

UNIVERSITÉ DE NANTES

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2020-2021

N° 3744

**NÉCESSITÉS ET ENJEUX RÉGLEMENTAIRES DE LA MISE EN
PLACE DES TÉLÉCONSULTATIONS DENTAIRES DANS DES
ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES
ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)**

**EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE DE TÉLÉCONSULTATIONS
DENTAIRES DANS DES EHPAD EN LOIRE ATLANTIQUE**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée

et soutenue publiquement par

Camille VANDEN BERGHE



le 12 juillet 2021 devant le jury ci-dessous :

Président : Mme le Professeur Fabienne PEREZ

Assesseur : M le Professeur Laurent LE GUEHENNEC

Assesseur : Mme le Docteur Cécile DUPAS

Directeur de thèse : M. le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

UNIVERSITE DE NANTES	
<u>Président</u> Pr BERNAULT Carine	
	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
<u>Doyen</u> Pr GIUMELLI Bernard	
	
<u>Assesseurs</u> Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte M. AMOURIQ Yves M. BADRAN Zahi M. GIUMELLI Bernard M. LABOUX Olivier M. LE GUEHENNEC Laurent	M. LESCLOUS Philippe Mme LOPEZ-CAZAUX Serena Mme PEREZ Fabienne M. SOUEIDAN Assem M. WEISS Pierre
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. JEAN Alain	
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles Mme ARMENGOL Valérie Mme BLERY Pauline M. BODIC François Mme CLOITRE Alexandra Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie M. DENIS Frédéric Mme ENKEL Bénédicte M. GAUDIN Alexis M. HOORNAERT Alain Mme HOUCHMAND-CUNY Madline Mme JORDANA Fabienne M. LE BARS Pierre M. NIVET Marc-Henri M. PRUD'HOMME Tony Mme RENARD Emmanuelle M. RENAUDIN Stéphane Mme ROY Elisabeth M. STRUILLOU Xavier M. VERNER Christian	M. ALLIOT Charles Mme ARRONDEAU Mathilde Mme CLOUET Roselyne M. EVRARD Lucas M. GUIAS Charles M. GUILLEMIN Maxime Mme HASCOET Emilie Mme HEMMING Cécile M. HIBON Charles M. KERIBIN Pierre Mme OYALLON Mathilde Mme QUINSAT Victoire Eugenie M. REMAUD Matthieu M. RETHORE Gildas M. SERISIER Samuel Mme TISSERAND Lise
PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile	Mme HYON Isabelle
ATTACHÉS HOSPITALIERS	
M. ELHAGE Louis-Marie M. GLOMET Jérémy Mme PAGBE NDOBO Pauline Mme PREVOT Diane	Mme RICHARD Catherine M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel M. STRUBE Nicolas

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Fabienne PEREZ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Toulouse 3

Habilitée à Diriger les Recherches

Chef du département d'Odontologie Conservatrice - Endodontie

Chef du Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury,

Pour l'enseignement théorique que vous avez pu me transmettre au cours de mes études, et le souci de la rigueur dans l'exercice clinique,

Pour votre disponibilité et votre réactivité,

Veillez recevoir l'expression de mon plus grand respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins
d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger les Recherches

Chef du Département de Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé

Odontologie Légale

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,

Pour l'enseignement théorique que vous m'avez transmis,

Pour votre patience et votre bienveillance dans l'enseignement clinique,

Pour votre disponibilité, votre écoute et votre gentillesse au cours de la rédaction de ma thèse,

Pour vos lectures attentives et vos réflexions avisées,

Veillez recevoir l'expression de ma plus grande gratitude et le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent LE GUEHENNEC

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger les Recherches

Chef du Département de Prothèses

- NANTES -

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury,

Pour l'enseignement clinique que vous m'avez transmis,

Pour l'intérêt que vous portez au domaine des téléconsultations dentaires en EHPAD,

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Cécile DUPAS

Odontologue des Hôpitaux

Ancien Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires – Service Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

Responsable UF Odontologie de l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire – Service Missions Santé Publique

- NANTES -

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury,

Pour l'enseignement clinique que vous m'avez transmis notamment lors des travaux pratiques d'endodontie,

Pour votre dévouement et pour m'avoir accompagnée dans la recherche de sujet,

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur Guillaume CARO

Directeur Pôle affaires médicales, recherche et stratégie territoriale

Secrétaire général du GHT 44

- NANTES -

*Pour l'intérêt que vous portez au domaine de la télémédecine et à son déploiement,
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.*

SOMMAIRE

Sommaire	9
Introduction	13
1 Cadre réglementaire de la télédentisterie	14
1.1 Définition et origines de la télémédecine	14
1.1.1 Définition.....	14
1.1.2 Le personnel de l'acte de télémédecine	14
1.1.2.1 Professionnel médical et professionnel de santé.....	14
1.1.2.2 Tiers technologiques	15
1.1.2.3 Les rôles de réalisateur, prescripteur et débiteur	15
1.1.3 Les cinq actes de télémédecine.....	16
1.1.3.1 La téléconsultation	16
1.1.3.2 La téléexpertise	16
1.1.3.3 La télésurveillance médicale	17
1.1.3.4 La téléassistance médicale	17
1.1.3.5 La régulation médicale d'urgence	17
1.2 Cadre réglementaire de la télémédecine	17
1.2.1 Historique du cadre législatif	17
1.2.2 Eléments réglementaires requis	18
1.2.2.1 Consentement libre et éclairé	18
1.2.2.2 Authentification, identification et accès aux données médicales.....	19
1.2.2.3 Tenue du dossier médical.....	19
1.2.2.4 Pertinence et déontologie du projet de télémédecine	20
1.2.3 Modalités d'exercice et prise en charge par l'Assurance Maladie.....	21
1.2.3.1 Modalités d'exercice en télémédecine.....	21
1.2.3.1.1 Formation et contractualisation du professionnel médical	21
1.2.3.1.2 Modalités techniques.....	21
1.2.3.2 Prise en charge par l'Assurance Maladie.....	22
1.2.4 Responsabilité de l'acte de télémédecine.....	22
1.2.4.1 Responsabilité du professionnel médical ou de l'établissement	22
1.2.4.2 Particularités dans le cadre de la téléexpertise.....	23
1.2.4.3 Responsabilité du tiers technologique	24
1.2.5 Information et secret médical.....	25

1.2.5.1	Information.....	25
1.2.5.2	Secret médical et échange d’informations.....	25
1.3	Extension de la télémédecine à la télédentisterie.....	26
1.3.1	Application des cinq actes de télémédecine.....	26
1.3.1.1	La téléconsultation en dentisterie.....	26
1.3.1.2	La téléexpertise en dentisterie.....	26
1.3.1.3	La télésurveillance en dentisterie.....	27
1.3.1.4	La téléassistance en dentisterie.....	27
1.3.1.5	La régulation médicale d’urgence en dentisterie.....	27
1.3.2	Place du personnel requis en télédentisterie.....	27
1.4	Cadre réglementaire de la télédentisterie en 2020.....	28
1.4.1	La télédentisterie, un acte non pris en charge par l’Assurance Maladie.....	28
1.4.2	Le contrat de télédentisterie.....	28
1.4.3	Cadre déontologique de la télédentisterie.....	29
2	Nécessité et enjeux de la mise en place de la télédentisterie en EPHAD.....	30
2.1	La télémédecine, un secteur en pleine expansion.....	30
2.1.1	Nécessité de développement.....	30
2.1.2	La stratégie de transformation du système de santé : « Ma santé 2022 ».....	31
2.2	Les besoins bucco-dentaires chez les personnes âgées en EPHAD.....	32
2.2.1	État des lieux épidémiologique de la santé bucco-dentaire en EPHAD.....	32
2.2.1.1	Le haut niveau de dépendance des résidents d’EHPAD.....	32
2.2.1.2	L’impact de la dépendance sur la santé bucco-dentaire.....	33
2.2.1.3	Les caractéristiques du mauvais état de santé bucco-dentaire en EHPAD.....	34
2.2.1.3.1	Edentement.....	34
2.2.1.3.2	Usure dentaire.....	34
2.2.1.3.3	Maladie carieuse.....	35
2.2.1.3.4	Parodontopathies.....	36
2.2.1.3.5	Lésions muqueuses.....	36
2.2.1.3.6	Hyposialie et xérostomie.....	37
2.2.2	L’impact de la mauvaise santé buccale sur la santé et la qualité de vie des résidents.....	37
2.2.2.1	Impact sur la qualité de vie.....	37
2.2.2.2	Dénutrition.....	37
2.2.2.3	Altération de l’état de santé général.....	38
2.2.3	Les difficultés d’accès aux soins dentaires pour les résidents d’EHPAD.....	38
2.2.3.1	L’hygiène bucco-dentaire délaissée au sein des EHPAD.....	38
2.2.3.1.1	Le manque de sensibilisation des résidents.....	38

2.2.3.1.2	Une priorité délaissée par le personnel soignant	39
2.2.3.2	Le manque de formation des chirurgiens-dentistes pour une prise en charge complexe	40
2.2.3.3	Une prise en charge par l'Assurance Maladie incomplète	40
2.2.3.4	Un lien difficile à établir entre cabinet dentaire et EHPAD	41
2.3	La télédentisterie, une réponse efficace pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire en EPHAD	42
2.3.1	Les différents projets mis en place.....	42
2.3.1.1	Projet « e-Dent » à Montpellier (2014)	42
2.3.1.2	Projet « Tel-e-Dent » à Guéret (Creuse) (2013-2016)	43
2.3.1.3	Le Buccobus (2005-2008)	43
2.3.1.4	La mallette portative (2003).....	44
2.3.1.5	Les plateformes régionales et privées de télémédecine	44
2.3.2	Efficacité clinique de la téléconsultation	44
3	Télémédecine et protection du patient.....	45
3.1	Apports de la télémédecine	45
3.2	Droit des patients et enjeux de protection des données personnelles.....	46
3.2.1	Réglementation à propos des données personnelles	46
3.2.1.1	Définition des données à caractère personnel	46
3.2.1.2	Réglementation	47
3.2.2	Le dossier médical partagé : DMP.....	47
3.2.3	Sécurité du système informatique	48
3.2.3.1	Les données médicales de plus en plus convoitées	48
3.2.3.2	Sécurisation des systèmes.....	49
3.2.3.2.1	Incidents du système informatique et signalements	49
3.2.3.2.2	Respect des référentiels d'interopérabilité et de sécurité.....	49
3.2.3.2.3	Hébergement sécurisé des données	50
3.3	Limites déontologiques et juridiques de la télémédecine.....	51
4	Projet de mise en place de téléconsultations dentaires dans des EHPAD en Loire-Atlantique	52
4.1	Besoins spécifiques en Loire-Atlantique.....	52
4.2	Cadre du projet.....	52
4.3	Description du projet.....	53
4.4	Acceptation par le patient et intégration de la téléconsultation en France.....	55
	Conclusion.....	57
	Bibliographie	58
	Annexes	67

Annexe 1.....	67
Annexe 2.....	72
Annexe 3.....	73

INTRODUCTION

La stratégie nationale de santé lancée en 2018, constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle vise à réduire les fortes inégalités sociales et territoriales toujours persistantes en termes de santé. Parmi ses objectifs figure la réduction des inégalités *via* l'avènement du numérique et l'innovation.

Face à la pandémie de la Covid-19 déclarée en mars 2020 en France, les systèmes de santé ont été contraints d'évoluer, mettant en œuvre de nouveaux moyens pour poursuivre une activité de soins malgré les difficultés liées au confinement national. C'est ainsi que le Ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran, à l'occasion d'un Conseil du Numérique en Santé (CNS) en juin 2020, a déclaré "*Les outils numériques ont été parmi les premiers gestes barrières pour les professionnels de santé [...] S'il fallait trouver une vertu à l'épidémie, c'est d'avoir révélé la pertinence de certaines pratiques numériques, notamment la télémédecine.*" En effet, jusqu'à 1 million d'actes de télémédecine par semaine ont été enregistrés durant la période du confinement en mars 2020 (1).

Le numérique semble être une solution, permettant d'offrir un meilleur accès aux soins aux personnes marginalisées, parmi lesquelles figurent les personnes résidant en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Tout comme la télémédecine, la téléodontologie se développe, proposant une offre de soins en termes de santé bucco-dentaire, accessible et efficace.

Ainsi, si la mise en place de téléconsultations dentaires en EHPAD s'inscrit dans un objectif de réduction des inégalités d'accès à la santé, il semble intéressant de se demander quels en sont les réels besoins et quels sont les enjeux réglementaires de leur mise en place.

Après nous être intéressés au cadre réglementaire de la téléodontologie, nous verrons la nécessité et les enjeux de la mise en place de téléconsultations dentaires en EHPAD. Nous aborderons les enjeux de protection des données personnelles des patients dans le cadre de la télémédecine, pour finir par la description d'un projet de mise en place de téléconsultations dentaires dans des EHPAD de Loire-Atlantique.

1 CADRE REGLEMENTAIRE DE LA TELEEDENTISTERIE

1.1 DEFINITION ET ORIGINES DE LA TELEMEDECINE

1.1.1 DEFINITION

La télémédecine est une forme de pratique médicale permettant la prise en charge du patient à distance grâce à l'implication des nouvelles technologies.

Depuis 2009, l'article L6316-1 du Code de Santé publique définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* », tels que l'informatique, l'audiovisuel, le multimédia, internet et les télécommunications (2). Ces « (Nouvelles) Technologies de l'Information et de la Communication » (NTIC ou TIC) regroupent toutes les techniques permettant de traiter les informations numériques et de les transmettre (3).

1.1.2 LE PERSONNEL DE L'ACTE DE TELEMEDECINE

1.1.2.1 Professionnel médical et professionnel de santé

Outre l'utilisation des nouvelles technologies, plusieurs catégories de personnels entrent en jeu dans la réalisation de l'acte de télémédecine.

Les professions de la santé sont décomposées en trois catégories selon le Code de Santé Publique : les professions médicales tels que les médecins, sages-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10), les professions d'auxiliaires médicaux, tels que les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire médical, etc.... (art. 4311-1 à 4394-4) ; ainsi que les professions de la pharmacie et de la physique médicale comme les pharmaciens, préparateurs en pharmacie et physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3)(2).

Ce même code prévoit que l'acte de télémédecine mette en rapport « *un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient, et le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* » (art. L6316-1)(2). Ainsi dans tout acte de télémédecine, le professionnel médical et le(s) professionnel(s) de santé sont les acteurs : le professionnel médical (médecin ou sage-femme ou chirurgien-dentiste), appelé aussi personnel requis car il est indispensable à la réalisation de l'acte ; et un ou plusieurs professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire médical, etc.), personnel(s) requérant(s), c'est-à-dire qu'ils peuvent ou non être présents pour un acte de télémédecine ; ils aident au déroulement de l'acte lorsque cela est nécessaire.

1.1.2.2 Tiers technologiques

A ces deux types de personnels, on rajoute le(s) tiers technologique(s) qui assure(nt) la qualité et la sécurité de la communication numérique entre le patient et les différents intervenants.

Ces tiers technologiques peuvent être les différents prestataires techniques des réseaux de télémédecine ; ceux qui fabriquent et vendent le matériel, incluant les ordinateurs, les outils de connexion au réseau Internet, les caméras numériques et les divers périphériques ; les prestataires qui assurent le développement et le fonctionnement de logiciels d'exploitation ou d'application, ainsi que la compression et la décompression des images et des informations transmises ; les prestataires assurant l'assemblage, la réparation et la maintenance des différents éléments ; et enfin les opérateurs de télécommunications qui assurent l'acheminement des données transmises (4).

Tous ces tiers technologiques sont considérés comme indépendants les uns vis-à-vis des autres, n'étant responsables uniquement que des prestations mises à leur charge (4).

1.1.2.3 Les rôles de réalisateur, prescripteur et débiteur

La télémédecine vient bouleverser la répartition traditionnelle des rôles, connue dans l'exercice classique de la médecine (5).

Trois fonctions sont habituellement retrouvées dans le cadre de l'activité d'un professionnel médical : la réalisation, la prescription et le débit. Le médecin est tout d'abord réalisateur. Il effectue un acte intellectuel pour poser un diagnostic, ou technique pour soigner le patient. Il est également prescripteur en recommandant le patient à un confrère, en prescrivant des traitements ou des examens complémentaires effectués dans un second temps. Il est enfin débiteur car c'est lui qui délivre les informations, les ressentis physiques ou les avis médicaux concernant le patient. Classiquement, ces trois aspects sont compris dans un seul acte, et gouvernés par un unique professionnel médical.

En télémédecine, ces fonctions ne sont pas toujours accomplies par le professionnel médical dans leur entièreté. Si c'est une téléconsultation, le médecin analyse les données médicales du patient, pose un diagnostic et lui propose un traitement. Il est donc réalisateur de l'acte dans sa globalité. En revanche, s'il s'agit d'un acte de téléassistance, le médecin sera réalisateur de l'acte dans sa dimension intellectuelle mais la dimension technique de l'acte médical sera assumée par le professionnel de santé situé aux côtés du patient.

De plus, la dimension de prescription en télémédecine s'avère différente. Le médecin qui, à distance, demande par exemple la prise de tension ou de température du patient par le professionnel de santé, s'avère être prescripteur. La prescription est donc un acte beaucoup plus fréquent et instantané dans la cadre de la télémédecine.

Enfin, le professionnel médical n'est pas débiteur dans l'acte de télémédecine du fait de la distance qui le sépare du patient. Les gestes diagnostiques et médicaux prescrits par le

médecin seront pratiqués par l'intermédiaire situé, lui, auprès du patient. Celui-ci transmettra ensuite ses ressentis physiques et son avis, devenant alors le débiteur.

1.1.3 LES CINQ ACTES DE TELEMEDECINE

La télémédecine se découpe en cinq différents actes, qui déclinent la pratique d'un exercice médical à distance : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale d'urgence, décrits par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 en application de l'article L6316-1 du Code de Santé Publique (2) (6).

Ces cinq actes font écho aux objectifs de la télémédecine mentionnés dans sa définition : « *elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque, un suivi à visée préventive, ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* » (art. L6316-1)(2).

1.1.3.1 La téléconsultation

La téléconsultation est une consultation délivrée à un patient, par un professionnel médical situé à distance (6). Un professionnel de santé ou un psychologue peut être auprès du patient et assister le professionnel médical, mais celui-ci n'est pas indispensable au déroulement de la téléconsultation.

Elle permet l'établissement d'un diagnostic, éventuellement d'une prescription, et peut ouvrir vers un traitement ultérieur.

1.1.3.2 La téléexpertise

La téléexpertise est l'acte qui consiste pour un professionnel médical, à solliciter un ou plusieurs professionnels médicaux ayant des formations ou compétences particulières, afin de requérir un avis lié à la prise en charge du patient. Le professionnel médical requérant doit alors mettre à disposition les informations médicales nécessaires pour obtenir un avis éclairé de ses confrères (6). Elle doit avoir lieu en l'absence du patient ou de tout professionnel de santé.

L'acte de téléexpertise peut être interprété comme l'officialisation d'une pratique déjà existante : désormais grâce à l'usage des nouveaux outils numériques, les échanges entre professionnels sont facilités, et le respect des données personnelles des patients est assuré.

En outre, cette pratique s'inscrit pleinement dans la législation. En effet, le code de déontologie médicale dans son article 60 prévoit le recours du praticien à un confrère « dès

que les circonstances l'exigent » en faisant appel à un professionnel médical en situation régulière d'exercice (art. R.4127-60)(2).

1.1.3.3 La télésurveillance médicale

La télésurveillance médicale permet au professionnel situé à distance d'analyser les données d'un patient afin d'assurer son suivi médical, et de les interpréter afin de prendre les décisions nécessaires à sa bonne prise en charge (6). La télésurveillance médicale permet le suivi de l'évolution d'une pathologie, et offre au professionnel médical de décider de la nécessité de mise en place d'un traitement, de son ajustement, de son retrait, etc.

L'enregistrement et la transmission des données de santé peuvent être automatisés ou assurés par le patient. Le rôle de l'infirmière peut également être intéressant dans cette situation.

1.1.3.4 La téléassistance médicale

Lorsqu'un patient est situé dans une zone géographique particulièrement isolée, ou qu'une intervention requiert un professionnel médical doté d'une expertise dans un domaine, un professionnel santé peut avoir recours à son assistance pour réaliser l'acte à distance. Il s'agit alors d'un acte de téléassistance médicale (6).

1.1.3.5 La régulation médicale d'urgence

La régulation médicale d'urgence correspond à la réponse médicale apportée dans le cadre du traitement de l'urgence par exemple dans les centres du SAMU. C'est un acte pratiqué en réponse à une demande d'un patient en situation d'urgence situé à distance (6). Il peut aboutir à la prescription d'un traitement adapté.

1.2 CADRE REGLEMENTAIRE DE LA TELEMEDECINE

1.2.1 HISTORIQUE DU CADRE LEGISLATIF

Un cadre réglementaire pour la télémédecine s'est lentement esquissé au fil des années, permettant finalement d'encadrer cette pratique et de la démocratiser.

Le 25 juin 1999, un premier encadrement législatif se met en place grâce à la loi n°99-533 « Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable ». Le législateur évoque l'usage de nouvelles technologies dans les hôpitaux pour participer au développement de la télémédecine afin d'assurer une répartition égale de l'accès aux soins sur l'ensemble du

territoire (art.15)(7). En définissant la télémédecine comme un outil mis à disposition des professionnels de santé pour permettre l'accès aux soins, la loi fait entrer cette pratique dans la législation française.

Par la suite, le 13 août 2004, la loi n°2004-810 « Relative à l'Assurance Maladie » met fin à l'interdiction de l'exercice libéral à distance (art.32)(8). Cette loi inscrit ainsi la télémédecine comme une pratique légale, mais de nombreux rapports et auteurs montrent qu'il manque une assise juridique suffisante pour permettre vraiment son développement. Des freins d'ordre juridique persistent encore du fait de l'existence de textes réglementaires antérieurs à la loi qui ne sont plus adaptés (4). En outre, la méconnaissance des conditions de facturation et du respect de la déontologie en télémédecine entretiennent le sentiment de méfiance des praticiens vis-à-vis de cette pratique (4).

C'est le 21 juillet 2009 que la loi n° 2009-879 « Hôpital Patients Santé Territoires » (HPST) marque une rupture majeure : suite aux amendements adoptés par cette loi, l'article introduisant la définition de la télémédecine, est ajouté au Code de la Santé Publique avec la référence L6316-1 (art.78)(9). La télémédecine obtient alors un statut juridique et devient un véritable bras de levier puissant pour restructurer l'organisation des soins (4). Il ne s'agit plus uniquement de réguler l'usage de la télémédecine mais d'en faire une pratique à part entière, à développer pour des intérêts de Santé publique. Le 24 décembre 2009, le Code de la Sécurité Sociale prend pleinement en compte la pratique de la télémédecine dans la notion de consultation médicale : « *Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique* »(10). Ainsi les téléconsultations font entièrement partie de l'activité médicale et ne sont plus considérées comme un simple « *avis ou [...] conseil dispensé à un patient par téléphone* » comme le mentionnait le Code de déontologie médicale en 1995 (art.53)(11).

Dans la lignée de ce cadre législatif, à partir du 24 décembre 2009 la responsabilité du déploiement des projets de télémédecine est confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS) (art. L162-47)(10).

1.2.2 ELEMENTS REGLEMENTAIRES REQUIS

1.2.2.1 **Consentement libre et éclairé**

Le décret d'application de la loi HPST (n°2010-1229 du 19 octobre 2010) détermine plusieurs axes réglementaires et les conditions de mise en œuvre pour les actes de télémédecine. Comme pour tout acte médical, les actes de télémédecine doivent tout d'abord être réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne (6).

Le consentement du patient est également nécessaire pour permettre l'échange d'informations relatives à la personne entre les professionnels par le biais des technologies de l'information et de la communication (6). La spécificité de la télémédecine par rapport à un acte de médecine classique réside dans la nécessité de requérir le double consentement du patient : le patient consent à l'acte et également à l'hébergement de ses données de santé ou à leur transmission entre les professionnels de santé, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication (art. R6316-2)(2). Ce consentement peut être attesté

et recueilli par voie dématérialisée ; il peut également être retiré à tout moment (art. R6316-2)(2).

En cas de refus du patient, le professionnel doit respecter cette décision. Il est souhaitable de le consigner dans le dossier, et de proposer une prise en charge via un autre procédé médical. Dans les cas où le patient est hors d'état d'exprimer son consentement, le médecin doit consulter sa famille ou un proche, sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité (art. R4127-36)(2).

1.2.2.2 Authentification, identification et accès aux données médicales

Selon le même décret, chaque acte de télémédecine doit être réalisé dans des conditions permettant de garantir l'authentification des professionnels de santé, l'identification du patient et l'accès à ses données médicales (6).

Les professionnels intervenant dans l'acte doivent être authentifiés (art. R.6316-3)(2). Le personnel requérant doit également s'engager à communiquer toutes les informations médicales pertinentes et nécessaires pour l'expert requis.

Le patient, lui, doit être identifié et fournir les données médicales nécessaires à la réalisation de l'acte, y compris les données NIR¹(Numéro d'inscription au répertoire de l'INSEE).

La formation ou la préparation

du patient et des professionnels à l'utilisation du dispositif de télémédecine, lorsque cela s'impose, est également une obligation réglementaire (art. R.6316-3 ; art. R.6316-9)(2).

1.2.2.3 Tenue du dossier médical

Toujours selon le décret d'application de la loi HPST, la mise à jour du dossier patient lors de l'acte de télémédecine est obligatoire et doit renseigner le compte-rendu de la réalisation de l'acte ainsi que les prescriptions médicamenteuses effectuées ; l'identité des professionnels participants ; la date et l'heure et le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte (6).

Qu'ils soient personnels requérant ou requis, les membres du personnel médical doivent mentionner les informations concernant leur intervention auprès du patient, tout en veillant à respecter le secret médical (art. R.6316-4)(2).

¹ NIR (Numéro d'inscription au répertoire de l'INSEE) : couramment appelé numéro de sécurité sociale, il correspond à 13 chiffres, propres à chaque patient. Une personne est automatiquement inscrite sur le répertoire lors de l'établissement de son acte de naissance. Ce numéro permet notamment l'élaboration des statistiques démographiques par l'INSEE.

1.2.2.4 Pertinence et déontologie du projet de télémédecine

Le décret du 13 septembre 2018 relatif aux « Modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine », a largement simplifié les modalités d'exercice et de mise en place des projets de télémédecine. Il a permis notamment la suppression des démarches administratives préalables, en abrogeant les dispositions du Code de la Santé Publique qui mentionnaient la nécessité de contractualisation avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et le conventionnement entre les acteurs de l'activité de télémédecine (art. R. 6316-6 ; art. R. 6316-7 ; art. R. 6316-8)(2) (12). Ainsi désormais l'activité de télémédecine n'a plus besoin de faire l'objet d'une convention ou d'un programme signé avec l'ARS.

En revanche, l'acte de télémédecine constitue toujours un acte médical à part entière et ne doit pas faire l'objet de dispositions particulières propres à son exercice. La déontologie doit s'y appliquer comme à tout autre acte médical. Ainsi le Conseil National de l'Ordre des médecins précise que le projet de télémédecine doit s'inscrire dans un souci d'amélioration de l'accès aux soins sur le territoire (13). La télémédecine ne doit pas se substituer à la médecine classique, mais plutôt améliorer l'offre de soins là où il y a des besoins : en termes de déontologie, un projet de télémédecine ne pourra recevoir d'approbation s'il existe déjà une offre de soins suffisante sur le territoire concerné, et s'il n'apporte pas d'amélioration dans la prise en charge des patients (13).

En outre, pour compléter la dimension déontologique de l'exercice de la télémédecine, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit des critères d'éligibilité du patient à la télémédecine. Le contexte clinique (antécédents du patient, traitements en cours, symptômes), les données médicales nécessaires à la prise en charge, la volonté du patient, la présence d'un accompagnant, les capacités du patient (limites physiques, mentales, cognitives) sont autant de paramètres qui doivent orienter le professionnel médical à prendre en charge ou non le patient par un acte de télémédecine (14). Les situations dans lesquelles la télémédecine semble contre-indiquée sont celles où le patient est dans un état sévère et doit être vu, lorsqu'un examen clinique physique doit être absolument réalisé par le médecin, lorsqu'un geste technique doit être fait, si le patient ne dispose pas de l'équipement nécessaire au bon fonctionnement de la télémédecine, en cas d'intoxication, ou s'il présente des troubles cognitifs ou liés au langage, empêchant sa bonne prise en charge par télémédecine (14). Le professionnel médical est le seul à pouvoir déterminer si la consultation est réalisable à distance ou non. La consultation à distance révèle donc de la seule décision du médecin, qui évalue la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en face à face, grâce aux critères évoqués (15). Il peut être mis fin à tout moment à la téléconsultation, si le praticien considère la situation inappropriée ou si le patient le souhaite. Dans ce cas, l'arrêt prématuré de l'acte de télémédecine doit être consigné dans le dossier et une autre prise en charge doit être organisée (15).

1.2.3 MODALITES D'EXERCICE ET PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

1.2.3.1 Modalités d'exercice en télémédecine

1.2.3.1.1 Formation et contractualisation du professionnel médical

En dehors de l'acte de régulation médicale, tout professionnel médical souhaitant pratiquer un acte de télémédecine, doit disposer d'un contrat spécifique, et détenir la formation et les compétences techniques requises (6). Il doit être détenteur d'une autorisation d'exercice délivrée par le Ministère de la Santé, d'un contrat de télémédecine (précisant les actes et les personnels requérant et requis) ainsi que d'une convention précisant les actes autorisés dans la pratique de la télémédecine (6). Pour garantir la viabilité des actes de télémédecine, et dans le cadre de l'authentification des professionnels de santé, la validation d'un diplôme d'exercice de profession médicale, la nationalité et l'inscription au Conseil de l'Ordre correspondant sont également nécessaires.

Tout professionnel médical peut, en théorie, pratiquer la téléconsultation, quelle que soit sa spécialité, son secteur (secteur 1 ou 2), son lieu d'exercice (libéral ou salarié) et sa localisation géographique (France métropolitaine ou DOM-TOM) (15).

Afin de contrôler l'exercice de cette pratique et de freiner les dérives, chaque praticien doit réaliser ses activités de télémédecine dans le cadre d'un contrat de télémédecine, généralement conclu avec le Conseil de l'Ordre de la profession. Ce contrat fixe les modalités de l'exercice.

1.2.3.1.2 Modalités techniques

Pour une pratique adaptée de la télémédecine, le professionnel médical doit disposer de matériel et d'équipements appropriés, comprenant des outils de communication pour la téléconsultation (vidéotransmission), et des outils informatiques d'échange, de partage et de stockage des données (messagerie sécurisée de santé et/ou accès à une plateforme d'échange sécurisée, hébergeur de données de santé agréé ou certifié en cas d'externalisation des données) (15). Avant la consultation, il doit envoyer au patient un lien par mail, l'invitant à se connecter à l'heure prévue du rendez-vous sur un site ou une application sécurisé(e), depuis un ordinateur ou une tablette équipée d'une webcam et reliée à Internet (16).

Sur conseil de son médecin et si cela s'avère nécessaire, le patient pourra également se rendre dans une cabine de téléconsultation installée à proximité de chez lui, qui disposera d'appareils de mesure et d'examen, facilitant le diagnostic (balance, tensiomètre, stéthoscope, etc.). Ces cabines se démocratisent dans les maisons de santé, les pharmacies et dans d'autres lieux publics accessibles aux patients (16).

Il est également recommandé pour le professionnel médical d'évaluer sa pratique et le ressenti des patients, en mettant en place un questionnaire de satisfaction à l'issue de l'acte de télémédecine, et en réalisant le suivi et l'analyse des événements indésirables (ex. : problèmes techniques, interruption de téléconsultation, etc.) (15). Une fois la téléconsultation

terminée, le praticien doit faire parvenir au patient, si nécessaire, son ordonnance par voie postale ou électronique (16).

Le décret du 13 septembre 2018 a également simplifié la démarche administrative en permettant aux professionnels de santé facturant des actes de télémédecine, de pouvoir déroger aux dispositions de l'article R. 161-43 du Code de la Sécurité Sociale qui prévoit la signature par l'assuré des feuilles de soins, qu'elles soient électroniques ou sur support papier (art. R. 161-43)(2) (12). La Carte Vitale ne pouvant être lue à distance, une feuille de soins sera émise électroniquement et la vérification des droits de l'assuré sera faite *via* un service en ligne (16).

Bien que la primo-consultation ne soit pas prohibée de la pratique de télémédecine, la téléconsultation est d'autant plus pertinente déontologiquement lorsque la relation patient-professionnel est bien établie (15).

1.2.3.2 Prise en charge par l'Assurance Maladie

A partir de septembre 2018, la télémédecine entre dans la liste des actes pris en charge par l'Assurance Maladie (12).

Pour cela, le parcours de soins coordonnés doit être respecté, c'est-à-dire que le médecin traitant doit avoir orienté au préalable le patient vers le médecin téléconsultant si ce n'est pas lui-même qui réalise la téléconsultation. Des exceptions à cette règle existent cependant pour l'accès direct aux spécialistes (tels que : gynécologue, ophtalmologue, stomatologue, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie) ; pour les patients âgés de moins de 16 ans ; pour une situation d'urgence et pour les patients ne disposant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant est indisponible dans un délai compatible avec leur état de santé (17).

Si toutes ces conditions sont validées, la consultation est facturée au même tarif qu'une consultation classique, suivant les règles de prise en charge par l'Assurance Maladie (70% du tarif de base par l'Assurance Maladie et 30% restants à la charge du patient ou de la complémentaire / 100% de prise en charge par l'Assurance Maladie pour les personnes en affection de longue durée ALD). Le tiers-payant s'applique également. De son côté, le médecin téléconsultant facture l'un des deux actes de téléconsultation créés à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) selon les codes « TCG » ou « TC ». Les modes de paiement sont identiques à ceux d'une consultation classique, y compris la possibilité de recourir au paiement en ligne, par carte bancaire, depuis une plateforme spécifique (16).

1.2.4 RESPONSABILITE DE L'ACTE DE TELEMEDECINE

1.2.4.1 Responsabilité du professionnel médical ou de l'établissement

Dans le cadre de l'acte de télémédecine, les règles de responsabilité applicables aux professionnels de santé sont les mêmes que celles applicables à la pratique traditionnelle de la médecine. La pratique déontologique de l'acte de télémédecine étant la même que celle de

tout acte médical, avec ou sans télémédecine. La responsabilité civile professionnelle est basée sur le principe de responsabilité fondée sur la faute : les professionnels ne sont responsables des conséquences dommageables des actes médicaux qu'en cas de faute (art. L.1142-1)(2). Cette responsabilité médicale repose surtout sur le respect des droits du patient : l'information le consentement éclairé, ainsi que l'obligation de recourir à un avis spécialisé lorsque le praticien n'a pas les compétences requises.

Par ailleurs, la responsabilité pénale est strictement personnelle : le professionnel de santé est responsable de ses propres actes en cas de notamment d'homicide ou blessures involontaires, de non-assistance à personne en danger ou encore de violation du secret médical (art. 226-13 CSP)(18).

En ce qui concerne les situations dans lesquelles un patient cherche à être indemnisé d'un dommage, il faut distinguer plusieurs cas de figures engageant plus ou moins la responsabilité personnelle du professionnel de santé, selon son statut.

Lorsque le professionnel de santé exerce dans un établissement de santé public ou qu'il est salarié d'un établissement privé, il ne peut voir sa responsabilité personnelle engagée, dès lors qu'il a agi dans le cadre de ses fonctions professionnelles. L'employeur ou le directeur d'établissement assume la responsabilité juridique de l'acte de télémédecine, à condition qu'il en soit dument informé et qu'il ait donné son accord pour l'exercice de cette pratique. Ainsi en cas de litige, c'est lui qui doit indemniser la victime. Si la faute commise est détachable des fonctions du professionnel de santé, ou qu'il en a abusé, sa responsabilité personnelle peut être engagée.

Lorsque le professionnel de santé exerce à titre libéral, il engage sa responsabilité personnelle et en cas de litige, les éventuelles réclamations financières des patients lui reviennent. Il peut néanmoins être couvert par un contrat d'assurance en responsabilité civile professionnelle, qui doit couvrir la pratique de la télémédecine.

Pour ces raisons, dans la plupart des projets rencontrés, les professionnels de santé qui concourent à une activité de télémédecine exercent dans un établissement de santé engageant sa responsabilité en cas de litige.

Au-delà de toute responsabilité et selon le Code de la Santé Publique, « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » (art. R. 4127-5)(2). Ainsi tout médecin peut refuser de s'engager dans un processus de télémédecine, notamment s'il estime que son indépendance professionnelle n'est pas conservée. De même, il doit rester entièrement libre quant au choix d'avoir recours ou non à la téléconsultation, en fonction de la pertinence de la situation (13).

1.2.4.2 Particularités dans le cadre de la téléexpertise

En outre, des particularités existent en termes de responsabilité professionnelle dans le cas des actes de téléexpertise.

En effet, le professionnel médical ou l'établissement requérant qui sollicite l'intervention d'un confrère, sélectionne les informations qu'il lui fournit. Il est donc responsable des données

recueillies auprès du patient et télétransmises, ainsi que des décisions thérapeutiques prises à la suite de l'avis donné par le confrère .

Le télé-expert requis, qui répond à la sollicitation de son confrère, doit avoir connaissance des éléments du dossier médical qu'il juge nécessaires pour donner son avis spécialisé. Il engage sa responsabilité sur le diagnostic délivré au regard des informations fournies par son confrère, et dans la limite des informations qui lui auront été communiquées. Il appartient au télé-expert (médecin requis) de prendre en compte les limites inhérentes de la télé-médecine, et en particulier la possible sélection des informations par le médecin requérant, altérant ainsi la qualité de l'information transmise. En cas de doute, il devra solliciter des informations complémentaires, ou indiquer qu'il ne peut donner un avis compte-tenu de l'insuffisance des renseignements fournis ou de la qualité médiocre des images s'il s'agit d'examen d'imagerie médicale .

Sur le plan médico-légal, la télé-médecine, et encore davantage la télé-dentisterie, a suscité peu de plaintes. Seule une contestation relevée le 21 mai 2010 au tribunal administratif de Grenoble a fait suite à un acte de télé-expertise, précisant la manière dont les responsabilités des intervenants pourront être appréciées par les juges. Il s'agit d'un accident de parapente, à la suite duquel un patient doit être hospitalisé en raison d'un traumatisme crânien. Une fois le scanner cérébral réalisé, le centre hospitalier demande l'avis du service de neuro-chirurgie du CHU voisin, à partir de la vidéo-transmission des images de l'examen. Le service de neuro-chirurgie fait alors savoir que l'état du patient ne nécessite pas d'opération particulière immédiatement ; mais le lendemain, le patient tombe dans le coma et décède. A l'issue du décès, le tribunal administratif relève une faute commune au centre hospitalier et au CHU, du fait d'une mauvaise interprétation des images médicales. Des signes radiologiques signifiaient en effet une aggravation de l'état du patient et une nécessité de prise en charge rapide. Le CHU a alors invoqué un doute sur la réception des deux plaques d'images par son service de neuro-chirurgie, et une interrogation sur la qualité des images transmises. Mais le tribunal a tranché sur la responsabilité du CHU, précisant qu'aucun élément du dossier médical constitué au CHU suite à la réception des images, ne mentionnait cette réserve sur leur qualité et leur caractère complet. Le médecin requérant est donc responsable des informations télé-transmises, et du choix thérapeutique final ; et le médecin requis, du diagnostic qu'il pose au regard des informations fournies par son confrère et du choix thérapeutique qu'il fait (19).

1.2.4.3 Responsabilité du tiers technologique

Il existe des obligations et des responsabilités liées à l'utilisation d'outils technologiques et à la présence de tiers technologiques dans l'acte de télé-médecine. L'implication de tiers technologique crée une situation juridique nouvelle, pouvant compliquer les circonstances et créer une dilution des responsabilités (4).

Le matériel de télé-médecine étant assimilé à un dispositif médical, le médecin doit en connaître l'usage, le maniement et les limites. Selon le principe de responsabilité sans faute du médecin et comme le mentionne le Code de la Santé Publique, les professionnels de santé ou l'établissement dans lequel ils exercent sont responsables des conséquences dommageables des actes médicaux, en dehors du cas où le matériel médical s'avère être défectueux (art. L.1142-1)(2). Ainsi en cas d'un dommage causé à un patient lié au dysfonctionnement du matériel de télé-médecine, le médecin ou l'établissement de santé pourront voir leur responsabilité engagée.

En revanche, en l'absence de faute, ils ont la possibilité se retourner contre le tiers technologique concerné, pour manquement aux obligations (art. R. 6316-10)(2). En effet, les tiers technologiques sont responsables de la fiabilité, de la sécurité du matériel et de la maintenance des outils de technologie, d'information et de communication. Ainsi par exemple, un recours peut être exercé contre le tiers technologique si un lien est démontré entre le préjudice subi par le patient, et une mauvaise transmission du son ou de l'image qui aurait été de nature à perturber l'analyse médicale (4).

D'autre part, le professionnel de santé est tenu de s'assurer de la compétence des tiers technologiques, ainsi que du respect du secret professionnel, engageant sa responsabilité personnelle (par exemple pour l'hébergement sécurisé des données). Et à l'inverse, les tiers technologiques sont responsables de la formation des professionnels des établissements de santé, à l'utilisation des outils technologiques.

1.2.5 INFORMATION ET SECRET MEDICAL

1.2.5.1 Information

Selon le décret d'application de la loi HPST (6), le consentement libre et éclairé de la personne est requis pour la pratique de tout acte de télémédecine. Cependant, le consentement libre et éclairé ne peut être obtenu qu'avec une information préalable efficace. Selon la déontologie, le médecin a une obligation d'information loyale et claire. Sans ces informations, le consentement du patient ne peut être considéré comme libre et éclairé (art.L.1111-2 CSP et suivants, R. 4127-35 CSP et suivants)(2) (art. 16-3 CSP)(20). C'est pourquoi le contenu de l'information est également soumis à des réglementations.

Dans le cas de la télémédecine, le médecin doit informer et recueillir un consentement éclairé du patient à propos de l'acte médical en lui-même, mais également à propos de l'usage du procédé de télémédecine (21). Cette information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel (en dehors du contexte de l'urgence).

La Haute Autorité de Santé a établi une liste des informations devant être transmises au patient, parmi lesquelles figurent les informations d'ordre médical identiques à celles d'une consultation classique mais aussi les particularités de la prise en charge par télémédecine. Les actes pratiqués, leurs coûts, et la durée prévisionnelle ; les rôles et responsabilités des intervenants ou les collaborations avec les autres professionnels de santé doivent également être mentionnés. Quant à la transmission et au stockage des données, le médecin doit préciser les mesures prises pour assurer sécurité des données et respect de la vie privée, la confidentialité. Les risques potentiels (notamment ceux associés à la technologie) et la procédure en cas de problème technique (mode dégradé) doivent être abordés. Le professionnel médical doit absolument avertir le patient si l'acte de télémédecine est enregistré. Pour finir, la possibilité de prise en charge hors télémédecine, et la possibilité de refuser la télémédecine doivent être précisés (14).

1.2.5.2 Secret médical et échange d'informations

Pour s'inscrire dans un cadre déontologique, l'acte de télémedecine doit préserver le secret médical comme tout acte médical (art. L.1110-4 CSP)(2). Ce secret médical couvre tout ce qui est mis à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, ce qui lui a été confié mais également ce qu'il a vu, entendu ou compris (art. R.4127-4 CSP)(2).

En revanche, le secret médical fait exception en cas d'infractions pénales, comme des privations ou sévices, dans des situations laissant supposer que la victime est en danger immédiat et qu'elle ne peut pas se protéger ; ou dans le cas où la délivrance de cette information permet la protection du patient ou d'une autre personne (art. R.4127-4 CSP)(2).

De plus l'acte de télémedecine étant un acte partagé entre plusieurs professionnels de santé, ils peuvent échanger les informations relatives au patient, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication, sauf en cas d'opposition de celui-ci (6).

1.3 EXTENSION DE LA TELEMEDECINE A LA TELEDENTISTERIE

1.3.1 APPLICATION DES CINQ ACTES DE TELEMEDECINE

1.3.1.1 **La téléconsultation en dentisterie**

La téléconsultation est l'acte de télémedecine le plus courant en chirurgie dentaire. Classiquement, son déroulement est le suivant : le professionnel médical, le chirurgien-dentiste, est le professionnel requis et le réalisateur de l'acte. Le professionnel de santé à côté du patient (une infirmière ou une aide-soignante) est le professionnel requérant et débiteur des informations nécessaires au déroulement de l'acte. Dans le cas de la téléconsultation dentaire, le patient ne peut pas être seul avec la caméra car la prise des images est trop compliquée pour être réalisée par lui-même, dans sa propre bouche. C'est donc le professionnel de santé qui réalise l'acquisition des images grâce à la caméra (5).

Les informations ainsi recueillies et transmises au chirurgien-dentiste, lui permettent d'analyser, de diagnostiquer puis de prescrire ou de programmer un acte, qu'il réalisera lui-même par la suite ou qu'il fera réaliser par l'un de ses confrères (5).

1.3.1.2 **La téléexpertise en dentisterie**

Face à l'hyperspécialisation de la profession de chirurgien-dentiste, il est fréquent de trouver des praticiens n'exerçant que dans une des disciplines de l'art dentaire (orthodontie, endodontie, parodontologie, occlusodontie, pédodontie, chirurgie orale...). L'acte de téléexpertise pourrait permettre à un praticien de requérir à distance, l'avis d'un autre confrère ayant des compétences spécifiques, améliorant ainsi la prise en charge du patient et lui évitant de se déplacer, tout en réduisant les délais d'attente.

En envisageant ainsi l'acte de téléexpertise en odontologie, le chirurgien-dentiste constitue le personnel requérant ; et le confrère spécialisé dans un domaine (le télé-expert) est alors le personnel requis.

1.3.1.3 La télésurveillance en dentisterie

A l'inverse, la télésurveillance est un acte difficile à envisager et à réaliser dans la profession dentaire car peu de données peuvent être recueillies permettant le suivi d'une pathologie. La télésurveillance sera sûrement l'acte de télémédecine le moins utilisé en pratique bucco-dentaire (5).

1.3.1.4 La téléassistance en dentisterie

La téléassistance est intéressante pour la profession dentaire. Elle peut s'exercer sous deux scénarios, selon qu'elle inclut les professionnels médicaux ou les professionnels de santé.

Dans le cas où un professionnel médical a besoin de l'assistance d'un confrère dans la réalisation d'un acte qu'il n'effectue que très rarement, il peut alors avoir recours à la téléassistance en sollicitant un confrère doté d'une plus grande expertise, qui le guide pour réaliser l'acte.

Dans le cas où un patient est situé dans une zone géographique particulièrement isolée, le professionnel de santé peut se faire assister par un professionnel médical pour réaliser un « acte ». Ici la juridiction ne précise pas l'étendue de cet acte (acte médical ou acte de soin ?) et laisse penser que ce choix de non-spécification est tout à fait volontaire. En effet, en restant généraliste il permet de ne pas limiter les différentes activités de téléassistance médicale qui vont se développer, tout en écartant l'exercice illégal de la médecine par des professionnels de santé participant à ce type d'activité.

1.3.1.5 La régulation médicale d'urgence en dentisterie

Pendant la crise COVID-19, une régulation médicale téléphonique dentaire a été mise en place, avec envoi possible d'ordonnances par mail. Cette régulation des urgences dentaires par téléphone et parfois même par visio-conférence, réalisée par les chirurgiens-dentistes libéraux, a permis d'éviter l'encombrement des centres 15 sur l'ensemble du territoire, mais aussi de réguler la venue des patients dans les centres de soins d'urgences organisés par les Conseils de l'Ordre Départementaux.

1.3.2 PLACE DU PERSONNEL REQUIS EN TELEDENTISTERIE

Le décret du 19 octobre 2010 stipule qu'un professionnel médical est nécessairement présent pour un acte de télémédecine, et qu'un ou plusieurs professionnels de santé peuvent

participer à cette activité (6). Pour notre pratique dentaire, les professionnels de santé concernés sont l'infirmier diplômé d'état (IDE), l'aide-soignant et l'assistant dentaire (art. L.4311-1 à L4311-29 CSP)(2).

Selon le Code de Santé Publique, le rôle de l'infirmier diplômé d'état est principalement de faire en sorte que le personnel médical ait accès aux informations nécessaires pour l'établissement de son diagnostic (art. L.4311-2 CSP)(2). Ainsi dans le cadre de la télédentisterie, les infirmiers ont le rôle essentiel de recueillir des informations utiles à des fins de diagnostic ou de suivi post-thérapeutique. De plus, le Code de Santé Publique prévoit que l'infirmier diplômé d'état doit disposer de compétences réglementaires en santé bucco-dentaire, et être habilité à pratiquer des « *soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale* » (art. R.4311-7 CSP)(2). Bien qu'aucun acte intéressant directement la télémédecine (et la télédentisterie) ne soit répertorié dans le Code de la Santé publique, l'IDE semble avoir toutes les compétences pour être le requérant idéal dans les activités de télédentisterie.

En revanche, la profession d'aide-soignant ne semble pas avoir les compétences suffisantes pour pouvoir participer à une activité de télédentisterie, même si leur statut le permet.

Depuis juin 2018, l'assistant dentaire est décrit dans le Code de la Santé Publique, comme une aide du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession : il contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire, sous la responsabilité du chirurgien-dentiste, mais ne peut pas effectuer d'actes en tant que tels (art. L.4393-8 CSP)(2). Ainsi, le cadre juridique de la profession d'assistant dentaire ne favorise pas sa participation à l'acte de télédentisterie.

1.4 CADRE REGLEMENTAIRE DE LA TELEDENTISTERIE EN 2020

1.4.1 LA TELEDENTISTERIE, UN ACTE NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Le 13 septembre 2018, le décret relatif aux « Modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine » permet que la téléconsultation devienne accessible à tout assuré, quel que soit son lieu de résidence ; et à tout médecin, quelle que soit sa spécialité (12). Ainsi à partir de 2018, la télémédecine est prise en charge par l'Assurance Maladie.

Mais les téléconsultations dentaires étant classées par ce décret comme des actes hors nomenclature, elles ne sont pas prises en charge. Chaque praticien intervenant dans le cadre de la télémédecine bucco-dentaire s'engage donc à demander ses honoraires personnels au patient, ceux-ci n'étant pas remboursés par l'Assurance Maladie.

1.4.2 LE CONTRAT DE TELEDENTISTERIE

Ce même décret mettant fin à l'obligation de contractualisation entre l'ARS et les professionnels de santé, le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes élabore un contrat de télémedecine bucco-dentaire, afin de définir un cadre juridique et déontologique et de faciliter l'exercice de cette pratique médicale à distance (Annexe 1).

Ce contrat est valable pour les cinq actes définis par décret : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale, s'effectuant soit au cabinet dentaire, soit au sein de l'établissement dans lequel exercent les parties (15). Il est réalisé entre le chirurgien-dentiste requérant, identifié au tableau du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes dudit département et exerçant au sein d'un établissement de santé ; et l'expert requis, aussi identifié au tableau du Conseil de l'Ordre selon sa profession, et exerçant au sein d'un établissement de santé. Ce document doit être communiqué au Conseil Départemental de l'Ordre dont relèvent les parties (22).

Le contrat de télémedecine bucco-dentaire précise qu'en cas de non-respect, la partie envers laquelle l'engagement n'a pas été tenu, peut demander la résolution du contrat ou une réparation des conséquences. Le patient objet du contrat peut également s'opposer au choix de l'expert requis et demander de résilier ce contrat (22).

Dès sa mise en place, un accord sera conclu entre les praticiens et les hébergeurs de données, afin de répondre aux exigences de confidentialité et d'hébergement sécurisé des données à caractère personnel (art. L. 1111-8 CSP)(2).

Outre la communication du contrat de télémedecine au Conseil Départemental de l'Ordre, le praticien doit également déclarer la pratique de la télémedecine bucco-dentaire auprès de son assurance en responsabilité professionnelle.

1.4.3 CADRE DEONTOLOGIQUE DE LA TELEDENTISTERIE

La télédentisterie, comme la télémedecine, doit se dérouler dans le respect du code de déontologie des chirurgiens-dentistes (art. R.4127-201 CSP et suivants)(2). Parmi ces dispositions, on retrouve des modalités identiques à l'exercice de la télémedecine. L'identification du patient et son information, le consentement libre et éclairé, l'authentification des professionnels participant à l'acte, l'obligation de délivrance de soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, sont autant de principes requis pour la pratique de cette activité. Des rapports de bonne confraternité entre les praticiens sont également nécessaires, et la conciliation d'un éventuel litige doit se faire si possible par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre Départemental.

Le chirurgien-dentiste intervenant s'engage à demander ses honoraires personnels pour l'acte, avec « *tact et mesure* », en tenant compte des tarifications en vigueur, selon les actes dispensés ou des circonstances particulières (art. R.4127-240 CSP)(2). La législation prévoit que les honoraires ne peuvent être réclamés que si un acte de télédentisterie a réellement été effectué : le simple avis ou conseil délivré à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à une tarification.

2 NECESSITE ET ENJEUX DE LA MISE EN PLACE DE LA TELEIDENTIFICATION EN EPHAD

2.1 LA TELEMEDECINE, UN SECTEUR EN PLEINE EXPANSION

2.1.1 NECESSITE DE DEVELOPPEMENT

Dès 1993, la télémédecine fait déjà parler d'elle pour ses intérêts médico-économiques. Mais certains rapports évoquent un certain nombre d'obstacles au développement de cette pratique, notamment un déficit d'organisation et un problème de responsabilité (23). Malgré tout, la Commission Galien, de son vrai nom « Haut Conseil Français de la Télésanté et des Coopérations Francophones » (créée en 2008), soutient la généralisation de la télémédecine et demande un appui politique plus important (24).

Fin 2009, un rapport parlementaire est réalisé à la demande du Président de la République, proposant un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France (25). On retrouve dans ce rapport des recommandations ayant pour but de mener à bien une politique cohérente de la télémédecine en France ; ainsi qu'une étude, basée sur l'analyse d'expériences d'applications de télésanté et télémédecine (25).

Le 9 juin 2011, la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine est mise en place lors d'un Conseil des ministres, et confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS) pour sa mise en œuvre. A ce moment, la télémédecine est notamment mise en valeur pour favoriser l'accès aux soins en termes d'imagerie médicale, de traitement aigu de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), de soins spécialisés dans les établissements pénitentiaires, dans la surveillance de pathologies chroniques, la prise en charge de patients venant d'EHPAD, pour des plaies chroniques ou des troubles psychiatriques (26).

Des expérimentations de télémédecine sont mises en place avec le projet ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé), instauré par la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2014. L'objectif de ces expérimentations est de développer les activités de télémédecine, de définir leur cadre juridique, et fixer une tarification des actes permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale (27).

En janvier 2016 puis en octobre 2017, sont évoquées les priorités nationales en termes de santé, mettant en avant la volonté de développement du numérique et de la télémédecine à l'horizon 2020 (28) (29). La « *lutte contre les inégalités sociales et territoriales en accélérant le développement de la télémédecine clinique* », et l'« *engagement de l'état pour soutenir l'innovation au sein de l'organisation des territoires et de la télémédecine* » figurent par exemple parmi les 4 priorités évoquées par la ministre des solidarités et de la santé (29).

En 2018, le député Thomas Mesnier déclare que la télémédecine « *permet, dans deux tiers des cas, de prodiguer un conseil téléphonique évitant un passage aux urgences, voire une consultation médicale* » (30). Et c'est ainsi que le 15 septembre 2018, dans un souci de désengorgement des services d'urgence, l'Assurance maladie annonce dans un communiqué que la téléconsultation devient accessible sur l'ensemble du territoire en France, lorsque le médecin considèrera la situation comme adaptée (31). C'est ainsi que dans la « Loi de

financement de la sécurité sociale pour 2018 » figure l'autorisation du financement des pratiques professionnelles de téléconsultations et de télé-expertises dans le droit commun de la Sécurité sociale. En parallèle, l'expérimentation ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé) est conservée pour préciser notamment l'usage de la télésurveillance sur cinq grandes pathologies en particulier : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète et prothèses cardiaques implantables.

Un an après, le 15 septembre 2019, on compte plus de 60 000 téléconsultations facturées sur l'ensemble du territoire français. En mars 2020, la télémédecine connaîtra un essor important avec la pandémie COVID-19 et l'épisode de confinement. Alors que l'Assurance Maladie comptait moins de 10 000 téléconsultations par semaine jusque début mars 2020, le nombre de téléconsultations par semaine est monté jusqu'à 80 000 la semaine du 16 mars 2020 (première semaine de confinement) (32).

Selon l'Assurance Maladie, près d'un médecin généraliste sur trois y a eu recours durant la deuxième semaine de confinement (semaine du 23 mars 2020), contre moins d'un sur dix la semaine précédente. En effet, la facilité d'accès aux services de téléconsultation en ligne a notamment permis à cette pratique de se développer à l'échelle nationale en peu de temps (32).

2.1.2 LA STRATEGIE DE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE : « MA SANTE 2022 »

Depuis le 18 septembre 2018, une nouvelle stratégie de transformation du système a été lancée en France par Emmanuel Macron et la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn. Cette démarche, nommée « Ma santé 2022 », vise à mettre le patient au centre des services de soins, à répondre aux problèmes d'accès aux soins en France et à réformer les études de santé d'ici 2022 (33). Cinq chantiers prioritaires sont lancés en mars 2018 pour le déploiement du projet, orientés autour de la qualité des soins et la pertinence des actes ; l'organisation territoriale des soins ; les modes de financement et de régulation ; les ressources humaines et la formation ; et enfin le numérique (33).

Le vaste chantier du numérique vise, d'ici 2022, à déployer différentes orientations comme renforcer la gouvernance du numérique en santé, notamment grâce à la Délégation ministérielle du Numérique en Santé (DNS) chargée de piloter l'ensemble des chantiers de transformation numérique ; assurer la sécurité des systèmes d'information en santé (déploiement d'un service national de cybersurveillance en santé) et accélérer le déploiement des services numériques « socles » comme le Dossier Médical Partagé (DMP), les messageries sécurisées, ou encore le système de e-prescription.

Pour chaque patient (sauf refus explicite de sa part), un espace numérique personnel sera ouvert, lui offrant un accès sécurisé à ses propres données de santé. Il pourra notamment y retrouver ses comptes-rendus d'hospitalisation, ses résultats d'examen et documents déposés dans son dossier médical partagé (DMP), ou encore les informations sur ses droits à l'assurance maladie (33). Chaque patient disposant de l'espace numérique de santé (ENS) pourra également avoir accès à des informations utiles concernant l'offre de soins du territoire, il aura accès aux services de prise de rendez-vous en ligne proposés par les

professionnels et les établissements de santé. Par ailleurs, cet espace accompagnera l'utilisateur en lui proposant des outils d'éducation et de prévention adaptés à sa situation (33). L'existence du compte Ameli (28 millions déjà ouverts) et la généralisation du DMP en novembre 2018 ont constitué les premières pierres opérationnelles de cet espace numérique individuel. D'autre part, est également envisagé le déploiement de la e-prescription, en vue de sa généralisation en 2021-2022 (33).

Ce seront au total plus de 3,4 milliards d'euros qui seront consacrés, d'ici 2022, à Ma Santé 2022, dont 500 millions d'euros pour la transformation numérique en ville et à l'hôpital (33).

L'objectif d'un meilleur accès aux soins visé par la politique « Ma santé 2022 » prévoit d'être notamment accompli par le déploiement de la télémédecine. « *Désormais reconnue comme un acte médical de droit commun, la télémédecine sera encouragée avec la définition de cibles prioritaires (structures d'exercice coordonné, EHPAD, hôpitaux de proximité...) et l'association d'autres professions de santé dans les territoires* » (33).

De plus, parmi les 10 mesures phares de la réforme, une labellisation des premiers « Hôpitaux de proximité », est prévue, avec l'objectif de reconnaissance de 500 à 600 établissements. Ces derniers assureront des missions hospitalières de proximité, et devront disposer d'équipes mobiles et d'équipements de télémédecine (33).

2.2 LES BESOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES PERSONNES AGEES EN EPHAD

2.2.1 ÉTAT DES LIEUX EPIDEMIOLOGIQUE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN EPHAD

2.2.1.1 **Le haut niveau de dépendance des résidents d'EHPAD**

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des maisons de retraite médicalisées, qui proposent un accueil en chambre. Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans, qui ont besoin de soins au quotidien et d'aide dans les actes de la vie quotidienne selon leur niveau de dépendance. Ainsi le personnel de l'EHPAD aide les résidents dans les actes essentiels de la vie, tandis qu'une équipe soignante encadrée par un médecin coordinateur, réalise les soins. Le médecin coordinateur s'occupe également de la coordination des interventions du médecin traitant de chaque résident (qui n'est pas le médecin coordinateur) et des interventions des différents spécialistes. Ainsi le résident a le libre choix de son médecin traitant, celui-ci devant avoir signé une convention avec l'EHPAD pour pouvoir y intervenir (34).

Pour évaluer la perte de dépendance des personnes âgées, l'outil fréquemment utilisé est la grille AGGIRR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources). Cette grille a été élaborée par des médecins de la Sécurité sociale, de la Société française de Gérontologie et par des informaticiens. Elle s'est imposée comme l'outil de référence national et est notamment utilisée dans le cadre de l'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) pour les personnes âgées à domicile, ou lors de l'admission d'un nouveau résident en EHPAD. Elle permet de vérifier si la personne âgée peut réaliser seule correctement la plupart des activités du quotidien, ou si elle a besoin d'une aide ponctuelle ou continue (35).

La grille AGGIR évalue les fonctions mentales et capacités corporelles dans la vie courante, grâce à une observation et à une série de questions, qui permettent de déterminer l'appartenance de la personne âgée à l'un des 6 niveaux GIR (« Groupes Iso-Ressources ») (35). Plus le niveau GIR est faible (sur l'échelle de 1 à 6), et plus le niveau de dépendance de la personne est élevé (Annexe 2). Les dix critères de la grille AGGIR sont relatifs à la perte d'autonomie physique et psychique : la cohérence, l'orientation dans le temps et l'espace, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, ainsi que la communication à distance (35).

Face à l'état actuel des projections et du vieillissement croissant de la population française, les politiques encouragent le maintien des personnes âgées à domicile par le biais de structures et services d'accompagnement. De plus, le maintien des seniors à leur domicile permet souvent de les maintenir en meilleure santé physique et psychologique. Mais lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les personnes vieillissantes intègrent un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Le niveau de dépendance des personnes en EHPAD est plus élevé contrairement aux personnes âgées encore au domicile. En 2017, parmi les personnes âgées à domicile (bénéficiaires d'une allocation APA), 58% d'entre eux sont classés en GIR 4 contre 19% en GIR 1 ou 2. A l'inverse, parmi les personnes âgées en établissement, 23% sont classés en GIR 4, contre 59% classés en GIR 1 ou 2 (36).

Les EHPAD sont des acteurs majeurs pour la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie. L'âge moyen d'entrée en institution en France avoisine les 85 ans depuis 2011 (37). Selon l'enquête EHPA, en décembre 2015 les EHPAD accueillaient 10% des personnes âgées de 75 ans ou plus et 33% de celles âgées de 90 ans ou plus (38).

En outre, depuis 40 ans la population française vieillit et le vieillissement s'accélère compte tenu de l'avancée en âge des *baby-boomers* : en 1975, 13 % de la population avait 65 ans ou plus, contre 20 % en 2019 (39). Mais au-delà du vieillissement de la population, on assiste également à une augmentation de la proportion de personnes âgées dépendantes en France (36).

2.2.1.2 L'impact de la dépendance sur la santé bucco-dentaire

Le défi de la pérennité des fonctions et de la qualité de vie liée à la santé orale est un objectif qui s'impose à tout chirurgien-dentiste dans le cadre de l'accompagnement du « bien vieillir ». La pérennité des restaurations dentaires passe par une hygiène bucco-dentaire suffisante et un entretien minutieux. Elle est donc dépendante de la capacité des personnes à assurer une hygiène bucco-dentaire efficace, et à réaliser des visites régulières chez un chirurgien-dentiste pour assurer la maintenance de ces traitements (40).

Avec l'accroissement de la dépendance chez la personne âgée, une détérioration de l'hygiène bucco-dentaire et donc de l'état buccal peut apparaître. Les diminutions de la dextérité ou de l'acuité visuelle sont des handicaps lorsqu'il s'agit de réaliser un brossage minutieux, de passer des brossettes interdentaires ou le fil dentaire (40). Il est reconnu que le niveau de dextérité attendu pour un brossage efficace est le même que celui de la capacité à écrire en écriture cursive (40).

Et pourtant, alors que les besoins bucco-dentaires des personnes âgées sont importants, le recours aux chirurgiens-dentistes ne progresse pas avec l'âge (41). Les nombreuses enquêtes épidémiologiques menées en EHPAD révèlent que l'état de santé bucco-dentaire des résidents est délabré et l'accès aux soins limité. Selon une étude menée par l'URCAM des Pays de Loire, 4 résidents d'EHPAD sur 5 auraient besoin de traitements bucco-dentaires (42).

La perte d'autonomie de ces patients âgés impacte largement leur santé bucco-dentaire du fait de leur inaptitude à réaliser les soins d'hygiène de la vie quotidienne. On parle de patients à « *besoins spécifiques* », c'est-à-dire que leurs affections bucco-dentaires sont les mêmes qualitativement que la population générale, mais elles sont plus fréquentes, plus précoces, plus avancées et de localisation différente. La connaissance de la spécificité de leurs pathologies bucco-dentaires ainsi qu'une bonne collaboration multidisciplinaire sont essentielles à une prise en charge globale adaptée de ces patients.

2.2.1.3 Les caractéristiques du mauvais état de santé bucco-dentaire en EHPAD

2.2.1.3.1 Edentement

L'édentement figure parmi les atteintes bucco-dentaires fréquentes chez les résidents d'EHPAD, retrouvé chez 35 à 60% d'entre eux (43). Dans une étude menée en 2008 dans des maisons de retraite en Espagne, il a été constaté 53% des personnes âgées de 85 à 89 ans étaient édentées à la fois au maxillaire et à la mandibule, et que seulement 5% d'entre elles avaient l'intégralité de leurs dents naturelles encore en bouche (44). La plupart des enquêtes montre une prévalence de l'édentement proche de 60 % chez les patients âgés en institution (45). Il a d'ailleurs été démontré un lien positif entre le nombre de dents absentes et l'âge (46).

D'autre part, les édentements sont fréquemment non compensés, ou mal compensés. Parmi les résidents de la maison de retraite en Espagne, 28% des prothèses étaient mal ajustées, et 18% d'entre elles nécessitaient un remplacement total (44). L'édentement, comme le port de prothèses mal adaptées ont un réel rôle dans la perte significative de poids (45).

Secondairement, l'édentement et l'absence de calage postérieur, s'ils ne sont pas réhabilités par une solution prothétique, peuvent engendrer des troubles occlusaux (surcharges et traumatismes occlusaux, déséquilibre des contacts) à l'origine de mobilités dentaires, ou de troubles au niveau des articulations temporo-mandibulaires (ATM).

2.2.1.3.2 Usure dentaire

L'usure dentaire est également fréquemment retrouvée chez les personnes âgées. Il existe plusieurs étiologies à ces usures dont les plus fréquentes sont le bruxisme et les reflux acides.

Le bruxisme désigne des grincements de dents caractérisés par des mouvements masticatoires stéréotypés ou par la tension ou la pression répétée des mâchoires l'une contre l'autre. Il peut entraîner des douleurs musculaires, articulaires et parfois des céphalées, mais

également des dommages dentaires : fractures, expositions pulpaire, endommagement des restaurations existantes conduisant à une perte de dimension verticale d'occlusion.

Le bruxisme d'éveil peut être le symptôme de troubles neurocognitifs tels que les maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson (47). En effet, selon une étude de Kwak et coll. (2009), le bruxisme d'éveil atteindrait 27,3% de patients atteints de démence, 4% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et 2,2% des patients atteints de la maladie de Parkinson (48).

Ensuite les reflux acides peuvent également provoquer des usures dentaires par un phénomène d'érosion. Dans une étude de Schroeder et coll., l'érosion dentaire est présente chez 40 % patients souffrant de reflux gastro-œsophagiens (49). En outre les sujets âgés sont particulièrement touchés par les reflux gastro-œsophagiens (RGO), du fait d'un alitement prolongé, ou des affections dégénératives neurovasculaires : on estime à 48% la prévalence du RGO chez les sujets âgés (50).

Du fait des reflux acides, les dents érodées deviennent plus sujettes à l'usure : une fois exposée, la dentine se détériore plus rapidement que l'émail, les tubuli dentinaires et la pulpe deviennent alors exposés (donnant lieu à une hypersensibilité au chaud, au froid, au sucré et au toucher). Les dents érodées seront également plus sensibles au bruxisme et plus sensibles aux caries (51).

2.2.1.3.3 *Maladie carieuse*

L'atteinte carieuse est très fréquemment retrouvée chez les personnes âgées dépendantes. L'indice CAO (Cariées, Absentes, Obturées) comptabilise dans une bouche le nombre de dents cariées, absentes ou obturées. Chez les patients dépendants, cet indice est plus élevé que dans la population générale (52).

De plus, les formes de caries retrouvées chez les personnes âgées ne sont pas identiques à celles retrouvées dans la population générale. En effet, chez les personnes dépendantes, ce sont les caries radiculaires qui sont le plus fréquemment rencontrées, et non les caries coronaires comme dans le reste de la population (53). Les caries radiculaires chez les personnes âgées sont dues à l'accumulation de plaque dentaire au niveau du collet (caries du collet). La diminution de la dextérité manuelle, la perte d'autonomie et l'alimentation molle ayant tendance à adhérer aux surfaces dentaires, expliquent également ce phénomène (54). En outre, la xérostomie, la radiothérapie, les troubles auto-immuns, le tabagisme, les troubles moteurs mentaux, les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, la malocclusion, les récessions gingivales sont de facteurs de risque favorisant (53). Lorsque ces formes de caries se développent sous la gencive, le traitement conservateur peut s'avérer difficile voire impossible et la dent doit alors être extraite (54).

En revanche, du fait des modifications physiologiques des tissus chez le sujet âgé, la symptomatologie et les complications des lésions carieuses de ce type sur le tissu pulpaire ne suivent pas un mode aigu, comme chez le sujet jeune. Ainsi la pulpite est rare chez la personne âgée et la réaction pulpaire se manifeste plutôt sous forme d'inflammation chronique évoluant à bas bruit. S'en suit le développement d'un processus infectieux à évolution latente et sournoise, pouvant engendrer des détériorations importantes du niveau osseux péri-

dentaire. Le diagnostic se fait alors de manière fortuite et tardive pouvant être à l'origine d'une perte osseuse relativement importante (54).

2.2.1.3.4 Parodontopathies

Les parodontopathies sont des maladies des tissus de soutien de la dent atteignant la gencive, l'os sous-jacent et le ligament alvéolo-dentaire. Elles sont très présentes chez les personnes dépendantes (vivant notamment en institutions), du fait de la difficulté à maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire, et chez les personnes âgées du fait de la dégradation physiologique de l'état parodontal avec l'âge (55).

Les problèmes de santé générale et les mauvaises conditions buccodentaires des personnes âgées dépendantes sont des indicateurs de risque significatifs de perte de dents, augmentant le risque, pour cette population, d'avoir une quantité inférieure de dents par rapport aux personnes non dépendantes du même âge (46) (56).

2.2.1.3.5 Lésions muqueuses

Divers types de lésions muqueuses sont également retrouvées chez les personnes âgées dépendantes.

La candidose est l'une des premières pathologies des muqueuses buccales rencontrées chez le sujet âgé. Caractérisée par des leucoplasies d'origine fongique (à *Candida albicans*), ce type de lésions est favorisé par une hygiène insuffisante, la diminution de la sécrétion salivaire, fréquente chez le sujet âgé, le port de prothèses défectueuses, une antibiothérapie au long court, un diabète non équilibré ou une immunodéficience (57).

Les lésions traumatiques et les stomatites sous-prothétiques chez la personne âgée dépendante sont, dans la majorité des cas, dues à la mauvaise adaptation ou la mauvaise hygiène des prothèses dentaires amovibles. Ces lésions disparaissent une fois l'hygiène prothétique améliorée et la prothèse réadaptée (53).

Les perlèches (ou chéilite angulaire) sont également fréquemment retrouvées chez les patients édentés ayant des prothèses mal ajustées, une perte de dimension verticale et donc sujets au bavage. Ces lésions correspondent à une fissure de la commissure labiale, parfois débordante sur le versant cutané de la lèvre, qui favorise une rétention de salive propice au développement bactérien (53).

Pour finir, la leucoplasie orale, lésion pré-cancéreuse d'aspect blanchâtre, est retrouvée chez les sujets âgés dépendants. Ferme attachée à la muqueuse buccale et fréquemment localisée sur la face interne de la joue, sa cause reste encore inconnue. Néanmoins certains facteurs locaux tels que la candidose, l'absence d'hygiène buccale, une irritation locale, le tabac et l'alcool sont largement incriminés (43).

2.2.1.3.6 Hyposialie et xérostomie

L'hyposialie correspond à la diminution du flux salivaire, entraînant le plus souvent une xérostomie (sensation subjective de sécheresse buccale). Elle est fréquemment d'origine médicamenteuse (psychotropes, antihypertenseurs, antispasmodiques, antiparkinsoniens et autres médicaments administrés dans le traitement des pathologies neurodégénératives) ou due au vieillissement physiologique des glandes salivaires.

Les patients atteints d'hyposialie auront des difficultés à s'alimenter, à déglutir ainsi qu'à parler ; une diminution de la rétention des prothèses ; ainsi qu'un risque carieux, de pathologies parodontales, et d'infections des muqueuses augmenté (58).

2.2.2 L'IMPACT DE LA MAUVAISE SANTE BUCCALE SUR LA SANTE ET LA QUALITE DE VIE DES RESIDENTS

2.2.2.1 Impact sur la qualité de vie

Selon la définition de l'OMS (1946), « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Ainsi la qualité de vie et la réalisation des objectifs de vie sont intimement liées à la santé.

La mauvaise santé bucco-dentaire des personnes âgées a un fort impact sur leur qualité de vie : c'est un véritable problème de santé publique (59). Les pathologies bucco-dentaires peuvent entraîner des douleurs oro-faciales et un inconfort pouvant avoir un impact négatif sur la qualité de vie ; d'autant plus que les personnes fortement dépendantes et/ou avec des troubles cognitifs ne seront pas forcément aptes à verbaliser ces gênes, entraînant des comportements agressifs voire des refus de soins (60). De plus, la bouche est fortement associée à une dimension sociale : les patients édentés étant dans l'incapacité de se nourrir, de parler, de sourire, vivent cela comme une souffrance et un réel handicap, les isolant socialement (61).

2.2.2.2 Dénutrition

Une santé buccale détériorée peut également causer des problèmes de dénutrition chez les personnes âgées dépendantes.

D'après des études., le nombre et la nature des dents présentes en bouche ont un lien avec la qualité de la nutrition (62), et les troubles masticatoires ont un lien avec la perte de poids (63). A l'inverse, les patients dentés ont de meilleurs résultats biologiques au niveau nutritionnel que les patients édentés (62).

De plus, la sénescence des muscles masticateurs et de l'articulation temporo-mandibulaire chez les personnes âgées provoque une instabilité occlusale, une diminution des forces

masticatoires, d'où des problèmes de nutrition (53). L'hyposialie peut également augmenter les difficultés d'alimentation des personnes âgées (53).

La dénutrition chez la personne âgée a généralement pour conséquences une fonte musculaire d'où la détérioration des capacités fonctionnelles et une perte globale de mobilité. D'autre part, la réponse immunitaire est affaiblie (61). La dénutrition a donc un impact sur la mortalité, et la force de cet impact augmente avec l'âge (64).

2.2.2.3 Altération de l'état de santé général

L'état de santé bucco-dentaire et l'état de santé général sont fortement liés. En effet, les pathologies générales influencent l'état buccal et, inversement, le mauvais état buccal aggrave l'état de santé général (65). Ainsi la mauvaise santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes peut avoir une influence négative sur leur état de santé général, et leur état bucco-dentaire peut être expliqué par la dégradation de ce dernier.

Si le diabète a été clairement défini comme un facteur de risque majeur prédisposant à la maladie parodontale, les relations entre maladie parodontale et diabète sont étroites. En effet, les parodontopathies, participeraient au déséquilibre glycémique, particulièrement en cas de diabète de type 2. Ainsi des études montrent l'amélioration du contrôle glycémique chez les diabétiques de type 2, après traitement parodontal non chirurgical (66).

En outre, il a été montré que les maladies cardio-vasculaires touchent 16,3 % des sujets de 65 à 79 ans et 29,7 % des personnes de 80 ans ou plus (67). De nombreuses études ont montré une association positive entre les pathologies bucco-dentaires, et la survenue d'athérosclérose et de pathologies cardio- et cérébro-vasculaires ischémiques (coronaropathies, accidents vasculaires cérébraux, etc.) ou le décès par ces maladies (68) (69).

Pour finir, une mauvaise hygiène bucco-dentaire entraîne des risques de pneumonie d'inhalation chez les patients âgés dépendants. Les sujets âgés, fréquemment atteints de dysphagie, inhalent par fausse route des bactéries de la sphère orale, entraînant des pneumopathies. Une étude met en évidence les facteurs associés à ces pneumopathies : les patients atteints de démence sévère, ayant un statut nutritionnel et un statut oral dégradé (70). La pneumopathie est reconnue comme une cause essentielle de décès en établissement pour personnes âgées et 10% des décès par pneumonie dans ces établissements peut être évité quand on améliore l'hygiène orale (71).

2.2.3 LES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS DENTAIRES POUR LES RESIDENTS D'EPHAD

2.2.3.1 L'hygiène bucco-dentaire délaissée au sein des EHPAD

2.2.3.1.1 Le manque de sensibilisation des résidents

La pratique des soins dentaires en EHPAD est assez peu démocratisée. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs, dont le manque de sensibilisation des résidents. En effet, la génération des personnes âgées actuellement institutionnalisée reste peu sensibilisée à l'importance des

soins dentaires, malgré les efforts de prévention mis en place ces dernières années. Cette population a donc une maîtrise et une connaissance de l'hygiène bucco-dentaire assez restreinte, et peu de demandes en termes de santé bucco-dentaire (72).

Fréquemment, les résidents d'EHPAD sont considérés comme inaptes à entretenir leur hygiène bucco-dentaire par eux-mêmes. Cependant, certains patients auraient encore la capacité d'apprendre les bonnes techniques d'hygiène et de brossage efficace. Le personnel devrait consacrer du temps à cet exercice mais le manque d'effectif ne le permet pas (73).

2.2.3.1.2 Une priorité délaissée par le personnel soignant

L'hygiène bucco-dentaire est délaissée par le personnel soignant au sein des EHPAD. En effet, le manque d'effectif corrélé à l'absence de protocole clairement établi concernant l'hygiène bucco-dentaire au sein des EHPAD amène à délaisser ces soins (74). Une étude menée dans deux établissements pour personnes âgées montre que le personnel soignant reconnaît ne pas assurer régulièrement l'hygiène bucco-dentaire des résidents du fait de la difficulté de coordonner et de réaliser ces soins (50%), par manque de personnel (54%) et par manque de temps (43%) (75).

De plus, un réel manque de formation de l'ensemble des professionnels nuit grandement à l'amélioration significative de la prise en charge des résidents sur cet aspect. Dans la formation des infirmiers, les soins bucco-dentaires sont intégrés dans les soins d'hygiène. Mais ces actes du quotidien sont vus comme secondaires voire inutiles, bien qu'enseignés en théorie en écoles d'infirmier (72). L'enquête réalisée en 2004 auprès de cent EHPAD révèle que 90% des directeurs ignorent le niveau d'hygiène bucco-dentaire délivré aux résidents par leur personnel soignant et 77% des directeurs estiment que leur personnel soignant est insuffisamment formé à l'hygiène bucco-dentaire (43). Pourtant, comme vu précédemment, l'infirmière est responsable des soins d'hygiène bucco-dentaires, et l'aide-soignant(e) a pour rôle de collaborer à ces soins d'hygiène.

Du côté des médecins coordinateurs comme des gériatres, la formation relative au domaine bucco-dentaire reste réduite. Seules des formations complémentaires de type capacité et diplôme universitaire sont éventuellement proposées aux professionnels après l'obtention de leur diplôme de médecine (43).

Pour pallier ce manque de formation du personnel soignant auprès des personnes âgées dépendantes en termes de santé bucco-dentaire, l'UFSB (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) a mis en place en 2014 une action de sensibilisation et de formation. Celle-ci a pour objectif d'améliorer l'accès la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes, de compléter les connaissances du personnel encadrant en matière d'hygiène bucco-dentaire, et d'inclure le bucco-dentaire dans le projet médical d'établissement (76). Trois types d'interventions ont été mises en place : une formation pour le personnel soignant en EHPAD; des actions de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées et de leur famille, permettant de transmettre les conseils d'hygiène bucco-dentaire aux résidents qui conservent une autonomie et la création d'un « *Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées* », relayant des recommandations propres à faire évoluer favorablement et durablement l'état de santé bucco-dentaire des résidents (76).

2.2.3.2 Le manque de formation des chirurgiens-dentistes pour une prise en charge complexe

Les soins bucco-dentaires auprès des personnes âgées dépendantes sont également délaissés par les chirurgiens-dentistes du fait, entre autres, de leur manque de formation dans ce domaine. La prise en charge de la personne âgée dépendante est assez peu évoquée dans le cursus des études de chirurgien-dentiste, créant un inconfort pour le praticien à prendre en charge ces patients (72).

Les premiers objectifs du traitement chez ces patients sont d'éliminer la douleur et les foyers infectieux, puis de rétablir la fonction masticatoire. En effet, les traitements conservateurs et prothétiques réalisés doivent permettre de retrouver un confort buccal, en prenant en compte la notion de bénéfices apportés au patient (74). La suppression des foyers infectieux et la motivation à l'hygiène sont réalisées en première intention. Pour les patients coopérants, les racines résiduelles sont extraites, les soins et prothèses fixes conservables mais non parfaitement étanches sont étanchéifiés au ciment verre-ionomère et enfin, les lésions carieuses coronaires ou radiculaires sont traitées. Concernant les prothèses adjointes, il est préférable de proposer un rebasage pour que le patient n'ait pas de mal à s'habituer à de nouvelles prothèses.

Pour les patients qui ne peuvent plus coopérer et avec lesquels la communication est quasi impossible, la douleur n'est plus exprimée verbalement, mais l'équipe médicale et la famille qui voient évoluer le résident au quotidien sont à même de le remarquer et de le signaler au chirurgien-dentiste (43). La réalisation de ces plans de traitement se fait en collaboration avec les soignants et particulièrement avec le médecin. Ces décisions thérapeutiques basées sur des priorités et des compromis, nécessitent de la part du chirurgien-dentiste des connaissances dans les soins dispensés aux personnes âgées en EHPAD, et par conséquent une formation spécialisée en gérodonologie (43).

Actuellement, beaucoup de praticiens hésitent ou refusent de soigner les personnes âgées dépendantes du fait de la longueur des soins et de leur difficulté avec ce type de patientèle. Pourtant, le chirurgien-dentiste est dans l'obligation de les soigner selon le code de déontologie : « *Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience ces patients, quelque soient leur situation de famille, leur handicap ou leur état de santé* » (art. R.4127-201 CSP et suivants)(2). Contrairement aux soins bucco-dentaires auprès des enfants qui ont été revalorisés par l'Assurance Maladie en raison de leur difficulté de réalisation et leur durée, il n'en est pas de même pour les soins chez les personnes âgées dépendantes.

2.2.3.3 Une prise en charge par l'Assurance Maladie incomplète

L'absence d'une prise en charge complète des soins bucco-dentaires par l'Assurance Maladie pour les résidents d'EHPAD, rend également difficile leur accès aux soins dentaires.

Le prix du séjour en EHPAD est défini par trois types de dépenses : le tarif d'hébergement, le tarif de dépendance ainsi que le tarif de soins, qui constitue un forfait que la caisse

d'Assurance Maladie verse à l'établissement pour subvenir aux frais de santé du résident. Ainsi un projet de soins est mis en place pour chaque résident et coordonné par le médecin coordinateur. Dans ces forfaits de prise en charge définis par la loi relative aux modalités de tarification et financement des EHPAD, les soins bucco-dentaires ne sont pas prévus et ne sont dédommagés ni les frais de déplacement de la personne âgée vers le cabinet dentaire, ni ceux du chirurgien-dentiste vers l'EHPAD (74).

Les actes dentaires les plus courants de soins conservateurs et de maintenance sont pris en charge par l'Assurance Maladie pour les résidents d'EHPAD mais les prothèses ne seront pas remboursées (74).

2.2.3.4 Un lien difficile à établir entre cabinet dentaire et EHPAD

L'accès aux soins dentaires pour les personnes âgées en EHPAD est également réduit du fait de la difficulté d'organiser des consultations dentaires au cabinet pour les résidents d'EHPAD. Plusieurs facteurs expliquent cette marginalisation.

Tout d'abord, l'organisation autour d'une consultation au cabinet dentaire pour un résident est complexe. Plusieurs soucis sont régulièrement rencontrés en termes de coordination : oubli de la fiche de liaison par un des intervenants, absence de retour de la fiche de liaison après le rendez-vous, oubli de réalisation des bilans sanguins nécessaires à la réalisation des soins, rendez-vous pris par un tiers sans recommandations ou avis du chirurgien-dentiste (43).

L'accès au sens propre du terme peut également compliquer la mise en place de ces consultations : certains cabinets n'étant pas encore aux normes pour les Personnes à Mobilité Réduite (PMR), notamment pour les personnes âgées lourdement handicapées. D'autre part, les troubles cognitifs et comportementaux des personnes âgées dépendantes peuvent être un réel obstacle à tout déplacement dans un cabinet libéral ou hospitalier.

En outre, certains résidents ou familles de résidents rencontrent des difficultés à prendre en charge le déplacement dans les cabinets dentaires, soit pour son coût, soit pour le temps que cela nécessite (77). En effet, les déplacements à l'extérieur de l'établissement (en voiture personnelle, VSL ou taxi...) notamment pour se rendre à une consultation chez un spécialiste libéral ou hospitalier, sont à la charge du résident, ce qui ne permet pas une démocratisation des consultations pour tous les patients. Une seule exception existe à cette règle lorsque les déplacements occasionnés sont liés à une consultation dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Du côté de l'établissement, l'accompagnement d'un résident à une consultation par un personnel reste compliqué à mettre en place du fait du personnel soignant se retrouvant en sous-effectif pour la même charge de travail lorsqu'un des membres accompagne un résident à ses rendez-vous.

Une alternative à la consultation en cabinet est la consultation directement en EHPAD : des praticiens réalisant des vacations en EHPAD. Or seuls 15% des établissements accueillant des personnes âgées assureraient des vacations de soins dentaires, et seulement 5% disposeraient d'un fauteuil dentaire (78). Les raisons évoquées par les directeurs d'EHPAD sont le manque

de locaux, des problèmes financiers, l'absence de praticiens volontaires ou des problèmes de personnel (78).

Les interventions du chirurgien-dentiste au sein des EHPAD, elles, sont également complexes à mettre en place : le chirurgien-dentiste doit disposer d'une dérogation pour réaliser des soins en ambulatoire au sein des EHPAD, les soins ambulatoires étant interdits par le code de déontologie. S'ajoutant à cela la complexité de prise en charge de patients dépendants sans aide de l'assistante dentaire, et l'absence de rémunération spécifique prévue (43). Face à ces difficultés, les conseils départementaux de l'Ordre ont mis en place une mallette portative pour la réalisation des soins en ambulatoire, mais celle-ci s'avère trop complexe à utiliser (79). Ainsi actuellement les soins réalisés au chevet du résident s'avèrent inadaptés et peu compatibles avec la pratique libérale des chirurgiens-dentistes.

Pour mettre en place des solutions durables à cette marginalisation des personnes âgées dépendantes, des initiatives soutenues par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes et l'ARS ont permis, en 2006, d'aboutir à la création d'un « *parcours de soins pour les personnes âgées dépendantes vivant en établissement médico-social* » (74). Pour chaque patient en EHPAD, un membre du réseau réalise un bilan dentaire à l'entrée : si des soins sont nécessaires, le patient est adressé à un chirurgien-dentiste traitant ou à un centre hospitalier d'odontologie. En parallèle, cette initiative prévoit la mise en place de formations de prévention dentaire pour le personnel des établissements ainsi que les professionnels de santé (74).

2.3 LA TELEDENTISTERIE, UNE REPONSE EFFICACE POUR AMELIORER L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE EN EPHAD

2.3.1 LES DIFFERENTS PROJETS MIS EN PLACE

2.3.1.1 **Projet « e-Dent » à Montpellier (2014)**

La télédentisterie s'est développée autour de plusieurs grands projets, dont le plus conséquent : le Projet « e-Dent » à Montpellier.

Déployé en 2014 par le Docteur Nicolas Giraudeau, ce projet consiste à mettre en place des téléconsultations dentaires en milieux marginalisés, grâce à l'introduction d'une caméra intra-buccale dans la bouche des patients, acquérant des images par fluorescence. Les données, une fois acquises et transmises de manière sécurisée dans le système d'information du programme, sont analysées par le chirurgien-dentiste « interprétateur ».

Cette forme de téléconsultation bucco-dentaire s'organise en deux phases, de façon asynchrone : la première phase de « visite », où l'infirmière diplômée d'Etat recueille, selon un protocole défini, les informations médicales nécessaires pour l'établissement du diagnostic par le chirurgien-dentiste (enregistrement des vidéos intra-buccales du résident au moyen d'une caméra intra-buccale, recueil des informations à propos de l'état de santé général du patient et ses traitements). La caméra intra-buccale utilisée permet de visualiser les lésions carieuses et l'inflammation gingivale grâce à la lumière fluorescente (80). Ces informations sont envoyées de façon automatique et sécurisée par le logiciel, permettant de passer à la seconde phase dite « analyse ». Le chirurgien-dentiste se connecte alors à distance sur un serveur dédié. Il analyse les vidéos, pose un diagnostic accompagné d'un plan de traitement

selon les besoins bucco-dentaires du patient, de son état général et cognitif. Il s'agit d'identifier les dents à soigner et, surtout, d'assainir la bouche en traitant les foyers infectieux inflammatoires ou douloureux. Ce plan de traitement est transcrit sous forme de compte rendu et renvoyé vers l'établissement. Le patient, sa famille ainsi que l'équipe de soins ont accès à cette proposition de prise en charge via le dossier patient informatisé, permettant ainsi d'envoyer les patients vers les spécialistes adaptés : praticien de ville, praticien avec soins sous MEOPA, soins dentaires sous anesthésie générale (80).

A Montpellier, le CSERD (Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires) du Centre Hospitalier Universitaire est le centre expert pour l'analyse des images : au total, cinq praticiens du centre hospitalier de Montpellier et trois praticiens libéraux pratiquent ces actes de télémédecine.

Dès 2016, « e-Dent » est déployé sur non moins de 25 EHPAD à Montpellier, 20 établissements pour personnes en situation de handicap en Occitanie, et une maison d'arrêt (80).

2.3.1.2 Projet « Tel-e-Dent » à Guéret (Creuse) (2013-2016)

Le projet « Tel-e-Dent », mis en place entre 2013 et 2016 à Guéret (Creuse), est l'aboutissement d'une recherche clinique internationale multicentrique, dont les résultats ont été publiés dans la revue américaine JAMDA (81). Sur le même principe que « e-Dent », l'acquisition des images a été rendue possible grâce à l'usage détourné d'un endoscope ORL (22).

Déployé dans la Creuse, sous-dotée en praticiens (seulement 38 praticiens pour 100 000 habitants en 2020, contre 67 en moyenne nationale), ce projet a permis d'établir une convention avec dix EHPAD, ainsi qu'un lieu de résidence de l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (Apajh) (22).

Ainsi dans le contexte d'abandon bucco-dentaire dans lequel se trouvent les patients concernés à Montpellier comme à Guéret, ce sont les soins d'urgence qui dominent (22).

2.3.1.3 Le Buccobus (2005-2008)

Le projet Buccobus a été mis en place dans la région parisienne de 2005 à 2008. Cette unité de soins mobile sous la forme d'un autobus aménagé en cabinet dentaire est intervenu auprès d'une douzaine d'EHPAD, afin d'assurer des missions de sensibilisation et d'éducation en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées dépendantes, auprès du personnel en EHPAD, des chirurgiens-dentistes intéressés par le projet et des accompagnants.

Une étude de la population concernée a également été mise en place, aboutissant à la définition de trois sous-groupes, associés chacun à un niveau de dépendance et de besoins bucco-dentaires ; permettant ensuite une prise en charge adaptée une fois les bilans bucco-

dentaires établis, avec notamment l'organisation de la prise en charge des soins, au sein du Buccobus ou bien dans un milieu plus spécialisé (82).

L'avantage du format proposé est la proximité du lieu de soins, permettant un confort pour la personne âgée qui ne sera pas déplacée dans un environnement qu'elle ne connaît pas. De plus, le chirurgien-dentiste pourra aisément échanger avec le personnel soignant de l'EHPAD (médecin coordinateur, infirmières, aides-soignantes) en cas de nécessité.

2.3.1.4 La mallette portative (2003)

La mallette portative qui a vu le jour en 2003, permet grâce à un équipement léger et transportable, de réaliser en ambulatoire à domicile ou en EHPAD, les soins de première nécessité et de confort ou de réparation des prothèses. Ces mallettes ont été mises à disposition de tous les chirurgiens-dentistes dans les Conseils Départementaux de l'Ordre, mais s'avèrent être peu utilisées compte tenu de leur aspect peu pratique et par conséquent, peu rentable (79).

2.3.1.5 Les plateformes régionales et privées de télé médecine

Au-delà des différents projets de télé médecine déployés au fil des années, des plateformes régionales et privées de télé médecine ont également vu le jour ces dernières années.

Les plateformes régionales ont été les pionnières dans le développement de la télé médecine en France. Elles constituent une offre de télé médecine territoriale, proposée par les ARS par l'intermédiaire des « Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-Santé » (GRADeS), qui ont pour objectif de déployer l'e-santé à l'échelle régionale. Il existe une vingtaine de plateformes de télé médecine dont la plateforme QIMED pour les Pays de la Loire.

Suite à l'entrée dans le droit commun du remboursement des actes de télé médecine, une offre privée de télé médecine a émergé en France, permettant de mettre en relation directement le patient et son médecin (sans passer par l'intermédiaire d'une plateforme régionale). De nombreux acteurs privés se sont alors positionnés sur ce secteur.

2.3.2 EFFICACITE CLINIQUE DE LA TELECONSULTATION

Compte tenu de son efficacité clinique prouvée, la télé dentisterie semble être une voie prometteuse pour favoriser l'accès aux soins dentaires.

En effet, aucune différence significative n'a été prouvée entre l'examen clinique classique et l'examen dentaire par l'intermédiaire de la caméra d'acquisition de télé dentisterie, pour le diagnostic des caries dentaires qu'elles soient précoces ou non (83). De même selon une étude comparative entre un examen endobuccal classique et un examen endobuccal à l'aide de la caméra intra-orale, parmi 22 critères d'analyse, 18 ont été jugés équivalents entre examen

buccal classique et téléconsultation dentaire (établissement du schéma dentaire détaillé, évaluation de l'hygiène bucco-dentaire, présence de foyers infectieux, nombre de soins dentaires à envisager, et examen des prothèses amovibles) (84).

En outre, une étude menée en 2017 dans huit maisons de retraites en France et en Allemagne, a noté une sensibilité et une spécificité accrues, de l'examen par caméra optique intra buccale pour le diagnostic carieux (93,8% de sensibilité et 94,2% de spécificité), de même que pour l'examen masticatoire et prothétique (81).

En termes d'orthodontie, la télédentisterie semble être efficace pour évaluer de la nécessité ou non d'une prise en charge (83). Il existe actuellement en télédentisterie, des activités de télésurveillance en orthodontie, assez développées sur des plateformes privées. L'acceptance des procédés de télésurveillance par les patients suivis en orthodontie semble être bonne (83).

En revanche, certaines limites peuvent être perçues à l'application de cette technique pour le diagnostic endodontique ou l'examen parodontal et des muqueuses buccales (83) (84).

3 TELEMEDECINE ET PROTECTION DU PATIENT

3.1 APPORTS DE LA TELEMEDECINE

La télémédecine apparaît comme une réponse à des préoccupations essentielles en termes de santé publique. Tout d'abord en termes d'accessibilité, en couvrant des zones défavorisées et marginalisées du fait de l'éloignement ou de la désertification médicale, la télémédecine permet une meilleure distribution de l'offre de soins (19). Elle a également l'avantage de limiter les déplacements inopportuns pour les patients handicapés, dépendants ou atteints d'affections chroniques en facilitant l'accès à une prise en charge rassurante directement chez eux ou dans l'établissement qui les héberge (19). De même, les patients qui, à l'issue de la téléconsultation, n'ont pas besoin de soins, évitent un déplacement « inutile » chez le chirurgien-dentiste (80).

En outre, la télémédecine améliore la prise en charge en permettant d'évaluer rapidement l'état d'urgence d'un patient, en vue de planifier (ou non) un rendez-vous au cabinet pour un examen plus approfondi, ou bien d'orienter directement la prise en charge du patient vers un avis spécialisé ajusté au besoin (19). Une téléconsultation permet également de suivre que le traitement en cours d'un patient se déroule bien (cicatrisation, silence clinique, etc.) (5).

Les examens en télédentisterie sont dans leur ensemble plus rapides que les examens cliniques classiques (12 minutes comprenant entre autres, 4 minutes pour l'installation du patient et 8 minutes pour l'enregistrement intra-buccal ; contre 20 minutes pour l'examen classique) (81).

Pour finir, la télémédecine a également des avantages directs pour le patient. Sur le plan humain, le taux d'acceptation de la téléconsultation par les patients est important (80). Les familles des résidents en EHPAD ou les résidents eux-mêmes évaluent cette méthode avec un taux d'acceptance élevé (95,3%) (81). Alors que les soins dentaires peuvent présenter un caractère anxiogène, la relation de confiance établie au préalable avec l'infirmière réalisant l'enregistrement buccal facilite l'adhésion aux soins (80). La prise d'images peut en outre être un moment clé dans l'éducation thérapeutique, permettant au patient de constater de lui-même son état bucco-dentaire (22).

3.2 DROIT DES PATIENTS ET ENJEUX DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

3.2.1 REGLEMENTATION A PROPOS DES DONNEES PERSONNELLES

3.2.1.1 Définition des données à caractère personnel

Le décret du 19 octobre 2010 a instauré l'obligation du recours à des systèmes d'information garantissant la confidentialité et la sécurité des données médicales en télémédecine. En effet, afin de garantir le droit des patients, les dispositifs de télémédecine doivent assurer la protection des données à caractère personnel (6).

Est considérée comme « donnée personnelle » toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable. Elle concerne une personne, donc celle-ci doit pouvoir en conserver la maîtrise. Les données de santé, elles, sont des données à caractère personnel concernant la santé. Elles sont relatives à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique et révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne. Ainsi les données de santé comprennent par exemple : les informations relatives à une personne physique collectées lors de son inscription, lors d'un test ou de l'examen d'une partie du corps ou d'une substance corporelle ; les informations concernant une maladie, un handicap, un risque de maladie, les antécédents médicaux, un traitement clinique ou l'état physiologique ou biomédical de la personne concernée. Cette définition englobe également certaines données à partir desquelles il est possible de déduire une information sur l'état de santé de la personne (85).

Trois catégories de données sont distinguées : celles qui sont des données de santé par nature (antécédents médicaux, maladies, prestations de soins réalisés, résultats d'examens, traitements, handicap, etc.) ; celles qui du fait de leur croisement avec d'autres données, deviennent des données de santé en ce qu'elles permettent de tirer une conclusion sur l'état de santé ou le risque pour la santé d'une personne (croisement d'une mesure de poids avec d'autres données (nombre de pas, mesure des apports caloriques...), croisement de la glycémie et d'une mesure de poids, etc.) ; celles qui deviennent des données de santé en raison de leur destination, c'est-à-dire de l'utilisation qui en est faite au plan médical (85).

Au-delà de la notion de donnée, l'Agence Française de la santé numérique distingue également les notions de « partage » et d'« échange ». L'échange consiste en un flux de données visant à les communiquer à un ou des destinataires clairement identifiés ; tandis que le partage vise à mettre à la disposition de plusieurs professionnels, des données de santé utiles à la coordination et à la continuité des soins dans l'intérêt de la personne prise en charge (86).

3.2.1.2 Réglementation

Les données de santé sont soumises à un régime juridique particulier, du fait de leur grande sensibilité.

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) (87) remplace la directive sur la protection des données personnelles qui avait été adoptée en 1995. Il vise à accroître la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Il vise également à responsabiliser les acteurs de ce traitement.

La loi « Informatique et Libertés » (88) rédigée en 1978 puis mise à jour en 2019, permet une application nationale du règlement RGPD. Elle établit notamment la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), une autorité indépendante ayant pour rôle d'informer toutes les personnes concernées et tous les responsables de traitements de données de leurs droits et obligations. La CNIL doit aussi veiller à ce que les traitements de données à caractère personnel soient mis en œuvre conformément aux dispositions de la présente loi et aux autres dispositions relatives à la protection des données personnelles.

La loi « Informatique et Libertés » précise que les données à caractère personnel doivent être traitées de manière loyale et transparente vis-à-vis de la personne concernée, et pour des finalités explicites et déterminées, ne devant pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces directives initiales (88). Les données à caractère personnel doivent être conservées pour une durée n'excédant pas celle nécessaire aux finalités définies (limitation de conservation), et la personne doit avoir consenti au traitement de ces données. Elle peut en outre retirer son consentement à tout moment (88).

La personne concernée par ces données à caractère personnel est dépositaire de droits parmi lesquels le droit d'information transparente et compréhensible, le droit d'accès à ses propres données, le droit de rectification des données inexactes et d'obtenir que les données incomplètes soient complétées compte tenu de la finalité du traitement, le droit à la limitation du traitement des données, le droit d'opposition (88).

Les données à caractère personnel sont également soumises aux réglementations sur la mise à disposition des données de santé. Leur traitement doit en effet n'avoir pour objet, ni de porter atteinte à la vie privée des personnes, ni leur identification directe (art. L. 1460-1)(2).

Lorsque le traitement résultant d'une activité de télémédecine est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et les libertés des personnes physiques, le responsable du traitement doit effectuer avant le traitement, une analyse de l'impact des opérations de traitement des données sur la protection des données à caractère personnel (89). Pour finir, ces données sont soumises à l'interdiction de procéder à une cession ou à une exploitation commerciale des données de santé (art. L. 1111-8, art. L 4113-7 CSP)(2).

3.2.2 LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE : DMP

Le Dossier Médical Personnel (instauré par la loi du 13 août 2004 « Relative à l'Assurance Maladie ») a été transformé en Dossier Médical Partagé (DMP) par la nouvelle stratégie « Relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » en septembre 2018 (33) (8). Cette loi prévoit son ouverture automatique pour chaque patient à l'été 2021 ainsi qu'une intégration à l'espace Numérique de Santé.

Le Dossier Médical Partagé, qui n'est autre qu'un dossier médical informatisé dans lequel chaque professionnel de santé doit reporter, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la prise en charge globale du patient. Il a pour objectif de favoriser la coordination et la continuité des soins et ne peut être créé que sous réserve du consentement de la personne ou de son représentant légal (L1111-14 CSP et s.)(2). Ainsi à l'issue d'une téléconsultation, le médecin doit donc archiver le compte-rendu dans le Dossier Médical Partagé du patient si celui-ci est ouvert.

De la même manière, afin d'assurer la sécurité de dispensation des médicaments, il est créé pour chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie, et avec son consentement, un dossier pharmaceutique dans lequel le pharmacien est tenu de renseigner les traitements délivrés (L1111-23 CSP et s.)(2).

Le DMP accompagne le patient tout au long de sa vie et est placé sous son contrôle. En effet, le patient est le seul pouvant donner son accord aux professionnels de santé pour y accéder et l'alimenter. A tout instant, il peut savoir quels sont les professionnels de santé qui ont accédé à son DMP et à quel moment. Il peut également masquer certaines données de son DMP (droit de masquage) (sauf au professionnel de santé les ayant inscrites) et peut refuser qu'une donnée soit portée dans son DMP. Cette procédure est réversible, c'est-à-dire qu'une donnée masquée peut par la suite ne plus l'être, et être accessible aux professionnels de santé autorisés à accéder au DMP.

En juillet 2020, 9,3 millions de DMP sont déjà ouverts, avec une moyenne de près de 100 000 ouvertures par semaine (90).

3.2.3 SECURITE DU SYSTEME INFORMATIQUE

3.2.3.1 Les données médicales de plus en plus convoitées

Les données médicales sont de plus en plus convoitées et de plus en plus sujettes à des piratages pour diverses raisons.

Après le piratage informatique de l'un des plus gros assureurs des Etats-Unis en janvier 2015, des experts américains en cybersécurité ont alerté les services médicaux et compagnies d'assurance, indiquant que les cybercriminels étaient de plus en plus attirés par les informations qu'ils détenaient.

En effet, en juillet 2020 le site français Doctolib, permettant la gestion des rendez-vous, des agendas médicaux et des fiches santé des patients a été piraté. Avec plus de 60 millions d'utilisateurs par mois et plus de 135 000 praticiens intervenant chaque jour, le trafic sur le site est très élevé. Cet acte de piratage a voulu atteindre des données plus intéressantes à la revente mais il n'a pas atteint la racine du site et n'a donc pas eu des conséquences trop graves (91).

Même si les données qui circulent sur ce type de plateforme n'ont aucun intérêt en apparence, elles peuvent tout de même être détournées à des fins malsaines et utilisées dans le *dark web* et dans le *black market* (91). Ces dernières années, les cybercriminels concentraient leur activité sur le vol de données bancaires mais ce secteur étant de plus en plus sécurisé, les hackers se tournent vers le secteur médical nettement moins sécurisé et regorgeant d'informations personnelles de millions de particuliers (92).

Pour les pirates, les données médicales sont des données hautement convoitées. En effet, certains volent les dossiers médicaux de patients aux hôpitaux, les cryptent, et demandent une rançon financière en échange du décryptage des données. Une autre des principales motivations des cybercriminels concerne la revente d'informations de santé aux compagnies d'assurances et aux laboratoires. En effet, les informations médicales des particuliers peuvent s'avérer précieuses pour les assureurs, leur permettant notamment d'ajuster leurs tarifs, et même de refuser des contrats. Quant aux industries pharmaceutiques, elles pourraient établir des statistiques avec ces informations, dans le but d'orienter le marketing des médicaments (92).

3.2.3.2 Sécurisation des systèmes

3.2.3.2.1 Incidents du système informatique et signalements

Face à la grande convoitise autour des données de santé, les systèmes doivent être suffisamment sécurisés pour permettre la protection des données personnelles de santé.

Depuis octobre 2017, les signalements d'incidents graves liés à la sécurité du système informatique sont obligatoires pour les établissements de santé, les laboratoires de biologie médicale et les centres de radiothérapie. Sont considérés comme « incidents du système informatique » ceux qui ont des conséquences (potentielles ou avérées) sur la sécurité des soins, la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité des données de santé et le fonctionnement normal de l'établissement de santé (93).

Ainsi par exemple, en Pays de La Loire, le portail « Cyberveille » propose une aide au signalement de l'incident, qui peut être réalisé par les professionnels de santé, les particuliers ou les autres professionnels (94).

3.2.3.2.2 Respect des référentiels d'interopérabilité et de sécurité

Le Code de Santé Publique précise que le partage de données de santé à caractère personnel doit reposer sur des moyens permettant une identification et une authentification forte. Ceci impose notamment le respect des référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre de la santé après avis de la GIP-ASIP Santé (Groupement d'intérêt Public – Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé) (19). Ainsi le Code de Santé Publique précise que les systèmes d'information ou les services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels de santé doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public pour le traitement de ces données, leur conservation et leur transmission (2).

La conformité du système ou du service ou outil numérique aux référentiels d'interopérabilité est attestée dans le cadre d'une procédure d'évaluation et de certification, elle-même définie par un décret (art. L. 1110-4-1 CSP)(2). L'attribution de fonds publics, dédiés au financement de la conception, de l'acquisition ou du renouvellement des systèmes d'information ou de

services ou outils numériques en santé, est conditionnée par la mise en conformité à ces référentiels d'interopérabilité (article L1110-4-2 CSP)(2).

Le référentiel d'interopérabilité est appelé « Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé » (CI-SIS). Ce document précise à la fois l'interopérabilité technique, qui porte sur le transport des flux et sur les services garantissant l'échange et le partage des données de santé, dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité des données personnelles de santé ; mais également l'interopérabilité des contenus métiers, qui permet le traitement des données de santé et leur compréhension par les systèmes d'information en s'appuyant sur un langage commun (95).

Construit en concertation avec des représentants des professionnels de santé, il s'appuie sur des normes et standards internationaux et permet d'éviter à chacun de devoir respecifier les données à échanger entre les Systèmes d'Information. Ainsi le CI-SIS est organisé en trois parties : une partie « Métier », dont les volets spécifient les contenus métier échangeables; une partie « Service » dont les volets spécifient les fonctionnalités mises en œuvre ainsi que les échanges de données permettant de les activer ; et une partie « Transport » spécifiant les modalités de transport de l'information (95).

Le respect de ces référentiels implique : une confidentialité des données, un chiffrement des données, une traçabilité des connexions et un archivage des données (19).

L'accès aux données de santé est sécurisé grâce à l'usage de la carte de professionnel de santé (CPS). Celle-ci est obligatoire pour accéder aux informations médicales conservées par support informatique, permettant d'assurer la confidentialité. Cette carte à puce est délivrée automatiquement et gratuitement par la GIP-ASIP Santé à chaque professionnel de santé en France (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues) (24).

3.2.3.2.3 Hébergement sécurisé des données

Les données de santé étant des données sensibles, leur hébergement n'est possible qu'auprès d'un hébergeur de données de santé agréé à cet effet (art. L. 1111-8 CSP)(2). Pour cette raison, les hébergeurs de données de santé doivent être agréés par l'ASIP, qui renouvelle leur agrément tous les ans. Lorsque le traitement des données personnelles de santé est mis en œuvre dans le cadre d'un projet de télémédecine faisant appel à un hébergeur de données de santé agréé, le consentement exprès du patient à cet hébergement est requis (pouvant être exprimé par voie électronique) (19).

Selon la loi, l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel doit être fait pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données, ou pour le compte du patient lui-même (art. L. 1111-8 CSP)(2).

Ainsi le Dossier Médical Partagé, conservé pour une durée de 10 ans après sa dernière modification, repose sur un système d'hébergement national chargé de gérer et de garantir l'identification et l'authentification des bénéficiaires, des professionnels de santé, et la sécurité des données (96).

Étant donné la lourdeur que représente la possession pour les établissements de santé d'un hébergeur propre, de nombreuses données sont externalisées et envoyées dans un *cloud* (un serveur accessible via internet). Ces méthodes garantissent la confidentialité et la sécurité de l'hébergement grâce à des systèmes de chiffrement des données, ne pouvant être lues que par l'utilisateur possédant la clé d'identification, l'opérateur ne voyant que des données cryptées et donc inaccessibles au personnel d'exploitation (19).

3.3 LIMITES DEONTOLOGIQUES ET JURIDIQUES DE LA TELEMEDECINE

Les craintes vis-à-vis de la télémédecine sont multiples. L'argument de la déshumanisation de la médecine est souvent avancé, craignant un affaiblissement du lien patient-médecin, du fait de l'éloignement matériel. Les médecins pourraient être vus comme moins empathiques envers leur « patient virtuel ». Pour ces raisons, il est souhaitable de préférer l'acte médical présentiel s'il est réalisable, et d'opter pour la solution de télémédecine lorsqu'elle s'avère nécessaire et inévitable, permettant de proposer une offre de soins malgré tout (19).

Selon le Code International d'Éthique Médicale de l'Association Médicale Mondiale, « *lorsqu'un examen ou un traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter ou adresser le patient à un autre médecin disposant des compétences nécessaires* ». Ainsi, d'un point de vue déontologique, la nécessité de réaliser un acte de télémédecine doit être avérée et justifiée par l'absence d'une offre de soins similaire à proximité du patient. En effet, la télémédecine a pour objectif d'offrir un relais médical lorsque cela s'avère nécessaire, mais ne doit pas remplacer l'entretien physique de la médecine classique (19).

En parallèle, la démocratisation de la télémédecine fait émerger de nouvelles questions juridiques. En effet, des complexités surviennent avec l'internationalisation de la pratique et notamment des consultations *low-cost* délocalisées à l'étranger. En effet, tout personne peut, si elle le souhaite, utiliser des services de télémédecine provenant de pays où la réglementation à propos du secret médical ou de la responsabilité professionnelle est bien moindre.

L'autre risque est le développement des actes de « téléconseil » en France comme en Europe, du fait d'une demande croissante du public (19). Ces prestations de téléconseil consistent en des échanges réalisés par téléphone, messagerie ou visioconférence, sur des plateformes privées proposant des téléconsultations avec des professionnels de santé ne figurant pas dans une organisation territoriale de télémédecine, et intervenant ponctuellement, sans prise en charge globale du patient. Dans son ordonnance du 29 mai 2019, le Conseil d'Etat confirme que ces actes ne seront pas pris en charge par la Sécurité Sociale, et ils sont donc directement facturés au patient (16). L'acte de téléconseil doit être distingué de la télémédecine. Le médecin interviendrait uniquement pour fournir des réponses à des questions ponctuelles. Le téléconseil ne s'inscrit pas dans une prise en charge globale et coordonnée du patient, le poussant à envisager l'acte médical comme un banal produit de consommation, dont il est maître.

Le développement de ces sites internet en rapport avec la santé soulèvent des difficultés juridiques. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé s'est penchée en 2007 sur l'évaluation

des sites de e-santé. Désormais ces sites devront prouver la fiabilité de leur contenu en souscrivant à la certification donnée par l'ONG Suisse « Health on net » (19).

4 PROJET DE MISE EN PLACE DE TELECONSULTATIONS DENTAIRES DANS DES EHPAD EN LOIRE-ATLANTIQUE

4.1 BESOINS SPECIFIQUES EN LOIRE-ATLANTIQUE

Dans le contexte général de vieillissement de la population, certains territoires subissent plus franchement cette tendance. C'est le cas notamment de la région Pays de la Loire, qui voit ses taux de personnes âgées (plus de 60 ans) augmenter fortement. En effet d'ici 2028, 30% des habitants de Pays de la Loire auront plus de 60 ans ou plus, dû au vieillissement des générations issues du *baby-boom*. Cette répartition n'est pas la même entre les différents départements, et on note une plus forte augmentation du nombre de séniors en Loire-Atlantique ou elle atteindrait + 7 100 par an entre 2015 et 2028 (97).

Si le nombre de séniors est croissant en Pays de la Loire, c'est également la proportion de personnes âgées dépendantes qui augmente. Selon les sondages en France, à partir de 75 ans, trois seniors sur dix déclarent être limités par une dépendance. Entre 2015 et 2028, 2 600 seniors de plus par an seraient dépendants en France. Ainsi l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes serait plus forte à partir de 2023 et particulièrement soutenue en Loire-Atlantique et en Vendée (97).

Selon un rapport publié par l'Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire en 2017, en Pays de la Loire, 11 % des personnes de plus de 75 ans vivent en maison de retraite ou en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce taux figure parmi les plus élevés des régions françaises (41).

4.2 CADRE DU PROJET

Les Projets Régionaux de Santé, arrêtés par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour une durée de 5 ans, sont l'ensemble des priorités que l'ARS met en œuvre pour améliorer l'état de santé des habitants de la région, favoriser leur accès à la santé, et lutter contre les inégalités. Après la mise en place d'un premier Projet Régional de Santé, le second, PRS 2018-2022 a été décidé après avis du Préfet de région, du Conseil régional, des conseils départementaux, des conseils municipaux et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), en prenant en compte la politique nationale de santé et les dépenses de santé, mais aussi les besoins de santé des habitants de chaque territoire (98).

Pour la mise en place du Projet Régional de Santé 2018-2022 en Pays de la Loire, l'ARS a établi des livrets évaluant les besoins de santé sur 2016 et 2017, permettant ainsi de conclure sur des perspectives et des projets à mettre en place. Parmi ces propositions d'évolution, il est mentionné la possibilité d'offrir un meilleur accès aux soins en développant des innovations spécifiques en matière de télémédecine (téléconsultation et télé-expertise) (99). En outre, il est précisé que la raréfaction des ressources médicales ainsi que le vieillissement de la population sont des enjeux auquel le système de santé doit faire face et entraînant des besoins accrus en termes de prise en charge. Dans ce contexte, le numérique semble être un levier supplémentaire pour faciliter l'accès aux soins des plus fragiles et assurer un suivi adapté des patients (100).

Ainsi parmi les quatre objectifs numériques régionaux prioritaires pour la région Pays de la Loire, l'ARS met en avant la nécessité de la pratique de la télémédecine en Pays de la Loire. « Dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale [...], les outils numériques soutiennent également un accès à l'offre de soins elle-même via la télémédecine [...] Le numérique peut contribuer à la réduction des inégalités sociales et de santé (ex : télémédecine) » (100).

En Pays de la Loire, l'ARS compte développer la télémédecine grâce à l'accompagnement des projets proposés et portés par les professionnels de santé eux-mêmes. Les projets une fois présentés à l'ARS et retenus, une aide financière est apportée ainsi qu'un accompagnement pour le cadrage du projet, des conseils techniques et organisationnels, la mise en place du matériel adéquat, la formation aux outils et l'accompagnement du premier acte. Une plateforme sécurisée et mise en place par un hébergeur agréé permet également de réguler les téléconsultations, la télé-expertise ou de la visio-régulation (93).

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et de faciliter la mise en place des projets de télémédecine, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a missionné le GCS e-santé Pays de la Loire pour développer la plateforme régionale e-santé et télémédecine QIMED. Mise à disposition de tous les établissements sanitaires, médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux de la région, QIMED est une plateforme unique permettant de déployer plusieurs usages et d'obtenir une vision transversale du parcours de santé de chaque patient. C'est un outil sécurisé grâce à une authentification forte, un hébergeur de données agréé et une traçabilité des actes (22).

Les outils notamment à disposition sont : un télé dossier, un outil d'échanges de dossier haute qualité (photos, vidéos, données de patients), des dispositifs médicaux connectés (caméras intrabuccales), la visioconférence, des alertes mail et notifications pour suivre les dossiers. La plateforme permet de consigner le consentement du patient dans son dossier ; les comptes rendus sont automatisés, transmis aux acteurs concernés et insérés dans les DMP des patients.

Cette plateforme régionale est accessible en ligne et permet au professionnel de santé de réaliser des actes de télémédecine directement sur le poste de travail ou en mobilité. Pour les patients, il est possible de se connecter grâce à un ordinateur, smartphone ou tablette puis de réserver un créneau avec un expert ou bien de demander une prise en charge.

4.3 DESCRIPTION DU PROJET

Dans la région des Pays de la Loire, l'URPS (Union Régionale de Professionnels de Santé) a également contribué au déploiement de la télémédecine. Les professionnels de santé ont engagé une réflexion sur la difficulté d'organisation et de coordination des soins dentaires dans les EHPAD, proposant un projet en deux volets : organiser un dépistage le plus en amont possible, et avoir des propositions de parcours et d'orientation, ainsi qu'une réponse graduée en fonction des besoins.

Dans ce cadre, le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « e-santé Pays de la Loire » a été sollicité pour accompagner les professionnels de santé sur le projet « Télé-DENT », développé dans plusieurs EHPAD de Loire Atlantique : deux EHPAD du CHU de Nantes (« la Seilleraye » et « Beauséjour »), l'EHPAD « Mer et Pins » de St Brévin les Pins, et l'EHPAD de l'hôpital intercommunal du Pays de Retz (Pornic, Paimboeuf, St Père en Retz, Bourgneuf). Un autre EHPAD de Nantes s'est greffé au projet en 2021, celui de la Cerisaie.

Par la suite, ce projet s'étendra aux centres d'accueil de personnes handicapées où la demande en soins dentaires est forte. En effet, actuellement, la moitié des demandes du dispositif HANDISOINS auquel est rattaché le CHU de Nantes, est en demande de soins dentaires.

Le projet Télé-DENT est porté par le CHU de Nantes, avec comme porteurs le Professeur PEREZ et le Docteur AMADOR. Permettant entre autres d'offrir une consultation en cas d'urgence dentaire, il a aussi et surtout pour objectif de permettre une réponse graduée, selon le niveau de gravité du besoin, et l'état général du patient. Il permettra d'aiguiller la prise en charge du patient de manière à s'ajuster au mieux au besoin : en mettant en place des télé-prescriptions, en adressant à un dentiste libéral ou un centre hospitalier (centre de soins dentaires ou service de chirurgie-maxillo-faciale), ou bien parfois même en proposant l'abstention thérapeutique si cela s'avère judicieux. Grâce à Télé-DENT, les EHPAD concernés pourront faire des demandes de téléexpertise auprès des chirurgiens-dentistes du CHU de Nantes.

Le projet Télé-DENT est un projet de téléconsultations différées. Pour le recueil des données, la cavité buccale du patient est filmée par un professionnel de santé présent sur le lieu d'accueil, grâce à une caméra intra-buccale. Les vidéos, ainsi que les documents administratifs d'usage (consentement éclairé, questionnaire médical, ordonnances du patient), seront ensuite transmis et stockés sur la plateforme en ligne. Le chirurgien-dentiste sera alors averti de la réception du dossier, et le traitera dans les meilleurs délais. Comme pour toute consultation, le professionnel médical fera part au patient de ses conclusions, réalisera les prescriptions éventuelles (traitement, examens complémentaires) et l'informerá de la suite de la prise en charge.

Au-delà des aspects techniques, le projet Télé-DENT prévoit la formation des professionnels des EHPAD, à l'hygiène et aux soins bucco-dentaires.

Le périmètre d'action de ce projet pourra par la suite s'élargir à l'ensemble des EHPAD du GHT 44 (Groupement Hospitalier de Territoire de Loire Atlantique).

4.4 ACCEPTATION PAR LE PATIENT ET INTEGRATION DE LA TELECONSULTATION EN FRANCE

Depuis plusieurs années Harris interactive, en partenariat avec la plateforme privée de télémédecine Livi, réalise des enquêtes en ligne, à propos des français et de la téléconsultation. Ces enquêtes menées sur des échantillons d'environ 1000 personnes âgées de 18 ans ou plus, ont analysé l'opinion des français à propos de la téléconsultation respectivement en janvier 2019, janvier 2020 puis novembre 2020 ; permettant ainsi de prendre en compte le fort impact de la pandémie Covid-19 sur l'opinion.

En effet la crise sanitaire a facilité l'appréhension par le grand public de la téléconsultation, un processus déjà enclenché depuis plusieurs années : en novembre 2020, 96% des Français indiquent en avoir déjà entendu parler, dont 83% indiquent voir très bien ce dont il s'agit, une augmentation de 15% par rapport janvier 2020 et de 24% par rapport à janvier 2019 (101).

Les Français connaissent également mieux ce que sont, dans le détail, les téléconsultations et quelles sont leurs modalités techniques : 90% (+6% par rapport à 2019) savent désormais qu'elles sont réalisées par des médecins diplômés et agréés par l'Ordre des médecins, 90% également qu'elles sont remboursées par la Sécurité Sociale (+17% par rapport à 2019). Ils ont également très largement perçu le soutien particulier qu'a obtenu ce mode de consultation par l'Etat (87%, après deux mesures identiques à 74% en janvier 2019 et 2020) (101).

Selon les Français depuis le début de la mise en place de ce baromètre, la téléconsultation semble être efficace pour lutter contre différents problèmes comme : lutter contre les déserts médicaux (78%), désengorger les services d'urgences hospitaliers (80%) ou consulter un médecin plus facilement (85%) ; au total, 70% des Français considèrent qu'elle permet d'évoluer vers un système de santé plus efficace. En outre, dans le contexte du Covid-19, 91% des français perçoivent la téléconsultation comme un moyen efficace pour réduire les risques de contamination dans les salles d'attente des praticiens (101).

D'autres raisons poussent les Français à s'y intéresser : le fait de ne pas avoir à se déplacer et de gagner du temps notamment chez les jeunes (moins de 35 ans), ou le fait de pouvoir se rassurer rapidement en cas d'interrogation pour les plus âgés (plus de 50 ans) (101).

Dotée d'une image d'efficacité, la téléconsultation est de mieux en mieux acceptée au sein de la population française : aujourd'hui, 74% se déclarent favorables à son développement en France, soit une augmentation de 6% par rapport à janvier 2020 et de 13% au total par rapport à janvier 2019. La téléconsultation est néanmoins toujours davantage soutenue par les Français les plus jeunes, issus des milieux aisés, et urbains (101).

Cette amélioration de l'image de la téléconsultation en 2020 s'explique en partie par le recours massif à ce procédé à cause de la crise sanitaire : 16% au total des Français indiquent qu'ils ont utilisé cette solution pour la première fois pour une raison liée au Covid-19. De plus 80% d'entre eux indiquent qu'ils n'auraient probablement pas eu recours à une téléconsultation hors du contexte Covid-19, mais ceux qui l'ont essayée pour la première fois

se déclarent satisfaits de leur expérience et 75% indiquent qu'ils pourraient désormais à nouveau y avoir recours (101).

Malgré le très fort développement de la téléconsultation, les freins restent également nombreux dans la population française. En janvier 2020, une minorité de Français soutient le fait qu'une téléconsultation peut avoir la même valeur qu'une consultation classique (42%). Les Français les plus âgés se montrent majoritairement plus réticents, à 52% contre 42% de l'ensemble de la population (102).

L'impossibilité de se faire ausculter par un médecin gêne près d'un Français sur deux (48%), déplorant l'impossibilité d'avoir un contact direct avec le médecin (34%), conduisant au sentiment d'être moins bien pris en charge que lors d'une consultation classique (29%). Néanmoins, ces difficultés liées à la question de la présence physique pourraient s'estomper à l'avenir, via un facteur générationnel : très importante chez les 50 ans et plus, la nécessité d'être ausculté par le médecin est aujourd'hui beaucoup moins forte chez les plus jeunes (53% contre 37%) (101).

En effet, les facteurs de crainte ne sont pas les mêmes selon l'âge des Français interrogés : bien que la question du contact divise toujours les plus jeunes et les plus âgés, les jeunes craignent de se faire escroquer par un service ou qu'une application ne soit pas fiable, que les échanges de données ne soient pas confidentiels ou que la sécurité des échanges ne soit pas assurée. Les plus âgés en revanche craignent l'impossibilité de se faire ausculter directement par le médecin. Ils éprouvent le besoin d'avoir un contact direct, et non à distance, avec le médecin que ou bien le fait de ne pas choisir le médecin consulté (101).

CONCLUSION

Ainsi, si la mise en place de téléconsultations dentaires en EHPAD semble avoir un réel intérêt pour améliorer la santé bucco-dentaire chez une population ayant peu accès aux soins, l'aspect réglementaire et juridique apparaît comme relativement lourd. Néanmoins, ce cadre réglementaire permet la conservation d'un exercice médical dans le respect des valeurs déontologiques.

Le développement des projets de téléconsultations en EHPAD comme celui de Loire-Atlantique, permettront à terme de vulgariser cette pratique et d'en faire bénéficier un plus grand nombre.

La télédentisterie s'ouvre dorénavant à divers domaines tels que la cardiologie, en permettant, grâce à une téléconsultation dentaire, de réaliser une recherche de foyers infectieux bucco-dentaires en lien avec une cardiopathie ; ou la psychiatrie, avec la réalisation de bilans bucco-dentaires en institutions psychiatriques. D'autres populations marginalisées telles que les personnes incarcérées ou les résidents des îles et atolls de Polynésie française ne disposant pas de chirurgien-dentiste à proximité, bénéficient déjà de téléconsultations dentaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tic santé. Feuille de route numérique: la DNS présente un point d'étape [Internet]. 2020 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/5231/feuille-de-route-numerique-la-dns-presente-un-point-d-etape.html>
2. République Française. Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/
3. Braudo S, Baumann A. NTIC nouvelles technologies de l'information et de la communication - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/ntic-nouvelles-technologies-de-l-information-et-de-la-communication.php>
4. Simon P, Acker D. Rapport: La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. Ministère de la Santé et des Sports; 2008 p. 160. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
5. Giraudeau N. L'acte médical à l'épreuve de la télémédecine bucco-dentaire [Internet] [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Montpellier I; Unité de Formation et de Recherche Droit et sciences politiques, unité de recherche UMR 5815; 2014. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01202619/document>
6. République Française. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. Légifrance 2010 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022932449>
7. République Française. LOI no 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire [Internet]. Légifrance [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000760911>
8. République Française. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Légifrance 2004 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/>
9. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Légifrance 2009 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
10. République Française. Code de la sécurité sociale - [Internet]. Légifrance [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006073189/2009-12-24/
11. République Française. Code de déontologie médicale - [Internet]. Légifrance [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072634/1995-09-08/

12. République Française. JORF n° 0212 du 14 septembre 2018 - Légifrance [Internet]. [cité 20 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2018/09/14/0212>
13. Bouet P, Lucas J. Vade-mecum télémedecine [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2014. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/1r7mtln/vademecum_telemedecine.pdf
14. Duthu S. Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins: Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2018 p. 74. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/rapport_delaboration_de_la_fiche_memo_teleconsultation_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-04-50_363.pdf
15. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo: téléconsultation et téléexpertise - Mise en oeuvre [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
16. Previsima. Téléconsultation : comment ça fonctionne, quel remboursement Sécu ? [Internet]. Previsima. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.previsima.fr/question-pratique/teleconsultation-comment-ca-fonctionne-quel-remboursement-secu.html>
17. L'Assurance Maladie. La téléconsultation [Internet]. 2021 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation>
18. République Française. Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006070719/>
19. Arné J-L. Ethical and legal aspects of telemedicine. Académie Nationale de médecine [Internet]. 2014;(198, n°1, 119-130):12. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/06/pages-119-130.pdf>
20. République Française. Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070721/2021-02-19/
21. Direction générale de l'offre de soins. Ressources humaines du système de santé. Télémedecine et responsabilités juridiques engagées [Internet]. 2012 p. 12. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf
22. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Dossier: La télémedecine bucco-dentaire: c'est maintenant ! [Internet]. La Lettre 2018;(173):6. Disponible sur: https://e-dentech.fr/wp-content/uploads/2019/06/La_Lettre_173_dossier-telemedecine.pdf
23. Dionis du Séjour J, Etienne J-C. Les télécommunications à haut débit au service du système de santé [Internet]. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques; 2004 [cité 21 avr 2021]. (Tome 1). Rapport No.: 370. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r04-370-1/r04-370-1.html>
24. Charvier M. La digitalisation des échanges entre chirurgiens-dentistes: évaluation des connaissances et attentes des confrères [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de

Montpellier; Unité de Formation et de recherche d'Odontologie; 2017. Disponible sur: https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:485070&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A1836&file=2017_Charvier_M%C3%A9lina.pdf

25. Lasbordes P. La télésanté: un nouvel atout au service de notre bien-être: un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France [Internet]. 2009 . Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000539.pdf>

26. Haute Autorité de Santé. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf

27. Simon P. Pratiques de télémédecine et politique actuelle. [Internet]. adsp 2017;(101):9. Disponible sur: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Hcsp/ADSP/101/ad1011018.pdf>

28. République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Légifrance 2016 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>

29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

30. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins: Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. République française; 2018 . Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

31. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Dossier de presse. Généralisation de la téléconsultation [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018-09-12-dp-generalisation-teleconsultation-france-15-septembre-2018.pdf>

32. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Croissance record du recours à la téléconsultation en mars. Communiqué de presse 31 mars 2020. [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-03-31-cp-teleconsultation-croissance-record-mars.pdf>

33. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse. Ma santé 2022: un engagement collectif [Internet]. République française; 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

34. République Française, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Les EHPAD [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad>

35. Cap retraite. Grille AGGIR : évaluation du degré de dépendance GIR [Internet]. Cap Retraite. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/aide-a-domicile/perte-dautonomie/grille-aggir/>

36. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française [Internet]. INSEE. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291>
37. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Espérance de vie et indicateurs de mortalité dans le monde [Internet]. INSEE. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383448>
38. Muller M, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015: Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. 2017;(1015). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1015.pdf>
39. Athari E, Papon S, Robert-Bobée I, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers [Internet]. INSEE. 2019 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>
40. Denis F, Pavageau C, Dardaine V, Fougère B. Réflexion autour des progrès de la médecine bucco-dentaire chez les personnes âgées. Rev Geriatr [Internet]. 2020;(45):2. Disponible sur: http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2020_45_55-56.pdf
41. Tallec A, David S, Buyck J-F, Berrut G. Santé des personnes âgées de 65 ans et plus [Internet]. Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire; 2017 p. 38. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/SanteHabPDL2017/2017_etatsantepdl_65ans.pdf
42. Dumais T. Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement [Internet]. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie; 2003 p. 32. Disponible sur: http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Epidemio_EHPAD_Pays_de_Loire.pdf
43. Mohra S. Analyse d'une expérience de six mois en tant que chirurgien-dentiste vacataire dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) des Vosges [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Nancy I. Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2010. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739075/document>
44. Corchero A-M, Cepeda J-R. Oral Health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain, 2005. Med Oral [Internet]. 2008;6. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/93038747.pdf>
45. Bodineau A, Boutelier C, Viala P, Laze D, Desmarest M, Jonneaux L, et al. Importance de l'hygiène buccodentaire en gériatrie. Neurol Psychiatr Geriatr [Internet]. août 2007 [cité 21 avr 2021];7(40):8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483007914439>
46. Tramini P, Montal S, Valcarcel J. Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. Gerodontology. 2007;24(4) :196-203.
47. Gnädinger L, Gagesch M, Schimmel M. Relations entre le bruxisme et les troubles neuro-cognitifs. Swiss dental journal [Internet]. 2017;127. Disponible sur:

https://www.swissdentaljournal.org/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SDJ_2017/SDJ_12_2017/SDJ_2017-12_praxis_F.pdf

48. Kwak YT, Han I-W, Lee PH, Yoon J-K, Suk S-H. Associated conditions and clinical significance of awake bruxism. *Jpn Geriatr Soc* . 2009 ;9(4):382-390.
49. L. Schroeder P, J. Filler S, Ramirez B, A. Lazarchik D, F. Vaezi M, E. Richter J. Dental erosion and acid reflux disease. *Ann Intern Med*. 1995;122(11): 809-815.
50. Böhmer CJM, Klinkenberg-Knol EC, Niezen-de Boer MC, Meuwissen SGM. Gastroesophageal reflux disease in intellectually disabled individuals: how often, how serious, how manageable? *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2000 [cité 21 avr 2021];95(8). Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002927000010303>
51. Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, Sàndor GKB. Érosion dentaire et reflux gastro-œsophagien pathologique. *J Can Dent Assoc* [Internet]. 2003;69:6. Disponible sur: <https://www.cda-adc.ca/jadc/vol-69/issue-2/84.pdf>
52. Koivogui A, Michelet A, Ndiaye G, Modoianu L, Barro S-A, Laurendon C, et al. Etat bucco-dentaire et antécédents pathologiques dans une cohorte de personnes âgées institutionnalisées en région Rhône-Alpes : Santé bucco-dentaire. *Rev gériatr* [Internet]. 2013;38(1). Disponible sur: <http://docplayer.fr/11474860-Etat-bucco-dentaire-et-antecedents-pathologiques-dans-une-cohorte-de-personnes-agees-institutionnalisees-en-region-rhone-alpes.html>
53. Bats C. Hygiène bucco-dentaire des personnes dépendantes institutionnalisées : création d'un site web pour les aidants [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2564/1/2019TOU33012.pdf>
54. Folliguet M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées [Internet]. Direction Générale de la Santé; 2016 p. 47. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf
55. Hennequin M, Collado V, Faulks D, Veyrune J-L. Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement* [Internet]. 2004 [cité 21 avr 2021];25(1):1-11. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0245591904974134>
56. Müller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clin Oral Implants Res*. 2007; 18(Suppl. 3):2-14.
57. Séguier S, Bodineau A, Giacobbi A, Tavernier J, Folliguet M. Pathologies bucco-dentaires du sujet âgé : répercussions sur la nutrition et la qualité de vie [Internet]. Commission de santé publique; 2019. Disponible sur: http://psa.auvergne.free.fr/news1_51/telechargement/pathologie_sujet_agees.pdf
58. Griffiths J, Jones V, Leeman I, Lewis D, Patel K, Wilson K, et al. Oral Health Care for people with mental health problems guidelines and recommendations [Internet]. British Society for Disability and Oral Health; 2000. Disponible sur: <http://www.bsdh.org/documents/mental.pdf>

59. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* avr 2005;33(2):81-92.
60. Brodeur JM, Laurin D, Vallee R, Lachapelle D. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J Prosthet Dent* nov 1993;70(5):468-73.
61. Bert E, Bodineau-Mobarak A. Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. *Gerontol Soc* [Internet]. 2010 [cité 21 avr 2021];33(134):73-86. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-73.htm>
62. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001;80(2):408-13.
63. Marcenes W, Steele JG, Sheiham A, Walls AWG. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003;19(3):809-16. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12806483/>
64. Raynaud-Simon A. Comment dépister la dénutrition chez la personne âgée ? *Médecine Mal Métaboliques* [Internet]. 2009 [cité 21 avr 2021];3(4):365-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255709723909>
65. Radoï L, Veille-Finet A, Dupuis V, Folliguet M. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. *Rev Géiatr.* 2016;(1):12.
66. Kiran M, Arpak N, Unsal E, Erdoğan MF. The effect of improved periodontal health on metabolic control in type 2 diabetes mellitus. *J Clin Periodontol* 2005;32(3):266-72.
67. Allonier C. De quoi souffre-t-on ? Etat des lieux des maladies déclarées en France Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. *Bulletin d'information en économie de la santé* [Internet]. 2007;(123):6. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes123.pdf>
68. Mattila KJ, Pussinen PJ, Paju S. Dental infections and cardiovascular diseases: a review. *J Periodontol* 2005;76(11S):2085-8.
69. Hosomi N, Aoki S, Matsuo K, Deguchi K, Masugata H, Murao K, et al. Association of serum anti-periodontal pathogen antibody with ischemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2012 ;34(5-6):385-92.
70. Sakai K, Hirano H, Watanabe Y, Tohara H, Sato E, Sato K, et al. An examination of factors related to aspiration and silent aspiration in older adults requiring long-term care in rural Japan. *J Oral Rehabil.* 2016 ;43(2):103-10.
71. Müller F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. *J Dent Res.* mars 2015;94(3 Suppl):14S-16S.
72. Dominique B-R, Grégoire C, Serge H, Alain I, Mohamed K, Pascal L, et al. Accès aux soins buccodentaires pour les résidents en EHPAD : un enjeu de santé publique ? [Internet]. *Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*; 2009. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/mip/groupe_17.pdf

73. Saarela RK, Soini H, Muurinen S, Suominen MH, Pitkälä KH. Oral hygiene and associated factors among frail older assisted living residents. *Spec Care Dent* 2013 ;33(2):56-61.
74. Meudic-Brun D. Impact de la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD sur le phénomène de dénutrition [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Aix-Marseille; Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01998491/document>
75. Huguel H. Soins de bouche en gériatrie. [Internet] [Mémoire]. [France]: Université Paris Descartes, Paris V; Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2005. Disponible sur: <http://ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2005-2006/memoire-herve-huguel.pdf/view>
76. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Personnes âgées [Internet]. UFSBD. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/nos-actions/personnes-agees/>
77. Reynolds MW. Education for geriatric oral health promotion. *Spec Care Dent*. 1997 ;17(1):33-6.
78. Belmin J, Chassagne P, Friocourt P. Gériatrie pour le Praticien. 3ème éd. Elsevier Masson; 2018.
79. Bochelen A. La prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée dépendante [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine Henri Poincaré, Nancy I; Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2003. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732084/document>
80. Giraudeau N, Lucato S. Télémédecine bucco-dentaire et exercice infirmier sous protocole de coopération: Le projet e-Dent en Ehpad. *Revue hospitalière de France* [Internet]. 2016;3. Disponible sur: https://ch-lannion.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=2363
81. Queyroux A, Saricassapian B, Herzog D, Müller K, Herafa I, Ducoux D, et al. Accuracy of teledentistry for diagnosing dental pathology using direct examination as a gold standard: Results of the Tel-e-dent study of older adults living in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2017;18(6). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28236609/>
82. Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris. Projet en faveur des personnes âgées dépendantes hébergées en institution [Internet]. 2005 . Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/04/dossier-de-presse-bucco-bus.pdf>
83. Daniel SJ, Wu L, Kumar S. Teledentistry: a systematic review of clinical outcomes, utilization and costs. *Am Dent Hyg Assoc* [Internet]. 2013 [cité 21 avr 2021];87(6):345-52. Disponible sur: <https://jdh.adha.org/content/87/6/345>
84. Seys M. Apport de la télémédecine bucco-dentaire lors des consultations en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2019 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=fa774fc5-2c3d-4f2d-8003-ffc88bca165f>

85. Commission nationale de l'Informatique et des Libertés. Qu'est-ce qu'une donnée de santé ? [Internet]. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/quest-ce-que-une-donnee-de-sante>
86. Agence Française de la Santé numérique, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Echange et partage des données de santé: retours d'expérience des bonnes pratiques sur l'échange et le partage des données [Internet]. 2018. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_CNSA_RETEX_%C3%A9change%20et%20partage_VF.pdf
87. Commission nationale de l'Informatique et des Libertés. Le règlement général sur la protection des données - RGPD [Internet]. 2018 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>
88. République Française. LOI n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. Légifrance 1978 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000886460>
89. Commission nationale de l'Informatique et des Libertés. Télémedecine : comment protéger les données des patients ? [Internet]. 2018 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients>
90. Texier B. DMP : la France passe le cap des 9 millions de dossiers médicaux partagés [Internet]. Archimag. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.archimag.com/demat-cloud/2020/07/22/dmp-france-passe-cap-9-millions-dossiers-medicaux-partages>
91. Sekurigi. Piratage sur Doctolib [Internet]. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sekurigi.com/2020/09/piratage-sur-doctolib/>
92. Carballo J. Les données de santé attirent les hackers [Internet]. 2015 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/02/13/23393-donnees-sante-attirent-hackers>
93. Portail régional e-santé Pays de la Loire [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.esante-paysdelaloire.fr/pro/authentication-30-33.html>
94. E-Santé Pays de la Loire. Signalement des incidents SSI. [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.esante-paysdelaloire.fr/nos-services/securite-numerique-en-sante-99-115.html>
95. Agence du Numérique en Santé. Organisation du corpus documentaire du CI-SIS [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/interoperabilite/ci-sis/corpus-documentaire>
96. République Française. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 [Internet]. Légifrance 2007 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000017726554/>
97. Barré M, Chesnel H, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023 [Internet]. INSEE. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4169347>

98. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Projet régional de santé 2018-2022: Accès aux soins spécialisés [Internet]. 2018. (Les livrets du PRS). Report No.: L22. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-05/L22_Organisation_soins_Acces_soins_specialises_version_arrete_web_20180518.pdf
99. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Projet régional de santé 2018-2022: Stratégie numérique régionale 2018-2022 [Internet]. 2018. (Les livrets du PRS). Report No.: L34. Disponible sur: https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-02/L34_Levier%20transformation_Strat%C3%A9gie_Num%C3%A9rique_version_arrete_web_20180518.pdf
100. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Stratégie numérique régionale 2016-2022. [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-02/L34_Levier%20transformation_Strat%C3%A9gie_Num%C3%A9rique_version_arrete_web_20180518.pdf
101. Harris-Interactive. Les Français et la téléconsultation - Enquête Harris Interactive pour Livi [Internet]. Harris-Interactive. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: http://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-la-teleconsultation-2/
102. Harris-Interactive. Baromètre : Les Français et la téléconsultation - Vague 2 [Internet]. Harris-Interactive. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: https://harris-interactive.fr/opinion_polls/barometre-les-francais-et-la-teleconsultation-vague-2/

ANNEXES

ANNEXE 1- Contrat de télémedecine édité par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

CONTRAT



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Télémedecine bucco-dentaire

Entre les soussignés :

1/Mme/M (x)
Chirurgien-dentiste,
Inscrit au Tableau de l'Ordre du département de
Sous n°

Exerçant sis.....

-> Ou exerçant au sein d'un établissement de santé, médico-social ou autres :

Dénomination sociale de l'établissement

Sis

Numéro FINESS établissement

Ou La société (x).....

(SEL/SCP) de chirurgiens-dentistes, au capital de

Immatriculée au RCS de

Sous le numéro

Ayant son siège social sis :

Inscrite au Tableau de l'Ordre du département de

Sous le n°.....

La société est représentée par, en sa qualité de.....

Ci-après dénommé « le chirurgien-dentiste requérant » d'une part,

ET

2/ Mme/M (x).....

Chirurgien-dentiste,

Inscrit au Tableau de l'Ordre du département de

Sous n°

Exerçant sis

-> Ou exerçant au sein d'un établissement de santé, médico-social ou autres :

Dénomination sociale de l'établissement

Sis.....

Numéro FINESS établissement

Ou La société (x)

(SEL/SCP) de chirurgiens-dentistes, au capital de

Immatriculée au RCS de

Sous le numéro

Ayant son siège social sis :

Inscrite au Tableau de l'Ordre du département de

Sous le n°.....

La société est représentée par, en sa qualité de.....



Télémédecine bucco-dentaire

Ou Mme/M (y)

Profession

Inscrit au Tableau de l'Ordre de

Sous n°

Exerçant sis.....

Ci-après dénommé « l'expert requis » d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Le présent contrat est un contrat de « télémédecine »¹ ayant pour objet la pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

Il est rappelé aux parties que le contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur relatives à la télémédecine, et les dispositions applicables² à chaque professionnel intervenant au contrat.

Article 1 – Objet du contrat

Les parties concluent le présent contrat en vue d'organiser la pratique de la télémédecine bucco-dentaire entrant dans le cadre du dispositif existant.

Article 2 – Identification du patient bénéficiant de la télémédecine bucco-dentaire

Chaque acte de télémédecine bucco-dentaire est réalisé dans des conditions garantissant l'identification du patient³.

Article 3 – Entrée en vigueur

Le contrat prend effet le

Article 4 – Lieux des actes de télémédecine

Les actes de télémédecine bucco-dentaire s'effectuent soit au cabinet professionnel, soit au sein de l'établissement dans lequel exercent les parties.

¹ Définition de la télémédecine, article L. 6316-1 du code de la santé publique.

² Pour les chirurgiens-dentistes, les dispositions du Code de déontologie articles R. 4127-201 et suivants du code de la santé publique.

³ Article R. 6316-3 du code de la santé publique.



Télémédecine bucco-dentaire

Article 5 – Obligation des parties

a) Le libre consentement du patient

Le « chirurgien-dentiste requérant » s'engage à recueillir le consentement libre et éclairé du patient faisant l'objet de la télémédecine bucco-dentaire⁴.

b) Communication des données médicales utiles à la télémédecine

Le « chirurgien-dentiste requérant » s'engage à communiquer toutes les informations médicales pertinentes y compris les données NIR du patient pour lequel la télémédecine est sollicitée à « l'expert requis ».

c) La télé-expertise par « l'expert requis »

« L'expert requis » s'engage à analyser les informations médicales transmises par le « chirurgien-dentiste requérant » et s'assure qu'il dispose des éléments nécessaires pour établir ses recommandations et un diagnostic en rédigeant le cas échéant une prescription médicale. Le compte rendu de télé-expertise est versé au Dossier Médical Partagé du patient et adressé par voie sécurisée au « chirurgien-dentiste requérant » et à tout praticien désigné par le patient.

d) Le délai pour la télé-expertise

Le délai maximal pour effectuer la télé-expertise et communiquer le compte rendu est de.....

e) Mise en place d'archives

Les parties à l'acte s'engagent à se pré-constituer des éléments de preuve en cas de conflit médico-légal en conservant les données médicales sur VNP.

Article 6 – Rémunération

La rémunération des actes de télémédecine bucco-dentaire est fixée ainsi :

Chaque praticien intervenant dans le cadre de la télémédecine bucco-dentaire s'engage à demander au patient ses honoraires personnels pour les actes de télémédecine réalisés en fonction des codifications CCAM en vigueur.

Article 7 - La résiliation du contrat

1/ Conformément aux dispositions légales en vigueur, les parties ont pris connaissance que :

- ✦ Les contrats ne peuvent être modifiés ou révoqués que du consentement mutuel des parties, ou pour les causes que la loi autorise⁵,
- ✦ Les contrats obligent non seulement à ce qui y est exprimé, mais encore à toutes les suites que leur donnent l'équité, l'usage ou la loi⁶.
- ✦ La partie envers laquelle l'engagement n'a pas été exécuté, ou l'a été imparfaitement, peut : provoquer la résolution du contrat, demander réparation des conséquences de l'inexécution⁷.
- ✦ Le créancier peut, à ses risques et périls, résoudre le contrat par voie de notification. Sauf urgence, il doit préalablement mettre en demeure le débiteur défaillant de satisfaire à son engagement dans un délai raisonnable. La mise en demeure mentionne expressément qu'à défaut pour le débiteur de satisfaire à son obligation, le créancier sera en droit de résoudre le contrat. Lorsque l'inexécution persiste, le créancier notifie au débiteur la résolution du contrat et les raisons qui la motivent. Le débiteur peut à tout moment saisir le juge pour contester la résolution. Le créancier doit alors prouver la gravité de l'inexécution⁸.

2/ Clause résolutoire :

En application des dispositions légales relatives au principe de liberté de choix du patient de tout professionnel de santé, le patient objet du contrat pour lequel les actes de télémédecine bucco-dentaire sont effectués, peut s'opposer au choix de l'expert requis et solliciter la résiliation du contrat.

4 Articles R. 6316-2, L. 1111-2, L. 1111-4 et R. 4127-210 du code de la santé publique,

5 Article 1193 du code civil.

6 Article 1194 du code civil.

7 Article 1217 du code civil

8 Article 1226 du code civil



Télémédecine bucco-dentaire

Article 8- Responsabilité professionnelle⁹

Les parties à l'acte s'engagent à informer leur assureur en responsabilité civile professionnelle de la pratique de la télémédecine bucco-dentaire¹⁰.

Article 9 - Litiges

Les chirurgiens-dentistes doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité¹¹.

Toutes contestations qui pourraient s'élever entre les parties sur la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution de la convention devra avant toute action en justice être soumise à une tentative de conciliation devant le Président du conseil départemental de l'ordre d'inscription du professionnel de santé mis en cause.

Article 10 - Communication du contrat

Le contrat est communiqué au conseil départemental de l'Ordre dont relèvent les parties¹² sous format électronique avant la mise en place d'une plateforme sécurisée¹³.

Fait à :

Le

Le « chirurgien-dentiste requérant »
Signature électronique

« L'expert requis »
Signature électronique

⁹ Article L. 1142-1 du code de la santé publique « Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. (...) »

¹⁰ La responsabilité professionnelle peut être solidaire en cas de dualité de fautes entre le chirurgien-dentiste requérant et l'expert requis, ou si la cause principale du dommage ne peut pas être déterminée.

¹¹ Article R. 4127-259 du code de la santé publique.

¹² Articles R. 4113-9 et R. 4127-279 du code de la santé publique pour les chirurgiens-dentistes.

¹³ La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat, article L.1111-8 du code de la santé publique.



Télémédecine bucco-dentaire

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES

1/ Rappel de certaines dispositions du code de déontologie des chirurgiens-dentistes utiles au présent contrat :

Article R. 4127-221 du code de la santé publique

« Sont interdits :

1° Tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;

2° Toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient ;

3° Tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre des praticiens ou entre des praticiens et d'autres personnes sous réserve des dispositions propres aux sociétés d'exercice en commun de la profession ;

4° Toute commission à quelque personne que ce soit. »

Article R. 4127-224 du code de la santé publique

« Tout compérage entre chirurgien-dentiste et médecin, pharmacien, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit. »

Article R. 4127-233 du code de la santé publique

« Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :

1° A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin ;

2° A agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui ;

3° A se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient. »

2/ Plateforme sécurisée

Le contrat de télémédecine bucco-dentaire doit être communiqué au conseil départemental de l'ordre dont les parties relèvent sous format électronique avant la mise en place d'une plateforme sécurisée. Un contrat devra être conclu avec l'hébergeur de données de santé à caractère personnel afin de répondre aux exigences de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

Adresse : _____

Code Postal : Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas.

A, le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

ANNEXE 3- Certificat d'analyse compilatio

Compilatio communique des taux de similitudes retrouvées. Il ne s'agit pas de taux de plagiat. Le score seul ne permet pas d'interpréter si les similitudes retrouvées font l'objet d'un cas de plagiat ou non.
Consultez le rapport d'analyse détaillé pour interpréter le résultat.

Similitudes document :

 **12%**

Similitudes partie 1 :

 **16%**

ANALYSÉ SUR LE COMPTE

Nom :	AMADOR
Prénom :	Gilles
E-mail :	gilles.amador@univ-nantes.fr
Dossier :	Dossier par défaut

INFORMATIONS SUR LE DOCUMENT

Auteur(s) :	non renseigné
Titre :	Thèse camille van den bergh compilatio.docx
Description :	non renseigné
Analysé le :	19/04/2021 16:51
ID Document :	kj26enms
Nom du fichier :	thèse Camille Van den bergh compilatio.docx
Type de fichier :	docx
Nombre de mots :	7 272
Nombre de caractères :	51 266
Taille originale du fichier (kB) :	234.18
Type de chargement :	Remise manuelle des travaux
Chargé le :	19/04/2021 16:19











SOURCES TROUVÉES

 Sources très probables :	43 sources
 Sources peu probables :	150 sources
 Sources accidentelles :	8 sources
 Sources ignorées :	0 source

SIMILITUDES TROUVÉES DANS CE DOCUMENT/CETTE PARTIE

Similitudes à l'identique :	10%
Similitudes supposées :	6%
Similitudes accidentelles :	<1%

TOP DES SOURCES PROBABLES - PARMIS 43 SOURCES PROBABLES

Sources	Similitude
1.  Document: dfgpw6 - appartient à un autre utilisateur	 4%
2.  Source Compilatio.net dkpstx	 4%
3.  Source Compilatio.net hjky5	 4%
4.  Source Compilatio.net 3s8d1zx7	 4%
5.  Source Compilatio.net dwjfoq13	 4%

6.  www.previssima.fr/.../teleconsultation-c...ursement-secu.html  2%
7.  blog.hellocare.pro/.../reglementation-de...medecine-en-france  2%
8.  www.has-sante.fr/.../fiche_memo_telecon...mise_en_oeuvre.pdf  2%

UNIVERSITÉ DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

Pr Fabienne PÉREZ

Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,

Pr Bernard GIUMELLI

VANDEN BERGHE (Camille). -Nécessités et enjeux réglementaires de la mise en place des téléconsultations dentaires dans des Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Exemple de la mise en place de téléconsultations dentaires dans des EHPAD en Loire Atlantique. -83f. ; ill. ; tabl. ; 102ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2021)

RESUME

A la suite du développement de la télémédecine, de nombreux projets de téléconsultations dentaires voient le jour en France. Certains Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Loire-Atlantique vont désormais pouvoir en bénéficier.

Au-delà du cadre réglementaire et juridique de la mise en place de téléconsultations dentaires en EHPAD, il convient de se demander quels en sont les enjeux et les nécessités, afin de répondre au mieux aux besoins dans ce domaine, tout en garantissant la protection des données personnelles.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : SANTE PUBLIQUE

MOTS CLES MESH

Télémédecine – Telemedicine

Résidences pour personnes âgées – Housing for the elderly

Consultation à distance – Remote consultation

Législation – Legislation

Santé bucco-dentaire - Oral health

Sécurité informatique – computer security

Métadonnées – Metadata

JURY

Président : Pr. Fabienne Perez

Assesseur : Pr. Laurent Le Guehenec

Assesseur : Dr. Cécile Dupas

Directeur : Dr. Gilles Amador del Valle

ADRESSE DE L'AUTEUR

56 rue Albert Calmette – 44300 Nantes

camille.vandenberghes@hotmail.fr