



Philippe Amat

Approche éthique et juridique des résorptions radiculaires en orthodontie

Philippe Amat
Le Mans

Introduction

La résorption radiculaire, ou plus précisément la résorption radiculaire apicale externe (RRAE), se définit comme la disparition progressive, partielle, voire totale des tissus radiculaires dentaires. Tout traitement orthodontique s'accompagne d'un certain taux de résorption radiculaire, le plus souvent cliniquement non significatif. L'éthique et le droit imposent au praticien une attitude thérapeutique et une démarche d'information adaptées avant, pendant et après traitement.

Les résorptions radiculaires peuvent être considérées comme un aléa thérapeutique et elles n'engagent généralement pas la responsabilité du praticien, sauf lorsqu'elles sont d'une importance inhabituelle et qu'elles auraient pu être limitées par une démarche thérapeutique adaptée ou que le praticien a failli à son devoir d'information [1].

Rappel de l'étiopathogénie

Parfois observées en dehors de tout traitement orthodontique, les résorptions radiculaires sont d'étiologie multifactorielle. Les études histologiques évaluent leur prévalence à plus de 90 % [2], quand les études radiologiques l'estiment située dans une fourchette de 48 % à 66 % [3].

La résorption radiculaire est un processus biologique complexe, qui survient lorsque les forces appliquées au niveau de l'apex dépassent la résistance et la capacité de réparation des tissus périapicaux [4].

Les mécanismes de la résorption radiculaire sont de nature similaire à ceux intervenants dans la résorption osseuse [5]. Sont impliqués, les mécanismes de l'inflammation, des facteurs systémiques et de nombreux médiateurs de l'activité cellulaire [6].

La résorption radiculaire commence approximativement à partir de deux à cinq semaines de traitement orthodontique et n'est décelable radiologiquement qu'à partir de trois à quatre mois [7].

Selon Levander et Malmgren [8] il existe quatre stades de résorption radiculaire apicale externe (RRAE) (Fig. 1) :

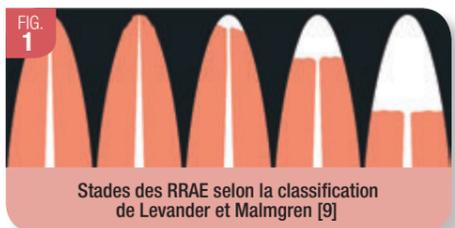
0 : Absence de changements de l'apex de la racine.

1 : contour radiculaire irrégulier, apex émoussé.

2 : résorption mineure de 2 mm.

3 : résorption sévère de 2 mm à un tiers de la longueur initiale de la racine.

4 : résorption extrême dépassant le tiers de la longueur initiale de la racine.



Stades des RRAE selon la classification de Levander et Malmgren [9]

Le diagnostic positif s'appuie sur les documents radiologiques : radiographie panoramique, téléradiographie de profil, et de manière plus précise radiographies rétroalvéolaires [10]. Le diagnostic étiologique met en évidence le caractère multifactoriel de l'étiologie des RRAE.

Données actuelles sur les principaux facteurs de risque

S'il existe une forte susceptibilité individuelle à l'apparition de résorptions radiculaires avec ou sans traitement [11,12], elles sont souvent une conséquence du déplacement orthodontique des dents.

Il n'existe pas de complet consensus sur les facteurs de risque considérés comme étant associés à l'apparition et au degré de gravité des résorptions radiculaires. Les données probantes publiées ont néanmoins identifié de nombreux facteurs contributifs [13].

Il est important de connaître et de systématiquement rechercher ces facteurs de risques de résorption (Fig. 2) [14], afin d'en tenir compte lors du traitement et de réduire ainsi le risque d'apparition de résorptions radiculaires.



Radiographie panoramique montrant des résorptions radiculaires apicales externes (document Pr. William Bacon) [14]

Les facteurs de risque peuvent être biologiques (dépendants du patient), mécaniques (liés au traitement) ou autres [7]. L'orthodontiste doit être au fait des données acquises de la science [15] sur les facteurs de risque de survenue éventuelle de résorptions radiculaires. En cas de méconnaissance, sa responsabilité pourrait être engagée

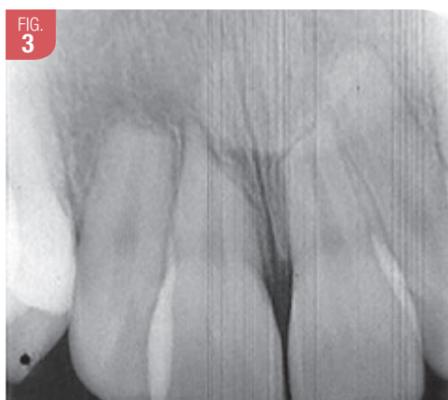
Les facteurs de risque biologiques (Tableau 1)

Les facteurs de risque systémiques

Prédisposition génétique : des études récentes estiment que le facteur génétique, avec la mise en jeu de gènes spécifiques [16], compterait pour 50 % des variations de l'incidence des résorptions radiculaires [11].

Certains troubles systémiques en rapport avec le facteur vasculaire, l'homéostasie calcique ou les cellules nerveuses sont des facteurs de risque d'apparition de résorptions radiculaires [17].

Parmi les nombreux autres facteurs de risque, qui ont été mis en évidence, citons un antécédent de traitement oncologique par chimiothérapie [18], une carence en vitamine D (Fig. 3) et en calcium [19], l'insuffisance de



Radiographie rétro-alvéolaire montrant d'importantes résorptions radiculaires apicales externes des incisives maxillaires avant traitement orthodontique. Les examens biologiques de ce patient ont révélé un taux excessif de parathormone (PTH) et une carence en Vit D (document Pr. William Bacon) [14]

la production d'oestradiol [11], le diabète et le stress [20]. Il a été également montré que les patients allergiques [17,21] et les patients asthmatiques [19] présentaient un risque accru d'apparition de résorption radiculaire.

Les facteurs de risque anatomiques

Parmi ces facteurs locaux, on peut citer :

- la forme des dents et des racines [9, 22] (racines courtes, émoussées, coudées ou en pipette), et les anomalies dentaires [23]. Ce facteur de risque n'est cependant pas retrouvé par d'autres auteurs [24, 25],
- une densité accrue de l'os alvéolaire,
- les canines incluses, qui peuvent résorber les racines des incisives latérales maxillaires (Fig. 4 et 5).



Radiographie panoramique prise lors de l'établissement du bilan diagnostique initial d'une jeune fille de 13 ans, en transfert dans notre cabinet, après un suivi orthodontique de 5 ans dans un autre département



Radiographie rétro-alvéolaire de la même jeune patiente montrant une importante résorption radiculaire apicale externe de l'incisive latérale maxillaire gauche, en rapport avec l'évolution de la canine.

Les facteurs de risque traumatiques

Les traumatismes dentaires, avant ou pendant le traitement orthodontique, augmentent le risque de résorptions radiculaires selon certains auteurs [19], et sont sans incidence pour d'autres [25, 26].

Les facteurs de risque fonctionnels

Les dysfonctions [27] (déglutition atypique ou ventilation orale) et les para-fonctions [11] (suction non nutritive, bruxisme, onychophagie), en créant un stress ou des microtraumatismes sur les dents, augmentent le risque d'apparition de résorptions radiculaires.

Les facteurs de risque mécaniques (Tableau 2)

La connaissance des facteurs souvent incriminés est essentielle au praticien attentif au choix des systèmes biomécaniques de traitement les moins susceptibles d'entraîner l'apparition de résorptions radiculaires.

L'intensité de la force appliquée

Un consensus est établi qu'une force appliquée d'intensité assez importante provoque une résorption radiculaire plus importante [29, 30, 31].

Rythme d'application de la force

L'application discontinue d'une force serait moins susceptible de causer des résorptions radiculaires qu'une application continue pour certains auteurs [32, 33], sans que d'autres ne trouvent de différence entre les deux modes d'application [34].

Le type de mouvement

Tous les types de mouvements orthodontiques sont susceptibles de provoquer l'apparition de résorptions, lorsque les forces employées sont inappropriées en intensité, rythme et durée.

Les mouvements les plus à risque semblent être l'ingression incisive, qui concentre la pression au niveau de l'apex, et le mouvement de torque radiculo lingual sur les incisives maxillaires.

La durée du traitement

L'augmentation de la durée du traitement semblerait accroître l'incidence [12, 35] et la sévérité [22] des résorptions radiculaires. Il est donc souhaitable d'informer le patient qu'un défaut d'observance de sa part augmenterait la durée du traitement et le risque de résorption radiculaire qui semble lui être associé.

Facteurs de risques biologiques	Faible	Modéré	Sévère
SYSTÉMATIQUES Prédisposition génétique Pathologies systémiques Âge Sexe	Allergie Asthme Diabète	Précédent traitement ODF RR « familiale » post-ODF Pathologie systémique sus citée Adulte	SUSCEPTIBILITÉ GÉNÉTIQUE Précédent trait. ODF avec RR RR « familiale » généralisée Pathologie systémique sus citée et non-équilibrée
ANATOMIQUES Forme des dents et des racines Anomalies dentaires T erritoire anatomique Densité de l'OA	Encombrement moyen à sévère	Racines émoussées ou en pipette Anomalies dentaires	Dent ayant déjà eu une RR Racines émoussées ou en pipette Anomalies dentaires
TRAUMATIQUES		Dents traumatisées antérieurement sans RR Dent transplantée	Dents traumatisées antérieurement avec RR Dent réimplantée
FONCTIONNELS Dysfonction : déglutition atypique, ventilation buccale Para-fonction : suction, onychophagie	Rééducation des dysfonctions et arrêt des para-fonctions	Bruxisme Dysfonction(s) : pulsion linguale, ventilation buccale Para-fonction(s) : onychophagie, suction, tics	Bruxisme sévère Dysfonction(s) non rééduquées(s) Para-fonction(s) persistante(s)

TABLEAU 1 - LES FACTEURS DE RISQUE BILOGIQUES [13, 28]
RR : résorption radiculaire ; ODF : orthopédie dento-faciale ; OA : os alvéolaire
Risque faible : RR localisée et/ou généralisée et d'intensité mineure
Risque modéré : RR localisée et/ou généralisée et d'intensité mineure à sévère
Risque sévère : RR localisée et/ou généralisée et d'intensité sévère à extrême



Les types de dispositifs et les techniques de traitement

L'utilisation de forces extra-orales à appui cervical et de l'expansion maxillaire rapide est susceptible de causer une résorption radiculaire sévère des premières molaires maxillaires [19].

Les résorptions radiculaires sont moins fréquemment observées chez des enfants ayant bénéficié d'un traitement en deux phases, phase initiale d'interception suivie d'une seconde phase par dispositif multi-attache, que chez ceux traités d'emblée en une seule phase par dispositif multibracket [25].

Pour le traitement d'une même malocclusion, la connaissance de ces données publiées permet au praticien de choisir entre diverses approches thérapeutiques (par exemple, traitement en deux phases plutôt que traitement en une seule phase) afin de minimiser le risque d'apparition de résorption radiculaire, tout particulièrement lorsque l'anamnèse et les examens cliniques et radiologiques ont mis en évidence la présence de facteurs de risque avérés.

Données actuelles sur la prévention des résorptions radiculaires apicales externes (RRAE) et sur la conduite à tenir en cas de RRAE

Prévention des résorptions radiculaires apicales externes

Si l'anamnèse et les examens cliniques et radiologiques ont mis en évidence la présence de facteurs de risque avérés de résorption radiculaire, le praticien adaptera son plan de traitement, ses objectifs thérapeutiques et le choix des dispositifs de traitement afin de limiter ce risque [36, 37].

Un contrôle radiographique doit être réalisé six à neuf mois après le début du traitement orthodontique pour déceler l'éventuelle apparition de résorption radiculaire. Un suivi radiologique des incisives est ensuite assuré tous les 6 mois par radiographies rétro alvéolaires.

Conduite thérapeutique à tenir en cas de résorption radiculaire apicale externe [28, 37]

En cas d'apparition de résorption radiculaire apicale externe, il est recommandé d'interrompre les sollicitations orthodontiques des dents atteintes pendant 3 mois [38, 39]. Cette interruption permet l'arrêt du stress ligamentaire et une cémentogenèse cicatricielle dans les cinq à six semaines suivantes [40, 41]. Le patient et/ou sa famille sont informés du phénomène et leur consentement éclairé sera recueilli pour adapter la thérapeutique au cas individuel du patient en fonction de son âge et de l'importance de la résorption radiculaire. Si la résorption radiculaire se poursuit après la reprise du traitement orthodontique, une

révision des objectifs thérapeutiques est nécessaire ainsi que l'arrêt du déplacement orthodontique des dents atteintes.

Le choix des éléments de la stratégie thérapeutique, en fonction du degré de résorption radiculaire est complexe. Il a été résumé dans un tableau décisionnel par *Virginie Samadet et al.* [13, 28].

En fonction de la présence chez le patient d'un ou plusieurs facteurs de risque et de leur importance, V. Samadet et al. qualifient le risque de faible, modéré ou sévère. Ils corréleront cette qualification à une attitude thérapeutique spécifique (Tableau III). Ce tableau décisionnel fait référence aux recherches et opinions le plus souvent décrites ou citées dans la littérature, sans toutefois que les preuves aient toujours été apportées.

La progression des résorptions radiculaires cesse généralement à l'arrêt du traitement actif [42]. La pérennité des dents affectées par une résorption radiculaire ne semble pas compromise si cette résorption ne dépasse pas 4 mm, que le support parodontal est satisfaisant et qu'un équilibre fonctionnel et occlusal a été trouvé [43].

Pour mémoire, cette conduite à tenir thérapeutique se double d'une obligation d'information :

- avant traitement : informer le patient des risques de résorption radiculaire et rédiger un contrat de soins, qu'il est souhaitable de faire signer ;
- en cours de traitement : informer le patient en cas d'apparition de résorptions radiculaires ;
- après traitement : informer le patient de l'éventuelle existence de résorptions radiculaires et lui faire des propositions thérapeutiques pour pallier les conséquences des résorptions.

Quand les résorptions peuvent être considérées comme importantes, l'orthodontiste doit prévenir son assurance en responsabilité civile professionnelle, qu'il a l'obligation légale d'avoir contractée.

Approche juridique des résorptions radiculaires en orthodontie

Force est de constater une évolution sociétale forte de la relation entre le patient et son praticien. De spectateur des décisions paternalistes prises par son praticien, le patient s'informe par lui-même et est devenu un acteur du système de soins.

La révolution numérique de l'accès aux sources d'information [44] a favorisé l'évolution du patient d'un statut passif à celui d'un consommateur de soins, dont les exigences pour les soins dispensés se sont alignées sur celles observées dans le reste du domaine consumériste [45].

L'évolution par le droit de la relation patient-praticien

La « Loi Kouchner » [46] du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a traduit juridiquement la modification des relations existant entre les patients et les professionnels de santé. Elle a acté juridiquement la modification de la nature et du contexte de la décision médicale. Le droit prend ainsi une place plus importante dans le colloque singulier entre le patient et le praticien, avec l'objectif d'un rééquilibrage de la relation médicale au profit de l'autonomie du patient.

La judiciarisation de la relation médicale témoigne du développement des exigences sociales de transparence, de réparation et de sécurité sanitaire. On observe une « rencontre de la médecine évoluant vers plus d'efficacité et de technicité et du droit progressant vers une protection accrue des individus [47] ».

Les livres [48,49,50,51] et les très nombreux articles consacrés aux relations entre droit et médecine bucco-dentaire, publiés dans des revues consacrées tant au droit qu'à la médecine bucco-dentaire (ou à l'orthodontie), témoignent de l'intérêt constant et commun de ces deux disciplines.

De la minimisation du phénomène des résorptions radiculaires par Allan Brodie dans les années 50 : « les résorptions radiculaires sont aux traitements d'orthodontie ce que les cicatrices sont au traitement chirurgical », nous sommes passés à une société en voie de judiciarisation, où toute personne qui s'estime victime d'un dommage entend obtenir réparation par une indemnisation. A. Bery et L. Delprat [48] citent un exemple, tiré du rapport 2007 de l'assureur MACSF, des possibilités de dérive de cette évolution de la relation patient-praticien : après avoir interrompu son traitement orthodontique au bout du premier semestre, un patient a reproché à son ancien praticien, douze ans après, le résultat jugé insatisfaisant du traitement orthodontique.

Le principe de la responsabilité médicale de l'orthodontiste

Un évènement indésirable comme l'apparition de résorptions radiculaires [52] peut être la source d'un préjudice pour le patient bénéficiaire du traitement orthodontique. Classiquement le droit français stipule que le régime de la responsabilité civile est appliqué dès lors qu'il y a un préjudice, une faute, et un lien de causalité entre cette faute et le préjudice. C'est à la victime d'apporter la preuve de ces trois éléments (articles 1382 et suivants du Code Civil).

Le contrat médical

Ce contrat a été consacré en médecine bucco-dentaire par l'arrêt du 17 mars 1967 de la Cour de Cassation : « Le contrat qui se forme entre le chirurgien-dentiste et son patient entraîne, pour le premier, l'obligation de donner au second des soins conformes aux règles consacrées par la pratique dentaire et les données de la science. Le praticien est responsable des suites dommageables des soins si, eu égard à cette obligation de moyens, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant la méconnaissance de ses devoirs. »

Obligations mises à la charge de l'orthodontiste

La responsabilité de l'orthodontiste peut être mise en cause s'il manque à ses obligations contractuelles. En pareil cas, et selon l'article article 1147 du Code civil : « Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part. »

C'est au patient d'apporter la preuve de l'inexécution d'une des obligations nées du contrat. Pour s'exonérer de sa responsabilité, l'orthodontiste doit justifier qu'il n'a pu exécuter cette obligation en raison d'une cause étrangère, qui ne peut lui être imputée.

Les obligations auxquelles est soumis l'orthodontiste peuvent être des obligations de moyens ou de résultat. En médecine bucco-dentaire, une obligation de résultat ne s'applique que pour les seules conceptions et réalisations prothétiques.

Alain Bery et Yves Soyer [53] précisent cependant que « un certain nombre d'obligations de moyens tendent à glisser vers une obligation de résultat et plus particulièrement : sécurité, conformité, matériovigilance, déchets, stérilisation, satisfaction et amélioration, suivi thérapeutique et, bien évidemment, information. »

Engagement de la responsabilité civile de l'orthodontiste

L'orthodontiste peut voir sa responsabilité civile engagée soit du fait de son acte thérapeutique, soit du fait de l'information qu'il a fournie à son patient [54].

L'acte thérapeutique de l'orthodontiste engage sa responsabilité sur deux aspects :

- la responsabilité liée aux dispositifs et aux matériaux employés [55],
- la responsabilité liée à l'acte thérapeutique lui-même.

Facteurs de risques mécaniques	Faible	Modéré	Sévère
FORCE APPLIQUÉE Consensus thérapeutique non démontré statistiquement	Forces continues et légères	Mécanique « lourde »	Forces importantes et mécanique « lourde
NATURE DU MOUVEMENT	Tous les mouvements	Ingression « Va et vient » Rotation Version prolongée	Mouvement rapide Torque important
DURÉE DU TRAITEMENT	Supérieure à 6 mois	Longue mais prévue	Trop longue ou arrêts intempestifs du traitement
AMPLITUDE DU MOUVEMENT		IMPORTANTE (encombrement)	Amplitude du mouvement +++ Béance antérieure +++ Supraclusion +++ (non démontré statistiquement)
TYPE D'APPAREIL			Rapport Charge/Flexion +++ Port irrégulier des auxiliaires de traitement
TERRITOIRE DE DÉPLACEMENT		Proximité de dents incluses Chirurgie orthognathique à proximité	Racines ayant eu des RR par des dents incluses Dents lésées lors d'une chirurgie orthognathique

TABLEAU II – LES FACTEURS DE RISQUE MÉCANIQUES [13,28]

RISQUE FAIBLE	Traitement après information et consentement éclairé du patient
	- Rééducation fonctionnelle avant traitement - Prévion d'un contrôle radiologique par rétroalvéolaires à 6/8 mois puis tous les 6 mois des incisives supérieures - Maîtrise de la thérapeutique employée - Respect de la planification du traitement
RISQUE MODÉRÉ	Traitement avec précautions spécifiques
	Information et consentement éclairé du patient - Rééducation fonctionnelle avant traitement - Evaluation et thérapeutique de soutien parodontal - Limitation du temps de traitement - Surveillance radiologique accrue (status complet pré-thérapeutique, puis clichés rétroalvéolaires tous les 6 mois sur les dents antérieures) - Limitation des mouvements exposant à la résorption radiculaire - Forces légères interrompues - Désocclusion par cales - Suivi, contention longue et équilibration occlusale
RISQUE SÉVÈRE	Compromis thérapeutique ou absence de traitement
	Information et consentement éclairé du patient - Limitation des objectifs de traitement (fonctionnels et esthétiques) - Pas de mouvements inducteurs de résorption radiculaire - Surveillance radiologique accrue - Cales de désocclusion - Contention longue voire définitive - Équilibration occlusale - Dans les deux cas, prévion éventuelle à la place ou en relai de l'ODF : prothèse (implant) et/ou chirurgie orthognathique

TABLEAU III – RECOMMANDATIONS EN FONCTION DU RISQUE [13,28]



Philippe Amat

L'orthodontiste peut, aussi, voir sa responsabilité civile engagée du fait de l'information qu'il a fournie à son patient [54]. L'information du patient concernant l'acte médical est un des fondements du contrat médical. Une bonne information met à la disposition du patient toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation et à éclairer sa prise de décision, afin que lui (et sa famille quand il est mineur) donnent leur consentement éclairé aux soins envisagés.

Cette obligation d'information se double d'une obligation de formation continue [56], et l'approche factuelle [36] est une des voies de cette formation continue. La durée de la responsabilité de l'orthodontiste vis-à-vis de son patient étant trentenaire à partir du moment où celui-ci peut ester en justice, durée à laquelle il convient de rajouter les actes effectués durant le temps où le patient était mineur, Alain Béry et Laurent Delprat [57] écrivent qu'« il apparaît nécessaire de conserver les dossiers pendant la même période afin d'avoir un argumentaire de défense. Il s'agit d'une procédure de précaution et non d'une obligation légale ».

La jurisprudence des résorptions radiculaires

La jurisprudence regroupe l'ensemble des décisions de justice relatives à une question juridique donnée [58]. Il s'agit donc de décisions précédemment rendues, qui illustrent comment un problème juridique a été résolu. La jurisprudence est constituée d'abord des décisions rendues par les hautes cours nationales, mais aussi, avec un poids moindre, de celles rendues par des cours [59].

Nous limiterons notre propos aux jugements les plus récents et les plus édifiants. Nous nous sommes appuyés sur deux sources bibliographiques :

- Légifrance [60], le service public de la diffusion du droit par l'Internet,
- Doctrine [61], le moteur de recherche des avocats et juristes.

Pour chaque décision, nous avons résumé les points clés.

Jurisprudence de la Cour administrative d'appel de Bordeaux, 5 novembre 2013, n° 12BX00929

Une patiente a obtenu la reconnaissance de la responsabilité du Centre hospitalier universitaire de Toulouse dans l'apparition de résorptions radiculaires et de mobilité de ses incisives centrales mandibulaires.

La responsabilité a été retenue car :

- le praticien était un étudiant non diplômé en orthodontie ;
- il a appliqué des forces trop fortes et dans des directions différentes, méconnaissant en cela les principes thérapeutiques reconnus ;
- il n'a pas pris en compte la plainte douloureuse exprimée fin 2005, qui aurait dû l'alerter et le conduire à vérifier qu'il n'y avait pas de résorptions radiculaires et à adapter sa thérapeutique.

La Cour administrative d'appel de Bordeaux a également retenu un défaut d'information sur les risques et les éventuelles conséquences et complications de ce traitement, notamment les résorptions radiculaires, qui sont un risque connu de ce type de traitement, surtout chez les adultes. Elle a relevé que le traitement d'orthodontie était à visée esthétique, n'était pas indispensable, de sorte que M. Y disposait d'une faculté raisonnable de refus et qu'elle a ainsi perdu une chance de se soustraire au risque de mobilité dentaire et de résorption des racines qui s'est réalisé.

Cour Administrative d'Appel de Marseille, 2^e chambre – formation à 3, 29 avril 2013, 08MA05155, Inédit au recueil Lebon

Une patiente, mineure au moment de son traitement orthodontique, a obtenu la reconnaissance de la responsabilité du Centre hospitalier de Cannes, pour défaut d'information de toutes les conséquences, même exceptionnelles, connues d'un tel traitement, notamment du risque de rhizalyse (le Centre hospitalier de Cannes n'ayant pas apporté la preuve qui lui incombait de la délivrance de cette information).

Tribunal de grande instance de Marseille, 1^{er} chambre civile, 10 juillet 2014, n° 12/11823

Un patient, âgé de 8 ans au début de son traitement orthodontique le 17 mai 1994, a obtenu la reconnaissance de la responsabilité de son orthodontiste, dans l'apparition d'une sévère rhizalyse de ses incisives. L'orthodontiste a été reconnu fautif de n'avoir réalisé aucune radiographie entre mars 1994 et octobre 2002, faute qui est en lien de causalité avec la rhizalyse constatée chez le patient puisque cette omission a empêché le praticien de suspendre le traitement.

Approche éthique des résorptions radiculaires en orthodontie

La réflexion de l'éthique professionnelle porte sur les valeurs qui motivent les conduites professionnelles. Représentant l'idéal professionnel, ces valeurs sont transcrites et actualisées sous forme de devoirs et d'obligations (par exemple, le secret médical dans les professions de santé) au sein d'un Code de déontologie. À l'échelon de l'activité professionnelle, la réflexion éthique personnelle a, elle, pour objectif d'aider à résoudre les situations complexes et à prendre la bonne décision, vertueuse, face à un conflit de valeurs.

L'approche de l'éthique professionnelle doit reposer à la fois sur la dimension morale (il ne peut s'agir d'ignorer les principes) et sur la dimension éthique (quelle décision est la meilleure dans le cas présent ?). Lorsque cette réflexion devient collective et fait l'objet d'une formalisation, la démarche devient déontologique, dans un sens large.

Le praticien est confronté au quotidien à des interrogations d'ordre éthique, par exemple, déterminer ce qui est bon ou pas pour son patient et quelles sont les limites d'un traitement qu'il ne peut accepter de dépasser, même face à la demande insistante d'un patient. Comment peut-il concilier le coût élevé de certaines thérapeutiques, utiles au cas spécifique d'un patient, avec des situations d'exception ?

L'éthique aide le chirurgien-dentiste à déterminer la frontière entre le bien et le mal, l'acceptable et l'inacceptable [62] et à respecter l'aphorisme du chef de l'école de Cos : *Primum non nocere* [63] (« avant tout, ne pas nuire »).

Pour rester dans le cadre restreint d'un article, nous limiterons notre propos à l'aspect éthique des recommandations de bonnes pratiques (RBP).

De multiples autres aspects de la pratique orthodontique soulèvent des questions d'éthique comme le transfert du patient après un litige au sujet de la survenue de résorptions radiculaires ; l'éthique du choix thérapeutique, dont le cas d'un patient mineur qui refuse une thérapeutique, contraignante, mais moins à risque d'apparition de résorptions radiculaires [64] ; aspects éthiques de la transition de l'information du patient à l'éducation thérapeutique ; aspect éthique de l'application

des données acquises de la science [65] ; dangers de l'approche factuelle, quand elle est dévoyée de son objet ; éthique et démarche qualité [66], etc.

Ethique : une dimension à part entière dans les évaluations de la HAS

Consciente des enjeux éthiques de ses travaux et publications, la HAS a publié un communiqué de presse [67] pour la présentation de son guide, L'évaluation des aspects éthiques à la HAS68 : « Les sujets que la Haute Autorité de Santé (HAS) est amenée à traiter peuvent parfois soulever d'importants enjeux éthiques. Dans cette perspective, la HAS a réalisé un guide qui précise la place de l'éthique dans ses travaux et qui aidera à prendre en compte les aspects éthiques dans ses évaluations lorsqu'ils permettent d'éclairer la décision publique. »

Dilemmes éthiques posés par les RBP

Si les recommandations de bonne pratique de la HAS ne sont pas des règles de droit, elles concourent aux données acquises de la science. De ce fait, les professionnels de santé sont tenus de se conformer à ces RBP, sous peine de voir leur responsabilité engagée. Ainsi, en cas de litige, le non-respect des RBP fait présumer la faute médicale, et le praticien doit prouver le bien-fondé de sa décision, expliquer pourquoi il a choisi de déroger à ces recommandations et l'avoir mentionné dans le dossier médical du patient. Même si le Pr Agnès Buzyn, présidente du collège de la Haute autorité de santé a réaffirmé le rôle primordial des RBP dans l'exercice quotidien. « Les médecins doivent connaître les bonnes pratiques, a-t-elle précisé, et être capables de dire pourquoi, le cas échéant, ils s'en sont éloignés. » et reconnu que « Les recommandations de bonne pratique de la HAS n'ont pas à être opposables car la médecine est un art évolutif [69] », les RBP sont de fait opposables. Cette appréciation a toujours été sans ambiguïté de la part des juridictions de l'ordre judiciaire, tant pénales que civiles [70]. Ce point soulève d'importantes questions d'éthique. Les soins d'orthodontie n'engageant a priori pas le pronostic vital, pour que la démonstration soit pleinement explicite, nous prendrons un exemple de RBP en cardiologie.

Les éléments principaux en sont tirés de l'article de F. Diévert [71]. Il explique : « En 2005, les jugements du Conseil d'état permettent de conclure que le médecin doit se conformer aux RBP, sauf à être en mesure d'apporter la preuve du caractère inapproprié de celles-ci à la situation particulière de son patient.

Une force de loi confirmée par le Conseil d'état le 27 avril 2011. Surtout, le Conseil d'État écrit dans un de ses attendus préalables à la décision : « Si les recommandations de bonne pratique sont censées représenter aux yeux des autorités publiques l'état des connaissances sur les données acquises de la science, il est faux, voire hypocrite, d'affirmer que le médecin a le choix de les suivre ou non ».

Parmi tant d'autres possibles, seul un exemple sera fourni qui illustre un cas où les RBP peuvent, non seulement ne pas être en accord avec les données acquises de la science, mais être potentiellement dangereuses : « En 2009, l'European Society of Cardiology (ESC) a publié des recommandations pour la prise en charge du risque cardiaque peropératoire chez des patients devant avoir une chirurgie non cardiaque.

En 2011, deux ans après cette recommandation, Don Poldermans, qui avait présidé le groupe de travail de la RBP a été démis de ses fonctions universitaires et hospitalières pour fraude lors de la publication des résultats d'études qui avaient été prises en compte pour établir la RBP. L'ex-

clusion de ces résultats truqués a inversé les conclusions de la RBP et l'ESC a attendu 2014 pour actualiser ses recommandations.

Cette situation scandaleuse a fait l'objet d'un article de la presse grand public aux États-Unis en janvier 2014, et il a été estimé par modélisation, d'après des données transitoirement disponibles sur le site Internet de l'ESC, que le maintien de cette recommandation après que la fraude a été dénoncée pourrait être responsable de 800 000 décès en Europe. »

Force est de constater que le praticien de santé et son patient peuvent être confrontés à une situation paradoxale. La promesse tacite des RBP de proposer les meilleurs soins possibles à un patient donné peut ne pas être tenue et le suivi des RBP peut être délégué. L'engagement éthique est donc rompu. Les RBP ne peuvent avoir force de loi, sauf à prévoir des procédures permettant de les remettre en cause.

Après cet exemple glaçant de cardiologie, revenons à l'indispensable approche éthique des RBP en orthodontie. La vigilance du praticien et des sociétés scientifiques doit rester de mise. Imaginons le cas d'un orthodontiste confronté au choix de la meilleure thérapeutique, sur les plans médical et éthique, à proposer à une jeune adolescente de 14 ans. Elle a terminé sa croissance staturale et céphalique (régulée à 11 ans) et elle présente d'importants facteurs de risque de survenue de résorptions radiculaires, dont une brièveté marquée des racines de ses incisives maxillaires. Enfin, elle présente une dysmorphie de classe II division 1 dentaire (surplomb incisif de 6 mm) et d'une classe II squelettique avec prognathie maxillaire et légère rétrognathie mandibulaire. Après un exposé complet des éléments d'un consentement éclairé, le praticien conseille à la patiente et à sa famille, l'approche qui lui semble présenter le meilleur rapport bénéfice/risque, consistant à associer le traitement orthodontique à une chirurgie orthognathique d'avancée mandibulaire.

Imaginons qu'une RBP de la HAS, nouvellement publiée, édicte que la chirurgie orthognathique d'avancée mandibulaire doit être uniquement réservée aux patients dont le surplomb incisif est supérieur à 8 mm, alors que la jeune patiente présente un surplomb de seulement 6 mm. Un tsunami éthique pour... 2 mm. Cet exemple purement orthodontique, associé à la lecture de celui de cardiologie, fait pleinement prendre conscience de l'impérieuse nécessité du rôle à jouer des sociétés scientifiques et des lanceurs d'alerte vis-à-vis des décisions prises par nos organismes de tutelle [72].

Conclusion

En tant qu'orthodontistes, nous avons conscience du privilège que constitue notre engagement dans la relation patient/praticien, un colloque singulier unique qui, dans un climat d'éthique et de confiance, facilite la transmission des connaissances scientifiques et nous aide à proposer à nos patients les traitements les mieux adaptés à leurs besoins et valeurs, en limitant le plus possible les effets iatrogènes, tels les résorptions radiculaires apicales externes.

Bibliographie

1. Approche éthique et juridique des résorptions radiculaires en orthodontie. Mémoire pour le diplôme universitaire d'expertise en médecine dentaire. Amat P. Paris Univ. Diderot – Paris 7, 2018.
2. Root resorption in bicuspid intrusion. À scanning electron microscope study. Harry MR, Sims MR. Angle Orthod. 1982 Jul ; 52 (3) : 235-58.

Toute la bibliographie est à retrouver sur www.aonews-lemag.fr