

LE CONSENTEMENT : QUEL CONTENU ET DANS QUELLES SITUATIONS ?

La notion de consentement constitue l'un des piliers des principes éthiques de la relation de soins entre les chirurgiens-dentistes et les patients en France. Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors exceptions encadrées par la loi. Mais ce consentement présente une particularité : il s'agit d'un consentement dit « libre et éclairé ». Libre, car le patient doit pouvoir prendre sa décision en toute liberté, sans subir de contrainte, et conserver le droit de refuser les soins proposés. Éclairé dans la mesure où il a accès à une information la plus complète et loyale possible.

AUTEUR

Xavier BONDIL

Pratique privée, Villefranche-sur-Saône
Expert judiciaire près la Cour d'appel de Lyon
Ancien attaché des hôpitaux

APPROCHE PHILOSOPHIQUE

Le principe du *consentement libre et éclairé* est la conséquence de considérations philosophiques et politiques en France. Il est considéré comme valeur essentielle de ne pas porter atteinte à l'intégrité du corps des autres personnes et de respecter la dignité des individus. En médecine et en chirurgie dentaire, dans le cadre des soins médicaux, il y a nécessairement atteinte du corps, et celle-ci peut être obligatoire si l'on veut essayer de soigner. Les professionnels de santé bénéficient ainsi d'une exception au droit général et cette dernière est encadrée, notamment par le principe de consentement libre et éclairé de la personne.

Ce consentement, bien qu'essentiel, ne saurait à lui seul légitimer une atteinte au corps ; une finalité médicale doit impérativement être justifiée. En retour, cette finalité médicale est une condition *sine qua non* de la légitimité de l'intervention. Le principe du consentement libre et éclairé consacre une reconnaissance de la liberté du patient quant aux choix concernant sa santé, y compris lorsque ces choix lui sont défavorables. Cette liberté est équilibrée par la possibilité d'accéder à une information loyale,

adaptée à la personne et complète. Dit autrement, l'existence de la possibilité du refus de soins est directement liée à la notion de consentement. Sans ce dernier, la licéité du refus de soins pourrait être remise en cause.

Le consentement libre et éclairé permet de faire coexister durablement le principe d'autonomie des patients avec leur situation de vulnérabilité dissymétrique avec le professionnel de santé (*figure 1*).

APPROCHE JURIDIQUE

Ces principes généraux ont été retranscrits dans différents textes de lois.

• **Code civil** : l'article 16-1 et les dispositions suivantes du Code civil, instaurés par la loi de bioéthique de 1994, établissent les principes fondamentaux du respect de l'intégrité du corps humain, de sa non-patrimonialité, de son inviolabilité, ainsi que de la préservation de la dignité de la personne humaine. Le Code civil stipule deux conditions essentielles pour que toute atteinte au corps humain soit jugée acceptable : d'une part, le consentement éclairé, considéré comme une condition nécessaire mais non suffisante, et, d'autre part, la nécessité médicale de l'acte envisagé.

Liens d'intérêts
À venir.

*Référencement
bibliographique*

Bondil X. Le consentement :
quel contenu et dans quelles situations ?
Clinic 2025;46(449):XX-XX.

Savoir recueillir le consentement du patient

© Association Dentaire Française, 2025, « Savoir recueillir le consentement du patient »

Infographie réalisée par Ava Halloran, membre de La Dent Bleue

Reproduit avec l'aimable autorisation des Drs Julien Laupie et Florence Etcheverry

• **Code de la santé publique** : la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a transformé les obligations déontologiques du médecin en droits des patients.

choix en apportant les explications des conséquences prévisibles de ce refus.

- Ce principe est repris dans le **Code de déontologie**, qui fait partie du Code de la santé publique [2] : « Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, dans les conditions définies à l'article L. 1111-4. »

Le Code de déontologie européen [3] dispose que « le praticien doit obtenir le

consentement valide du patient avant le traitement, ayant préalablement présenté les options de traitement disponibles avec leurs risques, avantages et coûts. (...) Le praticien doit s'assurer que le patient – ou ses représentants – comprend les décisions qu'on lui demande de prendre. (...) Le praticien doit s'assurer que le consentement du patient reste valide à chaque étape de l'étude ou du traitement ».

- Le droit européen minimal indique, dans la Directive patient : « L'État membre de traitement veille à ce que : (...) les prestataires de soins de santé fournissent des informations utiles, pour aider chaque patient à faire un choix éclairé, notamment en ce qui concerne les options thérapeutiques, sur la disponibilité, la qualité et la sécurité des soins de santé qu'ils dispensent dans l'État membre de traitement et qu'ils fournissent également des factures claires et des informations claires sur les prix, ainsi que sur leur statut en matière d'autorisation ou d'enregistrement, leur couverture d'assurance ou tout autre moyen de protection personnelle ou collective au titre de la responsabilité professionnelle. Dans la mesure où les prestataires de soins de santé fournissent déjà aux patients qui résident dans l'État membre de traitement des informations utiles sur ces sujets. »

LE CONSENTEMENT ET L'INFORMATION

Il ne peut exister de consentement sans information, mais cette dernière n'est pas suffisante. Le consentement présuppose la délivrance d'une information. Cependant, il peut exister une information sans consentement. C'est pourquoi on ne peut limiter le recueil du consentement à la simple délivrance de l'information, quand bien même cette dernière serait exhaustive. En effet, la délivrance de l'information peut être unidirectionnelle (du

praticien au patient), sans tenir compte d'une rétroaction.

Le consentement libre et éclairé induit par nature un échange, une boucle de rétroaction, qui elle-même pourra engendrer de nouveaux échanges et de nouvelles boucles de rétroaction.

Dans la pratique : lors des échanges avec le patient, il est sain qu'il y ait une discussion, et non simplement la délivrance d'une information. Un patient qui ne dit rien est un signe que son consentement n'est pas acquis.

Qui doit délivrer l'information ?

L'information doit être délivrée par le praticien qui réalise l'acte médical. Dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, chaque professionnel est tenu de fournir personnellement les informations spécifiques à son domaine d'expertise. Une synthèse de l'ensemble des informations peut être présentée par le prescripteur ou le référent de l'équipe. Toutefois, cette responsabilité d'information ne peut être déléguée à un tiers. Une reformulation ou clarification par une assistante dentaire ou un autre membre de l'équipe médicale demeure néanmoins envisageable dans le cadre de son rôle d'accompagnement.

Dans la pratique : quel que soit le mode d'exercice (libéral, bénévole ou salarié), le chirurgien-dentiste ne peut déléguer la délivrance de l'information. Les tiers peuvent évidemment reformuler ou apporter des compléments d'information. Un temps d'échange doit être réalisé et noté dans le dossier médical.

Pourquoi informer ?

L'information communiquée par le chirurgien-dentiste doit permettre au patient de prendre une décision

éclairée, que ce soit pour accepter ou refuser un traitement, ou pour choisir entre différentes options thérapeutiques, en disposant de tous les éléments nécessaires à une compréhension complète des implications de chaque choix.

Sur quels éléments doit porter l'information ?

L'information, adaptée à l'état de santé connu du patient, doit inclure des explications sur son état bucco-dentaire ainsi que sur tous les types d'actes envisagés ou réalisés. Ces actes peuvent avoir une finalité diagnostique, préventive, thérapeutique ou esthétique, et doivent être présentés en tenant compte des spécificités et des besoins individuels du patient.

Que doit contenir l'information ?

L'information délivrée par le chirurgien-dentiste doit couvrir l'ensemble des aspects liés à l'acte envisagé ou réalisé. Cela inclut : les modalités d'accueil et de prise en charge, l'utilité et l'éventuelle urgence de l'acte, les techniques employées, les alternatives disponibles, le rapport risques (notamment les risques fréquents ou graves prévisibles) / bénéfices attendus pour chaque technique, les coûts, le déroulement et l'organisation des soins, la durée des interventions, les suites opératoires possibles, les prescriptions et examens complémentaires nécessaires, les précautions à prendre, le suivi prévu, ainsi que les conséquences prévisibles en cas de refus de l'acte.

Dans un esprit de transparence, le chirurgien-dentiste doit exprimer sa préférence pour une technique ou une approche spécifique, en expliquant les raisons de ce choix au patient, et assumer pleinement son rôle de conseil. En outre, si un incident survient au cours de l'acte médical, le

praticien est tenu d'en informer son patient de manière claire et complète. Malgré ces principes, il est fréquent que les professionnels de santé ne délivrent pas une information exhaustive [4].

Quand doit-on informer ?

Le consentement est un processus évolutif, intrinsèquement lié à une relation de confiance réciproque. Cette relation s'adapte aux changements des choix de la personne malade et à l'évolution de son état pathologique. En ce qui concerne les situations complexes, la notion de processus doit être envisagée à la fois comme un phénomène évolutif dans le temps et comme une dynamique discursive, notamment entre le chirurgien-dentiste et le patient. Ainsi, c'est progressivement, à travers le temps et les interactions, qu'un consentement ou un refus peut se construire.

Un patient qui se rend à un rendez-vous avec un chirurgien-dentiste présuppose qu'il est d'accord avec le fait de bénéficier de soins, sous réserve que les risques inhérents à ces derniers ont été compris et qu'ils ont été détaillés.

Dans la pratique : le consentement doit être renouvelé régulièrement, par exemple en rappelant avant la séance ce qui est prévu de faire, voire de demander au patient de formuler avec ses mots ce qu'il est prévu de faire dans la séance.

Le consentement n'est pas un acte ponctuel mais un processus en constante évolution. Ce consentement du patient peut être retiré à tout moment [1]. C'est pourquoi le consentement doit être recherché durant toutes les phases du traitement :

- préalablement aux soins ;
- pendant les différentes étapes, en particulier en cas de survenue de

complications, de changement de choix thérapeutiques ;

- après les soins, notamment si de nouveaux risques sont identifiés.

Dans la pratique : faire systématiquement un point, même succinct, avant et après les soins, particulièrement en cas de complication, d'événement imprévu, de changement de plan de traitement et le consigner dans le dossier médical.

Comment le praticien doit-il informer ?

Le chirurgien-dentiste doit prendre en considération les particularités individuelles de chaque patient, telles que l'âge, le niveau socioculturel, la présence éventuelle d'un handicap, les aspects psychologiques, ainsi que la maîtrise de la langue française. L'information doit être adaptée à l'état de santé du patient, tout en restant personnalisée, hiérarchisée, claire et compréhensible.

Elle doit être délivrée dans des conditions optimales, dans un environnement propice à la compréhension et à l'écoute active. L'entretien doit se dérouler de manière individuelle, tout en permettant au patient, s'il le souhaite ou si cela est nécessaire, de se faire accompagner par une personne de son choix.

L'information est principalement transmise de manière orale, mais elle peut être enrichie par l'utilisation d'outils pédagogiques tels que des modèles, des photographies ou des schémas. Des documents écrits peuvent également être remis au patient en complément. Ces documents doivent être personnalisés, clairs, simples et facilement compréhensibles.

Le chirurgien-dentiste a la responsabilité de s'assurer que le patient a bien compris les informations fournies. Pour cela, il peut poser des questions, inviter le patient à reformuler ce qu'il

a compris, l'encourager à poser des questions supplémentaires, ou proposer un rendez-vous ultérieur pour approfondir ou clarifier certains points. Cette démarche garantit une communication efficace et une prise de décision éclairée par le patient.

Valeur de l'écrit

Le consentement médical ne peut se satisfaire d'une information écrite. Cette dernière n'est pas obligatoire et son absence ne justifie pas, à elle seule, un manquement. Si la délivrance de documents écrits est fortement conseillée, elle n'est pas une preuve que le patient a compris le traitement.

Il est à noter que les formulaires non individualisés ou délivrés par les fabricants des dispositifs médicaux sur-mesure ont une faible valeur probante. La perte du consentement écrit ne constitue pas une preuve de l'absence de consentement [5].

Dans la pratique : il existe des exemplaires types de consentement [6] réalisés par les sociétés savantes de la profession. Éviter les consentements proposés par les fabricants de dispositifs médicaux sur-mesure. Garder à l'esprit que l'écrit complète l'oral et ne se suffit pas à lui-même.

Délai de réflexion

Il n'existe aucun texte imposant une valeur au délai de réflexion, hors l'exception concernant la chirurgie esthétique.

Le principe étant que ce délai, dont l'existence est obligatoire, doit être cohérent avec la nature des actes, en fonction du degré d'urgence et des risques encourus. En cas de mise en responsabilité judiciaire ou ordinaire, l'évaluation du respect du délai de réflexion sera examinée en fonction du contexte et des éléments cités ci-dessus. À titre d'illustration, le respect du

délai de réflexion concernant une réhabilitation est évalué différemment selon que le patient se présente avec un traumatisme ou un problème ancien. Ce délai de réflexion sera différent selon que le patient vient de tomber sur une plaque de verglas devant le cabinet ou le centre de santé, ou s'il est édenté depuis deux ans.

En ce qui concerne la chirurgie esthétique, un délai minimal de 15 jours doit être respecté [7]. Le législateur précise que ce délai ne peut être raccourci, même si le patient l'autorise.

Dans la pratique : hors urgence, point d'urgence pour débiter un traitement. Attendre que le patient prenne l'initiative.

CONFUSION ENTRE LE CONSENTEMENT EXPLICITE ET LE CONSENTEMENT MÉDICAL

Il arrive fréquemment que les professionnels et ceux qui les assistent confondent deux consentements juridiquement distincts : le consentement explicite, relatif au règlement général sur la protection des données (RGPD) et de portée générale, et le consentement médical, relatif à l'éthique professionnelle et de portée professionnelle. Il a été constaté, par exemple dans des traitements orthodontiques avec des aligneurs, que le praticien estime que les conditions générales de vente que le patient a signées avec le fabricant constituent un consentement médical ; ce qui est une erreur.

Le **consentement médical** a été décrit ci-dessus.

Le **consentement explicite**, tel que défini par les articles 4 et 7 du RGPD [8], est un consentement qui requiert une expression claire et non ambiguë de la volonté d'une personne pour autoriser le traitement de ses données personnelles, dont les données de santé font partie.

Il doit être donné par le patient par un acte clair comme une signature, un formulaire rempli ou une action manifeste (comme cocher une case non préremplie). L'information comporte les finalités du traitement, la nature des données collectées, l'identité du responsable du traitement et des droits associés au RGPD. Le consentement doit être donné pour un traitement précis, et il ne peut être général ou vague.

Le responsable du traitement doit pouvoir démontrer que le consentement explicite a bien été obtenu. L'individu doit être informé de son droit de retirer son consentement à tout moment, sans pour autant bénéficier d'explications quant aux éventuelles conséquences négatives pour lui, point qui constitue une importante différence avec le consentement médical.

Points communs entre consentement médical et explicite

- **Une information préalable :** les deux types de consentement nécessitent que la personne soit pleinement informée des implications, finalités et conséquences du traitement (RGPD) ou de l'intervention (éthique médicale).
- **Une volonté libre et non contrainte :** dans les deux cas, le consentement doit être donné sans pression, coercition ou influence externe qui pourrait altérer la liberté de décision.
- **Une possibilité de retrait :** les deux reconnaissent le droit de la personne de retirer son consentement à tout moment.
- **Une documentation ou une traçabilité :** le consentement explicite et le consentement médical doivent être clairement documentés : dans le RGPD, cela garantit la preuve légale, et en éthique médicale, cela est consigné dans le dossier du patient.

Différences entre consentement médical et explicite

- **Les champs d'application :** le consentement explicite selon le RGPD concerne les **données personnelles** (traitement, stockage, partage), tandis que le consentement libre et éclairé s'applique aux **actes médicaux** (diagnostics, traitements, interventions).
- **La finalité du consentement :** dans le RGPD, le consentement est centré sur le traitement des **données** et la protection de la vie privée. En éthique médicale, il vise à garantir l'autonomie du patient et son implication dans les décisions liées à sa santé.
- **Le contenu de l'information, en particulier des risques :** le consentement explicite n'impose pas d'obligation d'information concernant les risques encourus en cas d'acceptation, tandis que le consentement médical doit contenir une information sur les risques pris par le patient en cas d'acceptation.
- **Les modalités de validation :** le consentement explicite selon le RGPD peut être donné par des moyens variés (signature, case à cocher, réponse électronique), tandis que le consentement médical est oral et réalisé par le praticien effecteur, souvent matérialisé par une signature écrite lorsque les actes sont complexes ou à risque. Dit autrement, le recueil du consentement médical n'est pas déléguable, et il est *intuitu personae*.
- **La personnalisation :** si le consentement médical doit être adapté à la personne concernée, en prenant en compte son niveau de compréhension et ses besoins spécifiques dans le consentement médical, le consentement explicite est majoritairement uniformisé sans distinction de facteurs individuels.
- **Le champ d'application :** si le consentement explicite est issu du droit supranational et s'applique à l'ensemble

CAS PARTICULIERS

• **Langue différente** : il est très fortement conseillé de s'adjoindre un traducteur ; aucun consentement réellement libre et éclairé ne peut être obtenu sans langue commune (qui peut ne pas être une langue parlée).

• **Impossibilité de communiquer** (rare).

• **Soins sur un majeur protégé** : dans les situations de mise sous curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice, le consentement doit être recherché, mais il convient de prendre attache avec le tuteur, de manière obligatoire dans certains cas [9].

• **Soins esthétiques** (non médicalement nécessaires, *voir ci-dessous*).

• **Soins prothétiques intégralement pris en charge.**

– Cette situation (prothèse CSS, RAC0) est parfois considérée, à tort, comme une situation particulière. L'absence de reste à charge n'exonère en rien le professionnel de santé de son obligation d'informer et de chercher le consentement des patients.

• **Soins sur un mineur.**

– En droit, un mineur non émancipé est considéré sous l'autorité parentale*.

– Pour les actes usuels (détartrage, scellement de sillons, etc.), il est admis que le consentement d'un seul parent est suffisant** ; en effet, à l'égard de tiers, il est supposé de bonne foi que chaque parent exerce l'autorité parentale.

– Pour les actes avec dépassement d'honoraire ou comportant des risques (traitement orthodontique, chirurgie

des dents de sagesse, etc.), il est très fortement conseillé de recueillir le consentement des deux parents.

– Selon le Code de la santé publique [1], « le consentement, mentionné au quatrième alinéa du mineur, le cas échéant sous tutelle, doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

– Si l'un des parents exprime clairement un refus, sauf dans le cadre de l'urgence médicale, il convient de ne pas réaliser les soins et d'informer les parents et l'enfant des risques consécutifs de ce refus.

Ces règles de portée générale ne peuvent prévoir toutes les situations réelles : les pleurs d'un enfant, avant et pendant le soin, sont-ils un signe de refus ? Doit-on arrêter le soin ? À tout moment ? Une personne dépendante et agitée peut parfois être contenue : où finit le soin et où commence la maltraitance ? Faut-il laisser alors la maladie ? Ce sont des questions éthiques délicates auxquelles il n'existe pas de réponse unique. Le praticien est ainsi dans un conflit éthique. Le Code éthique de la profession [2] estime que dans le cadre de l'urgence et dans l'impossibilité de recueillir un consentement, le praticien peut prodiguer les soins qu'il estime nécessaire. Concrètement, ces situations restent exceptionnelles en chirurgie dentaire.

* Article 371-1 et suivants du Code civil.

** Article 372-3 du Code civil.

LES SOINS ESTHÉTIQUES

Les soins dits « esthétiques » sont des soins tendant à modifier l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande, sans visée thérapeutique ou reconstructrice. Ces soins portent atteinte à l'intégrité des patients sans finalité médicale, ce qui est contradictoire avec les principes éthiques de la santé. C'est pourquoi le législateur et la jurisprudence ont créé une obligation d'information dite « renforcée » en ce qui concerne les soins esthétiques. Les soins purement esthétiques sont en réalité exceptionnels en chirurgie dentaire ; la norme étant de prodiguer des soins fonctionnels, pérennes, et esthétiques. Par définition, et bien que l'usage du mot soit dévoyé par la profession, un soin dit « esthétique » ne répond à aucun besoin de soin. L'information doit se porter sur les risques « normalement

prévisibles », soit selon leur caractère de gravité, soit selon leur fréquence. Dit autrement, seuls les actes exceptionnels sans aucun caractère de gravité pourraient être exclus de l'obligation de recueil du consentement.

Le législateur a renforcé ces obligations pour les médecins [16].

Dans la pratique : ne pas présenter des soins médicaux comme étant des soins esthétiques ; faire preuve d'une grande prudence en évitant les techniques de manipulation mercantile, bien présenter les risques encourus par le patient, tenir un dossier médical parfaitement iconographié. Bien veiller à laisser un temps de réflexion raisonnable.

Il ne faut pas confondre deux consentements juridiquement distincts : le consentement explicite, de portée générale, et le consentement médical, de portée professionnelle.

de l'Union Européenne, le consentement médical tel qu'il est décrit dans le Code de la santé publique s'applique. Le Code de déontologie, quant à lui, ne s'applique qu'aux personnes inscrites au tableau du conseil de l'Ordre professionnel.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE ET LE CONSENTEMENT

L'analyse de la relation de soin implique l'examen des principes fondamentaux qui en assurent la régulation. Le développement de l'intelligence artificielle (IA) remet en question certains de ces principes, nécessitant leur adaptation, tandis que de nouveaux paradigmes devront être établis pour encadrer cette évolution. Bien que cette transformation ne puisse ni ne doit être totale, l'IA modifie en profondeur la dynamique de la relation de soins [10]. Certains auteurs décrivent de nouveaux concepts de consentement avec l'IA : par exemple le consentement éclairé dynamique [11] avec des champs d'application spécifiques, notamment en radiologie [12]. La technicisation médicale comporte un risque de dégradation de la recherche du consentement, dans la mesure où l'asymétrie des connaissances entre le patient et le praticien s'accroît [13]. Avec l'IA, dans la mesure où le praticien ne sait pas comment elle fonctionne, il pourra avoir des difficultés à apporter des réponses aux questions des patients. Ces derniers

formulent, à juste titre, une méfiance vis-à-vis de cette évolution vers des « dentistes-robots » [14] en insistant sur l'importance essentielle de relations humaines interpersonnelles. Le risque de déshumanisation systémique est également pointé du doigt [15].

Dans la pratique : les règles de bonnes pratiques sont nécessairement en retard sur les évolutions liées à l'IA ; conserver une lucidité sur ces évolutions et prendre le temps de s'imaginer à la place des patients pour déterminer ce qui serait acceptable ou non.

LE CONSENTEMENT : UNE HISTOIRE DE MODÈLE

Le consentement et le modèle paternaliste

Le paternalisme médical repose sur l'idée que le praticien, à l'image d'un père envers ses enfants, détient seul le savoir et l'autorité pour décider de ce qui est le mieux pour ses patients, sans nécessairement prendre en compte leur avis dans le processus décisionnel. Ce modèle, désuet, évolue vers de nouveaux modèles, plus centrés sur le patient. Cette transition d'un paternalisme médical à une relation plus équilibrée s'est traduite dans l'évolution des textes, en particulier avec la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le consentement et le modèle biomédical

Le modèle biomédical est centré sur la maladie, et non sur le malade. Il exclut par nature l'environnement et le contexte particulier de chaque patient.

Ce modèle est très pertinent pour les phénomènes aigus (pulpite irréversible par exemple), mais est particulièrement inadapté pour traiter les pathologies chroniques (le risque carieux ou la maladie parodontale par exemple). Certains auteurs parlent aussi de médecine de précision [13].

Le modèle biopsychosocial, par exemple le modèle Montréal-Toulouse

Ce modèle implique une relation plus équilibrée entre les chirurgiens-dentistes et les patients en matière de communication et de prise de décision. Le modèle centré sur la personne [17, 18] promeut une dentisterie centrée sur le patient et une dentisterie sociale. Ce modèle présente trois types de phases (compréhension, prise de décision et intervention) que les chirurgiens-dentistes devraient entreprendre à chacun des trois niveaux qui se chevauchent (individuel, communautaire et sociétal). Le consentement libre et éclairé est au cœur de ce modèle.

Approche systémique

In fine, si la charge de la preuve de la délivrance de l'information est celle du praticien, le recueil du consentement du patient est un art difficile.

Le praticien ne doit donc pas se limiter à un rôle technique, mais également avoir des compétences psychologiques et relationnelles.

Cette relation s'inscrit dans un système hypercomplexe, dans lequel la relation patient/praticien ne peut être réduite à elle seule, sans prendre en compte ce qui l'entoure.

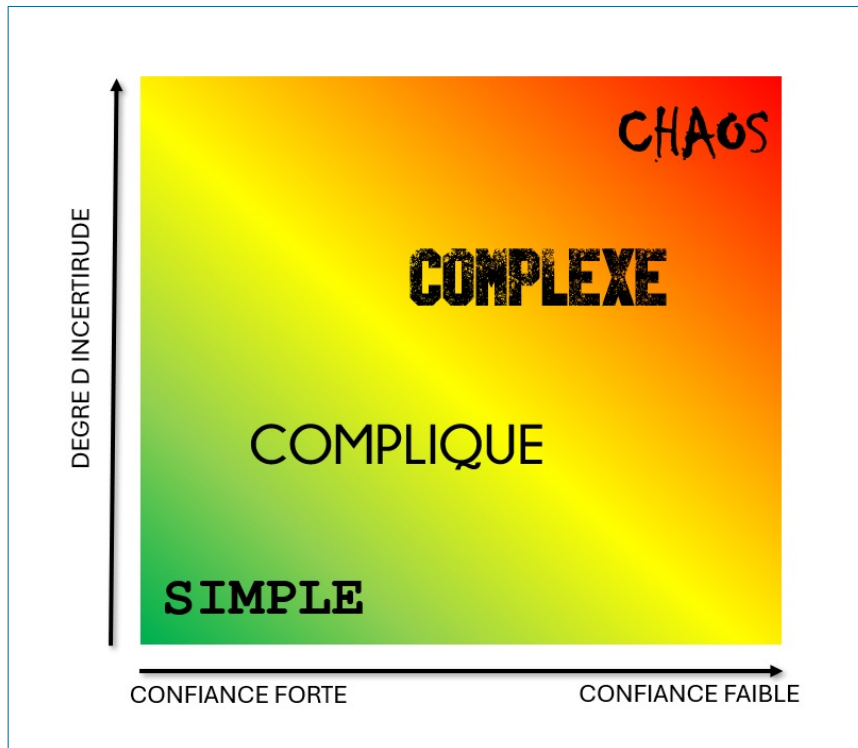


Figure 2
Pour maintenir une relation sereine entre praticien et patient, l'énergie nécessaire pour obtenir le consentement du patient doit être importante.
© Culture santé

CONCLUSION

L'obtention d'un consentement réellement libre et éclairé permet d'accroître le niveau de confiance entre le patient et le praticien. Plus le niveau de confiance est élevé, plus la relation entre le patient et le praticien sera simple. Plus le degré de complexité du traitement est important, plus les risques pris par le patient sont impactants, et plus le niveau de confiance doit être élevé, afin de maintenir le degré de complexité le plus simple possible. Autrement dit, si on veut maintenir une relation sereine, plus l'énergie nécessaire pour obtenir le consentement du patient doit être importante (figure 2).

Dans la pratique : plus l'acte médical est risqué (complications, douleurs), peu nécessaire (esthétique), long et coûteux, plus il faut prendre du temps pour recueillir le consentement afin de maintenir une relation simple.

1. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056
2. Article R4127-236 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588204
3. FEDCAR | Fédération des Autorités Compétentes et Régulateurs Dentaires Européens [Internet]. 2024 [cité 22 déc 2024]. Disponible sur: <https://fedcar.eu/fr/>
4. Ringanadépoullé S. Ce que les médecins savent mais ne disent pas. Les limitations de l'exercice du consentement éclairé. Nouvelle revue de psychosociologie 2023;35(1):107-18.
5. MACSF.fr. MACSF.fr. [cité 22 déc 2024]. Consentement éclairé du patient. Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/analyse-de-decisions/consentement-eclairer-du-patient>
6. ADF Consentement éclairé du patient, vos formulaires pour le recueillir [Internet]. [cité 16 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.adf.asso.fr/>

- articles/consentement-eclairer-du-patient-vos-formulaires-pour-le-recueillir
7. Article D6322-30 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919322
8. Règlement - 2016/679 - FR - rgdp - EUR-Lex [Internet]. [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/fra>
9. MACSF. MACSF.fr. [cité 16 févr 2025]. Consentement et information du majeur protégé. Disponible sur: <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/consentement-et-information-du-majeur-protège>
10. Quesne A. La relation de soin à l'épreuve de l'intelligence artificielle: rupture ou continuité? Droit, Santé et Société 2021;2(2):55-60.
11. Stoeklé HC, Deleuze JF, Vogt G, Hervé C. Vers un consentement éclairé dynamique. Med Sci (Paris) 2017;33(2):188-92.
12. Stoeklé HC, Ivasevitch A, Mellot F, Grenier P, Hervé C. Intelligence artificielle et apport du

- consentement éclairé dynamique en radiologie. Droit, Santé et Société 2021;2(2):61-5.
13. Glauzy A, Duclos-Vallée JC. Les enjeux du consentement dans la pratique médicale à l'ère de la médecine de précision. Nouvelle revue de psychosociologie. 7 juin 2023;35(1):133-46.
14. Auacheria A. Faut-il avoir peur des robots-dentistes? Santé Publique 2023;35(HS1):173-7.
15. Abad S. La déshumanisation programmée? Éthique & Santé [Internet]. 25 juin 2024 [cité 10 févr 2025]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462924000643>
16. Article L6322-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721225
17. Bedos C, Apelian N, Vergnes JN. Towards a biopsychosocial approach in dentistry: the Montreal-Toulouse Model. Br Dent J 2020;228(6):465-8.
18. Bedos C, Apelian N, Vergnes JN. What should people expect from person-centred dental visits? The Montreal-Toulouse Wheel of expectations. Br Dent J 2021;231(4):249-53.