



Étude d'acceptabilité sur la mise en place d'une télé-expertise en dermatologie buccale auprès de chirurgiens-dentistes libéraux

Jérémy Oyhanto

► To cite this version:

Jérémy Oyhanto. Étude d'acceptabilité sur la mise en place d'une télé-expertise en dermatologie buccale auprès de chirurgiens-dentistes libéraux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01938572

HAL Id: dumas-01938572

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938572>

Submitted on 28 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2018

Thèse n° 61

THESE POUR L'OBTENTION DU
**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par OYHANTO, Jérémy

Né le 26 Janvier à Bayonne

Le 15 Novembre 2018

**Etude d'acceptabilité sur la mise en place d'une
téléexpertise en dermatologie buccale auprès de
chirurgiens-dentistes libéraux**

Sous la direction de : Cédric FALLA

Membres du jury :

Mme. BERTRAND, Caroline
M. FRICAIN, Jean Christophe
M. BOU, Christophe

Présidente
Rapporteur
Assesseur

ENSEIGNANTS SECTIONS / DÉPARTEMENTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

			Départements	
Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèses	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Odontologie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèses	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Fonctions/dysfonctions, imagerie et biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAÏN	Chirurgie orale	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

SECTION 56 - Développement, croissance et prévention

56-01	Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale			
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
56-02	Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale			
Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale	56-02
M.	Christophe	BOU	Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale	56-02
M.	Philippe	POISSON	Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale	56-02

SECTION 57 - Chirurgie orale, parodontologie, biologie orale

Mme	Cécile	BADET	Biologie orale	57-01
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie orale	57-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie orale	57-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie orale	57-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noémie	THEBAUD	Biologie orale	57-01

SECTION 58 - Réhabilitation orale

M.	Michel	BARTALA	Prothèses	58-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Fonctions/dysfonctions, imagerie et biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	COUTANT	Fonctions/dysfonctions, imagerie et biomatériaux	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèses	58-01
M.	Dominique	GILLET	Odontologie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèses	58-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèses	58-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèses	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Eric	VACHEY	Odontologie restauratrice et endodontie	58-01

ASSISTANTS

SECTION 56 - Développement, croissance et prévention

56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale					
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique		56-01
Melle	Anaïs	CAVARÉ	Orthopédie dento-faciale		56-01
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale		56-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique		56-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale		56-01
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale		56-01
56-02 Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale					
M.	Cédric	FALLA	Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale		56-02
Mme	Noëlla	RAJONSON	Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale		56-02
Mme	Audrey	SAY LIANG FAT	Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale		56-02

SECTION 57 - Chirurgie orale, parodontologie, biologie orale

Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie orale		57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale		57-01
M.	Emmanuel	MASSON-REGNAULT	Chirurgie orale		57-01
Mme	Meryem	MESFIOUI	Parodontologie		57-01
M.	Antoine	PEPELUT	Parodontologie		57-01

SECTION 58 - Réhabilitation orale

Mme	Audrey	AUSSEL	Fonctions/dysfonctions, imagerie, biomatériaux		58-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice et endodontie		58-01
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice et endodontie		58-01
M.	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice et endodontie		58-01
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Fonctions/dysfonctions, imagerie, biomatériaux		58-01
Mme	Séverine	DESCAZEUX	Odontologie conservatrice et endodontie		58-01
M.	Mickaël	HYVERNAUD	Prothèses		58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice et endodontie		58-01
M.	Adrien	LASTRADE	Prothèses		58-01
Mme	Aude	MÉNARD	Prothèses		58-01
M.	Thibaut	ROULLAND	Prothèses		58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèses		58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice et endodontie		58-01

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Caroline BERTRAND
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques
Sous-section Prothèse 58-02

Vous me faites un grand honneur en acceptant la présidence de cette thèse.

Je garderai en souvenir d'excellents moments partagés avec vous en clinique ainsi qu'à la Faculté. Je vous prie d'accepter, Madame, l'expression de ma sincère gratitude et l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Cédric FALLA

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale 56-02

*Je vous suis infiniment reconnaissant d'avoir accepté si spontanément de diriger cette thèse.
Je tenais à vous remercier de votre constante disponibilité et de vos conseils toujours avisés
qui m'ont permis de mener à bien ce travail.*

*Je garderai en mémoire de très bons souvenirs partagés avec vous à Xavier Arnozan mais
aussi votre sens clinique, qui m'est un modèle.*

*Permettez-moi de vous exprimer ici toute ma considération ainsi que l'assurance de mon
profond respect.*

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Christophe FRICAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche de l'UFR des Sciences Odontologiques

Sous-section Chirurgie Orale 57-01

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse et d'en être le rapporteur. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez recevoir ici l'affirmation de mon profond respect.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Christophe BOU

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale 56-02

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés lors de ma dernière année de clinique à Saint André.

Je vous prie de trouver ici mes remerciements les plus sincères.

Table des matières

INTRODUCTION	13
1 Dermatologie buccale et téléexpertise : du problème d'accès aux soins à la proposition d'une solution pertinente	15
1.1 Généralités sur la dermatologie buccale	15
1.1.1 Définition	15
1.1.2 Epidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale	15
1.2 Problématiques liées à la prise en charge des cancers oraux	17
1.2.1 L'importance du dépistage précoce de la lésion	17
1.2.2 Retard dans le diagnostic	18
1.2.2.1 Le « <i>retard patient</i> »	18
1.2.2.2 Le « <i>retard professionnel</i> »	19
1.3 Rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge en dermatologie buccale	20
1.3.1 Capacité du chirurgien-dentiste, cadre juridique de la profession	20
1.3.2 Compétence	21
1.4 Difficultés d'accès aux soins chez un spécialiste en dermatologie buccale en France	23
1.4.1 Démographie des chirurgiens oraux en France	23
1.4.2 L'accès aux spécialistes médicaux, exemple des dermatologues (31)	24
1.5 La télémédecine : une solution pour pallier aux difficultés d'accès aux soins sur le plan géographique	25
1.5.1 Définitions	25
1.5.2 Les actes de télémédecine (35)	26
1.6 La téléexpertise médicale	27
1.6.1 Définitions	27
1.6.2 Le respect des droits du patient dans le cadre de la téléexpertise	28
1.6.2.1 Le droit à l'information	28
1.6.2.2 Le consentement à l'acte médical	29
1.6.2.3 Le respect du secret médical	30
1.6.3 Le régime juridique applicable aux données de la santé	31
1.6.3.1 La traçabilité de l'acte de téléexpertise	31
1.6.3.2 L'autorisation préalable de la CNIL	32
1.6.3.3 La transmission par voie électronique	32
1.6.3.4 La conservation des données de santé	33
1.6.4 La responsabilité en téléexpertise	34

1.6.4.1	La responsabilité du professionnel requérant.....	34
1.6.4.2	La responsabilité du professionnel requis.....	35
1.6.4.3	L'articulation des responsabilités.....	35
1.6.4.4	La responsabilité des tiers technologiques.....	35
1.6.5	Le financement de la télémedecine en France.....	36
2	Etude qualitative sur la problématique de l'accès aux soins en dermatologie buccale et sur l'acceptabilité de l'utilisation d'un outil de téléexpertise par les chirurgiens-dentistes libéraux	36
2.1	Objectif de l'enquête	36
2.2	Méthodologie.....	37
2.2.1	L'échantillonnage.....	37
2.2.2	Le guide d'entretien.....	38
2.2.3	Déroulement des entretiens.....	38
2.2.4	Analyse des entretiens	39
2.3	Résultats	40
2.3.1	Cartographie de l'échantillonnage.....	40
2.3.2	Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème de l'accès aux soins bucco-dentaires en France 41	
2.3.2.1	Sur le plan géographique	41
2.3.2.2	Sur le plan financier	43
2.3.2.3	Le facteur patient dans la problématique de l'accès aux soins.....	44
2.3.2.4	Les effets sur l'accès aux soins	45
2.3.3	Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème de l'accès aux soins dans les différentes spécialités en Odontologie.....	45
2.3.3.1	Sur le plan géographique	46
2.3.4	Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème des solutions afin de pallier à cette difficulté d'accès aux soins	48
2.3.4.1	Augmenter l'offre de soin dans les zones sous-dotées.....	49
2.3.4.2	Formations spécialisées des professionnels de santé.....	52
2.3.4.3	Utilisation de la télémedecine	52
2.3.5	Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème de la présentation de l'outil de téléexpertise en dermatologie buccale.....	53
2.3.5.1	Alternative à la correspondance interprofessionnelle	53
2.3.5.2	Favoriser la communication entre omnipraticiens et spécialistes.....	54
2.3.5.3	Réduction des déplacements des patients	54
2.3.5.4	Apport pour les omnipraticiens sur la prise en charge en dermatologie buccale.....	54
2.3.5.5	Identifier les situations d'urgence	55
2.3.6	Résultat de l'analyse des entretiens sur les limites de l'outil	55

2.3.6.1	Limites dans l'aspect médical	55
2.3.6.2	Temps disponible	57
2.3.6.3	Aspect financier	57
3	Discussion.....	58
3.1	Le choix de l'étude.....	58
3.2	Méthodologie.....	58
3.2.1	L'échantillon.....	58
3.2.1.1	Forces de l'étude	58
3.2.1.2	Limites de l'étude.....	59
3.2.2	Le guide d'entretien.....	60
3.2.3	Déroulement des entretiens.....	61
3.2.4	Analyse.....	62
3.3	Résultats	63
3.3.1	Thématique de l'accès aux soins bucco-dentaires en France	63
3.3.1.1	Sur le plan géographique	63
3.3.1.2	Le facteur patient dans la prise en charge	67
3.3.1.3	Les effets sur l'accès aux soins	68
3.3.2	Thématique de l'accès aux de l'accès aux soins dans les différentes spécialités en Odontologie 69	
3.3.3	Thématique des solutions afin de palier à cette difficulté d'accès aux soins.....	69
3.3.3.1	Augmenter l'offre de soin dans les zones sous dotées.....	69
3.3.3.2	Utilisation de la télémedecine	71
3.3.4	Thématique de la présentation de l'outil de téléexpertise en dermatologie buccale	72
3.3.5	Thématique des limites de l'outil	74
	CONCLUSION.....	76
	BIBLIOGRAPHIE	77
	ANNEXES	86
1	Guide d'entretien pour l'enquête qualitative sur l'acceptabilité des chirurgiens-dentistes libéraux sur la mise en place d'une téléexpertise en dermatologie buccale.....	87
2	Grille d'analyse de l'enquête qualitative sur l'acceptabilité d'un outil de téléexpertise en dermatologie buccale.	88

Table des figures

Figure 1 : Nombre de nouveaux cas et de décès en 2015 en France Métropolitaine par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme (1).....	16
Figure 2 : Evolution de l'incidence et de la mortalité des cancers Lèvres-Bouche-Pharynx de 1980 à 2012 selon le sexe en France métropolitaine (5)	16
Figure 3 : Référentiel compétence d'un chirurgien-dentiste en dermatologie buccale.(28)	22
Figure 4 : Cartographie de la démographie des chirurgien oraux en France ONCD(30)	23
Figure 5 : : Durée d'attente moyenne constatée par les patients pour l'obtention d'un rendez-vous en 2011, 2012 et 2014 (en nombre de jours) (31).....	24
Figure 6 : Différentes hypothèses d'évolution du numerus clausus (62).....	64
Figure 7 : Impact sur la densité de chirurgiens-dentistes de différentes hypothèses d'évolution du numerus clausus (62)	64
Figure 8 : Evolution du numérus clausus en odontologie de 1971 à 2015 (63)	65
Figure 9 : Indicateurs d'accessibilité potentielle localisée des chirurgiens-dentistes en 2013 (65)	66

Table des tableaux

Tableau 1 : Les différents actes de télémedecine.....	27
Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion des praticiens sélectionnés dans l'échantillon pour l'enquête qualitative	38
Tableau 3 : Cartographie de l'échantillon.....	40
Tableau 4 : Évolution des distances moyennes d'accès en mètres à vol d'oiseau, entre 1990 et 2006 (71).....	68

INTRODUCTION

En 2015, en France métropolitaine on estimait à 11 610 nouveaux cas de cancers touchant les lèvres, la bouche et le pharynx.(1) Bien que la cavité buccale soit facilement accessible à l'examen visuel direct, la plupart des cancers buccaux sont diagnostiqués à un stade avancé et présentent donc un faible taux de survie à cinq ans.(2) L'un des facteurs de pronostic important est alors, la présentation précoce de la lésion buccale à un professionnel de santé compétent.

La dermatologie buccale fait partie intégrante du champ d'activité des chirurgiens-dentistes. Cependant il est d'usage que les omnipraticiens adressent leurs patients à des spécialistes lorsqu'ils n'arrivent pas à expliquer l'origine ou à traiter des lésions buccales. Conscients du potentiel malin que peuvent représenter de telles lésions, ils requièrent l'avis de stomatologues, dermatologues, chirurgiens oraux ou maxillo-faciaux.

Dans son parcours de soin le patient peut alors rencontrer des difficultés pour être pris en charge par ces spécialistes. En effet, leur nombre semble insuffisant et leur répartition sur le territoire inégale.

Avec le développement des outils de communication et la révolution numérique s'immergeant progressivement dans le domaine de la santé, la télémedecine est devenue une solution pertinente pour résoudre cette difficulté d'accès aux soins. Elle permet de garantir une offre de soins en s'affranchissant des zones géographiques.

Dans le cadre de la recherche d'un avis, d'un diagnostic à distance d'une lésion buccale, la téléexpertise semble être la forme la plus appropriée de télémedecine pour faire collaborer un chirurgien-dentiste et un spécialiste. Cependant, il n'existe à ce jour, aucun outil offrant un tel service aux chirurgiens-dentistes.

L'objectif de ce travail était double. Il consistait d'une part à démontrer la nécessité de développer des outils favorisant l'accès aux spécialistes de la dermatologie buccale. D'autre part, avant la création d'outils mettant en relation directe ces spécialistes aux chirurgiens-dentistes, il s'agissait d'appréhender l'acceptabilité d'une consultation de téléexpertise par les

futurs utilisateurs et d'identifier les freins et leviers permettant le développement d'une telle pratique.

Tout d'abord, nous développerons les causes qui expliquent la difficulté d'accès aux soins en dermatologie buccale en France. Pour cela nous nous intéresserons à l'épidémiologie descriptive des cancers de la cavité orale, aux problématiques liés à la prise en charge de ces cancers et au rôle déterminant du chirurgien-dentiste. Ensuite, nous détaillerons l'acte de téléexpertise qui pourrait en théorie favoriser l'accès à ces spécialistes.

Enfin, nous étudierons à travers une enquête qualitative, les représentations des chirurgiens-dentistes libéraux sur l'élaboration d'un outil de téléexpertise dans la prise en charge en dermatologie buccale et tenterons d'appréhender les limites d'un tel service.

1 Dermatologie buccale et téléexpertise : du problème d'accès aux soins à la proposition d'une solution pertinente

1.1 Généralités sur la dermatologie buccale

1.1.1 Définition

Le terme de dermatologie dérive du grec « *dermatos* », génitif de " *derma* " signifiant la peau et de "-logie, "l'étude de", un suffixe dérivé de "*logos*".

La dermatologie buccale est donc la discipline se référant à l'ensemble des muqueuses de la cavité buccale.

Elle est le point de rencontre de plusieurs spécialités médicales : la dermatologie, l'odontologie, la chirurgie orale et parfois l'oncologie.

On peut classer les lésions buccales en trois groupes distincts :

- **Les lésions bénignes** : tumeurs bénignes (hyperplasie, papillome, ...), affections bénignes (candidose, herpès, ...), ...
- **Les lésions ou affections potentiellement malignes** : leucoplasie, érythroplasie, érythroleucoplasie, leucoplasie verruqueuse proliférative (LVP), fibrose sous-muqueuse buccale ... (3)
- **Les lésions cancéreuses** : Le carcinome épidermoïde (95 % de tous les cancers de la cavité buccale), mélanome, sarcome, ...

1.1.2 Epidémiologie descriptive des cancers de la cavité buccale

D'après l'International Agency for Research on Cancer, chaque année, plus de 300 000 nouveaux cas de cancers de la cavité buccale sont rapportés. Cette incidence est à dominance masculine puisqu'en effet, deux tiers d'entre eux concernent les hommes.

En ce qui concerne la mortalité, on note annuellement 145 000 décès, dont les trois quarts se trouvent dans les pays en voie de développement.

Les cancers de la cavité buccale représentent donc un problème de santé publique mondial.(4)

En France métropolitaine, en 2015, on estime à 11 610 nouveaux cas de cancers touchant les lèvres, la bouche et le pharynx. Ils représentent respectivement 3,8 % (8 010) et 2,1 % (3 600) de l'ensemble des cancers incidents masculins et féminins.(1)

Classe d'âge	Nombre de nouveaux cas et de décès			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	8	3	0	0
[15;49]	872	414	138	47
[50;64]	3 767	1 410	965	239
[65;74]	2 079	795	648	155
[75;84]	957	532	359	142
[85;++]	327	446	161	173
Total	8 010	3 600	2 271	756

Figure 1 : Nombre de nouveaux cas et de décès en 2015 en France Métropolitaine par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme (1)

Entre 1980 et 2012, l'incidence de ces cancers chez les hommes a diminué d'environ 40 %, alors que chez les femmes, la tendance est à l'inverse avec une augmentation de l'incidence d'environ 60 %. (5)

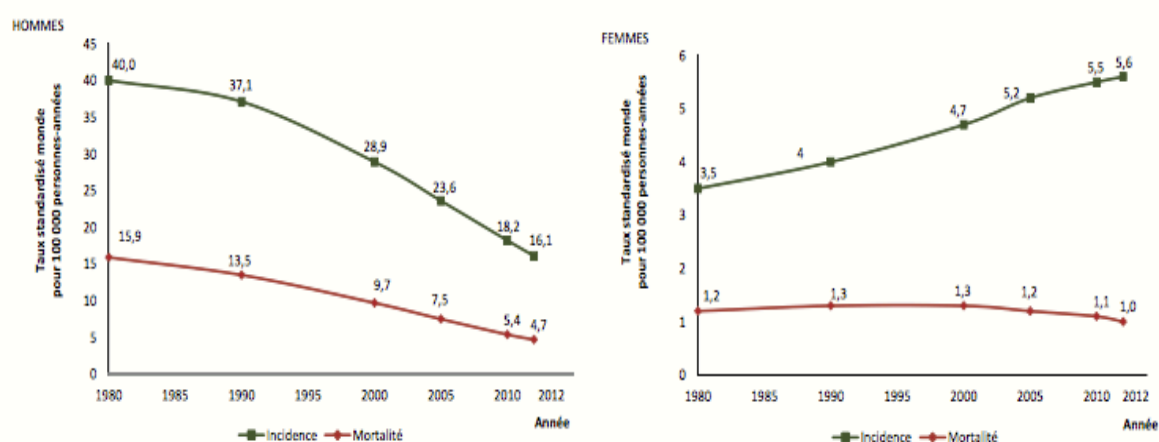


Figure 2 : Evolution de l'incidence et de la mortalité des cancers Lèvres-Bouche-Pharynx de 1980 à 2012 selon le sexe en France métropolitaine (5)

L'évolution de l'incidence est à mettre en parallèle avec l'exposition aux principaux facteurs de risque de ces cancers : le tabac et l'alcool. La prévalence des consommateurs réguliers de tabac a diminué de plus de 50 % chez les hommes depuis les années 1950 et a augmenté régulièrement chez les femmes. (6)(7)

La consommation d'alcool a elle, diminué de 50 % entre 1961 et 2006. (8)

La découverte de ce cancer est tardive, près de 9 nouveaux cas sur 10 sont diagnostiqués au-delà de 50 ans chez l'homme et chez la femme. (1)

Bien que la cavité buccale soit facilement accessible à l'examen visuel direct, la plupart des cancers buccaux sont diagnostiqués à un stade avancé (stade III et stade IV). Ce fait explique leur faible taux de survie à cinq ans. En effet pour les cancers « tête et cou », la survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est de 34 % chez les hommes et de 49% chez les femmes, malgré les progrès thérapeutiques dans les domaines de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie. En France, la survie à cinq ans la plus faible concerne les cancers de la langue : 38 % chez les hommes et 52 % chez les femmes. La meilleure survie à cinq ans est enregistrée pour les cancers de la lèvre : 86 % chez les hommes et 76 % chez les femmes. (2)

1.2 Problématiques liées à la prise en charge des cancers oraux

1.2.1 L'importance du dépistage précoce de la lésion

L'un des facteurs de pronostic les plus important est la découverte ou la présentation précoce de la lésion buccale à un professionnel de santé.

En effet, par rapport à un stade précoce (stade I/II), la prise en charge à un stade avancé (stade III/IV) fait chuter la survie à 5 ans de 80 % à 50 % ou moins.(9)(10)

Le dépistage précoce influe tant sur la mortalité que sur la morbidité. En effet, on note que les patients ayant un stade tumoral plus avancé ont un score de qualité de vie (HQL) inférieur aux patients atteints de tumeurs de stade précoce.

On retrouve des différences significatives dans la xérostomie, la déglutition, le trismus, les nausées / vomissements, la douleur.

On trouve également pour les patients pris en charge à des stades précoces, une diminution des effets indésirables des traitements des cancers oraux (dysarthrie, dysphagie, dysfonction masticatoire, ...). (11)

1.2.2 Retard dans le diagnostic

Dans la littérature, on retrouve deux types d'origine du « retard » dans la prise en charge en dermatologie buccale. L'une est imputée au patient et l'autre au professionnel de santé.

Le « *retard patient* » est le temps qui s'écoule entre la prise de conscience du patient d'un changement ou une découverte d'une lésion et sa présentation à un professionnel de santé.

Alors que le « *retard professionnel* » est celui écoulé entre la première consultation et le traitement définitif (chirurgie, radiothérapie, ...) de la lésion.

1.2.2.1 Le « retard patient »

Dans l'étude de 2017, "*The length of patient and primary care time interval in the pathways to treatment in symptomatic oral cancer. A quantitative systematic review* » P. Varela-Centelles quantifie le « *temps patient* » avec une moyenne d'environ 80,3 jours. (12)

Malgré les différences géographiques étudiées, on retrouve des résultats similaires dans de nombreuses études. En effet, on retrouve une moyenne de 67,8 jours en Argentine.(13)

Peacock en 2008 note une moyenne de 104,7 jours aux Etats Unis. (14)

Mais cette période semble être moins élevée en Australie et Royaume Uni avec respectivement des moyennes de 54 et 53 jours. (15)(16) Actuellement aucune étude de ce type n'a été réalisée en France.

Certaines études tentent de déterminer les raisons pour lesquelles les patients tardent à consulter un professionnel de santé lorsqu'un changement ou une lésion apparaît au niveau de leur cavité buccale.

Une étude effectuée par Scott et al. en 2007 a montré que les raisons de ce retard sont mal comprises et, en raison du manque de recherche à l'heure actuelle, ce ne sont que des postulats.

Les raisons de ce retard semblent être les suivantes :

- Les patients attribuent les symptômes associés à une lésion buccale cancéreuse à une autre étiologie : manque de connaissance sur le sujet (17)

- Une absence de consultation chez un spécialiste consécutive à une automédication (18)
- La différence de prise en charge entre les établissements de santé public et privé (14)

La lutte contre le « *retard patient* » semble difficile. Néanmoins en Amérique du Nord et au Royaume-Uni, des campagnes de sensibilisation au cancer buccal et des fiches d'informations disponibles sur Internet ont été créées afin d'aboutir à une meilleure connaissance du public et donc diminuer « *le retard patient* ». Malgré tout cela, celles-ci n'ont eu qu'un faible impact.(19)

1.2.2.2 Le « *retard professionnel* »

De nombreuses études ont essayé de quantifier le temps du « *retard professionnel* » chez les patients atteints de cancers oraux.

En 2007, dans une étude rétrospective faite au Royaume Uni, des résultats très encourageants sont présentés. En effet, 78 % des 325 patients atteints de lésions buccales ont été présentés le même jour que la consultation chez le médecin généraliste, à un spécialiste. Dans cette même étude, le diagnostic a été posé dans les trois semaines et le traitement définitif a débuté dans les six semaines de la première consultation. (20)

Le Royaume Uni semble un cas isolé puisqu'on ne retrouve pas de résultats similaires dans d'autres études.

En 2008, Peacock et coll. ont constaté un retard professionnel moyen de 101 jours. (14)

Encore plus long, Yu and coll. note un délai de 151 jours au Canada. (21)

Ces délais sont insatisfaisants car ils se cumulent au « *retard patient* » et semblent plus long.

Une étude réalisée en 2007 par Brouha et coll. a fixé un objectif idéal de 30 jours entre la première présentation dans une clinique spécialisée et un traitement définitif (norme en matière de traitement des cancers de la tête et du cou aux Pays-Bas).

Ils ont trouvé que l'objectif de 30 jours était atteint dans seulement 41% des cancers buccaux.

Ils mettent également en évidence que le « *retard professionnel* » est plus important lorsque les tumeurs sont les plus petites (stade I et II).(22)

1.3 Rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge en dermatologie buccale

En 2003 Holmes and coll. ont comparé les différences de stades du cancer de la cavité buccale adressées à un spécialiste par différents professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, médecins généralistes, ...).

Ils ont constaté que, dans l'ensemble, le stade clinique moyen d'un cancer buccal ou oropharyngé transmis par un cabinet dentaire à un spécialiste en dermatologie buccale était de 1,94, tandis que le stade clinique moyen d'un cabinet de médecin était de 3,00. Ces chiffres confirment que les chirurgiens-dentistes dépisteraient les cancers buccaux à des stades plus précoces que les autres professionnels de santé. (23)

Selon une étude transversale réalisée par Meskin, seulement 18% des médecins pratiquent des examens oraux sur la moitié de leurs patients.(24)

Les données présentées par Holmes et coll. montrent clairement que 47 % (15 sur 32) des cancers découverts dans un cabinet dentaire ont été diagnostiqués lors d'une visite dentaire non symptomatique, alors que 100 % (7 sur 7) des lésions provenant d'un cabinet de médecine générale ont été trouvées lors de visites symptomatiques.

Ces résultats indiquent clairement le besoin d'examens de dépistage systématique par un chirurgien-dentiste ou l'ajout d'un examen de dépistage oral à l'examen physique médical de routine.

1.3.1 Capacité du chirurgien-dentiste, cadre juridique de la profession

La profession de chirurgien-dentiste est définie par le Code de la Santé Publique (CSP) dans sa partie législative (4^e partie – livre I^{er}) comme l'une des trois professions médicales, avec les médecins et les sages-femmes.

Selon l'Article L.4141-1 du CSP « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et **des tissus attenants**, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1. »(25)

La dermatologie buccale fait donc partie intégrante du champ d'activité des chirurgiens-dentistes. Cependant, il est nécessaire de distinguer capacité professionnelle de compétence professionnelle qui parfois improprement employées l'une pour l'autre, sont deux notions indissociables, mais néanmoins distinctes.

1.3.2 Compétence

La « compétence médicale » repose « d'une part sur des acquisitions théoriques et pratiques qu'il convient de définir *a priori* en fonction des spécificités de chaque spécialité médicale et d'entretenir tout au long de l'exercice professionnel, d'autre part sur des aptitudes et attitudes individuelles à définir de manière transversale et prendre en compte pour assurer un exercice médical de qualité ». (26)

Ainsi, la notion de compétence correspond à un savoir-agir en situation. Il s'agit d'être compétent et pas seulement d'avoir « des compétences », d'avoir une qualification ou de se situer dans un champ de compétence, notion réglementaire liée à un diplôme. Elle se développe au cours de la vie professionnelle. (27)

De plus en collaboration avec l'Ordre des chirurgiens-dentistes, le Ministère de la Santé a publié en Octobre 2010 un référentiel intitulé "*métier et compétences du chirurgien-dentiste*" ayant comme objectif de délimiter avec rigueur et précision le périmètre du métier de chirurgien-dentiste et les compétences qu'il exige.(28) Ce référentiel établit une suite de 11 situations types, que tout chirurgien-dentiste doit pouvoir maîtriser dont une concernant la dermatologie buccale. Les détails de cet item sont présentés ci-après :

RÉALISER UN DIAGNOSTIC	► En réalisant un interrogatoire médical : évaluation de l'état général (fièvre, asthénie, perte d'appétit, amaigrissement, insomnie), prise de médicaments, immunodépression (notamment infection à VIH*). ► En évaluant les modalités de consommation de produits addictifs : alcool, tabac,.... ► En réalisant un examen exobuccal : recherche d'adénopathies, apprécier l'ouverture buccale ► En réalisant un examen endobuccal : appréciation la qualité de l'hygiène buccale et de l'état carieux, examen approfondi et palpation des muqueuses, description de la lésion. ► En recherchant l'origine de la lésion (traumatique, infectieuse, iatrogénique précancéreuse, tumeur bénigne, tumeur maligne) et en évaluant la gravité.
ASSURER DES SOINS IMMÉDIATS	► En assurant des soins adaptés à l'origine de la lésion - Lésion d'origine traumatique : occlusion, retouche prothèse, retrait de la prothèse pendant une période donnée, thérapeutique cicatrisante, antiseptique, calmante. - Lésion d'origine immunitaire : (aphte), traitement symptomatique, si récurrence fréquente réaliser une NFS*. - Lésion infectieuse de diagnostic simple (HVS*) permettant une thérapeutique adéquate. - Lésion infectieuse demandant un prélèvement : soit réaliser ce prélèvement au cabinet si on a la compétence et le matériel, soit adresser directement au laboratoire préleveur, soit adresser à un confrère. - Lésion secondaire d'origine médicamenteuse, thérapeutique antiseptique et calmante et mise en relation avec le prescripteur (inhibiteur calcique, bisphosphonates) - Lésion précancéreuse : évaluer l'intérêt de réaliser une biopsie qui se fera si compétence et matériel disponibles. ► En réalisant une biopsie exérèse - si la lésion est une petite tumeur - si le praticien est compétent pour le faire - si le praticien dispose du matériel et d'un environnement adapté pour le faire ► En orientant le patient vers l'équipe qui assurera la prise en charge spécifique et adaptée si la lésion présente un caractère de malignité évident.
DÉCIDER DE L'INDICATION ET ÉLABORER UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE OU DE RÉHABILITATION	► En mettant en place une stratégie thérapeutique adaptée à l'origine de la lésion - Lésion traumatique : réévaluer la qualité des prothèses en place pour en proposer de nouvelles si nécessaire - Evaluer les soins à mettre en place pour atteindre la suppression des parafunctions - Lésion infectieuse demandant un prélèvement, revoir son patient dans les 4/5 jours qui suivent la première consultation, afin de contrôler l'évolution et informer son patient des résultats biologiques. Corriger la prescription si nécessaire. Si on ne se sent pas compétent passer la main à un confrère. - Lésion iatrogénique : après mise en relation avec le prescripteur si possible changement de molécules et surveillance de plusieurs semaines. Dans le cas des bisphosphonates suivre les recommandations de l'AFSSAPS*. - Lésion précancéreuse : revoir son patient pour l'informer des résultats de la biopsie, et en fonction des résultats et des déviations addictives une stratégie de surveillance sera mise en place. - Lésion bénigne : petite tumeur, revoir son patient pour l'informer des résultats de la biopsie. - Lésion présentant un caractère de malignité évident : rentrer en contact avec l'équipe pluridisciplinaire pour connaître et participer à la stratégie de prise en charge du patient suite à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.
EFFECTUER UN SUIVI ET ASSURER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE	► En assurant un suivi à long terme et régulier en complémentarité avec les équipes médicales spécialisées pour assurer une surveillance et anticiper sur les risques de récurrences ► En proposant au patient la possibilité d'un suivi pour améliorer la consommation de tabac et d'alcool en fonction du diagnostic établi et envisager un sevrage si nécessaire.

Figure 3 : Référentiel compétence d'un chirurgien-dentiste en dermatologie buccale.(28)

La compétence en dermatologie buccale est variable entre chaque praticien. En effet, celle-ci progresse avec l'expérience et le nombre d'actes réalisés. Il est donc commun pour des omnipraticiens d'adresser à des spécialistes lorsque ceux-ci ne se sentent pas compétents, ou lorsque caractère sévère de la pathologie nécessite une prise en charge pluridisciplinaire dans une structure hospitalière.

Selon l'article R. 4127-32 du Code de la Santé Publique, « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins

conscientieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »(29)

1.4 Difficultés d'accès aux soins chez un spécialiste en dermatologie buccale en France.

En France, plusieurs spécialités médicales peuvent prendre en charge les patients atteints de lésions buccales.

Dans la branche strictement médicale, on retrouve le dermatologue, l'oncologue et le chirurgien maxillo-facial.

Dans la branche commune aux médecins et aux chirurgiens-dentistes, on retrouve les chirurgiens oraux qui semblent être les professionnels les plus aptes à prendre en charge les lésions buccales.

1.4.1 Démographie des chirurgiens oraux en France

En Septembre 2017, d'après le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, on recense 130 Chirurgiens Oraux pour 41 101 Chirurgiens-Dentistes soit environ 0,30 %.

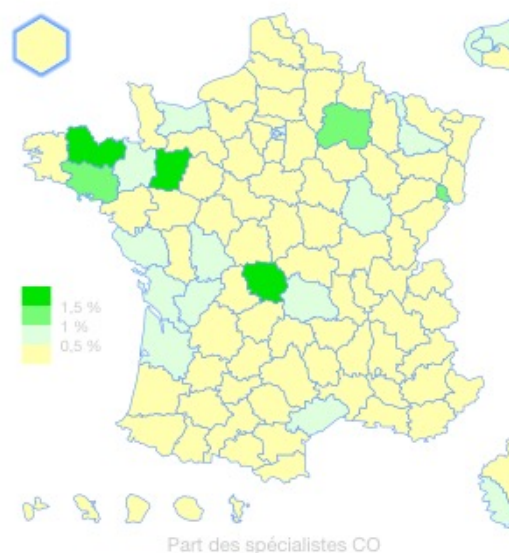


Figure 4 : Cartographie de la démographie des chirurgien oraux en France ONCD(30)

En plus de fait que leur nombre semble insuffisant, leur répartition est inégale sur le territoire. On souligne aussi que leur concentration reste encore à proximité d'un Centre Hospitalo-Universitaire. En considérant que le chirurgien-dentiste a un statut de spécialiste, le fait qu'il requiert un avis d'un autre professionnel de santé, placerait ce dernier en situation d'« hyper spécialiste ». Ce statut placerait alors les patients dans une situation plus complexe pour accéder aux soins de cet « hyper spécialiste ».

1.4.2 L'accès aux spécialistes médicaux, exemple des dermatologues (31)

Le dermatologue fait partie des spécialistes pouvant être sollicité par un patient dans le cadre d'une lésion buccale. Dans une enquête réalisée par l'IFOP en 2014, sur un échantillon représentatif de 1021 personnes on note que 37 % ont renoncé aux soins chez un spécialiste à cause de l'éloignement géographique et 67 % à cause de la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide.

Dans toutes les spécialités majeures, les délais ont fortement augmenté en trois ans, ce qui atteste d'une dynamique en profondeur de la dégradation de l'accès aux soins spécialisés.



Figure 5 : : Durée d'attente moyenne constatée par les patients pour l'obtention d'un rendez-vous en 2011, 2012 et 2014 (en nombre de jours) (31)

Le nombre de zones à faible accessibilité va augmenter dans les années à venir et cette situation va progressivement s'étendre à de nouveaux territoires, en accentuant les tensions démographiques, en raison de la diminution du nombre de dermatologues en exercice et des départs en retraite des médecins de plus de 65 ans. En effet, leur nombre devrait baisser de 32% d'ici 2030. (32)

1.5 La télémédecine : une solution pour pallier aux difficultés d'accès aux soins sur le plan géographique

Pour faire face à cette difficulté d'accès aux soins, l'Etat a présenté le « Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires » le 13 octobre 2017. (33) Ce plan comprend des mesures visant à :

- Renforcer l'offre de soins sur tout le territoire
- Favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé
- Mettre en œuvre la révolution numérique en santé

Le gouvernement souhaite davantage avoir recours à la télémédecine et ainsi l'inscrire dans le droit commun dès 2018. En effet, avec le développement des outils de communication et la révolution numérique s'inscrivant progressivement dans le domaine de la santé, la télémédecine devient naturellement une solution pertinente. Elle permet de garantir une meilleure offre de soins en s'affranchissant des zones géographiques. Elle semble donc être une piste intéressante à développer afin de favoriser l'accès aux soins en dermatologie buccale.

1.5.1 Définitions

Le Professeur Louis Lareng, pionner européen de la télémédecine, créateur des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et de l'IET (Institut Européen de Télémédecine) a proposé en 1989 la définition suivante : « la télémédecine est l'utilisation de tout moyen technique et de toute méthode permettant à distance la pratique médicale. Elle a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins par l'utilisation optimale des moyens techniques et des compétences médicales ».

Plus récemment, l'Association internationale de télémédecine et de cyber santé relève plus de cinquante définitions différentes.

La plus pertinente a été proposée en 2005 par Gunther Eysenbach : « un engagement collectif – améliorer la santé au niveau local, national, régional et mondial, en utilisant les nouvelles

technologies de l'information et de communication ». C'est celle qui a été retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Si en France, la loi Kouchner du 4 Mars 2002 a commencé à préparer une définition de la télémédecine, c'est la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST), parue au Journal Officiel le 22 Juillet 2009, qui apporte une définition plus précise.

Elle met le patient pour la première fois au cœur du débat :

« Art.L. 6316.- La Télémédecine est une forme de 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 aux patients. 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. ». (34)

Cette définition offre donc un cadre juridique plus précis à la télémédecine, et ce, avant même l'intervention du décret d'application prévu.

1.5.2 Les actes de télémédecine (35)

La loi HPST a été précisée par un décret télémédecine, le décret n° 2010-1229 du 19 Octobre 2010 : l'article R.6316-1 du Code de la Santé Publique dispose, en effet que, constituent les actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication, la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale et la téléassistance médicale. Le texte ajoute cependant une cinquième catégorie d'acte, la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L.6314-1. (36)

Actes	Acteurs		Objectif
	Sur Place	A Distance	
Téléconsultation	Patient Professionnel de santé ou psychologue	Professionnel médical	Consultation à distance d'un professionnel médical
Téléexpertise	Professionnel médical	Un ou plusieurs professionnels médicaux	Avis d'expert(s) pour diagnostic et/ou traitement
Télésurveillance	Patient Professionnel de santé (en option)	Professionnel médical	Interprétation de données nécessaires au suivi médical d'un patient
Téléassistance	Professionnel de santé	Professionnel médical	Assistance d'expert pour la réalisation d'un acte médical

Tableau 1 : Les différents actes de télémédecine

Dans le cadre de la recherche d'un avis, d'un diagnostic à distance, la téléexpertise semble donc être la forme la plus appropriée de télémédecine pour faire collaborer un chirurgien-dentiste et un chirurgien orale dans de la prise en charge en dermatologie buccale.

1.6 La téléexpertise médicale

1.6.1 Définitions

Selon l'article R.6316-1-2° du Code de la Santé Publique, la téléexpertise est définie comme ayant pour objet de « *permettre un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient* ». (36)

La téléexpertise représente une nouvelle façon d'exercer la médecine tout en suivant les principes énoncés dans le Code de la Santé Publique.

En effet, selon l'article R. 4127-32 du Code de la Santé Publique, « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.* »(29)

Et l'article R. 4127-33 du Code de la Santé Publique, « *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.* »(37)

Toutefois, bien plus qu'une « réponse moderne à un impératif déontologique et une pratique existante », la téléexpertise consacre un nouvel acte médical singulier où plusieurs professionnels médicaux prennent place en participant à la décision médicale. (38)

Celle-ci s'apparente à un nouveau mode d'exercice médical, en plein développement du fait de la raréfaction de l'offre de soins dans certaines spécialités médicales et de la spécialisation croissante des connaissances exigeant, la mutualisation des savoirs pour une prise en charge optimale du patient.

1.6.2 Le respect des droits du patient dans le cadre de la téléexpertise

La téléexpertise n'implique nullement la présence physique du patient. Néanmoins, le Conseil National de l'Ordre des Médecins réaffirme le maintien des droits du patient : « *Les droits des patients s'imposent de la même manière dans les situations de télémédecine que dans le cadre aujourd'hui habituel des soins* ».(39)

1.6.2.1 Le droit à l'information

Selon l'Article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique, « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils*

comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » (40)

L'information de la personne malade s'apparente à la fois à un véritable droit du patient et à un devoir du professionnel de santé dont le non-respect est susceptible d'engager sa responsabilité.

La téléexpertise constituant un acte médical à part entière, son exercice est naturellement soumis aux dispositions de l'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique.

L'article R.6316-2 du même code, issu du décret du 19 Octobre 2010, y fait d'ailleurs expressément référence : *« les actes de télémedecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L.1111-2 et L.1111-4 ».*

Selon l'expression de l'article R. 4127-35 du Code de la Santé Publique, l'information doit être *« loyale, claire et appropriée »*, c'est-à-dire qu'elle doit être intelligible, adaptée aux circonstances, à la personnalité du patient et à sa compréhension. (41)

Comme on l'a vu précédemment, le patient n'est pas nécessairement présent lors de la réalisation de l'acte de téléexpertise. Il doit, cependant, être informé par le professionnel de santé requérant de son intention de solliciter un confrère spécialiste par ce biais.

1.6.2.2 Le consentement à l'acte médical

Selon l'article L.1111-4 du Code de la Santé Publique, *« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et (que) ce consentement peut être retiré à tout moment ».* (42)

Le décret du 19 octobre 2010 renvoie directement à ces dispositions puisqu'il est précisé que *« les actes de télémedecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L.1111-2 et L.1111-4 ».*(43)

En matière de télémédecine, le consentement dont il est question doit néanmoins s'entendre sous un double aspect. Il s'agit bien entendu du consentement du patient à l'examen ou à la thérapeutique proposée par le médecin mais aussi s'agissant de la forme même et de la nature de la relation médicale qui va s'établir. Ce dernier doit ainsi formellement consentir à ce que celle-ci soit pratiquée à distance.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins insiste sur le fait que « *le patient doit être informé de la nécessité, l'intérêt, les conséquences et la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et doit librement son consentement* ». (44)

1.6.2.3 Le respect du secret médical

L'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique, placé dans le chapitre relatif aux « *droits de la personne* », précise ainsi que « *toute personne prise en charge par un professionnel (...) participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant* ». (45)

Le code de déontologie médicale rappelle également que le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin : « *le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ». La violation de ces obligations est sanctionnée disciplinairement mais aussi pénalement. (46)

Dès lors, la question de l'articulation entre le droit au secret médical et à la protection de la vie privée du patient et les échanges d'informations le concernant inhérent à la pratique de la télémédecine nécessite d'être posée. L'Ordre des Médecins insiste sur le fait que, si la coopération entre professionnels de santé est favorisée par le recours aux NTIC (Nouvelles technologies de l'information et de la communication), celui-ci doit se faire « *dans le respect des droits fondamentaux des patients et en premier lieu du secret médical* ». (47)

L'article R. 6316 -2 du Code de la Santé Publique précise que « *les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger*

des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication ». (43)

Le consentement du patient à la pratique de la télémedecine présume donc son accord pour l'échange d'informations à son sujet entre les différents professionnels impliqués. Cet échange est constitutif de l'acte de téléexpertise.

L'article R.6316-3 précise en effet que ce dernier doit être réalisé « *dans des conditions garantissant l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte* ».

Le principe de confidentialité peut donc être regardé comme ne soulevant pas de difficultés particulières nouvelles dans le cadre de la téléexpertise entendue comme pratique médicale.

Il en va, en revanche, différemment lorsque l'on envisage celle-ci comme une pratique électronique impliquant la circulation et la conservation des données personnelles de santé.

Il s'impose donc une nécessité d'encadrer juridiquement ce nouveau mode d'exercice afin de protéger le patient.

1.6.3 Le régime juridique applicable aux données de la santé

1.6.3.1 La traçabilité de l'acte de téléexpertise

L'article R. 6316 – 4 du Code de la Santé Publique précise les éléments qui doivent être inscrits dans le dossier du patient tenus par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémedecine et dans la fiche d'observation.(48)

Il s'agit :

- Du compte rendu de la réalisation de l'acte
- Des actes et des prescriptions médicamenteuses effectuées
- De l'identité des professionnels de santé participant à l'acte
- De la date et de leur de l'acte
- Des incidents techniques survenu au cours de l'acte, le cas échéant

Dans le cas d'un acte de téléexpertise, cela a, par exemple, pour effet de conduire un praticien spécialiste à conserver des données relatives à un patient qu'il ne prend pas en charge directement. L'absence de consultation directe n'occulte pas l'obligation de traçabilité de l'acte.

1.6.3.2 L'autorisation préalable de la CNIL

Dès lors qu'elle implique un partage des données de santé, la mise en place d'un traitement de télémédecine impose d'obtenir une autorisation préalable de la CNIL en application de l'article 25-I-1° de la loi informatique et libertés.(49)

Ainsi, en matière de télémédecine, l'article R. 6316-3 du Code de la Santé Publique impose notamment que chaque acte soit réalisé dans des conditions garantissant l'authentification des professionnels de santé intervenant dans la réalisation de celui-ci ainsi que l'identification du patient. L'identification des professionnels de santé passe par l'utilisation de la carte CPS ou un dispositif équivalent. Un système garantissant la traçabilité journalière des connexions doit également être mise en place. Ces différents éléments sont à préciser dans le dossier déposé auprès de la CNIL.

Mais des contraintes supplémentaires interviennent pour les actes de télémédecine qui, par définition, suppose la transmission de données par voie électronique.

1.6.3.3 La transmission par voie électronique

La réalisation d'un acte de téléexpertise implique que des données de santé (données cliniques, biologiques, examens d'imagerie, ...) soient échangées par voie électronique.

A cet égard, la CNIL considère que « *un haut niveau de sécurité des échanges doit être assuré compte tenu des risques que comporterait la transmission d'informations dégradées ou la divulgation de celles-ci à des tiers* ». (49)

De plus elle estime que les dispositifs de télémédecine doivent garantir la confidentialité, le chiffrement des données transmises, ainsi que l'intégrité de celles-ci.

Ces nécessités ont été intégrées par le législateur dès l'élaboration de la loi du 4 Mars 2002.

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique dispose, en effet, afin de garantir la confidentialité des informations médicales, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumis à des règles définies par décret en conseil d'État pris après avis de la CNIL.

Après une longue concertation, le texte en question est intervenu en mai 2007. (50)

L'article R. 1110-1 du Code de la Santé Publique impose désormais que la conservation sur support informatique et la transmission des informations médicales soit soumise au respect de référentiel définies par arrêté du Ministre de la Santé après avis de la CNIL.

Les référentiels de sécurité en question décrivent notamment les mesures de sécurisation physique du matériel et des locaux ainsi que les dispositions prises pour la sauvegarde des fichiers, les modalités d'accès aux traitements, les dispositifs de contrôle des identifications et habilitations et les procédures de traçabilité des accès ainsi que l'historique des connexions.

Les référentiels doivent également fixer, en cas de transmission par voie électronique, les mesures mises si en œuvre pour garantir la confidentialité des informations échangées, le cas échéant, par le recours à un chiffrement en tout ou partie de celles-ci.

1.6.3.4 La conservation des données de santé

En application de l'article R. 1112-7 du Code de la Santé Publique, les informations concernant la santé des patients sont soit conservées au sein des établissements de santé qu'ils les ont constituées, soit déposées par ces établissements auprès d'un hébergeur agréé. (51)

Il n'existe aucune disposition spécifique relative à la durée de conservation des données médicales produit dans le cadre de la télémédecine. Les établissements doivent donc appliquer le droit commun tel qu'il procède de l'article R. 1112-7.

Ce texte prévoit que le dossier médical est conservé pendant une durée de 20 ans à compter de la date de dernier séjour de la dernière consultation externe de son titulaire. Si la durée de conservation s'achève avant le 28ème anniversaire de la personne concernée, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date. Dans tous les cas si la personne titulaire du dossier

décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé pendant une durée de 10 ans à compter de la date de décès. (52)

1.6.4 La responsabilité en téléexpertise

Le Code de la Déontologie médicale précise que « *lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade* ». (53)

1.6.4.1 La responsabilité du professionnel requérant

La responsabilité pourrait être invoquée par la mauvaise qualité des informations transmises par le professionnel requérant. Seul ce dernier a en effet examiné physiquement le patient qu'il suit et dont il connaît normalement les antécédents.

Il lui revient donc de sélectionner et de transmettre au professionnel qu'il sollicite les éléments pertinents pour permettre à ce dernier d'apporter son expertise en parfaite connaissance de cause.

Quel que soit l'avis exprimé par le professionnel requis sur le diagnostic ou la thérapeutique, le professionnel requérant demeure, par ailleurs, responsable des décisions qu'il prend concernant son patient.

En matière de téléexpertise, le professionnel requis n'intervient que comme aide à l'élaboration de la décision médicale qui reste celle du professionnel requérant.

Enfin, on peut imaginer que la responsabilité du médecin soit un jour recherchée pour non recours à la télé médecine. Dès lors que celui-ci doit délivrer aux patients des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science, il pourrait donc lui être reproché d'avoir commis une faute en s'abstenant d'avoir recours à l'ensemble des moyens techniques à sa disposition, si un jour, un déploiement de la téléexpertise soit effective dépassant le stade expérimental.

1.6.4.2 La responsabilité du professionnel requis

Bien que n'étant pas en contact avec le patient, le professionnel requis est responsable du diagnostic qu'il pose au regard des informations fournies par son confrère.(54)

Il faut cependant tenir compte du fait que le professionnel téléexpert est dépendant, dans le cas d'espèce, des éléments qui lui ont été communiqués. Mais le fait de ne pas disposer de la totalité des informations n'exonère pas pour autant le professionnel requis de sa responsabilité quant à la décision prise. Il lui appartient, en effet, de solliciter les données complémentaires qu'il estime nécessaire pour, près du professionnel requérant.(55)

Faute de les obtenir, le téléexpert peut refuser de prêter son concours en application des dispositions de l'article R. 4127-64 du Code de la Santé Publique.

1.6.4.3 L'articulation des responsabilités

En dépit du principe de responsabilité personnelle rappelé à l'article R. 4127-64 du code de la santé publique, en cas de pluralité de fautes imputables à la fois au professionnel requérant et au professionnel requis en cas de difficulté pour déterminer la cause principale du dommage, le juge pourra prononcer une condamnation *in solidum*.

1.6.4.4 La responsabilité des tiers technologiques

Les tiers technologiques regroupent tous les intervenants « techniques » (industriels, prestataires informatiques, ...) impliqués dans le fonctionnement du dispositif de téléexpertise.

Ils sont responsables de la formation des professionnels de santé dans le cadre de leur obligation de conseil renforcé (art R. 6316-9 du Code de la Santé Publique). (56)

Chaque tiers technologique, pour sa prestation, est tenu à une obligation de résultat, notamment pour la protection des données du patient (personnels, imageries, ...) dont la sécurité et l'intégrité doivent être garanties. (57)

1.6.5 Le financement de la télémedecine en France

La tarification de l'activité de télémedecine ne fait l'objet d'aucune disposition particulière et se trouve donc intégrée dans le droit commun applicable aux établissements et professionnels de santé.

À la suite de l'adoption de la loi HPST, l'article L. 162-3 du code de la Sécurité sociale a néanmoins été modifié et précise désormais que « *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 télémedecine* »(58), ouvrant la voie à la prise en charge des téléconsultations par l'Assurance maladie.

De même, si le partage d'honoraires demeure en principe prohibé, cette interdiction ne s'applique pas à l'activité de télémedecine. (59)

Afin d'élargir les usages, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu une expérimentation visant à poser un cadre organisationnel et financier propice à la structuration de projets locaux et à la détermination des modalités d'intégration dans le droit commun du financement des actes : Le programme ETAPES (Expérimentations de télémedecine pour l'amélioration des parcours en santé).

2 Etude qualitative sur la problématique de l'accès aux soins en dermatologie buccale et sur l'acceptabilité de l'utilisation d'un outil de téléexpertise par les chirurgiens-dentistes libéraux

2.1 Objectif de l'enquête

L'enquête avait pour objectif principal de recueillir auprès des praticiens leurs opinions sur un outil de téléexpertise en dermatologie buccale. Cette consultation à distance telle que nous l'avons imaginée mettrait en relation rapidement et sans déplacement du patient les chirurgiens-dentistes libéraux avec un spécialiste en dermatologie buccale.

Afin de mettre en place un tel outil, il était indispensable de s'assurer de son acceptabilité par les utilisateurs visés : les chirurgiens-dentistes exerçant en libéral.

Au-delà de l'intérêt d'un tel outil, ce travail de recherche était une occasion d'aborder les problématiques d'accès aux soins du point de vue des chirurgiens-dentistes, assez peu interrogés sur ce sujet.

Notre enquête aura donc pour objectifs de :

- Recueillir les opinions des chirurgiens-dentistes sur l'élaboration d'un outil de téléexpertise dans la prise en charge en dermatologie buccale.
- Identifier les représentations des chirurgiens-dentistes sur le thème des difficultés d'accès aux soins

Cette enquête étant inédite et nos objectifs étant centrés sur des recueils de représentations, nous nous sommes orientés vers une étude qualitative afin de favoriser la richesse des informations collectées. Les objectifs de l'enquête nous ont dirigés vers des entretiens physiques semi-directifs, propices à la liberté d'expression.

2.2 Méthodologie

2.2.1 L'échantillonnage

Les enquêtes qualitatives (par opposition aux enquêtes quantitatives) ne nécessitent pas un échantillonnage important. Il avait été décidé d'interroger une dizaine de personnes, sélectionnées en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion, et, d'interrompre les entretiens une fois le phénomène de saturation obtenu. Ce phénomène de saturation est obtenu quand on estime qu'un entretien supplémentaire ne nous apportera pas d'information supplémentaire.

L'échantillonnage en qualitatif se focalise sur une population ciblée définie selon des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Chirurgiens-Dentistes homme ou femme ayant un exercice libéral dans un cabinet dentaire	- Les proches ayant connaissance des objectifs de l'étude - Les étudiants en Chirurgie Dentaire non diplômés - Les praticiens exerçant dans un CHU - Les spécialistes en Chirurgie orale

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion des praticiens sélectionnés dans l'échantillon pour l'enquête qualitative

Avant les entretiens, les praticiens avaient méconnaissance des thématiques de la thèse. Les seules informations en leur possession étaient que l'enquête visait à recueillir leurs impressions sur l'accès aux soins bucco-dentaires en France. Les praticiens pouvant être inclus dans l'enquête qualitative ont été contactés principalement par téléphone et aucun n'a refusé d'y répondre. Les entretiens ont été menés en Nouvelle Aquitaine en fonction de leurs disponibilités. La période de recueil s'est étalée du 13 février au 17 avril 2018.

2.2.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est un outil indispensable lors des enquêtes de terrain. Il synthétise les thèmes et questions à aborder lors des entretiens. Les objectifs de l'enquête ont servi à réaliser un guide d'entretien « primaire ». La première personne interrogée nous a permis de tester ce guide. Au cours de ce premier entretien, nous avons abordé tous les thèmes du guide. À l'issue de celui-ci, tous les aspects de l'enquête nous semblaient avoir été abordés donc celui-ci a été conservé pour les entretiens suivants. Le guide d'entretien est présenté dans l'annexe 1.

2.2.3 Déroulement des entretiens

La majorité des entretiens se sont réalisés lors de rencontres physiques, dans le cabinet dentaire dans lequel le praticien interrogé exerçait. Dans trois cas, les entretiens ont été effectués à distance. Les praticiens ont donné leur accord pour que les entretiens soient enregistrés. En

retour l'anonymat leur était garantie. Les entretiens ont duré en moyenne quinze minutes. Les documents présents lors des entretiens étaient le guide d'entretien et une feuille vierge permettant à l'enquêteur de prendre des notes. À la fin de chaque entretien, il était laissé aux personnes interrogées la possibilité de revenir sur des points qu'ils souhaitaient approfondir.

2.2.4 Analyse des entretiens

Après le dixième entretien semi-directif, la phase de recueil de données a été interrompue. La lecture des entretiens effectués avait permis d'appréhender une saturation au niveau des réponses. Cette saturation des réponses est la base des enquêtes qualitatives. Elle permet de valider les hypothèses.

L'analyse a débuté après la retranscription de tous les entretiens. Les entretiens ont été retranscrits fidèlement afin de permettre une analyse en double aveugle.

Chaque praticien interrogé a été identifié par un numéro allant d'un à dix (en chiffre romain), correspondant à l'ordre de passage des entretiens. Chaque retranscription a été divisée en cinq parties :

- La présentation du praticien
- Le thème de l'accès aux soins bucco-dentaires en France
- Le thème de la démographie médicales des chirurgiens-dentistes et spécialistes en France
- Le thème de la présentation de l'outil

Les extraits ont ensuite été regroupés par unité thématique.

Des sous-thèmes ont été constitués dans chaque unité afin de construire la grille d'analyse. Des relectures attentives ont permis d'isoler les idées qu'elles soient récurrentes ou non de chaque discours. Ces idées ont ensuite été intégrées aux sous-thèmes de la grille d'analyse (présentée dans l'annexe 2).

Chaque sous-thématique a donné lieu à la construction d'un tableau regroupant dans les colonnes les idées et dans les lignes le numéro de la personne. Pour chaque idée, les passages

des entretiens qui s’y réfèrent ont été extraits et regroupés. Les logiciels utilisés pour la gestion des données ont été le tableur Excel et le logiciel Word.

2.3 Résultats

2.3.1 Cartographie de l’échantillonnage

La cartographie de l’échantillonnage est le premier résultat à présenter dans une enquête qualitative. Elle permet d’apprécier les différents profils des praticiens interrogés.

Variables Praticiens	Genre	Age	Durée d’exercice	Département d’exercice	Faculté d’origine	Statut actuel et mode d’exercice
I	F	26 ans	2 ans	Charente	Bordeaux	Collaborateur libéral
II	F	27 ans	3 ans	Charente	Bordeaux	Collaborateur libéral
III	H	54 ans	25 ans	Charente	Bordeaux	Associé libéral
IV	H	28 ans	3 ans	Corrèze	Bordeaux	Collaborateur libéral
V	F	30 ans	6 ans	Aisne	Bordeaux	Collaborateur libéral
VI	H	44 ans	16 ans	Charente	Paris Montrouge	Associé libéral
VII	F	53 ans	27 ans	Charente	Bordeaux	Associé libéral
VIII	F	52 ans	20 ans	Charente	Bordeaux	Associé libéral
IX	H	53 ans	28 ans	Charente	Bordeaux	Associé libéral
X	H	27 ans	2 ans	Vendée, Pyrénées Atlantiques, DOM	Bordeaux	Remplaçant libéral

Tableau 3 : Cartographie de l’échantillon

L’échantillon a regroupé par hasard autant de femmes que d’hommes. L’âge des chirurgiens-dentistes interrogés s’étale de 26 à 54 ans et leur expérience varie de 2 à 28 ans d’exercice.

Les praticiens interrogés sont majoritairement diplômés de la faculté de Bordeaux et exercent essentiellement dans la région Nouvelle Aquitaine plus particulièrement en Charente, lieux où ont été menés les entretiens.

2.3.2 Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème de l'accès aux soins bucco-dentaires en France

Sur cette thématique notre grille d'analyse a mis en évidence que les praticiens interrogés distinguaient bien la problématique territoriale et géographique de l'accès au soin. Cependant, les propos recueillis ont aussi évoqué la dimension financière de celle-ci.

Elle a mis aussi en exergue les facteurs patients qui pourraient provoquer cette difficulté d'accès et les effets qui en découlent sur eux et les chirurgiens-dentistes.

2.3.2.1 Sur le plan géographique

Pour la grande majorité des praticiens interrogés, il existe en France une difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires sur le plan géographique. Le praticien X témoigne : *« Je pense qu'il y un problème d'accès aux soins. Moi je l'ai vécu dans les campagnes. J'ai travaillé en Vendée et je pense être le seul dentiste dans les 30 Km étant donné que tous les praticiens partis à la retraite n'ont pas été remplacés. J'ai donc croulé sous les patient et malheureusement pour eux ils ont beaucoup d'attente et certains ils en viennent d'aller aux urgences, parce qu'ils ne trouvent pas de dentiste. »*

Nos résultats mettent en évidence deux étiologies responsables du défaut d'accès aux soins sur le plan géographique : un problème de nombre et un déséquilibre au niveau de la répartition territoriale.

Insuffisance en nombre

En effet, pour certains praticiens le nombre de chirurgiens-dentistes en France est insuffisant, ils dénoncent le *numerus clausus* comme étant à l'origine du problème. Le praticien VII résume cela avec ces propos *« Après si on parle sur le plan géographique, depuis que j'ai terminé mes études, je suis révoltée que l'on n'ait pas augmenté le numerus clausus correctement. Et dans ce cas-là je suis vraiment déçue. Je trouve que les mesures que l'on trouve pour compenser sont absolument stupides »*. De même pour le praticien X, il pose le problème du recours de praticiens étrangers pour équilibrer l'offre et la demande de soins bucco-dentaires. Il souligne :

« Je ne suis pas sûr que l'on soit suffisamment nombreux au vu de l'augmentation de la population et les quotas au concours qui ne sont pas augmentés. On va vers un déséquilibre. Après avec l'Europe il y a des praticiens étrangers qui viennent s'installer (en France) mais je ne pense pas que cela résolve le problème ». Le praticien IX va encore plus loin en mettant en cause le manque d'anticipation de l'Etat face à une profession qui se modifie, *« Evidemment je pense à l'État français qui n'a pas forcément calculé son coup suffisamment à l'avance pour voir qu'il y aurait beaucoup de personnes allant à la retraite et que la profession se féminisait. En se disant là le nombre va baisser il faut ouvrir les vannes afin qu'il y ait un nombre suffisant de praticiens ».*

Répartition géographique inégale

Au contraire pour certains, la difficulté d'accès aux soins dentaires n'est pas due exclusivement aux nombres de praticiens présent sur le territoire mais plutôt à sa répartition géographique. Comme le résume le praticien I *« Il paraîtrait que nous sommes suffisamment de chirurgiens-dentistes en France mais trop mal répartis. En effet, les grandes villes, les zones côtières sont surchargées alors que la province et le centre de la France sont des déserts médicaux ».*

Les praticiens semblent bien maîtriser la problématique de répartition des professionnels de santé sur le territoire puisqu'on retrouve dans les entretiens plusieurs occurrences des mots : *« zones sur-dotées »* et *« zones surchargées »* d'une part, et de *« zones sous dotées »* et *« déserts médicaux »* d'autre part.

Le praticien III constate aussi un déséquilibre territorial entre l'offre et la demande de soins. *« Dans l'accès aux soins il y a aussi la démographie. C'est vrai qu'il existe des zones dites sous dotées dans lesquelles il y a trop de patients par rapport au peu de nombre de praticiens. Ils ne peuvent pas suffire à la demande de soins. »*

Une minorité de praticien ne reconnaît pas cette difficulté d'accès aux soins sur le plan géographique. Le praticien VI parle *« d'un maillage de chirurgiens- dentistes suffisant »*. De plus, le praticien II qui semble en accord avec lui précise *« En ce qui concerne l'omnipratique en chirurgie dentaire, je ne pense pas qu'il existe vraiment de désert médical. »*

2.3.2.2 Sur le plan financier

Dans la majorité des entretiens, les réponses données sur le thème de la difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires évoquaient aussi le côté financier de la prise en charge.

En effet, les praticiens reconnaissent la qualité du système de santé français et dénie l'existence d'un problème d'accès aux soins bucco-dentaire sur le plan financier.

Le praticien III constate que : « *Le système français au niveau de la santé publique est pour moi bon, mais il est mal organisé. Tous les Français ont accès aux soins dentaires* ».

Ce point de vue de la profession est dû au fait que la majorité des soins sont remboursés par l'Assurance Maladie. Le praticien V va plus loin en expliquant que les actes non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire n'interviennent que lorsque les solutions préventives (remboursables) ont échoué : « *Je ne pense pas qu'il y ait une difficulté d'accès, car l'ensemble des soins sont majoritairement remboursés. Dans la population, y a une idée que le chirurgien-dentiste coûte cher. Donc les patients ne viennent pas forcément nous voir et lorsqu'ils viennent c'est déjà trop tard. S'ils venaient plus tôt, tout serait remboursé par la sécurité sociale* ». De même pour le praticien X qui compare ce système avec ceux présent dans d'autres pays, « *dans l'ensemble on est bien loti en France, étant donné que l'on a pas mal de soins qui sont remboursés, en tout cas les plus importants et ce n'est pas le cas dans certains pays.* »

Certains praticiens trouvent aussi le système bienveillant car il aide les personnes en difficulté financière afin qu'ils puissent être soignées. Comme le souligne le praticien VII : « *Pour commencer, la phrase me surprend. Je ne trouve pas qu'il y ait de difficulté d'accès aux soins dans la mesure où les personnes en difficulté sont prises en charge par, par exemple la CMU ou les ACS. Donc je suis surprise de ce propos même lorsqu'il est évoqué par les médias* ».

Sur cette question de l'accès aux soins d'un point de vue financier, les praticiens interrogés tiennent à faire la distinction entre les soins courants et les soins prothétiques. La notion de reste à charge apparaissait alors et la problématique de l'accès aux soins sur le plan financier est présentée. Ainsi, le praticien III déclare : « *La seule chose, c'est qu'il existe une différence d'accès entre les soins courants et les soins prothétiques. En ce qui concerne la prothèse tout le monde n'a pas accès notamment pour des raisons pécuniaires. Le reste à charge au patient peut être un frein à la réalisation d'actes prothétiques.* »

Le praticien V va encore plus loin en désignant les mutuelles comme responsables de cette inégalité financière face aux soins en chirurgie dentaire : *« les mutuelles et les assurances ne jouent pas le jeu. Ils se retranchent derrière la sécurité sociale qui elle, rembourse de moins en moins. Et il ne donne donc pas à leurs adhérents la possibilité de se faire soigner »*.

Si les mutuelles sont perçues comme des freins à l'accès aux soins, les chirurgiens-dentistes eux se positionnent comme des leviers. Ils mettent en avant leur bonne volonté en se comportant comme des banques en accordant aux patients des facilités de paiement. C'est ce qu'explique le praticien IX : *« des arrangements financiers, les patients peuvent payer en plusieurs fois »*.

2.3.2.3 Le facteur patient dans la problématique de l'accès aux soins

En plus des raisons géographiques et financières, certains praticiens expliquent la difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires de certaines catégories de la population pour différentes raisons.

Ainsi le praticien II déclare : *« aussi l'accès aux soins qui peut être compliqué des personnes en situation d'handicap, des enfants, des personnes âgées présents dans les EHPAD »*

Le praticien VI l'explique par leur difficulté à se déplacer et donc venir dans les cabinets dentaires : *« Ceux-ci vont avoir une difficulté d'accès plus du fait du déplacement et de la cohésion. Amener ces patients dans les cabinets dentaires, c'est là que l'accès est difficile. »*

Pour la population générale, le praticien V évoque deux facteurs qui compromettent son accès aux soins bucco-dentaires. Ces facteurs sont directement dépendant du patient, il s'agit du manque d'investissement personnel et de la peur ou du stress liés aux soins dentaires. Il résume : *« À chaque fois que les politiques parlent de difficulté d'accès aux soins c'est pour dire qu'il n'y a pas assez de chirurgiens-dentistes dans des zones dites sous dotées. Mais pour moi ce n'est pas ça, cela vient des patients qui ne viennent pas consulter par manque de motivation ou par peur qui crée la difficulté d'accès aux soins. »*

2.3.2.4 Les effets sur l'accès aux soins

Cette difficulté d'accès aux soins en chirurgie dentaire provoque des conséquences directes pour les patients et les professionnels de santé.

On constate que ces problématiques occasionnent un cercle vicieux entretenant la difficulté d'accès aux soins. Tout d'abord sur le plan spatial, la conséquence d'une démographie médicale insuffisante oblige les patients à se déplacer plus loin de leur domicile pour se soigner. Ensuite dans la dimension temporelle, les délais d'attente pour un rendez-vous ou une urgence s'allongent. Malheureusement *in fine*, les patients se découragent malgré eux et renoncent de plus en plus aux soins bucco-dentaires.

Le praticien I résume bien la complexité du système : *On retrouve une difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires avec des patients qui renoncent de plus en plus aux soins. Dans les zones sous-dotées en chirurgiens-dentistes, on retrouve aussi une surcharge de travail des praticiens. Avec un délai important pour un rendez-vous, et surtout pour les urgences. On peut ajouter que les hôpitaux des alentours peuvent être aussi surchargés. On ajoute aussi la multiplicité des rendez-vous nécessaires aux soins avec donc des trajets importants. »*

De plus, le praticien IV va encore plus loin et ajoute, que par force des choses certains chirurgiens-dentistes ne sont plus capables de prendre de nouveaux patients, ni d'urgences et favorise donc cette spirale négative : *« Moi actuellement je travaille en campagne, je vois plein de Chirurgiens-dentistes qui ne prennent plus de patients, ni d'urgence ».*

2.3.3 Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème de l'accès aux soins dans les différentes spécialités en Odontologie

Suite à la première question voulant faire réagir les praticiens sur l'accès aux soins bucco-dentaires de façon générale, la suivante avait pour but de recentrer les discussions sur d'éventuelles spécialités de l'odontologie concernées par le problème d'accès. Notre hypothèse étant que les spécialistes en dermatologie buccale serait difficilement accessible ; et qu'il faudrait en conséquence mettre en œuvre des moyens afin d'améliorer l'accès.

Nous souhaitons alors que la dermatologie buccale soit évoquée par les praticiens afin qu'ils reconnaissent le manque de spécialiste pour une prise en charge rapide des lésions buccales.

A la question « quels sont les spécialistes de l'odontologie concernés par la problématique d'accès aux soins », notre grille d'analyse s'oriente principalement sur le plan géographique.

2.3.3.1 Sur le plan géographique

Les praticiens ne sont pas unanimes sur la relation entre accès aux soins et spécialités bucco-dentaires.

Pour le praticien IV, la difficulté d'accès aux soins n'affecte pas les spécialités de l'odontologie, elle atteint uniquement l'omnipratique libérale réalisant les soins courants, « *Non je ne trouve pas, l'accès aux soins concernant le basique, l'omnipratique, du soin de base.* ».

Alors que pour le reste des praticiens interrogés, certaines spécialités de l'odontologie seraient concernées à cette difficulté d'accès aux soins. En effet, comme le constate le praticien I, l'insuffisance en nombre de praticiens conduit automatiquement à un manque de spécialistes, « *Il manque des omnipraticiens dans certaines zones, il manque donc des spécialistes.* ».

En Orthopédie Dento-Faciale (ODF)

On retrouve les mêmes problématiques d'insuffisance en nombre de praticiens mais ici, dans la spécialité d'ODF.

Cela est abordé par le praticien VI : « *Effectivement, il y a une forte demande de soins en orthodontie avec des praticiens de moins en moins nombreux spécialistes* ».

Le praticien X fait aussi référence à la répartition inégale sur le territoire des orthodontistes en distinguant ville/campagne : « *De même pour les orthodontistes c'est le même phénomène ils s'installent de moins en moins dans les campagnes* »

En implantologie

Ce même problème est aussi soulevé en implantologie avec le praticien VIII exerçant à Cognac, qui est obligé d'adresser chez un correspondant exerçant à 50 Km de leur ville, avec des patients n'étant pas forcément satisfaits de réaliser des trajets importants, *« en implantologie si on avait quelqu'un sur place cela serait parfait. Nous on envoie à Chevanceaux, mais les patients disent que c'est un peu trop loin »*.

En pédodontie

On peut constater une difficulté d'accès dans cette spécialité de l'odontologie car cela oblige les omnipraticiens à posséder un équipement bien spécifique. Le praticien II affirme : *« c'est plus vrai pour les enfants, où s'est plus compliqué de trouver un cabinet équipé pour leur prise en charge (MEOPA) »*.

De plus, du fait du déséquilibre entre offre et demande de soins évoqués précédemment, cela pousse malheureusement les professionnels de santé à avoir moins de temps à accorder pour chaque patient. Cela accentue inéluctablement cette difficulté d'accès aux soins. On retrouve cela dans les propos du praticien I : *« En ce qui concerne les enfants compliqués à soigner, les praticiens n'ont pas forcément le temps à leur accorder »*.

En endodontie

Pour certains actes techniques difficiles pour lesquelles un plateau technique et une compétence particulière est requise, les spécialistes en endodontie sont peu nombreux. Notamment pour le praticien II exerçant en Charente qui adresse sur Bordeaux pour les traitements endodontiques complexes faute de spécialistes dans cette discipline à proximité, *« et l'endodontie pour les cas complexes, où on est obligé d'adresser sur Bordeaux. »*

En Chirurgie Orale

En ce qui concerne la chirurgie orale, certains praticiens trouvent qu'elle ne souffre pas de difficulté d'accès. Un praticien prend comme argument qu'il y a eu des périodes où l'accès était difficile mais que, depuis la création de cette spécialité au concours de l'internat, l'accès à ces professionnels s'était harmonisé. Le praticien IV explique « *En ce qui concerne la chirurgie, comme par exemple l'extraction des dents de sagesse en Charente, il y a eu une période de creux qui correspondait à la fin de la spécialité médecine stomatologie mais depuis que maintenant la chirurgie orale est présente le maillage s'est refait très vite.* ». Concrètement, le praticien VIII exerçant sur Cognac commence à avoir des correspondants dans cette spécialité dans les alentours, « *on commence à avoir quelques retours depuis un an sur des chirurgiens oraux à Saintes.* »

Alors que comme nous le présumions, la majorité des praticiens reconnaissent que la chirurgie orale est difficilement accessible selon les régions. Cette idée est évoquée par le praticien V : « *Je pense que ça serait plus en stomatologie, on le voit bien en Charente les délais sont très long pour par exemple les extractions de dents de sagesse.* »

2.3.4 Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème des solutions afin de pallier à cette difficulté d'accès aux soins

La troisième question avait pour objectif d'apprécier les différentes solutions avancées par les praticiens afin de pallier à cette difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires. Elle avait pour objectif de voir si la solution de la télémédecine serait reprise par les professionnels de santé avant la présentation de l'outil.

Les solutions proposées par les professionnels de santé pour pallier aux problèmes d'accès aux soins sur le plan géographique s'articulent autour de trois points : augmenter l'offre dans les zones sous dotées, la formation spécialisée des professionnels de santé et l'utilisation de la télémédecine.

2.3.4.1 Augmenter l'offre de soin dans les zones sous-dotées

Augmenter le nombre de praticiens

Le premier résultat est d'augmenter le nombre de praticiens en France et donc d'augmenter le numerus clausus. En effet, le praticien VII ne voit que cette solution. Il explique : « *Pour moi il n'y a pas d'autres solutions que je t'ai dit tout à l'heure. Sinon on se résout à faire venir des praticiens de l'étranger, qui eux-mêmes ne reste pas forcément dans certaines zones* ».

Obligation du lieu d'exercice

Un autre résultat proposé, qui pourrait résoudre la répartition géographique des praticiens en France serait que l'Etat oblige l'installation des chirurgiens-dentistes. Les avis sur le sujet divergent. Bien qu'une large majorité soit fermement opposée, certains praticiens n'y sont pas totalement défavorables.

En comparaison avec les médecins affectés dans une ville à l'issue du concours de l'internat, le praticien VIII trouverait normal de transposer l'idée à l'exercice des chirurgiens-dentistes pendant une période définie : « *Cela ne va pas être sympathique pour les nouveaux arrivants, mais cela ne me choquerait pas d'obliger de couvrir tout le territoire en fonction de je ne sais pas quel critère. Les médecins le font par rapport au classement. Pendant 10 ans par exemple, ou au moins pendant une période donnée* ».

Dans le même sens, le praticien III ne trouverait pas incohérent que là aussi pendant une période donnée un praticien travaille dans une zone définie par l'Etat : « *c'est vrai que nos études ont été payées par l'État, je peux comprendre qu'il nous oblige à travailler pour eux un certain nombre d'années. C'est-à-dire rembourser notre dette envers la Nation.* »

Pour le praticien X, l'Etat pourrait intervenir dans le choix du lieu d'exercice du praticien en empêchant des praticiens de s'installer dans les zones dites sur-dotées. Il explique : « *peut-être un jour être amené à imposer ou au moins refuser l'installation dans les zones très sur-dotées,*

ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Donc pas forcément forcer les praticiens à aller s'installer dans les zones sous-dotées mais les empêcher dans les zones sur-dotées. »

Au contraire certains praticiens sont défavorables à la mise en place de cette mesure coercitive. Notamment le praticien IV qui affirme : *« Je ne pense pas qu'on puisse obliger les personnes à se mettre à droite à gauche. »*.

Ces mesures d'installations forcées partagent véritablement les professionnels de santé. Ce point divergent est résumé dans le propos du praticien VI, *« Après une solution c'est d'obliger comme les pharmacies. Mais c'est-à-dire que c'est toujours délicat d'imposer une solution quand ce n'est pas le contrat au départ. Quand on rentre dans cette profession, on a un objectif libéral, une certaine liberté d'installation. »*

Inciter le déplacement temporaire des professionnels de santé

Afin de renforcer l'offre de soins dans les zones à faible densité, les praticiens pourraient se déplacer dans celles-ci pour combler le manque. Le praticien I reprend cette idée avec des mesures incitatives envers les spécialistes : *« On peut aussi inciter les spécialistes à venir se déplacer une fois par semaine par exemple dans une zone où il y a un manque. »*

Cette idée est reprise mais le praticien IX pense que ce sont les étudiants qui devraient au cours de leur formation se déplacer dans ces zones. Il suggère : *« Ou alors une autre solution qui pourrait sans les forcer mais inciter lors de la sixième année, de valider celle-ci en faisant des remplacements en campagne et en ville. Ça permettrait aux étudiants de voir que les campagnes c'est pas mal aussi, que la vie est agréable. »*

Aider financièrement à l'installation et à l'exercice dans les zones sous denses

Le développement d'aides financières incitatives d'installation et d'exercice pour les professionnels de santé dans les zones dites sous dotées est évoqué comme levier pour favoriser l'accès aux soins dans ces territoires.

Cette idée est résumée dans les propos du praticien X : *« Je sais qu'il existe déjà des aides aux installations par les collectivités, par la région je crois, des jeunes praticiens dans les zones*

sous dotées. Je pense qu'il devrait renforcer ces mesures-là, par exemple en réalisant des réductions d'impôts. Je pense qu'il faut aller dans ce sens-là. ».

Elle est reprise par le praticien II qui déplore un manque d'information sur ces aides : *« J'ai connaissance de la présence de certaines aides pour s'installer dans les déserts médicaux. Je pense qu'ils doivent être plus connues, plus simple de mises en œuvre. »*

Pour certains praticiens ces mesures financières ne sont pas suffisantes. Ils constatent l'échec des politiques incitatives financières. Le praticien VIII affirme : *« Même en aidant financièrement les étudiants, en les payant, en les incitant à s'installer, ça ne fonctionne pas ».*

Dynamisation des territoires

Pour faire face au manque d'intéressement de ces territoires, certains praticiens pensent à un développement local qui pourrait motiver les professionnels de santé à s'installer et y rester. Le praticien III résume cela en disant : *« Pour moi, je ne trouve pas intéressant de les aider financièrement à l'installation, je pense que c'est plus profond que ça. Je crois que ça doit être le territoire dans lequel il y a un manque de praticiens qui doit se rendre attractif afin qu'un jeune ou une famille puisse s'y installer et y rester et avoir une vie agréable. ».*

La dynamisation de ces territoires peut passer par la création de structures de soins de qualité. Pour le praticien IV, cela se matérialiserait de la façon suivante : *« Déjà avoir des bonnes conditions de travail mais pas trop de contraintes. Donc obliger quelqu'un à travailler dans une campagne ou dans un endroit un peu reculé c'est contre-productif. Créer des structures de qualité dans lesquelles il y aurait un turnover de jeunes praticiens qui resterait un certain nombre d'années en travaillant dans de bonnes conditions, ils offrirait une offre de soins pendant ce temps-là ».*

L'idée est reprise par le praticien VI qui explique que pour stimuler une installation, la création d'antennes hospitalo-universitaire dans ces zones dites sous-dotées est indispensable. Il développe cette idée : *« ce qui fait défaut dans les territoires sous dotés en Charente comme par exemple la Nord Charente, les territoires sont un petit peu éloignés des villes et des villes universitaires comme Bordeaux et Nantes. On sait très bien que les étudiants s'installent à proximité. Mais avec l'installation d'antennes comme par exemple à Poitiers, Limoges et*

bientôt Angoulême cela pourra peut-être motiver des jeunes praticiens à s'installer dans ces zones. »

Bien que cette solution soit reprise dans d'autres entretiens, le praticien II émet une réserve. Il pense que cette solution compromettrait l'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes. Il exprime à ce sujet : *« Je ne suis pas pour la création de grands pôles de santé publique, je préfère préserver la pratique libérale de notre métier. »*

2.3.4.2 Formations spécialisées des professionnels de santé

Un résultat récolté lors de ces entretiens qui pourrait résoudre cette difficulté d'accès aux soins spécialisés serait la formation des omnipraticiens dans certaines spécialités de l'odontologie. L'idée est d'augmenter leurs connaissances, *in fine* leurs compétences afin d'être à même de prendre en charge des patients dans des soins spécialisés.

Le praticien V, l'évoque notamment en dermatologie buccale avec la formation continue :

« En médecine bucco-dentaire que certains chirurgiens-dentistes se spécialisent là-dedans avec la formation type DU ».

Alors que pour le praticien II, la formation aux actes de spécialistes doit être donnée dès le cursus initial et faciliter sa mise en œuvre : *« Rendre la spécialité plus accessible dès la formation initiale. Actuellement, on est obligé de faire soit l'internat avec un concours ou plusieurs DU. En ce qui concerne l'odontologie pédiatrique, la rendre intéressante et agréable dès le début des études, cela pousserait peut-être certains étudiants à se spécialiser de suite ».*

2.3.4.3 Utilisation de la télémédecine

Afin d'abolir les distances et d'améliorer la prise en charge des patients la solution de la télémédecine a été retenue par un praticien. En effet, le praticien I affirme *« Une autre solution pour pallier à cette difficulté peut être l'utilisation de la télémédecine, dans laquelle les chirurgiens-dentistes ont une relation directe avec les spécialistes par un forum ou une boîte mail. »*

Néanmoins le praticien VII évoque une réserve sur l'application de la télémédecine dans le domaine de l'odontologie. Elle précise *« il peut y avoir, on le voit en ce moment dans les*

journaux, la médecine générale : la e-médecine, la télémedecine. Est-ce qu'elle peut être vraiment applicable en dentaire cette télémedecine ? »

2.3.5 Résultats de l'analyse de l'entretien sur le thème de la présentation de l'outil de téléexpertise en dermatologie buccale

Les résultats obtenus dans cette thématique répondaient à l'objectif principal de cette enquête. En effet, il s'agissait de recueillir les avis et l'éventuelle acceptabilité de l'outil par les omnipraticiens libéraux. L'outil a été présenté avec le discours suivant « que penseriez-vous d'une « plateforme » vous mettant en relation avec un chirurgien oral pour une prise en charge en dermatologie buccale ? » Afin de préciser cet outil sa description leur a été réalisée comme ceci : « lorsque vous recevez un patient dans votre cabinet dentaire avec une ou plusieurs lésions buccales sur lesquelles vous n'arrivez pas à poser un diagnostic, vous photographiez la lésion et vous l'envoyez sur cette plateforme accompagnée de sa description afin qu'un spécialiste en dermatologie puisse réaliser un diagnostic à distance ».

Le sentiment général sur l'ensemble de notre échantillon est favorable concernant l'outil que nous avons imaginé. Les réactions sont différentes et complémentaires. Chaque praticien y voit un intérêt.

2.3.5.1 Alternative à la correspondance interprofessionnelle

Ce service permettrait pour certains chirurgiens-dentistes d'être aidés dans le diagnostic en dermatologie buccale. Cela est résumé dans les propos du praticien IV : « *Avoir quelqu'un avec qui peut t'aider dans le diagnostic parce qu'on n'en a pas tous les quatre matins des cas de dermatologie buccale c'est une alternative à adresser.* »

2.3.5.2 Favoriser la communication entre omnipraticiens et spécialistes

D'après les praticiens cet outil permettrait de faciliter la communication avec les spécialistes. Celui-ci simplifierait les moyens de communications, il pallierait au problème de surcharge de travail (préparation de courrier). Le praticien III résume : *« pour moi c'est plus un outil de communication, de rapidité de communication au lieu de faire des courriers qui sont lourds et déjà très nombreux dans un cabinet dentaire. »*

2.3.5.3 Réduction des déplacements des patients

Les praticiens identifient rapidement l'intérêt de la téléexpertise. En effet l'objectif d'un tel outil est d'accélérer la prise en charge en dermatologie buccale en permettant au spécialiste de poser un diagnostic à distance et donc de ne pas obliger les patients à se déplacer pour consulter chez lui. C'est ce que reconnaît le praticien VI : *« c'est d'autant plus intéressant pour nous, qui n'avons pas de CHU à proximité et donc de spécialistes en dermatologie buccale. »*

2.3.5.4 Apport pour les omnipraticiens sur la prise en charge en dermatologie buccale

De plus, avec ces échanges facilités cela permettrait à l'omnipraticien d'augmenter ses connaissances et d'être plus compétent dans cette discipline. Le praticien VI expose cette idée : *« Mais cet outil, nous permettrait d'intégrer un peu plus la dermatologie buccale dans notre pratique quotidienne. Soit par ignorance ou par complexité on ne s'y prête pas beaucoup. Si c'est un outil relativement simple et réactif, Ça nous permettrait de poser plus de questions aux spécialistes et d'avancer dans notre expertise personnelle en dermatologie buccale. »*

In fine, cet outil permettrait d'obtenir pour l'omnipraticien un rôle plus prédominant dans la prise en charge en dermatologie buccale : Le praticien VI conclue *« Ça serait intéressant aussi pour nous d'être un peu plus présent dans la prise en charge, partie prenante dans la thérapeutique »*.

2.3.5.5 Identifier les situations d'urgence

Il permettrait également d'évaluer le critère d'urgence de la lésion buccale et adapter la prise en charge en fonction de sa sévérité. Cette idée est reprise à travers les propos du praticien X : *« rien ne vaut une consultation directement chez le chirurgien oral mais dans les zones où les délais sont longs cela peut déceler ou différencier les lésions qui sont pré cancéreuses ou bénignes, voir si la prise en charge doit être plus rapide ou non ».*

2.3.6 Résultat de l'analyse des entretiens sur les limites de l'outil

Les praticiens étant favorables au développement de ce type de consultation à distance, il a fallu les relancer pour identifier les potentiels limites existantes sur cet outil.

Certains praticiens n'identifiaient aucune limite à son utilisation. Effectivement, comme l'affirme le praticien VIII *« Aucune, s'il y a une plate-forme qui est mise en place, j'aurais aucune gêne à l'utiliser. Dans la mesure où j'ai confiance avec le correspondant et qu'il est compétent, il n'y a pas de soucis. »*

Cependant, la majorité des praticiens arrive à trouver quelques freins à la mise en place de celui-ci.

2.3.6.1 Limites dans l'aspect médical

Suffisance et qualité des informations transmises

Le premier frein évoqué serait le manque d'information transmis au spécialiste par l'intermédiaire de la plateforme. Ainsi comme l'avoue le praticien V : *« On ne sait pas forcément bien chercher dans la bouche. Des fois on se contente d'une lésion, on peut vraiment passer à côté de certaines. »*

Certains praticiens sont aussi réservés sur la suffisance des informations transmises aux spécialistes pour établir un diagnostic.

Pour le praticien IX cela concerne la qualité de la photographie et des informations données sur la description de la lésion : *« La question aussi est, est-ce que la description de la lésion est la photo va suffire aux spécialistes pour poser un diagnostic. Est-ce que mes questions seront suffisantes pour lui poser un diagnostic ? »*

Dans la même idée, le praticien I évoque ses craintes sur l'exhaustivité du questionnaire médical : *« Ainsi que le questionnaire médical du patient, est ce qu'il serait complet avec cet outil ? »*

Décalage entre consultation physique et consultation à distance

Une autre limite annoncée par plusieurs praticiens est la différence de consultation qui pourrait exister entre une consultation physique et une consultation à distance. Pour eux, l'aspect visuel et tactile de la lésion (palpation) sont primordiaux. Leur absence lors d'une téléexpertise pourrait altérer le diagnostic.

Cette idée est reprise par le praticien V : *« En plus de ne pas voir la lésion le spécialiste ne la touche pas. Cela veut dire qu'avec la description de la lésion et les photos, il puisse poser un diagnostic et être sûr de son coup. »*

La responsabilité médicale

La question de la responsabilité médicale lors d'un litige a été abordée. Grâce à une anecdote en fin d'entretien sur un cas de dermatologie, le praticien I raconte : *« Il tombe bien ton sujet car je ne sais pas si tu le sais mon père est dermatologue et lors d'une réunion de dermatologue de la région, un confrère à mon père leur à raconter une histoire. Il avait reçu une patiente dans son cabinet et ne sachant pas trop le diagnostic, il l'avait demandé à un professeur de la faculté de Bordeaux, qui avec la photo a posé un diagnostic de lésion bénigne alors qu'il s'avéré que c'était malin et malheureusement le patient s'est retourné contre eux. Donc faire attention à cela. Qui est responsable dans un cas de litige ? »*

2.3.6.2 Temps disponible

La question de la disponibilité du spécialiste est abordée comme frein à la mise en place de cet outil. En effet, le principal objectif de ce service est d'accélérer le diagnostic afin d'améliorer la prise en charge. Cette idée est reprise par le praticien II « *Il faut que les spécialistes aient le temps pour utiliser cet outil. Je pense que le but de cet outil est d'accélérer la prise en charge, s'ils n'ont pas le temps d'y répondre, il ne sert plus à rien.* »

2.3.6.3 Aspect financier

L'investissement préalable

Pour certains praticiens, l'investissement préalable à la mise en place et l'utilisation d'un tel outil peut constituer une limite. En effet, cela contraint des praticiens à investir financièrement dans de l'équipement et dans des formations. Cela est résumé dans les propos du praticien III : « *Sur le plan financier il peut avoir quelques freins, notamment dans l'équipement. L'achat d'un appareil photographique qui peut être coûteux, la formation qui elle aussi est coûteuse.* »

La rémunération

La dernière limite évoquée par la plusieurs praticiens est la question de la rémunération des omnipraticiens lorsqu'ils utilisent cet outil. C'est repris par le praticien VI « *mais la question se pose pour la rémunération pour le temps passé.* ». Le praticien X va plus loin, avec la création d'un code spécial pour l'utilisation de cet outil : « *Il devrait y avoir une cotation étant donné le temps que cela peut nous prendre (dépistage, prévention) cela paraîtrait logique.* »

De plus, la question de la rémunération des spécialistes a été abordée. Le praticien II affirme « *Si les spécialistes ont passé du temps à poser un diagnostic, je trouve normal qu'ils en soient rémunérés.* »

3 Discussion

Les enquêtes qualitatives ont une approche différente des enquêtes statistiques et confrontent les auteurs à divers biais.

Nous commencerons par discuter du choix du type de l'étude, de la méthodologie puis nous traiterons les résultats des thèmes abordés dans notre enquête.

3.1 Le choix de l'étude

La recherche qualitative a pour but de mettre en évidence, d'analyser et d'explicitier des phénomènes sociaux visibles ou cachés.(60)

Notre objectif étant de décrire le ressenti et l'expérience personnelle des chirurgiens-dentistes libéraux vis-à-vis d'un outil de téléexpertise en dermatologie buccale, l'enquête de type qualitatif était la plus adaptée.

La méthode des entretiens individuels semi-dirigés a été choisie dans cette étude pour laisser une vaste place à l'expression spontanée de l'interviewé. Ceci a permis d'obtenir une plus grande exhaustivité des résultats.

3.2 Méthodologie

3.2.1 L'échantillon

3.2.1.1 Forces de l'étude

Notre enquête avait pour but de connaître l'opinion des chirurgiens-dentistes sur un outil de téléexpertise en dermatologie buccale adapté aux cabinets dentaires, nous avons donc choisi des professionnels de santé pratiquant exclusivement en exercice libéral. Nous avons préféré exclure les chirurgiens-dentistes pratiquant en centre de soins et à l'hôpital car les contraintes d'un exercice salariat sont moindres face à celles de libéraux. Les spécialistes et les enseignants

universitaires ont aussi été exclus car ces profils de praticien impliquent probablement des démarches plus fréquentes de formation continue et de collaboration professionnelle entre spécialités. De même, les étudiants n'ayant jamais exercé en cabinet n'ont pas été recrutés dans cette enquête puisqu'une expérience de l'exercice libéral était requise pour appréhender un outil répondant à une problématique de difficulté d'accès aux soins. Enfin les proches n'ont pas été retenus car ils connaissaient déjà le sujet de la thèse et leurs avis auraient été biaisés par notre présence. Ces critères nous ont permis de limiter le biais d'échantillon.

L'ensemble des praticiens appelés à participer à l'étude ont accepté sans hésitation. De plus, le maintien de leur anonymat leur avait été garanti dès la demande d'interview, et a été répété à deux reprises en début d'entretien.

Nous avons pu interviewer un panel diversifié et hétérogène de professionnels ayant des parcours très différents. Cette diversité nous a permis de récolter des opinions, visions et expériences diverses.

Le faible nombre d'individus interrogés n'est pas une limite à notre étude. En effet, l'enquête a été interrompue une fois le phénomène de saturation des réponses obtenu : à partir du 9^{ème} entretien, aucun nouveau thème ou sous-thème n'a été abordé. Le 10^{ème} praticien interrogé a permis de confirmer cette saturation.

3.2.1.2 Limites de l'étude

Biais de recrutement de la population

Lors du recrutement de la population, le sujet exact de la thèse n'était pas donné afin d'éviter une sélection de chirurgiens-dentistes selon leur intérêt pour le thème de notre travail ou influencer les réponses des futurs participants.

Le caractère qualitatif de l'enquête ne permet pas de faire des statistiques sur les résultats et encore moins de les extrapoler à l'ensemble des chirurgiens-dentistes. Une des faiblesses de notre échantillon est que tous les interrogés ont eu leur formation initiale à la Faculté de

Bordeaux et exercent majoritairement en Nouvelle Aquitaine dans des zones rurales comme par exemple la Charente (lieu de domicile de l'enquêteur). Ils pourraient être donc plus concernés par les questions d'accès aux soins bucco-dentaires et de démographie médicale.

À cause de la faiblesse de l'échantillon, il ne peut pas être considéré comme représentatif de la population étudiée (chirurgiens-dentistes homme ou femme ayant un exercice libéral dans un cabinet dentaire).

Cependant, la représentativité de l'échantillon n'est pas recherchée lors des enquêtes qualitatives. Dans une volonté d'approfondir nos résultats en cherchant à mesurer un phénomène, une étude quantitative serait alors nécessaire, et un échantillon plus important serait alors mobilisé.

3.2.2 Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien (annexe 1) a permis de structurer le cheminement de l'échange entre l'enquêteur et l'interviewé, afin que les données recueillies soient en adéquation avec les objectifs fixés. Il permet ainsi de limiter le biais d'intervention et de collecter le même type d'information pour chaque personne interviewée.

Pour chaque thématique, des questions ont été définies. Le guide d'entretien a été travaillé avec minutie afin qu'aucune question n'oriente les personnes interrogées.

Chaque entretien débutait avec une présentation de la personne, nous permettant d'identifier les différents profils et de réaliser notre cartographie. Les questions du guide d'entretien ont été posées selon une certaine logique, avec une technique en entonnoir consistant à partir d'un sujet très généraliste pour le recentrer sur la véritable question de recherche. L'objectif de cette technique est double. D'une part, elle permet de préparer l'interviewé à répondre à la question principale en ayant réfléchi en amont à des éléments généraux. D'autre part, elle permet à l'enquêteur de confirmer ou d'infirmer la logique de son hypothèse (ici l'utilisation de la téléexpertise en dermatologie buccale est une solution pertinente contre la difficulté d'accès aux soins).

Ainsi, nous avons questionné les praticiens sur leur ressenti sur la difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires de façon générale. Ensuite, nous sommes entrés dans le détail en les interrogeant sur ce phénomène sur les spécialités de l'odontologie. Par la suite, nous avons cherché à obtenir les différentes solutions avancées par les praticiens qui pourrait palier à ce problème, en espérant que la solution de la télémédecine soit évoquée.

La quatrième question avait pour but de présenter l'outil et d'évaluer l'acceptabilité de celui-ci. Elle permettait aussi d'énumérer les avantages que pourrait apporter cet outil dans la prise en charge en dermatologie buccale. Alors que la dernière question, laissait la possibilité au praticien d'exprimer ses différentes réserves et limites qui pourrait avoir en utilisant cette nouvelle plateforme.

3.2.3 Déroulement des entretiens

La plupart des entretiens se sont déroulés dans le cabinet dentaire où exerçait le praticien interrogé. Les autres ont été réalisés soit par téléphone (IV, V et X), soit au domicile de l'enquêteur (I) et soit au domicile des praticiens interrogés (VIII et IX).

Nous n'avons pas constaté d'impact sur l'attitude des personnes interrogées et sur la richesse des réponses apportées quelque soit le déroulement de l'entretien. Notre objectif, quelque soit la méthode était de mettre l'interviewé dans une ambiance calme et familière propice à une liberté de parole.

En recherche qualitative, le recueil des données se fait idéalement par l'entretien libre. Toutefois il s'agit d'un exercice pour lequel l'expérience s'impose. L'enquêteur, alors peu expérimenté dans ce domaine, a vu son aisance s'accroître au fil des entretiens. Les premiers entretiens au cours desquels il a pu être hésitant, ne semble pas les avoir appauvris pour autant. Les enquêtes qualitatives sont sujettes au biais d'induction. Ce biais apparaît lorsque les réponses de l'interviewé ne sont pas faites en fonction de sa conviction mais plutôt influencées par l'enquêteur.

Pour limiter ce biais, nous avons tenté d'intervenir à minima lors de l'entretien en restant le plus neutre possible et en précisant bien avant chaque début d'enregistrement qu'il n'y avait ni bonnes, ni mauvaises réponses. Le guide d'entretien avait été préparé de telle sorte qu'il n'influence pas l'enquêté. De plus, les questions de relances n'orientaient pas les praticiens

mais visaient à approfondir les données recueillies. Toute cette préparation en amont a permis de détendre l'atmosphère, de favoriser le lâcher-prise, de faciliter la production du discours de l'entretenu et enfin l'émergence des données. (61)

Nous avons choisi de mener des entretiens individuels pour éviter l'effet de groupe. En effet, tout professionnel peut chercher à paraître plus performant devant ses confrères et déclarer plus que ce qu'il ne fait en réalité. Les propos obtenus n'étant pas vérifiables, nous avons là un biais de déclaration.

De plus, dans la retranscription des entretiens, si l'enregistrement audio permet bien de ne perdre aucune donnée verbale, il ne rend ni compte des attitudes, ni du langage corporel.

3.2.4 Analyse

Un des problèmes majeurs de ce type d'étude est que l'enquêteur qui fixe les objectifs est aussi celui qui réalise le recueil des données et les analyses. Les enquêtes qualitatives souffrent donc d'un certain préjugé du fait que l'interprétation des données est souvent jugée subjective. Afin de limiter le biais d'interprétation, nous avons réalisé une analyse en double aveugle avec la même méthodologie.

Le Docteur Cédric FALLA directeur de cette thèse et moi-même avons tout d'abord effectué séparément une première analyse. Cette analyse était un simple codage des données. Nous sommes ainsi passés des entretiens semi-directifs retranscrits à des tableaux. Nos analyses ont ensuite été confrontées pour valider les unités de codage et les sous-thématiques. Les résultats sont la synthèse de cette confrontation.

En tant qu'assistant hospitalo-universitaire en prévention, épidémiologie, économie de la santé et odontologie légale, l'analyse du Dr FALLA a permis une interprétation plus scientifique et méthodique des résultats.

3.3 Résultats

3.3.1 Thématique de l'accès aux soins bucco-dentaires en France

Nous commencerons par discuter du principal facteur évoqué par les praticiens interrogés défavorisant l'accès aux soins bucco-dentaires en France : le facteur géographique. Par la suite, nous détaillerons le facteur patient et les effets de cette difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires.

3.3.1.1 Sur le plan géographique

Pour une partie des praticiens ce phénomène est expliqué par une insuffisance de chirurgiens-dentistes en France à cause d'un *numerus clausus* insuffisant. Il n'existe dans littérature aucune enquête qualitative auprès de chirurgiens-dentistes possédant ce même résultat mais d'autres études tentent d'expliquer ce phénomène.

En 2007, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (*DREES*) publie une projection de l'évolution démographique de la profession jusqu'en 2030. Celle-ci détaille la densité professionnelle, l'évolution du taux de féminisation, l'évolution de l'âge moyen et également le taux de praticiens libéraux. Cette projection est réalisée à *numerus clausus* équivalent, mais il est également testé plusieurs variations de celui-ci afin de voir l'éventuel impact sur la démographie future de la profession. (62)

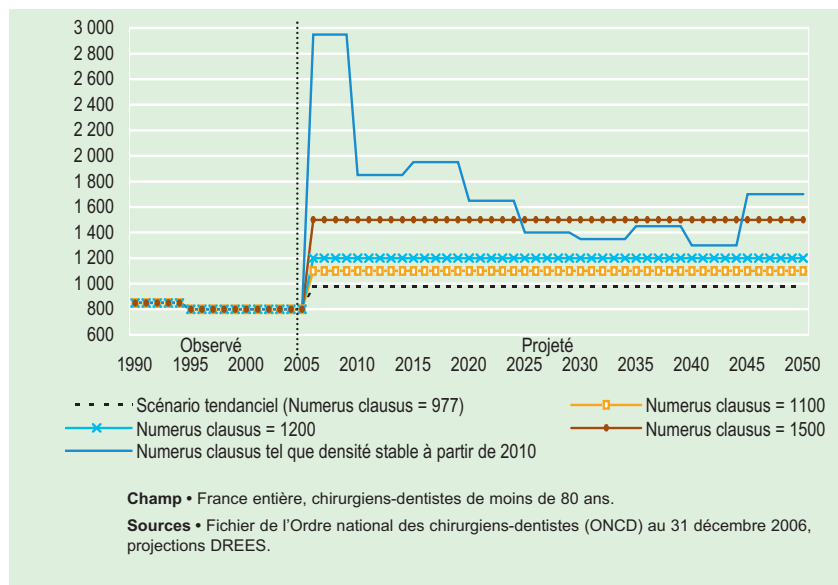


Figure 6 : Différentes hypothèses d'évolution du numerus clausus (62)

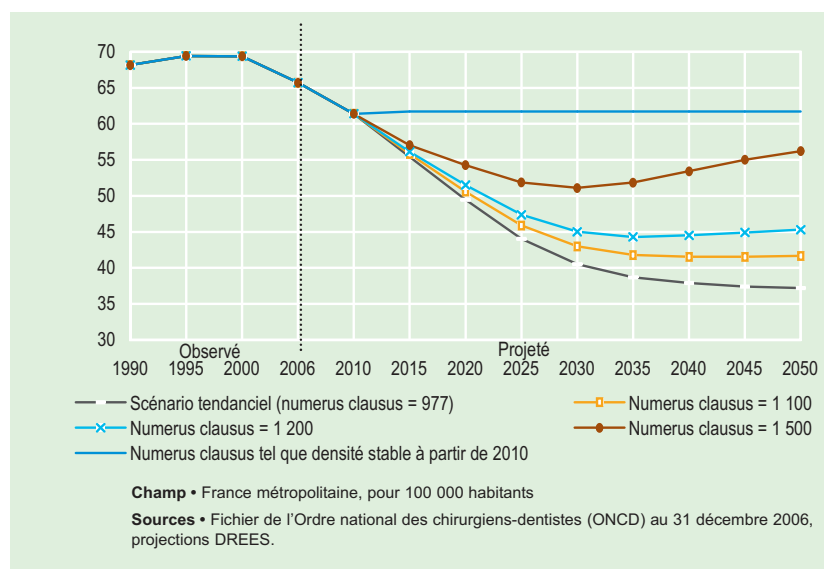


Figure 7 : Impact sur la densité de chirurgiens-dentistes de différentes hypothèses d'évolution du numerus clausus (62)

On remarque sur ces graphiques, qu'un relèvement à 1 100 étudiants atténuerait la très forte baisse de densité prévisible entre 2015 et 2030. Des *numerus clausus* portés respectivement à 1 200 et 1 500 étudiants permettraient de contenir le recul de densité de la profession à l'horizon 2030 à hauteur de 45 et 51 dentistes pour 100 000 habitants.

Depuis les années 2000, des évolutions à la hausse du numerus clausus ont été mises en place afin de répondre à cette « pénurie » programmée de chirurgiens-dentistes. (63)

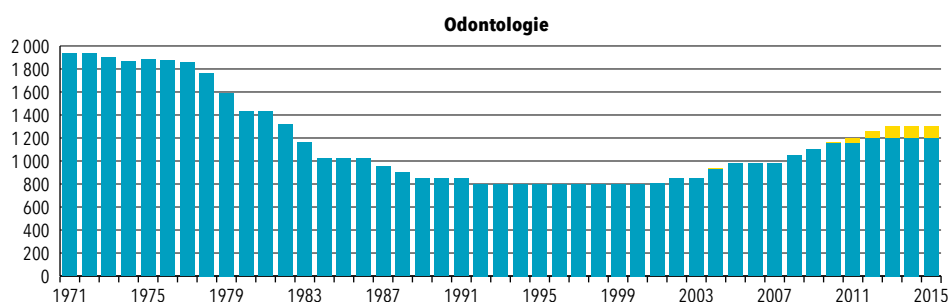


Figure 8 : Evolution du numerus clausus en odontologie de 1971 à 2015 (63)

En 2012, le numerus clausus en odontologie était d'environ 1200 étudiants.

Cependant si on compare l'impact sur la densité de chirurgiens-dentistes, la situation projetée de la situation actuelle, il existe une différence. En effet, on retrouve dans la situation projetée 55 pour 100 000 Habitants (62) alors qu'actuellement la densité est de 65 pour 100 000 Habitants. (30)

Cet écart est principalement lié à deux phénomènes ; l'un inexplicable dû au recul de l'âge moyen de cessation d'activité des chirurgiens-dentistes et l'autre par l'augmentation du flux entrant hors numerus clausus, expliqué par un afflux relativement massif de chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger. En effet, 31 % des chirurgiens -dentistes en activité inscrits à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes pour la première fois en 2015 avait obtenu leur diplôme à l'étranger, contre 5 % des primo-inscrits de 1999. (64)

Donc d'après ces études la difficulté d'accès aux soins bucco dentaires n'est pas du exclusivement au nombre de chirurgiens-dentistes car celui-ci paraît suffisant mais plutôt à leur répartition géographique. Cela confirme les résultats de notre étude (cf. 2.3.2.1)

Pour mesurer cette inégalité territoriale, l'indicateur APL a été créé en 2012 par la DREES et Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES).(65) Il a été créé aussi pour pallier les limites des indicateurs traditionnels tels que la densité. Il tient compte du niveau d'activité des professionnels pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié selon l'âge des habitants pour mesurer la demande. Contrairement à l'indicateur de densité, l'APL s'affranchit des limites des zonages en prenant en compte l'offre et la demande de soins des communes environnantes dans un périmètre équivalent à un trajet de 15 minutes en voiture.

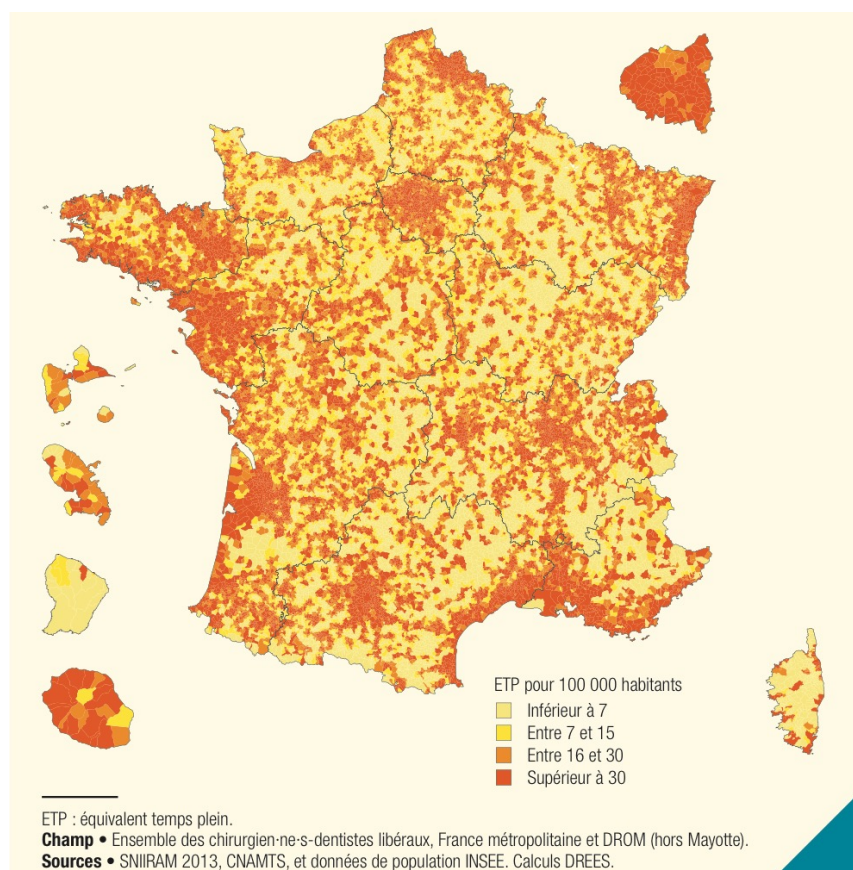


Figure 9 : Indicateurs d'accessibilité potentielle localisée des chirurgiens-dentistes en 2013 (65)

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), construit à l'échelle communale, permet de mesurer l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes libéraux de manière plus fine. Les 10 % des habitants les mieux lotis ont une accessibilité mesurée par cet indicateur 6,3 fois supérieure à celle des 10 % des habitants les moins bien lotis.(66) La moitié de la population vit dans une commune où l'APL est inférieur à 46 ETP (équivalent temps plein) de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, c'est-à-dire une commune où l'APL est inférieur de 4 % à la moyenne nationale. Aux deux extrêmes, 0,3 % de la population (soit 222 000 habitants) vit dans une commune où l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes est supérieure à 140 ETP, alors que 1,7 % des Français (soit 1,1 million d'habitants) vivent à quinze minutes ou plus du cabinet dentaire le plus proche, ce qui par convention correspond à une accessibilité nulle. Les disparités intra-départementales, masquées par l'indicateur de densité départementale mais révélées par l'APL, sont importantes. Par exemple, dans les Alpes-Maritimes, 2 % des habitants

vivent à plus de quinze minutes d'un cabinet dentaire, malgré une densité de chirurgiens-dentistes élevée.(64)

3.3.1.2 Le facteur patient dans la prise en charge

Selon certains praticiens, pour certaines catégories de la population l'accessibilité aux soins bucco-dentaires peut se révéler difficile.

En ce qui concerne les personnes en situations d'handicap, diverses raisons sont aussi détaillées dans le rapport demandé par la Secrétaire d'Etat chargée de la Famille et de la Solidarité en 2010 « « HANDICAP ET SANTE BUCCO-DENTAIRE » Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées ». (67)

Tout cela est résumé dans le passage :

« Nous avons pu distinguer, au filtre des auditions, 4 freins majeurs :

- ***l'accessibilité physique** : qui regroupe à la fois l'accès au bâti, l'accès au fauteuil et l'accès « à la bouche »*
- ***l'accessibilité « relationnelle » et émotionnelle** : qui pose la question de l'altérité*
- ***l'accessibilité financière** : face à des personnes handicapées qui n'ont que peu de ressources financières, des chirurgiens-dentistes dont les actes spécifiques ne sont pas rémunérés à hauteur de leur « technicité »*
- ***l'accessibilité à l'information** : outil de prévention et d'orientation »*

En ce qui concerne les patients qui ont peur ou stresser par les soins dentaires, d'après une enquête réalisée sur 1000 personnes par l'institut IFOP, 30% de la population française ne s'est pas rendus chez le dentiste durant les deux dernières années à cause de la peur que cette visite provoque. (68)

De plus, il a été démontré un lien étroit entre anxiété-peur du dentiste et évitement des soins dentaires. (69)

Ces consultations sporadiques ou parfois même l'absence de consultations préventives sont lourdes de conséquences sur la santé générale individuelle, mais touchent également la santé publique. Il existe une cercle vicieux dynamique entre peur du dentiste, diminution de la fréquence de consultation et mauvaise santé bucco-dentaire. (70)

3.3.1.3 Les effets sur l'accès aux soins

Avec une démographie médicale défavorable, le premier effet évoqué par les praticiens est l'augmentation des distances de trajets pour qu'un patient puisse se soigner. Cependant une étude de la DRESS, la distance moyenne d'accès aux cabinets libéraux des chirurgiens-dentistes augmente très légèrement, mais moins que laissaient penser les praticiens interrogés. En effet, elle a augmenté de 4,5 % de 1990 à 2006. (71)

	1990	2006	1990-2006	
	Distance moyenne d'accès en mètres		Évolution moyenne des distances en %	Probabilité que les distances soient égales entre 1990 et 2006 ^a
Professions de santé libérales				
Omnipraticiens	570	609	6,8	<0,001 ***
Infirmiers	740	745	0,7	<0,001 ***
Chirurgiens-dentistes	1 060	1 108	4,5	<0,001 ***
Masseurs-kinésithérapeutes	1 200	1 003	-16,4	<0,001 ***
Ophthalmologistes	4 770	4 867	2,0	<0,001 ***
Radiologues	5 000	4 978	-0,4	0,242
Médecins à mode d'exercice particulier	5 080	4 246	-16,4	<0,001 ***
Gynécologues-obstétriciens	5 320	5 527	3,9	<0,001 ***
Cardiologues	5 800	5 569	-4,0	<0,001 ***
Psychiatres et neuro-psychiatres	6 150	6 516	6,0	0,0042 **
Dermatologues	6 240	5 889	-5,6	<0,001 ***
Pédiatres	6 350	6 823	7,4	<0,001 ***
Oto-rhino-laryngologistes	6 550	6 857	4,7	<0,001 ***
Rhumatologues	7 420	7 294	-1,7	<0,001 ***
Gastro-entérologues	7 430	7 086	-4,6	<0,001 ***
Pneumologues	9 220	8 701	-5,6	<0,001 ***
Urologues	24 900	12 320	-50,5	<0,001 ***

^a Selon un test de Student comparant les moyennes. *** : p<0,001, ** : 0,001<p<0,01, * : 0,01<p<0,05
Champ • France métropolitaine.
Sources • Sniiram.

Tableau 4 : Évolution des distances moyennes d'accès en mètres à vol d'oiseau, entre 1990 et 2006 (71)

Mais la mesure de la répartition spatiale des soins met en évidence un accès aux soins en chirurgie dentaire globalement bon, puisque 95 % de la population française se situe à moins de 15 minutes de ces services. (71)

Malheureusement, *in fine*, les patients renoncent de plus en plus aux soins dentaires avec toutes les raisons évoquées précédemment. Dans une enquête de l'INSEE de 2014, on retrouve 7% des patients qui renoncent aux soins dentaires. (72)

3.3.2 Thématique de l'accès aux soins dans les différentes spécialités en Odontologie

En continuité avec le premier thème abordé, certaines raisons qui pourraient causer cette difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires sont aussi présents pour certaines spécialités de l'odontologie. Notamment leur insuffisance en nombre, leur répartition géographique inégale et leur délai de rendez-vous importants s'appliqueraient aussi aux spécialistes. Elles concernent les spécialistes en ODF, les implantologistes et les chirurgiens oraux.

On retrouve ces mêmes résultats dans la littérature, notamment dans l'enquête de 2014 « *Observatoire de l'accès aux soins* » développés dans la première partie de ce travail.

3.3.3 Thématique des solutions afin de palier à cette difficulté d'accès aux soins

3.3.3.1 Augmenter l'offre de soin dans les zones sous dotées

Le premier résultat abordé par les praticiens est d'augmenter le nombre de praticiens en France et donc d'augmenter le *numerus clausus*. Cependant comme le soulignait le Professeur Dominique Bois en 2003, il faut en effet s'interroger sur les capacités matérielles (fauteuils) et humaines (enseignants, praticiens hospitaliers) qu'ont, en l'état, les unités de formation à résister à de fortes augmentations du *numerus clausus*. (73)

Une autre solution évoquée par certains praticiens pour résoudre ce problème de répartition géographique des chirurgiens-dentistes est l'obligation du lieu d'exercice par l'Etat.

Dans l'ouvrage « *L'ENTREPRISE CABINET DENTAIRE, Création, association, cession et difficultés Aspects juridiques et déontologiques* », Jean-Paul Vassal évoque les différentes d'une telle mesure : « *La liberté d'installation ne va pas de soi dans tous les pays puisqu'elle n'existait pas dans des pays pourtant très proches du nôtre socialement comme le Royaume-Uni (cette liberté y a progressé récemment) et l'Allemagne, qui ont mis en place des systèmes*

d'autorisation d'exercer par zone. (On peut passer outre à ces systèmes d'autorisation mais les patients ne seront alors pas remboursés.) Ce système coercitif ne paraît d'ailleurs pas avoir donné de bons résultats puisqu'il a rendu les études médicales moins attractives et abouti à un vieillissement accéléré de la population médicale. » (74)

Pour certains praticiens, il faudrait dynamiser les territoires afin de séduire les praticiens à exercer dans ces zones. D'après un rapport déposé en janvier 2003 par le sénateur honoraire Charles Descours et intitulé « *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire* », pour lui aussi les critères déterminants du choix de l'installation seraient les conditions d'exercice et de vie (régions universitaires, accès aux services publics, culturels et commerciaux et possibilités d'emploi pour le conjoint). (75)

En ce qui concerne les deux dernières solutions avancées par les praticiens interrogés, c'est-à-dire les aides financières à l'installation et à l'exercice et le développement de consultation à distance dans les zones en difficultés, elles sont présentes dans le « *Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires* » du 13 octobre 2017.

L'une des premières mesures avancées par le gouvernement est d'aider à l'installation et à l'exercice des professionnels de santé dans les zones en tension. Cette aide sera principalement financière, avec des aides conventionnelles incitatives. S'installer dans une zone sous dotée permettra une exonération d'impôt pendant 2 ans, mais aussi une aide à l'installation par les caisses primaires d'assurance maladie qui peut atteindre 50 000 euros. La moitié serait reversée lors de l'installation du praticien et l'autre moitié sera reversée si le praticien s'engage à y rester 3 ans.(76)

Pour les étudiants, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (dite loi HPST), a mis en place un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). Ce contrat prévoit une allocation mensuelle si l'étudiant s'engage à exercer pendant une durée limitée là aussi dans une zone fragile ou déficitaire. (77)

En ce qui concerne le développement de ces consultations dites « avancées », le gouvernement souhaite une valorisation des contrats conventionnels dans le cadre des zones sous-denses, dont le contrat de solidarité Territoriale Médecin (CSTM). Les faibles moyens matériels nécessaires

pour une consultation spécialisée en dermatologie buccale laissent imaginer la possible application de cette mesure dans cette discipline. Cependant avant que celle-ci soit concernée, on peut imaginer que d'autres spécialités majeures comme par exemple l'ophtalmologie sera privilégiée.

3.3.3.2 Utilisation de la télé médecine

Afin d'abolir les distances et d'améliorer la prise en charge des patients la solution de la télé médecine a été retenue par un seul praticien. Le peu de réaction des praticiens interrogés sur la télé médecine en odontologie pourrait être expliqué par le fait qu'ils trouvent peut-être cette idée trop originale pour y avoir pensé ou par le fait qu'ils n'imaginaient pas qu'une application des technologies de l'information et de la communication pouvait concerner leur profession.

Etude d'un projet de téléexpertise en dermatologie buccale (78)

Dans la littérature, on retrouve un seul exemple de téléexpertise appliquée en Médecine Orale. En effet, de Janvier à Juin 2006, Dr Bradley, gérodentologiste, a réalisé une étude afin d'évaluer la faisabilité d'un projet de téléexpertise spécialisée dans cette discipline. Ce projet impliquait 37 patients qui consultaient à distance du spécialiste (entre l'Antrim Community Dental Clinic et le Service de Médecine Orale de Belfasten Irlande du Nord).

Lors de toute la durée de cette étude, le système de téléexpertise a fonctionné parfaitement. Les spécialistes en médecine orale ont jugé que la qualité des images numériques transmises était satisfaisante et, qu'elles permettaient dans la majorité des cas, lorsqu'elles étaient appuyées par les informations médicales de poser un diagnostic « provisoire ».

En ce qui concerne les lésions buccales :

- 65 % des patients présentaient des affections communes de la muqueuse buccale (candidose, ulcérations, lésions de la langue, polypes fibro-épithéliaux, mucocèles, kératose sous prothétiques, ...)

Pour ces patients, les spécialistes ont conclu que le traitement de ces pathologies pouvait être dispensé chez le praticien traitant sous leur supervision à distance et avec les protocoles hospitaliers envoyés via le système informatique.

- 20 % des patients nécessitaient un traitement hospitalier d'urgence.
- 1 patient a été adressé dans le mauvais service médical
- 1 patient présentant une lésion inoffensive qui ne nécessitait pas d'évaluation ou de traitement

Ce système de téléexpertise rejoint le projet que nous avons imaginé. Il permettrait plutôt que d'adresser des cas non urgents aux chirurgiens-oraux, de leur permettre d'identifier à distance les cas qui nécessitent une attention particulière. La prise en charge serait alors plus rapide car elle réduirait les listes d'attente et améliorerait la rapidité de la prise en charge ce qui conduirait à réduire considérablement la mortalité et la morbidité.

3.3.4 Thématique de la présentation de l'outil de téléexpertise en dermatologie buccale

Dans la littérature médicale on emploie plus souvent le terme de télédermatologie. La télédermatologie est l'application de la télémedecine dans le domaine de la dermatologie. Le terme « télédermatologie » a été inventé par Dr Perednia et Dr Brown en 1995.(79) Depuis, la télédermatologie est une des applications les plus développées de la télémedecine grâce à la nature visuelle des lésions dermatologiques qui en fait un atout majeur. (80)

Le sentiment général sur l'ensemble de notre échantillon est favorable concernant l'outil que nous avons imaginé. Chaque praticien y voit un intérêt.

On retrouve ce même engouement de la part des professionnels de santé dans la littérature. En effet, le taux de satisfaction global moyen variait selon les études : de 21 à 100 % pour les médecins généralistes, 74 % et 82 % pour les dermatologues.(81,82)

La satisfaction était évaluée au moyen de questionnaires allant de 3 à 15 items, avec certains questionnaires présentant des questions ouvertes pour permettre au médecin généraliste de

laisser un commentaire. Les principaux items étudiés étaient : la satisfaction globale, la facilité d'utilisation du système (temps passé à l'exécution d'une téléconsultation, rapidité, transfert de l'information), l'aspect éducatif, la réponse à la question posée, l'utilisation du système dans l'avenir. Une étude s'est intéressée aux perceptions de 42 médecins généralistes concernant un système de téléexpertise en soins primaires. Les médecins généralistes ont identifié trois facteurs positifs de satisfaction : l'accès amélioré aux dermatologues, le retour d'information rapide de la part du dermatologue, l'utilisation de la technologie et la prise de photographies. Dans une étude britannique où seulement 21 % des médecins généralistes se sont sentis satisfaits, les facteurs d'insatisfaction les plus fréquents étaient : un processus de télédermatologie complexe et trop consommateur de temps, une charge de travail accrue, des problèmes concernant la technologie (problème de connexion). (83)

Les praticiens interrogés identifient rapidement l'intérêt de l'utilisation de la télémédecine. En effet l'objectif d'un tel outil est d'accélérer la prise en charge en dermatologie buccale en permettant au spécialiste de poser un diagnostic à distance et donc de ne pas obliger les patients à se déplacer pour consulter chez lui.

Dans la littérature, plusieurs études dont une revue concernaient le temps d'attente de prise en charge jusqu'au rendez-vous clinique initial, biopsie ou intervention chirurgicale pour les tumeurs cutanées. Toutes les études ont rapporté une réduction du temps d'attente permise par la télédermatologie. Une réduction du temps d'attente a été démontrée jusqu'à la biopsie (84,85) et jusqu'au traitement chirurgical des tumeurs. (86–88) Une réduction de 66 % du temps d'attente moyen jusqu'au rendez-vous avec le dermatologue a été obtenue via la téléexpertise asynchrone comparée à la consultation conventionnelle (39 jours en moyenne contre 114 jours). Cette réduction était stable dans le temps (sur un suivi de 8 mois) avec un temps d'attente moyen de 30 à 48 jours pour la téléexpertise, à la différence de la consultation conventionnelle qui a vu son temps d'attente moyen augmenter progressivement pendant l'étude (66 jours initialement jusqu'à un niveau maximal de 138 jours. (89) Avec la télédermatologie, les patients ont été plus souvent traités en un seul rendez-vous avec le dermatologue et ont ensuite exigé moins de rendez-vous de suivi pour le traitement. (88,90)

De plus, avec ces échanges facilités cela permettrait à l'omnipraticien d'augmenter ses connaissances et d'être plus compétent dans cette discipline.

Les études concernant le bénéfice pédagogique apporté au médecin généraliste ont toutes retrouvé un intérêt éducatif de la télédermatologie. Les médecins généralistes estimaient avoir eu un bénéfice pédagogique dans 55 à 91 % des cas selon les études. Un avantage éducatif a été retrouvé chez 55% des médecins généralistes avec l'utilisation de la télémédecine contrairement à 34 % avec le soin conventionnel.(91) La téléexpertise asynchrone a été évaluée en soins primaires pendant 3 ans et demi aux Pays-Bas, avec la participation de 1820 médecins généralistes et de 166 dermatologues, ayant abouti à l'inclusion de 37207 téléexpertises. Les médecins généralistes participants ont déclaré avoir eu un bénéfice pédagogique dans 85 % des cas. (92)

Il permettrait également d'évaluer le critère d'urgence de la lésion buccale et adapter la prise charge en fonction de sa sévérité. Cette idée est aussi évoquée dans l'article « *Application of teledentistry in oral medicine in a Community Dental Service, N. Ireland* » vu précédemment. L'auteur conclue que ce service permettrait de créer une liste d'attente au service de médecine orale en fonction du critère d'urgence ou non de la lésion afin de réduire considérablement la mortalité et la morbidité.

On retrouve aussi cette notion de triage des lésions dans littérature dermatologique. En effet, la téléexpertise est un outil de triage efficace des tumeurs cutanées avec un pourcentage de triage de 51,20 % des lésions, soit 980 patients sur 2009 examinés (48,80 %) ayant été renvoyés en consultation conventionnelle.(93) Une étude a montré que 95 % des patients ayant des lésions malignes ont été priorisés « urgent » contre 54 % de ceux vus en soin conventionnel (référence par lettre sans photographie), permettant ainsi de raccourcir le délai de prise en charge.

3.3.5 Thématique des limites de l'outil

Certains praticiens sont réservés sur la suffisance des informations transmises aux spécialistes pour établir un diagnostic, notamment sur la qualité de la photographie.

On retrouve dans la littérature, des études concernant la qualité des images de télédermatologie. La qualité photographique était principalement évaluée par les télédermatologues participants

à l'étude ou par un ou plusieurs dermatologue(s) indépendant(s) qui donnaient un avis d'expert. La qualité photographique était évaluée sur des critères variables comme l'éclairage, la couleur, l'angle, la distribution anatomique de la dermatose, la distance appropriée par rapport à la cible, la qualité globale dans une autre étude. (94)(95) Une bonne qualité d'image était retrouvée dans 64 % à 94,5 % des cas. Alors que les images de mauvaise qualité représentaient 2 à 18 % des cas, selon les études.

La qualité de l'image photographique était importante car elle était significativement associée à la confiance diagnostique du télédermatologue ($p < 0,0001$) (96) et à l'efficacité du système. En effet, dans une étude, 66% des téléexpertises non diagnostiquées ont été liées à des photographies de mauvaise qualité. La qualité des photographies prises par les médecins généralistes s'améliorait au cours d'une expérimentation de téléexpertise liée au retour régulier d'information du dermatologue sur la qualité de l'image.(97) D'où la nécessité d'une formation préalable des chirurgiens-dentistes libéraux à la photographie dermatologique afin que l'outil mis en place soit efficace dans la prise en charge des lésions buccales accompagnée d'une remise à niveau de leurs connaissances en dermatologie buccale.

Une autre limite annoncée par plusieurs personnes interrogées qui pourrait freiner les praticiens à utiliser ce service est la différence de consultation qui pourrait exister entre une consultation physique et une consultation à distance pouvant établir à un diagnostic différent. Ces paramètres ont été étudiés dans une méta-analyse comparant les diagnostics établis en consultation dermatologique physique et à distance. Au final, on retrouve une exactitude diagnostic primaire de $73,35 \pm 14,87$ % pour la téléexpertise indirecte et de $70,37 \pm 7,01$ % pour la téléexpertise directe avec un diagnostic fait à l'issue d'une consultation conventionnelle. (98)

En ce qui concerne l'investissement financier à la mise en place et la rémunération à l'utilisation de cet outil, les praticiens interrogés ne considéraient pas ces deux freins comme les plus importants. Cependant, on peut imaginer qu'ils seront plus conséquents dans la décision de faisabilité d'un tel projet par les autorités décisionnaires.

CONCLUSION

La dermatologie buccale fait partie intégrante du champ d'activité des chirurgiens-dentistes. Cependant il est d'usage que les omnipraticiens adressent leurs patients à des spécialistes lorsqu'ils n'arrivent pas à poser un diagnostic et/ou à traiter des lésions d'origine buccale. Conscients du potentiel malin que peuvent représenter de telles lésions, ils requièrent alors l'avis de spécialistes dans cette discipline médicale.

Actuellement, dans son parcours de soin, le patient peut rencontrer des difficultés pour être pris en charge par ces spécialistes. En effet, le nombre de chirurgiens oraux semble insuffisant et leur répartition sur le territoire est inégale.

Face à cette difficulté d'accès aux soins, la téléexpertise se présente comme une solution pertinente pouvant apporter de nombreux avantages dans la prise en charge des patients atteints de lésions buccales. Les praticiens interrogés lors de notre enquête qualitative, font le même constat. En effet, ils sont très favorables au développement d'une consultation à distance en dermatologie buccale. Nos résultats mettent en évidence que la mise en place de ce service nécessiterait une formation au préalable des futurs utilisateurs tant sur le plan clinique (mise à jour des principes clefs de la dermatologie buccale) que sur un plan organisationnel (formation en photographie et sur l'outil de téléexpertise).

Bien que certains textes extra légaux soient encore attendus, notre analyse ne semble pas mettre en évidence d'obstacles médico-légaux empêchant le déploiement de la téléexpertise en chirurgie dentaire.

Néanmoins avant de se lancer dans la construction de ces outils, il conviendrait d'étudier l'acceptabilité de l'outil auprès des autres utilisateurs : les chirurgiens oraux, pour lesquels les impacts organisationnels, administratifs et financiers semblent plus lourds.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2015. 62 p.
2. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard AV, Voirin N, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1—Tumeurs solides. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice (Fra). 2016;
3. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* nov 2007;36(10):575-80.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 1 mars 2015;136(5):E359-386.
5. Foucard FB, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1: tumeurs solides. 2013;
6. Hill C. Trends in tobacco smoking and consequences on health in France. *Preventive medicine.* 1998;27(4):514–519.
7. Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France: principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2011;20–21.
8. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant - OFDT [Internet]. [cité 13 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/>
9. Scott SE, Grunfeld EA, Auyeung V, McGurk M. Barriers and triggers to seeking help for potentially malignant oral symptoms: implications for interventions. *J Public Health Dent.* 2009;69(1):34-40.
10. Swango PA. Cancers of the oral cavity and pharynx in the United States: an epidemiologic overview. *J Public Health Dent.* 1996;56(6):309-18.
11. Hammerlid E, Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Boysen M, Evensen JF, Björklund A, et al. A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. Part I: at diagnosis. *Laryngoscope.* avr 2001;111(4 Pt 1):669-80.
12. Varela-Centelles P, Seoane J, Lopez-Cedrun JL, Fernandez-Sanroman J, García-Martin JM, Takkouche B, et al. The length of patient and primary care time interval in the pathways to

treatment in symptomatic oral cancer. A quantitative systematic review. *Clin Otolaryngol.* 2018;43(1):164-71.

13. Morelatto RA, Herrera MC, Fernández EN, Corball AG, López de Blanc SA. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma in two diagnosis centers in Córdoba Argentina. *J Oral Pathol Med.* août 2007;36(7):405-8.

14. Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt BL. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. *J Am Dent Assoc.* oct 2008;139(10):1346-52.

15. Kaing L, Manchella S, Love C, Nastri A, Wiesenfeld D. Referral Patterns for Oral Squamous Cell Carcinoma in Australia: 20 years progress. *Aust Dent J.* 26 mars 2015;

16. Lyratzopoulos G, Saunders CL, Abel GA, McPhail S, Neal RD, Wardle J, et al. The relative length of the patient and the primary care interval in patients with 28 common and rarer cancers. *Br J Cancer.* 31 mars 2015;112 Suppl 1:S35-40.

17. Scott SE, McGurk M, Grunfeld EA. The process of symptom appraisal: cognitive and emotional responses to detecting potentially malignant oral symptoms. *J Psychosom Res.* juin 2007;62(6):621-30.

18. Grant E, Silver K, Bauld L, Day R, Warnakulasuriya S. The experiences of young oral cancer patients in Scotland: symptom recognition and delays in seeking professional help. *Br Dent J.* 22 mai 2010;208(10):465-71.

19. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient's delay in oral cancer: A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* oct 2006;34(5):337-43.

20. Rogers SN, Pabla R, McSorley A, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. An assessment of deprivation as a factor in the delays in presentation, diagnosis and treatment in patients with oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* août 2007;43(7):648-55.

21. Yu T, Wood RE, Tenenbaum HC. Delays in diagnosis of head and neck cancers. *J Can Dent Assoc.* févr 2008;74(1):61.

22. Brouha XDR, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst J a. M, de Leeuw JRJ. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol.* juill 2007;43(6):551-6.

23. Holmes JD, Dierks EJ, Homer LD, Potter BE. Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg.* mars 2003;61(3):285-91.

24. Meskin LH. Oral cancer--the forgotten disease. *J Am Dent Assoc.* août

1994;125(8):1042-5.

25. Code de la santé publique - Article L4141-1. Code de la santé publique.
26. Lafont. Glossaire de la qualité et de l'évaluation en santé – quelques définitions utiles pour les organismes de développement professionnel continu (ODPC). Haute Autorité de santé.; Février 20 14.
27. HAS. Rapport d'étude Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé Revue de la littérature [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_1_evaluation_des_competences_des_professionnels.pdf
28. Couzinou C, Moutarde A, ONCD. Référentiel métier et compétences du chirurgien dentiste [Internet]. 2010. Disponible sur: [https://www.sfcd.fr/content/files/Referentiel-Dentistes\(1\).pdf](https://www.sfcd.fr/content/files/Referentiel-Dentistes(1).pdf)
29. Code de la santé publique - Article R4127-32. Code de la santé publique.
30. Cartographie publique ONCD [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
31. Observatoire de l'accès aux soins. Edition 2014 [Internet]. Jalma; Disponible sur: http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-laces-aux-soins_Edition-2014.pdf
32. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 2009. Dossiers solidarité et santé Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf> <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t2.pdf>
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/index.php/system/files/2017-10/2017-10-13_DP%20Plan%20Renforcer%20l%27acc%C3%A8s%20territorial%20aux%20soins.pdf
34. Code de la santé publique - Article L6316-1. Code de la santé publique.
35. Aigouy C, Vioujas V. La télémédecine dans les établissements de santé : vade-mecum. Bordeaux: Les Etudes Hospitalières; 2014. (Pratiques Professionnelles).
36. Code de la santé publique - Article R6316-1. Code de la santé publique.
37. Code de la santé publique - Article R4127-33. Code de la santé publique.

38. DEBOST C. La télémédecine - Volet 2 : Téléconsultation et téléexpertise encadrées par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010. Revue droit & santé [Internet]. 2011;(43). Disponible sur: <https://www.bnds.fr/revue/rds/rds-43/la-telemedecine-volet-2-teleconsultation-et-teleexpertise-encadre-es-par-le-decret-n-2010-1229-du-19-octobre-2010-1851.html>
39. Lucas J, Bilet P, Bouet P, Deau X, Dezetter A. Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rapport du CNOM. 2009;9.
40. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
41. Code de la santé publique - Article R4127-35. Code de la santé publique.
42. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
43. Code de la santé publique - Article R6316-2. Code de la santé publique.
44. Lucas J, Bilet P, Bouet P, Deau X, Dezetter A. Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Rapport du CNOM. 2009;20.
45. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
46. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
47. Stefani F. Le secret médical à l'épreuve des nouvelles technologies. Recueil Dalloz Sirey de doctrine, de jurisprudence et de législation. 2009;(39):2636.
48. Code de la santé publique - Article R6316-4. Code de la santé publique.
49. CNIL. Guide professionnels de santé [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/cnil-direct/attachement/430/99>
50. Décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales conservées sur support informatique ou transmises par voie électronique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2007-960 mai, 2007.
51. Code de la santé publique - Article R1112-7. Code de la santé publique.
52. DHOS. DHOS/E1/DAF/DPACI n°2007-322 [Internet]. 2007. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7194.pdf
53. Code de la santé publique - Article R4127-64. Code de la santé publique.
54. DGOS. Télémédecine et responsabilités juridiques engagées [Internet]. 2012. Disponible sur: http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf
55. Ferraud-Ciandet N. Questions juridiques sur l'e-santé. Les Petites Affiches. 2007;(89).

56. Code de la santé publique - Article R6316-9. Code de la santé publique.
57. Simon P. Télémédecine-Enjeux et pratiques. Le Coudrier; 2015.
58. LOI n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010. 2009-1646 décembre, 2009.
59. Code de la santé publique - Article L4113-5. Code de la santé publique.
60. Hygin K. Contribution à la recherche qualitative. Université de Franche-Comté. 2008;
61. Boulet E. Mener et retranscrire un entretien sociologique : trucs et astuces [Internet]. Le carnet des étudiant-e-s du Master Sociologie générale de l'EHESS. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <https://mastersociologie.hypotheses.org/3342>
62. Collet M, Sicart D. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national. Etudes et Résultats, DREES. 2007;595.
63. DRESS. Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>
64. DRESS. En 2015, un tiers des nouveaux chirurgien-ne-s-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger. sept 2017;(1026). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1026.pdf>
65. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli VL. L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS).[en ligne]. 2012.
66. Vergier N. Accessibilité aux professionnels de santé libéraux: des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires. Études et Résultats, DREES. 2016;(970).
67. Hescot P, Moutarde A. « HANDICAP ET SANTE BUCCO-DENTAIRE » Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. 2010 juillet. Disponible sur: <http://reseau-sbdh-ra.org/upload/kcfinder/files/P13%20HSBD.pdf>
68. « Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires » (Enquête) – Toute La Veille des acteurs de la Santé [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <https://toute-la-veille-acteurs-sante.fr/32611/les-francais-leur-dentiste-et-lacces-aux-soins-bucco-dentaires-enquete/>
69. Armfield JM. Predicting dental avoidance among dentally fearful Australian adults. Eur J Oral Sci. juin 2013;121(3 Pt 2):240-6.

70. Crego A, Carrillo-Díaz M, Armfield JM, Romero M. From Public Mental Health to Community Oral Health: The Impact of Dental Anxiety and Fear on Dental Status. *Front Public Health* [Internet]. 28 févr 2014 [cité 5 juin 2018];2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3937873/>
71. COLDEFY M, COM-RUELLE L, LUCAS-GABRIELLI V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Questions d'économie de la santé*. 2011;(164):1–8.
72. Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires: une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Économie et statistique*. 2014;469(1):169–197.
73. Bois D, Massonaud J, Melet J. Mission odontologie. Rapport Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. 2003;99–100.
74. Vassal J-P. L'Entreprise cabinet dentaire. EDP Santé; 2012.
75. DESCOURS C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sd. 2003;40:31.
76. Bohineust. Médecins: 50.000 euros pour s'installer dans un désert médical [Internet]. FIGARO. 2016 [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/05/24/20002-20160524ARTFIG00408-deserts-medicaux-l-assurance-maladie-veut-proposer-une-aide-supplementaire-aux-medecins.php>
77. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La loi HPST [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
78. Bradley M, Black P, Noble S, Thompson R, Lamey PJ. Application of teledentistry in oral medicine in a community dental service, N. Ireland. *Br Dent J*. 23 oct 2010;209(8):399-404.
79. Perednia DA, Brown NA. Teledermatology: one application of telemedicine. *Bull Med Libr Assoc*. janv 1995;83(1):42-7.
80. Muir J, Xu C, Paul S, Staib A, McNeill I, Singh P, et al. Incorporating teledermatology into emergency medicine. *Emerg Med Australas*. oct 2011;23(5):562-8.
81. Frühauf J, Schwantzer G, Ambros-Rudolph CM, Weger W, Ahlgrimm-Siess V, Salmhofer W, et al. Pilot study on the acceptance of mobile teledermatology for the home monitoring of high-need patients with psoriasis. *Australas J Dermatol*. févr 2012;53(1):41-6.
82. Braun RP, Vecchietti JL, Thomas L, Prins C, French LE, Gewirtzman AJ, et al.

Telemedical wound care using a new generation of mobile telephones: a feasibility study. *Arch Dermatol.* févr 2005;141(2):254-8.

83. Collins K, Bowns I, Walters S. General practitioners' perceptions of asynchronous telemedicine in a randomized controlled trial of teledermatology. *J Telemed Telecare.* 2004;10(2):94-8.

84. Shapiro M, James WD, Kessler R, Lazorik FC, Katz KA, Tam J, et al. Comparison of skin biopsy triage decisions in 49 patients with pigmented lesions and skin neoplasms: store-and-forward teledermatology vs face-to-face dermatology. *Arch Dermatol.* mai 2004;140(5):525-8.

85. Kahn E, Sossong S, Goh A, Carpenter D, Goldstein S. Evaluation of skin cancer in Northern California Kaiser Permanente's store-and-forward teledermatology referral program. *Telemed J E Health.* oct 2013;19(10):780-5.

86. Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Ruiz-de-Casas A, Nieto-Garcia A, Moreno-Alvarez P, Galdeano R, et al. Economic evaluation of a store-and-forward teledermatology system for skin cancer patients. *J Telemed Telecare.* 2009;15(1):40-5.

87. May C, Giles L, Gupta G. Prospective observational comparative study assessing the role of store and forward teledermatology triage in skin cancer. *Clin Exp Dermatol.* nov 2008;33(6):736-9.

88. Ferrandiz L, Moreno-Ramirez D, Nieto-Garcia A, Carrasco R, Moreno-Alvarez P, Galdeano R, et al. Teledermatology-based presurgical management for nonmelanoma skin cancer: a pilot study. *Dermatol Surg.* sept 2007;33(9):1092-8.

89. Lim D, Oakley AMM, Rademaker M. Better, sooner, more convenient: a successful teledermoscopy service. *Australas J Dermatol.* févr 2012;53(1):22-5.

90. Finnane A, Dallest K, Janda M, Soyer HP. Teledermatology for the Diagnosis and Management of Skin Cancer: A Systematic Review. *JAMA Dermatol.* 1 mars 2017;153(3):319-27.

91. Whited JD, Hall RP, Foy ME, Marbrey LE, Grambow SC, Dudley TK, et al. Patient and clinician satisfaction with a store-and-forward teledermatology consult system. *Telemed J E Health.* 2004;10(4):422-31.

92. van der Heijden JP, de Keizer NF, Bos JD, Spuls PI, Witkamp L. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol.* nov 2011;165(5):1058-65.

93. Moreno-Ramirez D, Ferrandiz L, Nieto-García A, Carrasco R, Moreno-Alvarez P, Galdeano R, et al. Store-and-forward teledermatology in skin cancer triage: experience and evaluation of 2009 teleconsultations. *Arch Dermatol.* avr 2007;143(4):479-84.
94. van den Akker TW, Reker CH, Knol A, Post J, Wilbrink J, van der Veen JP. Teledermatology as a tool for communication between general practitioners and dermatologists. *J Telemed Telecare.* 2001;7(4):193-8.
95. Philp JC, Frieden IJ, Cordero KM. Pediatric teledermatology consultations: relationship between provided data and diagnosis. *Pediatr Dermatol.* oct 2013;30(5):561-7.
96. Lamel SA, Haldeman KM, Ely H, Kovarik CL, Pak H, Armstrong AW. Application of mobile teledermatology for skin cancer screening. *J Am Acad Dermatol.* oct 2012;67(4):576-81.
97. Lasierra N, Alesanco A, Gilaberte Y, Magallón R, García J. Lessons learned after a three-year store and forward teledermatology experience using internet: Strengths and limitations. *Int J Med Inform.* mai 2012;81(5):332-43.
98. Kanthraj GR. A longitudinal study of consistency in diagnostic accuracy of teledermatology tools. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* oct 2013;79(5):668-78.

ANNEXES

1 Guide d'entretien pour l'enquête qualitative sur l'acceptabilité des chirurgiens-dentistes libéraux sur la mise en place d'une téléexpertise en dermatologie buccale.

Présentation du praticien : Nom, prénom, durée d'exercice, département d'exercice, faculté d'origine, statut actuel et mode d'exercice

L'accès aux soins bucco-dentaires en France :

Il existe en France une difficulté d'accès aux soins bucco-dentaires que vous évoque ce phénomène ?

L'accès aux soins chez les spécialistes en odontologie :

Quels seraient les spécialistes de l'odontologie concernés ?

Solutions pour résoudre cette difficulté d'accès aux soins :

Quelles solutions proposeriez-vous ?

La présentation de l'outil de téléexpertise :

Que penseriez-vous d'une « plateforme » vous mettant en relation avec un chirurgien oral pour une prise en charge en dermatologie buccale ?

Les limites de cet outil :

Quelles seraient les limites d'un tel outil ?

2 Grille d'analyse de l'enquête qualitative sur l'acceptabilité d'un outil de téléexpertise en dermatologie buccale.

Présentation du praticien interrogé

Thématique de l'accès aux soins bucco-dentaire en France

résultats sous-thématique : sur le plan géographique

résultats sous-thématique : sur le plan financier

résultats sous-thématique : le facteur patient

résultats sous-thématique : les effets sur l'accès aux soins

Thématique de l'accès aux soins chez les spécialistes en odontologie

résultats sous-thématique : sur le plan géographique

résultats sous-thématique : sur le plan financier

Thématique des solutions afin de palier à la difficulté d'accès aux soins

résultats sous-thématique : augmenter l'offre de soins dans les zones sous dotées

résultats sous-thématique : formations spécialisées des professionnels de santé

résultats sous-thématique : utilisation de la télémédecine

Thématique de la présentation de l'outil de téléexpertise en dermatologie buccale

résultats sous-thématique : alternative à la correspondance professionnelle

résultats sous-thématique : favoriser la communication entre omnipraticiens et spécialistes

résultats sous-thématique : réduction des déplacements des patients

résultats sous-thématique : apport pour les omnipraticiens sur la prise en charge en dermatologie buccale

résultats sous-thématique : identifier les situations d'urgence

Thématique des limites de l'outil

résultats sous-thématique : limites dans l'aspect médical

résultats sous-thématique : temps disponible

résultats sous-thématique : l'aspect financier

Vu, La Présidente du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Titre : Etude d'acceptabilité sur la mise en place d'une téléexpertise en dermatologie buccale auprès de chirurgiens-dentistes libéraux

Résumé : Bien que la cavité buccale soit facilement accessible à l'examen visuel direct, la plupart des cancers buccaux sont diagnostiqués à un stade avancé. Les chirurgiens oraux sont les spécialistes traitant la majorité des lésions buccales. Cependant du fait d'un nombre restreint et d'une inégale répartition sur le territoire, il existe une difficulté d'accès aux soins dans cette catégorie des professionnels médicaux. La télémedecine semble être une solution pertinente pour optimiser la prise en charge des patients atteints de lésions buccales. Avant la création d'un outil de télémedecine destiné aux chirurgiens-dentistes, il convenait d'une part d'étudier les impératifs de ce nouveau mode d'exercice sur le plan légal et d'autre part d'appréhender l'acceptabilité, les freins et les leviers exprimés par les futurs utilisateurs.

Mots clés : Dermatologie buccale, Accès aux soins, Téléexpertise, Télédermatologie, Etude qualitative

Title : Acceptability study on the implementation of teleexpertise in oral dermatology with liberal dentists

Abstract : Although the oral cavity is easily accessible to direct visual examination, most oral cancers are diagnosed at an advanced stage. Oral surgeons are specialists who treat the majority of oral lesions. However, due to their limited number and unequal distribution on the territory, access to care in this category of medical professionals is difficult. Telemedicine seems to be a relevant solution to optimize the management of patients with oral lesions. Before the creation of a telemedicine tool intended for dental surgeons, it was necessary on the one hand to study legal imperatives of this new mode of practice, on the other to apprehend the acceptability, the obstacles and the levers expressed by future users.

Keywords : Oral dermatology, Access to care, Teleexpertise, Teledermatology, Qualitative research
