

ASPECTS BIOÉTHIQUES EN ODONTOSTOMATOLOGIE

GIORGIO BERCHICCI

Vice Redattore del *Bulletin du GIRSO* e libero professionista in Isernia - Italia

Membre du GIRSO

INTRODUCTION

L'intérêt suscité dans l'opinion du monde entier par les thèmes à caractère bioéthique est très vif et a pris des proportions de plus en plus vastes après que la transcription de la séquence entière du code génétique a ouvert de nouvelles perspectives dans la lutte contre les maladies les plus mystérieuses et dangereuses qui frappent l'humanité.

Cette sensibilité bioéthique qui s'est développée essentiellement, mais non exclusivement, tout du moins en Italie, autour des problèmes de la maternité et de la fertilité, s'est progressivement étendue à la médecine des greffes, l'euthanasie active et passive, la thérapie des patients en phase terminale, l'utilisation des cellules souches jusqu'à la clonation de l'Homme, tant appréhendée, ou d'une partie de ce dernier comme pièce de rechange, ainsi qu'aux droits des animaux et à l'équilibre écologique, qui jouissent tous de ces nouvelles attentions.

On assiste de toute évidence à la participation attentive des citoyens à ces problèmes, qui renvoient à une découverte des valeurs du corps, non seulement en termes de beauté et de santé, mais également, oserons-nous dire, de recherche du bonheur. Nous découvrons en même temps un besoin d'agissement éthique, pas nécessairement lié à une confession religieuse, qui sache donner au citoyen, patient potentiel, la tranquillité, la confiance et la conviction.

A ces sujets, riches d'une suggestion qui enflamme les consciences individuelles et collectives, qui stimulent continuellement la veine analytique de prestigieux bioéthiciens, s'en ajoutent d'autres, peut-être moins prenants, peu ressentis par le grand public mais sans aucun doute aussi

importants, tels que l'allocation des ressources – qui diminuent par rapport à l'augmentation des besoins –, le consensus informé – qui a du mal à être accepté dans son application de routine par les médecins et n'est pas encore expliqué de façon adéquate aux gens, si ce n'est lors des litiges devant les tribunaux. Le consensus du Code Déontologique des Médecins et Dentistes, qui n'est pourtant pas seulement un pacte entre gentilshommes mais, au contraire, un instrument d'une efficacité juridique valorisée par des sanctions applicables, est souvent diminué dans son essence de système axiologique et presque jamais divulgué aux citoyens qui devraient en être les réels bénéficiaires.

Tous ces problèmes auraient certainement une incidence différente et peut-être moindre sur les choix de la vie quotidienne si nous n'assistions pas à l'apport extraordinaire du développement des biotechnologies qui ont littéralement révolutionné, avec la découverte du code génétique, les progrès de la médecine, rendant possible ce qui semblait impensable il y a peu de temps, et favorisant l'apparition de problèmes bioéthiques qui, autrement, n'auraient pas été ressentis, ou du moins, pas de la même manière.

Dans tout cela, l'Odontologie ne semble pas être un terrain très fertile pour la bioéthique: il n'y a pas de grandes émotions en jeu, on n'en discute pas en termes de vie ou de mort et on n'affronte pas des questions éthiques d'importance fondamentale. Dans cette branche spécialisée dominée par la technique, il ne semble pas y avoir beaucoup de place pour la philosophie et ses domaines, même si Heidegger nous avait averti que la technique pourrait conditionner la pensée, et Emanuele Severino affirme textuellement, dans une interview récente pour un quotidien national,

que "D'esclave, la technique devient patronne. Les "patrons" qui pensent se servir de la technique deviennent ses esclaves".

En réalité, absorbés comme nous sommes par la surexposition de la part des mass media des grands thèmes bioéthiques auxquels nous nous référons plus haut, nous avons tendance à sous-évaluer systématiquement la micro-éthique quotidienne qui concerne pourtant tant de personnes et est une source continue du mauvais fonctionnement de la Santé Publique qui contribue à alimenter le nombre de patients ainsi que la qualité et la quantité des pathologies qui, à la fin, deviennent un problème bioéthique.

En Odontologie, on peut souvent trouver des idées particulièrement intéressantes du point de vue éthique, qui ne concernent pas uniquement les problèmes de micro-éthique. En commençant par les aspects institutionnels, pour ainsi dire, il serait intéressant de remarquer que dans toute l'Europe et les Etats-Unis d'Amérique, l'Odontologie a une dignité professionnelle autonome bien définie, avec des voies d'accès et de formation bien identifiées, mais surtout, elle jouit d'un Ordre professionnel et d'un Code déontologique qui, dans des pays comme la France, est loi d'Etat. Par contre, en Italie, il existe un Tableau institué au sein de l'Ordre des Médecins Chirurgiens et un Code Déontologique en commun avec les médecins qui ne consacre pas un seul article aux Odontologistes. On perçoit donc une sous-évaluation répandue de cette profession, peut-être attribuable à sa scientificité peu reconnue (là également le renvoi au domaine de la technique s'impose).

D'autres éléments d'intérêt bioéthique sont fournis par la recherche scientifique faite sur les animaux, par la non-exclusion de l'Odontologie des questions relatives à la clonation de parties du corps humain (s'il est possible un jour de cloner un foie ou un rein, pourquoi ne pas cloner les dents ?) et par la publication désinvolte de travaux de qualité douteuse qui passent pour scientifiques et ne sont autre que des articles de la rédaction élaborés pour le compte de fabricants et distributeurs de matériel dentaire: la catégorie du dentiste "sponsorisé", qui vit de conférences visant à faire de la propagande pour certains produits au détriment d'autres, ou de techniques qui prévoient l'utilisation de produits spécifiques, est bien connue et stimule bien d'autres

dentistes qui espèrent ainsi, ingénument, se sentir gratifiés par la célébrité, et même obtenir de l'avancement s'ils poursuivent une carrière universitaire.

Bien entendu, ce qui fait de l'Odontologie une matière d'intérêt bioéthique, surtout en Italie, c'est la technicisation marquée de la profession en l'absence d'un Code Déontologique spécifique: "La technique est l'exercice du pouvoir humain, c'est-à-dire une forme d'agir, et chaque action humaine est exposée à un examen moral" (H. Jonas).

On assiste à une course irréfrenable à l'illustration de nouvelles techniques qui devraient nous préserver de plus en plus contre les échecs aux aguets : nous ne saurions expliquer autrement l'abondante prolifération de dentistes qui se consacrent à la préparation d'instruments rotatifs pour préparer les dents en fonction d'une certaine technique qu'ils ont inventée et perfectionnée, ou encore à la propagande des techniques les plus variées qui promettent des résultats miraculeux même en absence de diagnostics précis et de comportements éthiques irréprochables (il me semble opportun de faire également référence à tout ce monde qui gravite autour de l'orthodontie). Dans tout cela, le patient n'est qu'accidentellement l'objet d'intérêt d'une catégorie qui vit pourtant essentiellement de profession libérale mais qui semble avoir perdu de vue l'Homme caché derrière le patient.

Une dernière considération: il existe en Italie un certain nombre de revues périodiques consacrées à la santé, qui donnent l'opinion des médecins sur les problèmes de santé les plus disparates, du régime amaigrissant à la dernière découverte contre le cancer. Evidemment, il ne manque pas un seul dentiste pour disserter sur tout ce qui est possible et sur les indéniables bénéfices de la toute dernière découverte venue de l'étranger. La divulgation scientifique est certainement un bien pour tous, mais pourquoi devoir payer pour obtenir une rubrique ou intervenir dans ces revues ?

ASPECTS JURIDIQUES ET NORMATIFS

En 1978, la Communauté Economique Européenne a émané deux directives : la n° 78/686 et la n° 78/687 qui ratifiaient la libre circulation des dentistes dans les pays membres, dans des conditions

de réciprocité formative et législative. La 78/686, en particulier, prévoyait la reconnaissance des diplômes d'Odontologie afin de consentir le droit de s'établir et d'exercer la profession au sein des pays membres, tandis que la 78/687 subordonnait l'accès à l'activité professionnelle à la possession d'une thèse prouvant l'acquisition d'une formation ayant des caractéristiques équivalentes dans les autres pays membres.

C'était le début de l'actuel chapitre de l'Odontologie, dont quelques étapes essentielles ont été les suivantes: "l'Institution du Cours de doctorat en Odontologie et prothèse dentaire (DPR 28 Février 1980, n.135)" et l' "Institution de la profession d'Odontologiste et dispositions relatives au droit d'établissement et de libre prestation de services de la part des dentistes citoyens des Etats membres de la Communauté européenne" (Loi 409/1985, dite Degan, du nom du Ministre de la Santé de l'époque).

De cette façon, l'Italie s'alignait avec la plupart des pays européens en ce qui concerne la formation universitaire de cette spécialisation, du moment que les matières théoriques du Cours de Doctorat étaient explicitées clairement et qu'elles étaient accompagnées d'un nombre d'heures adéquat destinées à l'enseignement pratique.

Avant, comme nous le savons, on pouvait exercer cette profession avec un Doctorat en Médecine et Chirurgie, suivi ou non d'une Ecole de Spécialisation en Odontostomatologie et prothèse dentaire, vu que l'obtention successive de l'habilitation à la profession donnait le droit d'exercer toute la Médecine et Chirurgie sauf deux spécialités : Radiologie et Anesthésiologie.

Après l'introduction du Doctorat, il fut décidé d'abolir l'Ecole de Spécialisation en Odontostomatologie et prothèse dentaire pour les Docteurs en Médecine et Chirurgie, qu'on ne peut donc maintenant plus fréquenter. Parmi les articles de la loi 409/1985, l'art. 4 institue à l'Ordre des Médecins et Chirurgiens un Tableau à part pour les Odontologistes, auquel doivent s'inscrire les Docteurs en Odontologie et peuvent s'inscrire les simples Docteurs en Médecine et Chirurgie inscrits au Cours de Doctorat de cette spécialisation avant le 28 Janvier 1980 (Sentence 100/89 de la Cour Constitutionnelle).

La même loi dispose, en outre, que les Ordres

provinciaux et la Fédération Nationale modifient leur dénomination et assument la référence spécifique à l'Odontologie.

Aujourd'hui, donc, en Italie, trois typologies différentes de professions libérales peuvent exercer légalement l'Odontologie:

1. - les Docteurs en Odontologie

2. - les Docteurs en Médecine et Chirurgie possédant un diplôme de spécialisation

3. - les Docteurs en Médecine et Chirurgie immatriculés avant le 28 Janvier 1980.

Mais ce n'est pas tout: par une sorte de byzantinisme ancré dans la culture juridique de notre pays, ceux qui se sont inscrits en Médecine après 1980 et ont passé leur Doctorat en six ans (durée du Cours) (loi 471) peuvent eux aussi exercer la profession, tandis que ceux qui n'ont pas réussi à obtenir leur Doctorat en six ans (loi 386) créent des difficultés vu que la loi 471 – abrogée par la suite – donnait comme limite ultime de temps le 31 Décembre 1991.

Pour finir, en ce moment, la question du Doctorat en Stomatologie obtenu à Fiume, en Istrie, par des citoyens italiens qui essaient ensuite de le faire valider en Italie est de nouveau un sujet d'actualité.

Ce cursus, sommaire et certainement incomplet, sur l'accès à la profession, n'éclaire que quelques causes des problèmes qui abondent dans ce domaine vu que de cette manière, une classe professionnelle non homogène quant à ses processus formatifs s'est créée, et dans laquelle ont conflué les Odontologistes et les Stomatologues. Cette dernière catégorie est encore bien présente dans cinq pays européens: France, Espagne, Italie, Portugal, Belgique, et se différencie des Odontologistes par un parcours formatif qui part de la Médecine et aboutit ensuite à une conception plus olistique de l'Odontologie entendue comme spécialité à forte tendance technique. Il est donc évident combien les voies d'accès à la profession odontologique ont été variées, bien qu'en ce moment on ne puisse y accéder que par un Doctorat en Odontologie, qui consent la reconnaissance du titre en Europe.

En outre, la situation de nombreuses personnes est

assez singulière: elles ont conclu leurs études de Médecine sans avoir passé l'examen de Clinique Odontologique, qui est facultatif, elles ont été reçues à l'examen d'habilitation à la profession sans un test d'Odontologie car ce n'est pas prévu, et elles prétendent vouloir exercer cette profession, voire même à titre exclusif, comme prévu dans les statuts de certaines organisations syndicales de notre territoire, et sans spécialisation.

Ce pourrait être un problème éthique, auquel il sera opportun de donner une réponse claire, pour les Docteurs qui ont certainement respecté la législation (actuellement, un décret-loi a été émané : il indique les universités auprès desquelles peuvent se dérouler les cours de formation et qui, en obtempérance avec la sentence de la Cour européenne qui condamnait l'Italie, devront certifier l'effective préparation des praticiens pour l'exercice de l'Odontologie) et ont toutes les intentions d'exercer leur profession dans le respect total du Code de Déontologie. Mais tout cela est-il suffisant pour pouvoir avoir une garantie de la moralité du comportement?

FORMATION POST-DOCTORAT

Si l'accès à la profession est au bas mot tourmenté et désordonné, la formation post-doctorat reconnaît, elle, une certaine unité, puisqu'elle s'est déroulée pendant quelques décennies sur une base personnelle et volontaire, confiée à des cours spontanés, donnés par des praticiens de haut niveau et totalement fiables.

Ces cours, payants, ont permis à la classe odontologique nationale d'atteindre un des meilleurs niveaux qualitatifs d'Europe, même s'ils se sont caractérisés par une certaine tendance à la technicisation de la profession. On a visé, pendant des années, et on continue à le faire, à présenter des cours théoriques et pratiques basés sur de nouvelles techniques d'exécution de thérapies souvent accompagnées d'une simplification théorique du diagnostic différentiel: de cette manière, on a privilégié l'aspect de la technicité de la profession odontologique plus que l'aspect diagnostique, favorisant ainsi une majeure problématique bioéthique de l'odontologie.

Il faut souligner, en outre, que chaque praticien particulièrement intéressé à des sujets spécifiques a décidé d'améliorer sa culture en fréquentant des cours

de perfectionnement dans les universités américaines ou suédoises. Il semble malgré tout que 25% seulement des Odontologistes fréquentent avec une certaine continuité ces cours de perfectionnement, alors que les autres ne semblent pas intéressés, d'où des différences de préparation professionnelle évidentes.

Je regrette de devoir dire que l'Université – institutionnellement députée à la recherche et à la didactique – a été absente pendant de longues années, aussi bien en termes d'organisation culturelle qu'en termes de recherche : je dirais même que de nombreux chercheurs universitaires fréquentaient assidûment les cours des praticiens. Par la suite, ces derniers ont été invités à collaborer avec l'Université afin d'améliorer ses standards qualitatifs.

Depuis quelques années, toutefois, on a assisté à un changement de cap: des stages sur des sujets précis, des séminaires d'études et des cours de perfectionnement ont été organisés dans diverses Universités italiennes.

Avec l'introduction du décret-loi 229, dit Bindi, du nom du Ministre de la Santé de l'époque, nous avons recueilli en Italie certaines indications de l'Union Européenne, en particulier l'Education Médicale Continue post-doctorat pour tous les médecins et les odontologistes qui travaillent avec le Système Sanitaire National. De cette façon, ils sont tous tenus à une sorte de stage continu (déjà prévu en plus depuis longtemps dans le Code Déontologique, mais laissé à la bonne volonté individuelle), sous peine de perdre leurs rapports de travail avec le SSN.

Les odontologistes, qui vivent essentiellement de profession libérale et se sont – du moins les 25% dont nous parlions plus haut – toujours soucieux de se perfectionner à leurs frais, ne seraient pas en théorie concernés par cette obligation: en réalité, le Code Déontologique les y oblige et ils se trouvent donc dans la condition de devoir fréquenter des programmes spécifiques de perfectionnement accrédités par le Ministère de la Santé s'ils veulent conserver des rapports avec le SSN et, de toute probabilité, s'ils veulent entretenir des rapports avec des associations de mutuelles privées, qui semblent intervenir comme tiers payant sur un marché jusqu'alors défini uniquement par le rapport direct entre le dentiste et le patient.

Nous devons malheureusement remarquer combien la discussion sur les probabilités d'éviter de fréquenter des événements formateurs qualifiants est encore animée, et combien, au contraire, on tente de contourner l'obstacle en considérant comme formation continue le fait de discuter avec des collègues de cas particuliers, ou d'être actif au syndicat.

CODE DÉONTOLOGIQUE ET TABLEAU DE L'ORDRE

Quand elle a institué un tableau professionnel spécifique pour les Odontologistes dans le cadre de l'Ordre des Médecins, la loi 409/85 a également dicté les lois sur les élections des représentants de cette catégorie au sein des Conseils provinciaux et nationaux de l'Ordre en disposant la constitution d'une Commission nationale et provinciale des Odontologistes avec des compétences qui ont été définies graduellement mais qui ne reflètent pas encore une autonomie totale vis à vis des médecins.

Le budget n'est donc pas distribué entre les deux tableaux proportionnellement au nombre d'inscrits, mais il est unique, ce qui signifie un manque d'autonomie financière. La compétence disciplinaire appartient toujours au Président de l'Ordre, pas au Président de Commission Odontologique.

Il y a un code déontologique unique, valable pour tous, dont les principes sont certainement valables pour les deux ; il est souvent perfectionné, mais il ne contient pas une seule référence spécifique consacrée aux odontologistes, compte tenu des caractéristiques particulières de cette profession.

Parmi ces dernières, citons l'introduction de lignes de conduite, ou protocoles de diagnostics, qui, d'un côté, sont souhaitées car clarificatrices d'un certain parcours thérapeutique et instrument de tutèle du praticien et du patient, mais, d'un autre côté, s'avèrent rigides et impératives, et limitent donc fortement la liberté du choix thérapeutique, contribuant ainsi largement à la mécanisation d'une profession qui est déjà en soi hautement technicisée et à la conception du patient comme un cas clinique et non comme une personne.

A l'intérieur de ces positions nous découvrons aussi les différences entre une formation plus

"stomatologue" et une formation nettement odontologique qui a tendance à privilégier l'aspect plus technique de la profession.

Les Odontologistes se battent depuis bon nombre d'années pour qu'un Ordre à part, bien distinct de l'Ordre des Médecins et Chirurgiens leur soit reconnu, comme il advient en Europe. Mais, pour les raisons les plus variées, cela n'a pas été possible jusqu'à maintenant.

Il est évident qu'on ne veut pas faire croire qu'un Ordre professionnel autonome résoudrait comme par enchantement tous les problèmes mentionnés plus haut; nous croyons seulement que cela aiderait à avoir une vue plus précise sur un monde complexe et de toute évidence en pleine transformation, qui vit également de ses rapports avec les industries et qui fonctionne comme une petite entreprise, contrainte à réaliser des gains bien précis en flagrant contraste avec la gestion " éthique " de la profession (le problème de la congruité et de la cohérence des déclarations fiscales, introduit récemment par le Ministère des Finances, risque de soulever un problème éthique extrêmement sérieux tout en ne voulant que résoudre un problème d'évasion fiscale).

Les avantages d'un Ordre des Odontologistes autonome répercuteraient surtout sur les gens, qui pourraient ainsi s'appuyer à un Code de Déontologie professionnelle écrit qui tiendrait compte des aspects bioéthiques les plus récents.

A signaler, enfin, que l'association européenne qui recueille les principales organisations nationales en Odontologie, la "Dental Liaison Committee" a émané récemment (Janvier 2001) un code éthique de la profession odontologique adressé à tous les Etats membres de la Communauté Européenne, articulé en 4 Titres et divers articles soulignant ces points spécifiques: Rapport Dentiste-patient, Conduite du Dentiste envers le public, Rapports du Dentiste avec ses Collègues, Pratique de la Profession.

Le Code proposé essaie de se baser sur deux principes acceptés par tout le monde : subventionnements et harmonisation. Le premier est adopté dans le respect de l'auto-réglementation des Nations associées, le deuxième dans le respect des directives émanées par l'Union Européenne et adoptées par les Pays membres.

Il existe, en outre, une attention particulière pour la publicité effectuée par le biais de l'informatique et pour la discrétion concernant les données personnelles des patients ; les articles recommandent explicitement de ne pas prendre comme collaborateurs des personnes qui exercent, ou sont suspectées d'exercer l'Odontologie sans en avoir les titres. On y remarque la responsabilité absolue du praticien pour toutes les querelles nées de l'œuvre de ses collaborateurs.

Avec les éléments que nous avons exposés jusque là, nous essaierons de formuler une proposition de Code Déontologique des Odontologistes en tenant compte de la nécessité d'autres points aptes à nous intégrer et à nous faire améliorer.

En général, nous pensons que le Code Déontologique des Médecins actuellement en vigueur (Octobre 1998) peut offrir une très bonne base de départ: il est articulé en Titres et Chapitres et concerne la profession aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur, vu la nature publicitaire des Ordres professionnels, institués pour défendre les gens et non pas pour la défense corporative de la profession. On peut donc accepter totalement, pour les Odontologistes aussi, tous les articles qui concernent les principes généraux applicables à toutes les spécialités, comme par exemple les articles du Titre I qui concernent l'objet et le champ d'application, presque tous ceux du Titre II qui concernent les devoirs génériques du médecin, exception faite de l'Art.8 qui oblige le médecin à se mettre à la disposition des autorités en cas de calamités naturelles, catastrophes, épidémies ; ceux du Titre III sur les rapports avec le citoyen – exclusion faite de l'Art.20 sur la continuité de l'assistance qui s'adapte peu aux Odontologistes, des Chapitres III, V et VI, art. 38 sur les greffes provenant de cadavres, VII et VIII.

Les Articles contenus dans les Titres IV (Rapports avec les collègues) et VI (Rapports avec le SSN et avec les administrations publiques e privées) devraient être revus et adaptés à la profession odontologique tandis que le Titre V resterait tel quel. A ce stade, des Articles spécifiques concernant la profession odontologique, aptes à satisfaire les caractéristiques énoncées ci-dessus, devraient être insérés.

On pourra alors prévoir des articles sur l'obligation de respecter l'environnement, qui

inviteraient les dentistes à utiliser des matériaux non polluants, des articles sur l'expérimentation, pour le respect et la défense des animaux utilisés et qui apportent réellement des nouveautés scientifiques importantes avec un regard sur les potentialités d'intervention de l'Odontologie sur la génétique du patient, des articles sur l'éthique des traitements thérapeutiques – chose dont on n'a discuté jusqu'à maintenant qu'en cas de litige – le rapport entre éthique professionnelle et honoraires, et enfin, des articles qui interdisent toute forme de commixtion d'assistance entre l'Odontologiste et le mécanicien-dentiste, comme prévu d'ailleurs par le Code Ethique du DLC.

C'est peut-être justement ce dernier point qui représente ce qui est défini en termes imagés "le nerf à vif de la catégorie", puisque cette lutte, les dentistes la mènent sans succès depuis toujours, sans jamais trouver une écoute concrète de la part de l'Etat.

En somme, il faudrait une série de normes déontologiques spécifiques qui caractérisent et qualifient plus encore ces praticiens qui, depuis trop longtemps, sont contraints à lutter contre des préjudices et des lieux communs pour pouvoir affirmer une dignité professionnelle qui repose uniquement sur la notoriété individuelle gagnée avec des années de dur et obscur travail.

LE CONSENSUS INFORMÉ

Apparu pour la première fois dans une sentence des USA en 1957, le terme de "Informed consent" s'est rapidement diffusé partout pour indiquer un consensus donné par le patient au médecin sur la thérapie à effectuer, après une information claire et détaillée. En bref, l'opportunité de se fournir de cet instrument qui a pour but d'éclaircir les rapports entre le médecin et le citoyen et de laisser à ce dernier le choix à effectuer a fait son chemin dans la jurisprudence et dans l'opinion publique.

L'obligation d'obtenir un consensus écrit de la part d'un patient avant de commencer une thérapie est devenue désormais un point inaliénable de la médecine contemporaine qui se fonde sur le respect de la personne humaine et sur sa capacité autonome de prendre des décisions. Cette obligation n'est pas, du moins en Italie, ratifiée par une loi spécifique de l'Etat, mais c'est une coutume maintenant ancrée que

de se référer aux Art. 1375 et 2229 du Code Civil, à l'Art.2 n.1 de la Loi 833/78, l'Art.50 du Code Pénal et à l'Art.32 de la Constitution. En un mot, toutes ces lois soulignent la nécessité de donner une information correcte, de demander et d'obtenir un consensus pour les soins, sous peine de voir le contrat de prestation d'œuvre intellectuelle entaché de nullité et de manque de bonne foi.

Déjà à partir du 20 Juin 1992, le Comité National de Bioéthique s'exprimait, dans un document intitulé "Information et consensus à l'acte médical", en termes décidés et sans équivoque sur la nécessité d'obtenir le consensus informé avant d'entreprendre toute thérapie. Et l'on y soulignait le rapport inséparable entre le problème du consensus et celui de l'information: "l'un et l'autre sont à la base de considérations éthiques, avant même que juridiques et donc déontologiques".

On y lisait plus loin: "Le processus d'objectivation d'une pratique correcte de l' "information-consensus" est loin d'être sans difficultés et sans conséquences éthiques profondes".

Le Comité National de Bioéthique ne pouvait donc pas prendre position sur ce sujet car, entre autres, le contrôle de l'observation du Code déontologique qui consacre, comme nous le savons, quatre articles à l'obligation du consensus informé (art.30 - 33) et décrit en détail la façon dont le consensus doit être obtenu ainsi que les caractéristiques à respecter, reste de la compétence de la Fédération Nationale des Ordres des Médecins Chirurges et Odontologistes.

Le consensus informé est donc une véritable révolution qui a bouleversé le rapport médecin-patient, car il a transformé une relation asymétrique (caractérisée par une inégalité des parties contractantes) en une relation qui identifie le patient non seulement comme bénéficiaire des soins mais également et surtout comme personne ayant le dernier mot sur la thérapie qu'elle devra suivre.

Il est bon de rappeler le rapport paternaliste et amical que le médecin instaurait avec ses patients; ceci est toujours vrai, surtout en province où persistent des rapports "antiques" et où le médecin, mais aussi le dentiste, est considéré comme un point de référence sûr de la société.

Notre intention n'est pas de critiquer cette vision

romantique et d'une ingénuité bienfaisante de ce rapport asymétrique qui prévoit le caractère unilatéral des décisions thérapeutiques: ce type de rapport est le fruit d'une culture qui a toujours favorisé la sujétion psychologique du patient dans la tentative de placer le médecin au-dessus de tout soupçon.

Comme nous le savons, le consensus informé prévoit une explication claire, articulée et facilement compréhensible de la thérapie que le praticien a l'intention d'entreprendre, de sa nécessité par rapport à la pathologie diagnostiquée et de ses éventuelles conséquences, des complications qui peuvent naître si l'on n'effectue pas la thérapie, des risques liés aussi bien à la thérapie qu'au manque de thérapie, sans cacher les alternatives possibles à la thérapie proposée.

Le consensus doit inclure une documentation claire sur la pathologie qu'on entend traiter et, dans le cas de l'Odontologie, il faut non seulement remplir avec attention la fiche médicale, surtout pour les pathologies précédentes ou actuelles, mais surtout avoir absolument toutes les données nécessaires avant d'effectuer une intervention chirurgicale (orthopantomographie des arcades dentaires, modèles en plâtre, photographies de la bouche et des dents, annotation de la couleur des dents).

Nous conseillons d'être particulièrement clairs et détaillés sur le devis des frais qui devra être accepté par le patient, et sur la description des travaux à effectuer, afin de ne pas faire naître des soupçons ou des motifs à contentieux.

En cas de thérapies orthodontiques, il est bon de rappeler qu'il y a obligation du résultat (et que cette obligation concerne aussi les prothèses fixes et mobiles), que le consensus informé doit être signé par les parents des mineurs qui bénéficient de ces soins ou par leur tuteur.

En cas de thérapie prothétique, il est certainement opportun d'avoir une documentation précise et articulée sur chaque détail, vu entre autres que la nécessité de la collaboration avec le mécanicien-dentiste est expliquée en détail dans la loi 93/42. Pour finir, il serait opportun que le consensus soit rédigé en deux copies et qu'une copie soit remise au patient, comme il advient dans tous les autres pays. En Italie, cela ne se passe pas comme ça, ni dans les hôpitaux, ni dans les cabinets privés. Au contraire, depuis

quelques temps, on tente un peu partout de minimiser la nécessité de l'obligation du consensus.

Dans le domaine odontologique, surtout, il nous est arrivé de lire des articles dans lesquels on "dédrématise l'importance du binôme information-consensus en odontologie où, à cause des caractéristiques spécifiques de cette matière, l'obligation du consensus est considérée comme remplie sans recourir à des formules ou précautions particulières". On continue à affirmer que le consensus est implicite dès qu'il y a requête de soins, non sans avoir souligné, au début de l'article, que se plaindre en cours de jugement de l'absence d'information écrite et détaillée représente "l'application instrumentale d'une interprétation discutable qui voudrait qu'il incombe au praticien de prouver qu'il a rempli son devoir d'informer".

Cette dernière affirmation dénonce la forte limite de cette organisation, c'est-à-dire de considérer le consensus informé et rédigé comme un instrument pour la sauvegarde du praticien et non – alors qu'il l'est – comme un acte de rapport civil à instaurer dans le respect de l'intégrité physique et morale de la personne qui doit être soignée ainsi que dans le respect de la liberté du choix de la thérapie.

Il est bon, à ce propos, de citer ce qu'a écrit Francesco D'Agostino, ancien Président du Comité National de Bioéthique: "Quand le droit reconnaît la subjectivité (c'est-à-dire la capacité de chaque homme de pouvoir demander la protection du droit), il opère sur chaque homme, pour ainsi dire, un pari; pari en faveur de l'égalité contre l'inégalité, de la communication contre l'incommunicabilité, de la maturité contre l'infantilisme, de la lucidité contre l'obscurcissement de l'intelligence".

Nous pensons qu'il y a peu à ajouter à cela, si ce n'est souligner tout bas que la dignité humaine est une valeur qui ne peut être écrasée par qui que ce soit, mais qui doit être privilégiée dans l'absolu.

ETHIQUE EXPÉRIMENTALE SUR LES ANIMAUX EN ODONTOLOGIE

GARFIELD STATES:

Dans un article paru récemment sur une revue célèbre d'Odontologie, signé par des auteurs

travaillant aussi bien dans des Universités italiennes qu'étrangères et par un praticien exerçant la profession libérale, on parle d'"une étude histologique qui a pour but d'analyser la guérison osseuse autour des implantations sablées et mordancées placées dans le tibia du rat". Continuant la transcription fidèle du sommaire, on lit: "Pour cette étude, on a utilisé 30 implantations sablées et mordancées; elles ont été insérées à raison d'une implantation par tibia. Au total, on a traité 15 rats.

Les rats ont été sacrifiés par groupes de trois au bout de 3 jours, 10 jours, 15 jours, 20 jours et les trois derniers au bout de 30 jours. Les échantillons analysés au bout de 10 et 20 jours montraient, autour des implantations sablées et mordancées, un bon pourcentage de contact os – implantation.

La croissance osseuse était implantofuge (de l'implantation vers le lit osseux) dans le cas des implantations sablées, et implantopète (du lit d'implantation vers l'implantation) dans le cas des implantations machined (c'est-à-dire sablées et mordancées). Les résultats obtenus ont montré que les implantations sablées et mordancées ont un pourcentage de contact os – implantation plus grand".

Il est clair que les implantations en question sont des implantations alloplastiques que le dentiste insère dans l'os de la mâchoire ou de la mandibule du patient pour remplacer une dent manquante.

Cette insertion consiste en une brève intervention chirurgicale où le chirurgien soulève et décolle la muqueuse gingivale et le périoste, puis il effectue un carottage du tissu osseux et il insère l'implantation dans le nid ainsi créé. Suture avec fils de soie et guérison.

Après l'intégration osseuse – des études différentes tendent à établir un temps de trois à sept mois – on peut charger l'implantation (c'est-à-dire qu'on peut mettre une dent qui s'articule avec les autres et remettre en marche la fonction masticatoire), mais actuellement la théorie qui veut qu'on charge immédiatement l'implantation est en train de s'imposer.

On a beaucoup discuté, les années passées, des termes d'ostéo-intégration et d'ostéo-fibro-intégration. On entend désigner par le premier terme une connexion entre l'implantation alloplastique et

l'os autour; par le deuxième, on désigne la présence de tissu fibreux entre l'implantation et l'os ; on a même souvent affirmé, avec décision, que l'ostéo-intégration est supérieure à l'ostéo-fibro-intégration, au point de considérer désormais dépassées et non adaptées toutes les techniques qui se servent d'implantations non submergées comme les ostéo-intégrées.

Nous avons jugé utile de nous étendre sur ces points uniquement pour fournir au lecteur non odontologiste des clés de compréhension simples: nous pensons qu'il est nécessaire d'ajouter que la bouche de l'homme est un appareil d'une extrême complexité qui implique aussi l'articulation temporo-mandibulaire (ATM), véritable centre de la fonction masticatoire.

Maintenant, les caractéristiques que cette articulation possède la rendent unique, différente de celle de tous les autres primates et mammifères car sa capacité de triturer finement les aliments et sa mimique par des mouvements latéraux ou de protrusion et rétrusion mandibulaire sont propres à l'Homme et exclusivement à lui.

L'exemple, donc, de l'article dont nous parlions offre la possibilité de formuler plusieurs questions:

1.- Quel type d'implantation a été inséré dans le tibia d'un rat, vu les dimensions réduites de l'os et le rapport avec une mandibule humaine?

2.- Est-il logique de penser que des dimensions d'implantations si différentes peuvent avoir des comportements biomécaniques identiques?

3.- L'article en question est le résultat de la collaboration entre des chercheurs de deux universités: une italienne et une américaine, plus un praticien de profession libérale et une chercheuse brésilienne: Où a eu lieu matériellement l'expérimentation? Où ont été sacrifiés les rats? Selon les lois de quel pays a donc été effectuée l'expérimentation?

4.- De qui sont, et où ont été prises les photographies publiées à l'appui de l'article?

En continuant sur cette lancée, on peut se demander comment il se fait qu'on utilise si fréquemment des animaux de laboratoire alors que

l'on sait fort bien que leurs appareils stomatognathiques ne correspondent pas du tout à ceux de l'Homme.

Nous n'avons aucune intention d'assumer une position anti-vivisectionniste de préjudice ou d'ostracisme vis à vis de la recherche scientifique mais il semble, en lisant certaines revues scientifiques, que le fait d'avoir fait des expériences sur les animaux ennoblisse les travaux publiés et les rendent presque inattaquables et restitue un air de sacralité au scientifique de service.

La réalité, comme beaucoup le savent, est tout autre, et seul un petit nombre de travaux italiens ont un "impact factor" satisfaisant; tout le reste est simplement ignoré par la communauté scientifique.

COMMENT, AU CONTRAIRE, DEVRAIT ÊTRE FAITE L'EXPÉRIMENTATION SUR LES ANIMAUX.

En Italie, l'expérimentation sur les animaux est réglementée par le Décret Législatif du 27 Janvier 1992, n° 116 qui concerne "l'exécution de la Directive 86/609/CEE en matière de protection des animaux utilisés à des fins expérimentales ou autres fins scientifiques".

Non seulement il définit avec une clarté suffisante les champs d'utilisation de l'expérimentation animale, mais ce décret indique aussi quelles catégories professionnelles peuvent exécuter l'expérience, à savoir: les docteurs en Médecine et Chirurgie, en Médecine Vétérinaire, en Biologie et en Sciences Naturelles. S'y ajoutent "les personnes munies d'un autre titre considéré valable et équivalent par le décret du Ministère de la Santé, de concert avec le Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique et Technologique".

Les docteurs en Odontologie font probablement partie de cette catégorie de personnes qui ont un titre valable, mais il reste le fait qu'en 1992, année de l'émanation du Décret, il existait déjà un cours de doctorat en Odontologie depuis 12 ans, et personne ne s'est inquiété de faire inscrire cette nouvelle figure professionnelle parmi celles qui sont autorisées aux expérimentations.

De plus, une pièce jointe du Décret Législatif

n.116, donne la liste des animaux de laboratoire auxquels s'applique l'article 3 du d.l., tandis qu'une deuxième pièce jointe illustre les lignes de conduite à suivre pour l'aménagement et la tutèle des animaux.

Il n'est intéressant que de se pencher à nouveau brièvement sur l'article 16 comma 1 du Décret Législatif n.116 qui dit textuellement: "Afin d'éviter des répétitions inutiles d'expériences destinées à obtempérer à des dispositions législatives et à des dispositions communautaires relatives à la santé ou à la sécurité, le Ministère de la Santé, par l'intermédiaire de l'Institut Supérieur de la Santé et selon ce qui est prévu dans l'art.9 de la Loi du 23 Décembre 1978, n° 833: a) considère valables, pour autant que possible, les données résultant des expériences effectuées sur le territoire d'un autre pays membre, à moins que des preuves supplémentaires pour protéger la santé publique et la sécurité ne soient nécessaires".

ALLOCATION DES RESSOURCES

Actuellement, l'exercice de l'odontologie, en Italie comme en Europe, se fait essentiellement sous forme privée c'est-à-dire de profession libérale.

Le Système Sanitaire National n'a jamais voulu augmenter l'offre sanitaire publique, pour des raisons évidentes de coûts qui sont réellement énormes. Il en résulte que 7% seulement de l'Odontologie est fournie par des structures publiques; le reste est privé. Mais, du moment que les coûts, comme nous le disions, sont élevés et que tout le monde n'a pas les possibilités économiques de se faire soigner, on essaie d'introduire dans notre pays aussi, en suivant le modèle d'autres nations, une certaine forme de mutuelle volontaire ou d'assurance qui donne la possibilité d'accéder aux soins odontologiques.

Le schéma que nous essayons de suivre consiste à offrir à ses propres associés des services odontologiques à des prix déjà établis chez des dentistes conventionnés, qui acceptent de travailler avec un plafond pour leurs propres honoraires.

Pour pouvoir adhérer à ces mutuelles ou assurances, les dentistes doivent être accrédités, c'est-à-dire qu'ils doivent avoir des cabinets professionnels qui satisfont certains critères, comme être accessibles aux porteurs de handicap, avoir une infirmière,

stériliser par autoclave, et ils doivent observer la loi 626, à savoir sur la sécurité des lieux de travail, et ainsi de suite.

Le fait de respecter toutes ces obligations, certainement approuvables, et d'être rétribué selon des honoraires établis détruit de fait la profession libérale, du point de vue des honoraires mais aussi du point de vue de la liberté thérapeutique, car le dentiste cité en justice doit pouvoir démontrer qu'il a exécuté correctement la thérapie décidée selon les lignes de conduite approuvées, sur la base desquelles est fixé par écrit un honoraire préétabli qui a été accepté au moment même où il a adhéré à la mutuelle volontaire ou à l'assurance.

A leur tour, ces dernières sont des sociétés qui effectuent le paiement et sont appelées dans le langage courant "Tiers payant".

Dans les pages précédentes, nous avons brièvement signalé le problème de la congruité et de la cohérence du revenu déclaré, et nous le faisons en fonction d'un problème à caractère éthique qui, à notre avis, pourrait apparaître: les études sur ce secteur, invoquées depuis plusieurs années par les associations syndicales de cette catégorie et acceptées par le Ministère des Finances, ont été rédigées en tenant compte de six catégories de cabinets professionnels, du simple dentiste de province avec un seul fauteuil dans un cabinet de quelques mètres carrés au grand méga-cabinet avec plusieurs dentistes et plusieurs fauteuils.

En se basant sur des paramètres mathématiques, qui tiennent compte d'une myriade de facteurs allant du matériel de consommation aux frais de téléphone, on peut établir en toute sûreté si le revenu déclaré par le praticien est congruent et cohérent. Le premier adjectif se réfère à la quantité du gain et le deuxième signifie que ce gain est en accord avec les frais soutenus pour le produire.

Selon nous, vouloir réduire l'exercice d'une profession sanitaire à un simple rapport donner-avoir, par ailleurs fortement contrôlé, comme on le ferait pour la production de biens commerciabiles ou pour une petite entreprise, limite nettement la liberté thérapeutique du praticien et conditionne son travail.

Nous sommes convaincus qu'on ne contestera jamais à un chirurgien le nombre de points de suture

qu'il a mis au cours d'une opération, ni à un oculiste le nombre de gouttes de collyre qu'il a mis dans un œil.

Nous nous sommes peut-être déjà étendus sur ces problèmes qui ne font partie que marginalement du sujet des allocations des ressources, mais nous pensons avoir posé un problème qui, dans les années à venir, viendra au jour et sera la cause de la fin d'une Odontologie exécutée avec soin et conscience, comme il advient aujourd'hui aux Etats Unis d'Amérique, où l'expérience du tiers payant a déjà été faite et où l'on revient à la profession libérale pure et simple compte tenu des résultats désastreux obtenus.

D'autre part, ces dernières années, les dentistes ont, en Italie aussi, travaillé pendant longtemps sous le régime de la convention externe avec les Mutuelles qui existaient et nous n'avons aucun souvenir d'appréciations particulières faites sur cette période, faite exprès pour favoriser des comportements peu sérieux. D'après nous, l'Etat ferait bien d'envahir le moins possible la vie des citoyens et de garantir, pour ceux qui sont vraiment dans le besoin, un service odontologique complet et efficace, avec une Vérification de la Qualité du travail faite sérieusement.

CONCLUSIONS

L'Odontologie italienne vit un moment très difficile, très probablement engendré par l'insécurité des normes: parallèlement aux problèmes non résolus du manque d'un Ordre professionnel autonome – et, par conséquent, d'un Code Déontologique de la profession -, on sent de toute façon le retard dans la remise en ordre des Ordres professionnels, on s'aperçoit qu'il y a un abîme entre la profession libérale et les choix didactiques de l'Université, ces derniers se reflétant inévitablement sur la profession libérale, on paie les conséquences de dizaines d'années d'image négative de cette profession, souvent mal perçue par les citoyens mais aussi par le fisc et la justice. Nous ressentons surtout le désintérêt des gouvernements qui se sont succédés, leur manque de volonté d'établir des règles claires sur l'exercice de cette profession.

Les lignes de conduite sont orientées vers une nette technicisation de l'Odontologie, comme si tout pouvait se résoudre dans un cône de gutta-percha, ou dans une empreinte prise avec ce matériel au lieu d'un

autre. Pendant un certain temps, le plâtre a été un cauchemar récurrent; et puis il semble que les choses se soient améliorées (pour le plâtre). Une fois les Ecoles de Stomatologie fermées, on n'a pas jugé - peut-être – utile de devoir les revoir et de les reposer comme spécialité médicale, ainsi que le prévoient depuis bien des années les directives européennes.

L'excès de technique et l'absence d'un code éthique de la profession ont toutefois eu un rôle-clé dans la création d'une spécialité d'intérêt bioéthique qui est passée inobservée jusqu'à maintenant, sous sa forme actuelle, aux yeux de tous.

La raison principale est que même dans le monde intellectuel, on a du mal à distinguer l'Odontologiste du mécanicien-dentiste, le médecin spécialiste en dentisterie du spécialiste en toute autre chose qui exerce également l'Odontologie même s'il ne le pourrait pas.

Nous souhaitons donc une solution positive à cette question, afin que nous puissions compter, dans notre branche aussi, sur une certitude du droit et une préparation professionnelle d'une valeur absolue.

BIBLIOGRAPHIE ESSENTIELLE

HANS JONAS – Il principio Responsabilità (Le Principe Responsabilité) – Einaudi

HANS JONAS – Tecnica, medicina ed etica (Technique, médecine et éthique) – Einaudi

FRANCESCO D'AGOSTINO – Bioetica (bioéthique) – Giappichelli

MARTIN HEIDEGGER – Lettera sull'Umanismo (Lettre sur l'Humanisme) – Adelphi

EMANUELE SEVERINO – Intervista su "Il Messaggero" (Entrevue sur "Il Messaggero") – Ottobre 2001

GUIDA ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE PER I MEDICI CHIRURGHI E GLI ODONTOIATRI (GUIDE À L'EXERCICE DE LA PROFESSION POUR LES MÉDECINS CHIRURGIENS ET LES ODONTOLOGISTES) – G.C. Edizioni

BARTOLOMEO ASSENZI, CEDRIC MINKIN, ANTONIO SCARANO, VANESSA C. MARINO, RENATO CELLETTI ET ADRIANO PIATTELLI – Impianti sabbiati e mordenzati : uno studio istologico nel ratto (Implantations sablées et mordancées: étude histologique chez le rat) – R.I.S. Avril-Juin 2001

SERGIO PAPALIA – I diritti degli animali (Les droits des animaux) – Edizioni Cidas

Nous précisons que la copie du Décret Législatif n.116 de 1992 a été tirée de ce dernier livre.

*Auteur Responsable:
Dr. Giorgio Berchicci
Via E. Ponzio
Isernia - Italia*