriques santé des médias généralistes (multiplication des magazines de vulgarisation, émissions télévisées grand public et sites Internet dédiés à ces problèmes) traduisent un besoin de mieux comprendre les techniques thérapeutiques. Mieux informés des thérapies et des pratiques, les patients tendent à se comporter comme des clients exigeant des résultats, ce qui a tendance à modifier les rapports praticien-malade.

A l'occasion de crises sanitaires, ils se groupent en associations qui n'hésitent pas à mettre en cause la responsabilité du corps médical, ce qui a contribué à faire croître le contentieux médical. C'est pourquoi la loi traduit la demande des usagers en affirmant comme un droit l'information du patient.

L'évolution de la jurisprudence a facilité la reconnaissance des erreurs médicales et élargi l'accès des victimes à l'indemnisation même en l'absence de faute.

Au XIXe siècle, la responsabilité était contractuelle (Code Civil) ou fondée sur la faute personnelle (Code Pénal). L'homme était considéré comme pleinement responsable de chacun de ses actes. Au 20e siècle, en France, est venue s'adjoindre une philosophie de la responsabilité, fondée cette fois sur la solidarité. Selon ce principe, la collectivité a pour mission de réparer les dommages nés de risques qui apparaissent comme résultant d'une mauvaise gestion du progrès technologique. L'ensemble des évolutions technologiques et sociales suscite aujourd'hui des interrogations philosophiques et éthiques sur les fondements de la responsabilité morale, juridique ou politique. Le "Principe responsabilité" énoncé par Hans Jonas à la fin des années 1970 tente ainsi de redéfinir la responsabilité dans la civilisation technologique sur une base éthique nouvelle. Puisque l'homme peut porter atteinte à son environnement, les concepts de responsabilité, hérités de la tradition politique occidentale, ne sont plus adaptés, La nature et le corps humain deviennent alors objets de responsabilité pour l'homme. La sauvegarde de l'environnement au nom des générations futures a trouvé un écho populaire, bien que l'opinion ne se sente encore que confusément responsable. Cette "responsabilité pour autrui", développée par Emmanuel Lévinas ~ peine à s'imposer face à l'attitude systématique qui consiste à rechercher d'abord la responsabilité des autres pour se décharger de la sienne...

Aujourd'hui l'absence de législation sur l'aléa thérapeutique ne permet toujours pas de distinguer clairement la faute du risque. Les professionnels de santé se sont inquiétés de l'institution dans le nouveau code pénal des notions de responsabilité dans les cas d'atteinte involontaire à l'intégrité physique de la personne par négligence, imprudence, manquement à une obligation de sécurité. Placés devant la nécessité nouvelle de devoir rendre compte de certains de leurs actes professionnels, les praticiens s'inquiètent des difficultés à prouver l'établissement des fautes en question.

La multiplication des actions en justice mettant en cause la responsabilité des praticiens, en cas d'insuccès thérapeutique, fait nécessairement évoluer le rapport patient-thérapeute. Elle justifie une réflexion sur les différents moyens d'assurer la sécurité des soins pour les patients et l'équipe soignante.

Parmi les éléments garantissant cette sécurité figurent normes, marquages, assurance-qualité... Les différentes normes auxquelles sont soumises la fabrication, la mise sur le marché et l'utilisation des matériaux seront examinées dans la mesure où elles constituent, historiquement du moins, la première tentative de maîtrise de la qualité. Nous examinerons en quoi une marque apposée par un

organisme de normalisation représente un gage de sécurité. A cette occasion, il sera difficile d'éluder les questions qui se posent concernant leur efficacité ou leur impact psychologique.

La plupart des thérapeutiques, y compris celles employées en odontologie, génèrent des effets secondaires indésirables et ne sont a priori jamais exemptes de risques. Il nous faudra donc nous intéresser aux textes législatifs et réglementaires récemment publiés dans le but de repérer et étudier ces risques (veille sanitaire) et réduire ces risques en prenant les mesures adéquates (sécurité sanitaire). Au même titre que les autres professions de santé le Chirurgien dentiste est concerné par ces dispositions. Même s'il existe peut-être des aspects spécifiques à notre profession, il est nécessaire d'étudier ces textes pour plusieurs raisons :

- Les désirs, les craintes et les attentes de nos patients ont joué un rôle important dans la promulgation de ces textes ;
- Nous y sommes soumis ; ils représentent pour nous une source nouvelle d'obligations et l'expression de notre responsabilité de thérapeute.

Même si depuis peu, elle a été traduite en termes juridiques, notre responsabilité ne se limite pas au respect de normes et à l'obligation de signalement lors d'accidents thérapeutiques. Aujourd'hui les lois sur la veille et la sécurité sanitaire, les lois sur l'élimination des déchets médicaux, vont Imposer d'autres obligations non seulement aux professionnels de santé mais aussi aux fournisseurs de produits médicaux. Il nous faudra rappeler dans ce travail leur responsabilité et leurs nouvelles obligations qui devraient les amener à modifier leurs comportements.

Enfin, source d'information et parfois révélateur des crises sanitaires, le rôle des médias sera abordé dans le chapitre 7. Information n'est pas synonyme de pensée unique. Comment alors ne pas parler d'éthique de l'information médicale ?

Tels sont les questionnements qui vont soutenir notre recherche afin de déterminer quel type de matériau employer dans un souci d'efficacité thérapeutique en tenant compte des contraintes économiques et juridiques. Dès lors le maître mot de responsabilité apparaît sous-jacent sous les formes de responsabilité juridique et de responsabilité morale.

## **SOMMAIRE**

- 1 Préambule**
- 2 Introduction**
- 3 Les biomatériaux dans la médecine contemporaine**
  - 3.1 Prolégomènes
  - 3.2 Problématique liée aux matériaux
  - 3.3 Définition et caractéristiques des biomatériaux.
    - 3.3.1 Formes d'utilisation des biomatériaux-
    - 3.3.2 Biocompatibilité,
    - 3.3.3 Risques infectieux inhérents aux biomatériaux
  - 3.4 Évolution technologique-
    - 3.4.1 Les limites des matériaux usuels
    - 3.4.2 Des matériaux élaborés selon des procédés spécifiques de qualité
    - 3.4.3 Des matériaux biocoopératifs
    - 3.4.4 Des matériaux bioactifs
  - 3.5 Les différentes branches de l'odontologie et les biomatériaux qu'elles utilisent
  - 3.6 Les biomatériaux en parodontie et en implantologie -
  - 3.7 Effets indésirables des matériaux utilisés en odontologie
    - 3.7.1 Généralités
    - 3.7.2 La corrosion galvanique
  - 3.8 Ethique de la responsabilité liée à l'emploi des biomatériaux de comblement
  - 3.9 Ethique de la responsabilité liée à l'emploi de biomatériaux esthétiques
  - 3.10 Paradoxes éthiques
- 4 Encadrement juridique des biomatériaux : la normalisation**
  - 4.1 Définition, élaboration et champ d'application des normes
  - 4.2 L'élaboration des normes-
  - 4.3 Le domaine d'application des normes.
  - 4.4 L'AFNOR et la normalisation française
    - 4.4.1 Les documents normatifs français
    - 4.4.2 Normalisation et certification.
  - 4.5 La normalisation européenne
    - 4.5.1 " Nouvelle Approche"
    - 4.5.1 Le marquage C.E
    - 4.5.3 Les organismes notificateurs
  - 4.6 La normalisation internationale
  - 4.7 Directives européennes concernant l'odontologie
    - 4.7.1 Dispositions générales
    - 4.7.2 Analyse critique de la classification des dispositifs médicaux
  - 4.8 Réflexion éthique sur la norme
- 5 Les organismes et dispositifs assurant la protection des personnes**
  - 5.1 Les nouveaux organismes de sécurité sanitaire
    - 5.1.1 LUS et l'AFSSAPS
    - 5.1.2 Le Comité national de la sécurité sanitaire
  - 5.2 La mise en œuvre des contrôles de santé publique
    - 5.2.1 Le Code de la santé publique,
    - 5.2.2 L'article L 665-3
  - 5.3 La mise sur le marché
    - 5.3.1 Les conditions préalables de mise sur le marché
    - 5.3.1 Sanctions relatives aux dispositifs médicaux
  - 5.4 La sécurité sanitaire
    - 5.4.1 La matério-vigilance

- 5.4.2 Matérovigilance et traçabilité
- 5.1 Le secteur industriel et la matériovigilance
- 5.5.1 La responsabilité civile des industriels
- 5.5.2 La responsabilité des industriels et la matériovigilance
- 5.6 Le rôle des experts

## **6 Responsabilité de l'odontologiste**

- 6.1 Responsabilité professionnelle de l'odontologiste
  - 6.1.1 Le code de déontologie
- 6.2 Responsabilité civile professionnelle
  - 6.2.1 Responsabilité délictuelle.
  - 6.2.2 la portée de l'obligation de sécurité.
  - 6.2.3 La responsabilité du praticien vis-à-vis des dispositifs médicaux
- 6.3 Obligation de sécurité : synonyme d'obligation de résultat ?
  - 6.3.1 la responsabilité vis-à-vis des dispositifs médicaux sur mesure lors de l'acte prothétique
- 6.4 Ethique de la responsabilité du praticien
  - 6.4.1 Portée générale
  - 6.4.2 Le devoir d'information
  - 6.4.3 Au sens collectif (au regard de la matériovigilance)
  - 6.4.4 Responsabilité et traçabilité
- 6-5 L'Amalgame d'argent: un cas exemplaire
  - 6.5.1 Historique et évolution
  - 6.5.2 Amalgame éthique et santé publique

## **7 La dualité risque / sécurité**

- 7.1 Risque et responsabilité-Ethique du risque
- 7.2 Gestion du risque et aléa thérapeutique
  - 7.2.1 Evolution de la perception du risque
  - 7.2.2 La gestion des risques
- 7.3 Les principes : prudence et précaution
  - 7.3.1 La prudence
  - 7.3.2 La précaution
  - 7.3.3 Le coût de la sécurité sanitaire
- 7.4 L'assurance -qualité
  - 7.4.1 La "culture qualité" des acteurs et professionnels de santé
  - 7.4.2 Odontologie et assurance-qualité
  - 7.4.3 La culture qualité des fournisseurs de produits de santé
- 7.5 Responsabilité vis-à-vis de l'environnement
  - 7.5.1 Environnement et santé
  - 7.5.2 Environnement et sécurité sanitaire
  - 7.5.3 Les déchets de soins
  - 7.5.4 Classification des déchets
  - 7.5.5 Elimination des déchets
  - 7.5.6 Transfert des déchets
- 7.6 Dérive et perversion du concept de précaution
- 7.7 L'attitude des médias et des consommateurs

## **8 Conclusion**

## **9 Annexes**

- 9.1 Classification des dispositifs médicaux,
  - 9.1.1 Selon leurs caractéristiques
  - 9.1.2 Selon le niveau de risque
- 9.2 Aperçus historiques de la profession
- 9.3 Quelques repères sur l'emploi des matériaux en odontologie Notes et références bibliographiques

## CONCLUSION

Notre objectif dans ce travail, était, devant l'apparition de matériaux nouveaux à un rythme accéléré, dicté par les lois d'un marché dont la mondialisation ne fait qu'accroître l'appétit, d'envisager quelques uns des problèmes éthiques liés à l'utilisation de ces matériaux. Leur usage et les débordements de la science ne pouvaient être prévus et n'ont pas été considérés par tous les partenaires ni dans tous les pays de manière semblable. Ces incohérences, ces débats qui ont pris un caractère de plus en plus médiatique ne pouvaient que laisser désarmés les praticiens à la recherche de nouvelles règles ; de même la société dans son ensemble se demande à quels garde-fous se fier.

Hans Jonas dans "Le principe responsabilité" évoquait en préface la figure de Prométhée comme centrale dans l'éthique de la civilisation technologique. "Le Prométhée définitivement déchaîné, auquel la science confère des forces jamais encore connues, et à l'économie son impulsion effrénée, réclame une éthique, qui par des entraves librement consenties empêche le pouvoir de l'homme de devenir une malédiction pour lui. La soumission de la nature destinée au bonheur humain et entraîné par la démesure de son succès, qui s'étend également à la nature de l'homme lui-même, le plus grand défi pour l'être humain que son faire ait jamais entraîné". Ce qui était une mise en garde a dérivé, dans l'imaginaire collectif et par l'effet des grandes alarmes (sang contaminé, MCJ...), vers "une nouvelle idée du mal radical". Ainsi dans ces grandes terreurs qui circulent, véhiculées par les médias, exploitées par les théologiens, l'image hippocratique du médecin, détenteur d'un savoir acquis mis au service du malade dans une relation privilégiée, comme responsable mais faillible, est secouée par une idée plus vaste: celle de la culpabilité prométhéenne d'une civilisation toute entière.

"Un défi" disait pourtant, H. Jonas. A quoi fait pendant la déclaration de J.J. Salomon dans "Le Destin technologique". Reprenant la figure prométhéenne du chercheur porteur d'innovation, il écrit "Ce Prométhée est plus dynamique que jamais et tellement mieux armé qu'au débuts de l'industrialisation pour exercer son génie inventif". Pourtant ajoute-t-il, "le champ de ses activités" si vaste qu'il soit, est désormais borné. Prométhée doit compter non plus seulement avec la résistance des choses mais encore avec celle des hommes, des institutions, des sociétés. Boucle bouclée : la science est prise à ses propres pièges et nul ne peut céder à l'ivresse des utopies du progrès sans savoir quel en est le coût."

Ce désarroi n'est certes pas neuf. On sait qu'il risque de bloquer le progrès de certaines recherches. Mais toute civilisation confrontée à des bouleversements et des découvertes ne peut s'y adapter instantanément. Les fractures appellent la recherche d'une éthique. Certaines sociétés offrent des réponses quasi "spontanées", en fait liées à un système de valeurs traditionnellement acquises, soit par la force des tabous religieux (pays latins) soit par un civisme ancré dans le tissu social (Grande Bretagne). Face au risque, elles répondent par une censure qui ne nécessite pas de "gardiens".

D'autres comme les USA, délèguent à des comités un droit de veto sur certaines procédures jugées non éthiques. L'Europe est en train de suivre le modèle américain. Si la morale enracinée dans une culture inspirait des serments, la méfiance à l'égard de la société et de l'homme a suscité des comités de censure. Il semble raisonnable de réfléchir sur la question "que vivre pour développer au mieux les potentialités de la condition humaine", et non pas "comment vivre pour conjurer le mal".

Faudrait il:

- Déléguer à des experts le rôle de délimiter les champs d'application de la recherche et veiller au respect de la personne humaine : des comités d'éthique consultatifs au normatifs
- Recourir à une concertation entre instances médicales, éthiques et juridiques;
- Enfin exercer un contrôle sur le profit, en exigeant le maximum de garanties de sécurité et de qualité de l'industrie et lui associer des équipes de recherche

Dans le domaine odontologique, les deux premiers points en sont encore à des balbutiements par rapport à d'autres domaines de la recherche médicale

.Pour le troisième, capital dans la question des biomatériaux et des dispositifs médicaux, il serait exigible que des chercheurs indépendants de l'industrie puissent -réaliser des évaluations biologiques in vitro, en culture cellulaire et in vivo chez l' animal, puis en clinique sous forme d'essais thérapeutiques dans le cadre de la loi Huriet. Les propriétés physico-chimiques et mécaniques des matériaux proposés doivent être contrôlées par des équipes universitaires de biomatériaux. Les essais diligentés par les fabricants gagneraient à être multicentriques. Ainsi une innocuité relative associée à un comportement oral satisfaisant serait établie, avant même que les matériaux de restauration dentaire ne soient distribués à grande échelle dans les cabinets dentaires. Une telle pratique -risque néanmoins de ralentir la mise -au point des nouveaux matériaux et des nouvelles thérapeutiques, Mais la santé dentaire et générale des patients doit prévaloir.

Vivre humainement ne se résume pas à vivre biologiquement. Frankenstein, autre -grande figure mythique -de l'exploration technoscientifique crée "quelque chose qui vit" mais ne, se pose pas à temps la question du "vivre humainement". Il faudrait donc comme l'écrit H. Jonas allier "une heuristique de la peur" à une éthique de la responsabilité. Il faut pour cela trouver l'équilibre entre les aspirations équitables -des -différents partenaires de la chaîne technique médicale.

### **Les incertitudes**

Le temps d'un certain triomphalisme répercuté et amplifié par les médias a donc pris fin. Le thérapeute a pris -conscience des contraintes qui pèsent sur lui, de ses limites, de ses incertitudes, de la place inconfortable qu'il doit trouver entre liberté et responsabilité.

Les contraintes les plus visibles sont celles qui résultent de l'encadrement et de la surveillance du geste médical. Rançon du progrès technique, (apparition de matériaux et de dispositifs médicaux nouveaux à un rythme croissant) normalisations, marquage, certification qui assurent la sécurité et la qualité sont une limite en amont que le praticien lui-même doit prendre en compte de facto. Les systèmes de vigilance mis en place dans le cadre de la veille sanitaire sont aussi une contrainte mais permettent de réagir précocement en cas d'accident.

Autre contrainte pesant sur le thérapeute : les nouvelles attitudes -des -patients -devenus des -consommateurs de -soins avisés -et protégés. Il existe en eux une part une appétence à la jouissance dont on peut trouver aussi bien des exemples dans les domaines médicaux tels que la PMA que dans le champ esthétique des nouveaux modèles du corps : dérive faustienne de la jeunesse à tout -prix. -Inversement la prise de conscience des -risques engendrés par l' emploi des nouvelles thérapeutiques,- dont les médias. se font l'écho (bénéfique ou complaisant ?) peut- être cause d'aversion à l'égard de celle-ci :angoisse de -la créature frankensteinienne, fantasme d'un mal radical.

Ainsi avisé contradictoirement le patient va chercher une protection. C'est probablement -un des moteurs des récentes modifications de la législation régissant l'emploi des nouvelles thérapeutiques. L'évolution de la jurisprudence montre que c'est au praticien de faire la preuve que dans le cadre du colloque singulier il a bien exposé à son patient les risques liés à une intervention et les -bénéfices qu'il pouvait en escompter.

Mais, par force , la pensée juridique ne peut que suivre et non précéder l'avancée de la médecine. Le législateur prend acte -des bouleversements et de la médecine et des mentalités contemporaines. Découvrant que les codes sont dépassés, il laisse à des décrets successifs le soin de suivre la réalité biologique et sociologique. En prévoyant désormais leur caducité, il s'essouffle à suivre et tente d'interroger les notions de probabilité, de risque, de responsabilité sans faute, d'accident thérapeutique.

La menace de la justice peut sembler dès lors une forme de contrainte écrasante et paralysante au praticien dans l'appréciation de sa responsabilité. De son sens positif signant une volonté d'agir, la notion se dévalue au profit d'un sens juridique. Alors les termes de prudence, de précaution, prennent

une connotation ultra-sécuritaire bien éloignée de la phronésis aristotélicienne. Contraintes encore que celles qui émanent de la société, des organismes payeurs, et du complexe médica-industriel.

Politiquement, économiquement, -la médecine est affaire d'Etat. Même dans le cas de la médecine libérale, le contexte .d'assurance maladie -qui régit la -majorité des -soins -modifie profondément les attitudes. La médecine a un coût, et "l'argent apparaît comme le démon de la déontologie". On peut se demander si l'organisation par les pouvoirs publics et les organismes sociaux, par la profession elle-même, de l'acte thérapeutique répond toujours à ce qu'on peut attendre d'une société démocratique contemporaine. La liberté laissée peut être pervertie et aboutir à- "autres et redoutables contraintes. Le praticien sans aucun doute remplit une fonction de service public mais il n'est pas au service de la santé publique. Ce qui doit primer est sa relation contractuelle interpersonnelle patient-thérapeute, - définie par le -concept du contrat -de soin. Même -si avec ironie M. Foucault dénonçait "la médecine non sociale, individualiste celle du rapport singulier comme un mythe avec lequel on a justifié et défendu une certaine forme de la pratique sociale de la médecine, à savoir l'exercice privé de la profession". Nous pensons cependant que même si -elle s'insère -dans un -ordre -public -cette relation contractuelle consacre la- notion de parité et l'indépendance réciproque des deux partenaires. Ainsi doivent-ils tous deux rechercher l'équilibre délicat de leurs responsabilités et leurs libertés propres. Le praticien doit faire savoir à son patient qu'il est soumis à une probabilité avec son lot d'incertitudes. Une écoute attentive du patient révèle la complexité de ses attentes et de ses préoccupations. Celles-ci ne sont pas forcément -si .schématiques, même s'il -demeure dans le consentement libre et éclairé une part inconsciente irréductible au colloque singulier "moyen". Le praticien n'est pas forcément versé dans la psychologie des profondeurs.

Liberté du patient donc, au moins au niveau conscient. Corollaire, la -liberté -du médecin -est indispensable pour -qu'il puisse assumer sa responsabilité. Non pas son autonomie pour elle-même mais la latitude de soigner le mieux possible dans l'intérêt du patient qu'il doit servir. La responsabilité n'est pas forcément dans l'insuccès thérapeutique. Ce qui paraît dramatiquement irresponsable est la tendance actuelle à se -garantir par la multiplication -des -examens complémentaires ou la signature de formulaires- types de consentement d'une éventuelle protestation ultérieure de son patient. Là réside sur le plan éthique le dilemme entre responsabilité au sens répressif et irresponsabilité au sens sacrilège.

## **Science et éthique**

Bien entendu, la liberté du praticien est encadrée par les -données les plus récentes de la science - qu'il -doit suivre pour assurer la meilleure qualité de soins. La rapidité de l'évolution. des connaissances et des techniques est telle qu'elle implique une remise à jour constante des connaissances. un devoir de formation (littérature scientifique, données statistiques)..

Le savoir scientifique fonde la responsabilité du praticien connaissance objective des pathologies, des possibilités d'intervention, évaluation des lacunes et -de leurs conséquences. L'acte médical ne peut se fonder sur une hypothèse qu'après une telle évaluation. Comment le praticien dentiste isolé des instances scientifiques et éthiques pourrait-il prétendre à la décision ?

"Ce qui n'est pas scientifique ne peut être éthique" a déclaré J. Bernard. Par là -est -d'office - discréditée -toute -entreprise injustifiée dans l'état présent de- la science.- Or des dangers, "scientistes" menacent le médecin en -général et l'odontologiste en particulier en une époque dominée par la technicité. Un exemple caractéristique est la perversion du processus d'informatisation. Certes il se justifie pleinement tant au niveau -du praticien -que de l'économiste.

Pour le premier, la mémoire informatique vient pallier les insuffisances de la mémoire -humaine -et aider à la mise à jour -des connaissances (matéiovigilance, épidémiologie). Au second , elle permet une évaluation de la qualité et du coût des soins. Mais outre les périls d'ingérence généralement dénoncés, la machine ne risque-telle pas de transformer le praticien en un intermédiaire, lui ôtant encore une part de sa responsabilité, déléguée à d'invisibles autorités ?

"L'evidence based medecine", courant venu d'Outre Atlantique a ainsi prôné l'usage des moyennes obtenues en recourant à l'informatique, et à la statistique. Certes, elle recommande une utilisation

judicieuse de ces données pour apprécier le degré de liberté du cas individuel. On peut néanmoins redouter l'effet simplificateur de ces "guidelines", démotivant le praticien dans sa prise en charge du patient dans son idiosyncrasie.

Il est évident qu'en ce qui concerne l'odontologie l'établissement d'une banque de données factuelles et d'une banque de données constituées par le regroupement de fiches de signalement permettrait de constituer un réseau d'information et de matériovigilance efficace.

Mais dans le secteur privé où exercent la majorité des -odontologistes les -dispositions concernant la matériovigilance sont appliquées de façon imparfaite. Une des causes de cet état de fait est l'absence de correspondant pouvant aider à la rédaction du signalement comme le fait un correspondant local au sein d'une structure hospitalière. Il semblerait utile qu'un praticien hospitalier, d'odontologie ou de stomatologie, assume ce rôle pour les praticiens du secteur privé. Malgré des propositions de l'ADF en ce sens l'organisation de ce dispositif tarde.

Un positivisme béat devant la technicité croissante n'a donc pas -lieu -d'être. Pour autant -ne -s'agit-il - pas de dire que la science complique ou entrave l'éthique. La connaissance scientifique et technique -peut donner des fondements à- l'éthique.- Sans oublier Il faut -garder en mémoire que la science - n'est jamais -garante que d'une éthique instable, relative, pragmatique, qu'on ne -aurait assimiler à l'éthique métaphysiquement fondée.

### **-Y a-t-il une morale médicale distincte de la morale générale ?**

Aujourd'hui-, le thérapeute doit connaître ses limites. Etre prudent, ne pas se laisser régir mécaniquement dans son raisonnement et sa- pratique clinique par des, recommandations de bonnes- pratiques, mais s'efforcer sans cesse à s'évaluer, s'améliorer, progresser. La prière de Maïmonide est toujours actuelle : "que mon esprit reste clair, (.) afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et -la science -lui ont enseigné [...] que je sois modéré en tout mais insatiable dans mon amour de la science ( ) éloigne de moi ô Dieu l'idée que je peux tout!"

Le praticien isolé reste démuné dans sa responsabilité -quotidienne. Dans le domaine odontologique, -même -si la plupart -du temps la vie du patient n'est pas en jeu mais seulement sa- qualité de vie, on peut regretter l'absence de structures susceptibles d'aider le praticien confronté à des choix éthiques délicats.

Depuis quelques années une formation à l'éthique est -proposée au étudiants -en -odontologie, -mais -c'est après l'entrée -dans la vie professionnelle que se posent les problèmes pratiques. Une initiation à cette discipline s'avère néanmoins indispensable pour que le jeune diplômé puisse repérer les problématiques qui s'ouvriront devant lui. C'est donc dans le cadre de la formation continue qu'il serait souhaitable que se constituent des groupes de réflexion associant praticiens, juristes, philosophes, sémiologues, psychanalystes. Ces solutions, formation, comité d'experts, réseaux pluridisciplinaires, vont-elles réussir à définir une éthique professionnelle cohérente ? Les bouleversements de civilisation lui ont donné une ampleur que ne pouvaient imaginer les auteurs des différents serments professionnels depuis Hippocrate. Les débats publics ont conduit ces dernières décennies à une sorte d'institutionnalisation de l'éthique. On peut y trouver de nouveaux risques : celui de l'aporie à laquelle peut mener la confrontation de savoirs /pouvoirs contradictoires ; celui d'une certaine pétrification dans un consensus insatisfaisant pour les uns et les autres. Il s'agirait dès lors de chercher une "ontologie critique de nous-mêmes" dans la voie qu'indiquait Foucault , d'analyser notre inquiétude et de définir le partage de ce qui peut et doit demeurer à l'horizon de l'éthique, et ce qui peut et doit disparaître de l'espace du savoir / pouvoir.

Au demeurant la notion de morale professionnelle a-t-elle une portée autre que concrète, empirique, et culturelle (et relative). N'est-elle pas perpétuellement provisoire, tout en gouvernant avec la plus grande honnêteté intellectuelle possible les questionnements et les décisions du praticien? Entre la recherche de l'objectivité scientifique (limitée par les préjugés collectifs, ses insuffisances d'homme, sa volonté de puissance), et le risque de défaitisme et d'abandon à sa subjectivité, le thérapeute cherche un "Impératif hypothétique" au sens kantien du terme. Il ne saurait y parvenir si son indépendance intellectuelle, morale et technique n'est pas garantie dans la structure de la société

dans laquelle il exerce son art : faute de quoi il -redeviendrait l'esclave exécutant -qu'il fut dans les sociétés archaïques.