



HAL
open science

Handicap et télémédecine bucco-dentaire : à propos d'une expérimentation en Île-de-France

Sarah Auchère

► **To cite this version:**

Sarah Auchère. Handicap et télémédecine bucco-dentaire : à propos d'une expérimentation en Île-de-France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02394593

HAL Id: dumas-02394593

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02394593v1>

Submitted on 4 Dec 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U^SPC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

N° 057

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 25 septembre 2019

Par

Sarah AUCHÈRE

Handicap et télémédecine bucco-dentaire : à propos d'une expérimentation en Île-de-France

Dirigée par Mme le Professeur Marysette Folliguet

JURY

Mme le Professeur Marysette Folliguet

Président

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

Mme le Docteur Anne-Margaux Collignon

Assesseur

Mme le Docteur Marie Sevin

Assesseur



Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES		M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIEAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 23 avril 2019

Remerciements

À Mme le Professeur Marysette Folliguet

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Docteur d'État en Odontologie

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Chef de service de l'hôpital Louis Mourier

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre des palmes académiques

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury, d'avoir dirigé ma thèse d'exercice, de m'avoir poussée à faire plus et mieux. Merci pour votre implication, votre dévouement. Il y a 3 ans, vous m'avez offert la chance de changer de vie, parce que vous avez pris le temps de comprendre une situation délicate et d'y accorder une attention toute particulière et je vous en serai éternellement reconnaissante. Peu de personnes en auraient fait autant. Merci pour votre singulière humanité.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maitre de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Merci de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. J'ai croisé votre route au détour de quelques enseignements dirigés mais il n'en a pas fallu beaucoup pour me rendre compte à quel point vous êtes un être profondément bon et gentil. Cela réconforte de trouver sur son chemin des personnes pleines de gentillesse, prêtes à toujours aider leur prochain. Quel exemple !

À Mme le Docteur Anne-Margaux Collignon

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Sorbonne Paris Cité

Maitre de Conférence des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Merci pour votre exigence et votre professionnalisme. Merci de m'avoir fait confiance, à plus d'un titre, et de m'avoir donné confiance. Grâce à vous, j'ai appris la rigueur, la volonté de performer mais aussi d'analyser les limites, les échecs et ce, dans le but de toujours avancer et de m'améliorer avec pour intérêt premier celui du patient. Enfin, merci pour votre humour sarcastique et pour ces rires à la volée !

À Mme le Docteur Marie Sevin

Docteur en Chirurgie dentaire

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Merci de me faire l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. Merci de m'avoir poussé à tenter, à essayer, quand mon manque de confiance me faisait douter. Merci d'avoir été compréhensive et à l'écoute, d'avoir su comment vous y prendre avec moi pour me faire apprendre au mieux. Je me sens chanceuse d'avoir évolué à vos côtés. Promis Marie, j'essaie le tutoiement après tout ça ...

A mes parents, sans qui tout ça n'aurait pas été possible. Merci pour votre force, votre patience, vos encouragements, votre tendresse. J'espère vous avoir rendu fiers. Je vous aime plus qu'aucun mot ne pourra jamais le décrire.

A mon compagnon de route, Xavier : Je ne te remercierai jamais assez pour ta douceur, ta patience, ton écoute, ton amour. Tu as éclairé mes jours les plus orageux. Je suis heureuse de partager cette aventure qu'est la vie avec toi depuis bientôt dix ans. Je t'aime tant.

A ma famille : mes sœurs, mes grands-parents, mes neveux et nièce, Émeline, mon parrain ... A nos moments de rires, à nos disputes, à nos larmes et nos sourires. Merci pour tout ça et plus encore !
Spéciale dédicace à Jean-Guy, qui m'a toujours soutenu. Merci pour tout.

A mes sœurs de cœur : Laura, Julie, Alexandra. La vie est plus belle à vos côtés. Je vous aime d'un amour sincère.

A ma famille rémoise : Adrien et Sylvie : merci pour votre amour. Vous me manquez.

A mes ami(e)s : Blondy, Amima, Alexia, Sarah : je me sens chanceuse de vous avoir auprès de moi et vous aime énormément !

A mon binôme Alexandra, merci de m'avoir accompagnée ces 3 dernières années !

A l'équipe « colombienne » : le staff (Hakima, Sylvie, Samia, Chahineze, Célia), l'équipe de sté (Patricia), les enseignants (Mme Delva, M. Santucci, Mme Cassaignau, M. Dupagne, M. Nguyen, Mme Vanderzwaln, Mme Séguier, M. Alantar et son équipe), collègues, copains (Camille G, Patrick, Sabine, Rebecca, Jeanne) : merci pour ces années ensemble !

Aux Dr Sotto, Gadat et Dakic, à Sandrine, Sarah et Sabina : merci pour tout !

Aux acteurs de ce projet : l'équipe de La Roseraie, Chloé C (et les petits pois ...) et surtout à Mathilde : merci pour ton implication. J'espère que ce travail honorera à juste titre ton engagement auprès de tes résidents et auprès de nous.

A l'ensemble des personnes que j'ai pu oublier, à ceux qui ont traversé ma vie et/ou qui en sont sortis, merci d'avoir partagé un bout de route avec moi et d'avoir participé à faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Aux anges que j'ai aimés et que j'ai perdus. Pas un seul jour ne se passe sans que je pense à vous. J'aurais tant donné pour vous avoir à mes côtés aujourd'hui. Mais j'ai la certitude que vous l'êtes, d'une manière ou d'une autre.

Enfin, je dédie cette thèse à ma grand-mère ... Tu me manques terriblement. Je t'aimerai toujours.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : CONTEXTE GENERAL	4
1.1. DEFINITIONS	4
1.1.1. Définitions de la télémédecine	5
1.1.2. La télémédecine bucco-dentaire.....	8
1.2. OBJECTIFS	8
1.2.1. Les objectifs de la télémédecine	8
1.2.2. Les objectifs en télémédecine bucco-dentaire	9
1.2.3. Les objectifs à plus long terme	12
1.3. LITTERATURE.....	13
1.3.1. Études internationales.....	13
1.3.2. Expériences nationales	17
2 : CADRE ETHIQUE, JURIDIQUE ET PRATIQUE DE LA TELEMEDECINE	20
2.1. NOTION D'ETHIQUE	20
2.1.1. La rupture du colloque singulier	20
2.1.2. L'impact de cette nouvelle relation de soin dans le diagnostic	21
2.1.3. L'importance du choix du personnel médical requérant et de sa formation	22
2.1.4. L'importance de la formation du chirurgien-dentiste télé-expert	24
2.1.5. L'éthique à l'épreuve de la télémédecine	24
2.2. ASPECTS REGLEMENTAIRES DE LA TELEMEDECINE	25
2.2.1. Cadre juridique	25
2.2.2. Conditions propres de l'exercice de la télémédecine en France	26
2.2.3. Conditions de droit commun au soin en France	27
2.2.4. Tableau récapitulatif	29
2.3. LES CRITERES D'ELIGIBILITE A LA TELEMEDECINE	30
2.3.1. Les critères d'inclusion.....	30
2.3.2. Les critères d'exclusion	30
2.4. LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES CONCERNANT LES ACTES DE TELEMEDECINE	31
2.4.1. Avant la télémédecine	31
2.4.2. Pendant la télémédecine	32
2.4.3. Après la télémédecine	33
2.5. LE CADRE FINANCIER DE LA TELEMEDECINE	34

2.5.1. Le remboursement conventionnel de la télé-médecine	34
2.5.2. Une participation forfaitaire d'aide à l'équipement.....	36
2.5.3. Financement des autres actes de télé-médecine	37
3 : EXPERIMENTATION DE TELE-EXPERTISE ENTRE UN SERVICE HOSPITALIER ET UNE STRUCTURE MEDICO-	
SOCIALE.....	39
3.1. INTRODUCTION.....	39
3.1.1. Les partenaires	39
3.1.2. La convention	41
3.2. MATERIEL.....	41
3.2.1. Site de Louis Mourier	41
3.2.2. Site de La Roseraie.....	43
3.3. ORGANISATION ET METHODE.....	46
3.3.1. En amont de la télé-expertise	46
3.3.2. Déroulement de la télé-expertise	47
3.4. INDICATEURS RETENUS	51
3.4.1. Nombre de prescriptions de télé-expertises	51
3.4.2. Nombre de télé-expertises réalisées.....	52
3.4.3. Nombre de refus d'examen et motif.....	52
3.4.4. Nombre de demandes en urgence.....	52
3.4.5. Nombre de plans de soins adressés à La Roseraie.....	52
3.4.6. Nombre de retours de la part des familles	52
3.5. RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION	55
3.6. DISCUSSION	56
3.6.1. Les difficultés rencontrées	56
3.6.2. Les améliorations à apporter.....	57
3.6.3. Ressenti d'un jeune praticien.....	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	62
TABLE DES FIGURES.....	66
TABLE DES TABLEAUX.....	67
ANNEXES.....	68

Introduction

Le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) dans le domaine de la santé est en plein essor. Cette appellation regroupe l'ensemble des technologies impliquées dans le traitement et la transmission des informations.

Concernant la santé publique, elles constituent une aide à la réponse aux besoins de soins dans les zones géographiques touchées par la pénurie de professionnels de santé, et les populations à besoins spécifiques : personnes âgées ou handicapées.

Grâce à ces technologies, de nombreux projets ont vu le jour, en particulier la télémédecine.

Si la télémédecine s'est développée depuis de nombreuses années à l'étranger, cela fait seulement une dizaine d'années que des essais sont menés en France. En matière de médecine bucco-dentaire, les premiers projets ont vu le jour en 2010.

Les objectifs dans ce domaine répondent aux mêmes impératifs que ceux de la télémédecine au sens exhaustif du terme.

Cependant, de nombreux questionnements éthiques concernant cette pratique de la médecine sont soulevés et les premiers cadres juridiques ont été définis il y a peu par la Haute Autorité de Santé. Ils ont été inscrits dans le Code de Santé Publique.

Récemment également, l'Assurance Maladie et les partenaires sociaux se sont penchés sur les modalités de facturation et de remboursement des actes de télémédecine, signant la volonté d'inscrire définitivement la télémédecine comme une pratique courante de soins.

En Ile-de-France, une expérimentation en télémédecine bucco-dentaire, pour des patients en situation de handicap, est en cours, associant le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier; elle sera l'objet de ce travail, en exposant l'ensemble des démarches entreprises par les différents acteurs qui ont permis la réalisation de ce projet. Le déroulement de l'expérimentation depuis Janvier 2019 sera développé, ainsi que les premiers résultats observés, les limites et les améliorations à apporter.

1 : Contexte général

1.1. Définitions

La télémédecine (TLM) voit le jour au cours des années 1960 aux États-Unis d'Amérique, sa création répondant à la nécessité de prendre en charge des patients isolés dans un grand état, peu doté en professionnels de santé : le Nebraska.

L'armée américaine reprend alors ce concept pour ses soldats et le développe dans les années 1980. Cela aura même une portée jusque dans l'espace, où les astronautes sont pris en charge par cette pratique de la médecine.

L'Europe se tourne vers ce nouveau visage de la médecine dans les années 1990 où, pour la première fois, le terme « d'e-Santé » est évoqué.

En France, la télémédecine est introduite sur le territoire au cours des années 2000 au travers d'expérimentations pilotes, soutenues par les Agences Régionales de Santé.

Figure 1 : Bilan bucco-dentaire par télémédecine en EHPAD



Source : Hauger et Vergnault, « Bilan bucco-dentaire par télémédecine en EHPAD », 2015.

1.1.1. Définitions de la télémédecine

1.1.1.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la télémédecine

L'OMS donne une définition internationale de la télémédecine, en rappelant que « La télémédecine permet d'apporter des services de santé, là où la distance et l'isolement sont un facteur critique, par des professionnels (médecins notamment) utilisant les techniques d'information et de communication à des fins diagnostiques, de traitement et de prévention, de recherche et de formation continue ».

1.1.1.2. La loi HPST, le Code de Santé Publique et la télémédecine

En France, la loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires » (HPST), dont l'article 78 est intégré dans le Code de Santé Publique (CSP), définit la télémédecine le 21 Juillet 2009: « 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 au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »¹

1.1.1.3. Les domaines d'application de la télémédecine

En France, la télémédecine revêt plusieurs aspects :

- **La télé-consultation** : elle permet à un professionnel médical d'assurer une consultation à distance. A ce professionnel médical peut s'associer un professionnel de santé ou éventuellement un psychologue (selon les dispositions de l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 Juillet 1985²) en accompagnement du patient.

¹ Code de la santé publique. Article L6316-1.

² Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Article 44.

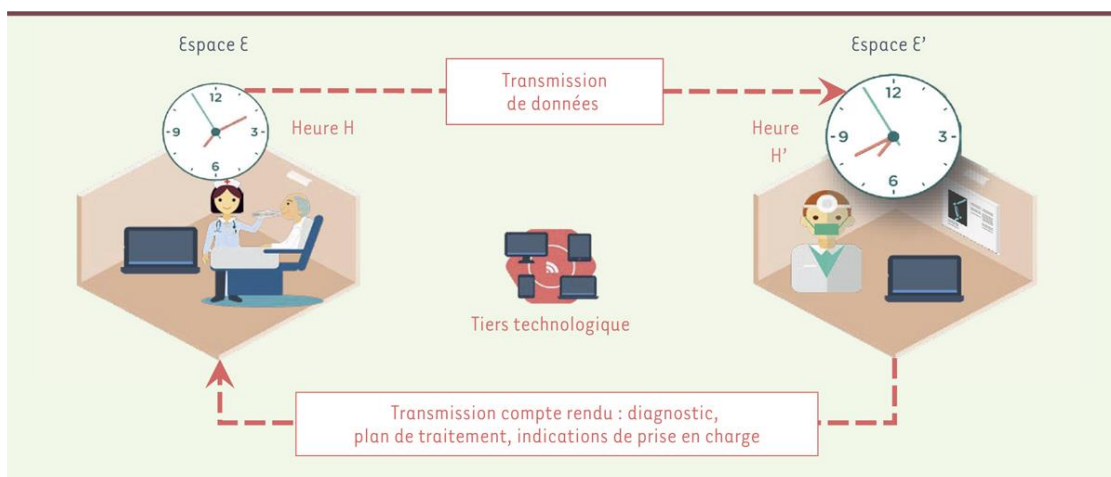
Figure 2 : Schéma d'une téléconsultation



Source : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, « 25 projets de télémedecine passés à la loupe », 2004.

- **La télé-expertise** : elle permet de demander l'avis, à distance, d'un ou de plusieurs professionnels de santé, dont la formation, les compétences particulières dans un domaine, seraient nécessaires à la prise en charge du patient, dans une situation donnée.

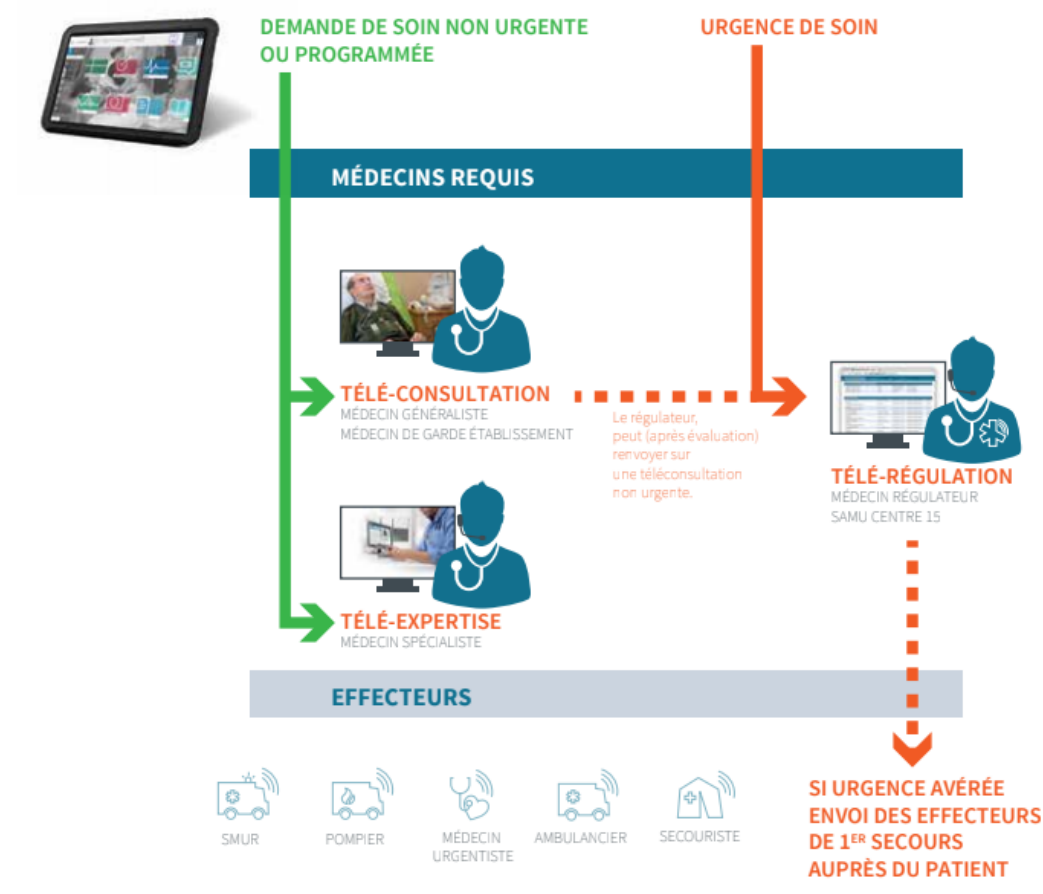
Figure 3 : Schéma d'un acte de télé-expertise



Source : Allouche, Hervé, et Pirnay, « Le dispositif opérationnel en télémedecine bucco-dentaire », 2018.

- **La télé-surveillance médicale** : elle permet, toujours à distance, à un praticien, de donner un sens clinique à des données médicales concernant un patient afin de prendre d'éventuelles décisions concernant son suivi et sa prise en charge.
- **La télé-assistance médicale** : elle offre l'opportunité à un professionnel de santé, d'être assisté à distance d'un confrère lors de la réalisation d'un geste ou d'un acte.
- **La régulation** : Elle correspond à la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation au centre 15. Elle est mentionnée à l'article L. 6311-2³ et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1⁴.

Figure 4 : Schéma des actes de télémédecine



Source : Nomadec, « Schéma EHPAD », 2017.

³ Code de la santé publique. Article L6311-2.

⁴ Code de la santé publique. Article L6314-1.

1.1.2. La télémédecine bucco-dentaire

La télémédecine bucco-dentaire se définit de la même manière. C'est une hyper spécialisation de la médecine, concernant la sphère oro-faciale et les structures attenantes. C'est une pratique médicale de l'exercice de la médecine bucco-dentaire, utilisant les techniques d'information et de communication, pour mettre en relation un patient et un ou plusieurs professionnels de santé.

Elle permet également d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive ou un suivi post thérapeutique, de requérir l'avis d'un spécialiste (un endodontiste par exemple), de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits (matériel dentaire, inter-dentaire, dispositifs médicaux), de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes (radiographies par exemple), ou bien encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients (dans le cas d'une infection par exemple).

Elle va ainsi modifier la prise en charge du patient, en la facilitant.

1.2. Objectifs

Les objectifs de la télémédecine sont nombreux et il est certain que son développement permettra de nouvelles améliorations de fonctionnement et ouvrira de nouvelles perspectives.

La portée d'une telle technologie peut laisser espérer de nouvelles formes de prises en charge des patients, améliorant ainsi l'efficacité de notre système de soin, à tous les niveaux.

1.2.1. Les objectifs de la télémédecine

La télé - médecine a pour but d'établir un diagnostic, de permettre un suivi ou une surveillance du patient mais également de demander l'avis d'un confrère spécialisé.

Cet outil contribue alors à:

Tableau 1 : Les objectifs de télémédecine

OBJECTIFS
<ul style="list-style-type: none">- faciliter l'accès aux soins, notamment dans les déserts médicaux- améliorer la qualité de vie des patients- faciliter leur prise en charge ainsi que leur suivi, près de leur lieu d'habitation- favoriser les échanges et la coordination entre les différents acteurs de santé- éviter et/ou anticiper les hospitalisations- limiter le recours aux urgences aux seuls cas le nécessitant- diminuer le coût des transports- développer les compétences des professionnels de santé

Source : Auteur, 2019.

1.2.2. Les objectifs en télémédecine bucco-dentaire

Les objectifs de la télémédecine bucco-dentaire sont communs aux actes de la télémédecine au sens large.

En odontologie, il est possible de donner des exemples concrets qui illustrent les objectifs attendus.

Prenons le cas d'un patient, vivant dans une zone dépourvue de praticiens et qui aurait besoin d'une prise en charge globale : son plan de traitement comprendrait, outre des séances avec son praticien traitant, le retraitement endodontique d'une dent avant le renouvellement d'une prothèse unitaire ou plurale comprenant la dite dent. Ce retraitement, du fait des exigences techniques (matériel, temporel, financier) nécessiterait l'intervention d'un endodontiste exclusif.

La télémédecine bucco-dentaire, à cet effet, pourrait intervenir selon deux processus: la téléconsultation et la télé-expertise. Cela se déroulerait en quatre temps:

1^{er} temps : La télé-expertise : Le patient, seul ou accompagné d'un professionnel de santé (infirmier, médecin généraliste ...), filmerait sa cavité buccale à l'aide d'une caméra. Les vidéos, ainsi que les documents administratifs d'usage (consentement éclairé, questionnaire médical, ordonnances du patient), seraient envoyés à un omnipraticien.

2^e temps : L'omnipraticien analyserait les vidéos et prescrirait des examens complémentaires (radiographies, CBCT, échographie ...) qui lui seraient ensuite renvoyés pour la 2^e séance de télé-expertise.

3^e temps : Après analyse des différents éléments, le praticien déciderait de demander l'avis d'un confrère spécialisé en endodontie (3^e séance de télé-expertise, cette fois entre les deux praticiens, ne mettant pas en jeu de façon directe le patient).

Ici l'omnipraticien validerait l'intérêt d'une prise en charge ponctuelle spécialisée par l'endodontiste dans le plan de traitement du patient. Ils décideraient ensemble de planifier à quel moment interviendrait l'endodontiste dans l'enchaînement des soins de l'omnipraticien.

4^e temps : La téléconsultation : séance en direct entre l'omnipraticien et le patient (accompagné ou non d'un professionnel de santé) : là, l'omnipraticien expliquerait au patient le plan de traitement personnalisé, les différents acteurs intervenants (ici, l'endodontiste), et lui proposerait la planification des séances.

Cet exemple illustre parfaitement les objectifs de la télémédecine bucco-dentaire, à savoir :

- faciliter l'accès aux soins, notamment dans les déserts médicaux : alors que le patient est à distance de l'omnipraticien et de l'endodontiste, il a tout de même pu recevoir, grâce à la télémédecine, des avis médicaux et une proposition de prise en charge ;
- améliorer la qualité de vie des patients : Le patient, ici, a reçu un plan de traitement personnalisé et chaque fois qu'il aura à se déplacer vers l'omnipraticien ou l'endodontiste, ce sera pour une séance active de soins ;
- faciliter leur prise en charge ainsi que leur suivi, près de leur lieu d'habitation ;
- favoriser les échanges et la coordination entre les différents acteurs de santé : ici, échange entre un endodontiste et un omnipraticien sans avoir eu besoin de passer par le patient avec des courriers interposés ;
- diminuer le coût des transports : le patient ne s'est pas déplacé encore une seule fois alors que 4 séances de télémédecine se sont déroulées (et se sont substituées à des consultations en cabinet) pour son cas. Chaque fois qu'il aura à présent à se déplacer, ce sera pour une séance active en cabinet, ce qui diminue de façon notable les coûts de transports, de temps et la perte de chance pour le patient liée à la lenteur de prise en charge habituellement.

Cet exemple s'applique à un patient en bonne santé générale mais peut parfaitement concerner une personne en situation de handicap.

Par ailleurs, la télémédecine bucco-dentaire améliore la qualité de vie des patients.

Il est établi depuis longtemps qu'une bonne santé bucco-dentaire contribue au maintien de la santé générale du patient.

Pour les patients en situation de handicap ou pour les personnes âgées, elle permet d'améliorer tout simplement leur santé en prenant en charge la sphère oro-faciale, souvent négligée par manque de moyens (humains, techniques, temporels, financiers).

Elle assure un confort de vie aux patients, en limitant leurs trajets dans des environnements inconnus, qui peuvent parfois leur paraître hostiles.

La téléconsultation permet, en outre, de les mettre en confiance et de les familiariser avec le matériel nécessaire aux soins buccaux ; la caméra constitue une étape dans l'acceptation d'un instrument introduit dans la bouche du patient. Si la téléconsultation est acceptée, on peut volontiers espérer que les soins dentaires le seront plus facilement.

La séance de téléconsultation doit naturellement faciliter l'adhésion du patient lors des soins en cabinet, en particulier avec une planification bien établie grâce à cette première « e-consultation », ceci à proximité de son lieu d'habitation.

Enfin, la télémédecine bucco-dentaire permet d'anticiper et parfois, d'éviter les hospitalisations.

→ Elle l'évite lorsque le patient est pris en charge précocement.

→ Elle l'anticipe quand ils sont lourdement handicapés, impossibles à traiter au fauteuil, et que des soins sous anesthésie générale paraissent indiqués.

La téléconsultation, dans ce cadre, associée à des radiographies adaptées, permet de définir les gestes à réaliser durant l'opération et de planifier à distance l'hospitalisation du patient (rendez-vous pré opératoire avec l'anesthésiste, autres prescriptions préopératoires, rendez-vous pour l'opération etc.

→ Par la télémédecine, on peut organiser des hospitalisations en urgence : en effet, en cas d'une infection locorégionale (cellulite par exemple) avec des signes de gravité, le professionnel de santé peut proposer une hospitalisation rapide et solliciter les services concernés. Ce dernier est alors reçu dans de meilleures conditions.

De ce fait, la télédentisterie permet « de limiter le recours aux urgences à des cas spécifiques et nécessaires de prise en charge ». Ceci est possible grâce aux cinq types de télémédecine : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance, téléassistance médicale, régulation médicale.

Reprenons le cas d'une personne présentant cellulite :

- la télé-consultation permet de diagnostiquer le type de cellulite et de réaliser la prescription nécessaire (antibiothérapie combinée à des antalgiques).

- le patient peut être suivi en télésurveillance médicale (à 48h le plus souvent) pour surveiller l'évolution de la pathologie.

- la téléassistance médicale pourrait être utilisée dans le cas d'une cellulite collectée pour laquelle le drainage est requis en première intention pour soulager le patient : un chirurgien-dentiste pourrait, par exemple, guider le geste du professionnel de santé (un médecin généraliste par exemple) pour effectuer ce drainage.

- la régulation médicale au centre 15 permettrait d'évaluer le niveau de gravité de l'urgence

- enfin, la télé-expertise est envisageable dans ce cas : le chirurgien-dentiste lui-même pourrait solliciter l'avis d'un médecin sur la conduite à tenir pour ce patient.

Il pourrait également avoir recours à l'avis d'un spécialiste concernant la conduite à tenir en post-urgence : la dent est-elle conservable et le traitement canalaire de dévitalisation est-il envisageable selon un endodontiste ? De quelle manière la chirurgie de la dent causale, si elle est non conservable, doit être abordée selon l'avis d'un chirurgien oral ?

1.2.3. Les objectifs à plus long terme

On peut émettre l'idée que la télémédecine bucco-dentaire, en France, serait utilisée pour

- Des actions de prévention en milieu scolaire afin d'éviter une prise en charge tardive des enfants à risque carieux élevé.
- Des actions de prévention dans les milieux défavorisés ou en zones sous dotées en chirurgiens-dentistes.
- De la prévention dans des structures dans lesquelles les personnes ont une mobilité réduite : EHPAD, foyers de vie, foyers d'aide médicalisée, milieu contraint (prison)...
- De la prévention et de l'interception auprès de ressortissants français à l'étranger (Diplomates, missions humanitaires, opérations des armées).
- Réaliser plus aisément l'interception orthodontique précoce.
- Généraliser et faciliter l'usage de la télémédecine en créant un réseau entre les praticiens généralistes et les spécialistes, afin d'améliorer la prise en charge globale du patient.

Ainsi, de nombreux objectifs tendent à faciliter la prise en charge du patient, de façon plus rapide et moins coûteuse pour ce dernier.

1.3. Littérature

1.3.1. Études internationales

Plusieurs pays ont fait usage de la télédentisterie bien avant la France. De ce fait, différentes études ont été conduites pour dégager l'impact de cette technique, alors même que ces pays ne partagent pas toujours les mêmes richesses, les mêmes enjeux ni la même évolution sociétale.

1.3.1.1. L'Inde

En 2016, une étude est menée dans un centre de santé auprès de 62 enfants⁵.

Le but de cette étude est de dégager l'intérêt de la caméra intra-orale dans l'observation des maladies buccales.

Après examen des enfants avec l'aide d'une caméra intra-buccale, l'étude a révélé l'intérêt de la télédentisterie dans le dépistage des maladies de la cavité buccale telles que maladie carieuse, les lésions muqueuses, les malocclusions.

Elle a démontré l'avantage d'utiliser ce dispositif dans les milieux ruraux afin de faciliter l'accès aux soins.

Les auteurs ont proposé de faire usage de ce système afin de collecter des données sur le patient et d'établir un suivi de l'état oral de ce dernier (notamment pour les lésions muqueuses). Cette technique serait utile lorsqu'il est nécessaire de recourir à l'avis d'un spécialiste.

Les auteurs ont également fait état d'un rendement financier pour le patient et le système de santé.

Une autre étude indienne, en 2011, a cherché à dégager les intérêts de la télédentisterie⁶ :

- Elle établit le rôle de la télémédecine odontologique dans le diagnostic des maladies de la cavité buccale et dans le travail de prévention et d'hygiène auprès de toutes les populations.
- La télémédecine serait un moyen d'améliorer l'accès à des chirurgiens oraux.
- En endodontie, elle permettrait d'établir un diagnostic des lésions péri-apicales à distance, réduisant ainsi les coûts associés aux urgences et aux visites chez le chirurgien-dentiste pour les personnes éloignées géographiquement.
- La télédentisterie joue son rôle dans la prévention et chez l'enfant : son usage en milieu scolaire permettrait d'anticiper la prise en charge des patients souffrant de caries précoces.

⁵ Pentapati et al., « Reliability of intra-oral camera using teledentistry in screening of oral diseases : pilot study ».

⁶ Jampani et al., « Applications of teledentistry : a literature review and update ».

L'étude conclut que la télémédecine est un dispositif qui facilite la consultation d'un professionnel de santé et qui permet d'échanger plus aisément entre confrères.

Elle rappelle que les praticiens s'engageant dans l'usage de la télémédecine doivent être conscients des enjeux éthiques, techniques et légaux.

Les études en Inde ont donc dégagé l'intérêt, sur leur territoire, de la télédentisterie : prévention, accès aux soins proposés dans les milieux ruraux, échanges avec des confrères spécialistes.

1.3.1.2. L'Australie

Une première étude australienne⁷, en 2017, a fait la revue de 39 études publiées.

A partir d'une analyse qualitative basée sur 5 indicateurs, les auteurs ont conclu que la télémédecine bucco-dentaire était un atout majeur dans la prévention, le dépistage précoce des pathologies liées à la cavité buccale, la mise en place de plan de traitement adapté mais aussi dans l'amélioration de leur qualité de vie.

La télémédecine est un moyen de rendre plus efficient le système de santé australien mais l'étude rappelle qu'il est primordial de pérenniser la rémunération des différents acteurs pour maintenir ce système en place.

Une autre étude australienne⁸, en 2018, a mis en exergue l'intérêt de la télédentisterie auprès des personnes âgées dans des maisons de retraite en milieu rural, dans la région du Queensland.

En effet, la télémédecine a permis d'améliorer le suivi bucco-dentaire des personnes et ainsi leur qualité de vie, en limitant leurs déplacements liés aux soins bucco-dentaires.

Enfin, l'étude soulève l'avantage financier et social potentiel de la télémédecine bucco-dentaire.

Une dernière étude d'Estai et Bunt⁹ a mis en exergue le coût de la télémédecine comparé aux coûts induits par la maladie carieuse.

En effet, l'usage de la télédentisterie en tant que moyen de prévention, de suivi oral, et d'interception précoce des maladies bucco-dentaires permet de réduire les coûts de santé malgré l'investissement nécessaire au développement de la télémédecine.

⁷ Irving et al., « Using teledentistry in clinical practice as an enabler to improve access to clinical care : a qualitative systematic review ».

⁸ Tynan et al., « Integrated approach to oral health in aged care facilities using oral health practitioners and teledentistry in rural Queensland ».

⁹ Estai et al., « Cost savings from a teledentistry model for school dental screening : an australian health system perspective ».

Elle souligne également que cette économie n'est pas valable uniquement dans les milieux ruraux mais aussi en zone urbaine.

Ainsi, les études australiennes ont démontré l'intérêt de la télémédecine sur leur territoire pour pallier le manque de praticiens dans les milieux ruraux et ainsi améliorer la qualité de vie des habitants mais également pour réduire les coûts liés à la santé bucco-dentaire.

Cependant, il est indispensable de rémunérer correctement chacun des acteurs mais aussi de proposer aux patients des remboursements afin de pouvoir pérenniser ce système.

1.3.1.3. Les États-Unis d'Amérique

Les études ci-dessous démontrent surtout l'intérêt de la télédentisterie en odontologie pédiatrique.

En effet, aux États-Unis, les caries en denture temporaire représentent la première maladie chronique chez les enfants. C'est donc un enjeu majeur pour eux d'appréhender cette pathologie, par la prévention et un accès aux soins facilité en tenant compte des difficultés liées à l'immensité du territoire.

La première étude est menée en 2013¹⁰ et porte sur 291 sujets. Elle révèle qu'un examen virtuel par téléconsultation est similaire à un examen clinique visuel classique, en termes de discrimination des lésions carieuses, mais surtout que les enfants ayant bénéficié d'une téléconsultation ont reçu davantage de soins dentaires en adéquation à leurs besoins que ceux ayant reçu une consultation classique parce que la téléconsultation a facilité la prise en charge par rapport à son lieu d'habitation.

La deuxième étude¹¹ a pour objectif de déterminer la prévalence des caries dans un dispensaire pour enfants défavorisés.

L'étude a porté sur 162 enfants, de 1 à 5 ans : plus de la moitié d'entre eux présentaient des caries et seulement quelques-uns avaient déjà bénéficié d'une consultation dentaire.

Ceci confirme l'urgence du développement de la prévention et de la prise en charge précoce de cette population.

Ainsi, dans cette étude, la télémédecine représente un moyen, à moindre coût, d'offrir une consultation à ces enfants à risque carieux élevé et le cas échéant, une prise en charge facilitée.

¹⁰ Kopycka-Kedzierawski et Billings, « Comparative effectiveness study to assess two examination modalities used to detect dental caries in preschool urban children ».

¹¹ Kopycka-Kedzierawski, Bell, et Billings, « Prevalence of dental caries in early head start children as diagnosed using teledentistry ».

L'étude de Mc Laren et al.¹², en 2016, a pour objectif d'évaluer la compliance des patients au plan de traitement proposé.

Elle conclut que la téléconsultation dentaire permet de réduire le nombre de rendez-vous de soins (notamment par une meilleure organisation des séances, ce qui est un fait notoire pour les patients de ce milieu rural dont les déplacements sont coûteux financièrement et temporellement parlant) mais aussi que la compliance des patients au traitement, c'est-à-dire leur capacité à adhérer au plan de traitement, à le poursuivre, est augmentée.

L'autre étude de Mc Laren et al.¹³, en 2017, enrôle 251 enfants situés dans des zones rurales de l'état de New York.

Elle cherche à mettre en lumière la prise en charge facilitée des patients ayant reçu une téléconsultation dentaire dans le cadre de leur maladie carieuse active « complexe ».

Les auteurs concluent que la télémédecine bucco-dentaire est un moyen efficace pour proposer une prise en charge thérapeutique complexe et individuelle adaptée aux personnes vivant dans un milieu rural.

Enfin, la dernière étude sélectionnée¹⁴ est intéressante parce qu'elle soulève l'importance de la formation à la téléodontologie dans les écoles dentaires. C'est par la formation de nombreux acteurs (futurs chirurgiens-dentistes mais aussi d'autres professionnels de santé suivant une formation de télémédecine bucco-dentaire au sein de nos institutions) que se développera cette voie de la médecine. Elle souligne aussi l'importance de la facturation et du financement de la télémédecine.

Ainsi, les expérimentations aux États-Unis et notamment chez les enfants ont cherché à mettre en lumière l'impact de la télémédecine dans la prise en charge des patients, de façon adaptée, offrant un accès aux soins facilité dans les milieux ruraux, mais aussi en élargissant le champ de la prévention à ces populations, dont les besoins dans ce domaine sont notoires.

Pour conclure, la littérature a montré que depuis de nombreuses années, la télémédecine s'est développée dans différents pays et pas forcément dans des États dont le PIB est aussi élevé qu'en

¹² McLaren et Kopycka-Kedzierawski, « Compliance with dental treatment recommendations by rural paediatric patients after a live-video teledentistry consultation : a preliminary report ».

¹³ McLaren, Kopycka-Kedzierawski, et Nordfelt, « Accuracy of teledentistry examinations at predicting actual treatment modality in a pediatric dentistry clinic ».

¹⁴ McFarland et al., « Formative evaluation of a teledentistry training programme for oral health professionals ».

Europe (l'Inde par exemple). Cela a permis d'apporter du recul concernant une telle pratique de la médecine.

1.3.2. Expériences nationales

En France, l'usage de la télémédecine est beaucoup plus récent. Le recul clinique est limité et les retours d'études ne sont parfois pas encore communiqués.

1.3.2.1. Première expérimentation en France avec le projet « E-Dent » à Montpellier

C'est en 2014 au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Montpellier que naît le premier projet de télémédecine bucco-dentaire, sous la direction du Dr Giraudeau¹⁵.

Après avoir visité 200 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) dans la région entre 2012 et 2013 afin d'évaluer la santé bucco-dentaire des résidents, les auteurs font un bilan alarmant de la situation. Le projet E-dent voit le jour en 2014 afin de valider l'utilisation de la télémédecine en odontologie et de promouvoir la prise en charge bucco-dentaire des résidents des structures médico-sociales.

Le projet est validé et soutenu financièrement par l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon à hauteur de 110 000 euros.

600 téléconsultations ont été réalisées dans 6 EHPAD différents ; les résidents ont bénéficié de deux téléconsultations à 6 mois d'intervalle.

Il a été proposé pour chaque résident un plan de traitement adapté à transmettre à son praticien et si la personne concernée n'avait pas de chirurgien-dentiste référent, une prise en charge dans le service d'Odontologie pouvait éventuellement être envisagée.

Le projet s'est ensuite étendu aux détenus des Maisons d'Arrêt de la région. Cette étude a montré l'intérêt de la téléconsultation odontologique dans la prise en charge bucco-dentaire des prisonniers. Cela a permis de faciliter leur projet de réinsertion à la sortie.¹⁶

1.3.2.2. Projet « Tel-e-Dent » à Guéret

En 2014, soutenu par l'Agence Régionale de Santé du Limousin, le Conseil Général, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges et la MGEN, le projet Tel-e-Dent¹⁷ voit le jour. Il s'inscrit

¹⁵ Giraudeau et al., « Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD ».

¹⁶ Giraudeau et al., « Teledentistry, new oral care tool for prisoners ».

¹⁷ Giraudeau et al., « Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD ».

dans un projet transnational avec l'Allemagne, pour proposer des solutions innovantes afin d'améliorer la prise en charge des résidents en EHPAD.

L'objectif était de réaliser 120 examens de télémedecine bucco-dentaire parmi les résidents de 3 EHPAD.

A ce jour, aucun résultat dans la littérature n'a été trouvé.

1.3.2.3. Expérimentation à Bordeaux

Un projet de télémedecine ¹⁸ a débuté en 2015, auprès de deux EHPAD et une résidence service, sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur et d'une infirmière coordinatrice.

L'objectif était de réduire les délais d'attente pour une consultation, de permettre d'être réactifs en cas d'urgences bucco-dentaires, d'optimiser les déplacements des résidents, d'éviter les hospitalisations mais également de mettre en place des mesures de prévention dans ces structures.

Comme dans l'étude précédente, aucun résultat n'a été publié à ce jour.

1.3.2.4. Expérimentation en cours à l'hôpital Henri Mondor à Créteil

Un projet de télémedecine est développé à l'hôpital Henri Mondor, qui concerne les personnes détenues à la prison de Fresnes. Environ 100 personnes ont bénéficié d'un examen par télémedecine. Celui-ci est réalisé par les équipes du service médical de la prison, qui ont été préalablement formées.

Les examens sont adressés par messagerie sécurisée au service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Henri Mondor, qui assure la lecture et l'analyse des données numériques.

Cette technique permet de prioriser les besoins de soins et facilite le travail des chirurgiens-dentistes qui travaillent au sein de la prison.

Ainsi, la France a de nombreuses années de retard sur le recours aux technologies de l'information et de la communication en santé, mais on remarque que les directions prises concernant l'utilisation de la télémedecine bucco-dentaire répondent aux mêmes besoins que dans les autres pays : accès aux soins dans les milieux ruraux ou auprès des personnes en situation de mobilité réduite, réduction des coûts et amélioration de l'efficacité du système.

Cependant, nous remarquons que rien n'a encore été proposé en France concernant des projets de prévention dans les écoles et de prise en charge de patients-enfants au travers de la télédentisterie.

¹⁸ Hauger et Vergniault, « Bilan bucco-dentaire par télémedecine en ehpad ».

Nous faisons le vœu que cela voit le jour dans les prochaines années car les besoins sont importants sur notre territoire.

2 : Cadre éthique, juridique et pratique de la télémédecine

2.1. Notion d'éthique

Nous allons à présent aborder les questions éthiques et juridiques liées à l'usage de la médecine bucco-dentaire.

Le serment d'Hippocrate présente en postulat d'introduction : « primum non nocere » ou « d'abord ne pas nuire ». Il est important de toujours s'en souvenir et de préserver, en tant que professionnels de santé assermentés, la dignité du patient, et de travailler dans le respect de l'autre.

L'utilisation de technologies et de nouveaux outils de communication bouleverse la relation de soins et peut constituer une menace éthique. Des règles ont dû être fixées pour encadrer la télémédecine.

2.1.1. La rupture du colloque singulier

Henri Péquignot disait notamment de l'acte médical : « *L'acte médical est un colloque singulier, [entre] le médecin et le malade. C'est un acte clos dans l'espace et dans le temps, qui commence par une confession, qui se continue par un examen et qui se termine par une prescription. Il y a unité de temps, de lieu et d'action.* »¹⁹.

La conception de la télémédecine, parce qu'elle fait intervenir une tierce personne dans la relation de soin (le professionnel de santé prenant les photos ou les vidéos), parce que l'espace-temps n'est pas toujours partagé entre le professionnel qui analyse les données transmises et le patient (notamment dans la télé-expertise où l'acte d'analyse est différé), et parce que le lieu n'est, par définition, pas le même, rompt avec le colloque singulier²⁰.

En effet, en télémédecine, le colloque se compose de :

- Un personnel paramédical requérant, nouvel acteur de cette relation de soins, qui a déjà établi une relation de confiance avec le patient la plupart du temps, recueille toutes les données nécessaires au praticien expert : consentement éclairé, questionnaire médical, photos, vidéos, « confessions » ...

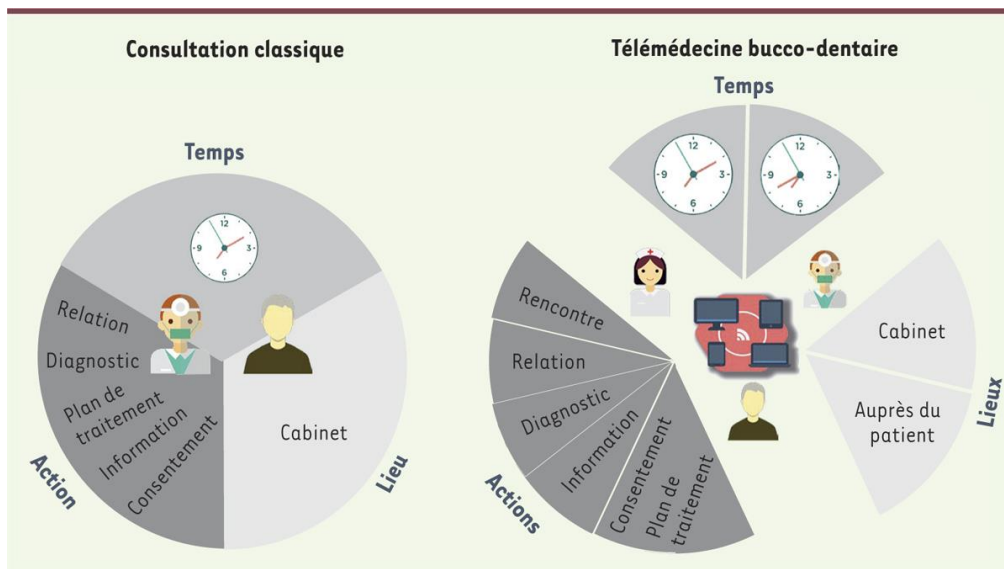
¹⁹ Péquignot, *Médecine et monde moderne : l'écran des techniques entre le médecin et le malade*.

²⁰ Allouche, Hervé, et Pirnay, « Le nécessaire questionnement éthique autour de la relation de soin en télémédecine bucco-dentaire ».

- Un tiers technologique qui prend finalement beaucoup de place dans cette relation à quatre têtes, comprenant la caméra intra-buccale, le dispositif de transmission de données, les logiciels de lecture et d'analyse de vidéos, photos et autres données numériques transmises, le compte-rendu numérique,
- Le praticien expert, qui n'établit pas de relation directe avec le patient en première intention et qui va rendre un compte-rendu diagnostique répondant à la demande formulée,
- Le patient, l'acteur principal de ce nouvel articulé et même la scène sur laquelle se déroule la pièce, avec son histoire, ses confessions, ses peurs, ses attentes.

La multiplication des acteurs et des procédures met fin au colloque singulier tel qu'on l'entendait jusque-là pour laisser place à une nouvelle relation de soins, avec de nouveaux défis.

Figure 5 : La rupture du colloque singulier en télémédecine bucco-dentaire



Source : Allouche, Hervé, et Pirnay, « L'éclatement du colloque singulier », 2019.

2.1.2. L'impact de cette nouvelle relation de soin dans le diagnostic

Le diagnostic médical s'articule comme une enquête où les différents éléments forment un puzzle aboutissant à l'identification de la pathologie, son étiologie, et sa prise en charge.

En effet, les examens cliniques, les examens complémentaires, mais aussi l'anamnèse générale puis l'anamnèse orientée en fonction des « confessions » du patient aboutissent à un diagnostic presque personnalisé.

Prenons le cas de la maladie carieuse comme premier exemple, il est nécessaire de dégager quelles sont les habitudes de vie qui ont généré ces caries car prendre en charge cette pathologie ne relève pas seulement de soins dentaires mais également de la prise de conscience et du contrôle des facteurs de risque par le patient.

Dans le cadre de la prise en charge d'une maladie parodontale, il est également indispensable de mettre en lumière les facteurs de risque de cette pathologie, de les mettre en lien et de pouvoir expliquer avec des mots justes et adaptés au patient afin de lui donner toutes les cartes en main pour être aussi acteur de sa maladie, et aboutir à la stabilisation de la pathologie.

Pour que le patient prenne conscience de ces éléments, il faut que le praticien ait dégagé suffisamment d'informations lors de l'anamnèse et identifié les dits-facteurs pour les nommer et les expliquer au patient. Il faut également que le patient se sente en confiance pour communiquer, sans être jugé. Il faut que ce dernier puisse libérer sa parole afin de donner à son praticien les informations les plus complètes possibles concernant son histoire ou son mode de vie.

Or, la télémédecine met sérieusement en danger la qualité du diagnostic : en effet, le praticien expert ne rencontre pas directement le patient en face, et l'interposition d'un écran ou même d'un acte différé, peut nuire au diagnostic. C'est le personnel paramédical qui recueille les données, l'anamnèse, et ce dernier les collecte en fonction de ses connaissances, qui sont souvent limitées dans le domaine de la santé bucco-dentaire, en fonction de son ressenti, de sa propre histoire, de son empathie, et finalement de sa propre subjectivité.

De plus, le patient peut parfois avoir des difficultés à exprimer certaines choses au personnel paramédical, en fonction du lien qui s'est créé ou non, ce qui constitue un deuxième obstacle à la pose d'un diagnostic juste.

Ainsi, la multiplication des acteurs et donc finalement, des êtres humains, avec leur subjectivité, dans la relation de soins, associée à un tiers technologique, crée une distance entre le patient et le praticien. De cela découle un diagnostic qui devient plutôt une hypothèse diagnostique : on constate l'effet d'une pathologie, à un instant T, sur une zone du corps objectivée par une caméra, sans avoir accès à l'ensemble, que ce soit le physique ou le psychologique.

2.1.3. L'importance du choix du personnel médical requérant et de sa formation

Afin de réduire la distanciation inhérente à la multiplication des acteurs, il est primordial que le personnel paramédical qui réalise le premier acte de télémédecine soit bien choisi.

En effet, ce dernier doit recueillir le consentement éclairé de la personne, compléter son questionnaire médical, rechercher ses antécédents, constituer son dossier et le cas échéant, réaliser les photos et les vidéos avec la caméra intra-buccale.

Il a également comme mission de réaliser le « feed-back » de télémédecine, c'est-à-dire « l'après », donner le compte-rendu au patient ou à sa famille, fournir des informations complètes et claires, répondre aux questions et éventuellement, organiser sa prise en charge ultérieure.

De plus, l'examen clinique buccal est un cap difficile à passer, mais encore plus ici parce que la caméra est plus volumineuse qu'un instrument. La pénétration d'un élément étranger en bouche est un passage plein de sens : on entre dans l'intimité profonde de la personne examinée, dans son hygiène personnelle, son histoire, et c'est un moment potentiellement difficile. Le patient ne voit pas ce qu'il s'y passe, il ne maîtrise rien et c'est finalement très stressant.

Cette situation est d'autant plus angoissante pour une personne présentant un déficit de fonctions : (personnes âgées, handicapées) ou les personnes sous main de justice ... Ceci l'est également pour les enfants, perméables aux angoisses projetées des parents, aux imaginaires collectifs, qui se sentent moins puissants que l'adulte qui examine.

Il apparaît donc évident, pour toutes ces raisons, que le choix du personnel requérant doit être réfléchi, pour que le patient coopère pleinement à l'acte de télémédecine mais également pour qu'il perçoive cet acte comme destiné à construire un plan de soins auquel il doit adhérer pour que la prise en charge soit réussie.

Si la personne n'a pas confiance dans le personnel paramédical requérant, il refusera la télémédecine ou ne suivra pas les préconisations.

Le personnel paramédical requérant est un élément central de la nouvelle relation de soin.

Il est auprès du patient, qui a besoin d'être rassuré, informé, mis en confiance, qui a besoin aussi de croire aux capacités du professionnel médical qui l'examine derrière l'écran et pose un diagnostic.

Il établit le lien avec le chirurgien-dentiste qui reçoit les informations, perçoit les ressentis du requérant.

Il incarne une interface d'échanges entre deux personnes qui ne se voient pas mais qui attendent quelque chose de l'autre.

Pour faciliter la tâche du personnel paramédical requérant, il est indispensable que ce dernier bénéficie en amont d'une formation.

Il doit pouvoir jouir de connaissances primaires mais aussi approfondies concernant les standards de la santé bucco-dentaire, les situations d'urgence, les signes d'appel de certaines pathologies, les tests diagnostiques (exemple des tests au froid, à la percussion, à la palpation) ...

Il doit être à même d'observer une situation exo-buccale ou endo-buccale, en partant du général au particulier, afin de ne omettre, par l'usage de sa caméra, aucun détail pouvant aider au diagnostic.

Il doit également être capable de comprendre des termes techniques, de les reformuler auprès du patient afin que l'information délivrée soit claire.

Ses connaissances dans le domaine doivent être suffisantes pour qu'il puisse approfondir l'anamnèse bucco-dentaire du patient.

Cette personne ne doit jamais juger le patient tout en conservant de l'empathie pour lui.

Pour ce faire, il paraît nécessaire que le personnel paramédical requérant soit formé :

- Au cours de leur cursus initial, sur leur lieu de formation
- Par les chirurgiens-dentistes assurant la télé médecine bucco-dentaire
- Et idéalement dans les facultés de chirurgie-dentaire en partenariat avec les étudiants d'odontologie.

Enfin, cet apprentissage doit faire l'objet d'une formation continue, pour compléter mais aussi entretenir les connaissances du personnel.

A l'heure actuelle, la formation que reçoit le personnel participant aux actes de télé médecine est très « dépendante du projet ». Il est nécessaire qu'à l'avenir, cette formation soit intégrée dans le cursus initial.

2.1.4. L'importance de la formation du chirurgien-dentiste télé-expert

Le chirurgien-dentiste, qui accepte de participer aux actes de télé médecine, a aussi le devoir de se former.

En effet, il doit être capable d'analyser des vidéos ou des photos qui sont parfois difficiles à exploiter, dégager les informations nécessaires et hiérarchiser les urgences, les différents actes du plan de soin.

2.1.5. L'éthique à l'épreuve de la télé médecine

Geneeskde disait : « *La médecine, c'est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* ».

Cet aphorisme est un véritable défi à surmonter avec l'avènement de la télé médecine.

Il est important que la relation qualitative de soins passe au-dessus de toutes autres prérogatives et que le patient demeure au centre, d'autant plus que la télémédecine s'adresse à l'heure actuelle, en première intention, à des patients qui ont besoin, plus que jamais, d'une relation de confiance.

Les règles de bioéthique : Autonomie, Bienfaisance, Non Malveillance et Justice, doivent rester les objectifs premiers de nos actes de télémédecine.

Il est important, avant chaque indication d'acte de télémédecine, de s'interroger sur le plan éthique de la nécessité de cet acte : en effet, si l'acte de télémédecine ne peut aboutir à la prise en charge du patient en termes de soins, pour des raisons diverses (âge, handicap, refus de la famille ou de la personne), il n'est d'aucun intérêt de proposer une séance de télémédecine.

A cela s'ajoute un coût inutile de l'acte pour le système de soins alors même que l'un des objectifs de la télémédecine est d'améliorer l'efficacité pour la collectivité.

A contrario, il est important d'estimer s'il est préférable d'avoir accès à un praticien au travers de la télémédecine, malgré la distanciation de la relation de soin que cela comporte, que de ne pas y avoir accès du tout.

La télémédecine peut être un outil épatant pourvu qu'il soit utilisé dans un cadre choisi, avec des règles bien définies.

2.2. Aspects réglementaires de la télémédecine

La télémédecine obéit à des règles rigoureuses, qui ont été établies par la Haute Autorité de Santé (HAS).

2.2.1. Cadre juridique

Le cadre juridique de la télémédecine a été défini le 21 Juillet 2009 par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » ou HPST²¹. L'article 78²² a modifié le Code de Santé Publique, en intégrant la définition de la télémédecine.

Les professions de santé sont régies par le Code de Santé Publique : parmi elles, trois d'entre elles constituent les « professions médicales » : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme.

²¹ Allouche, Hervé, et Pirnay, « Le nécessaire questionnement éthique autour de la relation de soin en télémédecine bucco-dentaire ».

²² Code de la santé publique. Article L6316-1.

2.2.2. Conditions propres de l'exercice de la télémédecine en France

1°) Comme précédemment évoquées, les activités de télémédecine doivent être entreprises par des professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical.

L'article L.4111-1²³ du Code de Santé Publique définit les conditions requises pour être qualifiés de profession médicale :

- Il est nécessaire d'être titulaire d'un diplôme, d'un certificat ou d'un autre titre mentionné aux articles L. 4131-1²⁴, L. 4141-3²⁵ ou L. 4151-5²⁶ du Code de Santé Publique,
- Il est impératif d'être de nationalité française, citoyen d'Andorre ou ressortissant d'un État appartenant à l'Union Européenne ou d'un État ayant signé l'accord de l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie « sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre »,
- Les professions médicales titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre indiquées dans le 1° des articles L. 4131-1²⁷ et de l'article L. 4151-5²⁸, et aux parties 1° et 2° de l'article L. 4141-3²⁹ du Code de Santé Publique, sont dispensées,
- Il faut également être inscrit au tableau de l'ordre de sa profession médicale correspondante, sous réserve des dispositions des articles L. 4112-6³⁰ et L. 4112-7³¹ du Code de Santé Publique.

2°) Ce professionnel de santé, qualifié de professionnel médical, doit également souscrire une assurance qui garantit une « responsabilité civile ou administrative, ouvrant les éventuels « dommages subis par des tiers et résultant d'atteinte à la personne » dans le cadre de son activité (Article L. 1142-2 du Code de Santé Publique³²).

Une dérogation ministérielle peut être accordée, notamment aux établissements publics ayant les ressources financières nécessaires à l'indemnisation des dommages.

Il est à noter que les assurances des professionnels de santé, des organismes, des établissements de santé couvrent leurs salariés dans la limite de leur mission.

Ainsi, cette assurance doit couvrir les actes de télémédecine.

²³ Code de la santé publique. Article L4111-1.

²⁴ Code de la santé publique. Article L4141-3, 41.

²⁵ Code de la santé publique. Article L4141-3, 41.

²⁶ Code de la santé publique. Article L4151-5.

²⁷ Code de la santé publique. Article L4131-1, 41.

²⁸ Code de la santé publique. Article L4151-5.

²⁹ Code de la santé publique. Article L4141-3.

³⁰ Code de la santé publique. Article L4112-6, 41.

³¹ Code de la santé publique. Article L4112-7.

³² Code de la santé publique. Article L1142-2, 11.

3°) La coordination de la télémédecine a été décrite dans le Code de Santé Publique et insérée dans le décret n°2010-1229 du 19 Octobre 2010³³.

Ainsi, les activités de télémédecine sont soumises soit :

- A un contrat unique signé par le professionnel de santé libéral (ou toute entité pouvant prétendre à cette activité) et le directeur général de l'agence régional de santé.
- A une inscription dans un des contrats pluriannuels ayant pour intérêt d'améliorer la qualité et l'organisation des soins, tels qu'ils sont mentionnés dans le code d'action sociale et des familles, aux articles L. 313-11³⁴ et L. 313-12³⁵. Ils sont également notifiés dans le Code de Santé Publique aux articles L. 6114-1³⁶, L. 1435-3³⁷ et L. 1435-4³⁸.
- A une inscription dans un programme national qui serait établi par arrêté des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes handicapées, des personnes âgées.

4°) Il est nécessaire que la télétransmission des données des personnes se fasse grâce à un système informatisé veillant à la protection des données.

5°) Une convention engageant les différents acteurs de la télémédecine doit être signée et respecter les conditions du paragraphe 3°)

6°) Il est nécessaire, avant de procéder à un acte de télémédecine, de s'assurer que tous les professionnels de santé participants ont été formés à la pratique de ces actes, que ce soit les formations techniques ou relevant de la prise en charge du patient durant la télémédecine.

2.2.3. Conditions de droit commun au soin en France

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine publié au JORF n° 0245 du 21 octobre 2010³⁹ a mis en lumière, dans le Code de la Santé Publique, les conditions requises à la mise en œuvre de la télémédecine :

³³ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

³⁴ Code de l'action sociale et des familles. Article L313-11.

³⁵ Code de l'action sociale et des familles. Article L313-12.

³⁶ Code de la santé publique. Article L6114-1.

³⁷ Code de la santé publique. Article L1435-3, 35.

³⁸ Code de la santé publique. Article L1435-4, 35.

³⁹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

- Le consentement libre et éclairé du patient doit être obtenu, conformément aux articles L. 1111-2⁴⁰ et L. 1111-4⁴¹ (Art. R. 6316-2⁴²). Il peut être obtenu de manière électronique.
- L'échange de données relatives au patient entre professionnels de santé, par le biais des technologies de l'information et de la communication, est autorisé, sous réserve de l'accord du patient.
- Chaque acte de télémédecine doit comprendre :
 - L'identification de la personne
 - L'authentification de l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'acte de télémédecine
 - L'accès, pour les professionnels de santé participants, aux informations relatives utiles à la réalisation de l'acte de télémédecine
 - La préparation voire la formation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine
- La fiche d'observation de l'article R. 4127-45⁴³ doit être imprimée. Elle doit être complétée, tout comme le dossier du patient. Ces deux derniers doivent contenir :
 - La date et l'heure de l'acte de télémédecine
 - L'identification des différents professionnels de santé intervenants
 - Le compte-rendu de l'acte de télémédecine
 - Les prescriptions médicamenteuses et éventuellement les actes réalisés
 - Les incidents techniques possibles

⁴⁰ Code de la santé publique. Article L1111-2, 11.

⁴¹ Code de la santé publique. Article L1111-4.

⁴² Code de la santé publique. Article R6316-2.

⁴³ Code de la santé publique. Article R4127-45.

2.2.4. Tableau récapitulatif

Tableau 2 : Conditions requises à l'exercice de la télémédecine

Condition	Description	Texte de loi (code de la santé publique)
Règles de droit commun sur l'exercice de la médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Consentement libre et éclairé du patient 	L. 1111-2 L. 1111-4 R. 6316-2
	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la vie privée et du secret médical • Respect des référentiels d'interopérabilité et de sécurité • Respect des règles d'échange et de partage d'information 	L. 1110-4 L. 1111-8 R. 6316-3 R. 6316-10
	<ul style="list-style-type: none"> • Authentification des professionnels de santé • Identification du patient • Accès aux données médicales nécessaires pour les professionnels de santé • Formation ou préparation du patient 	R. 6316-3
	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue du dossier patient (compte-rendu, actes, prescriptions, identité, date et heure, incidents techniques) 	R. 6316-4
	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des conditions d'exercice/autorisations d'exercice • Obligation d'assurance 	L. 4111-1 L. 4112-7 R. 6316-7 L. 1142-2

Règles propres à l'activité de télémedecine	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national ou CPOM ou CAQCS ou autre contrat avec l'ARS <p>CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens</p> <p>CAQCS : Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins</p>	R. 6316-6 R. 6316-7
	<ul style="list-style-type: none"> • Convention entre organismes et professionnels de santé intervenant 	R. 6316-8
	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et compétences des professionnels de santé pour l'utilisation des dispositifs 	R. 6316-9

Source : Haute Autorité de Santé, « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise, Rapport d'élaboration de la fiche mémo, Principes s'appliquant aux actes de télémedecine », 2018

2.3. Les critères d'éligibilité à la télémedecine

Les critères d'éligibilité sont référencés sous forme de tableau **en annexe 1**.

Ils doivent être recherchés en amont des actes de télémedecine.

2.3.1. Les critères d'inclusion

C'est le professionnel médical qui décide de la pertinence de l'éligibilité :

- Selon le contexte clinique : antécédents médicaux, symptômes, traitements au long cours,
- Si la prise en charge de télémedecine ne constitue pas une perte de chance pour le patient,
- Selon la volonté du patient,
- Si nous disposons de toutes les données médicales nécessaires,
- Si un accompagnant est nécessaire, il doit être présent.

2.3.2. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- État sévère du patient
- Nécessité d'un examen clinique. Dans le cas de la télémédecine bucco-dentaire, ce critère d'exclusion n'est pas absolu. En effet, un examen clinique peut être nécessaire en première intention mais peut parfois être différé en seconde intention, après téléconsultation.
- Nécessité d'un geste technique
- Patients présentant des troubles cognitifs
- Barrières liées au langage
- Absence d'équipement
- Confidentialité non garantie

2.4. Les recommandations de bonnes pratiques concernant les actes de télémédecine

Les recommandations d'usage ont été établies dans le rapport d'élaboration de la fiche mémo de téléconsultation et de télé-expertise de la HAS, en avril 2018⁴⁴.

2.4.1. Avant la télémédecine

Le professionnel médical a décidé, en amont, de l'éligibilité du patient aux actes de télémédecine.

Des informations concernant le patient doivent être jointes au dossier :

- Les informations, d'ordre médical, comme pour toute consultation médicale : antécédents médico-chirurgicaux, prise de médicaments au long cours et lesquels, récapitulatif du questionnaire médical et plus spécifiquement pour la médecine bucco-dentaire : questionnaire d'évaluation du risque carieux du patient, date de dernière consultation chez un chirurgien-dentiste ...

Le consentement éclairé du patient doit avoir été recueilli et joint au dossier.

- Les spécificités de la prise en charge dans le cadre de la télémédecine par rapport à une prise en charge « traditionnelle » concernant ce patient : raison de ce choix, les modalités spécifiques de prise en charge pour ce patient ...

- Les actes pratiqués au cours de la télémédecine

- La durée estimée de l'acte de télémédecine

- Si le patient est accompagné pendant l'acte, décliner l'identité de l'accompagnant

⁴⁴ Haute autorité de santé, « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : rapport d'élaboration de la fiche mémo ».

- Les différents professionnels de santé participants sont répertoriés dans le dossier, en précisant leurs rôles et leurs responsabilités
- Il doit également être spécifié si l'acte de télé-médecine est enregistré (comme dans le cas de la télé-expertise ou dans des cas exceptionnels de téléconsultation), et mentionné la transmission et le stockage sécurisé et crypté des données.
- Vérifier la possibilité de prescription
- Les risques potentiels
- Les bénéfices attendus
- La procédure définie en cas d'urgence
- S'il est possible de prendre en charge le patient en dehors de la télé-médecine
- La personne à joindre en cas d'urgence (médecin et/ou personne de confiance)
- Les coûts

Le patient doit être prévenu préalablement :

- Des bénéfices et des risques
- De son droit de refuser les actes de télé-médecine ou de faire une réclamation
- De la manière dont il peut récupérer une copie de son dossier
- De la confidentialité de ses données
- Du coût des actes et éventuellement de la prise en charge qui en découle

De même, la connexion avec le patient et le professionnel en charge de la téléconsultation ou de la télé-expertise, doit avoir été testée avant le début de l'acte.

Enfin, l'usage de dispositifs médicaux lors des actes de télé-médecine est possible. Leur fiabilité, leur péremption, leur étalonnage si nécessaire, doivent avoir été vérifiés en amont.

2.4.2. Pendant la télé-médecine

L'authentification du professionnel de santé et l'identification du patient sont obligatoires. Doivent être joints au dossier du patient :

- Le nom du professionnel médical et du patient et leur date de naissance
- Leurs coordonnées et leurs numéros de téléphone

Le professionnel médical doit être en mesure de présenter une pièce d'identité valable avec sa photo.

Si un accompagnant est présent, son identité est requise.

Le local de consultation ou d'expertise doit également répondre à certains impératifs permettant le bon déroulement de l'acte :

- La pièce doit être dépourvue de bruits nocifs
- Elle doit permettre de travailler en toute confidentialité, sans dérangements ni intrusions intempestives
- Elle doit bénéficier d'un éclairage correct
- Elle doit permettre la présence d'un accompagnant
- Le patient doit s'y sentir à l'aise
- Elle doit permettre de recevoir le patient de façon confortable et adaptée , en fonction de son état de santé (Si le patient est handicapé, la pièce doit être adaptée pour le recevoir)

La téléconsultation ne doit pas être enregistrée. C'est un acte en direct.

Cependant, s'il s'agit d'un acte de télé-expertise, il peut être asynchrone, c'est-à-dire enregistré et transmis par messagerie sécurisée.

Les actes de téléconsultation doivent être adaptés. Il est parfois nécessaire de faire intervenir une tierce personne (pour les étrangers par exemple, un traducteur etc. ...)

Si le patient présente des signes d'anxiété importants, des signes de confusion ou des difficultés à échanger avec les différents interlocuteurs pendant l'acte, il est nécessaire de suspendre immédiatement l'acte et de reprogrammer la séance avec, en amont, un recours à différents procédés : en présence d'une personne de confiance, d'un interprète, sous prémédication sédatrice ...

2.4.3. Après la télé-médecine

A la fin d'un acte de télé-médecine, un compte-rendu est obligatoire qui doit contenir :

- Les informations fournies au patient (et à son accompagnant) ainsi qu'au professionnel de santé,
- Le consentement du patient,
- L' environnement technique : le matériel, les dispositifs médicaux,
- La durée de l'acte,
- Si des images ont été capturées, leur stockage doit être renseigné (localisation),
- Tous événements indésirables survenus durant l'acte.

Si plusieurs professionnels médicaux participent à l'acte (exemple : un chirurgien-dentiste et un médecin ou un omnipraticien en odontologie et un spécialiste en odontologie), chacun doit tenir à jour le dossier électronique du patient.

Le compte rendu doit ensuite être transmis : au patient, au médecin traitant, aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Ils doivent également être joints au Dossier Médical Partagé (DMP), si ce dernier a été créé.

L'acte de télémédecine doit être évalué en fonction : de l'efficacité de l'organisation, de la satisfaction du patient, de la qualité technique de l'acte.

Le plus important après l'acte demeure la mise en place d'un suivi du patient, que ce soit par un simple monitoring dont l'intervalle devra être renseigné ou par la mise en place d'un plan de traitement avec la planification des séances.

Tout l'intérêt de la télémédecine, rappelons-le, réside dans la mise en place d'un suivi adapté au patient.

2.5. Le cadre financier de la télémédecine

2.5.1. Le remboursement conventionnel de la télémédecine

2.5.1.1. La téléconsultation

Jusqu'en Septembre 2018, seuls trois actes de télémédecine étaient remboursés par l'Assurance Maladie:

1°) La téléconsultation réalisée par un médecin traitant ou un médecin de garde, pour un résident en EHPAD. Cette téléconsultation doit découler de l'appel d'un professionnel de santé et concerne la modification de l'état d'une lésion ou d'une fonction. Le pronostic vital ne doit pas être engagé.

2°) Le dépistage de la rétinopathie diabétique. Il est réalisé par une rétinographie de couleur dont les résultats sont télétransmis au médecin lecteur.

3°) Pour un patient en EHPAD, une téléconsultation permettant le transfert de données de l'ancien médecin traitant au nouveau médecin.

Ces trois actes étaient inscrits à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et bénéficiaient d'un remboursement de l'Assurance Maladie (AM). Aucun ne concernait la télémédecine bucco-dentaire.

D'après les dernières actualisations de l'Assurance Maladie⁴⁵, un accord conventionnel (entre l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires et cinq syndicats représentants de médecins) a été signé le 13 et 14 Juin 2018 et est effectif depuis Septembre 2018 : toute consultation de télémédecine entre **un médecin** et un assuré de la Sécurité Sociale pourra être remboursée.

Cependant, la téléconsultation doit s'inscrire dans un parcours de soins et donc passer par le médecin traitant, exception faite des spécialistes tels que gynécologues, ophtalmologues, psychiatres, neuropsychiatres, stomatologues pour certains actes.

Ces actes doivent être tarifés au prix classique d'une consultation, c'est-à-dire 25 euros (30 euros dans des cas spécifiques).

Le montant du remboursement est celui d'une consultation classique : 70% par l'Assurance Maladie et 30% par les complémentaires de santé.

La prise en charge est de 100 % pour les patients souffrant d'une Affection de Longue Durée ou ALD.

Le tiers-payant s'applique de la même manière que pour une consultation conventionnelle : dans son intégralité pour tous les patients pour lesquels le tiers-payant constitue un droit (ALD, bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS, femmes enceintes).

Le médecin en charge de la téléconsultation peut appliquer le tiers-payant généralisé ou non.

Les modes de règlement demeurent similaires à une consultation ordinaire : espèces, chèques ou carte bancaire selon les dispositions du praticien.

Concernant la télétransmission, le praticien doit télétransmettre une feuille de soin classique à l'Assurance Maladie. Il ne peut pas utiliser la carte vitale du patient.

Cependant, nous noterons que les chirurgiens-dentistes ne sont toujours pas intégrés dans l'accord conventionnel de Juin 2018.

2.5.1.2. La télé-expertise

Depuis Février 2019, les actes de télé-expertise sont remboursés pour valoriser le temps médical permettant une prise en charge plus rapide et plus pertinente des patients.

Cependant, ces actes ne donnent lieu à un remboursement que pour certaines populations :

⁴⁵ Caisse nationale de l'assurance maladie, « Télémédecine : l'accord conventionnel est signé ».

- Souffrant d'ALD
- Souffrant de maladies rares
- Détenus
- Résidents dans des zones sous denses (définies par les Agences Régionales de Santé) et dès lors qu'ils rencontrent des difficultés à consulter rapidement
- Résidents dans des structures type EHPAD ou médico-sociales

Cela concernerait près de 1,7 million de personnes.

La prise en charge devrait être élargie à d'autres populations en 2020.

L'accord de remboursement prévoit deux niveaux de tarification selon la complexité du cas-patient et la fréquence de télé-expertise :

1°) Le premier niveau prévoit un montant de 12 euros pour le médecin sollicité.

2°) Le deuxième niveau prévoit un remboursement de 20 euros pour le médecin sollicité. Il est envisagé dans la surveillance de cas chroniques ou à risque d'évolution grave.

Ces remboursements sont prévus pour le médecin sollicité mais un remboursement pour le médecin « solliciteur » est également possible : il perçoit 5 euros par télé-expertise de niveau 1 et 10 euros pour un niveau 2, dans la limite d'un plafond de 500 euros par an car il favorise la coordination des soins autour du patient.

Cet acte de télé-expertise n'est pas facturé au patient : une facturation directe entre les médecins recourant à ce procédé et l'Assurance Maladie est établie.

Un recensement DGOS datant de 2012 a mis en lumière un déploiement variable entre la télémédecine à l'hôpital et en secteur médico-social : en effet, l'activité est majeure à l'hôpital. Ceci serait en partie lié à l'absence de moyens de rémunération des actes, en général, de télémédecine.

2.5.2. Une participation forfaitaire d'aide à l'équipement

Pour promouvoir le développement de la télémédecine, une aide forfaitaire annuelle est prévue pour les médecins souhaitant s'équiper.

La participation s'évalue selon deux indicateurs, ajoutés au « forfait structure » et peut s'élever jusqu'à 525 euros :

- un indicateur de 50 points correspondant à la somme de 350 euros afin de s'équiper en vidéo-transmission, de gérer la maintenance informatique (mises à jour) et d'adhérer à des plateformes de télémédecine pour garantir la confidentialité et la sécurité des actes.

- un indicateur de 25 points soit 175 euros afin de faciliter l'acquisition d'appareils médicaux connectés, faisant partie d'une liste d'équipements retenus chaque année par l'Assurance Maladie.

En 2019 par exemple⁴⁶, la liste des équipements retenus comporte :

- Des éléments connectés : un stéthoscope, dermatoscope, un otoscope, un glucomètre, un électrocardiogramme, une sonde doppler, un échographe, une mesure de pression artérielle, un oxymètre, un audiogramme, une caméra
- Des outils de tests visuels
- Du matériel d'exploration des voies respiratoires.

Cette aide est effective depuis début 2019, pour un versement de l'Assurance Maladie prévu en 2020. Des justificatifs d'achat d'équipement, pour chaque année, doivent être fournis pour être éligibles au forfait annuel.

On voit donc, encore une fois, qu'aucun équipement bucco-dentaire n'a été envisagé par l'Assurance Maladie dans cette liste et que les chirurgiens-dentistes ne sont pas encore éligibles à cette mesure d'aide.

Pour autant, il serait primordial de pouvoir accéder à ce forfait pour promouvoir le développement de la télémédecine bucco-dentaire puisque cette discipline nécessite l'achat d'une caméra intra-buccale coûteuse.

2.5.3. Financement des autres actes de télémédecine

Dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, l'article 54⁴⁷ prévoit :

- La mise en place d'expérimentations concernant les actes de télésurveillance, pour une durée maximale de 4 ans, à partir du 1^{er} Janvier 2018
- Les actes remboursés devront être transmis sous la forme de vidéo transmission.

Des négociations ont débuté en Janvier 2018 entre différents partenaires conventionnels et la Sécurité Sociale afin de fixer les tarifs ainsi que les circonstances de réalisation des actes de télémédecine. Elles

⁴⁶ Caisse nationale de l'assurance maladie, « Télémédecine : liste des équipements connectés retenus pour le forfait structure 2019 ».

⁴⁷ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Article 54.

sont toujours en cours pour certains champs d'activités, notamment dans le cas de la médecine bucco-dentaire.

3 : Expérimentation de télé-expertise entre un service hospitalier et une structure médico-sociale

3.1. Introduction

L'expérimentation exposée ci-dessous est le fruit d'une convention entre le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier à Colombes (92) et l'association Avenir APEI (établissement La Roseaie à Carrières-sur-Seine (78)). Elle a été proposée en 2017 et a vu le jour en 2018 après de nombreux mois de travail.

3.1.1. Les partenaires

3.1.1.1. Le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier

Le service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Louis Mourier est un service hospitalo-universitaire dont l'une des missions est de traiter l'ensemble des pathologies de la cavité buccale.

Il assure la prise en charge des urgences bucco-dentaires, mais propose également des prises en charge dans tous les domaines de l'odontologie : la parodontologie, l'odontologie conservatrice, l'endodontie, la prothèse, la chirurgie orale, l'implantologie, l'odontologie pédiatrique, l'orthodontie, la radiologie dentaire.

Le service assure la Permanence d'Accès aux Soins (PASS) et reçoit les patients à besoins spécifiques (personnes âgées et handicapées).

Les patients peuvent consulter, sur rendez-vous, pour une prise en charge globale tous les après-midi. Ils sont alors pris en charge par des externes, sous la responsabilité des professeurs.

Les consultations spécialisées ont lieu également sur rendez-vous pour les patients adressés par leur praticien traitant ; une fois le traitement réalisé, le suivi est ensuite assuré par le praticien.

3.1.1.2. L'association Avenir APEI

Alors que le nombre d'établissements pour patients à besoins spécifiques est croissant, plusieurs associations se sont regroupées pour constituer Avenir APEI (Association de parents et d'amis de personnes handicapées, anciennement Association de Parents d'Enfants Inadaptés), qui voit le jour en 2000. Elle est complétée en 2005 et en 2011 et regroupe actuellement 6 associations.

Avenir APEI accompagne près de 800 personnes (enfants et adultes en situation de handicap intellectuel et physique), en activité de jour et/ou en hébergement. Sa capacité d'accueil, toutes structures confondues, est de 1 000 places.

Cette structure compte plus de 500 salariés et interagit avec ses 300 adhérents, la fédération Unapei et ses représentations locales.

Cette association met en avant son accompagnement auprès de personnes en situation de handicap basé sur l'écoute, l'empathie, la bienveillance et la bientraitance familiale et institutionnelle. Elle recherche avant tout l'épanouissement de la personne accueillie, ainsi que son intégration dans la société, adaptée à son handicap.

Le site de la Roseraie regroupe plusieurs structures, organisées selon le niveau de handicap des personnes, leur âge, leur mode d'hébergement (journalier ou pensionnaire) :

- L'Institut Médico-Éducatif (IME) dispose de 40 places pour des enfants et des adolescents de 6 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle importante, avec ou sans troubles associés. Sept places supplémentaires ont été ouvertes pour des enfants atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement.
- Le foyer d'hébergement Les Monts Carrés accueille 21 personnes travaillant en ESAT, en atelier protégé ou en milieu ordinaire.
- L'ESAT est un établissement médico-social agréé et financé par l'État, qui accueille 72 travailleurs encadrés par une équipe composée d'un chef d'atelier et de 8 moniteurs. L'ESAT répond aux besoins des entreprises, des collectivités locales et des particuliers.
- La Maison d'Accueil Spécialisée de jour (MAS) offre 9 places à des adultes gravement handicapés ou polyhandicapés sur les plans mental, moteur et sensoriel. Ces personnes exigent une surveillance et des soins médicaux permanents car elles sont entièrement dépendantes.

L'établissement dispose d'une salle de psychomotricité, d'une infirmerie et d'une salle de kinésithérapie pour prendre en charge ces personnes. Un médecin généraliste est présent chaque semaine pour des consultations à la demande des familles. Un médecin psychiatre peut également intervenir.

- Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Le Moulin dispose de 17 places pour des personnes de plus de 20 ans, présentant des déficiences intellectuelles profondes, avec ou sans troubles associés, ou polyhandicapées. La présence d'une tierce-personne à leur côté est indispensable pour réaliser les actes essentiels de la vie courante.

- Le Foyer de Vie des Vignes Blanches accueille 12 adultes déficients intellectuels avec ou sans troubles associés. Ces personnes sont autonomes dans l'accomplissement des tâches indispensables de la vie courante. Les pensionnaires peuvent rentrer dans leur famille le week-end.

3.1.2. La convention

Pour répondre à un besoin croissant de prise en charge des personnes handicapées, tout en essayant de s'adapter au mieux à leurs particularités, à la difficulté physique, émotionnelle et temporelle que cela demande de les déplacer en dehors de leur zone d'habitation, il a été proposé de recourir à la télé-expertise pour faciliter l'accès à la prise en charge odontologique.

Une convention a été établie entre les deux partenaires, qui ont répondu à un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

3.2. Matériel

3.2.1. Site de Louis Mourier

3.2.1.1. Les acteurs

Sur le site de Louis Mourier, deux externes de dernière année du cursus initial d'odontologie évaluent les télé-expertises, sous la responsabilité du Professeur Folliguet, chef de service en vue d'établir un plan de prévention et de soins pour chaque personne.

Cette activité se déroule dans le cadre d'un stage de santé publique, à raison d'une demi-journée par semaine, tout au long de l'année universitaire.

3.2.1.2. La salle de télé-expertise

Une salle, au sein du service de médecine bucco-dentaire, est dédiée à la télédentisterie : elle est composée de deux ordinateurs donnant accès à la messagerie cryptée (ORTIF®) et au logiciel d'analyse des vidéos (SOPRO®). Une zone d'archivage des comptes rendus de télé-expertise est également disponible.

Les évaluations des clichés et vidéos se font en binôme. En effet, l'expérience prouve qu'il est plus aisé d'avoir deux approches sur la visualisation des clichés afin d'avoir un niveau de discrimination plus

élevé dans l'analyse : position dans l'espace des arcades, localisation des dents, présence de lésions carieuses et muqueuses par exemple.

Figure 6 : Salle de télé-expertise à l'hôpital Louis Mourier



Source : Auteur, 2019.

3.2.1.3. ORTIF®

Il est indispensable d'utiliser une plateforme logicielle sécurisée pour la transmission des données numériques.

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a choisi le système de messagerie ORTIF® (Outil Régional de Télémedecine d'Ile-de-France) Cette messagerie, installée sur les deux postes de télémedecine, est accessible à l'aide d'un code confidentiel.

Un carnet d'adresse des structures utilisant la télémedecine est référencé dans cet outil, ce qui facilite les échanges.

3.2.1.4. Consommables

Outre les deux ordinateurs avec les logiciels nécessaires installés, l'équipe de Louis Mourier dispose d'une caméra intra-orale du même modèle que celui du site de La Roseraie (modèle SOPRO 717 FIRST® de la marque Acteon®).

Elle est disponible pour la formation des personnels soignants, les démonstrations et peut être mise à disposition si besoin. Elle pourrait également être utilisée en cas de partenariats multiples.

On pourrait également utiliser cette caméra dans le cadre de collaborations interservices de médecine bucco-dentaire.

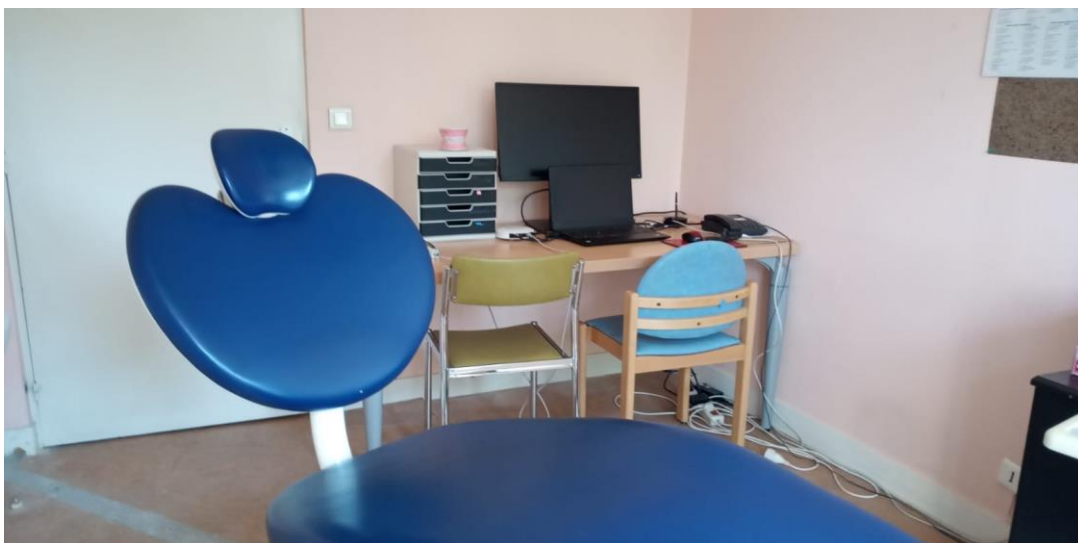
3.2.2. Site de La Roseraie

3.2.2.1. La salle d'examen

Une salle de télé-médecine a été installée à La Roseraie, à proximité de l'infirmierie. Elle est située dans une aile du Foyer d'Accueil Médicalisé « Les Moulins », ce qui lui garantit le calme, à l'écart des bruits de la journée.

Elle est composée d'un bureau de travail avec un ordinateur disposant des mêmes logiciels qu'à Louis Mourier : SOPRO® et ORTIF®. Le personnel paramédical peut créer les dossiers numériques des résidents à télé-expertiser et les transmettre, de façon sécurisée, au service de médecine bucco-dentaire.

Figure 7 : Poste de travail pour la télé-expertise à l'APEI La Roseraie



Source : Auteur, 2019.

Les résidents sont installés dans la mesure du possible sur un fauteuil dentaire pour la réalisation de l'acte. En cas d'impossibilité, l'examen se réalise directement avec le résident dans son fauteuil roulant.

L'utilisation du fauteuil professionnel permet de se familiariser avec l'environnement d'un cabinet dentaire. Les conditions de travail sont également plus confortables pour l'opérateur et pour le résident.

Figure 8 : Salle de télé-expertise à l'APEI La Roseraie



Source : Auteur, 2019

3.2.2.2. La caméra intra-orale

L'élément central du projet de télémédecine est bien évidemment la caméra intrabuccale. Le modèle choisi pour cette expérimentation est le modèle SOPRO 717 FIRST® de la marque Acteon®.

Elle est équipée d'un éclairage de 8 LED et d'un manche distal fin, facilitant l'insertion en bouche.

La vision peut être grossie jusqu'à 115 fois par rapport à la vue de l'œil.

Différentes mises au point peuvent être faites en fonction de l'examen, s'il est intra-oral, extra-oral ou si l'on souhaite une vue macroscopique.

Elle est reliée à l'ordinateur par un boîtier de connexion.

Elle ne présente pas de lumière fluorescente permettant de détecter la densité amélaire et donc, les caries potentielles; certains modèles existants sur le marché bénéficient de cette fluorescence..

Cette caméra fonctionne avec un logiciel SOPRO Imaging® sur lequel les vidéos et les photos sont exportées. Pour chaque résident, un dossier contenant toutes ses données numériques est créé sur ce logiciel.

Figure 9 : La Caméra intra-orale SOPRO 717 FIRST®



Source : Mc Dental, « ACTEON – CAMARA SOPRO 717 FIRST + DOCK M VIDEO », 2018

3.2.2.3. ORTIF®

La messagerie sécurisée de transmissions des données numériques du résident est évidemment commune entre Louis Mourier et La Roseraie : c'est ORTIF®.

Par cette messagerie, circulent les dossiers des résidents établis lors de la télé-expertise. Le médecin de l'établissement de La Roseraie établit une prescription de télé-expertise pour chacun des résidents.

Le dossier contient :

- le consentement éclairé (**Annexe 2**)
- les informations administratives et médicales
- son comportement lors de la télé-expertise
- un questionnaire d'évaluation du risque carieux individuel du résident (**Annexe 3**)
- les vidéos et les clichés réalisés
- le compte-rendu de la télé-expertise.

3.2.2.4. Consommables

Divers consommables ont été commandés pour permettre les actes de télé-médecine dans des conditions optimales et en respectant les règles d'hygiène.

Il s'agit par exemple de cales-bouches, de cotons salivaires pour sécher la bouche du résident avant examen, de compresses destinées à maintenir les joues, d'un spray réfrigérant pour réaliser, quand c'est nécessaire, un test au froid.

Il est possible d'utiliser des kits d'examen dentaire à usage unique, composés d'un miroir, d'une sonde et d'une précelle. Outre leur usage « classique », ils permettent éventuellement de réaliser des tests de percussion sur les dents.

Des protections en plastique équipent l'extrémité de la caméra intra orale et sont bien sûr changées entre chaque résident.

Des trousse contenant une brosse à dents et du dentifrice sont fournies à chaque résident, pour faciliter l'hygiène bucco-dentaire quotidienne.

3.3. Organisation et méthode

3.3.1. En amont de la télé-expertise

3.3.1.1. Information / Formation du personnel et des aidants

Le personnel paramédical du site de La Roseraie a bénéficié d'une formation avant de débiter le projet. En effet, infirmières, aides-soignantes, psychomotriciens, éducateurs et médecins ont été informés du projet avec des explications portant sur l'intérêt de la télé-médecine en odontologie et les objectifs à atteindre.

Les infirmières référentes de la télé-expertise ont reçu une formation pratique de manipulation de la caméra. Cette formation a été dispensée par les externes en charge du projet à Louis Mourier. Plusieurs visites sur site ont été nécessaires pour faciliter l'apprentissage et ensuite améliorer les techniques d'acquisition, au fur et à mesure des premières télé-expertises.

En parallèle :

- Les familles des résidents ont assisté à des réunions d'information organisées par l'équipe de professionnels de santé de l'hôpital Louis Mourier afin d'expliquer le projet de télé-médecine et de recueillir plus aisément les consentements éclairés.
- Le personnel de La Roseraie a assisté à des réunions de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire, toujours réalisées par le staff de Louis Mourier.
- Des ateliers d'enseignement à l'hygiène orale, avec résidents et encadrants du site de La Roseraie, ont été mis en place et dispensés par le personnel médical de l'hôpital Louis Mourier. Il a fallu alors acquérir pour chaque résident une trousse avec une brosse à dent et un dentifrice individuel, ce qui n'était pas nécessairement le cas jusque-là ...

Figure 10 : Atelier de brossage avec les résidents



Source : Auteur, 2019.

3.3.1.2. Recueil du consentement

Un consentement éclairé spécifique à la télémédecine a été élaboré qui est complété et signé par le tuteur légal. **(Annexe 2)**

Aucun acte de télémédecine ne peut être réalisé sans ce consentement.

3.3.2. Déroulement de la télé-expertise

3.3.2.1. Sur le site de La Roseraie

L'infirmière référente recueille le consentement éclairé, complète le Questionnaire du Risque Carieux Individuel (QRCI) et crée un dossier informatique qui regroupe toutes ces données.

L'infirmière remplit le dossier sur ORTIF® et SOPRO®, en renseignant les éléments constitutifs tels que antécédents, traitements....

Le matériel et les consommables sont préparés en amont de la séance.

Le résident est préparé psychologiquement quelques jours avant la séance. Parfois, il doit être mis en condition par un passage en salle multi-sensorielle, dans l'objectif de le détendre et d'anticiper la séance de télé-expertise. Cette salle multi-sensorielle permet aux résidents, accompagnés d'une

psychomotricienne, d'appréhender des sons, des images, des sensations, des odeurs, tout cela dans le calme et l'apaisement. C'est la psychomotricienne qui organise la séance en fonction de l'objectif à atteindre : durée, matériel de découverte ... Les résidents peuvent également s'y reposer à la fin de la séance de relaxation.

Le jour de l'acte de télé-médecine, l'équipe soignante doit contrôler le brossage dentaire ; s'il n'est pas correctement effectué, c'est l'infirmière référente qui le fait dans la salle de télé-expertise.

Le résident s'installe sur le fauteuil et l'infirmière référente (dont ils sont tous familiers), explique la séance.

Avec des gestes sûrs et rapides, l'infirmière réalise les vidéos en déplaçant la caméra, comme lors d'un brossage : de gauche à droite en vestibulaire, puis de droite à gauche sur les faces occlusales, et enfin de gauche à droite sur la face palatine / linguale des dents.

Elle réalise des clichés des muqueuses en cas de suspicion de lésions.

Les vidéos sont découpées selon ses volontés et ses possibilités au fauteuil : les arcades ne sont jamais filmées en une seule fois.

Le résident est ensuite raccompagné pour ses activités du jour.

L'infirmière exporte alors les vidéos acquises du logiciel SOPRO® vers ORTIF® et envoie la demande de télé-expertise au service de médecine bucco-dentaire Louis Mourier.

L'infirmière peut réaliser les vidéos à tout moment selon ses disponibilités et son emploi du temps. Elles sont cependant expertisées de manière asynchrone, à Louis Mourier, sauf urgence.

La séance de télé-médecine dure en moyenne 25 minutes pour la partie administrative et 35 à 45 minutes au fauteuil avec le résident.

Figure 11 : Séance de télé-expertise à l'APEI La Roseraie



Source : Auteur, 2019.

3.3.2.2. Sur le site de Louis Mourier

L'ensemble des données numériques provenant du site de La Roseraie est transmis à l'hôpital Louis Mourier, via ORTIF®.

A la réception du dossier numérique, il est immédiatement vérifié : il doit impérativement comporter le consentement éclairé (**Annexe 2**), le questionnaire de risque carieux individuel (**Annexe 3**), tous deux scannés, et le questionnaire médical renseigné sur la plateforme ORTIF®. Sans l'ensemble de ces données, le résident ne peut bénéficier de la télé-expertise ; une demande d'informations supplémentaires est adressée immédiatement à l'établissement via ORTIF® afin que l'équipe paramédicale nous fournisse les éléments manquants.

Nous téléchargeons tous les documents et constituons un dossier pour chaque résident qui est archivé informatiquement.

Un dossier du résident est également créé dans le logiciel SOPRO Imaging®, sur lequel nous allons importer les vidéos et les clichés, afin de les exploiter.

Le compte rendu type (**Annexe 4**) est édité à partir du logiciel SOPRO Imaging® et personnalisé tout au long de la télé-expertise.

Une fois cette partie administrative effectuée, les deux étudiantes analysent ensemble les clichés et établissent progressivement le compte-rendu qui est archivé dans le dossier informatique du résident et également sous format papier dans le cadre de l'expérimentation en cours.

Ce compte rendu regroupe les pathologies et les antécédents, les traitements, les allergies, mais aussi l'examen vidéographique. Il est complété par un plan de soin personnalisé en lien avec les éléments du questionnaire de risque carieux individuel fourni pour chaque résident.

Le compte-rendu est ensuite envoyé via ORTIF® à La Roseaie, qui l'intègre au dossier informatique du résident et sous format papier.

Si le résident a déjà son Dossier Médical Partagé (DMP) le compte-rendu y est déposé.

Ce document est également transmis au représentant légal, à l'aidant du résident ou à sa famille.

Ceux-ci sont ensuite sollicités, dans un délai de un à deux mois, pour connaître les suites données à cet envoi.

A Louis Mourier, les vidéos sont analysées sur une demi-journée dans la semaine, sauf urgence.

Il faut compter 20 minutes pour renseigner la partie administrative du dossier ; puis l'analyse des données accompagnée de la préparation et la rédaction du compte-rendu nécessite en moyenne 40 minutes.

Figure 12 : Séance de télé-expertise à l'hôpital Louis Mourier



Source : Auteur, 2019.

3.3.2.3. Le circuit patient

Figure 13 : Le circuit de télé-expertise expérimentale

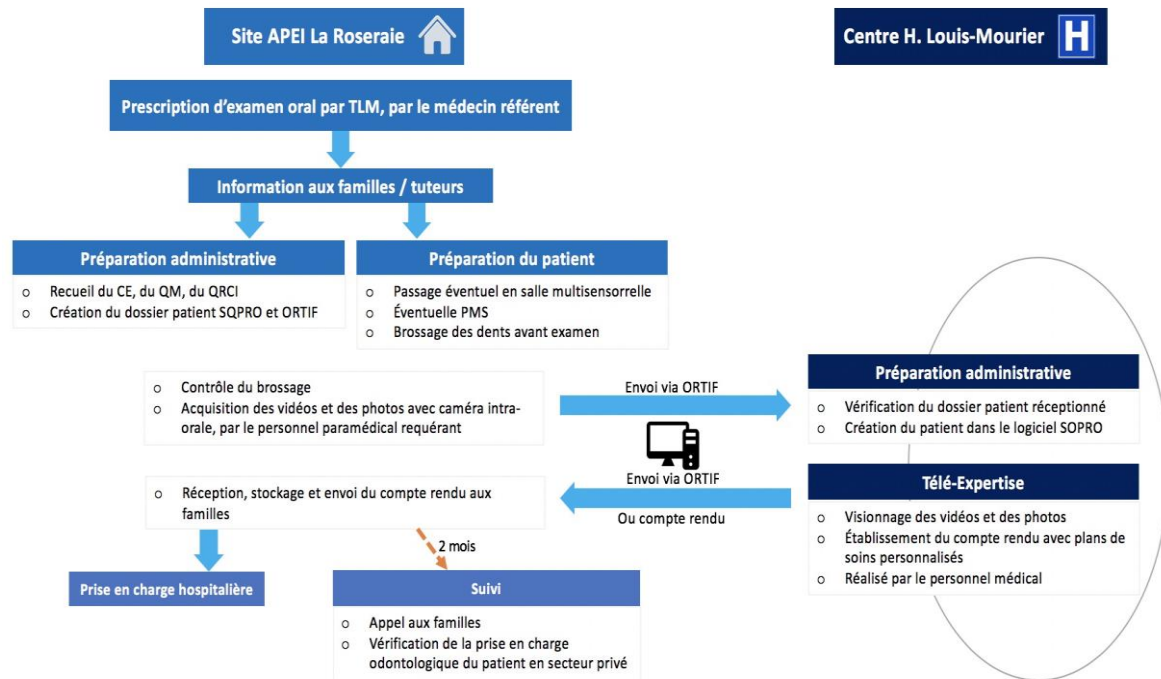


Schéma de la Télé-Expertise Expérimentale

Source : Auteur, 2019.

CE : Consentement éclairé

PMS : Prémédication sédatrice

TLM : Télé-médecine

QM : Questionnaire Médical

QRCI : Questionnaire de Risque Carieux Individuel

3.4. Indicateurs retenus

3.4.1. Nombre de prescriptions de télé-expertises

L'expérimentation prévoit la réalisation de 100 télé-expertises sur prescription du médecin coordonnateur de l'établissement. Il a été convenu d'orienter tout d'abord ces prescriptions vers les personnes susceptibles d'être les plus compliantes à l'examen. L'acquisition progressive de la technique de réalisation des vidéos par les infirmières référentes a permis de proposer progressivement la télé-expertise à l'ensemble des résidents de l'APEI.

3.4.2. Nombre de télé-expertises réalisées

En date du 21 Mai 2019, 50 télé-expertises ont été réalisées.

Elles concernent 21 hommes et 29 femmes : 1.4 femme pour 1 homme a bénéficié de la télémédecine.

L'âge moyen était de 43,6 ans.

Les résidents sont tous des personnes handicapées porteuses de pathologies diverses ; le handicap principal est le plus souvent une déficience intellectuelle d'expression variable.

3.4.3. Nombre de refus d'examen et motif

6 refus de soins ont été recensés mais pour 4 d'entre eux, un examen partiel a pu être réalisé.

Pour les deux véritables refus, il est néanmoins proposé à l'établissement de la Roseraie d'adresser ces personnes en consultation hospitalière.

Le refus se traduisait par un comportement non compliant et parfois, par la parole ; l'exercice avec la caméra est devenu alors impossible pour l'infirmière en charge du projet.

3.4.4. Nombre de demandes en urgence

Nous n'avons pas reçu de demande officielle de télé-expertise en urgence.

En effet, nous allions régulièrement sur site former l'équipe paramédicale à la manipulation de la caméra, les infirmières en charge du projet nous sollicitaient directement pour réaliser un examen clinique au fauteuil : dans ce cas, le médecin du site réalisait la prescription médicamenteuse sur nos conseils et sur ses propres constatations, dans l'attente qu'une prise en charge ultérieure se mette en place.

3.4.5. Nombre de plans de soins adressés à La Roseraie

48 plans de soins ont été adressés à l'APEI La Roseraie.

Les documents envoyés regroupent : l'anamnèse, l'analyse de l'examen vidéographique, et un plan de prévention personnalisé pour le résident (grâce au questionnaire du risque carieux) ainsi qu'un plan de traitement odontologique en vue de sa prise en charge ultérieure.

3.4.6. Nombre de retours de la part des familles

3.4.6.1. Synthèse des retours

Sur 50 résidents :

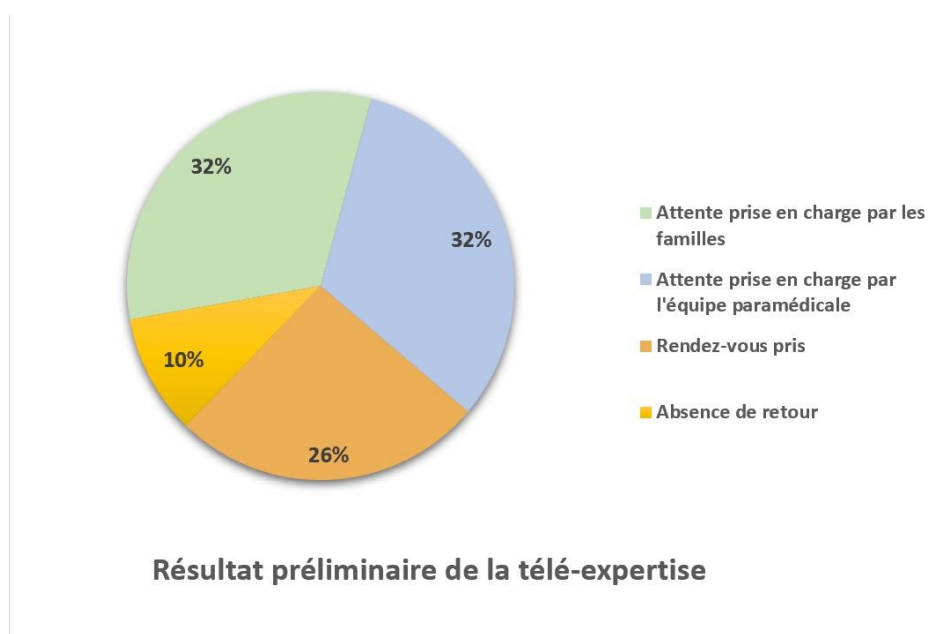
- 42 comptes rendus de télé-expertise ont été envoyés aux familles par l'APEI La Roseraie

- 8 comptes rendus n'ont pas été envoyés lorsque les résidents ont un tuteur professionnel. Dans ce cas, un accord de soins courant est donné à l'admission dans l'établissement.
- 16 résidents sont en attente de prise en charge odontologique organisée par la famille : celle-ci a reçu le compte-rendu et doit prendre rendez-vous avec un praticien.
- 16 résidents doivent recevoir une prise en charge organisée par l'équipe paramédicale de La Roseraie (soit parce qu'ils sont sous tutelle non familiale -8 résidents- soit parce que la famille a demandé à l'équipe paramédicale de s'occuper de la prise en charge du résident -8 patients-). Dans ce groupe, 10 d'entre eux sont en attente de prise en charge hospitalière en raison de leur handicap ou de leur non compliance au fauteuil.
- 13 résidents ont eu un rendez-vous panifié avec leur chirurgien-dentiste traitant dont 11 ont débuté les soins.
- Pour 5 d'entre eux, nous n'avons pas eu de retour de la part des familles.

En termes statistiques :

- 32 % sont en attente de prise en charge par la famille
- 32 % sont en attente de prise en charge organisée par l'équipe paramédicale dont 20 % relève d'une prise en charge hospitalière certaine
- 26 % d'entre eux ont eu un rendez-vous planifié et pour 22% d'entre eux, les soins ont débuté
- 10 % d'entre eux n'ont pas donné suite.

Figure 14 : Résultat préliminaire de la télé-expertise



Source : Auteur, 2019.

3.4.6.2. Les retours, foyer par foyer

Sur 50 résidents télé-expertisés :

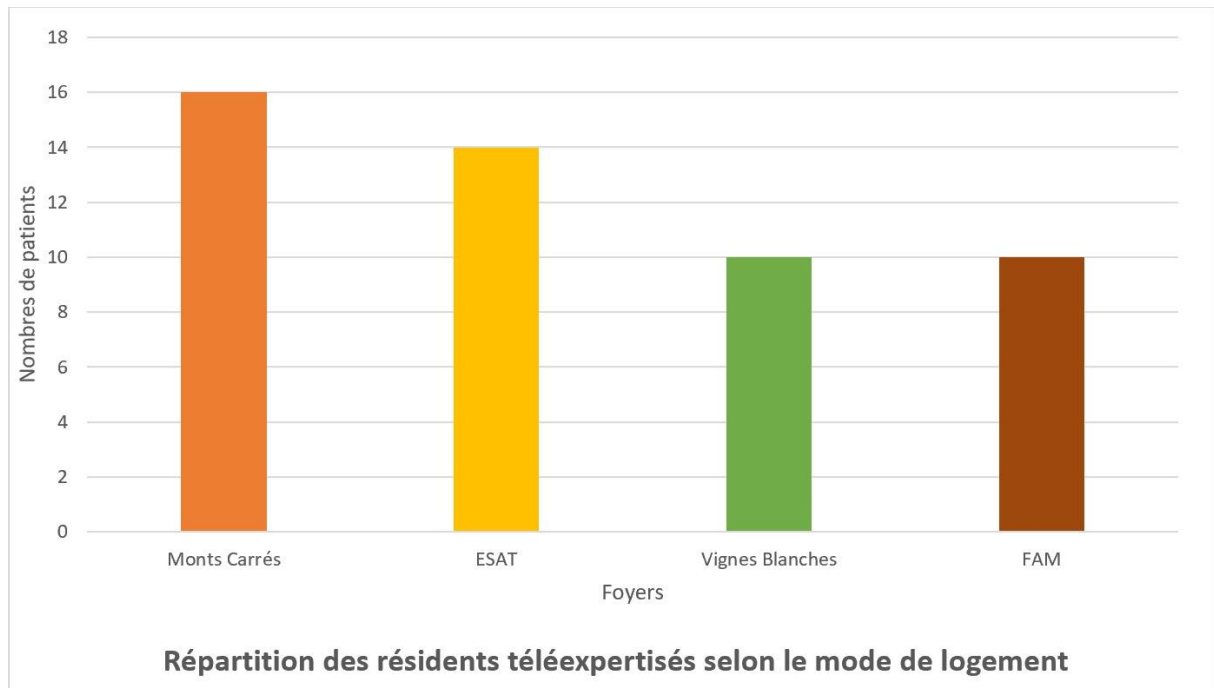
- 10 résidents sont du Foyer d'Aide Médicalisé (FAM – Foyers pour résidents polyhandicapés, avec déficiences profondes, qui nécessitent de façon indispensable une personne auprès d'eux pour réaliser les gestes du quotidien)
- 7 comptes rendus ont été envoyés aux familles.
- 3 n'ont pas été envoyés car ils sont sous tutelle non familiale (accord de soins en amont).
- Concernant ces 10 résidents, 100% d'entre eux doivent recevoir une prise en charge hospitalière.

- 10 résidents sont au Foyer des Vignes Blanches (Foyers pour résidents souffrant de déficiences intellectuelles avec troubles associés mais autonomes, pouvant rentrer dans leur famille le week-end)
- 9 comptes rendus ont été envoyés aux familles dont 2 envois ont été transférés également au chirurgien-dentiste traitant.
- 1 compte-rendu n'a pas été envoyé car le résident est sous tutelle non familiale.
- Concernant ces résidents : 2 sont en attente de prise en charge familiale, 1 doit recevoir une prise en charge organisée par l'équipe paramédicale (celui dont le compte-rendu n'a pas été envoyé), 2 n'ont pas communiqué de retour, 5 ont pris rendez-vous chez un chirurgien-dentiste dont 2 ont débuté les soins.

- 16 résidents vivent dans le foyer des Monts Carrés (Foyer d'hébergement pour travailleurs en travaillant en ESAT. Les résidents sont autonomes et peuvent rentrer chez eux le week-end)
- 12 comptes rendus ont été envoyés aux familles dont 7 ont été également transmis au chirurgien-dentiste.
- 4 n'ont pas été envoyés (tutelle non familiale).
- Concernant ces résidents : 8 familles ont pris rendez-vous pour les résidents avec début des soins, 5 sont en attente de prise en charge par les familles, 3 sont en attente d'une prise en charge organisée par l'équipe paramédicale.

- 14 résidents travaillent en ESAT,
- 14 comptes rendus ont été envoyés aux familles.
- Concernant ces résidents : 11 d'entre eux sont en attente d'une prise en charge organisée par les familles. Nous n'avons pas eu de retour concernant 3 résidents.

Figure 15 : Répartition des résidents télé-expertisés selon le mode de logement



Source : Auteur, 2019.

3.5. Résultats de l'expérimentation

L'expérimentation sur 50 télé-expertises montre qu'il y a un réel besoin de prise en charge odontologique de ces personnes à besoins spécifiques dont l'état bucco-dentaire est le plus souvent non-satisfaisant. En effet, on observe l'absence d'un brossage régulier biquotidien et d'une consultation annuelle chez un chirurgien-dentiste, ce qui conduit à un risque carieux élevé et à l'observation de maladies carieuses actives.

Nous observons également que, pour plus d'un quart d'entre eux, cela a permis le déclenchement d'une prise en charge avec soins.

Cependant, un tiers d'entre eux est toujours dans l'attente d'une prise en charge odontologique par les familles : il est nécessaire de revoir ultérieurement les familles pour savoir si une prise en charge a été initiée et s'il y a un motif au délai de retour: est-ce le délai de demande de retour qui a été trop court ou les familles rencontrent-elles des difficultés à obtenir une rendez-vous chez un chirurgien-dentiste ? Dans ce cas, il est possible d'orienter vers des structures adaptées à ce type de prise en charge.

Un tiers d'entre eux est également dans l'attente d'une prise en charge organisée par l'équipe paramédicale de La Roseraie : il est nécessaire d'accompagner l'équipe pour organiser la prise en charge, en proposant des solutions (alliances de prise en charge, réseau de soins handicap...)

Ainsi, si les résultats sont actuellement incomplets, on peut tout de même conclure que la télé-expertise présente une utilité dans la prise en charge de ces résidents, et qu'elle s'avère être un outil positif. Des améliorations de son usage au sein du projet la rendra définitivement efficace.

Le démarrage d'une expérimentation est toujours long ; il faut faire face à des obstacles inattendus, des réactions diverses également de la part des personnes participant au projet, ce qui conduit à allonger la durée de l'expérimentation. C'est pourquoi nous sommes limités dans ce travail à un nombre restreint d'examen réalisés entre janvier et mai 2019.

3.6. Discussion

3.6.1. Les difficultés rencontrées

3.6.1.1. Des mentalités à changer

Lorsque le projet de télémédecine a débuté, nous avons été confrontées à de nombreux refus de participation de la part des aides-soignants ou des éducateurs qui semblaient réticents à cette démarche de télé-expertise.

Nous avons envisagé de les intégrer pleinement au projet, afin d'ajouter une nouvelle compétence à leur champ d'activités, de les impliquer mais également dans le but de soutenir et d'accompagner l'infirmière coordinatrice du projet.

En effet, réaliser des clichés intra-buccaux sur des patients en bonne santé n'est déjà pas une chose évidente, cela l'est encore moins lorsqu'il s'agit de résidents en situation de handicap.

Nous avons essayé de comprendre le motif de ces refus ; pour la plupart d'entre eux, c'est une sensation de gêne « de pénétrer dans la bouche du résident » ; ils ne veulent pas toucher cet endroit du corps. Il est donc important de prendre le temps de discuter avec ces personnes, de chercher à combattre les idées reçues, d'appréhender leurs craintes, étape par étape, de dégager l'importance et la nécessité de travailler en équipe sur ce projet et de démystifier la bouche du résident, tout aussi importante que le reste du corps.

Il est primordial de leur dire que l'irruption dans cette intimité du résident se fait au nom de sa dignité, de son bien-être et n'est pas le fait d'une violation désuète de son intégrité, bien au contraire.

Cela nous conduit à une difficulté majeure, celle de la maintenance de l'hygiène orale chez les résidents.

En effet, l'équipe paramédicale se plaint souvent de la surcharge de travail et du manque de temps, à juste titre. Elle oublie régulièrement, lors des toilettes journalières, le brossage des dents : au début du projet, certains résidents partageaient les mêmes brosses à dents, d'autres n'en avaient pas du tout, et on ne savait plus depuis quand certains n'avaient pas eu les dents brossées. Quand nous nous sommes déplacées sur site pour former les équipes soignantes au brossage, beaucoup disaient « avoir déjà brossé les dents et renvoyé le résident en chambre », refusant que nous faisons ensemble les gestes.

La formation à l'hygiène orale doit être reprise en profondeur, et cela commence par la formation initiale.

La présence d'une infirmière « odonto-consciente » au sein du site est un atout majeur pour changer les mentalités et entretenir l'hygiène bucco-dentaire des résidents.

3.6.1.2. L'importance de la formation continue des acteurs

Toutes ces difficultés soulèvent donc encore une fois l'importance de la formation des acteurs :

Les personnels paramédicaux doivent recevoir une formation initiale intégrant l'importance de l'hygiène bucco-dentaire dans le maintien de la santé générale, mais également une formation spécialisée en télémédecine. Cette pratique de la médecine doit aussi être soumise à une formation continue.

C'est par cet apprentissage continu qu'on arrivera à changer les mentalités et à agir de façon positive en télémédecine.

3.6.2. Les améliorations à apporter

3.6.2.1. Les améliorations matérielles

Il est possible d'avoir recours à une caméra avec fluorescence laser. Ceci permet, un peu à la manière du DIAGNODENT®, de détecter les lésions carieuses débutantes.

Lors de l'expérimentation, nous avons été limitées par l'absence de radiographies intra-orales permettant dans certains cas, de confirmer le diagnostic.

Dans le projet e-DENT à Montpellier, un système de radiographie rétro alvéolaire sur chariot a été utilisé afin de réaliser la radiographie directement au fauteuil, après capture des clichés vidéos. Les radiographies arrivaient immédiatement sur l'ordinateur et étaient exportées avec les autres données

numériques vers le centre de télé-expertise. Cela permettait un gain de temps pour établir le diagnostic et prendre en charge le résident, tout en évitant un déplacement dans un centre de radiologie.

C'est une piste d'amélioration à étudier.

Dans notre expérimentation, une discussion avec la psychomotricienne de La Roseraie, nous a conduit à proposer la création d'un environnement multi-sensoriel directement dans la salle de télé-expertise avec le résident au fauteuil. Cette solution devrait améliorer l'adhésion des résidents aux actes de télé-médecine.

Enfin, nous avons constitué un fichier d'aides cliniques (**Annexe 5**) destiné aux infirmières de La Roseraie pour mieux appréhender les pathologies orales. Des conseils permettent d'orienter le personnel paramédical pour réaliser des tests complémentaires (palpation, percussion, test au froid) en cas de douleur dentaire, ou d'observer plus précisément les muqueuses en cas de suspicion de lésions; de ce fait, des informations précises pourraient être transmises lors de la télé-expertise.

3.6.2.2. De nouveaux partenaires

Cette expérimentation devrait être pérennisée en intégrant les autres sites de l'association APEI dans la démarche de télé-médecine initiée pour permettre à d'autres résidents handicapés ou à besoins spécifiques de bénéficier de cet acte.

Les mêmes démarches de formation des équipes, d'information des familles, des éducateurs doivent être organisées.

3.6.2.3. La prise en charge ultérieure

La prochaine étape de ce projet est d'évaluer l'accès aux soins effectif chez un professionnel et éventuellement de proposer un accès en milieu hospitalier lorsque cela est nécessaire.

Il est interdit de détourner un patient de son praticien de ville⁴⁸, et le projet n'a évidemment pas pour but de capter l'ensemble des personnes ayant besoin de soins ; il s'agit de faciliter la prise en charge.

Pour tous les résidents ayant un chirurgien-dentiste traitant en ville, il est important, une fois le compte-rendu de télé-expertise remis aux familles, de monitorer le suivi, c'est-à-dire d'appeler la famille et d'insister sur l'importance de la prise en charge rapide du patient et de vérifier ultérieurement si cela a été fait.

Pour les résidents ne pouvant être pris en charge par un chirurgien-dentiste en ville (soit du fait du handicap, de la lourdeur des soins, ou parce que le patient n'a pas de dentiste référent), tout l'enjeu

⁴⁸ Code de la santé publique. Article R4127-57.

est de proposer une solution: des alliances devront voir le jour entre l'APEI La Roseraie et l'hôpital Louis Mourier ou d'autres structures pour orienter des prises en charge sous anesthésie générale pour certains, une prise en charge hospitalière spécifique pour d'autres. D'autres partenaires pourraient également intervenir comme le réseau Rhapsod'if.

3.6.2.4. Le suivi

Un suivi régulier (suivi de contrôle et non pas de soins comme précédemment évoqué) des résidents télé-expertisés doit être mis en place :

- Soit par une « surveillance humaine » : l'équipe de La Roseraie contacte régulièrement les familles pour leur rappeler la nécessité de consulter un chirurgien-dentiste au rythme préconisé dans le compte-rendu de télé-expertise,
- Soit par une télé-expertise au même rythme qu'évoqué précédemment, une fois les soins effectués, pour contrôler la bonne santé orale du résident.

3.6.3. Ressenti d'un jeune praticien

Au-delà des mentalités à changer, de la nécessité de formation, il m'apparaît important qu'une prise de conscience collective des familles se fasse, sans quoi, le projet n'aboutira pas à des résultats positifs. En effet, nombre d'entre eux sont concentrés sur la prise en charge globale de cette personne handicapée. Ceci est largement compréhensible quand on observe la lourdeur et la lenteur du système, qui tend cependant toujours à les aider.

Pourtant, il me paraît important de prendre de la hauteur et de rappeler aux familles que la bonne santé du résident passe aussi par une bonne santé bucco-dentaire, un suivi régulier chez le chirurgien-dentiste, et que lorsque des soins sont indiqués, ce n'est pas parce que le résident n'exprime pas ou ne verbalise pas sa douleur, qu'elle n'est pas présente, que les lésions disparaissent. Il est absolument nécessaire de réaliser la prise en charge bucco-dentaire dans ce cadre-là, faute de quoi, notre travail de télé-expertise ne sera pas concrétisé.

Enfin, en tant que praticienne libérale débutante, et après de nombreuses lectures concernant la pratique de la télé-médecine dans les cabinets privés à l'étranger (Australie, États-Unis par exemple), je suis sceptique quant à cette possibilité en France.

En effet, l'investissement temps-argent dans un cabinet libéral est trop important par rapport à la rémunération proposée pour l'instant par l'Assurance Maladie.

En effet, la caméra intra-orale présente un coût aux alentours de 3 000 euros, en plus de l'installation des messageries cryptées et de leur maintenance.

Chaque télé-expertise dure en moyenne 45 minutes.

Si la rémunération proposée pour le praticien sollicité est de 12 euros dans le premier cas et de 20 euros dans le deuxième cas (cas chroniques ou à risque d'évolutions graves), l'acte n'est pas correctement valorisé.

Il en est de même pour le praticien solliciteur, qui va prendre le même temps à acquérir les informations et les vidéos du patient : celui-ci n'est rémunéré que 5 euros dans le premier cas et 10 euros dans le deuxième cas. L'acte est encore moins valorisé pour lui.

Pour autant, on peut noter qu'on pratique une forme de télémédecine tous les jours dans les cabinets libéraux lorsqu'on prend en photo/vidéo le patient et qu'on sollicite l'avis d'un confrère en lui envoyant les clichés par mails/messages ...

Conclusion

Certains disent de la télémédecine qu'elle est une « nouvelle médecine ». Elle est en fait une pratique intégrante de la médecine, comme une nouvelle branche d'un chêne vieux de quelques siècles.

Il est important de considérer la télémédecine ainsi, car cette technique doit répondre aux mêmes devoirs, aux mêmes attentes que la médecine en général : soigner, soulager, sinon accompagner et le tout dans une démarche éthique empreinte d'empathie.

Pour ne pas oublier ces principes et alors qu'un vide juridique subsiste, la Haute Autorité de Santé commence à établir des recommandations de bonnes pratiques. Des articles voient le jour dans le Code de La Santé Publique.

J'ai eu l'honneur de participer à une expérimentation en Ile-De-France. Ce projet a été le fruit de longs mois de travail, de recherches, de collaborations étroites entre les différents intervenants.

Il a fallu écouter beaucoup, s'adapter plus encore, mais aussi bousculer : les mentalités, les habitudes, qui nous ont mené la vie dure !

Nous savions déjà que la prise en charge des personnes à besoins spécifiques était un enjeu majeur en santé publique. Certains patients handicapés sont en grande détresse vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire.

L'expérimentation démontre que si la télémédecine bucco-dentaire ne résout pas toutes les difficultés liées à la prise en charge bucco-dentaire, elle apporte au moins une réponse partielle. En effet, la télé-expertise ouvre la voie à cette prise en charge odontologique : elle permet un premier contact du patient avec l'environnement bucco-dentaire, elle peut provoquer une prise de conscience des familles, elle vient là comme pour dire « il y a un problème, il est visible, nous devons y faire face ».

Pour pérenniser cette pratique dans le domaine de la santé bucco-dentaire, les enjeux à venir sont colossaux : combattre encore et toujours les idées reçues, bousculer les mentalités sans relâche, former continuellement les équipes, obtenir du personnel soignant et des familles un suivi odontologique régulier du résident, une fois la première étape de télé-expertise franchie. Il faut rappeler que la télémédecine bucco-dentaire n'est pas une fin en soi mais un moyen de faciliter la prise en charge du résident.

Bibliographie

Allouche, M., C. Hervé, et P. Pirnay. « Le nécessaire questionnement éthique autour de la relation de soin en télémédecine bucco-dentaire ». *Médecine/sciences* 33, n° 12 (2017): 1105-9. <https://doi.org/10.1051/medsci/20173312018>.

Caisse nationale de l'assurance maladie. « Télémédecine : l'accord conventionnel est signé ». Ameli.fr, 27 juin 2018. <https://www.ameli.fr/val-d-oise/medecin/actualites/telemedecine-laccord-conventionnel-est-signe>.

———. « Télémédecine : liste des équipements connectés retenus pour le forfait structure 2019 ». Ameli.fr, 26 février 2019. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/telemedecine-liste-des-equipements-connectes-retenus-pour-le-forfait-structure-2019>.

Code de la santé publique. Article L1111-2 (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L1111-4 (2016).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>.

Code de la santé publique. Article L1142-2 (2011).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=81747FBAF78CF5AD3218DD68E20C8A82.tplgfr31s_3?idArticle=LEGIARTI000025076559&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=.

Code de la santé publique. Article L1435-3 (2010).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891673&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L1435-4 (2013).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025014368&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130101>.

Code de la santé publique. Article L4111-1 (2017).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688646&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L4112-6 (2019).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688668&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L4112-7 (2017).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688669&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L4131-1 (2017).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688811&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L4141-3 (2017)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688898&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L4151-5 (2017).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688935&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L6114-1 (2017).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690721&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L6311-2 (2009).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691297&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de la santé publique. Article L6314-1 (2018).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=81747FBAF78CF5AD3218DD68E20C8A82.tplgfr31s_3?idArticle=LEGIARTI000036516239&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=.

Code de la santé publique. Article L6316-1 (2018).

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=81747FBAF78CF5AD3218DD68E20C8A82.tplgfr31s_3?idArticle=LEGIARTI000036393417&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=.

Code de la santé publique. Article R4127-45 (2012).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025843580&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=>.

Code de la santé publique. Article R4127-57 (2004).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912925>.

Code de la santé publique. Article R6316-2 (2010).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022933205&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Code de l'action sociale et des familles. Article L313-11 (2018).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037670413&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20181125>.

Code de l'action sociale et des familles. Article L313-12 (2018).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797482&dateTexte=&categorieLien=cid>.

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (2010).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>.

Estai, M., S. Bunt, Y. Kanagasingam, et M. Tennant. « Cost savings from a teledentistry model for school dental screening : an australian health system perspective ». *Australian health review* 42, n° 5 (2018): 482. <https://doi.org/10.1071/AH16119>.

Giraudeau, N., C. Inquimbert, R. Delafoy, P. Tramini, J. Valcarcel, et F. Meroueh. « Teledentistry, new oral care tool for prisoners ». *International journal of prisoner health* 13, n° 2 (2017): 124-34. <https://doi.org/10.1108/IJPH-04-2016-0011>.

Giraudeau, N., J. Valcarcel, H. Tassery, B. Levallois, F. Cuisinier, P. Tramini, et F. Vialla. « Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD ». *European research in telemedicine* 3, n° 2 (2014): 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.eurtel.2014.04.005>.

Hauger, I., et B. Vergniault. « Bilan bucco-dentaire par télémédecine en ehpad ». Mémoire de diplôme universitaire, Université de Bordeaux, 2015. http://www.formations-telemedecine.org/wp-content/uploads/2016/11/Bilan-bucco-dentaire-par-TLM-en-EHPAD_Bordeaux.pdf.

Haute autorité de santé. « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : rapport d'élaboration de la fiche mémo ». Haute autorité de santé, 2018. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/rapport_delaboration_de_la_fiche_memo_teleconsultation_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-04-50_363.pdf.

Irving, M., R. Stewart, H. Spallek, et A. Blinkhorn. « Using teledentistry in clinical practice as an enabler to improve access to clinical care : a qualitative systematic review ». *Journal of telemedicine and telecare* 24, n° 3 (2018): 129-46. <https://doi.org/10.1177/1357633X16686776>.

Jampani, N. D., R. Nutalapati, B. S. K. Dontula, et R. Boyapati. « Applications of teledentistry : a literature review and update ». *Journal of international society of preventive & community dentistry* 1, n° 2 (2011): 37-44. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.97695>.

Kopycka-Kedzierawski, D. T., et R. J. Billings. « Comparative effectiveness study to assess two

examination modalities used to detect dental caries in preschool urban children ». *Telemedicine journal and e-health* 19, n° 11 (2013): 834-40. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0012>.

Kopycka-Kedzierawski, D.-T., C.-H. Bell, et R.-J. Billings. « Prevalence of dental caries in early head start children as diagnosed using teledentistry ». *Pediatric dentistry* 30, n° 4 (2008): 329-33.

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Article 44 (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=AA94957F77783B1F1248F578222D2921.tpdila10v_1?idArticle=LEGIARTI000033678864&cidTexte=LEGITEXT000006068917&dateTexte=20170524.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>.

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Article 54 (2017). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/2017-1836/jo/texte>.

McFarland, K. K., P. Nayar, A. Chandak, et N. Gupta. « Formative evaluation of a teledentistry training programme for oral health professionals ». *European journal of dental education* 22, n° 2 (2018): 109-14. <https://doi.org/10.1111/eje.12265>.

McLaren, S. W., D. T. Kopycka-Kedzierawski, et J. Nordfelt. « Accuracy of teledentistry examinations at predicting actual treatment modality in a pediatric dentistry clinic ». *Journal of telemedicine and telecare* 23, n° 8 (2017): 710-15. <https://doi.org/10.1177/1357633X16661428>.

McLaren, S.-W., et D.-T. Kopycka-Kedzierawski. « Compliance with dental treatment recommendations by rural paediatric patients after a live-video teledentistry consultation : a preliminary report ». *Journal of telemedicine and telecare* 22, n° 3 (2016): 198-202. <https://doi.org/10.1177/1357633X15590705>.

Pentapati, K. C., P. Mishra, M. Damania, S. Narayanan, G. Sachdeva, et G. Bhalla. « Reliability of intra-oral camera using teledentistry in screening of oral diseases : pilot study ». *The saudi dental journal* 29, n° 2 (2017): 74-77. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2017.03.002>.

Péquignot, H. *Médecine et monde moderne : l'écran des techniques entre le médecin et le malade*. Paris : Éditions de Minuit, 1953.

Tynan, A., L. Deeth, D. McKenzie, C. Bourke, S. Stenhouse, J. Pitt, et H. Linneman. « Integrated approach to oral health in aged care facilities using oral health practitioners and teledentistry in rural Queensland ». *The australian journal of rural health*, 2018. <https://doi.org/10.1111/ajr.12410>.

Table des figures

Figure 1 : Bilan bucco-dentaire par télé-médecine en EHPAD	4
Figure 2 : Schéma d'une téléconsultation	6
Figure 3 : Schéma d'un acte de télé-expertise	6
Figure 4 : Schéma des actes de télé-médecine	7
Figure 5 : La rupture du colloque singulier en télé-médecine bucco-dentaire	21
Figure 6 : Salle de télé-expertise à l'hôpital Louis Mourier.....	42
Figure 7 : Poste de travail pour la télé-expertise à l'APEI La Roseraie	43
Figure 8 : Salle de télé-expertise à l'APEI La Roseraie.....	44
Figure 9 : La Caméra intra-orale SOPRO 717 FIRST®	45
Figure 10 : Atelier de brossage avec les résidents	47
Figure 11 : Séance de télé-expertise à l'APEI La Roseraie	49
Figure 12 : Séance de télé-expertise à l'hôpital Louis Mourier	50
Figure 13 : Le circuit de télé-expertise expérimentale.....	51
Figure 14 : Résultat préliminaire de la télé-expertise	53
Figure 15 : Répartition des résidents télé-expertisés selon le mode de logement.....	55

Table des tableaux

Tableau 1 : Les objectifs de télémédecine	9
Tableau 2 : Conditions requises à l'exercice de la télémédecine.....	29

Annexes

Annexe 1 : Auteur, Lexique, 2019

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ALD : Affection Longue Durée

AM : Assurance Maladie

APEI : Association de parents et d'amis de personnes handicapées, anciennement Association de Parents d'Enfants Inadaptés

CAQCS : Contrat pour l'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins

CE : Consentement Éclairé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CSP : Code de la Santé Publique

CMU : Couverture Médicale Universelle

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DMP : Dossier Médical Partagé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires

IME : Institut Médico-Éducatif

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

ORTIF® : Outil Régional de Télémédecine d'Ile-de-France

PASS : Permanence d'Accès aux Soins

PMS : Prémédication Sédative

TLC : TéléConsultation

TLE : Télé-Expertise

TLM : TéléMédecine

QM : Questionnaire Médical

QRCI : Questionnaire de Risque Carieux Individuel

Annexe 2 : Principaux critères et recommandations de bon usage listés dans les recommandations sélectionnées, d'après Haute autorité de santé, « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : rapport d'élaboration de la fiche mémo », 2018

	Critères à respecter aux différentes étapes	Critères transversaux
Avant l'acte de TLM	<p>Le médecin juge de la pertinence de l'éligibilité du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon contexte clinique (antécédents médicaux, traitement en cours, symptômes) • Disposer des données médicales nécessaires • Prise en charge par télémédecine au moins équivalente à une prise en charge en présentielle (pas de perte de chance pour le patient) • Volonté du patient • Présence d'un accompagnant auprès du patient (est-elle requise ? si oui, l'accompagnant est-il présent ?) • Capacité du patient à bénéficier de la télémédecine (limites physiques, mentales, cognitives) • Critères d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> o Nécessité de voir le patient (état sévère) o Nécessité d'un examen clinique o Nécessité d'un geste technique sur le patient o Patients avec désordres cognitifs o Intoxication o Barrières liées au langage 	<p>Planifier l'activité de TLM :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'environnement administratif et réglementaire • Préparer l'environnement technique • Analyser les risques <p>Mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance • Procédures • Protocoles cliniques • Critères de sélection des patients • Système d'amélioration de la qualité • Plan de gestion des risques <p>Respecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations Professionnelles (pratique médicale) • Déontologie • Éthique

<ul style="list-style-type: none"> • Patient ne dispose pas de l'équipement • La confidentialité n'est pas assurée <p>Information du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mêmes informations d'ordre médical que lors d'une consultation en face-à-face • Particularités de la prise en charge par TLM par rapport au face-à-face • Actes pratiqués • Durée prévisionnelle • Présence éventuelle d'un accompagnant • Rôles et responsabilités des intervenants • Collaborations avec les autres professionnels de santé • Enregistrement, transmission et stockage des données • Possibilité de prescription • Mesures prises pour assurer sécurité des données et respect de la vie privée 	<ul style="list-style-type: none"> • Règlementation (autorisations/agrèments et assurances nécessaires) • Prise en charge du patient selon les bonnes pratiques cliniques • Définir rôle et responsabilité de chaque intervenant à chaque étape de la prise en charge du patient • Connaître le réseau de soins disponible sur le lieu de vie du patient pour lui proposer une prise en charge adaptée. • Savoir organiser la prise en charge du patient en urgence • Sécurité informatique
---	---

	Critères à respecter aux différentes étapes	Critères transversaux
	<ul style="list-style-type: none"> • Confidentialité • Avertir expressément le patient si la TLC est enregistrée • Documents nécessaires • Risques potentiels (notamment ceux associés à la technologie) • Bénéfices attendus • Procédure en cas de problème technique (mode dégradé) • Procédure en cas d'urgence • Possibilité de prise en charge hors TLM • Coûts • Possibilité de refuser la TLM • Possibilité de déposer une réclamation • Comment obtenir une copie de son dossier • Consentement éclairé du patient (et de l'accompagnant, le cas échéant) • Accès aux données médicales/au dossier médical du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Authentifier les utilisateurs • Assurer la confidentialité et l'intégrité des communications • Assurer la sécurité des données archivées • Ne permettre l'ouverture pour le logiciel de TLC que d'une session à la fois sur chaque site • stockage des données sur serveur sécurisé <p>Mettre en place des restrictions d'accès aux données patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion des utilisateurs (personnes autorisées) et mots de passe • Mise en veille et verrouillage automatique après période d'inactivité • Possibilité de verrouiller/désactiver à distance un matériel perdu ou volé • Être formé à l'utilisation du matériel • Procédures de désinfection du matériel

	<ul style="list-style-type: none"> • Bien noter localisation du patient pour pouvoir déclencher une prise en charge en urgence, si nécessaire • Désignation possible d'un contact d'urgence par le patient <p>Tester la connexion avec le patient (envoi d'un lien-test avant TLC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Être formé à la résolution de problèmes techniques • Être formé à la communication avec les patients à distance • Maintenance préventive programmée <p>Procédures de dépannage du matériel</p> <p>Personnel formé à la TLM et évalué</p>
<p>Pendant l'acte de TLM</p>	<p>Lieu de consultation (pour médecin et patient) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confidentialité, • Silence, • Absence d'interruptions/dérangements • Confort du patient • Éclairage correct • Présence éventuelle d'un accompagnant <p>Authentification du professionnel de santé</p> <p>Identification du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nom complet • Date de naissance • Coordonnées • Téléphone • En capacité de présenter une pièce d'identité avec photo à la demande du médecin • Identification de l'accompagnant (famille, aidant, professionnel de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir procédures en mode dégradé • Matériel interopérable

Critères à respecter aux différentes étapes	Critères transversaux
<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas enregistrer la TLC (si pour des raisons médicales impératives la TLC est enregistrée, les données doivent être cryptées) • Examen clinique : le médecin doit procéder à un examen visuel, en accord avec symptômes et histoire médicale du patient. Le médecin peut guider le patient pour un auto-examen clinique, éventuellement à l'aide de dispositifs. Le médecin peut demander la présence d'un professionnel de santé auprès du patient. • Populations fragiles : un accompagnant peut être nécessaires • Connexion sécurisée • Transmission des données en temps réel • Qualité des données transmises (image, son) • Confidentialité et sécurité des données transmises Adapter sa communication : <ul style="list-style-type: none"> • S'exprimer dans un langage clair et compréhensible ; • S'adapter aux patients (indépendamment de leur statut social, culture, religion, lieu de vie...); • Solliciter un interprète si nécessaire. <p>En cas de problèmes de communication avec le patient ou si le patient est anxieux ou confus : arrêter la TLC et programmer une autre prise en charge</p> <p>Si un dispositif/matériel est utilisé pendant la TLC pour l'examen du patient : connaître sa fiabilité ; étalonnage éventuel</p> <p>Documenter la TLC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information donnée au patient 	

<ul style="list-style-type: none">• Consentement• Environnement technique (matériel, dispositifs, connexion)• Présence d'un accompagnant le cas échéant• Durées de TLC• Si des images ont été capturées, les archiver• Noter tout évènement indésirable (clinique et technique)• Si deux médecins sont impliqués dans la TLC (ex : généraliste qui sollicite un spécialiste), chacun renseigne et tient à jour le dossier patient en sa possession	
--	--

	Critères à respecter aux différentes étapes	Critères transversaux
	<p>Rédiger un CR de l'acte de TLM (conforme aux exigences médicales et légales). Transmettre le CR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient, • Médecin traitant, • Autres professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. <p>Mettre en place les actions nécessaires pour le suivi du patient et informer son médecin traitant et autres professionnels de santé impliqués (connaitre son réseau de soins)</p> <p>Évaluer le service de TLM :</p>	
Après l'acte de TLM	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction du patient, • Efficacité de l'organisation (mettre en place des indicateurs), • Qualité technique. <p>Confidentialité et sécurité des données stockées.</p>	



Centre d'habitat de la roseaie
Pôle hébergement spécialisé

CONSENTEMENT ECLAIRE

Extraits du Code de la santé publique (Information des usagers et expression de leur volonté)

- Article L 1111-2 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (...).
Article L 114-4 : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (...).

Je soussigné(e)
Parent ou tuteur légal de :

- Reconnaît avoir reçu toutes les informations concernant le programme de « Télémédecine bucco-dentaire» proposé au foyer et par le Dr lors de la visite du.....
- Autorise qu'une observation bucco-dentaire de
Soit réalisée par « télé-expertise » au sein du foyer en lien et collaboration avec le service de médecine bucco-dentaire (service du Docteur Marysette FOLLIGUET) de l'hôpital Louis Mourier situé au 178 rue des Renouillers, 92700 Colombes, hôpital du groupement des hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine au sein de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.
- Accepte que toutes les informations d'ordre médical, concernant nécessaires à la bonne réalisation de ce programme expérimental de « Télémédecine bucco-dentaire», leur soient transmises par voie informatique sécurisée, selon la réglementation en vigueur.

Ce document ne constitue pas une décharge de la responsabilité des médecins et des IDE du foyer Il s'agit d'un document précisant votre accord sur la réalisation des actes de « télé dentisterie ». Les données recueillies sont susceptibles d'être utilisées à des fins de recherche, traitées sous forme statistiques et anonymisées.

Fait à
Le

Signature(s) (précédée de la mention « lu et approuvé(e) ») :



Nom Prénom :

Date :

QUESTIONNAIRE MEDICAL D'EVALUATION DU RISQUE CARIEUX

1) Nombre de repas par jour des résidents (petit déjeuner et diner compris) ?

1 2 3 4 Plus de 4

2) Quel est le type d'alimentation consommée ?

Aliments durs Aliments mixés ou autres Moulinés Autres

3) Le patient boit-il régulièrement au cours de la journée, en dehors des repas ?

Oui 1-2 fois 3- 4 fois > 4 fois Non

4) Quel type de boisson consomme-t-il ?

Boissons sucrées (Jus de fruits, Coca-Cola ...) Eau Eau gélifiée Autres :

5) Le résident consomme-t-il des boissons et des aliments sucrés, salés (chips ...) entre les repas (le goûter comptant pour un repas) ?

Oui, beaucoup (plus de 4 fois par jour) Oui, de temps en temps (1 à 3 fois)
Rarement (Pas tous les jours) Jamais

6) Consommation régulière de gommes à mâcher ?

Oui Non

7) Nombre de brossages quotidiens des dents du résident ?

Moins d'une fois Une fois Deux fois Trois fois Plus de trois fois
Seul Avec aide

8) Quand s'effectue le brossage ?

Avant le petit déjeuner Après le petit déjeuner
Avant le repas du midi Après le repas du midi
Avant le repas du soir Après le repas du soir Juste avant le coucher

9) Le dentifrice utilisé contient-il du fluor ?

Oui Non

Si oui, quelle en est la teneur (visible au dos du dentifrice, en ppm) :

10) Le résident fait-il régulièrement des bains de bouche ?

Oui Non

11) Le résident présente-t-il de la plaque dentaire en bouche (film fin d'aliments) ?

- Oui Non

12) Le résident présente-t-il du tartre en bouche ?

- Oui Non

13) Le résident présente-t-il des caries en bouche ?

- Oui Non

14) Le résident a-t-il des dents qui bougent ?

- Oui Non

15) Le résident prend-il des médicaments au long cours ?

- Oui Non

16) Si oui, combien ?

- 1 - 2 3-4 > 4

Lesquels ? :

17) Le résident manque-t-il de salive ?

- Oui Non

Si oui, pour quelle raison ? :

Prise de médicaments

Si oui, le ou lesquels :

Psychotropes

Radiothérapie

Raisons inconnues

Autres

N.B : Le manque de salive peut être caractérisé par une salive rare, épaisse, visqueuse et parfois mousseuse, ainsi que des muqueuses buccales/joues sèches qui peuvent parfois brûler le patient. Cela peut nécessiter de s'hydrater régulièrement, et entraîner des difficultés d'élocution.

18) Le résident porte-t-il une (ou des) prothèse(s) en bouche ?

- Oui Non

Si oui :

Amovible

Fixe

En haut

En bas

Les deux

19) Le résident consomme-t-il du tabac ?

< 10 cigarettes

10 – 20 cigarettes

> 20 cigarettes

Non

Ancien fumeur

Si oui, depuis combien d'années fume le résident ? :

20) De quand date la dernière visite du patient chez le dentiste

Moins de 6 mois

Entre 6 mois et un an

Plus d'un an

Ne sait pas

Pr Marysette Folliguet

COMPTE-RENDU

Date : 27/04/2019

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

INDICATIONS

Handicap

Demande de recherches de foyers infectieux

ANTECEDENTS

Médicaments :

Allergie : 0

OBSERVATION VIDEOGRAPHIQUE

Examen Parodontal :

Examen Dentaire :

18	
17	
16	
15	
14	
13	
12	
11	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	

38	
37	
36	
35	
34	
33	
32	
31	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	

CONCLUSION

Nécessite une **prise en charge globale rapide/urgente/dès que possible** :

1°) Plan de prévention

- EHO : amélioration de la technique de brossage, contrôle de l'ingestion des boissons sucrées
- Suivi régulier (idéalement tous les 3 mois car risque carieux élevé)

2°) Plan de soin

- Réalisation de radiographies intra-orales de type bilan long cône/ rétro-alvéolaire
- Extractions des dents à l'état de racines :
- **Détartrage bimaxillaire indispensable pour assainissement bucco-dentaire**
- Elimination des foyers infectieux en fonction des clichés radiographiques :
- Contrôle des prothèses en bouche :
- Evaluation d'une réhabilitation prothétique globale en fonction de l'édentement

L'examen vidéographique ne suffit pas à lui-seul à établir des diagnostics.

L'examen vidéographique est à confronter à un examen clinique et radiographique.

LEXIQUE :

Numéro de dent en gras : dent présente sur arcade

Abs : absent(e)

? : aucune information sur la présence ou l'absence de la dent

LC: lésion carieuse

Amg : amalgame

Compo: composite

CM: couronne métallique

CCM : couronne céramo-métallique

CCC : couronne céramo-céramique

CC : couronne céramique (chape non identifiable à l'examen)

O : occlusal

M : mésial

D : distal

V : vestibulaire

L : lingual

P : palatin

C : cingulaire

La classification utilisée pour identifier la sévérité des lésions carieuses est la classification ICDAS.

**FICHES CLINIQUES
D'AIDE A LA TELEMEDECINE
BUCCO-DENTAIRE**

Sous la direction du Professeur FOLLIGUET

AUCHERE Sarah, CHARBONNEAU Chloé
Hôpital Louis Mourier, Colombes

PRÉAMBULE

Ce document constitue **une aide** à la prise de décision clinique au cours des actes de télémédecine bucco-dentaire.

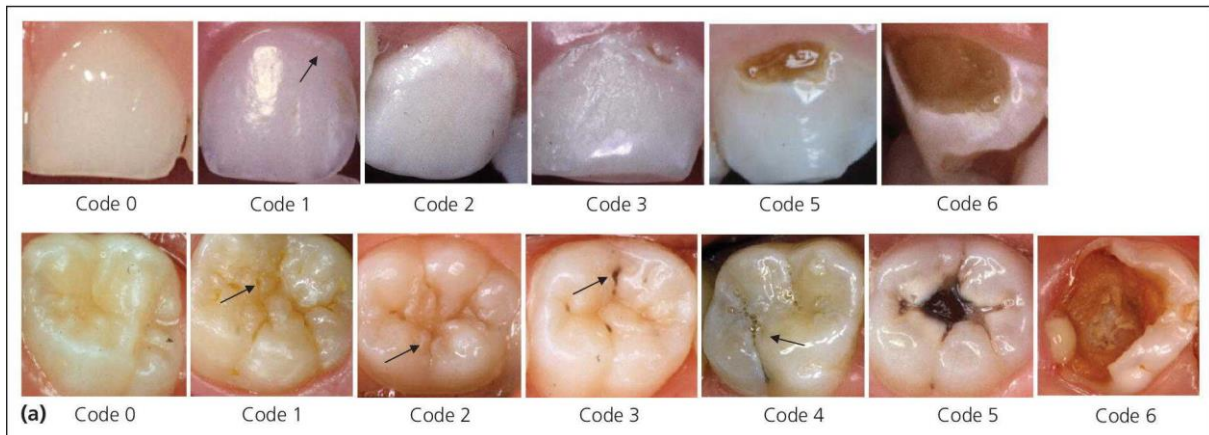
Il s'adresse à des professionnels de santé impliqués dans la télémédecine bucco-dentaire.

Il facilite la communication entre les différents acteurs de cette pratique.

Cet ouvrage ne fait en aucun cas office de diagnostic et ne permet pas la prise de décisions thérapeutiques, un avis médical demeure nécessaire et indiqué.

EXAMEN CLINIQUE ORAL

→ La Classification des caries ICDAS est une classification internationale des différents stade de carie, selon le degré d'atteinte de la dent et sa situation. Elle est surtout représentée ici pour vous montrer les différents aspects que peuvent prendre une carie dentaire.



Source : Auteur, 2019

→ Pour déterminer la pathologie dentaire du patient, des tests sont à réaliser, en fonction de la compliance du patient :

1°) Froid : Ce test est réalisé, en outre, pour évaluer la vitalité pulpaire de la dent et la conduite à tenir.

Pour se faire, utiliser une précelle et une petite boulette de coton imbibée de spray réfrigérant.

Appliquer cette boulette quelques secondes sur la face vestibulaire et / ou occlusal de la dent et déterminer :

- Si le patient ne ressent pas le froid : le test est qualifié de **négatif**.
- Si le patient ressent le froid (désagréable mais sans douleurs véritables) : le test est qualifié de **positif non douloureux**.
- Si, lorsqu'il ressent le froid, et que c'est douloureux : il est nécessaire d'affiner alors :

→ Si la douleur **cesse à l'arrêt du stimulus** avec le coton, le test au froid est qualifiée de **positif douloureux non rémanent**

→ Si la douleur **ne cesse pas** à l'arrêt du stimulus et persiste, le test au froid est qualifié de **positif douloureux rémanent**

Il est important, si ce test est réalisable auprès du patient, de le noter et de le transmettre cette information avec les données numériques de téléconsultation.

2°) Percussion : Ce test permet d'évaluer le niveau d'infection de la dent.

La percussion doit être réalisée avec un instrument métallique à bout plat. La partie plate doit être tapotée délicatement mais de façon significative sur la face occlusale de la dent suspectée.

Il est qualifié de positif si le patient a mal et de négatif s'il ressent mais qu'il n'a pas de douleurs.

Les résultats de ce test doivent également être rapportés dans la transmission des données.

3°) Palpation : Ce test permet également d'évaluer le niveau d'infection de la dent.

Avec un doigt propre ganté, la palpation doit être faite sur la gencive en regard de la dent potentiellement causale voire sur les dents adjacentes.

Le test est dit positif si l'opérateur ressent une tuméfaction sous ses doigts et / ou le patient se plaint de douleurs à ce test.

Il est dit négatif dans le cas contraire.

Cette donnée, si elle est récupérable, doit également être transmise.

→ Des signes cliniques de gravité sont également à rechercher :

- 1) Trismus serré : le patient n'arrive pas à ouvrir la bouche ou pas suffisamment.
- 2) Crépitation neigeuse à la palpation : sensation de neige sous les doigts lorsque l'on palpe la zone cutanée inflammée.
- 3) Dysphagie totale et orthopnée : difficulté voire impossibilité d'avaler, difficulté à respirer en position allongée ou assise.
- 4) Altération de l'état général : fièvre, sueur, pâleur, conscience altérée ...
- 5) Œdème du plancher buccal : sous la langue, ou à la palpation sous le menton, sensation d'une « boule », d'un gonflement, sous les doigts qui palpent.
- 6) Diffusion avec atteinte sous orbitaire : L'œil se ferme et la peau autour devient violacée.

Si un ou plusieurs de ces signes de gravité sont constatés, il est nécessaire d'emmener le plus rapidement possible le patient aux urgences médicales.

PULPITE RÉVERSIBLE

La pulpite réversible est le premier stade d'inflammation pulpaire de la dent, quand la carie est si profonde qu'elle commence à atteindre « le nerf de la dent ». Elle peut provoquer des douleurs importantes, qu'il faut prendre en charge rapidement

Douleurs décrites : douleur provoquée (froid, sucre, chaud...) disparaissant ou persistant légèrement à l'arrêt du stimulus

Examen exobuccal : RAS

Examen endobuccal :

- Carie volumineuse sur une dent : sensation de tissu mou à l'examen avec une sonde
- Ombre noire ou grise sous l'émail
- La dent causale peut être couronnée (sans reprise carieuse visible)

Tests :

- Palpation négative non douloureuse
- Percussion négative non douloureuse
- Froid : positif douloureux non rémanent

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Si possible faire réaliser une radiographie de type rétro-alvéolaire de la dent concernée
- Prendre contact avec le service ou dentiste traitant en vue d'une prise de RDV pour soigner la dent
- Prescription : antalgique de palier 1 pour les douleurs

ATTENTION CONTRE- INDICATIONS AUX ANTI-INFLAMMATOIRES type ibuprofène car potentielle aggravation des signes infectieux.

NB : *seul le geste mécanique médical soulagera le patient*

PULPITE IRRÉVERSIBLE

La pulpite irréversible est une inflammation de la pulpe dentaire, causant des douleurs intenses au patient.

Douleurs décrites : douleur pulsatile spontanée, intense (au froid particulièrement) et continue
Le patient se plaint que « son cœur bat dans la dent ». **Douleur qui le réveille la nuit.**

Examen exobuccal : RAS

Examen endobuccal :

- Carie volumineuse sur une dent : sensation de tissu mou à l'examen avec une sonde
- Ombre noire ou grise sous l'émail
- La dent causale peut être couronnée (sans reprise carieuse visible)

Tests :

- Palpation négative non douloureux
- Percussion négative non douloureux
- Froid : positif douloureux rémanent

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Si possible faire réaliser une radiographie de type rétro-alvéolaire sur la dent concernée
- Prendre contact **rapidement** avec le service ou dentiste traitant en vue d'une prise de RDV pour soigner la dent
- Prescription : Kétoprofène 200mg réparti en deux prises, **sauf si AEG ou suspicion d'infection : dans ce cas antalgique de palier 1 ou 2**

NB : *seul le geste mécanique soulagera le patient*

PARODONTITE APICALE AIGUE

A ce stade, la dent est en voie de nécrose, le processus infectieux démarre et succède à l'inflammation des stades précédents. Le patient présente des douleurs continues et peut éventuellement avoir la sensation que sa dent est plus longue que les autres.

Douleurs décrites : douleur spontanée, continue, exacerbée par le contact occlusal.

Le patient peut parfois montrer précisément la dent causale. Il évite souvent de manger sur cette dent.

Examen exobuccal : RAS ou possible adénopathie(s)

Examen endobuccal :

- Carie volumineuse sur une dent : sensation de tissu mou à l'examen avec une sonde
- Ombre noire ou grise sous l'émail
- La dent causale peut être couronnée (sans reprise carieuse visible)
- Parfois variation de la teinte complète de la dent

Tests :

- Palpation négative non douloureux
- Percussion positive douloureux
- Froid : négatif

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Si possible faire réaliser une radiographie de type rétro-alvéolaire sur la dent concernée
- Prendre contact avec le service ou dentiste traitant en vue d'une prescription et d'une prise de RDV pour soigner la dent. Le RDV doit se faire à la fin de l'antibiothérapie.
- Prescription : Antibiothérapie simple et antalgique de palier 1

ABCES APICAL AIGÛ



Source : Auteur, 2019

L'abcès est souvent plus facile à observer que les pathologies précédentes. Il peut être visible à l'œil nu ou à la sensation de boule sous les doigts, quand on palpe.

Douleurs décrites : douleur spontanée, continue, très intense, contact occlusal intolérable.

Il lui est impossible de manger sur cette dent.

Examen exobuccal : Adénopathie(s)

Examen endobuccal :

- Tuméfaction visible en bouche ou présence d'une fistule
- Carie volumineuse sur une dent : sensation de tissu mou à l'examen avec une sonde
- Ombre noire ou grise sous l'émail
- La dent causale peut être couronnée (sans reprise carieuse visible)
- Parfois variation de la teinte complète de la dent

Tests :

- Palpation positive douloureux
- Percussion positive douloureux
- Froid : négatif

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Si possible faire réaliser une radiographie de type rétro-alvéolaire sur la dent concernée
- Prendre contact avec le service ou le dentiste traitant en vue d'une prescription et d'une prise de RDV pour soigner la dent. Le RDV doit se faire à la fin de l'antibiothérapie.
- Prescription : Antibiothérapie double et antalgique de palier 1

NB : l'abcès peut être chronique : une fistule est souvent visible dans ce cas. A la palpation le pus se draine par la fistule. Dans ce cas la découverte est souvent fortuite car le patient ne se plaint pas de douleur (mais éventuellement d'une gêne). La conduite à tenir demeure la même.

SYNDROME DU SEPTUM



Source : Auteur, 2019

Le syndrome du septum est un tassement alimentaire entre deux dents cariées ou avec une anatomie particulière. Il provoque des douleurs intenses pouvant faire penser à celles de la pulpite irréversible : douleur pulsatile, sensation de « cœur qui bat dans la dent » etc. ...

Douleurs décrites : douleur pulsatile spontanée, intense, survenant surtout après les repas.

Le patient se plaint que « son cœur bat dans la dent ». Douleur qui peut le réveiller la nuit.

Examen exobuccal : RAS

Examen endobuccal :

- Tassement alimentaire entre deux dents
- Absence de point de contact entre les deux dents
- Gencive qui saigne entre les deux dents

Tests :

- Palpation positive douloureuse à la jonction entre la dent et la gencive
- Percussion positive douloureuse sur les deux dents adjacentes
- Froid : non douloureux

Conduite à tenir :

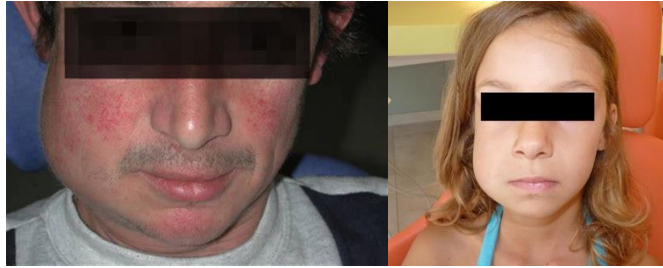
- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Si possible faire réaliser une radiographie de type rétro-alvéolaire des dents concernées
- Prendre contact avec le service ou dentiste traitant en vue d'une prise de RDV pour gérer le point de contact défectueux
- Traitement local : passage de brossettes interdentaires calibrées (ou fil dentaire), **après chaque repas**, entre les deux dents causales. Cela permettra d'éliminer le tassement alimentaire, source des douleurs intenses.

Éventuellement, réaliser un bain de bouche après chaque repas pendant une semaine.

En **ACCOMPAGNEMENT** du traitement local, une prise ponctuelle d'antalgique de palier 1, peut être indiquée.

NB : la prise de RDV peut être différée à quelques semaines. Le traitement local suffit à soulager transitoirement le patient en attente du RDV. Il sera nécessaire ultérieurement de reconstituer une anatomie fonctionnel des deux dents pour supprimer définitivement la douleur.

CELLULITE SÉREUSE



Source : Auteur, 2019

La cellulite est une infection des tissus de la tête et du cou apparaissant le plus souvent après une infection dentaire qui n'a pas été prise en charge à temps ou de manière efficace.

C'est l'une des urgences les plus importantes en dentaire. Il est important de s'en référer rapidement à un professionnel médical pour la prise en charge du patient.

Douleurs décrites : sensation de gêne, d'empâtement et de chaleur diffuse.

Douleur spontanée.

Examen exobuccal :

- Tuméfaction importante
- Adénopathie(s)
- Altération de l'état général
- Possible trismus : dans ce cas, il est parfois impossible de réaliser l'examen endobuccal.

Examen endobuccal :

- Carie volumineuse sur une dent : sensation de tissu mou à l'examen avec une sonde
- Ombre noire ou grise sous l'émail
- La dent causale peut être couronnée (sans reprise carieuse visible)
- Parfois variation de la teinte complète de la dent

Tests :

- Palpation positive douloureuse
- Percussion positive très douloureuse
- Froid négatif

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale si possible (le trismus peut empêcher le geste, dans ce cas prendre une photo de face du patient)
- Si possible faire réaliser une radiographie de type rétro-alvéolaire sur la dent concernée
- Prendre contact avec le service ou dentiste traitant en vue d'une prescription et d'une prise de RDV.

Le RDV doit se faire à la fin de l'antibiothérapie.

- Prescription : Antibiothérapie double et antalgique de palier 2

NB : un contrôle à 48h une fois l'antibiothérapie commencée, est nécessaire. A cette occasion une diminution de la tuméfaction doit être observée, ainsi qu'une amélioration de l'état général du patient. Si aucune amélioration n'est notée et/ou qu'une aggravation existe, le patient doit être emmené aux urgences médicales le plus rapidement possible

CELLULITE SUPPURÉE



Source : Auteur, 2019

La cellulite est une infection des tissus de la tête et du cou apparaissant le plus souvent après une infection dentaire qui n'a pas été prise en charge à temps ou de manière efficace.

C'est l'une des urgences les plus importantes en dentaire. Il est important de s'en référer rapidement à un professionnel médical pour la prise en charge du patient.

Douleurs décrites : sensation de gêne, d'empâtement et de chaleur diffuse. Douleur spontanée très intense.

Examen exobuccal :

- Tuméfaction importante
- Adénopathie(s)
- Altération de l'état général
- Possible trismus
- Fistule possible

Examen endobuccal :

- Carie volumineuse sur une dent : sensation de tissu mou à l'examen avec une sonde
- Ombre noire ou grise sous l'émail
- La dent causale peut être couronnée (sans reprise carieuse visible)
- Parfois variation de la teinte complète de la dent
- Collection fluctuante à la palpation

Tests :

- Palpation positive douloureuse
- Percussion positive très douloureuse
- Froid : négatif

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale si possible (le trismus peut empêcher le geste, dans ce cas prendre une photo de face du patient)
- Si possible faire réaliser une radiographie de type rétro-alvéolaire sur la dent concernée

- Prendre contact **rapidement** avec le service ou dentiste traitant. En effet, un drainage par incision de la collection fluctuante doit être effectué expressément par le médecin du service, le dentiste traitant ou le service de garde médecine/dentaire. Des RDV de soins doivent être organisés à la fin de l'antibiothérapie afin de solutionner de façon définitive la pathologie.

- Prescription : Antibiothérapie double et antalgique de palier 2

NB : un contrôle à 48h, une fois l'antibiothérapie commencée, est nécessaire. A cette occasion une diminution de la tuméfaction doit être observée, ainsi qu'une amélioration de l'état général du patient.

Si aucune amélioration n'est notée et/ou qu'une aggravation existe, le patient doit être emmené aux urgences médicales le plus rapidement possible.

APHTES



Source : Auteur, 2019

L'aphte est une ulcération bénigne retrouvée en bouche, le plus souvent sur les muqueuses ou la langue. Il peut être lié au stress, à une alimentation riche en fromages ou noix, à un milieu buccal acide. L'aphte n'est pas contagieux.

Douleurs décrites : Picotements 48 avant, possible, sensation de brûlures

Examen exobuccal :

RAS

Examen endobuccal :

- Ulcération à fond jaunâtre ou grisâtre, à bords nets, entourés par un liseré rouge
- Taille variable
- Localisation unique ou multiple

SIEGE : Joue, pointe de la langue, lèvre inférieure

Facteurs favorisant l'apparition des aphtes :

- Stress
- Certains aliments : noix, gruyère, tomates
- Certains médicaments
- Les déficits vitaminiques

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra
- Cicatrise en 10 à 15 jours.
- Si persistance de la lésion au-delà de 15 jours, refaire un examen avec la caméra intra buccale, un rendez-vous en consultation doit être pris rapidement.

HERPÈS BUCCAL

La primo infection herpétique



Source : Auteur, 2019

La primo infection herpétique correspond à la première manifestation du virus dans l'organisme. L'herpès buccal s'attrape par contagion lors d'un contact avec une personne porteuse du virus. Attention, lorsque le virus s'est manifesté une fois, la personne atteinte pourra rechuter par poussées d'herpès.

Douleurs décrites : des douleurs peuvent apparaître au contact de certains aliments, sensation de brûlure ou de gout métallique en bouche.

Le patient peut présenter une hyper-sialorrhée (excès de salive), de difficulté à l'alimentation (dysphagies).

Le patient peut être déshydraté après quelques jours.

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher d'autres lésions cutanées ou muqueuses
- Rechercher des adénopathies, surtout cervicales et souvent douloureuses

Examen endobuccal : Décrire :

- L'aspect : vésicules polycycliques qui, en se rompant, libère un liquide blanc et donne des plaques érosives confluentes ; ulcérations blanchâtres ; croûtes (surtout sur les lèvres et potentiellement sur le menton)
- Texture en surface : ulcéreuse, bulleuse, fragilité de surface
- Essayer de savoir depuis quand est apparue la lésion
- Présence de gingivostomatites : inflammation des gencives, saignements, plaies des muqueuses et de la bouche

SIEGE : Ensemble de la cavité buccale (palais, langue, muqueuses, gencives, lèvres, face interne des joues, jusqu'à la gorge)

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale

- Une consultation devra être programmée après la téléconsultation afin qu'un traitement général et local soit mis en place et adapté au patient.
- Si cela perdure au-delà de 10 jours, il est nécessaire de prendre un rendez-vous rapidement avec un chirurgien-dentiste et un médecin généraliste.
- **ATTENTION, la patient demeure extrêmement contagieux de l'apparition jusqu'à la disparition des manifestations du virus.**

La récurrence herpétique



Source : Auteur, 2019

Facteurs favorisant l'apparition de récurrence herpétique:

- Facteur neuropsychique : surmenage, émotion, stress
- Agression physique : exposition solaire, le froid
- Facteurs hormonaux : phase pré- menstruelle, menstruation
- Maladie infectieuse fébrile, pneumopathie, méningite, grippe
- Fièvre

La forme la plus fréquente d'une récurrence herpétique est l'herpès labial ou bouton de fièvre .

La 1ere phase de réactivation se caractérise par des brûlures et piqures avant l'apparition de vésicules à contenu clair qui feront suite à des érosions.

CANDIDOSES BUCCALES



Source : Auteur, 2019

Les candidoses sont des mycoses dues à des levures appelées Candida.

Douleurs décrites : Sensation de sécheresse buccale, de brûlures, goût métallique en bouche (dysgeusie), difficulté d'avaler (dysphagie)

Examen exobuccal :

RAS

Examen endobuccal :

- Multiples plaques blanches réalisant un aspect de « fromage battu » OU une langue rouge vif, douloureuse.

- Se détache au grattage

SIEGE : Langue, palais, face interne des joues

Facteurs favorisant l'apparition des candidoses :

- L'hygiène

- Diabète

- Sécheresse buccale

- Dénutrition

- Prises de certains médicaments : antibiotiques, immunosuppresseurs, chimiothérapie, corticothérapie

- L'âge : nouveau-né ou vieillard

- Altération de l'état des défenses locales de l'organisme

- Prothèse amovible dentaire

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale

- Une consultation devra être programmée après la téléconsultation afin qu'un traitement local soit mis en place et adapté au patient.

PÉRICORONARITES



Source : Auteur, 2019

La péri coronarite est l'infection de la gencive qui recouvre la surface d'une dent qui n'a pas fini de sortir. Elles sont favorisées par une mauvaise hygiène bucco-dentaire ainsi qu'un positionnement inadéquat de la dent (retour muqueux sur la dent causale).

Douleurs décrites : Diffuses, lancinantes, douleurs pouvant apparaître à la fin du repas, sensation de mauvais goût en bouche possible, dysphagies

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher des adénopathies
- Rechercher la présence d'un trismus
- Rechercher la présence d'une tuméfaction

Examen endobuccal :

- Inflammation de la gencive autour de la dent de sagesse avec présence de plaque
- Présence d'un capuchon muqueux sur la dent
- Suppuration possible à la palpation

SIEGE : Au niveau des dents de sagesse et en arrière de ces dernières

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Réaliser des bains de bouche après chaque repas, ainsi qu'un brossage méticuleux au niveau des dents de sagesse

LITHIASSE SALIVAIRE



Source : Auteur, 2019

La lithiasse salivaire est la formation d'un calcul dans un canal salivaire, l'obstruant partiellement ou totalement. Cette pathologie peut entraîner des gonflements et des douleurs.

Facteurs favorisant l'apparition de :

- Excès de calcium dans le sang
- Déshydratation
- Apport insuffisant en eau durant les grandes chaleurs
- Tabagisme
- Antécédents de lithiasse (personnel et/ou familial)

Douleurs décrites : de type aiguës, sous mandibulaire ou près des oreilles, faisant croire à une otite.

Les premiers signes sont :

- La hernie salivaire : gonflement de la glande majorée au début du repas
- La colique salivaire : douleur au début du repas
- Un jet de salive se produit souvent à la fin du repas

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher des adénopathies
- Rechercher une tuméfaction sous mandibulaire, pré auriculaire

Examen endobuccal : Décrire :

- Rechercher l'ostium de Wharton (au niveau du plancher buccal) et de Sténon (en regard de la deuxième molaire maxillaire) : présence potentielle de douleur à la palpation avec suppuration, de tuméfaction douloureuse et inflammatoire.

SIEGE : Région parotidienne, région sous-mandibulaire

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Réhydrater le patient

LICHEN PLAN



Source : Auteur, 2019

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire dont la cause est, à ce jour, inconnue. C'est une pathologie qui peut se révéler parfois douloureuse pour le patient.

Les formes cliniques sont multiples et la symptomatologie est variée.

Sous l'influence de facteurs étiologiques diverses et de façon inconstante, elles peuvent évoluer vers une forme érosive.

Facteurs favorisant l'apparition du lichen plan sous sa forme érosive :

- Prises de certains médicaments
- Réaction du greffon contre l'hôte
- Matériaux dentaires (présence d'amalgame, prothèses contenant du nickel etc. ...)
- Facteurs neurologiques et psychosomatiques
- Habitudes de vie

Douleurs décrites : Généralement non douloureux. En cas de crise, sensation de brûlure ou de goût métallique en bouche.

Le patient peut se plaindre de sécheresse buccale et de difficulté à l'alimentation.

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher d'autres lésions cutanées ou muqueuses
- Rechercher des adénopathies

Examen endobuccal : Décrire :

- L'aspect : Stries blanchâtres entrelacées
- Texture en surface : lisse, veloutée, verruqueuse, ulcéreuse, fragilité de surface
- Homogène
- Si elles sont associées à des zones érosives (rouges) ou atrophiques
- Essayer de savoir depuis quand est apparue la lésion

SIEGE : Localisée à la face interne des joues

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- Une consultation devra être programmée après la téléconsultation afin qu'un traitement local soit mis en place et adapté au patient.

GINGIVITE ULCÉRO-NÉCROTIQUE (GUN)



Source : Auteur, 2019

La GUN est une inflammation destructrice des tissus mous parodontaux : gencive, muqueuse, pouvant entraîner des pertes osseuses et à termes, la perte des dents.

C'est une pathologie extrêmement douloureuse, relevant de l'urgence.

Facteurs favorisant l'apparition de :

- **Mauvaise hygiène bucco-dentaire**
- Stress
- Carences nutritionnelles
- Tabagisme
- Manque de sommeil
- Immunité défaillante
- Déséquilibre alimentaire

Douleurs décrites : Sensation d'inconfort et de fatigue, douleurs gingivales, mauvaise haleine (halitose), sensation de bouche pâteuse, dysphagies

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher des adénopathies

Examen endobuccal : Décrire :

- L'aspect : gencives rouges, œdématisées, saignements spontanés, suppuration potentielle, aspect nécrotique, disparition ou décollement des papilles inter-dentaires, présence d'un liseré blanc au collet des dents
- Texture en surface : gencives molles
- Couleur : gencives rouges, violacées voire présence d'un liseré blanc au collet des dents

SIEGE : Gencives **uniquement**

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale

- Une consultation devra être programmée après la téléconsultation afin qu'un traitement général et local soit mis en place et adapté au patient.

- **Cette infection doit être prise très au sérieux, car si elle n'est pas traitée correctement, elle cause de graves dommages à la mâchoire et peut provoquer la perte des dents.**

LÉSIONS BLANCHES



Source : Auteur, 2019

Les lésions blanches sont nombreuses et d'étiologies variées. Elles peuvent être bénignes mais également potentiellement malignes.

Il n'existe pas, à l'état normal, de zones blanches dans la cavité buccale.

Cette fiche est faite pour guider votre examen clinique lors de la téléconsultation afin d'anticiper le diagnostic et la prise en charge du patient.

Douleurs décrites : Asymptomatique ou symptomatique (signes cliniques variables) : inconfort, douleurs sourdes, lancinantes, spontanées.

La douleur peut être pulsatile ou avoir une sensibilité au toucher.

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher d'autres lésions cutanées ou muqueuses (génitales et anales)
- Rechercher des adénopathies

Examen endobuccal : Décrire

- L'aspect : avec ou sans relief, confluentes ou non, présences d'ulcérations ou non
- Consistance : indurée ou non
- Texture en surface : lisse, veloutée, verruqueuse, ulcéreuse, fragilité de surface
- La taille
- La « couleur »
- Saignante au contact ou non
- Homogène ou inhomogène
- Si elles sont associées à des zones érosives (rouges) ou atrophiques
- Sensations associées : paresthésies, engourdissement, inconfort, sensibilité à un facteur (nourriture, contact)
- Essayer de savoir depuis quand est apparue la lésion

SIEGE : Ensemble de la cavité buccale

- Bien penser à regarder sous la langue, sur les bords de la langue, sur le plancher buccal, le palais,

l'angle rétro-molaire (à l'arrière des dernières dents du bas)

- Bilatérale ou unilatérale

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale

- L'apparition récente d'une lésion blanche impose une téléconsultation rapide.

- **ATTENTION : si la lésion persiste au-delà de 2 semaines, il est primordial de prendre un rendez-vous en consultation spécialisée de façon urgente.**

LÉSIONS ROUGES



Source : Auteur, 2019

Les lésions rouges sont nombreuses et d'étiologies variées. Elles peuvent être bénignes mais également potentiellement malignes.

Cette fiche est faite pour guider votre examen clinique lors de la téléconsultation afin d'anticiper le diagnostic et la prise en charge du patient.

Douleurs décrites : Asymptomatique ou symptomatique (signes cliniques variables) : inconfort, douleurs sourdes, lancinantes, spontanées.

La douleur peut être pulsatile ou avoir une sensibilité au toucher.

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher d'autres lésions cutanées ou muqueuses (génitales et anales)
- Rechercher des adénopathies

Examen endobuccal : Décrire

- L'aspect : avec ou sans relief, confluentes ou non, présences d'ulcérations ou non
- Consistance : indurée ou non
- Texture en surface : lisse, veloutée, verruqueuse, ulcéreuse, fragilité de surface
- La taille
- La « couleur »
- Saignante au contact ou non
- Homogène ou inhomogène
- Si elles sont associées à des zones érosives (rouges) ou atrophiques
- Sensations associées : paresthésies, engourdissement, inconfort, sensibilité à un facteur (nourriture, contact)
- Essayer de savoir depuis quand est apparue la lésion

SIEGE : Ensemble de la cavité buccale

- **Bien regarder les surfaces latérales et ventrales de la langue, le plancher de la bouche, la zone rétro-molaire, base de la langue**

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale
- L'apparition récente d'une lésion rouge, douloureuse ou non, impose la programmation d'une consultation spécialisée, pour une meilleure prise en charge.

LÉSIONS PIGMENTÉES



Source : Auteur, 2019

Les lésions pigmentées sont nombreuses et d'étiologies variées. Elles peuvent être bénignes mais également potentiellement malignes.

De façon générale, et en dehors des facteurs ethniques (d'origine africaine), il n'existe pas de zone hyper-pigmentée intra-buccale chez un patient.

Cette fiche est faite pour guider votre examen clinique lors de la téléconsultation afin d'anticiper le diagnostic et la prise en charge du patient.

Douleurs décrites : Asymptomatique ou symptomatique : La douleur peut être pulsatile ou avoir une sensibilité au toucher.

Examen exobuccal :

- Rechercher une altération de l'état général (prise de température, fatigue)
- Rechercher d'autres lésions cutanées ou muqueuses : notamment la lèvre
- Rechercher des adénopathies

Examen endobuccal : Décrire :

- L'aspect : avec ou sans relief, confluentes ou non, présences d'ulcérations ou non
- Consistance : indurée ou non
- Texture en surface : lisse, veloutée, verruqueuse, ulcéreuse, fragilité de surface
- La taille
- La « couleur »
- Saignante au contact ou non
- Homogène ou inhomogène
- A l'examen clinique : est-ce que l'opérateur sent à la palpation de la lésion, l'existence d'un poul
- Si elles sont associées à des zones érosives (rouges) ou atrophiques
- Sensations associées : paresthésies, engourdissement, inconfort, sensibilité à un facteur (nourriture, contact)
- Essayer de savoir depuis quand est apparue la lésion

SIEGE : Ensemble de la cavité buccale

- **Bien regarder les surfaces latérales et ventrales de la langue, le plancher de la bouche, la zone rétro-molaire, base de la langue, la face interne de la lèvre inférieure**

Conduite à tenir :

- Réaliser un examen avec la caméra intrabuccale

- L'apparition récente d'une lésion pigmentée, douloureuse ou non, impose la programmation rapide d'une consultation spécialisée, pour une meilleure prise en charge.

PRESCRIPTIONS

En cas d'urgences douloureuses et/ou infectieuses, il est possible d'orienter le médecin traitant vers une prescription adaptée, décrite au cas par cas dans les fiches cliniques.

Ici se trouve la synthèse des médicaments à prescrire.

1°) PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES:

• **Simple** : Amoxicilline : 50mg/kg/j pendant 7 jours soit :

Adulte : 2 g/j sur une durée de 7 jours, répartie en deux prises.

Enfant : 50 mg/kg/j sur une durée de 7 jours à répartir minimum sur deux prises.

• **Double** : 1°) Amoxicilline :

Adulte : 2 g/j sur une durée de 7 jours, répartie en deux prises.

Enfant : 50 mg/kg/j sur une durée de 7 jours, à répartir minimum sur deux prises.

2°) Métronidazole : 25 à 30 mg/kg/j sur une durée de 7 jours soit :

Adulte : 1500 mg /j sur une durée de 7 jours, répartie en trois prises.

Enfant : 25 à 30 mg/kg/j sur une durée de 7 jours, répartie en deux à trois prises.

• En cas d'allergie à l'amoxicilline, prescrire de la Clindamycine :

Adulte : 1200mg/j sur une durée de 7 jours, répartie en deux prises minimum.

Enfant : 50 mg/kg/j, sur une durée de 7 jours, répartie en deux prises minimum.

2°) PRESCRIPTION D'ANTALGIQUES :

• Antalgiques de **palier 1** : PARACETAMOL :

Adulte : de 500mg à 4g par 24 heures, répartie en plusieurs prises

Enfant : 60 mg/kg/j , répartie en plusieurs prises

• Antalgiques de **palier 2** : PARACETAMOL CODEINE / TRAMADOL

1°) PARACETAMOL CODEINE : 500/30mg

Réservé à l'adulte et **à l'enfant de plus de 12 ans**

→ Adulte de plus de 18 ans : 1 à 2 comprimés par prise, 3 à 4 fois par jour, sans dépasser 6 comprimés par jour.

→ Enfant de plus de 12 ans : 60 mg de paracétamol et 3 mg de codéine par kg et par jour, à répartir en 4 prises. Il est nécessaire de suivre la prescription de votre médecin. À titre indicatif :

→ Enfant de plus de 50 kg (plus de 15 ans) : 1 ou 2 comprimés, à renouveler si nécessaire après 4 heures, sans dépasser 6 comprimés par jour.

→ Enfant de 31 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) : 1 comprimé, à renouveler si nécessaire après 6 heures, sans dépasser 4 comprimés par jour.

2°) TRAMADOL

Réservé à l'adulte et **à l'enfant de plus de 15 ans**

Adulte : 1 à 2 gélules de 50mg par jour, à renouveler si nécessaire toutes les 4 à 6 heures.

Ne pas dépasser 8 gélules par jour.

3°) PRESCRIPTION BAIN DE BOUCHE :

- PAROEX 0,12 % (Bain de bouche) : 1 flacon

Faire un bain de bouche matin, midi et soir, après chaque repas, pendant 7 jours.

Prendre un bouchon dose pur et se rincer la bouche avec pendant une minute.

Ne pas diluer

Ne pas avaler

Ne pas rincer

Les bains de bouches sont à éviter chez les patients à risque de fausse route.

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Professeur Marysette FOLLIGUET

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes

Professeur Frédéric DARDEL

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Handicap et télémédecine bucco-dentaire : à propos d'une expérimentation en Île-de-France

Résumé :

La télémédecine est une pratique de la médecine utilisée depuis des décennies dans certaines parties du monde. Grâce à l'avènement des nouvelles Technologies d'Information et de Communication dans le domaine de la santé, la télémédecine a vu le jour il y a une dizaine d'années sur le territoire français. Elle a pour objectif de répondre à la demande de soins pour des populations à besoins spécifiques. Les projets pilotes dans le domaine de la télémédecine bucco-dentaire ont débuté en 2010 dans le sud de la France. D'autres expérimentations sont en cours et nous exposerons un projet qui associe une association qui œuvre dans le domaine du handicap (Avenir APEI) et un service de médecine bucco-dentaire (Louis Mourier, AP-HP, Paris) en partenariat avec l'ARS Ile de France. L'objectif principal est de proposer un plan de soins bucco-dentaires à des personnes handicapées qui ont un accès restreint aux professionnels de santé. Un volet prévention est présent dans cette démarche, grâce à des conseils et recommandations en matière d'hygiène orale. Ces recommandations s'adressent à toutes les personnes, familles, aidants, professionnels sociaux, qui interagissent avec les patients télé-expertisés. Cette thèse décrit le genèse du projet, sa mise en place, ainsi que les résultats obtenus depuis janvier 2019.

Discipline :

Santé Publique et prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Personnes handicapées -- Dissertations universitaires ; Service hospitalier d'odontologie -- Dissertations universitaires ; Télémédecine -- Thèses et écrits académiques ; Santé publique bucco-dentaire -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Disabled Persons -- Academic Dissertations ; Dental Service, Hospital -- Academic Dissertations

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge