



HAL
open science

Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire en milieu carcéral : l'essor de la télé-dentisterie

Kamila Derbali

► **To cite this version:**

Kamila Derbali. Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire en milieu carcéral : l'essor de la télé-dentisterie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04284779

HAL Id: dumas-04284779

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04284779>

Submitted on 14 Nov 2023

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.

UNIVERSITÉ de REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2023

N°

THÈSE

en vue de l'Obtention du

DIPLOME D'ÉTAT

de

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

DERBALI Kamila

Née le 27/09/1998

Prévention et promotion de la santé bucco-
dentaire en milieu carcéral : l'essor de la télé-
dentisterie

Présentée et soutenue publiquement le 14/09/2023

JURY

Président : Monsieur le Professeur J. BRAUX

Directeur : Madame le Docteur S. MOUSSA-BADRAN

Assesseurs : Monsieur le Professeur C. MAUPRIVEZ

Madame le Docteur S. GRENIER

Monsieur le Docteur V. FURON

UNIVERSITE DE REIMS

CHAMPAGNE-ARDENNE

UNIVERSITE DE REIMS

CHAMPAGNE-ARDENNE

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE

Monsieur Guillaume GELLÉ

1^{ER} VICE-PRESIDENT
MENT
(vice-président du CAC)

Monsieur Christophe CLE-

VICE-PRESIDENT (C.A.)

Monsieur Olivier DUPERON

VICES-PRESIDENTS (C.A.C)
BACKER

Madame Marie Renée DE

MENT

Monsieur Christophe CLE-

VICE-PRESIDENTS (C.F.V.U.)

Madame Marie Renée DE

BACKER

Madame Emmanuelle LE-

CLERCQ

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

Monsieur Etienne DESMET

UNIVERSITE DE REIMS
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE

DIRECTEUR

Monsieur Pierre MILLET

DIRECTEUR-ADJOINT

Monsieur Julien BRAUX

DIRECTRICE-ADJOINTE

Madame Marie-Paule GELLÉ

DIRECTRICE-ADJOINTE

Madame Marie-Laure JOURDAIN

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Madame Sylvie GILLET

CONSERVATEUR

Madame Emmanuelle KREMER

CORPS PROFESSORAL DE
L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE REIMS

Sous-Section (56.01) ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

* Département Odontologie pédiatrique

Chef de département : Professeur M.P. GELLÉ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier	M.P. GELLÉ
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	I. LOPEZ
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier	F. SIU PAREDES
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	T. CLEMENT
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	C. GUIDEZ

* Département Orthopédie dento-faciale

Chef de département : Docteur A. MAILLOUX

Maître de Conférences des Universités associé – Praticien Hospitalier	A. MAILLOUX
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	L. BAILLEUL
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	M. TERRACINA
Attachée d'enseignement	M. ANDRE
Attachée d'enseignement	S. SAMAIN MATTEI

Sous-Section (56.02) PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

* Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

Chef de département : Docteur S. MOUSSA BADRAN

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	S. MOUSSA-BADRAN
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	J. BAILLY
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier	J. CAMIAT
Attaché d'enseignement	T. BRIET
Attaché d'enseignement	F. SARRAJ

Sous-Section (57.01) CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE

* Département Chirurgie orale

Chef de département : Docteur S. LAURENCE

Professeur des Universités Emérite	B. LEFEVRE
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	C. BRETAUDEAU
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	H. HAFIAN
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier	S. LAURENCE

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

G. EXARTIER-MENARD
C. LEDOUBLE
R. MLINAREVIC

* Département Parodontologie

Chef de département : Professeur J. BRAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités Associé

J. BRAUX
M.L. JOURDAIN
J. SERGHERAERT
L. PIERRARD

* Département Biologie orale

Chefs de département : Professeur S. LORIMIER, Professeur C. MAUPRIVEZ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Professeur des Universités - Biologie cellulaire (CNU 65)
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités Associé

S. LORIMIER
C. MAUPRIVEZ
H. KERDJOUJ
S. DERRUAU
F. LEMAIRE

Sous-Section (58.01) DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

* Département Dentisterie restauratrice – Endodontie

Chef de département : Docteur C. ÖZCAN

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités associé – Praticien Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Assistante universitaire Associée
Attachée d'enseignement
Attaché d'enseignement

Y. JOSSET
J.H. TUBIANA
C. ÖZCAN
A. BAUM
F. CHAINOT
M. ROLIN
P. VAUCHELET
K. CAMPANO ROZAS
E. DEMOTIER
M. MARTEAU

* Département Prothèses

Chef de département : Docteur E. SCHITTLY-MEDARD

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités Associé – Praticien Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

C. MÉDARD
E. SCHITTLY-MEDARD
C. MAILLET
R. BADRAN
D. BUREAU

Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier

G. DORBEAUX
A.S. JAVONENA

* Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

Chef de département : Docteur J. LECLERE

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Maître de Conférences des Universités Associé – Praticien Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Chef de Clinique Universitaire - Assistant Hospitalier
Attachée d'enseignement

P. MILLET
J. LECLERE
R. BASTON
G. MOUSSÉ
E. PREAUBERT

ANGLAIS

Professeur Agrégé

M. CANTENER

INFORMATIQUE

Professeur Certifié

D. EUDES

CORPS PROFESSORAL
U.F.R. DE MÉDECINE DE REIMS

ANATOMIE PATHOLOGIE GENERALE

Mme le Dr BOULAGNON

BIOCHIMIE

M. le Professeur RAMONT

MICROBIOLOGIE

M. le Professeur DE CHAMPS DE ST LEGER
M. le Professeur ANDREOLETTI

ONCOLOGIE

Les opinions exprimées dans cette thèse n'engagent que leur
auteur et en aucun cas l'U.F.R. d'Odontologie de REIMS

À mon président de jury,

Monsieur le Professeur Julien BRAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section de CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE, Département Parodontologie
Chef du Département de Parodontologie

Directeur Adjoint de l'U.F.R. d'Odontologie de Reims
Chef du Pôle de Médecine Bucco-Dentaire (CHU Reims)
Docteur de l'Université de Reims Champagne Ardenne
Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Merci pour votre implication en tant que chef de pôle du service de Médecine Bucco-Dentaire
de Reims.*

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Sahar MOUSSA-BADRAN

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LE

GALE, Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Chef du département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

D.E.A. Dynamique cellulaire et Biocompatibilité

Master II Pro, Droit de l'Expertise appliqué à l'Odontostomatologie

Doctorat d'Université en Droit Médical et Droit de la Santé de l'Université de Paris 8

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Merci pour votre patience, toujours dans la bienveillance, lors de l'élaboration de mon travail.

À mon membre du jury,

Monsieur le Professeur Cédric MAUPRIVEZ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier dans la sous-section de CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE, Département Biologie Orale

Chef du Département de Biologie Orale

Chef de Service (CHU Reims)

Docteur de l'Université de Reims Champagne Ardenne

Diplôme d'Habilitation à Diriger des Recherches

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Merci pour votre enthousiasme et votre volonté à transmettre vos savoirs aux étudiants.

À mon membre du jury,

Madame le Docteur Stéphanie GRENIER

Docteur en chirurgie-dentaire
Praticien hospitalier

*Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.
Merci pour cette année plus qu'enrichissante dans mon apprentissage du métier de chirurgien-dentiste.
Votre bonne humeur, votre bienveillance et votre pédagogie resteront gravées dans ma mémoire.*

À mon membre du jury,

Monsieur le Docteur Vincent FURON

Docteur en chirurgie-dentaire
Praticien hospitalier

*Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.
Merci d'avoir accepté de vous intéresser à mon travail, mais également merci pour votre accessibilité et vos réponses lors de mes sollicitations.*

Remerciements

À **mes parents, Samra et Silya** mes petites sœurs et **Sabri**, mon petit frère, merci pour m'avoir accompagnée tout au long de mes études et de m'avoir poussée à être la meilleure grâce à mon éducation.

À **Léa**, ma binôme de ces trois dernières années. Merci pour tous ces fous rires mais également pour toute ton aide que tu m'auras apportée lors de ces longues études. Qui sait les bêtises que j'aurais faites sans ton intervention (cela restera entre nous évidemment).

À **Clément**, mon ami normand préféré. Tu es ma dose d'humour de tous les jours et tu as cette capacité à toujours me redonner le sourire quand les choses ne vont pas. Merci pour tous ces moments (goûters) passés avec toi que je n'oublierai jamais.

À **Aurélien**, cet ami dans lequel j'ai d'abord vu le point en commun des goûts musicaux (vive la techno) mais qui par la suite s'est avéré être une personne extrêmement bienveillante et loyale en amitié. À toutes ces prochaines soirées et tous ces prochains week-ends à venir !

À **Emma** et ton aide précieuse pour la vie professionnelle qui nous attend. Tu as toujours été là quand j'avais besoin d'aide, que ce soit professionnellement ou personnellement en amitié. Je ne te remercierai jamais assez pour ton empathie et ton dévouement.

À **Damien** et ces moments amicaux partagés (et pas seulement que de la réparation de vélo). Lidl, sandales, moto, trottinette et Johnny sont seulement quelques mots qui, quand sont prononcés par quelqu'un, me font immédiatement penser à toi. Merci de faire partie de mes amis proches sur qui je pourrai toujours compter quoi qu'il arrive.

À **Marie**, rencontrée par l'intermédiaire de notre chère Damien. Tu es une âme douce et tellement chaleureuse. Je vous souhaite tout le bonheur du monde à Annecy, et ne vous inquiétez pas je payerai mon billet de train pour vous rendre visite !

À **Aliénor**, tu as été une personne indispensable à une certaine période de ma vie et je n'oublierai jamais cela (remember les k-pop). Je vous souhaite une magnifique vie avec Aloïs.

À **Baptiste** et ses petites astuces de la vie quotidienne qui me serviront grandement (t'inquiète je ne dévoilerai rien). Sous ta timidité tu es en fait quelqu'un d'extrêmement marrant et pas prise de tête, que j'ai énormément apprécié !

À **Chloé** (Goffin) et sa bonne humeur à toute épreuve (sauf une fois peut-être mais c'était de notre faute). J'espère que tu pourras me faire visiter la Guyane un jour, et me faire goûter plein de spécialités que tu connais tant et nous ramène parfois !

À **Gaby** et ces moments en soirée à jouer très souvent à des jeux de société en se prenant de fou rire par ton implication à toute épreuve, merci de faire partie de mes amis.

À **Shana**, merci d'être restée mon amie depuis le lycée. Et même si on ne se voit pas très souvent, notre amitié n'en est que renforcée. Nous nous retrouverons à Paris désormais. (Madame j'habite dans le 16ème).

À **Antonine**, merci d'avoir été là quand j'en avais besoin. Nous savons très bien qu'on se ressemble plus qu'on ne le pense, et cela m'a fait énormément de bien quand je suis arrivée dans le groupe. À cette prochaine crémaillère dans votre nouvelle maison !

À **Chloé** (Grare), merci pour avoir été d'un accueil et d'une bonté inconditionnelle lorsque je suis arrivée au sein de votre groupe. À toutes ces prochaines soirées sur Paris car je sais, il y en aura beaucoup. Mais également désolée (ou pas désolée) si je fais partir Iris plus tôt à chaque fois !

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANS	Agence Numérique en Santé
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPS	Carte Professionnel de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DGS	Direction Générale de la Santé
DREES	Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPM	Établissements Pénitentiaires pour Mineurs
ESMS	Établissement Social et Médico-Social
HAS	Haute Autorité de Santé
LFSS	Loi de Financement de Sécurité Sociale
ORTIF	Outil Régional de Télé-Médecine d'Île-de-France
OTP	One Time Password
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SMPR	Services Médico-Psychologiques Régionaux
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UFSBD	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Introduction

Dans un monde où les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont de plus en plus présentes, une nouvelle perspective s'est ouverte à nous : celle de la télé-médecine, ou ce qui nous concerne plus particulièrement, la télé-dentisterie.

En effet, cette pratique médicale est très intéressante pour nous aider dans la prévention et la promotion de la santé ou encore dans le suivi de l'hygiène bucco-dentaire de nos patients.

Cette nouvelle perspective de télé-médecine s'est ainsi accélérée avec la pandémie de COVID-19 : un usage massif en a été fait suite au confinement général de la population française en 2020.

Cette même année, le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes a demandé à tous les chirurgiens-dentistes de réguler leurs propres urgences en maintenant une permanence téléphonique entre 9 heures et 12 heures tous les jours de la semaine [1]. Cette télé-consultation permettait au praticien de graduer le niveau d'urgence en remplissant une fiche de renseignements. Celle-ci, transmise au Conseil Régional de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, donnait lieu à une conduite du patient vers le cabinet dentaire ouvert le plus proche de chez lui [3].

Les indications de la télé-dentisterie peuvent être nombreuses et améliorer une prise en charge globale des patients en favorisant leur intégration dans un parcours de soin.

Elle constitue une chance de s'adresser à un maximum de personnes, notamment ceux qui n'ont pas une grande facilité d'accès aux soins bucco-dentaires.

Une population qui a simultanément des besoins importants mais aussi un accès limité aux soins dentaires, sont les personnes détenues, largement issues des classes défavorisées.

Les conditions de vie en milieu carcéral aggravent la nécessité des soins dentaires dû à la précarité ou encore l'usage de stupéfiants.

Ces personnes ont rarement eu d'éducation à la santé et ont une grande méconnaissance de la réalité des soins à cause de certaines peurs, de rumeurs ou des idées non fondées.

La télé-dentisterie permet ainsi de réaliser des actes de dépistage et d'optimiser la prise en charge de ces patients à besoins spécifiques selon le degré d'urgence de leur état dentaire, tout en diminuant les coûts.

1. Télé-médecine

1.1. Définitions et généralités

Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), la télé-médecine « est une pratique médicale à distance mobilisant des technologies de l'information et de la communication. Elle permet de répondre aux difficultés démographiques, épidémiologiques et organisationnelles » [2].

C'est ainsi qu'un professionnel de santé, voire plusieurs, peut établir un diagnostic d'une maladie, effectuer un suivi médical, prescrire des produits de santé, ou encore surveiller l'état de santé de son patient en cas de maladie chronique.

Il est cependant important de préciser que cet acte n'a en aucun but de remplacer l'acte médical en présentiel, mais est complémentaire de la consultation en touchant un certain type de population habitant des zones fragiles par exemple, ou des personnes trop âgées pour se déplacer.

1.2. Télé-médecine bucco-dentaire

Un chirurgien-dentiste est un professionnel de santé spécialisé dans la sphère oro-faciale : il a pour fonction de prévenir, de dépister et de soigner toute pathologie qui pourrait atteindre les tissus durs comme les tissus mous.

Pour cela, il utilise notamment plusieurs instruments indispensables à son exercice (miroir, sonde, appareil radiographique, ...) : une vision directe et indirecte de la cavité buccale est indispensable [3].

Un soin dentaire complet effectué à distance à l'aide de la télé-dentisterie semble alors illusoire et impossible à mettre en place, du moins pour le moment. Et pourtant bien plus utile que nous pouvons le penser.

Effectivement, ces outils sont encore peu connus de notre profession, malgré une prise en charge de la télé-consultation par l'Assurance Maladie depuis le 15 septembre 2018.

Cependant, nous pouvons dire que depuis ces trois dernières années, depuis la crise sanitaire liée au nouveau Coronavirus, le développement de la télé-médecine n'a cessé de s'accélérer avec la mise en place de ce dispositif notamment dans des Établissements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou dans des centres pénitentiaires.

1.2.1. Conditions et règles d'application

L'essor des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) définies comme : « Ensemble des outils, services et techniques utilisés pour la création, l'enregistrement, le traitement et la transmission des informations » [4] a permis d'ouvrir de nouvelles perspectives concernant les pratiques médicales.

Il est alors nécessaire qu'un ensemble de règles et de lois régissent la télé-médecine, afin d'éviter au maximum les dérives qu'il pourrait y avoir face à cette nouvelle technologie.

En mai 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi une liste de règles spécifiques à la télé-médecine, qui doit tout d'abord répondre des mêmes exigences que l'exercice médical en présentiel [5].

Les premières règles concernent ainsi des conditions administratives : il est indispensable qu'une authentification de la part des professionnels de santé intervenant dans l'acte ainsi qu'une identification des patients soient faites.

Le praticien doit avoir accès aux données médicales du patient lors de la télé-consultation, ce qui exige une conformité aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel (Article R. 6316_10 du Code de la Santé Publique (CSP)).

Si nécessaire, le patient doit être formé à l'utilisation du dispositif de télé-médecine, afin de s'assurer d'une utilisation efficace.

De plus, afin qu'un professionnel de santé puisse utiliser cet outil, il est indispensable qu'il soit bien formé et possède les compétences techniques pour toujours assurer une bonne efficacité du dispositif.

Concernant le côté organisationnel, le praticien souhaitant s'adonner à l'activité de télé-médecine doit prévoir des plages horaires en conséquence, en dehors de son activité en présentiel basique au cabinet dentaire.

C'est pour cela qu'un lieu calme et propice à la télé-consultation doit lui être réservé, afin de garantir la confidentialité des échanges qu'il aura avec ses patients.

Il doit également s'assurer de posséder les équipements nécessaires, que ce soit en termes d'outil de communication (un ordinateur et une webcam) ou d'outil de partage et de stockage (messagerie sécurisée et hébergeur de données de santé).

D'autres règles d'application sont en vigueur, toujours selon la HAS [5], pour assurer une bonne utilisation de la télé-médecine, telles que :

- Le médecin télé-consultant est salarié d'une entreprise ou est libéral, mais conventionné avec l'Assurance Maladie
- Le patient est orienté par son médecin traitant vers un médecin télé-consultant, et non en première intention
- Le médecin télé-consultant doit avoir rencontré au moins une fois son patient en consultation classique
- Le médecin télé-consultant ou le patient peuvent mettre fin à tout moment à la télé-consultation (si par exemple le praticien estime que cela n'est plus adapté à la situation du patient)
- Le médecin télé-consultant peut faire appel au moment de la télé-consultation à un autre professionnel de santé afin de compléter ses connaissances
- Le patient, comme le médecin télé-consultant, doit disposer d'une caméra de bonne qualité pour assurer au mieux le diagnostic

1.2.2. Télé-consultation bucco-dentaire

La télé-consultation bucco-dentaire est tout simplement une consultation par un chirurgien-dentiste auprès d'un patient à distance, mais au travers d'une caméra, et qui peut être à deux temps spatiaux différents.

Celle-ci se fait à l'aide de caméras, que possèdent non seulement le praticien, mais aussi le patient.

Dans certains cas cependant, quand l'examen doit être un peu plus poussé, ou que le patient est incapable de montrer sa cavité buccale correctement ou d'exprimer sa symptomatologie, un personnel formé (paramédical le plus souvent) peut l'accompagner dans sa démarche et servir ainsi d'intermédiaire au chirurgien-dentiste.

Ce genre de situation peut arriver lors d'urgences et où le praticien doit déterminer l'orientation du patient dans le parcours de soin (faire seulement une prescription médicale ou conduire le patient vers un cabinet de garde).

C'est ce qui est notamment arrivé lors de la crise du COVID-19 : les chirurgiens-dentistes étant obligés de fermer leur cabinet, l'Ordre leur a demandé de réguler leurs urgences dentaires en faisant de la télé-consultation [6].

La télé-consultation bucco-dentaire permet ainsi d'optimiser les rendez-vous avec le praticien en précisant les besoins spécifiques de chaque patient, et de limiter les déplacements de chacun.

Elle est également très utile dans la maintenance ou les consultations pré et post-opératoires, qui ne nécessitent pas spécialement la vue du patient par le chirurgien-dentiste.

1.2.3. Télé-expertise bucco-dentaire

La télé-expertise bucco-dentaire est elle assez différente de la télé-consultation. Effectivement elle ne nécessite pas obligatoirement la présence du patient.

Le chirurgien-dentiste traitant fera ainsi appel à un autre professionnel de santé, quel qu'il soit, afin de choisir la meilleure décision thérapeutique. Celle-ci prendra en compte l'avis du professionnel médical requis (celui qui est appelé en plus pour la télé-expertise) qui possède éventuellement des connaissances et compétences particulières que le professionnel médical requérant (celui qui fait appel à la télé-expertise) ne possède pas.

Le consentement éclairé du patient est indispensable pour la télé-expertise, car ces échanges sont dépendants des technologies de l'information et de la communication, et peuvent donc être très sensibles.

Nous pouvons alors comparer cela d'un certain côté aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) qui « regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science » selon la HAS [7].

Ces réunions sont nécessaires dans les cas de prise en charge complexe et pluridisciplinaire, elles sont notamment obligatoires pour tout traitement de cancer (un des objectifs du Plan Cancer 2003).

Suite à cette télé-expertise bucco-dentaire, un compte-rendu détaillé spécifiant les détails des échanges est rédigé. Celui-ci sera donné ainsi au patient au travers d'une messagerie sécurisée, mais également aux professionnels de santé qui seront impliqués dans sa prise en charge.

1.2.4. Télé-surveillance bucco-dentaire

La télé-surveillance médicale est défini à l'article R. 6316-1 du CSP : elle « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des mesures relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé » [6].

Elle est notamment mise en place pour les maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, ...) pour surveiller les patients et effectuer un renouvellement de traitement.

Cette télé-surveillance bucco-dentaire peut être utilisée également hors des cabinets dentaires, comme dans les EHPADs ou les milieux pénitentiaires.

Un des premiers dispositifs à avoir été mis en place en 2014 est le projet e-DENT® du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Montpellier. Celui-ci concernait d'abord les EHPADs, puis a été étendu aux patients handicapés et ensuite aux détenus de la Maison d'Arrêt de Villeneuve-les-Maguelone dans l'Hérault, dans le souci de répondre à un accès très limité à un chirurgien-dentiste [8].

Un autre projet qui a vu le jour en 2014 est le projet TEL-e-DENT mené par le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Guéret. C'est une étude qui a permis de démontrer l'efficacité de la télé-consultation bucco-dentaire chez les personnes âgées dans les dix EHPADs de la Creuse, en améliorant leur hygiène de vie [9].

Un autre dispositif déjà existant, venant lui de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), est le programme ORALIEN qui est un outil de télé-surveillance bucco-dentaire au

service des personnes les plus dépendantes (personnes âgées ou handicapées). Il permet d'effectuer un suivi de la santé orale, mais également de ne pas rompre le lien entre ces personnes et le cabinet dentaire. Mis en place en 2020, ORALIEN permet, grâce au personnel médical formé à la télé-dentisterie, de participer à la bonne hygiène bucco-dentaire et donc d'éviter les complications en cas de non suivi régulier [10].

En effet, ces populations, de par leur manque d'autonomie, la difficulté de se faire soigner, ou encore le fait d'être à risque carieux ou parodontal élevé, nécessite une surveillance accrue de leur hygiène bucco-dentaire.

Dans certains cas, un simple smartphone peut être utilisé, les données acquises seront alors étudiées par un chirurgien-dentiste qui prendra les décisions en fonction de ses connaissances. C'est notamment grâce à un système d'intelligence artificielle qui peut comparer avec l'état antérieur de la cavité buccale, que le praticien sera à même de bien suivre l'éventuel traitement en cours du patient, ou tout simplement s'assurer de la bonne motivation à l'hygiène bucco-dentaire en faisant un travail de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire.

2. Odontologie et milieu pénitentiaire

2.1.Problématiques de la population carcérale

Comme il a été dit précédemment, la population carcérale est majoritairement composée d'hommes jeunes issue d'une classe sociale défavorisée [11].

Une éducation à l'hygiène bucco-dentaire, et à la santé en général, est très souvent faible voire absente, ce qui induit un comportement à risque de ces populations (toxicomanie entre autres).

C'est pour cela qu'un besoin accru en terme de prévention et de promotion de la santé est plus qu'important afin de respecter la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 assurant la prise en charge des soins par l'hôpital public des personnes détenues.

Par exemple, en 2000 à la prison de Loos dans le Nord (aujourd'hui fermée), 87% des détenues avaient besoin de soins dentaires. De plus, « L'état de la bouche était considéré comme mauvais ou très mauvais dans 50% des cas, moyen dans 32% des cas et bon dans seulement 28 % des cas » [12].

Effectivement, de par leurs conditions sociales le plus souvent, ces personnes ne se font pas soigner de manière régulière chez un chirurgien-dentiste, et préfèrent consulter uniquement dans le cas d'urgence quand les douleurs apparaissent.

Dans d'autres cas, ils préfèrent se faire soigner dans des réseaux clandestins ou même à l'étranger pour des raisons de confiance (avec notamment la barrière de la langue pour certains) [12].

2.2.Organisation des soins bucco-dentaires

2.2.1.Prise en charge : le bilan d'entrée dentaire

Lors de toute entrée en milieu pénitentiaire, chaque détenu est censé passer un bilan médical dans lequel un bilan bucco-dentaire est réalisé. Celui-ci a pour but de voir les éventuels soins à réaliser, ceux à continuer ou bien si le patient a des demandes particulières de prise en charge.

Cependant il accompagne le bilan d'entrée dans seulement 52% des cas selon une étude menée par la Direction Générale de la Santé (DGS) en 2008 [11].

C'est un chirurgien-dentiste qui est censé le réaliser, cependant de par le manque de praticien disponible pour cette activité, le plus souvent c'est le personnel soignant travaillant déjà dans la prison qui s'en occupe.

Le bilan n'est donc pas optimisé, et la consultation ne donne pas suite le plus souvent car l'entrée en milieu pénitentiaire est une très grosse source de stress : l'hygiène bucco-dentaire n'est donc pas la priorité.

Néanmoins, le détenu pourra à tout moment de son incarcération demander une consultation dentaire s'il en ressent le besoin.

Dans certaines villes, comme ici à Reims, les consultations et les soins sont faits directement à la Maison d'Arrêt située Boulevard Robespierre.

C'est un praticien du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Docteur Vincent FURON qui se charge de cette mission.

Concernant les vacations effectuées, quatre demi-journées hebdomadaires sont effectuées à la Maison d'Arrêt.

Comme il a été dit précédemment, le bilan bucco-dentaire n'est pas systématiquement effectué lors de la visite médicale. Effectivement, c'est à la demande du médecin ou bien par le patient lui-même qu'il est réalisé.

Les soins réalisés directement en Maison d'Arrêt sont effectués le plus souvent sur des détenus jeunes, motivés et qui ont des peines assez courtes, leur permettant de ré-intégrer un circuit de soins classiques à la sortie de prison.

Cependant, quand des soins plus poussés sont nécessaires, comme l'intervention dans un bloc opératoire par exemple, l'extraction médicale peut être assez compliquée. Une organisation pour la sécurité de tous les intervenants est mise en place afin d'éviter tout débordement.

Ce sont donc des soins conservateurs, une élimination des foyers infectieux, une remise en état parodontal et une instruction à l'hygiène qui sont le plus privilégiés chez ces patients.

Pour beaucoup, l'incarcération permet de se concentrer et de prendre soin de leur santé bucco-dentaire, ce qu'ils ne faisaient pas nécessairement avant à l'extérieur.

2.2.2. Spécificités de la demande de soins en prison

2.2.2.1. Spécificité liée à la toxicomanie : alcool, tabac, drogue

Comme il a été dit précédemment, la population carcérale est majoritairement issue d'une classe sociale populaire, présentant des comportements à risque, notamment la toxicomanie.

Cela est aussi lié au fait que beaucoup d'incarcérations sont dues au trafic de drogue, et que ces habitudes perdurent même en prison.

Selon une étude de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) menée en 2003 sur la santé des personnes entrées en prison, deux femmes sur trois et quatre hommes sur cinq déclaraient fumer quotidiennement.

La déclaration d'une consommation excessive d'alcool concerne elle une femme sur cinq et un homme sur trois [13].

Ce qui est bien plus de ce que l'on observe dans la population générale.

Outre un risque accru de survenu de cancer par une consommation alcool-tabagique excessive, elle présente également un risque de développement de maladie parodontale car l'alcool étant acide et sucré, contribue à la prolifération de bactéries induisant ces maladies parodontales mais aussi gingivales [14].

La consommation de tabac elle, même à petite quantité, réduit l'apport d'oxygène dans les vaisseaux sanguins (de par l'effet vasoconstricteur de la nicotine), donc dans les gencives, ce qui les rends vulnérables aux attaques bactériennes.

Concernant les drogues, la MÉTHADONE qui est un traitement de substitution aux opiacées inhibe la sécrétion salivaire, associé à une forte teneur en sucre (0,9 g/5 mL) provoque un risque accru de caries dentaires aux patients prenant ce traitement [15].

De plus, les patients prenant des opiacées souffrent plus de xérostomie (sécheresse buccale) que la population générale. Or nous savons que la salive à un fort pouvoir protecteur contre la carie dentaire, notamment par son pouvoir tampon et son action anti-bactérienne.

Il est cependant important d'ajouter que la toxicomanie ne provoque pas en elle-même tous ces problèmes dentaires, c'est l'accumulation de tous les facteurs de risque (mauvaise hygiène bucco-dentaire, consommation excessive d'aliments sucrés, pas de suivi régulier chez un chirurgien-dentiste, ...) qui aggrave des problèmes déjà pré-existants.

2.2.2.2. Spécificité liée à la santé mentale

D'après un article « La santé en prison » [16], « près de la moitié des détenus présentent un trouble psychiatrique ».

Toujours d'après cet article, le taux de suicide en prison est sept fois supérieur à la population générale, ce qui montre l'importance d'une mise en place d'un suivi psychiatrique pour tous les détenus, et ceux, dès leur arrivée qui peut être un vrai bouleversement émotionnel.

C'est pour cela qu'en 1986, des centres ont été installés en milieu pénitentiaire (le plus souvent en Maison d'Arrêt) afin d'assurer le suivi psychologique de ses détenus, ce sont des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). Il en existe 26 en France, ce qui représente très peu par-rapport au nombre d'établissements pénitentiaires (189) [16].

En juin 2002, la DREES a fait une autre étude sur « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les Services Médico-Psychologiques Régionaux » : sur les 2 300 détenus pris en charge dans ces services, 55% présentaient un trouble psychiatrique [17]. Les principaux troubles concernent l'anxiété, les addictions ou encore les troubles psycho-somatiques.

Une catégorie bien précise rentre dans ces centres de soins : ce sont des hommes jeunes célibataires, qui sont en difficulté d'insertion (sans activité professionnelle et/ou sans domicile fixe).

Or plusieurs hypothèses existent sur le rôle des facteurs psycho-sociaux dans le développement des maladies parodontales : par une diminution des fonctions du système immunitaire, les éléments de la cavité buccale, notamment le parodonte, se retrouvent vulnérables. De plus, une sécrétion de cortisol importante observée après un épisode de stress, est capable de diminuer l'immuno-compétence et donc la capacité de défense des tissus conjonctifs [18].

De plus, ces maladies peuvent induire un comportement à risque comme une mauvaise alimentation, l'alcool, le tabac ou les drogues, pour contrer ce stress.

Il ne faut pas oublier d'ajouter qu'une personne en dépression aura tendance à moins prendre soin d'elle-même et à négliger son hygiène générale, mais aussi bucco-dentaire.

2.2.2.3. Spécificité liée aux mineurs et aux personnes âgées

Face à l'évolution de la délinquance et à une vulnérabilité évidente plus grande des mineurs par rapport aux adultes, six Établissements Pénitentiaires pour Mineurs (EPM) ont été ouverts en 2007 [19]. Ceux-ci permettent de les prendre en charge dans de meilleures conditions afin d'assurer la meilleure réinsertion possible en société.

La majorité des mineurs incarcérés sont issues de la même classe sociale populaire que les adultes en milieu pénitentiaire : leurs parents sont pour la plupart employés, ouvriers ou sans activité professionnelle. Beaucoup ont pu avoir un suivi régulier lors de leur enfance, qui s'est arrêté lors de la rupture avec la famille.

Dès leur plus jeune âge ils peuvent être confrontés à une violence ayant pour conséquence des traumatismes dentaires ou maxillo-faciaux pouvant avoir des répercussions sur la dentition adulte s'ils ne sont pas pris en charge [12].

Concernant les personnes âgées, nous pouvons constater un vieillissement de la population générale avec notamment les progrès de la science. Ceci est également observé en prison : « 7 800 détenus ont plus de 50 ans dont 2 400 ont plus de 60 ans sur une population recensée de 67 700 détenus en avril 2010 » [12].

Alors que même dans la population générale l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées représentent un défi de santé publique, cela se retrouve encore plus accentué en milieu pénitentiaire.

Effectivement, cette population peut ne pas recourir à une consultation chez un chirurgien-dentiste en raison de la « fatalité » que représente la vieillesse pour eux : il est normal d'avoir des problèmes dentaires lorsqu'on prend de l'âge [20].

Dans les milieux institutionnalisés comme dans les EHPADs, le manque de personnel soignant et le désintérêt que représente la cavité buccale pour certains, n'aide pas à une prise en charge optimale de la santé bucco-dentaire.

Les prisons, qui ne sont pas totalement préparées à ce changement démographique, doivent alors faire face à plus de maladies spécifiques dentaires aux personnes âgées, comme les parodontites, les xérostomies (sécheresse buccale) ou encore un besoin plus important en termes de prise en charge prothétique.

2.3. « Télédent », une expérience de télé-expertise bucco-dentaire

En 2010 a été élaboré un plan national de télé-médecine qui vise à développer ses usages à travers des actions et des projets pilotes. Les premiers ont été menés en région Midi-Pyrénées et Île-de-France entre 2012 et 2014, mais concernaient des spécialités prioritaires (dermatologie, psychiatrie et radiologie) [21].

Voyant des débuts prometteurs, l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France a voulu élargir progressivement les spécialités pouvant bénéficier de la télé-médecine jusqu'à arriver à notre domaine : la dentisterie.

C'est ainsi qu'est né Télédent en septembre 2018, une activité de télé-expertise bucco-dentaire mise en place à l'hôpital Henri Mondor, en lien avec la Maison d'Arrêt de Fresnes [11].

Effectivement, même si l'équivalent de deux chirurgiens-dentistes à temps plein sont dédiés aux prisonniers, cela ne suffit pas à la demande de soins.

Concrètement ce qu'ils font grâce à Télédent : ils reçoivent les vidéos de la prison, ils les analysent et renvoient l'état bucco-dentaire des prisonniers afin de faire de la prévention.

2.3.1.Organisation

Tout d'abord, comme il a été évoqué plus tôt, la mise en place de la télé-dentisterie nécessite plusieurs obligations : celle du recueillement du consentement libre et éclairé du prisonnier, la bonne formation aux technologies du personnel soignant de la Maison d'Arrêt, mais aussi l'impératif de posséder du matériel de bonne qualité afin d'assurer la prise en charge bucco-dentaire.

C'est ainsi qu'une équipe de chirurgien-dentistes est venue former le personnel soignant de la prison de Fresnes, en amont de la mise en place de Télédent. Cette intervention avait tout d'abord pour objectif de montrer comment utiliser la caméra intra-buccale et son logiciel, mais aussi de faire des démonstrations et des mises en situation.

Ceci mis en place à partir de septembre 2018, les premières acquisitions des cavités buccales par les équipes soignantes de la Maison d'Arrêt sont faites.

Ayant été correctement formées à la prise de vues et des éléments importants de la cavité buccale, les images sont ensuite acquises et transmises via une plate-forme nommée ORTIF (Outil Régional de Télé-Médecine d'Île-de-France) à une équipe de chirurgiens-dentistes de l'hôpital Henri Mondor.

Celle-ci est utilisée par plus de 10 000 professionnels de santé et constitue un outil sûr et sécurisé afin d'échanger, de transférer des données médicales qui peuvent être sensibles [22].

L'équipe de l'hôpital analyse ensuite les images qui ont été prises par secteur ; ils ont donc quatre vidéos. Un compte-rendu est alors rédigé : le nombre de dents absentes y est noté, s'il y a des débris radiculaires également, le niveau d'hygiène bucco-dentaire est spécifié aussi. Le chirurgien-dentiste analysant la vidéo peut également prescrire des examens complémentaires tels qu'une radiographie panoramique s'il estime qu'il en a besoin.

En amont un questionnaire médical a évidemment été rempli afin de connaître l'état de santé du patient et les éventuelles symptomatologies qu'il pourrait avoir : ceci permet de mettre par ordre de priorité les interventions à prévoir grâce à une classification allant de 1 à 4, c'est-à-dire d'une non nécessité de soins apparente à l'urgence.



Figure 1 : Schéma récapitulant le processus opérationnel de la télé-médecine bucco-dentaire [25].

2.3.2. Avantages

Un des avantages principaux de la télé-dentisterie, est l'accès facilité à une prévention et des soins bucco-dentaires pour des populations vulnérables.

Ces personnes n'ayant pas eu nécessairement la chance auparavant d'avoir eu accès à une éducation sanitaire, peuvent avec ce dispositif se voir proposer des consultations et des soins dentaires. Et donc constituer une chance de plus pour une meilleure réinsertion en société lors de leur sortie.

Un avantage non négligeable est également le coût budgétaire.

Effectivement, quand il n'y a pas le choix et que la situation l'impose, un détenu ayant besoin de soins doit être transféré à l'établissement de santé de rattachement de la prison. Or ceci pose plusieurs problèmes ; ce qu'on appelle une « extraction médicale » nécessite déjà plusieurs personnels afin de surveiller la personne sortante. Le coût hors santé est ainsi estimé à 700 euros selon un article de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) [21]. De plus, il y a un fort taux d'annulation de par les nombreuses problématiques que peuvent avoir l'organisation mais aussi quand certains détenus refusent finalement l'extraction.

Le fait donc de réaliser une télé-consultation offre un confort non négligeable au détenu qui n'a pas besoin de subir tous les protocoles de sortie (interrogatoire, fouilles, etc).

Il est important aussi de préciser que le secret médical n'est pas respecté car le personnel pénitentiaire a obligation de rester avec le détenu lors de la consultation ou de l'intervention dans l'établissement de santé de rattachement.

Tous ces points ne motivent donc pas les détenus à faire appel à des soins extérieurs, notamment à cause d'un délai d'attente qui peut être très long.

La télé-dentisterie se voit donc comme solution idéale afin d'intervenir en amont dans le dépistage et la prévention.

Ensuite, le fait que ce soit le personnel soignant de la prison qui s'occupe de l'acquisition des images bucco-dentaires et de la prise en charge globale, facilite les soins avec les détenus.

Effectivement, ceux-ci peuvent être plus à l'aise et en confiance avec un personnel qu'ils voient souvent et connaissent. Ils peuvent donc par exemple se confier sur la consommation éventuelle de certaines substances et se laissent plus facilement faire lors de l'acte de la consultation.

Enfin, comme il a été dit plus haut, Télédent permet une organisation hiérarchisée des soins : après une acquisition des images et un compte-rendu réalisé par les chirurgiens-dentistes de l'hôpital Mondor, ceux-ci établissent des plans de traitement par ordre de priorité ; les urgences sont donc prises en charge en premières.

2.3.3.Limites

Une limite qui assez présente concernant Télédent est la nécessité d'apprentissage de l'utilisation de la caméra et du logiciel connecté à la caméra.

Effectivement, comme pour tout domaine, la courbe d'apprentissage comprend la phase de lancement, de progression puis de maîtrise. Celle-ci peut être assez longue afin d'obtenir une vidéo de qualité permettant une bonne analyse par les chirurgiens-dentistes. Ceux-ci doivent également posséder une certaine expérience dans la lecture de ces vidéos : il faut apprendre à analyser et à observer les bonnes structures, ne pas se tromper et ne surtout pas passer à côté d'informations qui peuvent changer la vie du patient (rater une lésion suspecte par exemple).

C'est ainsi que l'équipe de la prison de Fresnes a eu quelques difficultés au début à s'adapter car ils n'étaient pas habitués à ce genre de manipulation avec leurs détenus [11]. Cependant, les problèmes ont rapidement été levés par l'expérience au fur et à mesure de l'équipe soignante. Il est toutefois assez important de préciser que la télé-dentisterie n'a pas pour but de poser un diagnostic exact, mais de donner des hypothèses, de faire un travail de prévention et ensuite de graduer le niveau d'urgence de chaque patient.

Il faudra évidemment prendre en compte le coût budgétaire d'une telle décision (allant de 3 000 euros pour la caméra SOPROCARE® d'Acteon® [20] utilisée dans le projet e-DENT®, jusqu'à 25 000 euros pour une caméra comme Medit i700). Et éventuellement mener des enquêtes sur les bénéfices à terme que peut apporter la télé-dentisterie, par-rapport à un praticien qui se déplacerait directement dans la prison, au lieu d'effectuer la télé-consultation à l'hôpital.

Il faut aussi s'assurer que la suite des soins soit effectuée, et pas seulement la télé-consultation. Or comme il a été dit précédemment, si les soins nécessitent que le détenu se déplace dans un hôpital, plusieurs problématiques se présente telles que l'accord du patient pour cette extraction

médicale, le coût budgétaire ou le manque accru de personnel pénitentiaire très souvent en sous-effectif.

Selon le site internet d'Acteon®, cette caméra intra-buccale est capable de détecter les caries dentaires grâce au mode CARIO et de mettre en évidence une inflammation gingivale grâce au mode PERIO.

Elle est surtout utilisée pour les traitements prophylactiques et parodontaux.

Une autre limite, qui peut s'avérer être un problème, est le possible manque de continuité des soins.

En effet, la plupart des détenus rentrent en prison, mais y sortent un jour ou l'autre. Ce qui fait qu'une rupture de la continuité des soins peut se produire si le patient décide de ne pas poursuivre sa prise en charge en dehors du milieu pénitentiaire.

Et dans le cas contraire, si le travail de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire a été correctement réalisé et que le détenu décide de trouver un chirurgien-dentiste libéral, il faudrait qu'il récupère son dossier médical complet à la sortie de prison incluant également les vidéos prises lors de la télé-consultation [24].

Or ceci peut être assez compliqué à mettre en place, même si cependant pas impossible.

2.3.4.Perspectives

Malgré une avancée qui n'a cessé de s'accélérer, la télé-médecine reste cependant encore peu connue et utilisée dans de rares occasions, ou n'arrive tout simplement pas à trouver sa place sur le marché.

Effectivement, de grands groupes industriels comme Amazon® portent de plus-en-plus d'intérêt à la télé-médecine avec la création par exemple d'« Amazon Care » pour leurs employés et qui consistait à les mettre en relation avec des professionnels de santé à toute heure de la journée ou de la nuit. Mais cette plateforme a été fermée en août 2022 du fait de son manque d'ergonomie [25].

Ne voulant pas s'arrêter sur un échec, l'entreprise a décidé d'ouvrir cette fois-ci une plateforme d'e-santé ; c'est-à-dire une plateforme qui met en relation les patients avec les professionnels

de santé via une messagerie sécurisée. Ceux-ci répondent aux maux des patients en leur faisant un plan de traitement avec éventuellement une prescription médicamenteuse.

Mais ceci pose énormément de questions quant à l'efficacité du système (les patients sont-ils bien orientés ?) mais aussi d'une santé qui est vue de plus en plus comme un « consommable ».

Concernant la télé-dentisterie, au vu des résultats assez prometteurs depuis plusieurs années en milieu pénitentiaire, il serait intéressant d'étendre cela à toute la France. Et même à plusieurs autres établissements dans lesquels la télé-médecine bucco-dentaire a toute sa place tels que les EHPADs ou les établissements pour les personnes handicapées.

Par exemple le projet e-DENT® a été créé en 2014 dans la région du Languedoc-Roussillon : une première expérimentation a été faite dans quelques EPADs, puis s'est étendue à des Maisons d'Arrêt et des établissements pour des personnes en situation de handicap mental et/ou moteur. C'était la toute première expérimentation de télé-dentisterie en Europe [26].

Ensuite, les caméras intra-orales, même celles utilisées pour une conception prothétique chez les praticiens libéraux, savent très bien prendre les structures dentaires dures. Elles ont cependant un peu plus de mal à capturer les tissus mous tels que la langue, les joues ou les crêtes qui peuvent se révéler être un véritable défi lors de l'acquisition.

Or afin de se rapprocher le plus possible d'une consultation en présentiel, le chirurgien-dentiste doit être capable de pouvoir observer toutes les structures de la cavité buccale, et pouvoir voir correctement les muqueuses qui peuvent être sujettes à présenter des lésions suspectes (bord de la langue qui peut être notamment révélateur d'un carcinome épidermoïde). Si cela n'est pas fait correctement, le patient a alors une perte de chance énorme car le chirurgien-dentiste n'aura pas été capable de voir correctement à cause de la caméra qui n'a pas bien enregistré [11].

Nous pouvons alors nous attendre à une avancée ces prochaines années, concernant une amélioration de la prise en vidéo.

3. Interrogations sur la télé-dentisterie

L'émergence des nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) nous obligent à nous interroger sur la déontologie et l'éthique de l'utilisation de ces outils. Une nécessaire prise de recul est indispensable afin d'éviter les dérives que cela peut entraîner.

3.1.Cadre déontologique

3.1.1.Ré-articulation du schéma relationnel

Lorsqu'un patient consulte un professionnel de santé, une relation particulière se lie entre eux : une personne malade et en position de vulnérabilité demande de l'aide à un médecin ; nous parlons de la relation soignant-soigné.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé replace le patient au centre du système de soin notamment avec l'article L. 1111-4 qui dit qu' « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être effectué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. ».

Le médecin a le rôle de poser un diagnostic et de restaurer l'état de santé de son patient, tout en l'accompagnant dans les différentes phases du traitement.

Il y a alors une importance de la communication verbale et non verbale dans cette relation, en cas par exemple d'annonce d'un diagnostic à pronostic « grave ». La manière dont va s'y prendre le professionnel de santé joue sur la manière dont va recevoir le patient la nouvelle.

Ceci conditionne la suite de la prise en charge : il y a une nécessité de créer une relation fiable et de confiance entre les deux parties [27].

Or la télé-médecine bouscule tout ce schéma car le professionnel et le patient ne se rencontrent jamais en temps réel ; il y a une « asynchronie » entre eux [28]. La caméra intra-buccale sert d'intermédiaire et met une barrière de plus dans une relation qui ne peut déjà pas être facile à aborder dans son essence même.

Il est cependant important de souligner que la caméra intra-orale, malgré ses quelques inconvénients, permet au patient de se rendre compte de son état bucco-dentaire : le fait de voir sa propre bouche sur un écran d'ordinateur peut lui faire rendre compte de l'importance de l'hygiène. Cela constitue donc un levier positif dans la prévention et la promotion de l'hygiène bucco-dentaire en milieu carcéral [28].

Le fait également que le détenu ne voit pas directement le chirurgien-dentiste qui constitue en quelque sorte une figure d'autorité et peut inspirer de la crainte, peut permettre de le rendre plus

à l'aise en le laissant dans un environnement qu'il connaît et avec un personnel de la prison avec qui il est à l'aise.

Mais paradoxalement le praticien pourrait avoir du mal à effectuer une anamnèse complète car la relation soignant-soigné de base implique une confiance établie entre les deux parties : le patient pourrait se confier sur ses habitudes de consommation (grignotage, prise de substances illicites, ...), qui constituent des informations nécessaires à la pose du diagnostic et du traitement correct.

Nous pouvons alors supposer que cette relation de confiance est transférée à travers le personnel de la prison qui se charge de la numérisation de la cavité buccale.

Cette relation virtualisée entre le chirurgien-dentiste et le patient nécessite alors une ré-articulation du schéma relationnel, qui n'implique plus seulement eux deux.

3.1.2.Droit et consentement des patients

Tout acte de télé-médecine doit avoir le consentement libre et éclairé du patient.

Le praticien effectuant cet acte a ainsi le devoir d'être totalement transparent avec son patient, en lui expliquant exactement en quoi consiste l'acte de télé-dentisterie, quels sont les risques potentiels (concernant notamment les échanges d'informations médicales via les technologies de l'information et de la communication) et également quels sont chaque intervenant participant et s'il autorise les autres professionnels à avoir accès à ses données de santé (partage d'informations) [29].

Ce consentement peut être retiré à tout moment par le patient si celui-ci le souhaite.

Pour recueillir ce consentement, le praticien doit procéder à une première consultation obligatoirement en présentiel. De plus, cela constitue déjà une des règles de la HAS concernant la mise en place des actes de télé-médecine [5].

Il est ainsi conseillé au praticien de rédiger un texte de consentement avec des termes suffisamment intelligibles pour que le patient comprenne tous les enjeux. Ce document est gardé dans le dossier du patient, consultable par tous les praticiens intervenant dans la prise en charge.

Il est cependant important de bien donner l'information orale, de la tracer dans le dossier médical, en précisant même la date de délivrance du consentement. Celui-ci doit être donné par le patient à chaque intervenant participant à sa prise en charge.

Ceci peut être très utile en cas de contentieux par exemple [29].

Si le patient refuse l'acte de télé-dentisterie, le praticien doit accepter ce refus, le consigner dans son dossier médical et surtout l'informer des potentiels risques de santé encourus s'il ne se fait pas soigner.

Il doit également essayer de trouver un autre moyen (autre que la télé-dentisterie) de prise en charge pour le patient.

3.1.3. Secret professionnel

Comme tout acte médical en présentiel, la télé-dentisterie ne déroge pas à la règle du secret professionnel.

Selon l'Article R. 4127-4 du CSP, le secret professionnel couvre tout ce que le praticien a échangé avec le patient lors de la télé-consultation, mais également tout ce qu'il a vu, entendu et même compris.

Chaque professionnel de santé intervenant dans la prise en charge du patient est autorisé à avoir accès à son dossier médical, mais il est de ce fait également soumis au secret professionnel.

Pour que celui-là soit bien respecté, les échanges des données de santé doivent se faire de manière sécurisée via une messagerie et ces données doivent être stockées sur un hébergeur agréé par l'ANS (Agence du Numérique en Santé) [26].

Une des plateformes les plus connues par exemple utilisée en Île-De-France se nomme ORTIF ; les images prises grâce à la caméra intra-buccale sont acquises et transmises via cet outil.

Pour accéder à cette plateforme, une identification et une authentification sont nécessaires notamment grâce soit à la CPS (Carte de Professionnel de Santé) que possède tous les chirurgiens-dentistes, soit par code éphémère OTP (One Time Password) qui ne peut être généré qu'une seule fois [30].

Depuis 2016, le secret professionnel est confié à toute l'équipe de soins intervenant dans la prise en charge du patient.

Selon la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [31], le secret professionnel « s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ». Cela sous-entend donc également le domaine du sanitaire mais aussi du social. Ce secret peut être partagé à condition que les informations soient « strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou de son suivi médico-social et social » [32].

3.2. Cadre éthique

3.2.1. Devenir du colloque singulier

Le colloque singulier est la relation bi-latérale typiquement issue de la pensée hippocratique qui s'installe entre le médecin et son patient [33].

Selon Henri PÉQUIGNOT « 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 » [34].

C'est en fait le déroulement d'une prise en charge classique par un professionnel de santé de son patient. Il y a une concordance des paroles et des actes : le praticien interroge son patient en temps réel, procède à l'examen clinique et le soigne par la suite s'il en a besoin.

Or la télé-dentisterie bouscule tout ce processus ; effectivement le praticien et le patient ne se rencontrent pas dans la même unité de temps et de lieu [28].

L'acquisition des images est faite avant que le chirurgien-dentiste ne les analyse. Cette analyse est faite à l'hôpital généralement où le praticien exerce.

L'unité d'action n'est également pas la même lorsque celui-ci fait un travail de prévention par exemple et transmet des informations concernant le plan de traitement du détenu au personnel pénitentiaire. Aucune des trois unités du colloque singulier n'est alors respectée, ce qui aboutit à son éclatement.

Les différentes pièces du puzzle peuvent être réarrangées pour aboutir à la meilleure prise en charge du patient.

Le colloque singulier qui était de base une relation bi-latérale, devient avec la télé-dentisterie une relation où d'autres personnes interviennent et pas seulement le praticien traitant ; notamment un personnel « requérant » qui se charge de la prise d'images, mais aussi un « tiers technologique » que constitue la caméra-intra-buccale.

Ces intermédiaires qui peuvent constituer une barrière entre le chirurgien-dentiste et le détenu, peuvent impacter de manière négative le modèle médical. Effectivement, le personnel requérant ne possède pas toutes les compétences techniques qu'à un chirurgien-dentiste, malgré une formation préalable à la cavité buccale et à son acquisition numérique. De plus cette acquisition numérique ne se substituera jamais à un œil aiguisé d'un professionnel de santé, et peut donc passer à côté d'éléments essentiels à la pose d'un diagnostic.

Cependant malgré ces points négatifs que peuvent constituer l'éclatement du colloque singulier, il ne faut pas oublier que nous parlons de la mise en place de la télé-dentisterie dans le cadre de populations ayant des difficultés à avoir accès à des soins ; en l'occurrence ici les détenus de prison.

Elle constitue effectivement un bon moyen pour ceux-ci d'avoir accès au moins à des conseils d'hygiène bucco-dentaire et à de la prévention pour des personnes qui n'ont pas nécessairement eu la chance et les moyens d'en bénéficier avant leur entrée en prison.

De plus, dans certains cas l'intervention d'un personnel requérant travaillant au sein du centre pénitentiaire peut être en fait un point positif : celui-ci étant au contact permanent avec les détenus peut avoir créé des liens de confiance. Ces liens sont indispensables pour par exemple l'introduction de la caméra intra-buccale qui peut être prise comme un acte invasif [28].

Le prisonnier reste dans un environnement qu'il connaît, avec une personne qu'il connaît également ; la confiance est posée et facilite la prise en charge.

Il y a alors un nécessaire questionnement éthique concernant la télé-dentisterie, en posant le pour et le contre avec la balance bénéfice/risque et le type de patient qu'on a en face de nous.





Figure 2 : Représentation schématique de la rupture du colloque singulier [28].

3.2.2. Relation versus connexion

La relation soignant-soigné est au cœur de la relation de soins : sans une base saine basée sur une confiance réciproque et mutuelle, le praticien ne pourra jamais soigner son malade de manière correcte.

Pour cela un ensemble de points est indispensable tel que la communication verbale et non verbale, l'accompagnement du médecin dans les différentes phases du traitement ou encore la capacité de celui-ci à s'adapter au patient [27].

Le fait que les deux parties se voient en temps réel permet par exemple au praticien de valider le dernier point en s'adaptant à son patient en fonction de son comportement et de ses mimiques.

Le chirurgien-dentiste procède également à une anamnèse en début de consultation. Elle a pour but de mettre en confiance le patient qui pourra se confier sur ses habitudes de vie que ce soit alimentaire ou même la prise de certaines substances. Cet interrogatoire est indispensable pour poser le bon diagnostic et ainsi proposer le bon traitement au patient [28]. De plus, celui-ci peut également poser toutes les questions qui lui viennent en tête à son praticien, ce qui permet de rendre cette relation encore plus fluide.

Selon Hollander et Szasz en 1956 [35] trois modèles de relation médecin-malade existent :

- Modèle avec le médecin actif et le malade passif : lors d'urgences ou de coma (lors d'une chirurgie d'avulsions multiples de dents sous anesthésie générale au bloc opératoire par exemple)
- Modèle avec le médecin directif et le malade coopératif : lors d'une maladie aiguë où le praticien oriente et conseille et le patient obéit (lors d'un soin d'une carie par exemple)
- Modèle avec le médecin et le malade participent de manière mutuelle et réciproque : lors d'une maladie chronique où le patient se prend en charge et est actif de son traitement (lors de la maintenance d'une maladie parodontale par exemple)

Or la télé-dentisterie bouscule toute cette notion qu'est la relation singulière bilatérale et réciproque médecin-malade.

Effectivement, peut-on vraiment parler d'une telle relation si les deux parties ne se sont jamais rencontrés dans le même lieu, qui plus est jamais rencontrés dans le même espace temps [28] ? La relation, quelle qu'elle soit, est alors substituée par une connexion ; connexion qui se fait via la caméra intra-buccale introduite dans la bouche du patient.

Celle-ci ne fait que virtualiser la relation médecin-malade, qui a pour essence même la notion de présence physique mais aussi psychologique.

Le tiers technologique, malgré une aide précieuse qu'il peut apporter, ne se substituera jamais à l'expertise en temps réel et à l'œil aiguisé d'un chirurgien-dentiste.

Nous pouvons alors nous questionner sur le fait que la télé-dentisterie proposerait seulement une hypothèse diagnostic et non un vrai diagnostic [26].

Il ne faut alors pas oublier qu'elle apporte seulement une aide à la dentisterie actuelle et n'a pas vocation de la remplacer, c'est une solution palliative.

3.2.3. Risques et dérives d'un usage non raisonné

Comme toute nouvelle innovation technologique, la télé-dentisterie risque de provoquer des dérives.

Pour éviter ceci, il est indispensable de s'interroger sur l'utilisation de cet outil et au type de patient à qui cela pourrait aller.

Effectivement, pour notre cas des détenus incarcérés, il faudrait s'assurer que la consultation faite au moyen de la télé-dentisterie soit suivie par les soins adéquats s'ils sont nécessaires. Ce qui n'est pas toujours le cas suite aux nombreuses problématiques que peut poser l'extraction médicale d'un détenu dans l'établissement de santé de rattachement de la prison [21].

La question se pose alors du fait s'il vaut mieux pouvoir avoir accès à un praticien au travers de la télé-dentisterie, que ne pas y avoir accès du tout [26].

Mais globalement pour les personnes incarcérées en prison ou encore pour les personnes âgées dépendantes institutionnalisées, la télé-dentisterie constitue une chance et un moyen d'avoir accès à des consultations auprès de chirurgiens-dentistes.

Le risque de dérive qui peut exister est de faire de cet outil un modèle de prise en charge universel [26] : effectivement comme il a été dit auparavant, le tiers technologique ne pourra jamais se substituer à un diagnostic effectué en présentiel par un chirurgien-dentiste. Le diagnostic est biaisé par tous les protagonistes (en l'occurrence ici le personnel pénitentiaire et le tiers technologique) qui interviennent entre le praticien et son malade.

Il ne faudrait donc pas que la télé-dentisterie intervienne dans d'autres cas que ceux nécessaires, et que ces cas soient inscrits dans un protocole de prise en charge globale [28]. Ces actes pourraient être par exemple des consultations pour la prévention bucco-dentaire, des contrôles post-

chirurgicaux ou encore des rendez-vous de maintenance pour une maladie parodontale. Ils pourraient alors être cotés dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) afin de respecter la réglementation et d'encadrer son usage.

Un début de dérive qui arrive actuellement est la venue sur le marché de la e-santé de grands groupes industriels comme Amazon®.

Nous assistons effectivement à une « ubérisation » de la santé [25], qui correspond à « un processus économique qui, grâce aux nouvelles technologies numériques, contourne les secteurs classiques de l'économie en créant un nouvel intermédiaire. Cet intermédiaire qui permet de mettre en relation directe les utilisateurs et les prestataires se matérialise sous la forme d'une plateforme numérique » [36].

Même si l'idée d'avoir accès plus facilement à des professionnels de santé via une plateforme numérique est bonne, il ne faut pas oublier que le secteur du soin n'est pas quelque chose que l'on consomme de manière infinie comme on commanderait des plats préparés sur une application de livraison.

Conclusion

La télé-dentisterie, et la télé-médecine en général, constitue un outil formidable de notre monde moderne pour répondre à plusieurs problématiques de santé et sociales.

Effectivement, elle permet aux personnes les plus en difficulté, en l'occurrence ici les personnes incarcérées, d'avoir accès à des avis d'experts en chirurgie-dentaire.

Une meilleure efficience et organisation des soins bucco-dentaires y est également observée, grâce notamment à une hiérarchisation des urgences par un interrogatoire médical préalable [11].

De plus, le taux de refus de soin est très faible (de l'ordre de 4,1%) par-rapport aux consultations en présentiel dans l'établissement de santé de rattachement de la prison (de l'ordre de 23%) [11].

La télé-dentisterie permet de soigner au mieux les détenus, tout en assurant une motivation à l'hygiène bucco-dentaire, avec l'observation par ceux-ci de leur bouche en direct via la caméra intra-orale. Ils peuvent alors plus se rendre compte de leur état dentaire et des actions de prévention qui leur sont proposées et peuvent leur être appliquées [11].

Elle aide à la promotion de la santé bucco-dentaire, avec des personnels plus proches émotionnellement des prisonniers, qui sauront poser des mots à la place du chirurgien-dentiste, mais tout en portant la même parole.

Il ne faut cependant pas oublier que la télé-dentisterie a pour vocation d'accompagner notre spécialité que forme la chirurgie-dentaire, elle n'a pas pour but de la remplacer ; elle complète le panel d'accès aux soins et à la prévention.

Il ne faut pas également qu'elle continue d'isoler les populations les plus défavorisées en résumant la relation entre le détenu et le praticien à une simple connexion et non à une vraie relation médecin-malade [28].

C'est pour cela qu'un vrai questionnement éthique doit accompagner cette nouvelle technologie, qui doit être développée et ouverte à plus d'établissements pénitentiaires au vu des résultats prometteurs, tout en s'assurant qu'elle soit utilisée dans une prise en charge globale de soins. C'est en effet seulement en faisant partie d'un parcours de soins que la télé-consultation est

remboursable par l'Assurance Maladie, selon la Loi du 23 décembre 2021 de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2022 [37].

Concernant la LFSS de 2023, l'article 53 apporte plus de précisions sur la mise en place de la télé-consultation et rappelle l'importance du numérique en santé, mais aussi la régulation des sociétés de télé-consultation facturant à l'Assurance Maladie obligatoire [38]. Effectivement, le renforcement de la prévention en santé ou encore l'amélioration de l'accès aux soins sont au cœur de cette loi publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2022 [39].

Et pour cela les outils du numérique sont d'une grande aide et doivent être privilégiés pour des populations ayant un accès plus difficiles aux soins.

C'est ainsi que le 21 juillet dernier, la nouvelle convention dentaire pour ces cinq prochaines années a été votée.

Elle porte l'accent sur la prévention de la santé bucco-dentaire pour faire des nouvelles générations à venir des « générations sans carie », avec notamment la mise en place d'une annualisation des examens bucco-dentaires (qui sont de trois ans actuellement) ou encore une hausse de 4% des tarifs des soins conservateurs à partir du 1^{er} janvier 2025 [40].

Des actions dédiées aux publics les plus fragiles vont également être menées.

Une rémunération de 300 euros pour les chirurgiens-dentistes se déplaçant hors de leur cabinet, minimum trois fois par an, va être mise en place, afin de soutenir ces publics n'ayant pas accès facilement aux soins dentaires [40].

Cependant, même si de nouveaux actes vont être inscrits dans la CCAM comme des bilans d'entrée bucco-dentaires en EHPAD ou encore en Établissement Social et Médico-Social (ESMS), les différents actes de la télé-dentisterie n'apparaissent toujours pas comme des actes cotables.

Alors que celle-ci s'accorde sur de nombreux axes prioritaires de l'Assurance Maladie, il faudra sûrement attendre encore quelques années avant de faire reconnaître cet acte comme d'une grande aide dans notre profession.

Bibliographie

1. Franceinfo. Confinement : une hausse brutale des urgences dentaires en Normandie depuis les vacances de Paris [Internet]. [cité 20 avril 2023]. Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/urgences-dentaires-comment-se-faire-soigner-confinement-1812248.html>
2. ARS (Agence Régionale de Santé). Agir pour la santé de tous [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/la-telemedecine>
3. FSDL (Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux). La télémedecine en odontologie, application en exercice libéral [Internet]. [cité 20 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.fSDL.fr/wp-content/uploads/2014/06/Télémedecine.pdf>
4. Junior Universalis. Technologies de l'Information et de la Communication (T.I.C.) [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://junior.universalis.fr/encyclopedie/technologies-de-l-information-et-de-la-communication-t-i-c/>
5. HAS (Haute Autorité de Santé). Fiche Mémo. Téléconsultation et téléexpertise, mise en œuvre [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
6. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). Contributions de l'UFSBD, télémedecine bucco-dentaire, quelles indications ? [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2021/09/3-volets-politique-sur-la-Telemedecine_180820.pdf
7. HAS (Haute Autorité de Santé). Réunion de Concertation Pluridisciplinaire [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf

8. Edentech. Le projet e-dent : la télé-médecine au service de la santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 30 mai 2023]. Disponible sur : <https://e-dentech.fr/chu-reseau-lactu-des-chu/>
9. Mouries F. Le Télédepistage au service des soins bucco-dentaires en EHPAD : l'idée du projet [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux, faculté d'odontologie; 2021
10. UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire). Tous mobilisés pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap [Internet]. [cité 30 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2021/12/UFSBD-Tous-mobilises-pour-la-sante-bucco-dentaire-des-personnes-en-situation-de-handicap.pdf>
11. Novais A, Fac C, Allouche M, Atallah É, Godkine N, Guyader T, et al. *Télédent* , une expérience de téléexpertise bucco-dentaire en milieu pénitentiaire. *Med Sci.* nov 2019;35(11):866-70
12. Orphelin D. Spécificité de l'odontologie hospitalière en milieu carcéral. *Actual Odontostomatol.* juin 2013;(263):4-7
13. DRESS (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques). Études et résultats n°386 mars 2005. La santé des personnes entrées en prison en 2003 [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er386.pdf>
14. Côté D. L'alcool et le tabac, ennemis de la santé buccodentaire. [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://drdavidcote.com/alcool-tabac-sante-buccodentaire/>

15. Réseau Synergie Ville-Hôpital. Méthadone : risques dentaires et prévention [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/therapeutiques/substitut-methadone/662-methadone-risques-dentaires-et-prevention.html>
16. Guérin G. La santé en prison. Contexte et genèse d'une réforme. Actual. doss. santé publique. sept 2003;44:18-20
17. DRESS (Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques). Études et résultats n°181 juillet 2002. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er181.pdf>
18. Iacopino AM. Pleins feux sur la surveillance : santé buccodentaire-santé systémique. J. Can. Dent. Assoc. juin 2009;75(8):2
19. Jourdain R. Bilan bucco-dentaire des détenus au jour de leur incarcération à l'établissement pénitentiaire pour mineurs d'Orvault [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes, faculté d'odontologie; 2012
20. Lamy M. La santé bucco-dentaire des personnes âgées. Rev Med Liège 2014; 69 : 5-6 : 357-360
21. ANAP (Agence nationale de la performance sanitaire et médico-social). La télémédecine en action : santé des personnes détenues. Éléments de constats et d'analyse janvier 2015 [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.telemedecine-360.com/wp-content/uploads/2019/01/2015-ANAP-Télémédecine-Prisons.pdf>
22. Sesan Groupement d'Intérêt Public eSanté. Outil Régional de Télémédecine d'Île-De-France (ORTIF) [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.sesan.fr/services/ortif>

23. Groupe Acteon. Brochure caméra intra-orale ACTEON Soprocare [Internet]. [cité 19 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.acteongroup.com/fr/produits/imagerie/outils-de-diagnostic/soprocare>
24. Huyghe N. Téléexpertise bucco-dentaire en milieu carcéral : processus d'amélioration du processus [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier, faculté d'odontologie; 2018
25. Porcher R. « Amazon clinic », des mots à faire pâlir !. *Revue Droit & Santé* 2023;112:169-352
26. Beck P. Apport des téléconsultations en odontologie pour les personnes âgées dépendantes [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg, faculté d'odontologie; 2021
27. Benelmouloud O. Relation médecin-malade [Internet]. [cité 21 avril 2023]. Disponible sur : http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/psycho6an-relation_medicin_malade2019benelmouloud.pdf
28. Allouche M, Hervé C, Pirnay P. Le nécessaire questionnement éthique autour de la relation de soin en télémédecine bucco-dentaire. *Med Sci (Paris)*. déc 2017;33(12):15-9
29. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Télémédecine et responsabilités juridiques engagées [Internet]. [cité 20 avril 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf
30. Sesan Groupement d'Intérêt Public eSanté. Portail d'accès [Internet]. [cité 20 avril 2023]. Disponible sur : <https://ortif.sante-idf.fr/portail/#/fr/index>
31. Légifrance. Le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 30 mai 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913456

32. Secretpro.fr. Loi Santé du 26 janvier 2016 : le secret professionnel soumis à la logique du Dossier Médical Personnel [Internet]. [cité 30 mai 2023]. Disponible sur : <https://secretpro.fr/blog/christophe-daadouch/secret-et-partage-loi-sante-janvier-2016>
33. Hardy, A. Du colloque singulier à l'éthique médicale. In : A. Hardy, *Travailler à guérir: Sociologie de l'objet du travail médical* (p23-45). Rennes, France: Presses de l'EHESP; 2013
34. Péquignot H. Médecine et monde moderne. Paris, France : Les Éditions de Minuit, 1953 : 174 p.
35. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature: Santé Publique. déc 2007;Vol. 19(5):413-25
36. Vie Publique. Qu'est-ce que l'ubérisation [Internet]. [cité 21 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/270196-quest-ce-que-luberisation>
37. Service Public. Téléconsultation [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34696#:~:text=Tout%20as-suré%20peut%20bénéficiaire%20de,remboursement%20des%20dépenses%20de%20santé>
38. Acuité portail des décideurs de l'optique. LFSS 2023 : ce qu'il faut retenir [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.acuite.fr/actualite/legislation/247168/lfss-2023-ce-qu'il-faut-retenir>
39. Service Public. Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 : les mesures phares [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15965>

40. Julie Solutions. Nouvelle convention dentaire : une réorientation majeure vers la prévention [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur : https://www.julie.fr/article_nouvelle_convention_2023/#:~:text=L%27ambition%20de%20cette%20nouvelle,tous%20les%20trois%20ans%20actuellement

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
Introduction	2
1. Télé-médecine.....	4
1.1.Définitions et généralités.....	4
1.2.Télé-médecine bucco-dentaire	4
1.2.1.Conditions et règles d'application	5
1.2.2.Télé-consultation bucco-dentaire	6
1.2.3.Télé-expertise bucco-dentaire.....	7
1.2.4.Télé-surveillance bucco-dentaire	8
2. Odontologie et milieu pénitentiaire	9
2.1.Problématiques de la population carcérale	9
2.2.Organisation des soins bucco-dentaires	10
2.2.1.Prise en charge : le bilan d'entrée dentaire.....	10
2.2.2.Spécificités de la demande de soins en prison	11
2.2.2.1. <i>Spécificité liée à la toxicomanie : alcool, tabac, drogue</i>	11
2.2.2.2. <i>Spécificité liée à la santé mentale</i>	12
2.2.2.3. <i>Spécificité liée aux mineurs et aux personnes âgées</i>	13
2.3.« Télédent », une expérience de télé-expertise bucco-dentaire	14
2.3.1.Organisation	15
2.3.2.Avantages	16
2.3.3.Limites	17
2.3.4.Perspectives.....	18
3. Interrogations sur la télé-dentisterie.....	19
3.1.Cadre déontologique	20
3.1.1.Ré-articulation du schéma relationnel	21
3.1.2.Droit et consentement des patients.....	21
3.1.3.Secret professionnel.....	22
3.2.Cadre éthique	23
3.2.1.Devenir du colloque singulier	24
3.2.2.Relation versus connexion.....	24

3.2.3.Risques et dérives d'un usage non raisonné	27
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	29
Table des matières	31
Table des figures.....	33

Table des figures

<i>Figure 1 : Schéma récapitulant le processus opérationnel de la télé-médecine bucco-dentaire [25].</i>	<i>1</i>
<i>Figure 2 : Représentation schématique de la rupture du colloque singulier [28].</i>	<i>2</i>

DERBALI, Kamila

Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire en milieu carcéral : l'essor de la télé-dentisterie

Thèse d'exercice. Chirurgie-Dentaire. Reims : 2023

RÉSUMÉ

Dans un monde où les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont de plus en plus présentes, une nouvelle perspective s'est ouverte à nous : celle de la télé-médecine, ou ce qui nous concerne plus particulièrement, la télé-dentisterie.

En effet, cette pratique médicale est très intéressante pour nous aider dans la prévention et la promotion de la santé ou encore dans le suivi de l'hygiène bucco-dentaire des patients.

L'objectif de ce travail, est ainsi de mettre en lumière l'avènement de la télé-dentisterie, notamment en milieu carcéral, qui pourrait alors remédier à la problématique de cette population majoritairement composée de personnes issues de milieux défavorisés et parfois dans des situations de grandes précarités et dont la santé bucco-dentaire n'est pas une priorité.

Pour cela, nous verrons comment s'organise la mise en place d'une politique de santé publique en milieu carcéral, quelles peuvent être les problématiques spécifiques rencontrées par ce type de population et qu'est-ce que la télé-dentisterie peut apporter et comment cela est mis en place.

Le but de ce projet est ainsi de montrer l'apport de la télé-expertise bucco-dentaire en milieu pénitentiaire, qui pourrait alors encourager une réinsertion sociale à la sortie de prison.

Mais aussi de mettre en lumière les dérives qu'il peut exister concernant ce nouvel outil et d'insister sur l'importance d'un nécessaire questionnement éthique autour de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Mots clés MeSH :

Télé-médecine - Odontologie - Établissements pénitentiaires - Médecine préventive

JURY

Président : Pr BRAUX J.

Assesseurs : Dr MOUSSA-BADRAN S.

Pr MAUPRIVEZ C.

Dr GRENIER S.

Dr FURON V.