

LE DOSSIER IMPLANTAIRE MEDICO LEGAL

L'obligation d'information affirmée par la Cour de Cassation en 1967 a été renforcé par des jurisprudences en 1997 sur le renversement de la charge de la preuve et l'exhaustivité de l'information. La loi du 4 mars 2002 en fait un droit du malade. L'information doit être claire, loyale et appropriée à son état. Elle porte sur les traitements proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, les risques fréquents ou graves prévisibles, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

C'est au praticien de prouver qu'il a correctement informé son patient (*dossier médical bien tenu*) et ceci sur l'ensemble des risques, y compris leur fréquence. Le non respect du contrat de soins quand à l'obligation de moyens ou d'information, conduit à la responsabilité contractuelle du praticien.

En pratique, l'information doit être adaptée à chaque patient. Outre les bénéfices escomptés par le traitement, elle comportera également leurs effets indésirables ou risques éventuels.

Dans le cadre de la pratique implantaire, si peu connue de nos patients, ce souci d'information revêt une importance particulière. Afin de prévenir ou d'organiser la riposte à toute contestation possible, il est essentiel de tenir rigoureusement à jour chaque dossier implantaire.

Nous allons étudier le détail de ce dossier qui comprend :

le questionnaire de santé, la fiche de soins, le consentement éclairé, le devis, les éléments radiologiques, les éléments complémentaires et le contrat de soins.

Le questionnaire de santé.

Document pré établi, il comporte de nombreux éléments déterminants établis sous forme de questions—réponses :

- l'identité du patient,
- le motif de sa consultation (*celui-ci doit être repris et détaillé dans la fiche de soins*),
- l'anamnèse médicale (*permettant d'identifier les patients à risque*),
- l'anamnèse bucco-dentaire (*précisant les habitudes d'hygiène et les parafunctions*),
- le niveau de suivi médical et dentaire.

La fiche de soins.

La fiche du patient est le premier document réclamé par les experts en cas de conflit. Chaque visite doit y être mentionnée, même la plus anodine. C'est ainsi que l'expert pourra retracer l'historique précis du cas, préciser si les délais minimum de réflexion laissés au patient sont suffisants. Le praticien se protège également vis à vis d'allégations parfois douteuses de certains patients jouant sur l'ancienneté de situations devenues source de litiges. Par exemple, un patient déclarant qu'il n'a pas reçu toutes les informations nécessaires à sa décision et s'en plaignant à posteriori sera bien embarrassé de savoir que vous avez noté chacun de ses passages au cabinet lors desquels aucun acte n'a été pratiqué. L'expert en conclura qu'il n'est pas venu 2 ou 3 fois pour « passer le temps » mais bien pour peaufiner sa décision. Ainsi la tenue méticuleuse de cette fiche est un élément capital

de votre dossier implantaire.

Le consentement éclairé.

Document pré établi, il reprend les éléments majeurs de l'information délivrée au patient concernant son plan de traitement : d'autres solutions thérapeutiques sont possibles; Le succès n'est pas garanti et les implants nécessaires en cas d'échec ne font pas l'objet de frais supplémentaires. Il n'y a pas de participation Sécu.; Lorsqu'une intervention préalable à la pose d'implants est nécessaire, les informations reçues à son sujet ont été bien comprises.

Enfin, des contrôles réguliers sont obligatoires.

Ce document est lu et approuvé, daté et signé par le patient.

Le devis.

Daté et signé par les 2 parties, il comprend le détail de la phase chirurgicale et de la construction prothétique. Il est donc précisé le nombre d'implants et leur coût, le coût de la mise en fonction si elle existe, celui d'une chirurgie pré ou péri implantaire si nécessaire. De même, la nature de la prothèse est détaillée, le nombre de dents précisé, le type d'alliage employé sans oublier le coût d'une éventuelle prothèse provisoire, d'une cire de diagnostic et d'un guide radiologique.

Lorsque le généraliste travaille en équipe avec le chirurgien, chacun établit le devis de la partie dont il endosse la responsabilité de l'exécution.

Le dossier radiologique.

Il comprend obligatoirement les clichés pré et post opératoires rétro alvéolaire et panoramique. Il inclut les clichés de contrôle, pilier d'empreinte en place, pilier définitif en place et prothèse finie en place. Enfin, il comporte également les clichés réalisés lors des contrôles de routine. L'examen scanner, justifié en cas de proximité d'éléments anatomiques, est également conservé.

Les éléments complémentaires.

Ils incluent les examens biologiques, le compte rendu opératoire, les ordonnances, la fiche de traçabilité et les modèles de travail, identifiés, datés et archivés.

Le Contrat de Soins.

Etabli en 3 exemplaires, il reprend certains éléments du consentement éclairé et précise la répartition exacte des tâches entre généraliste et spécialiste, la durée probable du traitement, le montant respectif des honoraires de chacun ainsi que les conditions prévues de règlement.. Un exemplaire est remis au patient et chaque intervenant en conserve un.