



HAL
open science

L'acte médical à l'épreuve de la télémédecine bucco-dentaire

Nicolas Giraudeau

► **To cite this version:**

Nicolas Giraudeau. L'acte médical à l'épreuve de la télémédecine bucco-dentaire. Droit. Université Montpellier I, 2014. Français. NNT : 2014MON10058 . tel-01202619

HAL Id: tel-01202619

<https://theses.hal.science/tel-01202619>

Submitted on 21 Sep 2015

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.

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'Université Montpellier 1

Préparée au sein de l'école doctorale
Droit et Science politique
Et de l'unité de recherche
UMR 5815

Spécialité : Droit privé et sciences
criminelles

Présentée par Nicolas Giraudeau

**L'acte médical à l'épreuve de la
télémédecine bucco-dentaire**

Soutenue le 15 décembre devant le jury composé de

Madame Caroline Berland, Maître de conférences,
HDR, Aix-Marseille Université

Rapporteur

Monsieur Bruno Foti, Professeur,
Aix-Marseille Université

Rapporteur

Monsieur Jean Valcarcel, Professeur,
Université de Montpellier I

Monsieur François Vialla, Professeur, Université de
Montpellier I, Directeur du CEERDS UMR 5815

Directeur de recherches

Monsieur Rodolphe Bourret, Directeur adjoint du
Centre hospitalier universitaire de Montpellier

Invité

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'Université Montpellier 1

Préparée au sein de l'école doctorale
Droit et Science politique
Et de l'unité de recherche
UMR 5815

Spécialité : Droit privé et sciences
criminelles

Présentée par Nicolas Giraudeau

L'acte médical à l'épreuve de la
télémédecine bucco-dentaire

Soutenue le 15 décembre devant le jury composé de

Madame Caroline Berland, Maître de conférences, HDR, Aix-Marseille Université	Rapporteur
Monsieur Bruno Foti, Professeur, Aix-Marseille Université	Rapporteur
Monsieur Jean Valcarcel, Professeur, Université de Montpellier I	
Monsieur François Vialla, Professeur, Université de Montpellier I, Directeur du CEERDS UMR 5815	Directeur de recherches
Monsieur Rodolphe Bourret, Directeur adjoint du Centre hospitalier universitaire de Montpellier	Invité

« La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

Nos premiers mots s'adressent à François Vialla, Nous vous remercions de la bienveillance dont vous avez fait preuve tout au long de ce travail. Découvrir le droit à vos côtés a été un réel épanouissement.

Nous tenons aussi à remercier toutes les personnes de la faculté d'odontologie qui ont accompagné ce travail d'intérêt et de compassion.

Ce travail nous a entraîné sur la route de la coordination d'un projet de télémédecine. Nous y avons croisé un grand nombre de personnes qui ont enrichi quotidiennement nos connaissances sur le sujet. Nous remercions donc chaleureusement l'ensemble des acteurs de cette expérimentation à l'Agence Régionale de Santé, au sein du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Montpellier, dans les différents établissements ou encore au sein des équipes de recherche.

Nous espérons que ce projet s'étende à d'autres horizons et remercions l'équipe naissante pour la confiance qu'elle lui témoigne.

Notre reconnaissance va à l'ensemble de l'équipe du CEERDS qui nous a accueilli chaleureusement au sein de cette famille.

Nous pensons à nos amis et à notre famille qui nous ont témoigné leur soutien durant ces années d'investissement.

Cette thèse voit le jour grâce à la patience, la compréhension et le soutien sans faille de Frédérique qui a su me donner la force et le temps nécessaire pour accomplir ce projet personnel.

SOMMAIRE

Introduction générale	6
Partie I. La permanence des fondements juridiques de l'acte médical.....	13
Titre I Les Hommes qualifiés de la télémédecine bucco-dentaire.	14
Chapitre I La persistance du colloque singulier.....	15
Chapitre II Les nouveaux acteurs indispensables.....	58
Titre II Des constantes juridiques pour un nouveau type d'acte.	
.....	80
Chapitre I De nouvelles relations à définir.....	81
Chapitre II Les différents actes de télémédecine : entre officialisation de l'existant et nouveauté.....	91
Chapitre III Droits des patients et obligations des professionnels.....	110
Partie II. Evolution des finalités de l'acte médical.	139
Titre I L'acte de télémédecine héritier d'une triple finalité.....	140
Chapitre I L'acte de télémédecine descendant de la tradition thérapeutique.	143
Chapitre II Le diagnostic, un acte sensible à la télémédecine.....	147
Chapitre III La prévention, le dernier objectif médical.....	172
Titre II La télémédecine, l'outil majeur de la santé publique..	193
Chapitre I Répondre à un besoin de santé publique.....	195
Chapitre II Proposer un modèle économique égalitaire.....	226
Conclusion.....	248

INTRODUCTION GENERALE

« *primum non nocere* »¹, ou d'abord ne pas nuire, ce postulat introductif du serment d'Hippocrate a accompagné et marqué depuis des générations la pratique de ce qu'il était convenu alors d'appeler médecine. Celle-ci a depuis lors considérablement évolué. Ce postulat de non nuisance dans la pratique d'un acte nécessaire avait laissé la place à une science par laquelle on était censé former des médecins guérisseurs ou tout au moins agissant dans le but indispensable de soulager un mal occurrent. La neutralité de la non nuisance laissant ainsi place à une guérison sous l'égide de la science.

Au delà de ce dogme intemporel, et aussi loin que la science s'est posée en salvatrice, l'aléa de guérison a fini par transformer la médecine en art.

L'art dentaire ou odontologie est une partie de la médecine qui a hérité du devoir de soulager et traiter les atteintes à l'organe dentaire. Cet art était jadis l'apanage des charlatans et a rejoint le giron médical dans les précédents siècles avant de devenir complètement indépendant de celui-ci.

Le développement récent des technologies de l'information et de la communication (TIC), ces trente dernières années, a fait espérer à beaucoup la possibilité de se voir traités à distance. La difficulté d'accès aux soins et l'impératif géographique ont fini par ancrer définitivement cette conviction dans l'esprit des professionnels de santé et chemin faisant dans celui du législateur. Ces TIC « *regroupent les techniques utilisées dans le traitement et la transmission des informations, principalement de l'informatique, de l'Internet et des télécommunications.* » Leur développement de plus en plus important dans l'environnement de la santé permet la naissance de projets d'envergure, la télémédecine représente l'un des plus considérable.

¹ « D'abord ne pas nuire », mots attribués à Hippocrate dans le traité des *Épidémies* (I, 5) : « *Avoir, dans les maladies, deux choses en vue : être utile ou du moins ne pas nuire* »

La télémédecine devient une activité incontournable dans la prise en charge des patients. Des expérimentations voient le jour quotidiennement sur l'ensemble du territoire national et dans toutes les spécialités médicales. Les professionnels médicaux ont saisi l'importance de cette pratique à distance de la médecine et sont en train de convertir tous les acteurs de la santé autour d'eux. Les Agences Régionales de Santé acceptent de plus en plus la mise en place d'activités de télémédecine² et les évaluations sont concluantes à en croire les coordonnateurs des activités de télémédecine. Il reste encore malgré tout certains points qui ralentissent le développement de cette pratique médicale à distance. Certaines questions juridiques sont encore mal maîtrisées ou mal connues et effraient les potentiels porteurs de projets. Par ailleurs, la lourdeur administrative pour mettre une activité de télémédecine en place et la multitude d'acteurs à coordonner ralentissent grandement le déploiement des projets. Enfin, l'absence de modèle économique pérenne empêche les industriels et les start-up de s'épanouir et le financement au coup par coup à chaque mise en place d'expérimentation de télémédecine ne permet pas d'envisager un avenir serein pour les sociétés et les institutions volontaires. De plus, l'absence de reconnaissance des actes de télémédecine représente un élément bloquant qui entrave le déploiement des activités. Tant que l'exercice de la télémédecine ne sera pas reconnu économiquement pour les professionnels de la santé qui y participent, la télémédecine en France ne pourra qu'essayer de survivre au lieu de se déployer et de s'envoler vers une médecine de son temps dans l'intérêt direct et principal de la population.

Pourtant, le cadre juridique de la télémédecine s'est mis en place en France et le législateur en 2004³ n'a d'abord fait que l'effleurer, en envisageant une télémédecine sans cadre juridique ne pouvant servir tout au plus qu'à un échange entre deux professionnels médicaux.

Il aura fallu attendre un changement voulu de la politique de santé, répondant à un impératif d'économie budgétaire, pour envisager sérieusement la télémédecine comme alternative après la fermeture de très nombreux centres de soins.

² ANAP, « La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. », 2012.

³ loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Le législateur a donc fini par adopter au sein d'une loi cadre⁴, des dispositifs spécifiques créant un cadre juridique à la télémédecine.

Cette dernière est ainsi définie à son article 78 par l'article L.6316-1 du code de la santé publique (CSP) comme « *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.

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

En octobre 2010, le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, paru au journal officiel de la république française (JORF) n°0245 du 21 octobre 2010, a précisé les modalités d'application de la télémédecine.

La télémédecine, à l'étonnement de certains professionnels de santé est désormais une réalité, mais néanmoins difficile à mettre en place et encore plus à installer dans les mentalités. En effet, l'immixtion d'un tiers dans la relation traditionnellement bilatérale entre le praticien et son patient va devoir être précédée et accompagnée par une communication et une pédagogie importantes que ce soit pour le patient comme pour le professionnel de santé et ce dans l'organisation, la mise en place et la pratique de l'activité.

La télémédecine est dans un premier temps prévue à l'usage des traitements des urgences, notamment celles liées aux accidents vasculo-cérébraux, et des pathologies chroniques. Ainsi, les insuffisants cardiaques profitent déjà de la « télécardiologie ».

⁴ loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, parue au JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

L'élan que suscite la création du cadre juridique permet d'envisager la prise en charge des patients insuffisants rénaux ou encore des patients diabétiques. Par ailleurs, ce développement offre la possibilité de diminuer les écarts d'accès aux soins que ce soit pour des raisons géographiques ou institutionnelles, comme par exemple les centres de détention ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. L'étude de la géographie de la santé nous permet de mieux anticiper les besoins et les attentes en terme de télémédecine. En effet, plus un territoire est dépourvu en professionnels médicaux et plus l'implantation de la télémédecine sera nécessaire et devra être conséquente.

Par ailleurs, ce travail se tournant plus particulièrement vers l'odontologie, nous n'étudierons que la médecine et l'exercice de l'art dentaire parmi les professions médicales. Ceci n'ôte rien à la place et au respect que nous portons à la profession de sage-femme, autre profession médicale à part entière, mais son développement aurait complexifié ce travail.

De même nous n'aborderons pas « *la réponse médicale* » décrite au cinquième alinéa de l'article R.6316-1 du CSP car celle-ci est bien trop spécifique et n'est réservée qu'à la régulation médicale.

Dans la complexité des mises en place des réformes de santé, les questions qui se posent aux professionnels de santé sont multiples. Concernant la télémédecine, elles le semblent davantage.

Nous avons choisi pour notre part de confronter l'odontologie à la télémédecine dans son aspect pratique. Si la volonté législative s'impose comme un fait, la pratique de l'odontologie quant à elle se révèle encore plus particulière que celle de la médecine classique, et le choix d'un tel sujet relève d'une gageure mais reste néanmoins passionnante. A la vue de ce sujet nous serions certainement tenté de le balayer d'un revers de main tant il semble non envisageable. Quoi de plus naturel que de réagir ainsi alors que l'odontologie a de tout temps été considérée comme un art manuel par excellence. Confronter la dextérité à un écran d'ordinateur ne serait-il pas tout simplement improbable ?

Le projet e-DENT⁵ que nous allons étudier comme exemple tout au long de ce travail démontre qu'une activité de télé médecine en odontologie est possible. Cette activité de téléconsultation bucco-dentaire permet une accessibilité au chirurgien-dentiste pour une tranche de la population française qui n'y a que très peu accès. En effet, les dernières études montrent⁶ que les personnes en perte d'autonomie, autrement dit les résidents d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap, n'ont que très peu accès au spécialiste de l'odontologie (86,2% des résidents d'EHPAD n'ont pas vu un chirurgien-dentiste depuis plus d'un an et 42% depuis plus de 5 ans), bien qu'ils en aient un grand besoin. Outre le fait que l'état bucco-dentaire est un paramètre important de la prise en charge des patients et qu'il ne peut pas être négligé, il est maintenant scientifiquement prouvé et accepté par les instances décisionnelles de la santé en France que l'état bucco-dentaire peut avoir un impact important sur l'état de santé général⁷. En plus d'avoir une importance médicale, l'état bucco-dentaire d'un résident d'établissement médico-social va aussi avoir une incidence sur le plan social. Sur le plan collectif, l'intégration dans un groupe se fera plus aisément sans désagrément olfactif ou visuel à l'approche d'un congénère. Par ailleurs, sur le plan personnel, l'acceptation et l'estime de soi est directement impacté par l'image que l'on renvoie et le sourire en est un paramètre important.

Les téléconsultations bucco-dentaires réalisées lors du projet e-DENT sont possibles grâce à l'utilisation d'une caméra intrabuccale particulière. La caméra Soprocure®⁸ permet une qualité d'image de très bonne définition avec la possibilité d'avoir un zoom jusqu'à fois cinquante. En plus de ces éléments fondamentaux pour une bonne téléconsultation bucco-dentaire, la caméra Soprocure® utilise la lumière fluorescente qui permet la visualisation des lésions carieuses avec un premier mode de fluorescence, sans rajouter de produits dans la bouche du patient⁹. Avec un second

⁵ Nicolas Giraudeau, Jean Valcarcel, Hervé Tassery[et al.], « Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD », *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, vol. 3 / 2, juin 2014, p. 51-56.

⁶ Haute Autorité de Santé, « Stratégies de prévention de la carie dentaire », Haute Autorité de Santé, 2010.

⁷ S. Montal, P. Tramini, J. A Triay[et al.], « Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly », *Gerodontology*, vol. 23 / 2, 2006, p. 67-72.

⁸ Société SOPRO (La Ciotat, France) Actéon Group (Mérignac, France) www.soprocure.com

⁹ I. Panayotov, E. Terrer, H. Salehi[et al.], « In vitro investigation of fluorescence of carious dentin observed with a Soprolife® camera », *Clinical Oral Investigations*, 2012, p. 1-7. P. Rechmann, D.

mode, il est possible de visualiser plus facilement les inflammations gingivales grâce à l'image renvoyée par la caméra sur l'écran de l'ordinateur auquel elle est reliée. Fort de cette technologie qui a d'abord été développée pour l'aide au diagnostic des praticiens au cabinet, nous avons pu organiser une activité de téléconsultation bucco-dentaire.

Les téléconsultations se déroulent de façon asynchrone pour faciliter leur réalisation et l'organisation globale du projet. Un infirmier diplômé d'état (IDE), préalablement formé à l'odontologie et au passage de la caméra, enregistre des vidéos, dont une au minimum par secteur dentaire. Un logiciel développé particulièrement pour cette activité facilitant aussi l'enregistrement des données nécessaires, transfère les vidéos et les informations du patient par une connexion sécurisée vers un serveur agréé ASIP santé comme le décret de télémédecine l'oblige. Une fois les informations stockées sur ce serveur, un chirurgien-dentiste du centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaires du CHRU de Montpellier ou un chirurgien-dentiste libéral, participant à cette activité, analyse les vidéos et les données. Cette analyse lui permet de poser un diagnostic bucco-dentaire, de prioriser les soins à réaliser et de proposer un plan de traitement primitif. Le compte-rendu généré par le logiciel sur les éléments relevés par le professionnel médical est retourné vers le patient, sa famille et l'équipe soignante de l'établissement afin d'organiser le déplacement chez le chirurgien-dentiste, si nécessaire.

L'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon a validé la mise en place de ce projet et a nommé un coordinateur pour veiller au bon déroulement de cette activité. Le déploiement de cette activité s'est fait sur les huit EHPAD gérés par le centre hospitalier d'Uzès, les quatre EHPAD gérés par le centre hospitalier du bassin de Thau à Sète, trois maisons d'accueil spécialisées dans le département de l'Aude et l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone. Ainsi trois départements de la région Languedoc-Roussillon sont inclus dans le projet et le centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaires du CHRU de Montpellier est le centre expert pour l'analyse des images. L'Union Régionale des Professionnels

Charland, B. M. T. Rechmann[et al.], « Performance of laser fluorescence devices and visual examination for the detection of occlusal caries in permanent molars », *Journal of Biomedical Optics*, vol. 17 / 3, 2012, p. 036006-1.

de Santé des chirurgiens-dentistes du Languedoc-Roussillon participe à ce projet afin de ne pas se contenter d'un projet « hospitalo-hospitalier » mais d'inclure les praticiens libéraux qui vont être amenés à prendre en charge au quotidien les résidents des établissements médico-sociaux.

Cette phase expérimentale permet de voir les possibilités et les limites d'une activité de téléconsultation bucco-dentaire et d'initier un grand nombre d'actions de recherche transversale sur la thématique de la télémédecine bucco-dentaire.

L'application de la pratique dans un travail théorique permet de donner une dimension réelle à ce travail et ouvre des réflexions concrètes sur la télémédecine en général et l'acte médical dans la télémédecine en particulier. Pour cela, nous étudierons la permanence des fondements de l'acte médical (Partie I) avant de voir l'évolution des finalités de celui-ci (Partie II).

Partie I. La permanence des fondements juridiques de l'acte médical.

La télémédecine augmente très fréquemment le nombre d'acteurs dans la réalisation d'un acte médical. Habituellement composé du professionnel médical et du patient, ce binôme a tendance à se modifier pour devenir un trio et parfois même un quartet. L'arrivée de nouveaux acteurs modifie donc la relation entre le patient et le professionnel médical. Les professionnels de santé intensifient leur importance dans la relation de soins mais aussi dans la réalisation des actes. De plus, un nouveau personnage apparaît dans la santé : le tiers technologique.

Les intermédiaires qui apparaissent doivent eux aussi respecter un certain nombre de règles pour le bon déroulement de la pratique médicale. La législation en vigueur s'adapte pour prévoir le développement de cette pratique à distance mais certains éléments sont encore à définir pour bénéficier d'un cadre juridique complet pour la télémédecine.

Dans cette partie nous développerons les hommes et femmes qualifiés de la télémédecine bucco-dentaire (Titre I) puis nous aborderons les notions juridiques qui encadrent l'activité de télémédecine bucco-dentaire et les relations entre les différents professionnels (Titre II).

Titre I Les Hommes qualifiés de la Télémédecine Bucco-Dentaire.

Nous l'avons vu plus haut, l'acte médical est pratiqué par un « homme qualifié »¹⁰. Depuis que l'Homme existe, certains d'entre eux ont consacré leur temps à soigner, prendre soin de leurs congénères.

De nos jours, les hommes et femmes qualifiés intervenant lors d'un acte médical sont nombreux et variés. Le code de la santé publique référence toutes ces professions dans sa quatrième partie. Elles sont divisées en trois grands groupes : les professions médicales (livre premier), les professions de la pharmacie (livre deuxième) et les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (livre troisième). Toutes ces professions sont regroupées sous une même terminologie : les professions de santé.

Par ailleurs, le décret de télémédecine présente les différents acteurs de cette activité. Il stipule qu'un professionnel médical est nécessairement présent et qu'un ou plusieurs professionnels de santé peuvent participer à cette activité. Nous sommes donc tenus de définir clairement ces différentes professions.

Nous aborderons la thématique des acteurs de télémédecine bucco-dentaire en deux chapitres. Tout d'abord nous verrons que le colloque singulier perdure puisqu'une relation entre le professionnel médical et le patient est toujours présente (Chapitre I), mais ce colloque singulier est complété par d'autres acteurs qui étoffent et complexifient le « casting » d'un acte de télémédecine bucco-dentaire (Chapitre II)

¹⁰ René Savatier, Jean-Marie Auby, Jean Savatier[et al.], *Traité de droit médical*, Librairies Techniques, Paris, 1956, 574 p.

Chapitre I La persistance du colloque singulier.

« *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.* »¹¹ Cette définition historique de l'acte médical insiste sur la relation entre le professionnel et le patient durant un acte médical. En effet, cette relation doit permettre l'installation d'une confiance mutuelle permettant le bon déroulement de l'acte mais aussi la bonne réalisation du soin et du traitement.

Le professionnel médical reste un des acteurs principaux puisque c'est lui qui va permettre la qualification de l'acte en acte médical. En effet, la main réalisant l'acte peut changer la définition de l'acte. Il est donc primordial qu'un professionnel médical soit présent durant un acte de télémédecine pour définir celui-ci comme un acte médical.

Le second acteur principal et même la « vedette » de ce colloque singulier est le patient. Il est à la fois un acteur de l'acte mais aussi la « scène » sur laquelle va se dérouler le scénario et parfois l'intrigue. La télémédecine va modifier son rôle en le rendant plus acteur que spectateur. La passivité dont il pouvait faire preuve traditionnellement est remplacée par une certaine activité qui va modifier la relation entre le professionnel médical et lui mais aussi changer le paysage, le décor, de sa santé.

Ce titre nous permettra de définir les différents acteurs de ce colloque singulier persistant, en commençant par le professionnel médical (Section 1) puis en abordant les nouvelles implications du patient (Section 2).

¹¹ H. Péquignot, *Médecine et monde moderne*, Les Editions de minuit, Paris, 1953, 14 p.

Section 1 Les professionnels médicaux, les garants de l'acte médical.

Si le CSP ne définit pas l'acte il définit par contre l'exercice médical, que certains pourraient interpréter comme l'activité regroupant les actes médicaux. Cet exercice médical est défini par ses acteurs à l'article L.4111-1¹². Il énumère les trois professions médicales : médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme et présente les conditions générales d'exercice de ces métiers que nous discuterons point par point dans cette partie. Pour une plus grande clarté de ce travail nous ne traiterons pas la position très particulière des sages-femmes. Nous verrons par contre en détail la position centrale des médecins et la spécificité des chirurgiens-dentistes, professionnels médicaux de référence dans notre exemple, en présentant les obligations à remplir (§ 1) et en abordant leurs champs de compétences (§ 2) dans la pratique « classique » et en télémédecine.

§1 Trois obligations confluant au droit à l'exercice.

La présentation de l'exercice médical dans le code de la santé publique est faite par la négative¹³. Le code ne présente pas les personnes qui peuvent exercer une profession médicale mais ceux qui ne peuvent pas l'exercer. Trois paramètres sont nécessaires pour embrasser une carrière de professionnel médical.

Un premier critère validant une formation suffisante à l'exercice d'une profession médicale (A.), un autre vérifiant la nationalité de l'individu (B.) et le dernier

¹² Article L.4111-1 CSP : « Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est :

1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles [L. 4131-1](#), [L. 4141-3](#) ou [L. 4151-5](#) ;

2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur 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 ;

3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes, sous réserve des dispositions des articles [L. 4112-6](#) et [L. 4112-7](#).

Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux 1° des articles [L. 4131-1](#), [L. 4141-3](#) ou [L. 4151-5](#) sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2°. »

¹³ « Nul ne peut exercer la profession de ... » article L.4111-1 du CSP

confirmant leur inscription au conseil de l'ordre correspondant (C.). La télémédecine n'est pas différente sur ce point. En effet, les modalités organisationnelles de cette activité tiennent compte de ces critères¹⁴. La télémédecine permet une distance entre le professionnel médical et le patient qu'il traite mais il doit toujours remplir les trois critères énoncés plus haut.

A. Le diplôme comme sanction d'une formation.

Le diplôme¹⁵ est le premier élément nécessaire relevé par le législateur à l'exercice des professions médicales. Pour le code de l'éducation, un diplôme est une « sanction » à une formation ou à l'acquisition d'une qualification. Il est donc important d'associer le diplôme requis à la formation qu'il « sanctionne ». Par l'obligation de diplôme, le législateur s'assure que la personne ait suivi une formation apportant des compétences et des connaissances permettant l'exercice de professions médicales. Nous verrons les différents cas de figure tour à tour, en commençant par la généralité présentée à l'article L.4111-1 (1.) puis nous aborderons les diplômes français d'Etat de docteur en médecine, de docteur en chirurgie-dentaire et de chirurgien-dentiste (2.) puis les diplômes reconnus par le 2° de l'article L.4131-1 et le 3° de l'article L.4141-3 (3.) enfin nous verrons les diplômes des pays hors EEE (4.) avant d'aborder les formations spécifiques pour la télémédecine (5.).

1. La norme première.

La liste des diplômes, certificats ou autres titres nécessaires à l'exercice de la médecine et de la chirurgie-dentaire en France développée aux articles L.4131-1¹⁶ et

¹⁴ Art R.6316-7 du CSP : « les programmes et les contrats mentionnés à l'article R.6316-6 précisent en particulier les modalités retenues afin de s'assurer que le professionnel médical participant à un acte de télémédecine respecte les conditions d'exercice fixées à l'article L.4111-1 ou à l'article L.4112-7 ou qu'il est titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé et qu'il satisfait à l'obligation d'assurance prévue à l'article L.1142-2. »

¹⁵ « certificat, ou autre titre » : 1° Art L.4111-1 CSP

¹⁶ Art L.4131-1 CSP : « Les titres de formation exigés en application du 1° de [l'article L. 4111-1](#) sont pour l'exercice de la profession de médecin :

1° Soit le diplôme français d'Etat de docteur en médecine ;

Lorsque ce diplôme a été obtenu dans les conditions définies à [l'article L. 632-4](#) du code de l'éducation, il est complété par le document mentionné au deuxième alinéa dudit article.

L.4141-3¹⁷ du CSP ne sont pas exhaustives. En effet, elles ne présentent que les cas de figure des diplômes d'Etat de docteurs obtenus en France¹⁸ et ceux « d'un

2° Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen :

a) Les titres de formation de médecin délivrés par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;

b) Les titres de formation de médecin délivrés par un Etat, membre ou partie, conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée au a, s'ils sont accompagnés d'une attestation de cet Etat certifiant qu'ils sanctionnent une formation conforme à ces obligations et qu'ils sont assimilés, par lui, aux titres de formation figurant sur cette liste ;

c) Les titres de formation de médecin délivrés par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation de médecin commencée dans cet Etat antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné au a et non conforme aux obligations communautaires, s'ils sont accompagnés d'une attestation de l'un de ces Etats certifiant que le titulaire des titres de formation s'est consacré, dans cet Etat, de façon effective et licite, à l'exercice de la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;

d) Les titres de formation de médecin délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qui sanctionnent une formation commencée avant la date d'indépendance de la République tchèque, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, s'ils sont accompagnés d'une attestation des autorités compétentes de la République tchèque ou de la Slovaquie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Union soviétique, de la Slovénie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Yougoslavie, certifiant qu'ils ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat.

Cette attestation est accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que son titulaire a exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

e) Les titres de formation de médecin délivrés par un Etat, membre ou partie, ne figurant pas sur la liste mentionnée au a, s'ils sont accompagnés d'une attestation délivrée par les autorités compétentes de cet Etat certifiant que le titulaire du titre de formation était établi sur son territoire à la date fixée dans l'arrêté mentionné au a et qu'il a acquis le droit d'exercer les activités de médecin généraliste dans le cadre de son régime national de sécurité sociale ;

f) Les titres de formation de médecin délivrés par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation de médecin commencée dans cet Etat antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné au a, et non conforme aux obligations communautaires mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans l'Etat qui les a délivrés, si le médecin justifie avoir effectué en France au cours des cinq années précédentes trois années consécutives à temps plein de fonctions hospitalières dans la spécialité correspondant aux titres de formation en qualité d'attaché associé, de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de fonctions universitaires en qualité de chef de clinique associé des universités ou d'assistant associé des universités, à condition d'avoir été chargé de fonctions hospitalières dans le même temps. »

¹⁷ Article L.4141-3 du Code de la Santé Publique : « Les titres de formation exigés en application du 1° de l'article L. 4111-1 sont pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste :

1° Soit le diplôme français d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ;

2° Soit le diplôme français d'Etat de chirurgien-dentiste ;

3° Soit si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen :

a) Les titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ;

b) Les titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par un Etat, membre ou partie,

ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie de l'accord sur l'Espace économique européen (EEE)¹⁹ » ayant obtenu leur diplôme dans ces pays²⁰. Ces listes ne référencent donc pas les diplômés des pays hors EEE ni les ressortissants d'un pays de l'EEE ayant un diplôme d'un pays tiers. Or la télémédecine peut entraîner des échanges entre tous les pays du monde dans le but de

conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée au a, s'ils sont accompagnés d'une attestation de cet Etat certifiant qu'ils sanctionnent une formation conforme à ces obligations et qu'ils sont assimilés, par lui, aux diplômes, certificats et titres figurant sur cette liste ;

c) Les titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation de praticien de l'art dentaire commencée dans cet Etat antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné au a et non conforme aux obligations communautaires, s'ils sont accompagnés d'une attestation de l'un de ces Etats certifiant que le titulaire des titres de formation s'est consacré, dans cet Etat, de façon effective et licite aux activités de praticien de l'art dentaire ou, le cas échéant, de praticien de l'art dentaire spécialiste, pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;

d) Les titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qui sanctionnent une formation commencée avant la date d'indépendance de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, s'ils sont accompagnés d'une attestation des autorités compétentes de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Union soviétique, de la Slovénie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Yougoslavie, certifiant qu'ils ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat.

Cette attestation est accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que son titulaire a exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de praticien de l'art dentaire ou de praticien de l'art dentaire spécialiste pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

e) Les titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation de praticien de l'art dentaire commencée dans cet Etat antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné au a et non conforme aux obligations communautaires mais permettant d'exercer légalement la profession de praticien de l'art dentaire dans l'Etat qui les a délivrés, si le praticien de l'art dentaire justifie avoir effectué en France au cours des cinq années précédentes trois années consécutives à temps plein de fonctions hospitalières, le cas échéant dans la spécialité correspondant aux titres de formation, en qualité d'attaché associé, de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de fonctions universitaires en qualité de chef de clinique associé des universités ou d'assistant associé des universités, à condition d'avoir été chargé de fonctions hospitalières dans le même temps ;

f) Un titre de formation de médecin délivré en Italie, en Espagne, en Autriche, en République tchèque, en Slovaquie et en Roumanie sanctionnant une formation commencée au plus tard aux dates fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, s'il est accompagné d'une attestation des autorités compétentes de cet Etat certifiant qu'il ouvre droit dans cet Etat à l'exercice de la profession de praticien de l'art dentaire et que son titulaire s'est consacré, dans cet Etat, de façon effective et licite, aux activités de praticien de l'art dentaire pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation.

Pour les titres de formation délivrés par l'Italie, l'intéressé doit en outre, selon la date à laquelle la formation a commencé, produire une attestation certifiant qu'il a passé avec succès une épreuve d'aptitude organisée par les autorités italiennes compétentes. »

¹⁸ 1° Art L.4131-1 et 1° et 2° de l'article L.4141-3 du Code de la Santé Publique

¹⁹ Espace économique européen : il correspond à l'Union européenne plus l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège ; Conseil national de l'ordre des médecins, « Nationalité ouvrant droit à l'exercice de la médecine en France », 2012.

²⁰ 2° Art L.4131-1 et 3° Art L.4141-3 du Code de la Santé Publique

soigner au mieux un patient. Il est donc important de pouvoir prévoir tous les cas de figure.

2. Les diplômes français d'Etat de docteur en médecine, de docteur en chirurgie-dentaire et de chirurgien-dentiste.

Comme nous venons de l'évoquer, le 1° de l'article L.4131-1 et les 1° et 2° de l'article L.4141-3 sont liés au « *diplôme français d'Etat de docteur en médecine, en chirurgie-dentaire et de chirurgien-dentiste.* » Le premier se réfère aux modalités d'obtention de l'article L.632-4 du code de l'éducation²¹. Pour être détenteur du diplôme de docteur en médecine en France, il faut donc avoir soutenu avec succès une thèse de doctorat et recevoir un document mentionnant la qualification obtenue, soit en médecine générale, soit en spécialité après avoir validé le troisième cycle des études de médecine.

De plus, le dernier alinéa de l'article 4111-1 du CSP prévoit que « *les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux 1° des articles L.4131-1, L.4141-3 ou L.4151-5 sont dispensés de la condition de nationalité prévue au 2°.* » Cet alinéa a été rajouté le 23 juillet 2009 puis modifié le 20 décembre 2009 pour être sous cette forme actuelle. L'obtention du diplôme français d'Etat de docteur en médecine, de docteur en chirurgie-dentaire ou de sage-femme permet donc à son détenteur de se soustraire à l'obligation de nationalité prévue au 2° de l'article L.4111-1.

Particularité pour le diplôme français ou plutôt pour la formation en France, « *les personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France peuvent exercer la profession de médecin* » comme le présente l'article L.4111-1-1 du CSP²².

²¹ Art L.632-4 du code de l'éducation : « *Le diplôme d'Etat de docteur en médecine est conféré après soutenance avec succès d'une thèse de doctorat.*

Après la validation du troisième cycle, un document est délivré au titulaire du diplôme, mentionnant la qualification obtenue, soit en médecine générale, soit en spécialité.

Le titre d'ancien interne ou d'ancien résident en médecine générale ne peut pas être utilisé par les médecins qui n'obtiennent pas mention de la qualification correspondante ».

²² Article L.4111-1-1 : « *Dans le cadre de leur formation et par dérogation au 1° de [l'article L. 4111-1](#), peuvent exercer la profession de médecin les personnes inscrites en troisième cycle des études de*

Toujours pour les médecins, l'article L.4131-2 prévoit que les étudiants ayant « *suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou ayant validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie peuvent être autorisés à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin, en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'Etat dans le département.* De la même façon, « *les étudiants en chirurgie dentaire ayant satisfait en France à l'examen de cinquième année, peuvent être autorisés à exercer l'art dentaire, soit à titre de remplaçant, soit comme adjoint d'un chirurgien-dentiste* » comme le prévoit le 1° de l'article L.4141-4 du code de la Santé Publique. Ces trois derniers articles montrent que l'obtention du diplôme peut ne pas être nécessaire pour exercer la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste sur une durée limitée pour les personnes étudiant en France.

3. Les diplômes reconnus par le 2° de l'article L.4131-1 et le 3° de l'article L.4141-3 du CSP.

Ensuite, le 2° de l'article L.4131-1 et le « 3° de l'article L.4141-3, très similaires, sont destinés « *aux ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie de l'accord sur l'Espace économique européen* ». Les articles présentent six cas de figure, cinq étant semblables pour les deux professions²³. Le « a) » peut être considéré comme la norme. En effet, il mentionne une « *liste établie par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé* » qui sert de référence à la validité des titres de formation de médecin ou de chirurgien-dentiste. Les arrêtés en cours à ce jour datent du 13 juillet 2009^{24,25} et définissent avec précision les

médecine en France et remplissant des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat et portant sur la durée, les conditions et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés. »

²³ Seul le e) de l'article L.4131-1 ne se retrouve pas dans l'article L.4141-3 et le f) de l'article L.4141-3 est spécifique au diplôme de chirurgien-dentiste.

²⁴ Arrêté du 13 juillet 2009 fixant les listes et les conditions de reconnaissance des titres et formation de médecin et de médecin spécialiste délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 2° de l'article L.4131-1 du code de la santé publique.

différents cas de figure présentés au 2° de l'article L.4131-1 et au 3° de l'article L.4141-3 du code de la santé publique notamment grâce à leurs annexes²⁶.

Lorsque les titres de formation ne sont pas inscrits dans la liste « de référence » ou que la formation a été commencée avant l'inscription de celle-ci au décret, il peut être demandé des attestations et/ou certificats de l'Etat ayant délivré ces titres attestant de leur conformité aux obligations communautaires²⁷, de « *l'exercice de la profession de médecin (praticien de l'art dentaire) dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation* »²⁸, de « *la même validité sur le plan juridique* » d'une formation réalisée avant l'indépendance d'un Etat membre²⁹, de l'établissement sur son territoire du titulaire de la formation et de « *son acquisition au droit d'exercer les activités de médecin généraliste dans le cadre de son régime national de sécurité sociale* »³⁰, celles « *permettant d'exercer légalement la profession de médecin (praticien de l'art dentaire) dans l'Etat qui les a délivrés* »³¹ ou en justifiant « *avoir effectué en France au cours des cinq années précédentes trois années consécutives à temps plein de fonctions hospitalières dans la spécialité correspondant aux titres de formation en qualité d'attaché associé, de praticien attaché associé, d'assistant associé ou de fonctions universitaires en qualité de chef de clinique associé des universités ou d'assistant associé des universités, à condition d'avoir été chargé de fonctions hospitalières dans le même temps* »³².

Particularité pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, le « *titre de formation de médecin délivré en Italie, en Espagne, en Autriche, en République tchèque, en Slovaquie et en Roumanie sanctionnant une formation commencée au plus tard aux dates fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, est valable s'il est accompagné d'une attestation des autorités compétentes de cet Etat certifiant qu'il ouvre droit dans cet Etat à l'exercice*

²⁵ Arrêté du 13 juillet 2009 fixant les listes et les conditions de reconnaissance des titres et formation de praticien de l'art dentaire spécialiste délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 3° de l'article L.4141-3 du code de la santé publique.

²⁶ Journal Officiel n°175 du 31 juillet 2009 texte numéro 44

²⁷ 2° b) article L.4131-1 et 3°b) de l'article L.4141-3 CSP

²⁸ 2° c), d) article L.4131-1 et 3°c) d) article L.4141-3 CSP

²⁹ 2° d) article L.4131-1 et 3° d) article L.4141-1 CSP

³⁰ 2° e) article L.4131-1 CSP

³¹ 2° f) article L.4131-1 et 3°e) article L.4141-3 CSP

³² op cite

de la profession de praticien de l'art dentaire et que son titulaire s'est consacré, dans cet Etat, de façon effective et licite, aux activités de praticien de l'art dentaire pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation. » Ce dernier article montre qu'on peut exercer la profession de chirurgien-dentiste en France sans avoir un diplôme de chirurgien-dentaire.

Le deuxième alinéa de l'article 1 de l'arrêté du 13 juillet 2009 précise que même les titres de formation médicale énumérés à l'annexe I de ce dit article doivent « être accompagnés d'attestations fournies par les autorités compétentes de l'Etat [...] certifiant qu'ils sanctionnent une formation conforme aux obligations communautaires. »³³

Point intéressant, l'article L.4111-5³⁴ du CSP prévoit que le « *médecin, le praticien de l'art dentaire, la personne exerçant la profession de sage-femme peut faire usage de ses titres de formation dans la langue de l'Etat qui les lui a délivrés. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il les a obtenus.* » Cet article est complété par le 4^{ème} alinéa de l'article R.4127-81 du code de la santé publique³⁵ qui prévoit

³³ Article 1 de l'arrêté du 13 juillet 2009 : « *La liste des titres de formation médicale de base qui, délivrés conformément aux obligations communautaires par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, donnent accès aux formations médicales spécialisées, est fixée à l'annexe I.*

Ces titres de formation sont accompagnés d'attestations fournies par les autorités compétentes de l'Etat, membre ou partie, les ayant délivrés, certifiant qu'ils sanctionnent une formation conforme aux obligations communautaires. »

³⁴ Article L.4111-5 du Code de la Santé Publique : « *Le médecin, le praticien de l'art dentaire, la personne exerçant la profession de sage-femme peut faire usage de ses titres de formation dans la langue de l'Etat qui les lui a délivrés. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il les a obtenus. L'intéressé porte le titre professionnel de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme.*

Dans le cas où le titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, le conseil national de l'ordre concerné peut décider que le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme fera état du titre de formation de l'Etat d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'il lui indique. »

³⁵ Article R.4127-81 CSP : « *Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultations, situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie, diplômes, titres et qualifications reconnus conformément aux 4° et 5° de l'article R. 4127-79.*

Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet ; lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

que « lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1° de l'article L.4131-1, il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine » et par l'article L.4127-218 qui stipule que « les praticiens (de l'art dentaire) qui ne sont pas titulaires du diplôme d'Etat français doivent ajouter les mentions d'origine. » Ce point est pertinent car, même si l'autorité reconnaît la qualité de la formation de l'intéressé, elle souhaite que le patient soit informé que le médecin chez qui il se rend n'a pas été formé en France. Mais ce point ne rompt-il pas l'égalité de traitement entre les diplômés ? En effet, l'obligation d'inscrire son lieu de formation s'il n'est pas une Université française ne pourrait-elle pas être interprétée comme une discrimination aux yeux des professionnels médicaux ?

L'article L.4131-1-1³⁶ pour les médecins et l'article L.4141-3-1 pour les chirurgiens-dentistes prévoient le cas des « ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de titres de formation délivrés par l'un de ces Etats, ne répondant pas aux conditions prévues à l'article L. 4131-1 (article L.4141-3) mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans cet Etat » peuvent exercer la profession de médecin sous certaines conditions. Différemment des personnes rentrant dans le cas de figure du 2° de l'article L.4131-1 ou du 3° de l'article L.4141-3, ceux-ci doivent passer devant une commission avant de pouvoir s'inscrire au conseil de l'ordre.

Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1° de l'article L. 4131-1, il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine. »

³⁶ Article L.4131-1-1 du code de la Santé Publique : « L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin, dans la spécialité concernée, les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de titres de formation délivrés par l'un de ces Etats, ne répondant pas aux conditions prévues à [l'article L. 4131-1](#) mais permettant d'exercer légalement la profession de médecin dans cet Etat. »

Dans le cas où l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès à la profession dans la spécialité concernée et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation dans la spécialité concernée.

4. L'ouverture vers le monde.

Abordons maintenant le cas des diplômes des pays hors de l'EEE. L'article L.4111-2 du CSP, à son I, prévoit que « *le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission [...], autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.* » Il est à noter que « *le nombre maximum de candidats [...] est fixé par arrêté du ministre [...]* » et qu'en plus de leur diplôme les lauréats doivent justifier d'une ou trois années de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes ou dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé participant au service public³⁷.

D'autres diplômes de professionnels médicaux ne sont pas visés par l'article L.4131-1 du CSP, car délivrés par des Etats hors de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'EEE et qui sont pourtant reconnus en France. D'anciens accords de coopération en matière d'enseignement conclus avec des Etats avec lesquels la France entretient des liens particuliers permettent cela. Tout d'abord présentons l'accord conclu le 21 juin 1999 entre la communauté européenne et ses Etats membres et la Confédération Helvétique³⁸. Celui-ci permet aux diplômés de médecine, chirurgie-dentaire ou sage-femme d'exercer leur profession en France au même titre que les personnes relevant de l'article L.4131-1 ou L.4141-3. Ensuite, les diplômes des facultés de médecine d'Abidjan et de Dakar obtenus jusqu'à l'année universitaire de 1983-1984 sont reconnus valables de plein droit en France. Enfin, l'université de Saint-Joseph de Beyrouth ayant délivré des diplômes français de docteur en médecine, les personnes détenteurs d'un diplôme de cette université datant d'avant 1984 peuvent exercer leur profession en France.

5. L'indispensable intégration de la télémédecine dans la formation

La participation à une activité de télémédecine, comme tout nouvel exercice, nécessite un apprentissage. Celui-ci doit être prévu dès la formation initiale (a.) pour

³⁷ Article L.4111-2 I 3°, 4°, 5° du Code de la Santé Publique.

³⁸ Loi n°2001-1117 du 28 novembre 2001 – décret n°2002-946 du 25 juin 2002

permettre un développement naturel à la télémédecine mais il doit aussi être reconnu afin de donner une véritable importance à la maîtrise de l'outil télémédecine (b.)

a) *Intégrer la télémédecine dans la formation initiale.*

La formation à l'usage de la télémédecine n'est que très peu réalisée au sein des UFR de médecine ou d'odontologie en France. Cette discipline ne rentre pas dans les maquettes nationales validées par le ministère de la santé et de l'enseignement supérieur. L'utilisation de la télémédecine va se développer dans toutes les disciplines et sur tous les territoires. Il est donc fondamental que les professionnels médicaux de demain connaissent l'existence de cette activité mais surtout qu'ils soient capables de l'utiliser. Pour cela, des enseignements doivent être prévus en formation initiale comme en formation continue. Ces formations doivent comprendre des parties théoriques notamment sur le volet juridique de la télémédecine qui est fondamental pour pouvoir appréhender totalement cette activité mais aussi sur le plan clinique en faisant participer les étudiants en médecine et odontologie dans les expérimentations de télémédecine qui sont déjà en activité sur tout le territoire national.

Citons comme exemple le projet e-DENT qui fait réaliser les téléconsultations bucco-dentaires aux étudiants de 6^{ème} année sous la supervision d'un sénior spécialisé en télédiagnostic.

Cette formation à la télémédecine donnera peut-être naissance à une spécialité de télémédecine ou de téléchirurgien-dentiste, obligatoire pour participer à une activité de télémédecine. Ce type d'organisation n'existe pas encore mais aurait un intérêt. En effet, le décret de télémédecine prévoit à son article R.6316-9 que « *les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.* » Cet article valide parfaitement cette idée. Les étudiants en odontologie et en médecine suivent durant leur cursus un

enseignement en informatique appelé le C2i (Certificat Informatique et Internet)³⁹. Ce certificat se déroule en deux étapes : le niveau 1 et le niveau 2 « métiers de la santé » pour les étudiants de médecine et d'odontologie.

b) Suivre l'exemple du C2i...

Ce certificat informatique et internet permet de valider, renforcer ou développer les connaissances et la maîtrise des technologies de l'information et de la communication par les étudiants de l'enseignement supérieur. *« Le C2i niveau 1 a été mis en œuvre à titre expérimental dès la rentrée universitaire 2003 et été institué en 2004⁴⁰. »*

Il est composé de deux niveaux ; le premier est plutôt généraliste et destiné aux étudiants inscrits au niveau licence. Le site dédié à ce certificat expose clairement ses objectifs, *« le C2i niveau 1 concerne les compétences numériques utiles aux personnes engagées dans des formations de l'enseignement supérieur dans une perspective de formation tout au long de la vie. »*

Il existe plusieurs thématiques au sein du C2i niveau 1, et *« sont structurés en 5 domaines qui répondent aux situations rencontrées dans un contexte de formation en présence ou à distance, en formation initiale ou tout au long de la vie. En effet, en tant qu'apprenant, il est nécessaire de se documenter et de se tenir informé (D4), de rendre compte de son travail en produisant des documents efficacement (D3), de communiquer avec ses pairs et son institution (D5) dans le respect des règles et usages (D2) inhérents au travail dans un environnement numérique riche et évolutif (D1). »*

Une fois détenteurs de ce C2i niveau 1, nous pouvons estimer que les étudiants sont capables de se servir d'un ordinateur de façon très basique mais ce n'est pas suffisant pour participer à une activité de télémedecine. En complément de cette formation

³⁹ www.c2i.education.fr

⁴⁰ circulaire n°2004-089 du 4 juin 2004

basique, des C2i orientés « métiers » ont vu le jour et amène un deuxième niveau à ce certificat.

Le C2i niveau 2 métiers de la santé a vu le jour de façon expérimentale en 2006 et est actuellement régi par une circulaire différente du niveau 1⁴¹. Il a pour objectif d'attester « *la maîtrise des compétences transversales d'usage des technologies numériques nécessaires à l'exercice d'un métier et la capacité de les faire évoluer tout au long de la vie professionnelle.* » Pour le moment, les enseignements tournent plus autour de la recherche bibliographique pour la rédaction des thèses d'exercice ou des articles scientifiques que ces futurs professionnels médicaux seront amenés à faire pendant ou après leur cursus.

Ce niveau 2 ne semble pas être approprié pour valider une compétence dans la pratique de la télémédecine. Pourtant ce certificat peut être un exemple pour le certificat de télémédecine qui pourrait être créé.

c) ... et créer un certificat à la participation à une activité de télémédecine.

L'idée d'un certificat à la participation d'une activité de télémédecine peut être envisagée en complément de ce C2i niveau 2 « métiers de la santé ». Celui-ci permettrait de s'assurer que le professionnel a les compétences techniques nécessaires pour participer à une activité de télémédecine comme le demande le décret de télémédecine. Cette formation doit être proposée en formation initiale par les universités mais aussi en formation continue par les établissements publics ou les structures privés. Nous pouvons d'ailleurs noter que l'Association Nationale de Télémédecine (ANTEL)⁴² propose déjà une formation en deux niveaux pour l'« *acquisition de connaissances et le perfectionnement des compétences* » dans un premier temps et ensuite « *savoir évaluer un besoin en télémédecine* ».

⁴¹ circulaire n°2011-0012 du 9 juin 2011 parue au bulletin officiel de l'enseignement supérieur et de la recherche le 14 juillet 2011.

⁴² www.antel.fr

La formation est un volet important des professions médicales pour être reconnues comme telles mais il est fondamental que celle-ci se diversifie au cours du temps pour rester en adéquation avec la pratique clinique.

B. La nationalité, notion vouée à disparaître ?

Deuxième obligation pour pouvoir exercer une profession médicale, la nationalité semble perdre de son importance. En effet, l'éclatement des frontières européennes et l'ouverture vers le monde permettent la mobilité professionnels ainsi que le l'égalité des formations médicales à travers le monde. Nous verrons qu'une formation en France peut exempter l'obligation de nationalité (1.), que des accords entre la France et d'autres pays existent (2.) et simplifient la reconnaissance des diplômes mais aussi que la loi prévoit l'ensemble des cas possible (3.)

1. Une obligation parfois oubliée.

Nous l'avons vu plus haut, cette obligation peut ne pas être demandée dès lors que la personne a obtenu un diplôme d'Etat français de docteur en médecine, de docteur en chirurgie-dentaire ou de sage-femme⁴³. Cette disposition semble pleine de bons sens. En effet, un ressortissant d'un autre pays, membre de l'Union européen ou partie de l'EEE ou non, ayant reçu la même formation qu'un étudiant français doit pouvoir prétendre à la même reconnaissance. Après avoir passé au moins 6 années en France il maîtrise tout à fait la langue et la culture française et est parfaitement intégré.

2. L'« amitié » entre pays facilite la reconnaissance.

Dans les autres cas de figure ce n'est pas aussi simple. Nous allons donc traiter en premier lieu les ressortissants des pays cités au 2° de l'article L.4111-1. Tout d'abord apparaissent les Andorrans, « *les ressortissants de l'Unions européenne ou partie à*

⁴³ Dernier alinéa de l'article L.4111-1 du code de la Santé Publique

l'accord sur l'espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie »⁴⁴. Pour eux, les accords européens et internationaux sont prévus pour qu'ils n'aient pas besoin de passer devant la commission définie au I de l'article L.4111-2.

Il en est de même pour les ressortissants des pays ayant des accords bilatéraux avec la France. Il existe deux sortes d'accords : les conventions d'établissement et les accords de réciprocité⁴⁵.

Les premiers cités permettent « *aux ressortissants de chacun des Etats signataires un traitement identique à celui reconnu à ses propres nationaux et réciproquement* »⁴⁶. A ce titre, les ressortissants des Républiques de Centrafrique, du Congo (Brazzaville), du Gabon, du Mali, du Sénégal, du Tchad et du Togo peuvent exercer des professions médicales s'ils sont détenteurs d'un diplôme, certificat ou titre, énuméré à l'article L.4131-1 du CSP.

Ensuite l'article L.4111-3⁴⁷ présente les accords de réciprocité. A ce jour il n'y a que l'accord franco-monégasque du 14 décembre 1938 qui soit en vigueur. Et qui permet donc à 14⁴⁸ médecins français d'exercer en principauté de Monaco et réciproquement à 14 médecins monégasques d'exercer en France.

De plus, à cette particularité monégasque nous devons rajouter l'arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins,

⁴⁴ Article L.4111-1 2° du code de la Santé Publique

⁴⁵ Articles L.4111-3 et L.4111-3-1 du Code de la Santé Publique

⁴⁶ Conseil national de l'ordre des médecins, *op. cit.*

⁴⁷ Article L.4111-3 du code de la Santé Publique : « *Lorsqu'un Etat étranger accorde à des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, nationaux français ou ressortissants français, le droit d'exercer leur profession sur son territoire, le ressortissant de cet Etat peut être autorisé à pratiquer son art en France par arrêté du ministre chargé de la santé, si des accords ont été passés à cet effet avec cet Etat et si l'équivalence de la valeur scientifique du diplôme est reconnue par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.*

Ces accords, conclus avec l'agrément du ministre chargé de la santé, devront comporter obligatoirement la parité effective et stipuleront le nombre des praticiens étrangers que chacun des deux pays autorise à exercer sur son territoire.

Les autorisations sont données individuellement, après avis des organisations syndicales nationales et des ordres intéressés, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française dans des conditions fixées par voie réglementaire. Elles peuvent être retirées à tout moment. »

⁴⁸ 1° de l'article 3 de l'Ordonnance n. 2.263 du 17/02/1939 promulguant la convention franco-monégasque relative à l'exercice de la profession de médecin et de chirurgien-dentiste

chirurgiens-dentistes et sages-femmes, conclu le 27 novembre 2009 avec la province du Québec et donnant création de l'article L.4111-3-1 du CSP⁴⁹.

Il existe une dernière disposition particulière. Celle présentée à l'article L.4111-7 du CSP⁵⁰. Il est question des « *ressortissants d'un Etat ayant appartenu à l'Union française et n'ayant pas passé avec la France un engagement mentionné à l'article L.4111-3* ». Mais au vu de la date demandée de l'inscription à l'ordre (14 juillet 1972), il est fort probable qu'il n'y ait plus beaucoup de personnes dans ce cas là.

3. L'ouverture vers le reste du monde.

Abordons maintenant la situation des ressortissants des pays hors Union européenne ou partie à l'accord sur l'EEE, hors spécificités des accords internationaux. Pour ces personnes, le I de l'article L.4111-2 s'applique. En effet celui-ci traite des « *personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre, permettant l'exercice de profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme certificat ou titre* ». Il s'applique donc à beaucoup de situations et par exclusion des personnes prises en considération aux articles L.4111-1 et L.4131-1, principalement aux ressortissants des pays que nous traitons dans cette partie.

Ces personnes, à la différence des autres cas traités plus haut, doivent passer devant une commission « *comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des*

⁴⁹ Article L.4111-3-1 du code de la Santé Publique : « *Lorsque la province de Québec accorde le droit d'exercer leur profession sur son territoire à des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes titulaires d'un titre de formation permettant l'exercice en France, les titulaires d'un titre de formation obtenu dans la province de Québec peuvent être autorisés à exercer leur profession en France par le ministre chargé de la santé si des arrangements en vue de la reconnaissance des qualifications ont été passés à cet effet, signés par les ordres et le ministre chargé de la santé, et si leurs qualifications professionnelles sont reconnues comme comparables à celles requises en France pour l'exercice de la profession.*

Les autorisations d'exercice sont délivrées individuellement, après avis des ordres intéressés, aux praticiens ayant fait la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. Ils sont tenus de respecter les règles professionnelles applicables en France.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. »

⁵⁰ Article L.4111-7 du code de la Santé Publique : « *Les ressortissants d'un Etat ayant appartenu à l'Union française et n'ayant pas passé avec la France un engagement mentionné à l'article L. 4111-3 qui, à la date du 14 juillet 1972, justifient avoir été régulièrement inscrits à l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, sont autorisés à continuer la pratique de leur art, sous réserve de n'avoir pas été radiés de cet ordre à la suite d'une sanction disciplinaire.* »

ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes » afin de permettre de vérifier leurs compétences et connaissances en plus de la concordance de leur diplôme avec la référence nationale. De plus, ceux-ci devront attester d'une ou trois années de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes ou dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé participant au service publique.

De plus, ces mêmes ressortissants mais qui ont obtenu leur diplôme dans un des Etats de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'EEE et qui « *peuvent attester par tout moyen de leur expérience professionnelle* »⁵¹ pourront passer devant cette même commission.

Par ailleurs, pour en finir avec les différentes possibilités entre nationalités et diplômes, il faut aborder le cas des ressortissants des pays de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'EEE mais ayant obtenu leur diplôme dans un Etats tiers. Au regard du II de l'article L.4111-2 du CSP⁵², ces personnes peuvent, eux aussi, passer devant une commission composée de professionnels. Il faut pour ça que leur diplôme soit reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession.

Enfin, il est important de souligner que le dernier alinéa de l'article L.4111-2 permet « *dans le cas où l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès à la profession et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une*

⁵¹ I bis de l'article L.4111-2 du code de la Santé Publique.

⁵² II de l'article L.4111-2 du code de la Santé Publique : « *II. L'autorité compétente peut également, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession de médecin dans la spécialité concernée, de chirurgien-dentiste, le cas échéant dans la spécialité, ou de sage-femme les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de titres de formation délivrés par un Etat tiers, et reconnus dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession.* »

épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation dans la spécialité ou le domaine concerné. »

C. Une obligation de reconnaissance par les pairs.

L'inscription au conseil de l'ordre est la dernière obligation définie à l'article L.4111-1. Cette inscription valide l'intégration dans une profession ce qui rend cette étape particulièrement importante dans la vie d'un praticien et pas seulement sur le plan administratif. En effet, en répondant à cette obligation légale, le jeune diplômé intègre une profession et son organisation (1.) par une étape administrative (2.) qui dictera sa conduite durant toute sa carrière (3.)

1. Un statut spécifique pour les professions libérales.

Avant de rentrer en détail dans la présentation des ordres des professions médicales il est bon de rappeler la définition générale d'un ordre professionnel. D'après le dictionnaire Larousse, c'est un « *organisme de droit privé, disposant de la personnalité juridique, créé par la loi en vue d'assurer la réglementation, la discipline et la défense d'une profession libérale.* » Il existe treize professions organisées autour d'un ordre : avocats (un ordre par barreau alors que les autres sont nationaux⁵³), médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, vétérinaires, expert-comptables, architectes, géomètres-experts et le conseil national des activités privées de sécurité. Le Larousse précise que « *Nul ne peut exercer une profession libérale qui relève d'un ordre professionnel sans y adhérer.* » Ces différents ordres professionnels sont dirigés par un conseil de l'ordre que le même dictionnaire définit comme une « *assemblée restreinte chargée de veiller à l'observation des règles d'un ordre, à la discipline de ses membres et, le cas échéant, à l'administration de ses biens.* »

⁵³ www.larousse.fr le 28 janvier 2013

Abordons maintenant les ordres des professions médicales. Au même titre que les différents ordres ceux-ci « regroupent obligatoirement tous les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes habilités à exercer » comme le présente l'article L.4121-1 du CSP⁵⁴. Ceux-ci ont différentes missions présentées à l'article L.4121-2 du CSP⁵⁵ qui sont principalement « la veille du maintien des principes de moralités, de probité, de compétence et de dévouement [...], l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L.4127-1 et assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale, de la profession de chirurgien-dentiste ou de celle de sage-femme. »

Sans rentrer dans les détails de l'organisation de ces conseils de l'ordre⁵⁶, il est important de préciser que ces différents conseils sont divisés en conseils régionaux ou inter-régionaux puis en conseils départementaux pour faciliter leur organisation et la gestion quotidienne de leur profession.

2. Une épreuve administrative...

Nous l'avons vu, la troisième condition à l'exercice d'une profession médicale est l'inscription au tableau de l'ordre de la profession. L'article L.4112-1 du CSP⁵⁷,

⁵⁴ Article L.4121-1 du Code de la Santé Publique : « L'ordre national des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes regroupent obligatoirement tous les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes habilités à exercer. »

⁵⁵ Article L.4121-2 du Code de la Santé Publique : « L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1.

Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale, de la profession de chirurgien-dentiste ou de celle de sage-femme.

Ils peuvent organiser toutes oeuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit.

Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux ou interrégionaux et du conseil national de l'ordre. »

⁵⁶ Voir les chapitres de I à VI du titre deuxième du livre premier de la quatrième partie du code de la Santé Publique.

⁵⁷ Article L.4112-1 du Code de la Santé Publique : « Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes qui exercent dans un département sont inscrits sur un tableau établi et tenu à jour par le conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent.

comme tout le chapitre II (« *Inscription au tableau de l'ordre et déclaration de prestation de service* ») du titre premier sur « *l'exercice des professions médicales* », définit les missions et l'organisation de ces tableaux.

En effet, vu l'importance de ceux-ci, le législateur a dû définir précisément leur organisation. Après la présentation à l'article L.4112-1 du CSP, il rappelle que le demandeur de l'inscription « *doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française* » à l'article suivant⁵⁸ et qu'une vérification peut être demandée en cas de doute.

L'inscription doit se faire sur le tableau du conseil départemental de l'ordre même si « *l'inscription à un tableau de l'ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national* » et doit être modifiée lorsque l'intéressé change de département pour son exercice professionnel comme le prévoit l'article L.4112-5 du CSP⁵⁹.

Ce tableau est transmis aux services de l'Etat et porté à la connaissance du public, dans des conditions fixées par décret.

Nul ne peut être inscrit sur ce tableau s'il ne remplit pas les conditions requises par le présent titre et notamment les conditions nécessaires de moralité, d'indépendance et de compétence.

La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire. Il incombe au conseil départemental de tenir à jour le tableau et, le cas échéant, de radier de celui-ci les praticiens qui, par suite de l'intervention de circonstances avérées postérieures à leur inscription, ont cessé de remplir ces conditions.

Un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle, sauf dérogation prévue par le code de déontologie mentionné à [l'article L. 4127-1](#).

Un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme inscrit ou enregistré en cette qualité dans un Etat ne faisant pas partie de l'Union européenne ou n'étant pas partie à l'accord sr l'Espace économique européen ne peut être inscrit à un tableau de l'ordre dont il relève. »

⁵⁸ Article L.4112-2 : « *Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme qui demande son inscription au tableau prévu à [l'article L. 4112-1](#) doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.*

En cas de doute, le président du conseil départemental de l'ordre ou son représentant peut entendre l'intéressé. Une vérification peut être faite à la demande du conseil de l'ordre ou de l'intéressé par le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

⁵⁹ Article L.4112-5 du Code de la Santé Publique : « *L'inscription à un tableau de l'ordre rend licite l'exercice de la profession sur tout le territoire national.*

En cas de transfert de la résidence professionnelle hors du département ou de la collectivité territoriale où il est inscrit, l'intéressé doit, au moment de ce transfert, demander son inscription au tableau de l'ordre du département ou de la collectivité territoriale de la nouvelle résidence.

Lorsque cette demande a été présentée, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme peut provisoirement exercer dans le département ou la collectivité territoriale de sa nouvelle résidence jusqu'à ce que le conseil départemental ou la collectivité territoriale ait statué sur sa demande par une décision explicite. »

Il existe quelques exceptions à cette obligation d'inscription au tableau de l'ordre. En premier lieu celles présentées à l'article L.4112-6 du CSP⁶⁰, à savoir les « *médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées* » et les « *médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine ou l'art dentaire ou à pratiquer les actes entrant dans la définition de la profession de sage-femme.* » L'autre exception est celle du « *médecin, du praticien de l'art dentaire ou de la sage-femme ressortissant d'un Etat, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités de médecin, de praticien de l'art dentaire ou de sage-femme dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France, de manière temporaire et occasionnelle, des actes de sa profession sans être inscrit au tableau de l'ordre correspondant.* » comme le prévoit l'article L.4112-7 du CSP. Celui-ci se doit de « *posséder la langue française* »⁶¹, « *respecter les règles professionnelles applicables en France et est soumis à la juridiction disciplinaire compétente.* »⁶²

3. ... pour embrasser une profession et ses devoirs.

Une fois l'inscription réalisée, encore faut-il que le professionnel respecte les devoirs que celle-ci entraîne. Certains d'entre eux sont d'ailleurs évoqués au troisième alinéa de l'article L.4112-1 du CSP qui prévoit que « *nul ne peut être inscrit sur ce tableau [tableau de l'ordre] s'il ne remplit pas les conditions requises par le présent titre et notamment les conditions nécessaires de **moralité**, d'**indépendance** et de **compétence**.* » La notion de compétence est à la fois assurée par la formation initiale, sur laquelle nous ne reviendrons pas, et par le « *développement professionnel*

⁶⁰ Article L.4112-6 du Code de la Santé Publique : « *L'inscription à un tableau de l'ordre ne s'applique pas aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées.*

Elle ne s'applique pas non plus à ceux des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine ou l'art dentaire ou à pratiquer les actes entrant dans la définition de la profession de sage-femme. »

⁶¹ 3° de l'article L.4112-7 du Code de la Santé Publique.

⁶² 4° de l'article L.4112-7 du Code de la Santé Publique.

continu » que nous étudierons. Avant cela, nous aborderons les notions d'indépendance et de moralité nécessaires à l'exercice de ces professions.

Le Chapitre III présente les règles communes liées à l'exercice de la profession, il y est précisé que les professionnels médicaux voulant exercer leur profession « *sont tenus de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé* »⁶³, à savoir l'Agence Régionale de Santé à ce jour. Ce qui peut permettre à cette dernière d'établir, « *pour chaque département [...] des listes distinctes de chacune de ces professions, portées à la connaissance du public.* »⁶⁴. Toujours dans le but d'informer au mieux les patients sur l'identité des professionnels médicaux, il est stipulé « *qu'il est interdit d'exercer la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme sous un pseudonyme.* »⁶⁵.

Ensuite, pour garantir l'indépendance des professionnels médicaux, ceux-ci « *ne peuvent donner des consultations dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux où sont vendus des appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent* »⁶⁶, mais il leur est aussi « *interdit [...] de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés*

⁶³ Article L.4113-1 du Code de la Santé Publique : « *Sont tenus de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé :*

1° Les titulaires des diplômes, certificats ou titres requis pour l'exercice des professions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme avant leur entrée dans la profession, ainsi que ceux qui n'exercent pas mais ont obtenu leurs diplômes, certificats ou titres depuis moins de trois ans ;

2° Les internes en médecine et en odontologie, ainsi que les étudiants dûment autorisés à exercer à titre temporaire la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme, ou susceptibles de concourir au système de soins au titre de leur niveau de formation, notamment dans le cadre de la réserve sanitaire.

L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leurs diplômes, certificats, titres ou niveau de formation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de résidence, de niveau de formation ou de situation professionnelle.

Pour les personnes ayant exercé la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, l'obligation d'information relative au changement de résidence est maintenue pendant une période de trois ans à compter de la cessation de leur activité.

La procédure prévue au présent article est sans frais.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

⁶⁴ Article L.4113-8 du Code de la Santé Publique : « *Il est établi, pour chaque département, par le service de l'Etat compétent ou l'organisme désigné à cette fin, des listes distinctes de chacune de ces professions, portées à la connaissance du public.*

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

⁶⁵ Article L.4113-3 du Code de la Santé Publique.

⁶⁶ Article L.4113-4 du Code de la Santé Publique.

par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. »⁶⁷, tout comme il leur est « interdit [...] de recevoir sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, des intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues, qu'il s'agisse de médicaments, d'appareils orthopédiques ou autres, de quelque nature qu'ils soient. »⁶⁸

L'indépendance doit aussi être d'ordre financier. C'est pour cela que le législateur prévoit à l'article L.4113-5 du CSP « *qu'il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des professions régies par le présent livre. »*

Par ailleurs, l'article R.4127-22 du CSP (et son pendant dans le code de déontologie dentaire R.4127-243 du CSP⁶⁹) prévoit que « *tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article R.4127-94⁷⁰.*

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre de partage d'honoraires, même non suivies

⁶⁷ 1° de l'article L.4113-6 du Code de la Santé publique

⁶⁸ Article L.4113-8 du Code de la Santé Publique : « *Sauf les cas mentionnés aux articles L. 4211-3 et L. 5125-2, est interdit le fait, pour les praticiens mentionnés au présent livre, de recevoir, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, des intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues, qu'il s'agisse de médicaments, d'appareils orthopédiques ou autres, de quelque nature qu'ils soient*

Sont interdits la formation et le fonctionnement de sociétés dont le but manifeste est la recherche des intérêts ou ristournes définis ci-dessus, et revenant aux individus eux-mêmes ou au groupe constitué à cet effet, ainsi que l'exercice pour le même objet de la profession de pharmacien et de celles de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme.

Est également interdite la vente de médicaments réservés d'une manière exclusive, et sous quelque forme que ce soit, aux médecins bénéficiaires de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-3. »

⁶⁹ Article R.4127-243 du CSP : « *Tout partage d'honoraires, entre chirurgiens-dentistes et praticiens à quelque discipline médicale qu'ils appartiennent est formellement interdit.*

Chaque praticien doit demander ses honoraires personnels.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivi d'effet, constitue une faute professionnelle grave.

La distribution des dividendes entre les membres d'une société d'exercice ne constitue par un partage d'honoraires prohibé. »

⁷⁰ Article 4127-94 du CSP : « *Dans les associations de médecins et les cabinets de groupe, tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sauf si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale, ou s'ils sont tous spécialistes de la même discipline, et sous réserve des dispositions particulières relatives aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral. »*

d'effet, sont interdites. »

L'article R.4127-54 du CSP (et les pendants en odontologie : R.4127-241⁷¹, R.4127-242⁷² et R.4127-244⁷³ du CSP) dispose que « *lorsque plusieurs médecins collaborent pour un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.*

La rémunération du ou des aides opératoires choisis par le praticien et travaillant sous son contrôle est incluse dans ses honoraires. »

L'article R.4127-53 du CSP (et le pendant en odontologie : R.4127-240⁷⁴ du CSP) prévoit que « *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.*

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télé médecine.

Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications

⁷¹ Article R.4127-241 du CSP : « *La consultation entre le chirurgien-dentiste traitant et un médecin ou un autre chirurgien-dentiste justifie des honoraires distincts. »*

⁷² Article R.4127-242 du CSP : « *La présence du chirurgien-dentiste traitant à une opération chirurgicale lui donne droit à des honoraires distincts mais au cas seulement où cette présence a été demandée ou acceptée par le patient ou sa famille. »*

⁷³ Article R.4127-244 du CSP : « *Le choix des assistants, aides opératoires ou anesthésistes ne peut être imposé au chirurgien-dentiste traitant.*

Chacun des médecins ou chirurgiens-dentistes intervenant à ce titre doit présenter directement sa note d'honoraires. »

⁷⁴ Article R.4127-240 du CSP : « *Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure.*

Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières.

Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle.

Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires.

Il ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. Il ne peut refuser d'établir un reçu pour tout versement d'acompte.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients.

Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient. »

sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades.» Cet article, modifié le 7 mai 2012⁷⁵ est capital pour notre travail. En effet, l'ajout de l'adjectif « simple » qualifiant l'avis du médecin donné par téléphone au 3^{ème} alinéa ainsi que l'intégration de la télémédecine dans les actes qui peuvent amener une réclamation d'honoraire⁷⁶. Nous reviendrons sur ce point plus loin dans notre travail.

Le deuxième alinéa de l'article L.4113-5 du CSP amène une particularité pour la télémédecine sur le partage des honoraires. En effet, celui-ci permet à toute personne participant à l'activité de télémédecine de recevoir la totalité ou une quote-part des honoraires ou bénéfices provenant de cette activité telle que définie à l'article L.6316-1.

Sur un point plus juridique, le conseil départemental de l'ordre doit être informé sur les « *contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de la profession* » des professionnels médicaux « *ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.* »⁷⁷ Cette obligation d'information est détaillée dans les articles L.4113-10 à 13 du CSP.

⁷⁵ Décret n°2012-694 du 7 mai 2012

⁷⁶ Claire Debost, Nicolas Giraudeau, Paul Veron[et al.], « La réforme du Code de déontologie médicale », *Revue générale de droit médical*, vol. / 44, septembre 2012, p. 239-266.

⁷⁷ Article L.4113-9 du Code de la Santé Publique : « *Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes en exercice, ainsi que les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.*

Les mêmes obligations s'appliquent aux contrats et avenants ayant pour objet de transmettre sous condition résolutoire la propriété du matériel et du local. Elles ne s'appliquent pas aux contrats conformes à un contrat-type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La communication prévue ci-dessus doit être faite dans le mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant, afin de permettre l'application des articles [L. 4121-2](#) et [L. 4127-1](#).

Les contrats et avenants dont la communication est prévue ci-dessus doivent être tenus à la disposition du ministre chargé de la santé par le conseil départemental de l'ordre des médecins, par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou par le conseil départemental de l'ordre des sages-femmes.

Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme doit le faire par écrit.

Ensuite, sur le plan de la moralité, les professionnels médicaux inscrits à leur tableau de l'ordre respectif, se doivent de respecter le code de déontologie propre à chaque profession défini à l'article L.4127-1 du CSP⁷⁸, comme le prévoit l'article R.4127-1⁷⁹ pour les médecins, l'article R.4127-201⁸⁰ pour les chirurgiens-dentistes et l'article R.4127-301⁸¹. Ces différents codes sont, depuis le 8 août 2004⁸², inscrits dans le code de la santé publique aux articles R.4127-1 à R.4127-112 pour les médecins, R.4127-201 à R.4127-284 pour les chirurgiens-dentistes et R.4127-301 à R.4127-367 pour les sages-femmes. Nous ne développerons pas ces codes article par article mais nous serons amenés à discuter certains d'entre eux tout au long de notre travail.

Enfin, la dernière « *condition nécessaire* » qui incombe aux professionnels médicaux inscrits aux différents tableaux de l'ordre : la compétence. Celle-ci passe par le développement professionnel continu. En effet, cette « formation continue » est obligatoire à tous les professionnels médicaux inscrits au tableau de l'ordre de leur

Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes exerçant en société doivent communiquer au conseil de l'ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés. Ces communications doivent être faites dans le mois suivant la conclusion de la convention ou de l'avenant.

Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article [L. 4124-6](#). »

⁷⁸ Article L.4127-1 du Code de la Santé Publique : « *Un code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme, préparé par le conseil national de l'ordre intéressé, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat.* »

⁷⁹ Article R.4127-1 du Code de la Santé Publique : « *Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article [L. 4112-7](#) ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article [R. 4127-88](#).*

Conformément à l'article [L. 4122-1](#), l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre. »

⁸⁰ Article R.4127-201 du Code de la Santé Publique : « *Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent à tout chirurgien-dentiste inscrit au tableau de l'ordre, à tout chirurgien-dentiste exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article [L. 4112-7](#) ou par une convention internationale, quelle que soit la forme d'exercice de la profession. Elles s'appliquent également aux étudiants en chirurgie dentaire mentionnés à l'article [L. 4141-4](#). Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.* »

⁸¹ Article R.4127-301 du Code de la Santé Publique : « *Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux sages-femmes inscrites au tableau de l'ordre, aux sages-femmes exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article [L. 4112-7](#) ainsi qu'aux étudiants sages-femmes mentionnés à l'article [L. 4151-6](#).* »

⁸² Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004

profession mais aussi les professionnels définis aux articles L.4112-6 et L.4112-7 du code de la santé publique comme le prévoient les différents articles du chapitre III du quatrième titre du premier livre de la quatrième partie du code de la santé publique⁸³.

§2 Des compétences cadrées par la loi et limitées par l'habitude.

Les professions médicales participent chacune avec leurs compétences au maintien du bien-être de la population ou au traitement des malades. Les médecins jouissent d'une omnivalence (A.) qui découle de l'histoire de la médecine. Les chirurgiens-dentistes ont des spécificités techniques et un territoire anatomique limité (B.). Mais tous deux ont les mêmes possibilités juridiques en matière de télémedecine (C.).

A. L'éternelle omnivalence des médecins.

De nos jours, *« tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »* (Art. R. 4127-70 C. santé publi.). Les seules limites de l'omnivalence des médecins sont présentées dans la deuxième phrase de cet article et font écho à l'engagement pris par le médecin *« à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »* (Art. R.4127-32 C. santé publi.). Certes le titre de médecin est généraliste mais il existe beaucoup de spécialités médicales. La limite des compétences des médecins est donc celle de leurs connaissances, de leurs expériences et de leurs moyens. Il pourra être reproché à un médecin d'avoir réalisé un acte pour lequel il ne peut justifier d'une formation spécifique ou d'une expérience particulière, ou encore réalisé avec des moyens insuffisants. Par contre il ne pourra jamais être reproché à un médecin d'exercer illégalement une profession de santé.

⁸³ Articles L.4133-1 à L.4133-4 pour les médecins, L.4143-1 à L.4143-4 pour les chirurgiens-dentistes et L.4153-1 à L.4153-4 pour les sages-femmes.

Il est intéressant de noter que la description du champ de compétence du médecin n'apparaît seulement que dans la section du code de déontologie et non pas dans la partie législative.

B. Le territoire anatomique de compétence des chirurgiens-dentistes s'étend.

Contrairement à celui des médecins, le champ de compétence des chirurgiens-dentistes est restreint et est défini à l'article L.4141-1 du CSP : « *La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1.* »

La liberté de prescription est en corrélation avec leur champ de compétence, comme défini à l'article L.4141-2 : « *Les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire.* »

Par contre, comme les médecins, les chirurgiens-dentistes sont obligés « *d'assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin* » (Art. R.4127-233 1° C. santé publi.) En plus d'avoir des limites « anatomiques », les chirurgiens-dentistes présentent les mêmes limites que les médecins, inhérentes à la qualité des soins à réaliser.

De plus, comme décrit dans l'article L.4141-5⁸⁴, dans le cas où une personne possède les titres ou diplômes lui permettant d'exercer la profession de médecin et celle de chirurgien-dentiste, celui-ci doit choisir et s'inscrire au conseil de l'ordre correspondant. « Dans le cas où il s'inscrit au conseil de l'ordre des chirurgiens-

⁸⁴ Article L.4141-5 du code de la santé publique : « *Les praticiens munis à la fois en application du 1° de l'article L. 4111-1 de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de médecin, et de l'un des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, peuvent se faire inscrire, à leur choix, à l'ordre des médecins ou à l'ordre des chirurgiens-dentistes. Dans ce dernier cas, leur pratique doit se limiter à l'art dentaire et ils n'ont pas le droit d'exercer la médecine.* »

dentistes, il ne pourra pas exercer la médecine et sera limité dès que le diagnostic ou le traitement de l'affection buccale, dentaire ou maxillaire en cause implique le diagnostic, le contrôle ou le traitement de processus physiopathologiques généraux de l'organisme⁸⁵. »

Il existe une spécialité à la frontière entre les deux professions : la chirurgie orale. En effet, depuis le 31 mars 2011⁸⁶ une spécialité est commune à la médecine et l'odontologie. La chirurgie orale, obtenue après validation du diplôme d'études spécialisées en chirurgie orale. Cette particularité de double entrée a d'ailleurs fait couler beaucoup d'encre puisque le conseil national de l'ordre des médecins a contesté ce principe auprès de la Cour de justice de l'Union Européenne. Mais, « dans un arrêté du 19 septembre 2013 de la Cour de justice de l'Union Européenne valide sans équivoque la conformité de l'internat conduisant à l'obtention du diplôme d'études spécialisées en chirurgie orale »⁸⁷.

C. La télémédecine, un terrain neutre et équitable.

Sur le sujet de la télémédecine, les chirurgiens-dentistes sont inclus dans le décret sous le terme de « professionnels médicaux ». En effet, en tant que professionnels médicaux, ils peuvent participer à une activité de télémédecine. Il est par contre intéressant de remarquer que dans la section code de déontologie des chirurgiens-dentistes du code de la santé publique, aucun article ne mentionne la télémédecine. Le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes n'a d'ailleurs par rédigé de livret blanc de la télémédecine comme a pu le faire celui des médecins. Seul un article⁸⁸ est paru dans la lettre du conseil de l'ordre à la publication du décret relatif à la télémédecine. Il semblerait que les représentants de cette profession ne voient pas d'intérêt particulier au développement de la télémédecine dans leur champ d'activité.

⁸⁵ Jean Penneau, « Médecine », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, octobre 2010. (162)

⁸⁶ Arrêté du 31 mars 2011 fixant la liste des formations qualifiantes et la réglementation des diplômes d'études spécialisées en odontologie

⁸⁷ www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr consulté le 02/03/14

⁸⁸ Philippe Guyet, « Vers une dentisterie 2.0 ? », *La lettre du conseil de l'ordre national des chirurgiens-dentistes*, Paris, janvier 2011, p. 9.

Les objectifs de la télémédecine (Art. L.6316-1 C. santé publi.) coïncident au périmètre des actes de diagnostic, prévention et traitement auxquels sont habilités les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Intéressons-nous maintenant aux limites de ces professions. Tout d'abord, la limite anatomique des praticiens de l'art dentaire est prolongée dans l'activité de télémédecine. Les actes réalisés par un chirurgien-dentiste par télémédecine doivent intéresser les mêmes régions anatomiques que dans un exercice classique.

« Les connaissances doivent être pris au sens large (le législateur a préféré ce terme à celui de compétence, plus équivoque, plus réducteur). » comme le commente le CNOM sur son site internet. Ce terme renvoie à la formation médicale initiale du médecin mais aussi au développement professionnel continu validé par le médecin tout au long de son exercice défini à l'article L.4133-1. Il n'est chose aisée de pouvoir quantifier ses connaissances et d'en connaître ses limites. Cette estimation sera donc propre à chaque professionnel médical et pourra donc varier énormément en fonction de la personnalité de chacun. Pour les connaissances sur la télémédecine, le législateur a été plus précis.

Par l'expérience, nous entendons souvent l'usage, l'habitude d'une pratique. Nous le savons, plus un acte est répété par un praticien et plus il est maîtrisé. C'est pourquoi la part de l'expérience prend une place importante dans la capacité d'un médecin à réaliser un acte. Or pour ce qui est de la télémédecine, l'expérience n'est pas encore très développée. Ce qui est dû au fait que les activités de télémédecine n'ont un cadre juridique que depuis seulement fin 2011 avec le décret. Certaines activités existent depuis un certain nombre d'années sous la forme d'expérimentations (ou d'expériences), notamment en radiologie. Mais d'autres sont récentes et personne ou presque ne peut se targuer d'être expérimenté. C'est pourquoi la formation médicale se base beaucoup sur la pratique, afin d'augmenter l'expérience des étudiants et il doit en être de même pour les formations spécifiques de télémédecine.

Pour ce qui est des moyens, il faut tenir compte de l'évolution des pratiques et des technologies dévolues à la médecine. La télémédecine peut être considérée simplement comme un outil supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique du professionnel médical. Mais pour que celui-ci puisse en faire bénéficier son patient il

doit être inscrit comme acteur dans une activité de télémédecine organisée par l'Agence Régionale de Santé. En effet, seuls les praticiens inscrits dans une activité de télémédecine peuvent y participer. On n'improvise pas une activité de télémédecine. Elle doit être organisée et « *tenir compte des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré* » (Art R.6316-7 C. santé publi.)

Par contre, il est important de signaler que le décret n'est pas descriptif sur les moyens à mettre en œuvre pour une activité de télémédecine. Nulle part ne sont précisés les outils qui doivent être utilisés. Le seul point important est que la télémédecine ne doit pas diminuer la qualité de prise en charge et doit reposer sur un besoin médical important⁸⁹.

Voyons maintenant un point différent. Dans les deux professions développées nous avons pu voir que l'acte doit être réalisé « *personnellement* » ou l'appel « *à un tiers* » est nécessaire en cas de manque de connaissance, d'expérience ou de moyens. Ne pouvons-nous pas interpréter ces dispositions comme le fait que la télémédecine doit être envisagée dès que le médecin a besoin d'expertise ? Un patient pourrait-il poursuivre un professionnel médical si celui-ci n'utilise pas « le moyen » télémédecine pour le prendre en charge ? Nous essayerons de répondre à ces questions plus loin dans notre travail.

⁸⁹ ANAP, *op. cit.*

Section 2 La qualification du patient.

Principal acteur d'un acte médical, puisqu'en plus d'être un simple participant il est le « lieu » de cet acte, le patient a vu son statut évoluer au fil des époques. Il y a quelques siècles le malade devait « *obéir au médecin comme un serf à son seigneur* »⁹⁰ mais maintenant il est parfois qualifié « *d'expert* »⁹¹ tant ses connaissances sur son état et sa pathologie ont évolué. La télémédecine a particulièrement contribué à cette modification de statut en rendant le patient non plus « spectateur » mais « acteur » de l'acte médical dont il « bénéficie » et qu'il ne « subit » plus. Cette notion de consommation de la santé a aussi entraîné différentes modifications des acteurs d'un acte médical.

Dans cette section nous aborderons l'évolution du statut de patient au fil du temps (§1) et nous étudierons le rôle de celui-ci lors d'un acte de télémédecine et plus particulièrement lors d'une téléconsultation bucco-dentaire (§2).

§1 La révolution du statut de patient est en marche.

Le statut du patient a évolué à travers les époques et la terminologie qui l'entoure également. Tout d'abord, le terme de « patient » est de moins en moins utilisé au profit du terme d'« usager ». Cette notion d'« usager » est employée principalement par l'administration qui veille à avoir un langage le plus politiquement correct. Le site du ministère présente la notion d'usager comme une notion qui « *s'applique non seulement à la personne malade et à ses proches mais, plus largement, à tout utilisateur avéré ou potentiel du système de santé, dans les domaines sanitaires et médico-social, en établissement comme en ambulatoire ou en prise en charge à domicile.* » Cette définition amène un comportement de consommateur de soins à l'« usager du système de santé ». De plus, l'arrivée des TIC dans le domaine médical a fait apparaître un nouveau terme sous la plume de

⁹⁰ Propos de Guy de Chauillac (1298-1368)

⁹¹ NJ Fox, KJ Ward et AJ O'Rourke, « The « expert patient » : empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet », *Soc Sci Med*, vol. 60 / 6, mars 2005, p. 1299-1309.

certain auteurs : la notion de « e-patient »⁹². Cette notion donne aussi une autre dimension à l'acte médical et à la place du patient, du malade ou de l'utilisateur.

Autre point qui a particulièrement évolué au cours du temps, le verbe qui entoure l'acte médical. En effet, « *au cours du XIV^{ème} siècle, patient reçoit en philosophie le sens didactique et étymologique « qui subit » (1370) désignant également la personne qui subit (1380) par opposition à agent* »⁹³. Ce terme explicite bien la position de soumission d'un patient envers le soignant. Avec l'évolution du statut du patient ce terme est de plus en plus remplacé par « *bénéficiaire* ». Un patient bénéficie d'un acte médical, de soins, d'une prise en charge. Cette notion est en lien avec le consumérisme de la santé qui s'étend de plus en plus. Peut-être entendrons nous bientôt qu'un patient « participe » à un acte médical. En effet, le développement de la télémédecine et le rôle de patient « expert » va peut-être encore modifier notre langage et le patient jouera un rôle encore plus actif dans sa santé.

Nous développerons ces différentes notions en commençant par le patient « soumis » (A.) qui a vu sa situation clairement évoluer vers un patient « consommateur » (B.) de soins ou du système de santé pour devenir un patient « expert » (C.)

A. L'histoire raconte un patient souffrant.

L'origine du mot « patient » est souvent méconnue. Contrairement à ce qui est souvent crû, et sûrement favorisé par le temps passé dans les salles d'attentes des professionnels médicaux ou dans les établissements de santé, le terme de patient n'a pas de lien avec la patience. En effet, « patient » vient du latin *patiens* qui signifie *celui qui souffre*. La langue française est enrichie du terme *patient* vers 1120 pour déterminer *celui qui endure, qui supporte « personne qui est condamnée au supplice »*⁹⁴. En connaissant la technique médicale passée, cette origine prend tout son sens. Mais l'évolution des pratiques a permis une modification de sa définition

⁹² G. Eysenbach, « *Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness* », *Journal of medical internet research*, vol. 10 / 3, 2008.

⁹³ Alain Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, 2012, 4200 p., (« Le Robert »).

⁹⁴ A. d' Aubigné, *Aventures du baron Faeneste*, Réaume et de Causade, 419 p.

au fil du temps comme le présente Alain Rey, « *le patient est la personne qui supporte avec constance les défauts d'autrui et qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés (après 1150). Au cours du XIV^{ème} siècle, patient reçoit en philosophie le sens didactique et étymologique « qui subit » (1370) désignant également la personne qui subit (1380) par opposition à agent. Il est substantivé pour désigner spécialement et couramment le malade par rapport au médecin (XIV^{ème} siècle) »⁹⁵.*

La notion de souffrance pour le patient perdure jusque très tardivement dans l'histoire. Encore au milieu du XX^{ème} siècle le colloque singulier est défini comme « *un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend délivrance* »⁹⁶. Ce qui entraîne obligatoirement une relation inégale entre le médecin et le patient. Le médecin est le sachant, le « sauveur » dont le patient dépend⁹⁷.

La souffrance des patients répond à la finalité thérapeutique de l'acte médical puisque pendant longtemps la seule finalité de l'acte médical était le traitement des maladies. Pourtant, « *la personne ne saurait être cantonnée dans son rôle d'être souffrant, passif et impuissant. Le sujet doit être acteur de la relation de soin : agent et non simplement patient* »⁹⁸. Avant d'être acteur, le patient va devenir consommateur.

B. La société a créé un patient consommateur.

Toutes les personnes en âge de regarder la télévision dans les années 1990 se souviennent des spots publicitaires de l'assurance maladie rappelant que « *la sécu c'est bien, en abuser ça craint* ». Cette phrase a résonné dans les têtes de la population française durant plusieurs années par la suite. Cette campagne publicitaire

⁹⁵ Alain Rey, *op. cit.*

⁹⁶ G. Duhamel, *Paroles de médecin*, Du rocher, Monaco, 1946.

⁹⁷ Travaux de R. Savatier in « *Les métamorphoses économiques et sociales du droit privé d'aujourd'hui*. »

⁹⁸ François Violla, « La faute d'humanisme », *RGDM*, 10 ans d'application de la loi Kouchner, février 2013, p. 63.

a peut-être été la première sonnette d'alarme face à ce nouveau concept qui voyait le jour à l'époque.

Le consumérisme de la santé a plusieurs impacts. Tout d'abord le patient ne se pose plus en « souffrant » mais en consommateur voire en client. De cette nouvelle relation entre un consommateur et un « prestataire de service » va découler une place différente pour le patient. Celui-ci va devenir de plus en plus acteur de son traitement et de son état de santé en général. Cette transition est consacrée par la législation en 2002 : la loi du 4 mars de cette même année. Le terme de « patient » sera moins utilisé au profit de la « personne malade » ou d' « usager du système de santé » comme en atteste le titre Ier du premier livre de la partie législative du code de la santé publique⁹⁹. La personne malade ne sera plus considérée comme un « *objet de soins* » mais comme « *un sujet de soins* »¹⁰⁰ et devient « *douée de la faculté de penser [...] n'est plus la puissance passive d'Aristote mais la conscience de cette même puissance* »¹⁰¹.

Ce consumérisme médical s'observe aussi par l'explosion du tourisme médical¹⁰² à travers le monde. Décrié par les professions médicales françaises, ce constat valide le fait que les patients français s'exportent pour bénéficier de soins médicaux. Différentes raisons sont avancées : le coût des soins médicaux et particulièrement des prothèses et chirurgies dentaires mais aussi les soins esthétiques difficilement possibles en France ou encore les aides à la procréation. Ce phénomène nouveau dans notre société entraîne un sentiment concurrentiel dans le secteur de la santé qui a toujours été nié et tabou en France.

Les TIC et la télémédecine peuvent être des facilitateurs d'accès aux soins. En effet, l'objectif principal de la télémédecine en France est de « *lutter contre l'insularité et l'enclavement géographique* » comme le prévoit l'article L.6316-1. Nous pouvons donc imaginer que, dans un avenir proche, un patient ou malade ne sera plus seulement usager d'un système de santé national mais de plusieurs systèmes ou d'un

⁹⁹ « Droit des personnes malades et des usagers du système de santé »

¹⁰⁰ François Vialla, *op. cit.*

¹⁰¹ P. Pitcho, *Le statut juridique du patient*, LEH, 2004, (« Thèses »).

¹⁰² Agharahimi Zahra, Jabbari Alireza, Ferdosi Masoud[et al.], « A systematic review of publications studies on medical tourism », *Journal of Education and Health Promotion*, vol. 2 / 1, 2013, p. 51.

système de santé mondial. Ainsi, un patient habitant sur le plateau du Larzac pourra bénéficier d'une téléconsultation d'un médecin américain ou chinois parce qu'il souhaite être pris en charge par celui-ci.

Pourtant, le patient n'est plus un consommateur aux yeux des tribunaux et ce depuis la décision de la cour d'appel de Paris¹⁰³ qui opposait un chirurgien-dentiste à un de ses patients. En effet, « *les dispositions de l'article L.111-1 du code de la consommation [...] n'ont pas vocation à régir les relations entre un patient et un professionnel de santé organisées par des dispositions du code de la santé publique* ». « *Cet arrêt de la Cour d'appel de Paris va-t-il mettre fin à l'extension de la notion de consommateur, en l'absence de définition légale, variant au gré des interprétations et intentions, souvent protectrices des personnes en situation de « faiblesse » ?* » s'interroge maître Astrid Barbey¹⁰⁴. Cette décision va à l'inverse de la jurisprudence précédente¹⁰⁵ qui attribuait au patient le statut de « consommateur ». « *Suivant cette logique, le patient était un « consommateur de soins » et le professionnel de santé un « prestataire de services », sans aucune considération du caractère libéral et médical de son activité* » poursuit l'auteur. Les dernières modifications de l'article L.1111-3 du Code de la santé publique¹⁰⁶ permettent

¹⁰³ CA Paris, 21 mars 2013, n°12/01892)

¹⁰⁴ www.village-justice.com

¹⁰⁵ Cass. Crim, 15 mai 1984, n°84-90252 et CE, 27 avril 1998, n°184473

¹⁰⁶ Article L.1111-3 C. santé publique. : « *Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, en application du deuxième alinéa du présent article, le montant du dépassement facturé. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical. L'information délivrée au patient est conforme à un devis type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. A défaut d'accord avant le 1er janvier 2012, un devis type est défini par décret. Les infractions au présent alinéa sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article [L. 162-38](#) du code de la sécurité sociale et punies des mêmes peines.*

Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y

d'obtenir une situation comparable entre l'information exigée pour le consommateur par les dispositions du Code de la consommation et le devoir d'information du patient par le professionnel de santé.

Pour arriver à une consommation maximum des systèmes de santé, le patient va devoir se former et devenir un réel expert de sa santé pour pouvoir comparer les différentes « offres de soins ».

C. La télémédecine va donner naissance à un patient expert.

Le patient expert est une nouvelle notion qui émerge de plus en plus. Ce nouveau type de patient est capable d'améliorer lui-même son niveau d'état général, de gérer au mieux avec la fatigue et les autres caractéristiques des maladies chroniques mais aussi agir sur la réduction d'invalidité et de dépendance au soin hospitalier¹⁰⁷. Cette notion est définie en anglais comme « *empowerment* »¹⁰⁸, elle correspond à l'implication importante dont fait preuve le patient dans sa prise en charge médicale.

Cette nouvelle dimension prise par le patient a débuté avec « *la démocratisation d'internet dès le milieu des années 90 qui a permis d'ouvrir l'accès à l'information* »¹⁰⁹. Le domaine médical a subi de profondes modifications et ses performances ainsi que la qualité de prise en charge ont pu être améliorées. Le malade a maintenant accès à une multitude d'informations ou de forums lui permettant de comparer ses symptômes avec d'autres malades, de partager ces

compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité.

Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions aux dispositions du présent alinéa sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L. 4163-1. Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les sites de communication au public en ligne des établissements de santé comportent des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. Le site de communication au public en ligne de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut également publier les mêmes informations. »

¹⁰⁷ G. Eysenbach, *op. cit.*

¹⁰⁸ G. Eysenbach, « The impact of internet on cancer Outcomes », *American Cancer journal for Clinicians*, vol. 53 / 6, décembre 2003, p. 356-371. NJ Fox, KJ Ward et AJ O'Rourke, *op. cit.*

¹⁰⁹ Loick Menvielle, Sylvaine Castellano et François Druy, « Santé 2.0 : vers une nouvelle relation Docteur - Patient versus Docteur - Consommateur ? », *Etats généraux du management*, 2011.

expériences ou encore de suivre les avancées de la science, parfois même c'est lui qui informe « *le médecin des dernières données de l'Evidence Based Medicine* »¹¹⁰. Contrairement à ce que craignent les professionnels médicaux, « *les recherches montrent que le patient ne cherche pas des informations pour mettre au défi le savoir ou la compétence du médecin* »¹¹¹. C'est pourquoi l'intérêt de cette soif d'informations des malades ne peut être que positives puisque le « *meilleur niveau d'information améliore son adhésion, voire sa participation aux soins, et donc l'efficacité de la prise en charge* »¹¹².

La qualification de « patient expert » est justifiée lorsque, souffrant d'une pathologie chronique ou d'une maladie orpheline, celui-ci profite de la richesse d'internet « *comme vecteur pour la constitution de nouvelles formes d'expertise* » qui peut aller jusqu'à « *une veille des recherches, et en rendent compte sur des sites et en discutent avec des personnes partageant les mêmes problèmes, devenant ainsi de véritables experts du problème de santé qui les concerne* »¹¹³.

Les TIC et particulièrement la télémédecine vont augmenter les compétences des patients et ainsi favoriser l'acceptation des malades dans la thérapeutique qui leur sera conseillée pour obtenir un meilleur taux de succès possible de la thérapeutique.

§2 Les compétences particulières d'un patient de télémédecine.

Grâce à la télémédecine, le patient change encore de dimension dans la prise en charge de sa pathologie ou de sa santé en général. En effet, au cours des actes de télémédecine, le patient peut prendre une fonction totalement active et non plus passive comme il pouvait l'occuper par le passé. Ce nouveau rôle nécessite certaines compétences et qualifications pour ne pas diminuer la qualité de prise en charge.

¹¹⁰ CNOM, « Exercice de la médecine et internet : principes généraux », CNOM, 2000.

¹¹¹ C. Maedel et M. Akrich, « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », *Les tribunes de la santé*, vol. / 4, 2010, p. 42.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ *Ibidem*.

L'organisation d'une activité de télémédecine nécessite un protocole clair sur le rôle du patient (A.). Le pouvoir réglementaire prévoit d'ailleurs une formation pour le patient avant de participer à un acte de télémédecine. Par ailleurs, la télémédecine bucco-dentaire peut amener une évolution du rôle du patient autour de sa prise en charge bucco-dentaire (B.)

A. Un statut à la frontière entre patient et professionnel requérant.

Le patient de télémédecine doit pouvoir maîtriser le matériel qui est utilisé lors d'un acte de télémédecine afin d'optimiser la qualité de la prise en charge. C'est pourquoi le législateur a prévu dans le décret de télémédecine que « *chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant : [...] 2° lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine* ». Ce concept de devoir former un patient avant de réaliser « avec » lui un acte médical est totalement novateur. Le patient, autrefois presque considéré comme l'esclave du médecin, devient pratiquement un collègue, un collaborateur du professionnel médical qui réalise l'acte. Cette formation permet aussi de responsabiliser le malade dans la prise en charge de sa maladie et, dans le meilleur cas, dans sa guérison. En effet, cette évolution semble être dans « *la tendance contemporaine d'une autonomisation du patient dans sa prise en charge, souhaitée depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002.* »¹¹⁴

Au même titre que les professionnels médicaux participant à une activité de télémédecine pourraient devoir justifier d'une certification à la pratique de la télémédecine, ne peut-on pas envisager une qualification des patients pour bénéficier d'une prise en charge par télémédecine ? Cette idée est peut-être à envisager dans le suivi des pathologies chroniques pour s'assurer que le patient a les capacités pour participer au suivi de son état. Il faut malgré tout garder à l'esprit que, plus l'utilisation des dispositifs médicaux nécessaires aux activités de télémédecine est simple et plus les résultats et l'acceptation des patients seront positifs.

¹¹⁴ Claire Debost, *Les technologies de l'information et de la communication et la relation de soins : invariances et inconstances*, Université Montpellier 1, 2014, 640 p.

La formation est fonction de l'acte de télémédecine dont le patient va bénéficier. Tout d'abord, l'acte de téléexpertise ne prévoit pas la présence du patient. En effet, il s'agit d'un échange d'informations entre professionnels médicaux. Ensuite, la téléassistance médicale ne semble pas indiquée sans professionnel de santé requérant aux côtés du patient. Le patient est passif lors de cet acte puisque les rôles « actifs » sont détenus par le professionnel de santé requérant et le professionnel médical requis. Par contre, lors d'une téléconsultation, le patient peut être seul avec le professionnel médical à distance. Dans ce cas-là, celui-ci doit manipuler le dispositif médical qui permet la réalisation de la téléconsultation. Il est nécessaire qu'il sache au minimum utiliser un ordinateur permettant le transfert des informations et la communication entre les deux acteurs. Enfin, la télésurveillance médicale semble être l'acte de télémédecine qui nécessite le plus de compétences du patient et la compréhension de la pathologie par celui-ci. La définition même de cet acte à l'article R.6316-1 corrobore l'implication du patient car il peut être amené à enregistrer et transmettre les données¹¹⁵. Cette particularité de l'acte de télésurveillance permet de renforcer le lien unissant le malade à son médecin en ajoutant un lien « *technique voir même professionnel* »¹¹⁶ au lien de confiance qui doit naître du colloque singulier.

En plus de donner un rôle d'acteur au patient, la télémédecine permet de le placer au centre du dispositif permettant ainsi de rappeler que l'acte médical est avant tout fait pour soigner le patient et non pas faire travailler le médecin. Madame Claire Debost fait une analyse très intéressante de cette approche dans son travail doctoral en écrivant qu'elle « *tend à gommer les dernières réminiscences du paternalisme médical en renforçant l'équilibre entre le médecin et son patient. Les craintes d'une déshumanisation de la médecine par le recours à la télémédecine trouvent ici un terrain aride tendant à leur effacement* »¹¹⁷.

¹¹⁵ 3° Article R.6316-1 C. santé publ. : « *La télésurveillance médicale, qui 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 décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé* »

¹¹⁶ Claire Debost, *op. cit.*

¹¹⁷ *Ibidem.*

B. La télémédecine bucco-dentaire facilite la relation chirurgien-dentiste / Patient.

La relation entre un patient et un chirurgien-dentiste est particulière. Le stress et l'appréhension parfois très importante du patient avant un rendez-vous chez le dentiste demande un comportement particulier du professionnel pour pouvoir installer une relation de confiance. La télémédecine est-elle un frein à l'instauration de cette relation ou au contraire un atout ? Le rôle du patient lors de cette activité est-il particulier ? La nouveauté de cette pratique dans cette discipline nécessite forcément des ajustements et des protocoles à instaurer pour faciliter au mieux ce type d'activité.

La télémédecine bucco-dentaire n'a que très peu été envisagée dans le monde et aucune n'expérience n'est recensée sur le territoire français. Seul le projet e-DENT en Languedoc-Roussillon semble exister. Nous étudierons donc la place du patient pendant une téléconsultation bucco-dentaire (1.) puis nous développerons les différentes possibilités autour des autres actes de télémédecine (2.).

1. L'exemple du projet e-DENT.

Le projet e-DENT se destine principalement aux patients en perte d'autonomie. Leur profil est donc différent d'un patient maître de ses faits et gestes. En pratique, ces patients « spécifiques » sont plus compliqués à prendre en charge en fonction de leur pathologie et de leur dépendance. Le projet e-DENT a pu montrer que les patients acceptent facilement le passage de la caméra dans leur bouche. Il semblerait même qu'il y ait une préférence pour cette pratique plutôt que la pratique traditionnelle.

Lors d'une téléconsultation bucco-dentaire dans le projet e-DENT, les patients ont un rôle passif. Ils n'interviennent pas dans l'enregistrement des vidéos. Ils n'ont pas besoin de formation particulière pour la mise en place d'une telle activité. Par contre, durant ces téléconsultations, ils ont la possibilité de voir l'intérieur de leur bouche ce

qui leur permet de comprendre la raison de leur douleur ou de leur inconfort mais aussi de prendre conscience de leur manque d'hygiène dans la plus grande majorité des cas.

Si les patients jouent un rôle passif dans les téléconsultations bucco-dentaires prévues dans l'activité de télémédecine bucco-dentaire en Languedoc-Roussillon, nous pouvons imaginer d'autres organisations ou actes dans lesquels le patient devra participer.

2. Un patient de plus en plus expert avec l'évolution de la télémédecine bucco-dentaire.

La première évolution possible en téléconsultation bucco-dentaire est de faire passer la caméra par le patient lui-même. Dans l'activité en cours, le patient n'est pas « capable » de le faire lui-même mais avec une caméra adaptée et un public n'ayant pas de trouble de la compréhension ou de la mobilité, nous pouvons imaginer une « auto-téléconsultation ». Dans ce cas-là, le patient devrait être formé au passage de la caméra qui peut être maîtrisé rapidement mais aussi à la transmission des informations. Les compétences en informatique de la population générale permettent d'envisager ce type d'activité dans l'avenir.

Par ailleurs, nous pouvons imaginer que pour le suivi d'une pathologie ou d'un traitement spécifique, le chirurgien-dentiste forme le patient à un recueil d'information nécessaire pour son suivi. Les brosses à dents connectées¹¹⁸ peuvent être un outil fondamental dans le suivi des chirurgies parodontales notamment. Le patient a un rôle majeur à jouer pour sa santé bucco-dentaire : avoir une hygiène adaptée et suffisante. Ce rôle à jouer nécessite une formation pour la bonne réussite de son traitement. Nous pouvons donc aisément imaginer une formation des patients pour le suivi de leur traitement.

¹¹⁸ « Oral-B Bluetooth toothbrush goes on sale », [En ligne : http://www.dental-tribune.com/articles/business/europe/18921_oral-b_bluetooth_toothbrush_goes_on_sale.html]. Consulté le 18 septembre 2014.

Chapitre II Les nouveaux acteurs indispensables

Le décret de télémédecine prévoit la participation d'autres acteurs lors des actes de télémédecine. Les professionnels de santé vont maintenant participer et jouer un rôle central dans cette nouvelle catégorie d'actes médicaux. Même si les professionnels médicaux sont des professionnels de santé, il existe aussi des professions de santé qui ne sont pas médicales. Elles sont répertoriées au livre troisième de la quatrième partie du code de la santé publique.

Ces nouvelles professions très souvent être indispensables pour la réalisation d'un acte de télémédecine et plus particulièrement pour un acte de télémédecine bucco-dentaire. Les différentes professions qui gravite autour des professionnels médicaux au quotidien vont pouvoir s'épanouir dans cette nouvelle catégorie d'actes.

Autre catégorie d'acteur fondamentale pour la pratique de la télémédecine : le tiers technologique. En effet, la télémédecine fait apparaître la distance et donc une obligation de transmission des données. L'insertion de cette technologie amène un nouvel acteur immatériel, le tiers technologique. Nous pouvons définir celui-ci comme le moyen technologique permettant la gestion, la transmission et le stockage des informations nécessaires à la réalisation de l'acte.

Dans ce chapitre, nous aborderons les différentes professions de santé qui participent à une activité de télémédecine bucco-dentaire (Section 1) mais aussi la participation obligatoire du tiers technologique dans cette activité (Section 2).

Section 1 Les incontournables professionnels de santé.

Nous l'avons vu, l'article L.6316-1 du CSP prévoit la participation de professionnels de santé lors des activités de télémédecine. Les professionnels de santé sont définis dans la quatrième partie du code de la santé publique : les professions de santé. Nous avons déjà abordé le premier livre concernant les professions médicales. Nous n'aborderons pas le livre deuxième sur les professions de la pharmacie car celles-ci ne sont pas encore tout à fait intégrées dans l'activité de télémédecine que nous souhaitons développer. Mais voyons maintenant le livre troisième traitant des auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers. Ce livre est divisé en plusieurs titres. Ces derniers présentent les différentes professions regroupées dans cette partie. Les professions sont nombreuses (16) : infirmière, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage de personnes handicapées, diététicien, aides-soignants, auxiliaire de puériculture et ambulancier. Nous n'étudierons pas toutes ces professions dans le détail mais nous relèverons la profession d'infirmier (§1) et d'aide-soignant (§2) qui sont intéressantes pour la mise en place de l'exemple que nous suivons depuis le début de notre travail, le projet e-DENT. Nous aborderons aussi la situation des assistantes dentaires (§3), profession qui n'apparaît pas dans le code de la santé publique et qui deviendra peut-être un jour en France, pour copier nos voisins européens, la profession d'hygiéniste dentaire.

§1 Les requérants de choix : les infirmiers

La profession d'infirmier ou d'infirmière est définie au titre premier de ce troisième livre. Cette profession peut devenir le maillon central de la télémédecine. En effet, sa place de soignant au côté du patient et ses capacités techniques peuvent faire d'eux les grands acteurs de télémédecine. Après une présentation de la profession (A.) nous développerons les compétences (B.) et la place que peuvent avoir ces professionnels en télémédecine bucco-dentaire (C.).

A. Une profession dévouée pour le patient et le professionnel médical

1. Un diplôme général...

L'article L.4311-1 du CSP dispose qu'« est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. » Il est précisé ensuite que « l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formations ou d'encadrement. »

Différemment des professions médicales, l'exercice de cette profession nécessite d'être titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles L.4311-3 et L.4311-4 comme le présente l'article L.4311-2. Il n'y a pas de restriction au niveau de la nationalité et l'obligation d'inscription au conseil de l'ordre n'est apparue qu'en 2006¹¹⁹.

Comme pour les professions médicales, la listes des différents titres de formations et définie de façon exhaustive dans le code de la santé publique¹²⁰ et prévoit des

¹¹⁹ Loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

¹²⁰ Article L.4311-3 du CSP : « Les titres de formation exigés en application de l'article L.4311-2 sont pour l'exercice de la profession d'infirmier responsable des soins généraux :

1° Soit le diplôme français d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ;

2° Soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen :

a) Un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par l'un de ces Etats conformément aux obligations communautaires et figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;

b) Un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par un Etat, membre ou partie, conformément aux obligations communautaires, ne figurant pas sur la liste mentionnée au a, s'il est accompagné d'une attestation de cet Etat certifiant qu'il sanctionne une formation conforme à ces obligations et qu'il est assimilé, par lui, aux titres de formation figurant sur cette liste ;

c) Un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par un Etat, membre ou partie, sanctionnant une formation d'infirmier responsable des soins généraux commencée dans cet Etat antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné au a et non conforme aux obligations communautaires, s'il est accompagné d'une attestation de l'un de ces Etats certifiant que le titulaire du titre de formation s'est consacré, dans cet Etat, de façon effective et licite aux activités d'infirmier responsable des soins généraux pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;

d) Un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par l'ancienne

différences entre les ressortissants des états membres et les autres. De plus, une commission peut aussi autoriser individuellement à exercer la profession d'infirmier¹²¹.

2. ... mais aussi des spécialités et des compétences particulières

Tchécoslovaquie, l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qui sanctionne une formation commencée avant la date d'indépendance de la République tchèque, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, s'il est accompagné d'une attestation des autorités compétentes de la République tchèque ou de la Slovaquie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Union soviétique, de la Slovénie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Yougoslavie, certifiant qu'il a la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat.

Cette attestation est accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que son titulaire a exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession d'infirmier responsable des soins généraux pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

e) Un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux sanctionnant une formation commencée en Pologne ou en Roumanie antérieurement aux dates figurant dans l'arrêté mentionné au a et non conforme aux obligations communautaires, si cet Etat atteste que l'intéressé a exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession d'infirmier responsable des soins généraux pendant des périodes fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

3° Soit le diplôme d'infirmier ou d'infirmière délivré par l'école universitaire d'infirmiers de la Principauté d'Andorre. »

¹²¹ Article L.4311-4 du CSP : « L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui sont titulaires :

1° D'un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par l'un de ces Etats ne répondant pas aux conditions prévues par [l'article L. 4311-3](#) mais permettant d'exercer légalement la profession d'infirmier responsable des soins généraux dans cet Etat ;

2° Ou d'un titre de formation d'infirmier responsable des soins généraux délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession.

Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès à la profession et son exercice en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation.

La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession d'infirmier dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné à l'article L. 4311-3.

Lorsque le ressortissant d'un Etat, membre ou partie, est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice des fonctions soit d'infirmier anesthésiste, soit d'infirmier de bloc opératoire, soit de puéricultrice, l'autorité compétente peut autoriser individuellement l'exercice de la profession d'infirmier anesthésiste, d'infirmier de bloc opératoire ou de puéricultrice, après avis de la commission mentionnée au premier alinéa et dans les conditions prévues au quatrième alinéa du présent article. Dans ce cas, la composition de la commission est adaptée pour tenir compte de la spécialité demandée. »

Le diplôme d'infirmier peut être complété par des compétences dans différentes activités. Il existe 3 spécialités et des compétences particulières.

Les 3 spécialités sont référencées à la section III du chapitre Ier du titre premier du livre troisième du code de la santé publique dans sa partie réglementaire. Le premier paragraphe présente le diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire. Le deuxième paragraphe enseigne sur le diplôme d'état d'infirmier anesthésiste et le troisième sur le diplôme d'état de puériculture.

Ensuite le diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique est reconnu dans le code de la santé publique, article D.4311-25 à 33. Des grades sont aussi identifiés comme ceux de cadre de santé ou de directeur des soins infirmiers.

Il n'existe pas de formation particulière à la médecine bucco-dentaire au sein des formations. Les maquettes des différentes écoles des soins infirmiers ne permettent pas de faire des IDE, des personnes « odonto-compétentes », ce qui peut expliquer le manque de relais dans les structures dans lesquelles elles sont ensuite employées. Il pourrait être intéressant de créer une compétence particulière en médecine bucco-dentaire ou odontologie dans la profession d'infirmière permettant ainsi de faire d'eux des relais dans les différentes structures ou en libéral.

L'infirmier joue un rôle prépondérant dans nos systèmes de santé et de soins actuels. La télémédecine devrait augmenter encore cette importance. En effet, leur position, leur statut et leurs compétences font de cette profession, la profession de santé idoine pour participer aux activités de télémédecine. Il est à noter qu'à ce jour il n'existe pas de formation générale à la télémédecine à destination des infirmiers. Les infirmiers participant à des activités de télémédecine sont formés pour la spécificité de celle-ci mais ni les instituts de formation aux soins infirmiers ni les structures privées n'ont encore une formation reconnue pour les infirmiers de télémédecine. Il serait intéressant de travailler sur cette reconnaissance pour que l'investissement des infirmiers au développement de la télémédecine soit reconnu à sa juste valeur.

B. L'ombre indispensable des médecins.

Le champ de compétence des infirmières est présenté de façon générale à l'article R.4311-1 du Code de la santé publique. En effet, cet article dispose que « *l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.* » Ces différentes tâches sont ensuite développées dans les articles suivants et particulièrement bien présentées dans l'article R.4311-2 qui dispose que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : [...]* ». Nous pouvons en ressortir différents éléments de travail. Tout d'abord les soins infirmiers sont répertoriés dans quatre catégories d'actes ou de soins (1.), puis chaque spécialité a ses spécificités (2.).

1. Quatre catégories d'actes pour s'exprimer.

Ces différentes catégories remontent au décret du 15 mars 1993¹²² relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Comme l'avais décrit à l'époque le Pr Louis Dubouis, « *ce texte est d'une grande importance pratique [...] qui accroît le champ de compétence de la profession infirmière.* » Modifiée par deux fois¹²³, cette partie du code de la santé publique n'a pas entraîné de changement de ces catégories : les actes « *dans le cadre de son rôle propre* »¹²⁴, les actes « *en*

¹²² Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, JO 16 mars 1993

¹²³ D'abord par le Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier puis par le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

¹²⁴ Articles R.4311-3 à 6 du CSP

application d'une prescription médicale [...] ou d'un protocole »¹²⁵, les actes que l'infirmière peut « *accomplir sur prescription médicale [...] à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* »¹²⁶ et les actes où l'infirmière « *participe à la mise en œuvre par le médecin* »¹²⁷.

a) *Les actes dans le « cadre de son rôle propre »*

Le rôle propre de l'infirmier est très varié. Il comprend notamment les « *soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe* »¹²⁸ mais aussi l'accomplissement des « *soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement* »¹²⁹. Pour cela il peut être amené à « *poser un diagnostic infirmier, formuler des objectifs de soins, mettre en œuvre les actions appropriées et les évaluer* »¹³⁰. Ces actes peuvent être réalisés dans le cadre « *d'un protocole de soins infirmiers relevant de son initiative* »¹³¹ ou en « *collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre* »¹³². L'activité dans certains milieux spécifiques¹³³ notamment dans le domaine de la santé mentale peut l'amener à réaliser des soins particuliers¹³⁴.

L'énumération des actes de cette catégorie se trouve dans l'article R.4311-5 et ses 42 alinéas. Notre sujet nous amène à être particulièrement attentif à l'alinéa 28 : « *soins de bouche avec application de produits non médicamenteux* ». L'IDE a des compétences en santé bucco-dentaire. Nous développerons cette partie dans la suite de notre travail.

¹²⁵ Article R.4311-7 du CSP

¹²⁶ Article R.4311-9 du CSP

¹²⁷ Article R.4311-10 du CSP

¹²⁸ Article R.4311-3 du CSP

¹²⁹ Article R.4311-5 du CSP

¹³⁰ Article R.4311-3 du CSP

¹³¹ Article R.4311-3 du CSP

¹³² Article R.4311-4 du CSP

¹³³ Article R.4311-5-1 du CSP

¹³⁴ Article R.4311-6 du CSP

b) *Les actes en application d'une prescription médicale ou d'un protocole.*

L'article R.4311-7 dispose que l'infirmier est « *habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : [...] 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ; [...]* »

Comme dans le paragraphe précédent, nous voyons que la prise en charge bucco-dentaire est prévue dans les actes que peuvent réaliser les infirmiers. Ce qui est intéressant pour le développement de la télémédecine bucco-dentaire dans cet article, est la capacité des infirmiers à utiliser des produits médicamenteux. En effet, cette modification, par rapport à l'article R.4311-5 vu précédemment, permet de nombreuses possibilités pour les infirmiers dans la prise en charge odontologique des patients.

c) *Les actes réalisables sous contrôle.*

L'article R.4311-9 présente les différents actes réalisables par l'infirmier « *à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* ». Ces actes sont techniquement plus complexes que les actes décrits dans les articles cités précédemment et sont particulièrement liés à la vie du patient comme par exemple « *l'utilisation d'un défibrillateur manuel* ».

L'emploi de « *à tout moment* » pour décrire l'intervention du médecin dans la liste des actes cités laisse penser que les actes se déroulent de façon rapide. Nous pouvons interpréter que la main du médecin puisse arrêter le bras de l'IDE durant la réalisation d'un acte précis. Or, « *les techniques de régulation thermique* » ou « *les cures de sevrage et de sommeil* » sont des actes qui s'étendent dans le temps. Doit-on en conclure que l'intervention du médecin « *à tout moment* » n'ait pas un caractère d'urgence ? Nous imaginons mal un médecin rester au chevet d'un patient en sevrage

ou durant une cure de sommeil. Un contrôle est effectué régulièrement mais dans cet article, la présence physique ne semble pas obligatoire pour tous les actes cités. Cette notion peut nous laisser imaginer la possibilité que des actes cités à l'article R.4311-9 soient réalisés par télémedecine.

d) Une participation aux actes.

La dernière catégorie d'actes dans laquelle l'IDE peut jouer un rôle est répertoriée à l'article R.4311-10. Durant ces actes, l'IDE ne peut que participer « *à la mise en œuvre par le médecin des techniques* » définies. Son rôle est celui d'une assistante dans la réalisation d'un acte ou dans la mise en place de techniques.

L'évolution de la place de l'IDE en fonction des actes qui sont à réaliser est bien définie dans le code de la santé publique. Aucun acte intéressant directement la télémedecine n'est répertoriés alors que l'IDE semble avoir toutes les compétences requises pour être le référent idéal dans les activités de télémedecine. Nous développerons le rôle qu'ils peuvent jouer dans ces activités.

A ces catégories nous pouvons ajouter le cas d'urgence¹³⁵ et les spécificités à chaque spécialité : pour l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire¹³⁶, pour l'infirmière anesthésiste diplômée d'Etat et pour l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice¹³⁷.

2. Les actes spécifiques des spécialistes.

Chaque spécialité à ses propres actes ou activités qu'elle seule peut effectuer.

Tout d'abord, l'IBODE¹³⁸ va pouvoir prendre en charge la gestion d'un bloc opératoire comme le prévoit l'article R.4311-11. Les différentes tâches spécifiques

¹³⁵ Article R.4311-14 du CSP

¹³⁶ Article R.4311-11 du CSP

¹³⁷ Article R.4311-13 du CSP

¹³⁸ Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

vont intéresser la « *gestion des risques* », « *la mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée* », « *l'organisation et la coordination des soins infirmiers en salle d'intervention* », « *la traçabilité* » et le « *contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation* ». Grâce à cette spécialité, il peut aussi exercer les « *activités de circulant, d'instrumentaliste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur* ».

Ensuite, l'IADE¹³⁹ va être capable de réaliser les actes d'anesthésie générale et d'anesthésie loco-régionale et de réanimation « *à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole* » comme en dispose l'article R.4311-12.

Enfin, l'infirmière titulaire d'un diplôme d'Etat de puériculture a des compétences particulières sur le suivi des enfants jusqu'à l'adolescence mais aussi dans la prise en charge des nouveau-nés comme le prévoit l'article R.4311-13.

Par ailleurs, en cas d'urgence, l'IDE peut réaliser des gestes d'urgence et mettre en place des protocoles afin de palier l'absence d'un médecin.

A la vue des nombreuses compétences générales et spécifiques qu'ont les IDE, il semble que leur participation aux activités de télémédecine puisse se dérouler sans encombre. En effet, les activités de télémédecine ne nécessitent pas la réalisation d'actes techniquement complexes et la téléassistance permet la réalisation d'actes sous « surveillance » d'un professionnel médical.

¹³⁹ Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

C. La télémédecine bucco-dentaire comme nouvel épanouissement.

Les IDE peuvent jouer un rôle principal dans le développement de la télémédecine. Si les professionnels médicaux sont obligatoires, les professionnels de santé sont très importants pour le bon fonctionnement des activités de télémédecine. Les nombreuses compétences des IDE ainsi que leur proximité avec les patients leur donnent une situation particulière et de premier choix pour la participation à des actes de télémédecine.

Nous verrons que les infirmières ont les compétences juridiques nécessaires pour prendre part dans des activités de télémédecine (1.) puis nous aborderons le cas particulier des téléconsultations bucco-dentaires (2.).

1. Le relais fondamental en télémédecine.

L'article R.4311-2 du code de la santé publique mérite toute notre attention lorsque nous nous intéressons à la place de l'IDE en télémédecine. En effet, celui-ci nous rappelle que les soins infirmiers « *sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et techniques.* » Nous pouvons donc comprendre que la télémédecine en tant qu'évolution doit être maîtrisée par la profession. De plus, au 2° de ce même article, le législateur prévoit que les soins infirmiers aient pour objet « *de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions* ». Cet alinéa nous rappelle que la télémédecine « *permet d'établir un diagnostic, [...], un suivi post thérapeutique* »¹⁴⁰. Nous retrouvons des concordances entre les capacités des infirmières et les objectifs de la télémédecine. L'IDE semble donc la personne idoine pour participer aux actes de télémédecine.

Son rôle dans les téléconsultations est principalement de faire en sorte que le professionnel médical puisse avoir les informations nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Ces informations varient en fonction de la spécialité. Ensuite, durant

¹⁴⁰ Article L.6316-1 C. santé publ.

une téléexpertise, seuls les professionnels médicaux peuvent échanger. Par contre, pour la télésurveillance médicale, l'IDE peut être particulièrement intéressante pour faciliter le suivi de la pathologie ou de la thérapeutique. De même, pour la téléassistance médicale, nous l'avons vu précédemment, une infirmière peut réaliser un certain nombre d'actes dont certains sous la surveillance d'un médecin qui peut intervenir « *à tout moment* ». Ces actes sont parfois étendus dans le temps. Ne peut-on pas estimer qu'un médecin puisse suivre à distance un sevrage ? Les informations qui lui sont nécessaires peuvent être envoyées par internet et une communication en direct peut être établie par les TIC. Ces outils peuvent être coordonnés par un IDE aux côtés du patient alors que le professionnel médical est à distance et peut interagir « *à tout moment* ».

2. L'acteur indispensable en télémédecine bucco-dentaire.

Abordons maintenant la place des IDE dans l'expérimentation en cours dans le Languedoc-Roussillon sur la télémédecine bucco-dentaire.

Celles-ci occupent une place fondamentale dans la réalisation des téléconsultations bucco-dentaires. En effet, elles ont de nombreuses tâches à réaliser pour que les informations nécessaires arrivent au chirurgien-dentiste requis.

Elles doivent effectuer le recueil des informations sur l'état général du patient qui doivent être prises en compte pour la prise en charge bucco-dentaire du patient. Ensuite, il leur est demandé de réaliser le schéma dentaire. C'est à dire, noter les dents absentes sur les arcades du patient. Cette information permettra au chirurgien-dentiste qui analysera les images de savoir si la vidéo montre toutes les dents présentes en bouche. Puis, l'infirmière doit demander au patient s'il ressent des gênes ou des douleurs au niveau de la bouche et encore s'il perçoit une mobilité de ses dents. Enfin, elle doit enregistrer les vidéos qui permettront au praticien de l'art dentaire de réaliser le diagnostic et le plan de traitement.

Toutes ces étapes sont légalement réalisables par le professionnel de santé puisque son statut lui permet d'avoir accès aux informations du dossier médical du patient mais aussi comme nous l'avons vu, elle peut « *recueillir des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic* ».

Le statut et les compétences des IDE à ce jour permettent totalement leur participation aux téléconsultations bucco-dentaire comme le prévoit le projet e-DENT.

§2 Les aides-soignants, la proximité indispensable avec les patients

Les aides-soignants sont les personnels de santé les plus proches des patients. Leur activité et leur rôle au sein de l'équipe soignante leur donne un statut très particulier auprès des patients. En charge de tâche très intime comme la toilette et la préparation, il est important que le patient soit en confiance avec les personnes qui partagent son intimité.

Même si la relation entre le patient et les aides-soignants est particulière, il semble que leurs compétences soient insuffisantes pour pouvoir participer à une activité de télémédecine même si leur statut le permet.

L'objet de cette partie est de connaître la profession d'aides-soignants (A.) et leurs compétences (B.) afin de déterminer s'ils peuvent participer à une activité de télémédecine (C.)

A. Une profession au service des patients.

La profession d'aide-soignant est définie au chapitre premier du titre neuvième du livre troisième de la quatrième partie du code de la santé publique, soit aux articles L.R4391-1 à 6. Notamment, « *peuvent exercer la profession d'aide-soignant les personnes titulaires : du diplôme d'Etat d'aide-soignant ; du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ; du diplôme professionnel d'aide-soignant.* » comme en dispose l'article L.4391-1 du code de la santé publique.

Comme pour les autres professions que nous avons pu voir précédemment, l'exercice de la profession en France est ouvert aux ressortissants d'autres pays de l'union européenne ou d'états membres de l'accord sur l'espace économique européen qui

ont reçu l'accord de l'autorité compétente après avis d'une commission comme développé à l'article L.4391-2.

B. Le premier rang de vigilance.

Les capacités professionnelles des aides-soignants ne sont pas définies dans la partie présentant la profession d'aide-soignant mais à l'article R.4311-5 du code de la santé publique, à savoir à l'article définissant les actes ou les soins rentrant dans le rôle propre de l'infirmière. En effet, « *lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.* »¹⁴¹ Les aides-soignants participent donc aux soins d'hygiène et de confort ; à la surveillance qui permet d'identifier les modifications de l'état ou du comportement du patient, et la mise en place des actions de soins adaptées par l'infirmier ; à l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire ou définitive (habillage, repas, aide à la marche, etc...) ; à l'hygiène de l'environnement (nettoyage, décontamination) comme le présente le site aide-soignant.com.

C. Une place à gagner dans les activités de télémédecine.

Dans une activité de télémédecine, les aides-soignants pourraient tout à fait être les personnes référentes, les professionnels requérant de la téléconsultation. En effet, une fois formés, le passage de la caméra est facilement réalisable par quelqu'un de cette profession. Comme pour toute nouveauté, il est plus important de trouver quelqu'un de motivé à accomplir cette nouvelle tâche, même si celui-ci n'a pas le statut attendu

¹⁴¹ Article R.4311-4 du CSP

plutôt que de rechercher absolument un professionnel avec le statut envisagé au départ. Ca a été le cas lors du projet e-DENT au sein de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone. En effet, pour ce site expérimental il a été préféré une aide-soignante plutôt qu'une infirmière pour enregistrer les vidéos et les informations à l'entrée des détenus. D'autant plus que l'aide-soignante choisie pour cette expérimentation officie au sein de l'unité sanitaire comme aide dentaire au côté des chirurgiens-dentistes du service.

De plus, même si les aides-soignants ne participent pas directement au projet de télémédecine, ils ont une place importante à jouer dans la réalisation quotidienne des soins de bouche et dans la prévention bucco-dentaire auprès des résidents qu'ils encadrent. Le retard est tel qu'il faut que ce soit la communauté toute entière qui prenne le relais plutôt que simplement une personne par établissement.

§3 Des professions à développer et à créer autour du chirurgien-dentiste.

Les professions qui collaborent le plus avec les chirurgiens-dentistes en France sont celles d'aide dentaire et d'assistant dentaire. En effet, de plus en plus de cabinets regroupent différentes catégories d'acteurs qui assistent le chirurgien-dentiste, dans ses actes, dans les différentes tâches de stérilisations ou encore sur des aspects administratifs. Ces professions ne sont pourtant pas reconnues dans le code de la santé publique comme étant des professions de santé. En effet, elles ne sont pas référencées comme telles dans la quatrième partie. De plus, la France est un des derniers pays industrialisés qui ne reconnaisse pas la profession d'hygiéniste dentaire, bien qu'elle existe depuis plusieurs dizaines d'années et particulièrement dans les pays du nord de l'Europe.

La pratique de l'art dentaire comme toute discipline médicale évolue sans arrêt. La technique se perfectionne, les matériaux changent ce qui entraîne une amélioration des soins et donc de la prise en charge. En France, les acteurs de la santé bucco-dentaire sont principalement les chirurgiens-dentistes. Les plus proches collaborateurs des praticiens de l'art dentaire sont les assistants-dentaires. Les aides dentaires quant à elles, occupent davantage « *les fonctions de réceptionniste*

auxquelles s'ajoutent des fonctions nécessitant des capacités techniques, relationnelles et administratives », comme le prévoit la convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992¹⁴². L'aide dentaire ne pouvant « *pas être présent dans la salle de soins pendant la réalisation d'une intervention professionnelle effectuée par le praticien* », il semble justifié que cette profession n'apparaisse pas dans le code de la santé publique. Par contre, nous verrons que la profession d'assistant dentaire remplit tous les critères pour être une profession de santé (A.) Puis nous discuterons sur l'éclosion nécessaire des hygiénistes dentaires dans le paysage de la santé bucco-dentaire (B.). Enfin, nous étudierons leur éventuelles place dans une activité de télémédecine (C.).

A. Une absence de reconnaissance incompréhensible.

La création du statut d'assistant dentaire date de 1967, mais sa reconnaissance n'est toujours pas faite. La dernière proposition de loi proposant d'inscrire la profession d'assistant dentaire dans le code de la santé publique remonte à juin 2011¹⁴³. La définition proposée à l'époque était : « *l'assistant dentaire est chargé d'assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité. Il est placé sous la responsabilité du chirurgien-dentiste. Salarié au sein du cabinet dentaire, il ne peut donc exercer son activité de façon indépendante contrairement aux hygiénistes dentaires dans d'autres pays* ». La proposition d'article disposait également que l'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé, dans le domaine bucco-dentaire.

Cette définition ne fait qu'officialiser le travail déjà effectué par les assistants dentaires comme le présente la Commission Nationale de Qualification des Assistantes en Odonto-Stomatologie (CNQAOS)¹⁴⁴. Ces assistants participent pleinement à la prise en charge d'un patient dans un cabinet dentaire. Ils peuvent être

¹⁴² Article 3.2 de l'avenant du 5 octobre 2007 relatif aux emplois d'aide dentaire (titre III, annexe I) de la convention collective nationale des cabinets dentaires du 17 janvier 1992

¹⁴³ Alain Milon, « Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, modifiée par l'assemblée nationale, modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », Sénat, 2011, p. 326.

¹⁴⁴ www.cnqaos.asso.fr

présents en tant qu'aide opératoire lors de la réalisation de l'acte médical effectué par le professionnel médical, ce qui leur confère une compétence technique importante et justifie la reconnaissance de leur profession dans le code de la santé publique.

Pourtant, dans la continuité du rapport de M. Milon nous pouvons lire que le gouvernement a demandé à retirer cette proposition en insistant sur le fait qu'une telle reconnaissance apparaissait prématurée, au regard des exigences de concertation avec les organisations de chirurgiens-dentistes.

Le besoin important d'amélioration de la prévention bucco-dentaire sur le territoire français justifie à lui seul l'existence d'une profession qui puisse légalement mettre en place et participer à des actions de prévention à la place des chirurgiens-dentistes. Le législateur prévoit actuellement que seul le praticien de l'art dentaire puisse réaliser des actions de prévention en santé bucco-dentaire. Il est donc indispensable de reconnaître la profession d'assistant dentaire ou de créer une profession intermédiaire qui permette d'améliorer l'état bucco-dentaire de la population française. Celle-ci pourrait être la profession d'hygiéniste dentaire.

B. L'inévitable éclosion de la profession d'hygiéniste dentaire.

La profession d'hygiéniste dentaire existe dans de nombreux pays partout dans le monde. En suisse, les hygiénistes dentaires sont définis comme « *des professionnels actifs dans le domaine de la prévention des caries et des parodontopathies, de la thérapie parodontale non chirurgicale et de la thérapie de maintien ainsi que dans la promotion de la santé. Dans leur domaine, les hygiénistes dentaires guident les patients vers l'autonomie.* »¹⁴⁵ Ces professionnels peuvent donc réaliser un certains nombre d'actes dans le cadre de la santé bucco-dentaire.

L'intérêt majeur pour le patient est d'avoir accès plus facilement à un professionnel compétant pour effectuer un bilan bucco-dentaire ou pour une séance de nettoyage professionnel. Il permet aussi de diminuer le nombre de patients vu par un

¹⁴⁵ www.eshyd.ch

chirurgien-dentiste, ce dernier n'étant alors en charge seulement des soins plus techniques.

Cette profession exerce son activité principalement dans la même structure qu'un chirurgien-dentiste de façon à pouvoir rester sous la vigilance d'un professionnel expert de la discipline.

Nous l'avons vu précédemment, les infirmiers ont différentes catégories d'actes selon qu'ils soient encadrés par un médecin ou non, qu'ils répondent à une prescription médicale ou agissent dans le cadre d'un protocole. Ne pourrions-nous pas envisager une organisation similaire pour les hygiénistes dentaires ? Ceux-ci auraient des compétences définies dans leur rôle propre, comme par exemple la capacité à réaliser des séances de prévention ou de techniques d'hygiène bucco-dentaire. Ils pourraient ensuite réaliser des nettoyages professionnels sur prescriptions d'un chirurgien-dentiste ou dans le cadre d'un protocole établi au sein d'un cabinet ou d'une structure spécialisée en odontologie. Ensuite, ils pourraient entreprendre des actes plus techniques à proximité d'un praticien ou encore assister le chirurgien-dentiste dans la réalisation d'acte de chirurgie complexe. Serait-il envisageable que ces professionnels aillent dans les établissements scolaires, médico-sociaux ou tout autre type de structure qui nécessite une formation en prévention bucco-dentaire ? Ainsi, les hygiénistes dentaires pourraient être présents dans les établissements médico-sociaux et exercer le rôle de relais pour la réalisation des téléconsultations bucco-dentaires.

C. L'intérêt de ces professions en télémédecine bucco-dentaire.

Fort de ses compétences particulières en odontologie, l'hygiéniste dentaire est le professionnel requérant idéal dans le cadre d'une activité de télémédecine bucco-dentaire. Dans les pays où cette profession existe, certains projets de télémédecine ont été envisagés avec la présence d'hygiénistes dentaires¹⁴⁶. Ils ont la possibilité de réaliser des clichés radiographiques en complément des images capturées par la

¹⁴⁶ Paul Glassman, « Virtual Dental Home », *Journal of the Californian Dental Association*, vol. 40 / 7, juillet 2012, p. 565-566.

caméra intra-buccale. L'avantage principal est que ces professionnels ont l'expérience de manier des instruments dans la cavité buccale et peuvent réaliser certains gestes si le praticien en voit la nécessité.

Les représentants des chirurgiens-dentistes de Californie étudient, sous la direction du Pr Reichmann, la possibilité de laisser faire des soins conservateurs¹⁴⁷ aux hygiénistes dentaires dans les situations où un praticien ne peut se déplacer et seulement si un chirurgien-dentiste peut valider, par télé-médecine, le soin effectué.

Les hygiénistes dentaires ont un intérêt primordial dans l'amélioration de la santé bucco-dentaire d'une population et pourraient avoir une place de choix dans le développement de la télé-médecine bucco-dentaire.

¹⁴⁷ Traitements des lésions carieuses avec obturations des cavités

Section 2 L'obligatoire tiers technologique.

La véritable différence entre la médecine « traditionnelle » et la télémédecine est la présence de ce troisième acteur durant le soin. En effet, habituellement organisé sous la forme d'une relation entre deux personnes, la télémédecine fait apparaître un troisième protagoniste et transforme ce binôme patient / médecin en trinôme patient / médecin / tiers technologique.

Avant de développer les différentes relations qui vont se créer entre ces trois acteurs dans le prochain titre, nous définirons ce nouvel acteur. Pour les détracteurs de la télémédecine, il modifie totalement la relation et pour d'autres¹⁴⁸ il n'est qu'un outil au service de l'acte médical.

Le tiers technologique peut être assimilé à l'ensemble des prestataires qui permettent la communication entre le requérant et le requis d'un acte de télémédecine. Pour certains, la distance entre ces deux personnes entraîne une incompréhension autour de la place et l'importance de ce tiers technologique. Deux comparaisons peuvent être utilisées pour aider la compréhension. Le stéthoscope et l'appareil permettant les électrocardiogrammes. Ces deux outils permettent à un médecin de réaliser des examens sur un patient sans contact direct. Le stéthoscope donne un son que le médecin écoute à distance du corps du patient et l'électrocardiographe retranscrit le rythme cardiaque d'un patient sur du papier ou un écran. Le médecin l'interprète ensuite. Le tiers technologique en télémédecine peut être comparé à ces deux outils. Il permet la réalisation d'examens ou d'acte à distance du patient. Certes la distance augmente comparativement à l'utilisation du stéthoscope mais le principe reste le même.

L'outil pour télémédecine comprend, en plus de l'outil en lui-même (§1), une partie de transmission et un stockage des informations médicales (§2). Nous allons développer ces deux parties qui peuvent être gérées par le même prestataire ou par des prestataires différents.

¹⁴⁸ Claire Debost, *op. cit.*

§1 Un outils spécifique à chaque activité de télémédecine.

Le terme anglais « device » est particulièrement approprié dans ce cas. Il peut être traduit par « appareil », « dispositif », « support »¹⁴⁹. Il permet donc une plus grande couverture des différents systèmes développés pour la télémédecine.

Pour réaliser un acte de télémédecine, des « devices » sont nécessaires afin de récupérer les informations. Pour certains projets, un appareil photo ou une caméra voir une tablette numérique peuvent suffire, pour d'autres l'équipement peut être plus lourd. L'objectif du « device » est de recueillir les informations. Celles-ci peuvent être dans le dossier médical du patient sur le système d'information d'un établissement, sur sa carte vitale (dossier médical partagé) ou doit être rentrées par le patient lui-même ou par le professionnel de santé requérant. D'autres éléments vont être nécessaires : les images ou les vidéos du patient. Parfois ce ne sont que des données : glycémie, rythme cardiaque, ... Le « device » doit être capable de recueillir ces informations.

Dans le cas de la télémédecine bucco-dentaire, le « device » est composé d'une caméra intra-buccale, d'un ordinateur et d'un logiciel permettant le recueil et le transfert des données. Ces trois éléments ont été commercialisés, pour l'expérimentation, par trois prestataires différents : la société commercialisant les caméras intra-buccales, une société de développement de logiciel informatique et la société qui détient le marché pour le matériel informatique des différents établissements tests.

Le partage des tâches par différents prestataires n'est pas forcément source de facilitation pour la mise en place et le développement d'un projet de télémédecine. Chaque partie du « device » doit pouvoir interagir et s'intégrer à l'autre. Ce point reste un frein au bon fonctionnement des projets de télémédecine.

¹⁴⁹ Traduction faite avec le site www.linguee.fr

Le retour que nous commençons à avoir sur les projets de télémédecine déployé sur le territoire nous montre qu'il est fondamental que ces « devices » soient faciles d'utilisation pour le patient lui-même ou pour le professionnel de santé qui le manipule. Il est donc important de développer des dispositifs qui soient intuitifs et nécessitent le moins possible d'intervention de l'utilisateur.

§2 Un contrôle sur les données de santé.

Les données personnelles à caractère de santé doivent être hébergées sur des serveurs agréés par l'ASIP comme le prévoit l'article L.1111-8 du code de la santé publique. L'objectif de cette organisation « est *d'organiser le dépôt et la conservation des données de santé dans des conditions de nature à garantir leur pérennité et leur confidentialité, de les mettre à la disposition des personnes autorisées selon des modalités définies par contrat, et de les restituer en fin de contrat* »¹⁵⁰.

A ce jour, il existe soixante et onze structures agréées par le ministre en charge de la santé. Il s'agit de sociétés commerciales internationales, des groupes de téléphonie, des mutuelles, des CHU ou encore des syndicats interhospitaliers.

Les conditions d'agrément des hébergeurs de données de santé sont fixées par décret¹⁵¹.

Les hébergeurs ne sont pas apparus dans le paysage de la santé avec la télémédecine, puisque en dehors de ces nouvelles activités, des données doivent également être stockées. Par contre, ils sont indispensables dans le fonctionnement des actes de télémédecine pour pouvoir assurer la sécurité des données des patients qui bénéficient d'activités à distance.

¹⁵⁰ www.esante.gouv.fr

¹⁵¹ Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé.

Titre II Des constantes juridiques pour un nouveau type d'acte.

Après avoir vu les différents acteurs participant à une activité de télémédecine bucco-dentaire, il est important de présenter comment ceux-ci vont s'organiser et quelles sont les contraintes juridiques au déroulement des différents actes de télémédecine.

Les relations entre les différents acteurs doivent être organisées et chacun doit connaître sa place et son rôle dans les différents actes de télémédecine. En effet, la pluralité du colloque entraîne un besoin de protocoliser les échanges entre les nombreux acteurs. Une activité bien organisée n'est envisageable que si chacun connaît son rôle et sa place. Il est donc important de définir ces différents paramètres afin de prévenir les problèmes qui augmentent toujours avec le nombre de participants.

Les différents actes de télémédecine définis dans le décret de télémédecine soulèvent quelques interrogations sur le plan organisationnel. Il va donc falloir définir chaque acte dans les paramètres que nous venons de présenter. Ce travail se voulant relativement pratique, nous essayerons de présenter ces différents actes avec un exemple concret de télémédecine bucco-dentaire.

Le cadre juridique de la télémédecine permet principalement d'organiser les relations entre les différents acteurs mais aussi de veiller à ce que les droits des patients soient respectés. Il est donc fondamental que cette réglementation soit bien étudiée pour prévenir des éventuelles complications.

Ce titre est dédié à l'organisation d'une activité de télémédecine bucco-dentaire. Nous aborderons donc les relations entre les différents acteurs de cette activité (Chapitre I), puis nous étudierons en détail les différentes actes de télémédecine (Chapitre II), enfin nous discuterons sur le cadre juridique qui borde cette activité (Chapitre III).

Chapitre I De nouvelles relations à définir

La présence d'un professionnel médical lors d'une activité de télémédecine est obligatoire d'après l'article fondateur de la télémédecine¹⁵². Même si le décret prévoit l'organisation générale des activités de télémédecine, la mise en place sur le terrain nécessite quelques précisions supplémentaires.

Nous aborderons tout d'abord la présence des professionnels médicaux (Section 1) et des professionnels de santé (Section 2). Ensuite, nous développerons plus précisément la place (Section 3) et le rôle (Section 4) de chaque acteur.

¹⁵² Article L.6316-1 CSP : « ... parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical ... »

Section 1 La présence nécessaire du professionnel médical.

§1 Une obligation de présence législative

« *La télémédecine 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.* »¹⁵³ L'article fondateur de la télémédecine ne peut être plus clair quant à la présence d'un professionnel médical lors d'une activité de télémédecine. Cette obligation suit la logique de définir un acte de télémédecine comme un acte médical. Pour le législateur, un acte ne peut être médical que s'il est réalisé par un professionnel médical. Cette présence médicale est la grande différence avec la télésanté. Pour que la télémédecine ne soit pas considérée comme une « sous-médecine » il est fondamental de bien distinguer les deux activités et de mettre en avant le côté médical de la télémédecine. Le décret appui particulièrement sur ce point au second alinéa de l'article R.6316-7 en demandant à ce que « *les modalités retenues afin de s'assurer que le professionnel médical participant à un acte de télémédecine respecte les conditions d'exercice fixées à l'article L. 4111-1_ou à l'article L. 4112-7_ou qu'il est titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé [...]* »¹⁵⁴ soient bien précisées dans les contrats cadrant l'activité de télémédecine.

§2 Un encadrement contractuel.

Pour qu'un professionnel médical puisse participer à une activité de télémédecine, il doit être référencé dans le contrat de télémédecine¹⁵⁵ (Annexe 1) et avoir signé une convention comme le prévoit l'article R.6316-8¹⁵⁶.

¹⁵³ Article L.6316-1 du CSP

¹⁵⁴ 2° de l'article R.6316-7 du CSP

¹⁵⁵ 3° de l'article R.6316-6 du CSP : « 3° Soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité. »

¹⁵⁶ Article R.6316-8 du CSP : « Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine, à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale, concluent entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou

En effet, une activité de télémédecine peut être cadrée, notamment¹⁵⁷, par un contrat particulier «*précisant les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de télémédecine, en tenant compte notamment des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré*»¹⁵⁸ et en respectant «*les prescriptions du programme relatif au développement de la télémédecine mentionné à l'article L.1434-2 du code de la santé publique*»¹⁵⁹. On ne peut donc pas s'improviser acteur d'une activité de télémédecine. Pour une plus grande simplicité organisationnelle, il est fréquent de voir les professionnels médicaux participant à une activité de télémédecine se regrouper en réseau. En effet, dans ce cas-là, le président du réseau est le signataire de la convention et les différents professionnels médicaux n'ont qu'à intégrer le réseau.

programmes mentionnés à [l'article R. 6316-6](#). Cette convention organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le présent chapitre. »

¹⁵⁷ Article R.6316-6 du CSP : «*L'activité de télémédecine et son organisation font l'objet :*

1° Soit d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;

2° Soit d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, tels qu'ils sont respectivement mentionnés aux [articles L. 6114-1](#), [L. 1435-3](#) et [L. 1435-4](#) du code de la santé publique et aux [articles L. 313-11](#) et [L. 313-12](#) du code de l'action sociale et des familles ;

3° Soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

Les contrats mentionnés aux 2° et 3° du présent article doivent respecter les prescriptions du programme relatif au développement de la télémédecine mentionné à [l'article L. 1434-2](#) du code de la santé publique »

¹⁵⁸ 1° Article R.6316-7 du CSP

¹⁵⁹ Article R.6316-6 du CSP

Section 2 La nouvelle importance des professionnels de santé.

Nous venons de le voir, les professionnels médicaux sont obligatoirement présents lors d'une activité de télémédecine. Qu'en est-il pour les professionnels de santé ?

Le décret prévoit leur présence lors d'une téléconsultation, d'une téléassistance et d'une télésurveillance. Ils ne sont pas prévus lors d'une téléexpertise¹⁶⁰. Nous verrons plus bas dans notre travail leur place et leur rôle lors de chacun des actes de télémédecine. Voyons ici les possibilités qu'ont les professionnels de santé.

Nous avons décrit plus haut les différentes professions qui participeront principalement aux activités de télémédecine. Les infirmières et infirmiers vont jouer un rôle central. Il est important de rappeler un des objets des soins infirmiers qui va être particulièrement utile en télémédecine : « *les soins infirmiers [...] ont (notamment) pour objet [...] : 2° de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ; [...]* »¹⁶¹. Cet alinéa est particulièrement important pour la mise en place des activités de télémédecine. En effet, le code de la santé publique prévoit que les infirmières peuvent recueillir des informations utiles pour les autres professionnels à des fins de diagnostic ou de suivi post thérapeutique comme prévu dans l'article fondateur de la

¹⁶⁰ Article R.6316-1 du CSP

¹⁶¹ Article R4311-2 du CSP : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :*

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

télémédecine. Il y a fort à parier que les infirmiers auront un rôle majeur dans le développement de la télémédecine.

Ce sera d'ailleurs le cas dans notre exemple fil rouge où les infirmiers des établissements recueilleront les images et les informations nécessaires au diagnostic et au suivi de l'hygiène bucco-dentaire et des soins par le chirurgien-dentiste. Il leur sera même demandé de participer à la prévention bucco-dentaire au sein de leurs établissements en mettant en place l'éducation thérapeutique des patients sur l'importance de la toilette buccale mais aussi en brossant les dents des patients avant de passer la caméra intra-buccale. Ces actes rentrent dans les soins que peuvent dispenser les infirmières comme le prévoit l'alinéa 28 de l'article R.4311-5 du CSP¹⁶². Les infirmières peuvent donc participer à l'activité de télémédecine bucco-dentaire. Elles auront même la plus grande part de responsabilité dans la réussite de cette activité. En effet, la qualité des images transmises entraîne une répercussion sur l'interprétation faite par le praticien et donc sur le diagnostic que celui-ci pourra faire. Des réflexions sont menées pour que les professionnels de santé récupérant les images soient le plus assistés possible pour augmenter la qualité des données recueillies.

Leur participation aux activités de télémédecine est donc acceptée et même primordiale. Leurs responsabilités vont donc augmenter. Il est important de s'intéresser au travail de ces professionnels de santé qui vont participer aux activités de télémédecine. Ils vont être plus sollicités qu'avant puisqu'ils auront des tâches supplémentaires. Il est donc important de prévoir une augmentation des effectifs et une reconnaissance de leur participation notamment financière.

¹⁶² Article R.4311-5 du CSP : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [...] 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ; [...] »

Section 3 Quelle place pour les professionnels ?

Nous venons de voir que la présence d'un professionnel médical est obligatoire lors d'une activité de télémédecine et que celle d'un professionnel de santé est très utile. Essayons de définir maintenant quelle place ceux-ci vont-ils occuper. Nous entendons par « place », la situation géographique du professionnel. A savoir s'il est au contact du patient ou à distance.

La pratique en télémédecine veut que l'on nomme « **requérant** », la personne qui est au contact du patient, celui qui fait la demande, et « **requis** » le professionnel médical qui est sollicité à distance. Tout d'abord, il est fondamental de remarquer que le professionnel requis est obligatoirement un professionnel médical. En effet, la définition des différents actes de télémédecine montre bien que seul un professionnel médical peut être à distance¹⁶³. Par contre, le professionnel requérant peut être un professionnel médical, un professionnel de santé et, dans le cas des téléconsultations, un psychologue¹⁶⁴ mais aussi, toujours dans le cas des téléconsultations, le patient lui-même. Les professionnels médicaux peuvent donc être professionnels requérants ou professionnels requis lors d'une activité de télémédecine.

Inversement, les professionnels de santé sont obligatoirement des professionnels requérant et ne peuvent absolument pas être des professionnels requis.

Une activité de télémédecine, nous l'avons vu, est régie par un contrat comme le stipule le 3° de l'article R.6316-6 du CSP¹⁶⁵. Celui-ci, présente l'activité dans son ensemble et les différents acteurs y participant. L'annexe 1 de ce contrat permet de

¹⁶³ Article R.6316-1 du CSP : « La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. » ; « La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux [...] » ; « La télésurveillance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient [...] » ; « La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. »

¹⁶⁴ 1° de l'article R.6316-1 du CSP : « Les psychologues mentionnées à l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient »

¹⁶⁵ 3° de l'article R.6316-6 de CSP : « soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité. »

lister les différents professionnels et leur rôle de requis ou requérant lors des actes réalisés. Chaque activité de télémédecine a son propre contrat, il semble donc difficile qu'un professionnel médical soit à la fois professionnel requis et requérant pour la même activité exception faite éventuellement sur la téléexpertise (L'échange d'avis sur des patients entre deux professionnels médicaux ayant des spécialisations propres peut s'envisager dans les deux sens, pour un cas l'un est requis et l'autre requérant et pour le cas suivant les places peuvent être échangées). Par contre, il semble tout à fait envisageable que sur plusieurs activités le même professionnel médical occupe les deux places.

Quelques remarques, il aurait pu être intéressant, tout d'abord, de ne pas exclure les professionnels de santé de l'acte de téléexpertise. En effet, dans certains cas, l'avis du professionnel médical lors de la prise en charge paramédicale d'un patient peut être intéressante. Ensuite, le professionnel de santé aurait encore la place de requérant dans ce cas de figure mais il pourrait être intéressant de prévoir le cas où le professionnel de santé joue le rôle de requis dans la prise en charge d'un patient. En effet, l'avis des professionnels de santé peut aussi être envisagé comme une expertise. Prenons quelques exemples : le cas des masseurs-kinésithérapeute pour commencer. Ceux-ci prennent en charge un patient sur la prescription d'un professionnel médical pour une pathologie diagnostiquée par ce dernier. Il peut arriver que les soins prescrits par le médecin ne soulagent pas le patient. Non pas en raison d'une incompétence du professionnel de santé mais peut être à d'un diagnostic différentiel difficile à réaliser et que la clinique met en avant. L'expertise des masseurs-kinésithérapeutes qui suivent le patient au quotidien peut être un atout important dans l'amélioration de la prise en charge et une téléexpertise entre le médecin prescripteur des séances et le kiné en charge des soins du patient pourrait être très intéressante. Dans le même ordre d'idée et dans le champ de compétence orthopédique nous pouvons imaginer le même modèle avec les podologues.

Sur un domaine différent, les opticiens-lunetiers ou les orthoptistes pourraient tout à fait faire profiter le patient et le médecin prescripteur de leur expertise.

Dans notre exemple fil rouge, le chirurgien-dentiste a le rôle du professionnel requis lors des téléconsultations et n'est jamais le professionnel requérant puisqu'il est capable de réaliser une consultation lui-même s'il était aux côtés des résidents.

Comme nous l'avons vu précédemment, les professionnels de santé sont les professionnels requérants pour cette activité. Par contre, si on envisage une activité de téléexpertise en odontologie, alors le chirurgien-dentiste pourra se tourner vers un confrère plus compétant que lui sur une pathologie ou un acte donné et occupera alors la place de professionnel requérant.

Section 4 Quel rôle pour les acteurs ?

Par « rôle », nous entendons la fonction qu'occupera le professionnel pendant l'activité. Définissons tout d'abord ces trois rôles : réalisateur, prescripteur et débiteur. Nous entendons par réalisateur, celui qui réalise l'acte, qu'il soit intellectuel ou manuel ; par prescripteur, celui qui recommande, commande (dans le sens de la demande) un acte ou un geste ; et enfin par débiteur, celui qui donne les informations, les données ou les avis médicaux.

En médecine, le professionnel médical réalise la totalité de l'acte tout seul. En effet, que ce soit un acte de diagnostic ou chirurgical, c'est lui qui interprète les données, pose le diagnostic, prend les décisions et réalise l'acte. Il peut parfois déléguer ou prescrire certaines tâches à des professionnels de santé ou à d'autres professionnels médicaux spécialisés mais il réalise un acte dans sa globalité avec tous les paramètres qu'il a en sa possession. Il est donc le réalisateur de l'acte et peut devenir prescripteur d'autres actes.

En télémédecine, cette répartition des rôles peut être différente. En effet, contrairement à la médecine « traditionnelle », lors d'un acte particulier, le professionnel médical n'est pas forcément le réalisateur de l'acte dans sa globalité. Il peut être aussi prescripteur et réalisateur lors d'un même acte. Enfin, il peut être débiteur d'un acte, c'est à dire qu'il débite, qu'il propose un acte médical ou des gestes particuliers compris dans un acte, mais qu'il ne les réalise pas.

Revenons sur ces différents rôles. Le réalisateur est le plus simple à définir. C'est l'acteur de l'acte de télémédecine. Pour la téléconsultation, le réalisateur est donc celui qui effectue la consultation à distance. C'est celui qui analyse les données liées au patient, pose le diagnostic et propose le plan de traitement. Pour cet acte de télémédecine la réflexion est assez simple mais nous verrons que pour d'autres c'est un peu plus complexe, notamment pour la téléassistance.

Le rôle de prescripteur est un peu plus ambigu. En effet, en médecine classique, les prescriptions recouvrent des produits médicamenteux, des interventions, des examens complémentaires par les professionnels médicaux mais les professionnels

de santé peuvent aussi prescrire des exercices à réaliser quotidiennement, notamment les masseurs-kinésithérapeutes ou les orthoptistes. Ils réalisent chacun leur acte (consultation ou autre) et en prescrivent d'autres. Ce qui change en télémédecine est que la prescription peut se dérouler au sein d'un même acte. Nous le développerons tout à l'heure, mais un professionnel médical peut prescrire la prise de température du patient, par exemple, geste que réalisera le professionnel de santé requérant, aux côtés du patient, car le professionnel requis ne peut le réaliser lui-même. La notion de prescription est plus fréquente en télémédecine.

Enfin, abordons le rôle de débiteur. Celui-ci est peut-être le plus spécifique à la télémédecine. En effet, il est nécessairement dû à la distance entre le patient et le professionnel médical. Cette distance ne permet pas au praticien de toucher ou de voir en direct le patient. Il lui faut donc un intermédiaire qui devra transmettre ou faire partager ses ressentis physiques.

Chapitre II Les différents actes de télémédecine : entre officialisation de l'existant et nouveauté.

La création du cadre juridique propre à la télémédecine interpelle la pratique dentaire sédentaire. Il devient alors particulièrement difficile de faire entrer cette notion dans des qualifications juridiques préétablies.

Bien que la définition de cette activité dans la loi HPST soit un premier pas, le décret dans sa première section ne fait que présenter les différents actes de télémédecine envisagés. En les confrontant à la pratique de l'art dentaire nous tenterons d'étudier l'insertion de la pratique de télémédecine dans l'odontologie clinique tout en gardant à l'esprit la spécificité de cette dernière.

L'article L.6316-1 du code de la santé publique précise que la télémédecine « *met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical* ». L'odontologiste peut donc être amené à participer à une activité de télémédecine. Certes les priorités du ministère se portent sur des pathologies non directement liées à son exercice, comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou encore l'insuffisance rénale. Cependant la présence d'un chirurgien-dentiste dans l'équipe médicale suivant un patient par télémédecine ou le développement à long terme de cette pratique jusqu'à l'utilisation pour des pathologies de la sphère buccale est légitime. Cette partie va permettre d'envisager une activité de télémédecine en odontologie en définissant les uns après les autres les actes de télémédecine bucco-dentaire envisageable, excluant donc le dernier acte qui est la réponse médicale d'urgence.

Section 1 La téléconsultation comme préalable.

§1 Un acte encore mal reconnu.

Avant de rentrer dans les détails de la téléconsultation, il est bon de présenter la consultation en général. Tout d'abord rappelons que le code de la sécurité sociale prévoit qu'une consultation peut être donnée par télémédecine¹⁶⁶. Cette modification apparue le 24 décembre 2009 est primordiale dans la mise en place des activités de téléconsultation.

Grâce à cet article, les téléconsultations font entièrement partie de l'activité médicale et ne peuvent pas être considérées comme un « *simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone* »¹⁶⁷. Il est vrai, la frontière peut être considérée mince entre une consultation et un avis ou un conseil notamment pour les non spécialistes. Pour les praticiens, il est clair qu'une consultation est bien différente d'un avis et c'est aussi le cas pour les spécialistes du droit qui présentent la téléconsultation comme « un véritable acte médical, réalisé à distance, dont l'objet principal est l'élaboration d'un diagnostic et, le cas échéant, la proposition d'un traitement et la délivrance d'une prescription médicale »¹⁶⁸. Par ailleurs, l'ajout récent de l'adjectif « simple »¹⁶⁹ aux noms « avis » et « conseil » dans l'article R.4127-53 affirme la volonté du législateur pour bien montrer la différence entre une téléconsultation et un avis donné

¹⁶⁶ Article L.162-3 du CSP : « *Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales sont également données dans les maisons médicales.* »

¹⁶⁷ Article R.4127-53 : « *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine.*

Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades. »

¹⁶⁸ Camille Bourdaire-Mignot, « Téléconsultation : quelles exigences ? Quelles pratiques ? », *Dalloz*, vol. / 6, décembre 2011, p. p.1003.

¹⁶⁹ Modification apportée par le décret n°2012-694 du 7 mai 2012, paru au JO du 8 mai 2012

par téléphone¹⁷⁰ comme l'avait proposé le Dr André Chassort¹⁷¹ lors d'un interview publié dans le bulletin de l'ordre national des médecins, d'octobre 2001¹⁷².

§2 Des places à partager ?

A. Le professionnel médical comme requis incontestable et potentiel requérant.

Nous l'avons vu plus haut, le professionnel requis est forcément un professionnel médical. Ce qui est tout à fait justifié au vu des différents arguments que nous venons d'apporter dans le paragraphe précédent. Pour que l'acte de téléconsultation soit reconnu comme un acte médical à part entière il doit être réalisé par le professionnel médical.

Par ailleurs, la place de requérant peut aussi être occupée par un professionnel médical notamment si celui-ci est généraliste alors que le professionnel requis est un spécialiste.

B. Le patient lui-même peut être le requérant.

Le professionnel de santé n'est pas obligatoire dans cet acte de télémédecine. En effet, la définition même de celui-ci¹⁷³ stipule qu'un « *professionnel de santé peut être présent* » et que l'objet de la téléconsultation est « *de permettre à un professionnel médical de donner un consultation à distance à un patient* ». Bien évidemment la présence du professionnel de santé facilitera grandement le déroulement de la consultation mais il est important de mettre en avant le fait que pour cet acte de télémédecine, celui-ci n'est pas obligatoire.

¹⁷⁰ Claire Debost[et al.], *op. cit.*

¹⁷¹ Alors secrétaire général adjoint et président de la Commission informatique et technologies nouvelles (CITN) auprès du Conseil national de l'Ordre des Médecins

¹⁷² Bulletin de l'Ordre national des médecins, octobre 2001, p.10, cité par Méméteau G., Cours de droit médical, 4^{ème} éd., Les Etudes Hospitalières, 2010, p.172

¹⁷³ 1° de l'article R.6316-1 du CSP

Nous pouvons donc retrouver le professionnel médical en communication direct avec le patient grâce aux TIC. Ce cas de figure peut s'apparenter à une communication téléphonique. Il faut donc être très vigilant et cadrer les activités de téléconsultation pour éviter les débordements notamment avec les consultations faites via internet par des sociétés privées.

Le patient devient donc le requérant et le colloque singulier entre le patient et son médecin n'est modifié que par la présence du « tiers technologique ».

C. Le professionnel de santé comme requérant idéal.

Il est vrai que le professionnel de santé n'est pas obligatoire. Sa présence est malgré tout prévue car il semble qu'elle soit intéressante dans le déroulement des téléconsultations.

En plus des professionnels de santé référencés dans le code de la santé publique, le décret prévoit la présence d'une autre catégorie de professionnels : les psychologues¹⁷⁴. Ce sont les seuls professionnels, à ce jour, dont la profession n'est pas référencée comme une profession de santé qui peuvent être présents auprès du patient durant un acte de télémédecine. L'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 citée dans le décret fait référence aux diplômes nécessaires pour être autorisé à utiliser le titre de psychologue. Par ailleurs, il est intéressant de mettre en avant le fait que cet article stipule¹⁷⁵ aussi que l'ARS enregistre les diplômes des différentes personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue. L'ARS étant aussi la

¹⁷⁴ 1° de l'article R.6316-1 du CSP : « [...] Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ; »

¹⁷⁵ I de l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 : « I - L'usage professionnel du titre de psychologue, accompagné ou non d'un qualificatif, est réservé aux titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie préparant à la vie professionnelle et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat ou aux titulaires d'un diplôme étranger reconnu équivalent aux diplômes nationaux exigés.

Les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue sont tenues de faire enregistrer sans frais, auprès de l'agence régionale de santé ou de l'organisme désigné à cette fin, leur diplôme mentionné au précédent alinéa ou l'autorisation mentionnée au II. En cas de changement de situation professionnelle, elles en informent l'agence ou cet organisme.

Il est établi, pour chaque département, par l'agence régionale de santé ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public. »

coordinatrice des activités de télémédecine en région, la présence des psychologues lors d'une téléconsultation pourra facilement être validée.

En cas de présence, « *le professionnel de santé assistera le professionnel médical au cours de la téléconsultation* ». Abordons quel sera son rôle lors de cette activité et quelle aide il pourra apporter au professionnel requis.

§3 Des rôles bien maîtrisés.

A. Le professionnel médical comme réalisateur et prescripteur.

Qui réalise l'acte de consultation ? Pour cet acte il est évident que le réalisateur de l'acte est le professionnel requis. C'est lui qui va poser le diagnostic et proposer un traitement le cas échéant. Il peut être un peu difficile de considérer l'acte de diagnostic comme un acte médical car il est plus intellectuel que manuel, physique ou matériel mais il est pourtant bien un acte à part entière. En effet, seul un professionnel médical avec des connaissances adaptées et un sens clinique détaillé peut réaliser un diagnostic de qualité. De plus, la pose du diagnostic au cours d'une consultation est le « point de départ » de la maladie et donc de l'utilisation de « l'arsenal » thérapeutique.

En plus d'être le réalisateur de l'acte, il est aussi prescripteur de certains gestes nécessaires à l'établissement de son diagnostic. En effet, il va demander au professionnel de santé de lui relever certaines données qui lui permettront d'identifier la pathologie, éventuelle, du patient.

B. Le débiteur peut être multiple.

Dans certains cas de figure nous l'avons vu, si le patient est seul en communication avec le professionnel médical c'est lui qui réalisera les gestes demandés et sera donc le débiteur. Nous pouvons nous demander si le patient n'est pas systématiquement débiteur. En effet, celui-ci donne, quand il le peut un grand nombre d'informations prépondérantes à l'établissement du diagnostic et notamment la description de la

douleur qui est très souvent utile pour le diagnostic différentiel et que lui seul est capable d'exprimer.

Le professionnel requérant, lorsqu'il est présent, assiste à la pose du diagnostic et donne les différentes données et informations sur le patient et sa pathologie. Il est donc débiteur des examens, nécessaire à la téléconsultation, prescrits par le professionnel médical. Il fait donc partie prenante de cet acte. Il n'est pas passif. Il participe activement au déroulement de cet acte de télémédecine.

Mettons-nous du côté d'un patient qui profite d'une téléconsultation. Il sait que le professionnel médical à distance est un spécialiste et que c'est lui qui donnera ses conclusions aux vues des informations recueillies durant la téléconsultation. Mais il a aussi à côté de lui un professionnel de santé, qu'il connaît très souvent, et qui va le manipuler, relever des constantes, prendre des clichés qu'il transmettra ensuite au professionnel requis. Que ressent le patient ? Pour lui, qui réalise l'acte ? La partie intellectuelle est bien évidemment faite par le professionnel médical mais le contact physique qu'il ressent vient du professionnel médical. Du point de vue du patient, je pense que la définition du réalisateur de l'acte n'est pas aussi claire qu'elle peut l'être pour nous, spécialistes de la santé.

§4 Projet e-DENT en Languedoc-Roussillon

A. Les spécificités d'une consultation odontologique

Avant de voir comment une téléconsultation en odontologie pourrait se dérouler il est nécessaire de présenter comment se déroule une consultation classique.

Les objectifs d'une consultation bucco-dentaire sont principalement de réaliser un bilan de la dentition et des tissus attenants d'un patient mais aussi, lorsque c'est le cas trouver la pathologie, poser le diagnostic et établir un plan de traitement lorsque le patient se présente avec des doléances voir des douleurs.

La consultation débute par l'interrogatoire médical permettant de connaître le passé médical du patient et ainsi tenir compte des pathologies générales associées. Ensuite, le praticien réalise l'anamnèse du patient afin de recueillir son motif de consultation

et les descriptions des gènes qu'il peut connaître au niveau de sa cavité orale. Ces instants de « discussion » permettent au praticien de commencer à établir son diagnostic qu'il va pouvoir affiner avec l'examen clinique.

Pour cela, il est donc nécessaire au praticien d'avoir un accès visuel direct ou indirect (utilisation du miroir) suffisant sur la globalité de la cavité buccale. En effet, l'inspection d'un professionnel de la chirurgie-dentaire ne s'arrête pas à la dentition mais bien au-delà¹⁷⁶. Il doit être vigilant sur l'état du parodonte et des muqueuses des joues, de la langue et des lèvres.

Pour s'aider dans l'établissement du diagnostic le praticien a à sa disposition une batterie de tests permettant notamment de connaître l'état de vitalité pulpaire (test au froid, au chaud, percussion...)¹⁷⁷.

Le sondage¹⁷⁸ amélaire est, de nos jours, remis en cause dans le diagnostic des caries. On préfère maintenant utiliser des aides visuelles¹⁷⁹ comme des loupes ou des caméras intra-buccales.

Une fois ces différentes étapes achevées, certains examens complémentaires peuvent être réalisés comme les radiographies. Celles-ci ne doivent pas être exécutées en première intention pour diminuer leur utilisation mais permettent de confirmer ou infirmer un diagnostic et peuvent donc être utiles pour une consultation.

B. La pratique envisageable d'une téléconsultation bucco-dentaire.

Abordons maintenant la réalisation d'une téléconsultation bucco-dentaire. Nous avons vu plusieurs fois dans ce travail le projet e-DENT qui permet justement de réaliser des téléconsultations bucco-dentaires. Nous ne développerons pas à nouveau le déroulement de celles-ci mais nous définirons plus précisément la place et le rôle de chacun.

¹⁷⁶ Article L.4141-1 du CSP : « *La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1.* »

¹⁷⁷ Wilhelm-J. Pertot et Stéphane Simon, *Le traitement endodontique*, Quintessence International, Paris, 2004, 128 p., (« Réussir »).

¹⁷⁸ Passage d'une sonde sur les faces des dents pour ressentir la qualité de l'émail

¹⁷⁹ J.-J. Lasfargues et P. Colon, *Odontologie conservatrice et restauratrice (Tome 1)*, CdP, Paris, CdP, 2009, 480 p., (« JPIO »).

Dans le cas de ces téléconsultations le professionnel médical, en l'occurrence le chirurgien-dentiste est le professionnel requis et le réalisateur de l'acte. Le professionnel de santé à côté du patient qui peut être une infirmière ou une aide-soignante est le professionnel requérant et débiteur des informations et données nécessaire au déroulement de l'acte de télémédecine. Dans ce cas-là, le patient ne peut pas être seul avec la caméra. La prise des images est trop compliquée pour être réalisée par lui, dans sa propre bouche.

Section 2 L'indispensable téléexpertise

§1 Un cadre légal pour une pratique vieille et ancrée.

La téléexpertise est différente des autres actes de télémédecine pour différentes raisons. Tout d'abord elle ne peut comprendre que des professionnels médicaux. Ni le patient, ni un professionnel de santé ne peuvent être présents durant cet acte. Il consiste en l'échange d'avis sur la prise en charge d'un patient entre deux ou plusieurs professionnels médicaux¹⁸⁰.

Avant de développer sur la place et le rôle de chaque participant de cet acte abordons sa définition comme acte médical par le législateur.

En effet, le décret relatif à la télémédecine est clair sur ce point : « *Relèvent de la télémédecine définie à l'article L.6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine : 1° La téléconsultation [...] 2° la téléexpertise [...] 3° La télésurveillance médicale [...] 4° La téléassistance médicale [...] 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale [...]* »¹⁸¹. La téléexpertise est considérée comme un acte médical par le législateur. Discutons cette affirmation malgré tout.

Nous l'avons étudié précédemment, l'article R.4127-53 stipule que « *le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.* » Arrêtons-nous maintenant sur le destinataire de l'avis. L'article précise qu'un avis donné à un patient n'est pas considéré comme un acte médical. Qu'en est-il d'un avis donné à un autre professionnel de santé qui plus est par téléphone ou correspondance ?

¹⁸⁰ 2° de l'article R.6316-1 du CSP : « *La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient* »

¹⁸¹ Article R.6316-1 du CSP

Si nous suivons le décret relatif à la télémédecine, cet avis peut être considéré comme une activité de télémédecine et donc être un acte médical. L'avis donné au patient et celui donné au confrère peut être le même mais le premier ne sera pas considéré comme acte médical quand le second aura ce titre. Nous pouvons estimer que la réflexion et le travail intellectuel aboutissant à cet avis auront été les mêmes dans les deux cas sauf que dans l'un d'entre eux, le professionnel médical ayant fourni ce travail pourrait recevoir des honoraires et dans l'autre pas.

Par ailleurs, cette pratique de communication entre professionnels médicaux pour améliorer la prise en charge existe depuis bien longtemps et est très fréquemment employé par bon nombre de professionnels. En effet, il est très fréquent qu'un praticien en appelle un autre pour connaître le point de vue, l'avis, de celui-ci sur le cas d'un patient. Les professionnels médicaux sont d'ailleurs tenus de prendre conseil auprès « *de tiers compétents* »¹⁸², ou « *de concours appropriés* »¹⁸³ s'ils ne sont pas sûrs de leur diagnostic ou « *si leur conscience leur commande de faire appel à un confrère* »¹⁸⁴. La téléexpertise peut être interprétée comme une officialisation de l'existant permettant aux professionnels d'utiliser les nouveaux outils facilitant leurs échanges et assurant un respect des données personnelles des patients.

Pour être considérés comme une activité de télémédecine à part entière, les actes doivent être réalisés dans le cadre d'un contrat de télémédecine. Ce qui permet de cadrer les différentes actions menées en télémédecine et freiner les dérives qui pourraient être faciles, surtout en téléexpertise. En effet, si la téléexpertise est rémunérée, comme on peut l'attendre puisque le législateur la considère comme un acte médical, les praticiens demanderaient d'être payé à chaque coup de téléphone de

¹⁸² Article R.4127-32 CSP : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

¹⁸³ Article R.4127-33 CSP : « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

¹⁸⁴ Article R.4127-233 CSP : « Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :

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

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

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

confrère pour un avis. Ce qui est d'ailleurs tout à fait légitime si la fréquence des demandes d'avis est importante. En effet, si un praticien est sollicité fréquemment pour des avis par des confrères, il passe donc beaucoup de temps à répondre aux messages ou appels et fait appel à ses connaissances et son intellect pour donner un avis d'expert à ses confrères. Il serait bien avisé de mettre en place une activité de téléexpertise afin de cadrer et réguler son exercice particulier afin de pouvoir bénéficier d'une rémunération.

Autre point à aborder sur la reconnaissance de la téléexpertise comme un acte médical. Nous avons vu plus haut qu'un conseil administré à un confrère peut être considéré contrairement si l'avis est à destination d'un patient. Qu'en est-il des staffs de service ou tout rassemblement entre professionnels médicaux et professionnels de santé pour discuter de la prise en charge d'un patient ? Effectivement, si l'échange ne se déroule pas à distance mais bien en face à face, peut-on considérer qu'il s'agisse d'un acte médical en le rapprochant d'une expertise ? Il est vrai que dans un établissement de santé, l'acte est réalisé par le service ou l'établissement lui-même. Nous pouvons donc considérer que la réflexion qui a lieu lors de ces staffs puisse être comparée à la réflexion personnelle que peut avoir un professionnel médical seul dans son cabinet face à un patient. Et ce en considérant que l'établissement de santé est une personne morale au même titre que le praticien. Par contre, dans un cabinet de groupe, les professionnels sont, chacun d'entre eux une personne morale avec son activité propre. Peut-on estimer que la discussion qui peut s'installer entre deux praticiens exerçant la même spécialité sur la prise en charge d'un patient qui vient consulter dans un cabinet soit un acte médical ? La discussion serait en tout point la même que celle qui pourrait se dérouler à distance.

Cette définition de la téléexpertise comme acte reste ambiguë. Il ne fait aucun doute que le travail effectué par le professionnel requis doit être reconnu mais il entraîne une réflexion plus profonde sur les différents échanges entre professionnels dans le cadre de la prise en charge des patients.

§2 Une seule catégorie de professionnel.

La téléexpertise est le seul acte de télémédecine où tous les acteurs sont des professionnels médicaux. En effet, le patient n'est pas présent et il est bien stipulé dans le 2° de l'article R.6316-1 qui définit cet acte que c'est un professionnel médical qui demande avis à un ou plusieurs professionnels médicaux. Les places de requérant et de requis sont donc occupées par des professionnels médicaux.

§3 Des rôles bien définis.

La place et le rôle de chacun ne sont pas difficiles à clarifier. Le requérant est le débiteur de l'acte de télémédecine puisque c'est lui qui donne les informations relatives au patient et apporte le sujet de l'activité de la téléexpertise. Ensuite, le requis est le réalisateur puisque c'est lui qui apporte l'avis, le conseil sur le cas particulier d'un patient. Il faut donc valider le fait que donner un avis ou un conseil est un acte médical.

§4 Projet e-DENT : la réponse juridique adéquate à l'hyperspécialisation de la profession.

Dans notre exemple principal de télémédecine en odontologie, la téléexpertise serait très intéressante. En effet, depuis plusieurs années et encore plus depuis la réforme de l'internat en odontologie¹⁸⁵, la profession se spécialise ou plutôt se spécifie. Il est de plus en plus fréquent de trouver des praticiens ne pratiquant plus qu'une partie des différentes disciplines composant l'art dentaire. Le plus fréquent est le spécialiste en orthopédie dento-faciale (ODF) ou orthodontie mais nous pouvons aussi rencontrer des praticiens n'exerçant plus que la chirurgie orale, la parodontologie¹⁸⁶, l'endodontie¹⁸⁷, l'occlusodontie¹⁸⁸ ou encore la pédodontie¹⁸⁹. Tous ces spécialistes

¹⁸⁵ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Un internat, trois spécialités », *La lettre*, vol. / 97, mai 2011, p. 4□6.

¹⁸⁶ Spécialistes des tissus entourant la dent : la gencive et l'os alvéolaire

¹⁸⁷ Spécialiste des traitements des canaux des dents, aussi appelé traitement de dévitalisation.

ont des compétences et des connaissances particulières dans leur discipline respective et pourrait donc être les professionnels requis lorsque les omnipraticiens ont besoin de l'avis ou du conseil d'un expert. Il permettrait donc d'améliorer la prise en charge du patient sans que celui-ci n'ait à se déplacer.

¹⁸⁸ Spécialiste de l'occlusion. L'occlusion étant la façon dont s'emboîtent les dents les unes par rapport aux autres.

¹⁸⁹ Spécialiste de l'odontologie pédiatrique.

Section 3 La nécessaire télésurveillance médicale

§1 Le premier acte de télémedecine conventionné.

La télésurveillance médicale est un acte de télémedecine qui permet de suivre à distance l'évolution d'une pathologie par l'analyse de données transmises. Il est important de noter que le seul acte à ce jour à être inscrit à la CCAM est un acte de télésurveillance. Il s'agit de la télésurveillance à domicile d'un patient traité par dialyse péritonéale, pour un forfait hebdomadaire¹⁹⁰.

§2 Un requérant à définir.

La télésurveillance est proche de la téléconsultation pour la place des différents acteurs. Tout d'abord, le requis est un professionnel médical, comme pour tout acte de télémedecine. Ensuite, le requérant peut être un professionnel médical, un professionnel de santé ou le patient directement, comme lors des téléconsultations. En effet, en fonction des données à interpréter pour le suivi du patient, celles-ci peuvent être récupérées par un médecin, un professionnel de santé ou le patient. Il est aussi possible qu'elles soient récupérées et transmises de façon automatique. Dans ce cas-là, le requérant est-il le tiers technologique ? Pouvons-nous considérer qu'une technologie soit un requérant ?

Ce point est particulièrement intéressant puisqu'il entraîne une autre question : qui est le réel requérant de la télésurveillance ? N'est-ce pas le professionnel médical à distance aussi ? En effet, le professionnel à distance est celui qui met en place le dispositif pour suivre le patient et le système est automatisé. Ne pouvons-nous donc pas en conclure que le professionnel requérant et le professionnel requis sont la même personne ? Ce point est intéressant à débattre. Nous le développerons dans le paragraphe suivant.

¹⁹⁰ Isabelle Bongiovanni-Delarozière et HAS, « Efficience de la télémedecine : état des lieux de littérature internationale et cadre d'évaluation », Paris, 2012.

§3 La possible omnivalence du requis.

La réalisation de la surveillance médicale est assurée sans nul doute par le professionnel requis. En effet, c'est bien lui, avec ses connaissances et ses compétences, qui a pu veiller sur le patient à l'aide des données envoyées.

Au cours de cette télésurveillance, le professionnel requis peut demander des données qui nécessitent l'action d'un professionnel de santé requérant à côté du patient pour les recueillir et/ou les transmettre. Il est donc aussi prescripteur durant cet acte.

Le professionnel de santé ou le patient qui transmettent les données sont donc, par conséquent, débiteurs durant cet acte.

Revenons maintenant sur le cas où la transmission se fait de façon automatisée. Nous avons vu plus haut que nous pouvions nous demander si le professionnel médical à distance n'était pas à la fois requérant et requis et par conséquent, réalisateur, prescripteur et débiteur ?

Dans cette situation n'ignorons pas la notion de distance pourtant présente. Si c'est le même professionnel qui joue les trois rôles alors nous nous retrouvons dans la même situation qu'un acte classique. Il faut donc introduire le « tiers technologique » que nous avons présenté dans la partie précédente. En effet, c'est lui qui devient le débiteur. Dans les différents actes de télémédecine il est bien évidemment le « transmetteur » mais dans ce cas de figure bien précis il est aussi le débiteur.

Beaucoup d'informations peuvent être recueillies automatiquement par différents dispositifs médicaux. Certes ça peut « déshumaniser » l'acte médical mais ça assure aussi une diminution des intermédiaires donc généralement de plus grandes reproductibilité et authenticité des données relevées.

§4 Le projet e-DENT

Dans le cas de la télémédecine bucco-dentaire la télésurveillance sera sûrement l'acte de télémédecine le moins utilisé. Rares sont les données qui peuvent être recueillies permettant le suivi d'une pathologie ou la cicatrisation d'une plaie.

La plus grande utilité pourrait être dans le suivi des femmes enceintes. En effet, la grossesse entraîne très fréquemment des troubles parodontaux dus au dérèglement hormonal. Il pourrait donc être intéressant de réaliser une télésurveillance de l'état parodontal des femmes enceintes lorsqu'elles viennent consulter chez leur gynécologue ou auprès de leur sage-femme.

Il suffirait de former ces professionnels médicaux à l'usage de la caméra et à élaborer un protocole spécifique à cette pathologie parodontale qui est principalement présente sur les premières molaires mandibulaires. Le suivi serait réalisé grâce à la caméra SOPROCARE® qui permet de détecter les inflammations gingivales et ainsi le chirurgien-dentiste requis pourrait suivre l'évolution du parodonte de la patiente et, le cas échéant, prévenir au plus tôt les pathologies.

Cette activité éviterait des douleurs importantes aux patientes en prévenant très tôt la pathologie et favoriserait la conservation de ces premières molaires mandibulaires souvent très atteintes après une ou plusieurs grossesses.

Section 4 La relativité de la téléassistance médicale

§1 L'acte de toutes les interrogations.

La téléassistance médicale est définie au 4° de l'article R.6316-1 comme un acte « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé dans la réalisation d'un acte ;* ». Ce quatrième acte de télémédecine est très certainement le plus intéressant pour notre partie.

Les principaux acteurs d'un acte de télémédecine sont obligatoirement présents lors d'une téléassistance médicale. En effet, nous retrouvons le professionnel médical, qui est, nous l'avons vu, « *nécessairement* » présent en télémédecine. Le professionnel de santé est lui aussi présent. Et sa présence n'est pas optionnelle, contrairement aux autres actes de télémédecine dans lesquels il intervient (téléconsultation et télésurveillance médicale). Le patient est lui aussi présent. Il semble évident qu'il soit là mais en téléexpertise il est possible que l'échange entre les professionnels médicaux se réalise sans la présence du patient. Et enfin, l'incontournable tiers technologique est lui aussi présent.

Par ailleurs, le législateur prévoit que le professionnel de santé réalise un « *acte* » sans le définir. S'agit-il d'un acte médical, un acte de soins ? Le terme « acte » est très large et nous pouvons légitimement penser que ce choix de non spécification soit tout à fait volontaire. En effet, en restant généraliste il permet de ne pas limiter les différentes activités de téléassistance médicale qui vont se développer. Prenons le risque de discuter sur ce point. Cet acte peut-il être médical ? Il sera réalisé par un professionnel de santé. D'un point de vue purement juridique, il ne peut pas être médical puisqu'il entraînerait le professionnel de santé à exercer la médecine, l'art dentaire ou la profession de sage-femme illégalement. Nous reviendrons plus en détail sur ce point plus loin dans ce travail. S'il n'est pas médical il rentre donc dans la sphère du soin, genre d'acte réalisable par des professionnels de santé, propres à chaque profession. Dans ce cas-là, en quoi l'assistance à distance d'un professionnel médical est nécessaire ? Le professionnel de santé est formé et compétent pour réaliser ce genre d'acte puisqu'il rentre dans son champ de compétence. Il y a donc beaucoup à dire sur cet acte de téléassistance médicale. Nous allons tenter d'éclaircir au maximum cette activité.

§2 Des places clairement définies.

Comme pour tout acte de télémédecine, le professionnel requis est un professionnel médical. Le professionnel requérant quant à lui est un professionnel de santé. Il inclut donc les professionnels médicaux et les professionnels de santé. Il est envisageable qu'un professionnel médical ait besoin de l'assistance d'un confrère dans la réalisation d'un acte qu'il n'effectue que très rarement.

§3 Une question fondamentale en suspens : qui réalise l'acte ?

Ce point va être un peu plus compliqué à définir. En effet, comme nous l'avons présenté dans le premier paragraphe de cette section, le rôle de chaque acteur est assez ambigu.

Commençons par le professionnel requis. Nous l'avons vu, c'est obligatoirement un professionnel médical. Il va orienter, aider, indiquer le professionnel de santé tout au long de l'acte. Nous pouvons donc le définir comme débiteur. Il va aussi demander au professionnel requérant de réaliser certains gestes pour pouvoir comprendre le mieux possible la façon dont se déroule l'acte et comment le patient réagit. Il peut donc aussi avoir le rôle de prescripteur.

Ensuite, le professionnel requérant qui, nous l'avons vu, peut être un professionnel de santé ou un professionnel médical va réaliser l'acte comme le prévoit l'article R.6316-1. Il est donc le « réalisateur ». C'est d'ailleurs l'élément perturbateur. En effet, comment un professionnel de santé peut réaliser un acte médical ? Ou plutôt, comment le législateur a-t-il pu prévoir qu'un professionnel de santé puisse réaliser un acte médical ? Certes nous l'avons vu plus haut, il n'est pas précisé que l'acte réalisé est médical mais pour qu'il y ait un intérêt à la téléassistance médicale il est fort probable qu'il le soit. Nous touchons du doigt une des limites juridique de la télémédecine que nous verrons plus en détails plus loin qui est l'exercice illégal de la médecine par des professionnels de santé participant à ce type d'activité.

Il est intéressant malgré tout de discuter de l'article R.4127-53¹⁹¹ entrant dans le code de déontologie médical qui traite de la rémunération des actes réalisés. D'autant plus que celui-ci a été modifié le 9 mai 2012 notamment le deuxième alinéa, qui va particulièrement nous intéresser, avec l'ajout de « *même s'ils relèvent de la télémédecine* ». En effet, cet ajout peut être lourd de sens. L'utilisation de la locution conjonctive « *même si* » peut effectivement apporter un doute quant à la valeur de l'acte de télémédecine face à l'acte médical « classique »¹⁹². Dans notre cas de figure, lors d'une téléassistance médicale, le professionnel médical requis peut-il réclamer des honoraires ? Considère-t-on qu'il a « *réellement effectué* » l'acte ? D'autant plus que dans l'ancienne version de cet alinéa¹⁹³ il paraissait évident que le professionnel médical pouvait demander des honoraires car l'acte de télémédecine étant considéré comme médical seul un professionnel médical pouvait le réclamer puisqu'il a « *réellement effectué* » la téléassistance. On peut par contre remettre en cause la définition d'une assistance comme un acte médical.

¹⁹¹ Article R.4127-53 du CSP : « *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.*

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine.

Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades. »

¹⁹² Claire Debost[et al.], *op. cit.*

¹⁹³ « *Il ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués.* »

Chapitre III Droits des patients et obligations des professionnels.

Les différents actes de télémédecine présentés dans le chapitre précédent permettent d'envisager une amélioration en terme de qualité des soins et d'égalité d'accès aux soins. Par contre, cette pratique amène avec elle quelques particularités qui pourraient lui porter préjudice aux yeux de la loi (section 1) mais aussi aux yeux des patients et des acteurs d'actes de télémédecine (Section 2). Enfin, nous aborderons les limites juridiques auxquelles est confrontée la télémédecine (Section 3).

Section 1 Droits des patients de télémédecine.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner est la référence sur les droits de la personne. En effet, elle a replacé la personne, le patient, le malade, l'utilisateur au centre de la démocratie sanitaire. Elle proclame « *le droit fondamental à la protection de la santé, qui doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne.* »¹⁹⁴ La loi HPST a légèrement modifié certains articles de cette loi et ce, parfois même, pour le développement de la télémédecine. Nous aborderons les différents droits des patients en étudiant les particularités que leur apporte la télémédecine.

§1 Le maintien du respect de la vie privée.

La protection du secret de la vie privée remonte à la naissance de la médecine. En effet, Hippocrate dans son serment faisait déjà allusion à ce droit du « malade » : « *Admis dans le secret des maisons, des familles et des personnes, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés [...]* ». La législation actuelle a repris ces propos pour les appliquer à notre société.

« *Chacun a droit au respect de sa vie privée* » en vertu de l'article 9 du code civil. Même si la personne est malade, elle n'en reste pas moins une personne et ne peut donc pas être privée de ce droit. Le code de la santé publique a d'ailleurs repris ce principe fondamental pour l'appliquer au patient ou usager du système sanitaire en ajoutant un élément : le secret des informations concernant la personne.

Le premier alinéa de l'article L.1110-4 du CSP prévoit que « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* » Toutes les structures susceptibles d'accueillir une activité de télémédecine sont énumérées dans ce passage.

¹⁹⁴ Article L.1110-1 du CSP

Ensuite, les codes de déontologie des professions médicales font échos à cet article. L'article R.4127-4 du CSP prévoit que « *le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* ». En complément, l'article R.4127-206 du CSP prévoit « *que le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* » L'article suivant ajoute que « *les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.*»¹⁹⁵ Ce complément vient du fait que la profession d'assistante dentaire n'est pas reconnue par le code de la santé publique.

Les professionnels médicaux participant aux actes de télémédecine sont donc tenus au secret professionnel.

Par ailleurs, le deuxième alinéa de l'article L.1110-4 du CSP prévoit qu' « *excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.* » Les professionnels de santé participant aux actes de télémédecine ainsi que les personnels des services des systèmes d'information des organismes ou des établissements proposant l'activité de télémédecine mais aussi les employés des entreprises qui gèrent les transferts de données, sont donc soumis à ce même secret professionnel.

L'activité de télémédecine, de par sa définition, dépend de la transmission ou de l'échange de données médicales, comme le prévoit l'article R.6316-3 du CSP :

¹⁹⁵ Article R.4127-207 du CSP

« Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant [...] l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte. » Par ailleurs, le législateur prévoit à l'article R.6316-10 du CSP que les échanges d'informations soient « conformes aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L.1111-8 du CSP¹⁹⁶ ». Ces données informatiques doivent être traitées par des organismes conventionnés par la CNIL¹⁹⁷ tout en respectant « la vie privée et le secret des informations concernant la personne prise en charge »¹⁹⁸.

Le 3^{ème} alinéa de l'article L.1110-4 du CSP, fait mention que « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. » Nous pouvons transposer cette phrase à la télémédecine, où « un professionnel médical peut solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. »¹⁹⁹ L'unique différence entre ces deux passages, est le moyen de communication. En effet, l'article R.6316-1 du CSP introduit la notion de « distance » et est donc restrictif alors que le premier ne mentionnant rien, ne contraint rien.

Le législateur rajoute, au 2^{ème} alinéa de l'article R.6316-2 du CSP que « les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication. »

¹⁹⁶ 4^{ème} alinéa de l'article L.1111-8 du CSP : « La détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L. 1110-4 et aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24 (1). »

¹⁹⁷ Groupement mentionné à l'article L.1111-24

¹⁹⁸ Article L.1110-4 du CSP

¹⁹⁹ 2^o de l'article R.6316-1 du CSP relatif à la téléexpertise.

Par ailleurs, rappelons que le 5^{ème} alinéa de l'article L.1110-4 du CSP²⁰⁰ fait écho à l'article 226-13 du code pénal qui prévoit que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.* »

Ceci peut rassurer le patient qui pourrait craindre un éventuel piratage informatique pour récupérer ses données personnelles ou qui verrait l'augmentation du nombre de professionnels de santé comme une augmentation proportionnelle à celui-ci du risque de « fuite » de ses données.

Le patient de télémédecine n'a aucune crainte à avoir quant au non-respect du secret professionnel. En effet, nous venons de démontrer que le législateur a mis en place une véritable forteresse juridique autour du respect de la vie privée et de l'échange d'information par les TIC.

§2 Dédoublage de l'information et du consentement éclairé du patient de télémédecine.

Ces deux principes sont étroitement liés l'un à l'autre. Nous pouvons même dire que le droit du patient d'être informé est le corollaire du consentement libre et éclairé. L'article R.6316-2 du CSP²⁰¹ les a d'ailleurs cités ensemble et c'est pour toutes ces raisons que nous les étudierons dans ce même paragraphe. Comme pour tout acte médical, le patient doit consentir au soin proposé après avoir été informé (I). Une fois ce consentement obtenu, il est nécessaire en télémédecine de recueillir le consentement du patient pour le déroulement de cet acte en utilisant les TIC (II).

²⁰⁰ 5^{ème} alinéa de l'article L.1110-4 du CSP : « *le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations [...] est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* »

²⁰¹ Article R.6316-2 du CSP : « *Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4. Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.* »

A. Information et consentement à la réalisation d'un acte médical.

Le consentement « *libre et éclairé* » est présenté dans les articles L.1111-2 et L.1111-4 du CSP comme le précise le premier alinéa de l'article R.6316-2 du CSP. En effet, l'article L.1111-2 du CSP prévoit, notamment, que « ***toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.*** »

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. [...] ».

De plus, l'article L.1111-4 du CSP dispose que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* » dans son premier alinéa et qu' « *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.* » dans son troisième. Il faut rapprocher de ces deux articles du code de la santé publique, les articles R.4127-35²⁰², R.4127-36²⁰³ et R.4127-233 du CSP²⁰⁴.

L'étude de ces différents articles soulève plusieurs interrogations liées à la télémédecine : quel professionnel de santé doit informer le patient de son état de santé ? Peut-on considérer un acte de télémédecine comme un entretien individuel ? Avec quel professionnel de santé, le patient va-t-il prendre les décisions concernant sa santé ? Quel professionnel de santé va être responsable du recueil du consentement du patient ?

²⁰² Article R.4127-35 du CSP : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. [...]* »

²⁰³ Article R.4127-36 du CSP : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* »

²⁰⁴ Article R.4127-233 du CSP : « *Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige : 1° A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit, lorsque sa conscience le lui commande, en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin. [...]* »

Le deuxième alinéa de l'article L.1111-2 du CSP²⁰⁵ nous apprend que l'information délivrée par un professionnel de santé doit être de son domaine de compétence et respecter les règles professionnelles qui lui sont applicables. L'information sera donc délivrée par le professionnel médical qui a un champ de compétences plus important.

Si l'on définit un entretien individuel comme la rencontre entre un professionnel de santé et un patient, comme peut nous le laisser penser le deuxième alinéa de l'article L.1111-2 du CSP, déjà cité, en ne mentionnant que « *tout professionnel de santé* » et non pas une éventuelle « équipe de soins », alors la télémédecine ne peut pas être considérée comme individuelle car « *elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé* »²⁰⁶. Mais nous pouvons interpréter cette disposition de départ différemment. Le côté individuel de l'entretien ne peut se porter que sur le patient et non pas sur les professionnels de santé.

Nous sommes en droit de penser, qu'au même titre que pour la délivrance des informations au patient, la prise de décision concernant la santé du patient et le recueil du consentement de ce dernier se font avec le professionnel médical. Il ne reste plus qu'à déterminer les différentes responsabilités des acteurs, de l'activité de télémédecine, en cas de manquement à ce principe fondamental qu'est le consentement libre et éclairé. Par ailleurs, le consentement du patient sur l'hébergement de ces données médicales peut être recueilli par voie électronique²⁰⁷ mais peut-on étendre cette possibilité au consentement de la réalisation de l'acte et par prolongement à l'information précédent l'acte ?

B. Information et consentement spécifique à la possibilité de télémédecine.

Nous l'avons vu, l'article R.6316-2 du CSP dispose que le patient de télémédecine soit « *dûment informé* » que des informations le concernant vont être échangées entre les professionnels de santé participant à l'acte de télémédecine. Disposition qui est en

²⁰⁵ Op-cit.

²⁰⁶ Extrait de l'article L.6316-1 du CSP

²⁰⁷ Article R.6316-10 du CSP

accord avec le premier alinéa de l'article L.1111-8 du CSP qui prévoit que « *les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.* » Consentement exprès qui peut d'ailleurs être recueilli par voie électronique comme le prévoit l'article R.6316-10 du CSP²⁰⁸. Ce dernier, dans son premier alinéa, cite le quatrième alinéa de l'article L.1111-8 du CSP²⁰⁹ relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel. Alinéa que nous avons déjà étudié et qui dispose que les données de santé détenues et traitées sur des supports informatiques le soient sur des systèmes d'information validés par la CNIL et respectant la vie privée et le secret des informations concernant la personne prise en charge comme le prévoit l'article L.1110-4 du CSP.

L'article 1111-7 du CSP prévoit que « *toute personne ait accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé [...] Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication [...]* ». Les échanges entre professionnels de santé lors de l'activité de télémedecine pourraient être demandés. C'est pour cela que le législateur a prévu à l'article R.6316-4 que « *soient inscrits dans le dossier tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémedecine et dans la fiche*

²⁰⁸ Article R.6316-10 du CSP : « *Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémedecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.*

Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L. 1111-8, peut être exprimé par voie électronique. »

²⁰⁹ 4^{ème} alinéa de l'article L.1111-8 du CSP : « *La détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L. 1110-4 et aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24 (1).* »

d'observation mentionnée à l'article R.4127-45²¹⁰ : 1° le compte rendu de la réalisation de l'acte ; 2° les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans la cadre de l'acte de télémedecine ; 3° l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; 4° la date et l'heure de l'acte ; 5° le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte. » Ainsi, le fait d'être suivi par télémedecine n'empêche pas le patient de pouvoir consulter l'ensemble des informations le concernant. On peut même imaginer que l'activité de télémedecine augmente la qualité du contenu du dossier médical du patient. En effet, un compte rendu n'est pas prévu lors des échanges que peuvent avoir les membres d'une équipe soignante dans un établissement de santé, notamment dans les « staffs » précédant la visite.

Dans la continuité de l'activité de télémedecine, la consultation de ces informations peut être envisageable par les TIC. Or, le troisième alinéa de l'article L.1111-7 avance que « *la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.* » Peut-on imaginer un tel accompagnement des patients par télémedecine ?

§3 La télémedecine : un outil au service de la démocratie sanitaire.

En France, Démocratie s'accorde avec « Liberté, Egalité, Fraternité ». Cette devise guide notre politique, notre culture et même notre système sanitaire. Nous verrons dans ce paragraphe que la législation autour des droits des patients fait écho à cette devise en prônant une liberté dans le choix du praticien (II) et surtout une égalité dans l'accès aux soins et leur qualité (I).

²¹⁰ Article R.4127-45 du CSP : « *Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.*

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant. »

A. L'uniformisation de l'égalité des soins.

L'activité de télémédecine par ses différentes applications²¹¹ tente de diminuer les inégalités d'accès aux soins sur le territoire français, de lutter contre les déserts médicaux mais aussi d'égaliser la qualité des soins dispensés sur tout le territoire. Ces objectifs sont sûrement inatteignables mais toute activité qui réduira ces écarts doit être développée, d'autant que la protection de la santé qui en découle est un droit fondamental.

L'article L.1110-1 du CSP dispose que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* » La télémédecine a un rôle à jouer dans la protection de la santé. En effet, elle est un moyen supplémentaire pour développer la prévention, notamment par des téléconsultations de prévention dans les lieux enclavés géographiquement (territoires d'outre-mer, région pauvre en professionnels médicaux, ...) ou institutionnellement (centres de détention, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, ...).

La prévention bucco-dentaire se prête tout à fait à ce genre d'exercice. L'Union Française de Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), reconnu centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), participe pleinement à cette action avec 2 500 000 enfants éduqués ou dépistés²¹². La téléconsultation pourrait remplacer les DVD pédagogiques qu'ils distribuent lorsqu'ils ne peuvent pas se déplacer. En effet, ces téléconsultations sont beaucoup plus pédagogiques, toujours effectuées par des formateurs qualifiés et surtout interactives et adaptées au public visé.

²¹¹ Article R.6316-1 du CSP.

²¹² Source : www.ufsbd.fr le 29 mai 2011

La télémédecine est un moyen supplémentaire pour « *garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé.* »²¹³ En effet, avec l'emploi des TIC toute personne pourrait prétendre à recevoir des soins délivrés par des personnes qualifiées même si elle se trouve à distance du lieu de prise en charge. La téléassistance médicale « *permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.* » Cette application donne l'opportunité à un patient de recevoir un soin approprié à son état de santé comme le prévoit le premier alinéa de l'article L.1110-5 du CSP²¹⁴.

La « *continuité des soins* » peut être assurée par la téléassistance médicale et la télésurveillance médicale. Ces deux actes de télémédecine permettent respectivement « *d'assister un autre professionnel de santé dans la réalisation d'un acte* »²¹⁵ et « *d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient* »²¹⁶ et participer ainsi à « *la meilleure sécurité sanitaire possible* »²¹⁷.

Nous venons de le voir, la télémédecine peut amener les soins aux patients via les TIC, cette activité va également faire en sorte que les soins dispensés soient les plus appropriés.

Le premier alinéa de l'article L.1110-5 du CSP dispose que « *toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.* » La télémédecine va faciliter ces dispositions. En effet, la téléconsultation ou la téléassistance médicale vont permettre au patient de bénéficier de soins réalisés par

²¹³ Extrait de l'article L.1110-1 du CSP

²¹⁴ 1^{er} alinéa de l'article L.1110-5 du CSP : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. [...]* »

²¹⁵ Extrait du 4^{ème} alinéa de l'article R.6316-1 du CSP

²¹⁶ Extrait du 3^{ème} alinéa de l'article R.6316-1 du CSP

²¹⁷ Extrait de l'article L.1110-1 du CSP

des professionnels de santé spécialisés dans la discipline attendue. Les pouvoirs publics souhaitent d'ailleurs que la télémédecine permette une meilleure prise en charge des accidents vasculo-cérébraux.

La télémédecine va amener un nouveau problème. En effet, maintenant que des professionnels médicaux peuvent être sollicités à distance, une nouvelle sorte de discrimination peut voir le jour : une discrimination à raison du mode de consultation.

L'article L.1110-3 prévoit qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal²¹⁸ ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L.861-1²¹⁹ et L.861-3²²⁰ du

²¹⁸ Article 225-1 du code pénal : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs moeurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

Constitue également une discrimination toute distinction opérée entre les personnes morales à raison de l'origine, du sexe, de la situation de famille, de l'apparence physique, du patronyme, de l'état de santé, du handicap, des caractéristiques génétiques, des moeurs, de l'orientation sexuelle, de l'âge, des opinions politiques, des activités syndicales, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée des membres ou de certains membres de ces personnes morales. »

²¹⁹ Article L.861-1 du CSS : « Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa. »

²²⁰ Article L.861-3 du CSS : « Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale

code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L.251-1²²¹ du code de l'action sociale et des familles. » La liste des discriminations définies par l'article 225-1 du code pénal ne comprend pas la discrimination à raison du mode de consultation énoncée plus haut. On peut imaginer qu'un professionnel de santé refuse de prendre en charge un patient parce que celui-ci participe à l'activité de télémédecine, ou inversement.

prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

Les personnes dont le droit aux prestations définies aux six premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.

Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure. »

²²¹ Article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles : « *Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat, sous réserve, s'il est majeur, de s'être acquitté, à son propre titre et au titre des personnes majeures à sa charge telles que définies ci-dessus, du droit annuel mentionné à l'article 968 E du code général des impôts.*

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret. »

B. Diversification des choix et liberté sanitaire.

« *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.* » comme le prévoit l'article L.1110-8 du CSP. Ce principe est retrouvé dans les différents codes de déontologie des professions médicales, notamment à l'article R.4127-6 du CSP²²² pour la profession de médecin et à l'article R.4127-210 du CSP²²³ pour la profession de chirurgien-dentiste. La télémédecine va permettre aux patients d'augmenter leur panel de praticiens. En effet, les actes de télémédecine se réalisant à distance, l'offre sanitaire proposée à chaque patient augmente. Nous l'avons déjà abordé dans un chapitre précédent, le patient peut demander à ce qu'il soit pris en charge par un professionnel médical particulier. Cette prise en charge peut maintenant se réaliser par l'intermédiaire des TIC et grâce au cadre juridique mis en place par le décret relatif à la télémédecine.

De plus, le deuxième alinéa de l'article L.1110-8²²⁴ du CSP ne mentionne pas le moyen de prise en charge dans les éventuelles limitations que les différents régimes de protection sociale peuvent introduire. Le mode de financement et de cotation des actes de télémédecine, une fois établi, peut éventuellement entraver cette liberté de choix.

Par ailleurs, il sera intéressant de réfléchir au détournement de clientèle que pourrait entraîner une activité de télémédecine. Celle-ci est clairement interdite comme le prévoit les articles R.4127-57 et -262 du code de la santé publique, respectivement pour les médecins et les chirurgiens-dentistes.

²²² Article R.4127-6 du CSP : « *Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit faciliter l'exercice de ce droit.* »

²²³ Article R.4127-210 du CSP : « *Les principes ci-après énoncés, traditionnels dans la pratique de l'art dentaire, s'imposent à tout chirurgien-dentiste, sauf dans les cas où leur observation serait incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale. Ces principes sont : libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ; [...]* »

²²⁴ 2^{ème} alinéa de l'article L.1110-8 du CSP : « *Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.* »

Section 2 Obligations du professionnel de santé participant à un acte de télémédecine.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, chaque droit pour les patients constitue une obligation pour les praticiens. Dans cette section nous allons reprendre certains droits des patients et les étudier du côté des professionnels de santé mais aussi aborder les obligations que tout professionnelles de santé et/ou médicales doit satisfaire.

§1 Obligation de continuité des soins.

Les professionnels médicaux sont tenus d'assurer une continuité des soins²²⁵. Celle-ci peut être interprétée de deux façons. Tout d'abord le professionnel médical se doit de prendre en charge les malades qui se présentent à lui. Ensuite, il doit pouvoir assurer le suivi des patients. Soit lui-même soit par un confrère auquel cas il est tenu de transmettre les informations nécessaires pour ce suivi. La télémédecine doit donc pouvoir permettre cette continuité.

Cette continuité de soins présente deux dimensions : l'une temporelle et l'autre territoriale. Dans le premier cas, les professionnels médicaux suivent les malades toute la durée de la pathologie ou du traitement pour s'assurer de la guérison ou de l'évolution. Il s'agit ici d'une continuité temporelle des soins.

Dans le second cas, l'activité de télémédecine permet la continuité territoriale ne pouvant être assurée par le même praticien. Si la distance kilométrique entre les patients et leur praticien est trop importante, le suivi des patients peut être effectué

²²⁵ Article R.4127-47 du CSP pour le médecin : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée [...]* » et R.4127-232 pour les chirurgiens-dentistes : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :*

1° De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;

2° De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.

Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211. »

par un confrère. Dans ce cas, un suivi des informations médicales propres au patient, entre praticiens, doit également être observé.

Il semble que la télésanté en général contribue à faciliter cette double continuité des soins. En effet, la télésurveillance n'est rien d'autre qu'un suivi d'un patient à distance. Ce qui permettra au praticien de suivre le patient même si celui-ci s'éloigne et répondre ainsi à la continuité territoriale par un autre outil. En effet, par des dispositifs médicaux et un système de télémedecine, un professionnel médical peut suivre un patient durant ses déplacements. Par ailleurs, les données personnelles des patients stockées lors d'une activité de télémedecine peuvent être aisément transférées au professionnel médical, qui continue les soins du patient dès lors que le patient accepte de donner l'accès à ses informations. Grâce à ces deux paramètres, la continuité territoriale peut être assurée. De même, la continuité temporelle est aussi facilitée par le développement de la télémedecine puisque le suivi à distance est rendu possible par ce type d'activité. Le patient n'est donc plus nécessairement obligé de venir au cabinet du médecin durant le temps de son traitement.

Nous prendrons comme exemple de cette continuité, le projet CICAT-LR qui permet le suivi des plaies chroniques dans le Languedoc-Roussillon. Les patients souffrant de ce type d'escarres sont traités à leur domicile par un infirmier qui est en visioconférence avec un médecin dermatologue spécialiste du CHRU de Montpellier. Ce dernier peut donc suivre le patient le temps de la cicatrisation de la plaies sans qu'aucun des deux n'ait besoin de se déplacer.

§2 Conditions générales d'exercice.

Nous l'avons vu dans le titre précédent, ne peuvent participer à l'activité de télémedecine que les professionnels de santé répondant favorablement aux conditions générales d'exercice de leur profession aux yeux de la loi et étant inscrit comme tel dans les différents contrats ou programme passés avec l'ARS pour la mise en place d'une activité de télémedecine.

§3 L'obligation d'assurance.

L'article L.1142-2 du CSP prévoit que « *les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1²²⁶, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion du 5°, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9, et des 11°, 14° et 15°, utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité.*

Une dérogation à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa peut être accordée par arrêté du ministre chargé de la santé aux établissements publics de santé disposant des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance.

Les contrats d'assurance souscrits en application du premier alinéa peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées

²²⁶ Article L.1142-1 du SCP : « I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret. »

par décret en Conseil d'Etat.

L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical.

Le crédit-bailleur de produits de santé ou le loueur assimilable au crédit-bailleur ne sont pas tenus à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa.

En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires. ».

Tous les professionnels de santé ou les organismes pouvant organiser et participer à une activité de télémédecine sont concernés par cette obligation.

Le législateur ne prévoit pas d'assurance particulière pour les professionnels participant à une activité de télémédecine à moins que les appareils permettant l'activité de télémédecine soient considérés comme des « *produits de santé* »²²⁷.

Le professionnel de santé serait pourtant inspiré de faire rajouter un avenant à son contrat d'assurance. En effet, la télémédecine encadrée juridiquement n'ayant pas encore assez d'années de recul, nous ne savons pas encore comment serait interprétée une coupure du réseau de communication lors d'une téléconsultation ou d'une téléassistance médicale.

§4 Obligation de vérification de la formation et de la compétence technique des personnels de santé participant à l'activité de télémédecine.

L'article R.6316-9 du CSP prévoit que « *les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.* »

Nous avons vu plus haut qu'il existe un diplôme pour valider les compétences en informatique et internet des étudiants d'université, nommé le C2i. La maquette pédagogique de ce certificat pourrait être reprise pour qu'elle corresponde aux

²²⁷ Extrait de l'article L.1142-1 du CSP

nécessités de l'utilisation des TIC en santé. Un fois ce certificat remanié, la participation à l'activité de télémédecine serait contrainte à l'obtention de celui-ci. Les organismes actuellement accrédités au développement professionnel continu, défini aux articles R.4133-1, R.4143-1 et 4153-1 du CSP, pourraient former les professionnels de santé souhaitant participer à l'activité de télémédecine.

Cette organisation a le mérite de simplifier la vérification de la formation et des compétences techniques par les professionnels de santé prévue par l'article R.6316-9 du CSP.

De plus, cette organisation serait très similaire à celle mise en place autour de la « radio-compétence » des chirurgiens-dentistes et des personnes réalisant des actes de radiographie sur les patients dont nous avons parlé précédemment. Ils doivent suivre les enseignements et satisfaire aux contrôles des connaissances de la « formation à la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants »²²⁸.

Par ailleurs, le deuxième alinéa de l'article R.6316-3 prévoit que « *chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant [...] lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.* » Nous pouvons aussi imaginer que la formation et la préparation du patient incombent au professionnel de santé. Formation qui risque d'être plus difficile à mettre en place par le nombre grandissant de patients à former. Pourtant, le C2i étant prévu pour être passé par tous les étudiants de première année de l'enseignement supérieur, nous pouvons imaginer que l'obtention du C2i niveau 1 suffise pour l'utilisation sommaire dont a besoin le patient de télémédecine. Par ailleurs, pour les patients n'ayant pas de formation en informatique, le professionnel médical en charge de l'activité de télémédecine devra s'assurer de ses compétences avant le début de l'acte.

§5 Obligation de conformité aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.

²²⁸ Arrêté du 18 mai 2004 relatif aux programmes de formation portant sur la radioprotection des patients exposés aux rayonnements ionisants.

Le premier alinéa de l'article R.6316-10 du CSP prévoit que « *les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L.1111-8 du code de la santé publique relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.* »

Pour s'assurer que cette disposition est respectée, le professionnel de santé doit utiliser des réseaux et des plateformes numériques validés par la CNIL afin que les données personnelles du patient soient protégées et ainsi respecter le secret des informations le concernant comme mentionné à l'article L.1110-4.

§6 Obligation de recueillir le consentement éclairé du patient.

Nous venons d'aborder cette notion fondamentale dans la section 2 du titre I de cette même partie. L'article R.6316-2 du CSP dans son deuxième alinéa prévoit que « *les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne [...]* ». Même si le consentement du patient est obligatoire pour toute réalisation d'acte, le consentement pour l'échange d'information concernant le patient par les TIC, est spécifique à la télémédecine. Le professionnel de santé participant à l'activité de télémédecine se doit donc de recueillir ce consentement particulier auprès du patient.

Un point important concernant l'obtention du consentement du patient en télémédecine est que celui-ci peut être exprimé par voie électronique comme le prévoit le deuxième alinéa de l'article R.6316-10 du CSP²²⁹. Cette disposition est fondamentale car le professionnel de santé doit pouvoir présenter cette expression en cas de litige comme le prévoit le 7^{ème} alinéa de l'article L.1111-2 du CSP²³⁰

²²⁹ 2^{ème} alinéa de l'article R.6316-10 du CSP : « *Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L.1111-8, peut être exprimé par voie électronique.* »

²³⁰ 7^{ème} alinéa de l'article L.1111-2 du CSP : « *En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apporté par tout moyen.* »

§7 La tenue du dossier du patient et de la fiche d'observation.

L'article R.6316-4 du CSP prévoit que « *soient inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R.4127-45²³¹ : 1° le compte rendu de la réalisation de l'acte ; 2° les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ; 3° l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; 4° la date et l'heure de l'acte ; 5° le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.* »

Le « *dossier du patient* » peut être le dossier médical personnel défini à l'article L.1111-14 du CSP²³² ou « le dossier médical du patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé » dont la composition est définie à l'article R.1112-2 du CSP.

Les professionnels de santé participant à un acte de télémédecine ont l'obligation de remplir ces dossiers permettant ainsi au patient de pouvoir être informé.

²³¹ Article R.4127-45 du CSP : « *Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.*

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant. »

²³² Article L.1111-14 du CSP : « *Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.*

Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 [...]. »

Section 3 Les limites juridiques de la télémédecine.

L'organisation juridique de la télémédecine est nouvellement créée. Comme toute nouvelle activité, quelques réglages sont à prévoir au fur et à mesure de son utilisation. D'ailleurs, beaucoup d'articles mettent en avant les différents écueils juridiques. Nous allons les étudier les uns derrière les autres. Nous commencerons par la fine frontière entre l'activité de télémédecine et l'exercice illégal de la médecine (§1) puis nous verrons les problèmes liés à l'ajout d'un tiers dans le colloque singulier (§2), ensuite nous aborderons un point très important sur la rémunération et la cotation des actes de télémédecine (§3) puis nous terminerons avec un point plus subtil mais qui je pense pourrait être une barrière importante à l'acceptation de la télémédecine par les différentes professions médicales : le détournement de patientèle (§4).

§1 La délicate frontière entre télémédecine et exercice illégal de la médecine.

A. La pratique générale de la télémédecine.

L'activité de télémédecine peut poser le problème d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou la profession de sage-femme décrit aux articles L.4161-1 à 3 du CSP²³³. En effet, « *elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs*

²³³ Article L.4161-1 du CSP : « *Exerce illégalement la médecine :*

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4131-4-1 ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II

*professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. »*²³⁴

Par ailleurs, l'article R.6316-1 du CSP définissant les actes de télémedecine, prévoit que des professionnels de santé requérants puissent assister un professionnel médical

du titre 1er du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ;

5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret. »

Article L.4161-2 du CSP : « *Exerce illégalement l'art dentaire :*

1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés, quels qu'ils soient, notamment prothétiques ;

-sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4141-3 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste, alors qu'elle n'est pas régulièrement dispensée de la possession de l'un de ces diplômes, certificats ou titres par application du présent livre

-ou sans remplir les autres conditions fixées à l'article L. 4111-1, compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celles-ci, notamment par les articles L. 4111-7 et L. 4141-3-1, ainsi que par l'article 8 de la loi n° 71-1026 du 24 décembre 1971 modifiant le code de la santé publique ;

2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées au 1°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

3° Tout médecin, tout chirurgien-dentiste qui exerce l'art dentaire tel qu'il est défini à l'article L. 4141-1 pendant la durée d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application de l'article L. 4124-6

4° Tout médecin ou tout praticien de l'art dentaire mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues à cet article.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en art dentaire mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4141-4. »

Article L.4161-3 du CSP : « *Exerce illégalement la profession de sage-femme :*

1° Toute personne qui pratique habituellement les actes mentionnés à l'article L. 4151-1 sans remplir les conditions exigées par le présent livre pour l'exercice de la profession de médecin ou de sage-femme, notamment par les articles L. 4111-1, L. 4111-3, L. 4111-7 et L. 4151-5 ;

2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées au 1°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

3° Tout médecin ou sage-femme qui pratique les actes susmentionnés pendant la durée d'une peine d'interdiction temporaire prononcée en application de l'article L. 4124-6 ;

4° Tout médecin ou sage-femme mentionné à l'article L. 4112-7, qui exécute les actes énumérés sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article »

²³⁴ Article L.6316-1 1^{er} al. du CSP

requis lors d'une téléconsultation²³⁵ ou encore être assistés par un professionnel médical requis lors d'une téléassistance médicale²³⁶.

Ces deux articles peuvent nous laisser penser que des actes médicaux pourront être réalisés par des professionnels de santé. « *Les actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux* », sont définis et listés dans l'arrêté du 6 janvier 1962. Cet arrêté, plusieurs fois modifié depuis sa création, prévoit aussi que certains actes exécutables par des auxiliaires médicaux ne puissent l'être « *que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment* ». La définition même de la télémédecine empêche la réalisation de ses différents actes par des professionnels de santé non médicaux ou même non médecins en fonction de l'acte à réaliser. « *Il appartient donc aux sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, de connaître avec précision les actes qu'ils peuvent accomplir* »²³⁷ dans la pratique courante et cette précaution devra s'intensifier lors de l'activité de télémédecine.

Point important à mettre en avant, l'article R.4311-2²³⁸ du CSP en plus de stipuler que les soins infirmiers « *sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques* », il présente leur objet et notamment le 2^{ème} alinéa : « *de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres*

²³⁵ Article R.6316-1 1° du CSP

²³⁶ Article R.6316-1 4° du CSP

²³⁷ 396 VIALLA F., Les grandes décisions du droit médical. Paris : LGDJ, LEXTENSO, 2009 : 664p

²³⁸ Article R.4311-2 du CSP : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :*

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ». Cet article présente donc l'infirmière comme la professionnelle de santé requérante de choix aux yeux du code de la santé publique.

B. La pratique spécifique de la télémédecine bucco-dentaire.

En odontologie, nous l'avons vu, il n'existe pas de professionnels de santé spécifiques. En effet, seul la profession de chirurgien-dentiste est reconnue et ni les prothésistes dentaires ni les assistantes dentaires ne sont estimés comme appartenant à une profession de santé pour le code de la santé publique.

Pour l'activité de télémédecine bucco-dentaire, la question du professionnel requérant va se poser. Qui va permettre la visibilité de la cavité buccale au praticien requis ?

Comme pour la pratique générale de la télémédecine, les infirmiers semblent être la profession de choix. En effet, comme le stipule l'article R.4311-5, « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : [notamment] 28° soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ; [...]* » Cet article est appuyé par l'article R.4311-7 qui rappelle que « *l'infirmier ou infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi et signé par un médecin : [notamment] 25° soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;* ». Ces deux articles montrent la capacité d'une infirmière à réaliser quelques soins en bouche, principalement un brossage des dents et des muqueuses.

§2 Restriction de la liberté du praticien et détournement de clientèle.

Nous l'avons vu précédemment, une activité de télémédecine est cadrée par un contrat. Celui-ci permet d'organiser les relations entre les différents acteurs. Par conséquent, un professionnel médical peut participer à une activité de télémédecine seulement s'il a signé ce contrat. Ainsi, un patient qui bénéficie d'un acte par télémédecine ne peut être vu que par les professionnels médicaux étant référencés. Peut-on interpréter cette pratique comme une entrave à la liberté de choix du praticien pour le patient (A.) ou encore à un détournement de clientèle pour les autres professionnels ne participant pas à l'activité de télémédecine (B.) ?

A. La télémédecine perceptible comme une atteinte à la liberté de choix de son praticien ?

Un des principes fondamentaux de notre démocratie sanitaire est « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé* »²³⁹. Principe que nous avons présenté plus tôt dans notre travail, comme augmentant avec le développement de la télémédecine. Il peut aussi être interprété comme subissant une atteinte due à l'obligation contractuelle qui lie les participants à ce type d'activité. En effet, si le patient choisit un praticien hors de l'activité de télémédecine, il peut se sentir lésé. De plus, personne ne peut imposer à un professionnel médical de prendre part à une activité de télémédecine puisque celui-ci doit pouvoir jouir d'une liberté d'exercice.

Il semble donc que la télémédecine peut avoir une incidence sur les droits des patients et notamment les diminuer. C'est du moins ce que nous pouvons conclure en nous arrêtant à la théorie sans réfléchir à la pratique. Rappelons le but premier de la télémédecine pour le législateur : lutter contre « *l'insularité et l'enclavement géographique* » tout en « *tenant compte des déficiences de l'offre de soins* » comme définit à l'article L.6316-1. En effet, l'ARS en tant que garant des projets de télémédecine, ne peut pas initier une activité à distance s'il n'y a pas de besoin. La télémédecine n'a pas vocation à créer une « *concurrence* » entre les confrères mais

²³⁹ Article L.1110-8 C. santé publ.

bien au contraire de répondre à un besoin médical que la pratique actuelle ne peut solutionner. Une activité de télémédecine n'a pas pour objectif de remplacer une prise en charge déjà existante de qualité équivalente mais bien au contraire de compenser les absences de professionnels médicaux dans différents types de structures ou dans certains secteurs géographiques.

Par ailleurs, les obligations de recueil du consentement du patient et de son information par le professionnel de santé, avant de participer à un acte de télémédecine, permettent d'assurer que le choix du patient est respecté. En effet, si ce dernier souhaite être suivi par un professionnel médical ne participant pas à l'activité de télémédecine, il peut donc refuser de bénéficier de l'acte à distance.

De plus, le praticien doit respecter le « *libre choix du chirurgien-dentiste par le patient* » comme en dispose l'article R.4127-210²⁴⁰.

Cette accusation de perte de la liberté de choix du praticien est un « faux procès » qui ne peut être retenu dans l'organisation prévue pour la mise en place de la télémédecine en France.

B. La télémédecine facilite-t-elle le détournement de clientèle ?

Autre crainte qui pourrait être avancée par les pessimistes de la télémédecine, l'utilisation de la télémédecine comme moyen de détournement de clientèle. En effet, les représentants de la profession pourraient craindre que le développement de la télémédecine puisse entraîner une inégalité entre les professionnels médicaux qui y participent et ceux qui n'y participent pas.

²⁴⁰ Article R.4127-210 : « *Les principes ci-après énoncés, traditionnels dans la pratique de l'art dentaire, s'imposent à tout chirurgien-dentiste, sauf dans les cas où leur observation serait incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.*

Ces principes sont :

Libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;

Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;

Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;

Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste. [...] »

« *Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit* » comme en dispose les articles R.4127-57 -262 pour les médecins et les chirurgiens-dentistes. Un chirurgien-dentiste peut être poursuivi pour, « *après avoir pris en location le local professionnel et le matériel d'un confrère et engage avec lui des pourparlers pour l'achat de son cabinet à l'expiration du bail, à renoncé à ce projet pour ouvrir à proximité, un cabinet en son nom personnel, dès lors qu'elle relève que s'étant peu à peu identifié auprès de la clientèle avec le cabinet qu'il occupait et qui était devenu pratiquement le sien il avait invité la clientèle à la suivre et avait ainsi sensiblement réduit la valeur dudit cabinet* »²⁴¹. Ainsi, certains pensent qu'un professionnel participant à une activité de télémedecine peut détourner la clientèle d'un de ces confrères.

Prenons l'exemple de l'expérimentation de télémedecine bucco-dentaire du Languedoc-Roussillon. Pour un établissement donné, un praticien peut être proposé au patient bénéficiant de l'acte de téléconsultation. Ce praticien pourrait être le chirurgien-dentiste référant de l'établissement pour l'expérimentation de télémedecine. Dans ce cas là, comment réagiraient les confrères installés à proximité de l'établissement ? Ne pourraient-ils pas reprocher à l'activité de télémedecine ou au praticien en particulier de détourner leur clientèle ? Aux yeux de la loi, cet argument semble recevable. Mais qu'en est-il de la pratique ?

Pour différentes raisons, les chirurgiens-dentistes ne se déplacent que très rarement dans les établissements médico-sociaux. Les résidents de ces établissements n'ont donc pas de praticien référant. Par conséquent, aucun praticien ne peut estimer que ces résidents sont « ses patients ». Ainsi, il semble difficile d'avancer que l'expérimentation de télémedecine bucco-dentaire détourne la clientèle des cabinets. De plus, en réalisant les diagnostics de façon systématique, cette activité de téléconsultation permet au contraire d'augmenter la fréquentation des cabinets dentaires à proximité en informant les résidents des établissements médico-sociaux du besoin de consulter un praticien.

²⁴¹ Cour de cassation – 1^{ère} chambre civile – 6 juillet 1971 – n°70-10.609

Par ailleurs, le code de déontologie des chirurgiens-dentistes semble prendre le parti de la télémédecine. En effet, l'article R.4127-202 dispose que « *le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé.* » L'ARS peut être qualifiée d' « *autorité compétente* » et est la responsable des activités de télémédecine. Ces dernières ne peuvent exister que dans les situations de réel besoin médical. Elles ont donc une mission de santé publique. Par conséquent, ne pourrait-il pas être reproché à un chirurgien-dentiste de ne pas participer à une activité de télémédecine ?

Partie II. Evolution des finalités de l'acte médical.

L'acte médical est défini par son réalisateur mais aussi par sa finalité, son objectif. Comme la présenté auparavant le traité de droit médical, « *l'acte médical est celui qu'un homme qualifié pose en vue de guérir autrui* »²⁴². Nous avons pu définir « l'homme qualifié » de la télémédecine bucco-dentaire. Il est maintenant temps de développer l'objectif de la télémédecine bucco-dentaire afin de s'assurer que sa finalité reste de « *guérir autrui* ».

L'acte de télémédecine est considéré comme un acte médical par le législateur²⁴³. Il semble donc que la finalité de ces deux types d'acte soit la même. L'acte médical a trois objectifs bien distincts et autant important les uns que les autres : prévention, diagnostic et thérapeutique (Titre I). Chacune de ces catégories est fondamentale dans la prise en charge du patient. L'activité de télémédecine quant à elle regroupe l'ensemble des actes de télémédecine réalisés. Elle bénéficie donc de l'ensemble des finalités des actes mais permet aussi d'atteindre un autre but : répondre à un besoin de santé publique (Titre II).

²⁴² René Savatier[et al.], *op. cit.*

²⁴³ Article R.6316-1 C. santé publ. : « *Relèvent de la télémédecine [...] les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication [...]* »

Titre I L'acte de télémédecine héritier d'une triple finalité.

A en croire l'article R.4127-70²⁴⁴, le médecin est habilité à pratiquer trois types d'actes : le diagnostic, la prévention et le traitement. Nous retrouvons ces trois types dans la définition de la « *pratique de l'art dentaire* » faite par le législateur à l'article L.4141-1²⁴⁵. Cependant, leur ordre d'énumération n'est pas identique. En effet, la prévention vient précéder le diagnostic. Au premier abord, cet ordre peut nous sembler plus évident puisque la prévention se situe principalement en amont de la maladie. Cependant nous verrons que la prévention ne se résume pas à effectuer un travail avant l'apparition de la maladie. L'ordre n'est pas fondamental, toutefois il est intéressant de constater que la présence des trois dimensions de la finalité de l'acte médical n'était pas la même il y a encore quelques dizaines d'années. Nous allons d'ailleurs développer cette partie sur les objectifs des actes médicaux et de télémédecine en reprenant l'historique de leur finalité.

La vision de la médecine a d'abord été restreinte au seul traitement des maladies. C'est ce qui apparaissait notamment à l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892^{246,247}. Celui-ci présentait un exercice illégal de la médecine seulement lorsqu'il y avait « *traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire* ». C'est l'article 8 de l'ordonnance du 24 septembre 1945²⁴⁸ qui fait apparaître la notion de « *diagnostic* » au sein de la médecine, en

²⁴⁴ Art R.4127-70 C. santé publ. : « *Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* »

²⁴⁵ Art L.4141-1 C. santé publ. : « *La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, dans le respect des modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1.* »

²⁴⁶ Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Titre V. Exercice illégal. Pénalités. Art 16

²⁴⁷ Bernard Hoerni, « La loi du 30 Novembre 1892 », *Histoire des sciences médicales*, vol. 32 / 1, 1998, p. 63 □ 67.

²⁴⁸ Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage femme. Art 8 : « *Exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées [...]* »

reconnaissant « *toute personne qui prend part [...] à l'établissement d'un diagnostic* » comme son exercice illégal.

A partir de cette époque, l'exercice de la médecine comprend « *l'établissement d'un diagnostic ou le traitement des maladies* »²⁴⁹. La prévention n'apparaît dans la réglementation qu'à partir de la loi du 11 août 2004²⁵⁰ notamment à l'article L.4141-1 qui définit l'art dentaire. De cette évolution résulte une triple finalité de l'acte médical. L'acte de télémédecine doit donc pouvoir répondre à ces trois paramètres pour pouvoir prétendre à une concordance des objectifs.

Nous l'avons vu l'acte médical repose sur trois objets aux yeux de la loi : la prévention, le diagnostic et le traitement. Effectivement, tout clinicien moderne peut résumer son activité par ces trois catégories. La télémédecine, comme toute nouvelle pratique, pourrait modifier les capacités de l'acte médical et en l'occurrence diminuer ses compétences, mais le droit répond à cette inquiétude.

Les objectifs de la télémédecine sont définis dès la loi HPST²⁵¹. Le législateur reprend les principes de la médecine « *traditionnelle* » en les définissant plus spécifiquement. La prévention est clairement identifiée puisque la télémédecine « *permet d'établir [...] un suivi à visée préventive [...] ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ». La capacité de prendre part à l'établissement d'un diagnostic est clairement explicitée et même complétée par le « *recueil d'avis spécialisé* ». Par ailleurs, l'aspect thérapeutique de l'acte médical est présenté sous différents termes pour les multiples variantes thérapeutiques existantes. « *La préparation d'une décision thérapeutique* » relève des objectifs de la thérapeutique. Nous comprenons qu'un échange entre deux professionnels médicaux ou l'analyse à distance d'éléments permettant de proposer une thérapeutique peuvent aussi être envisagés. De plus, « *la prescription de produits, de prestations ou d'actes* » est compatible avec la télémédecine. Ces différents éléments participent aussi à l'arsenal thérapeutique des professionnels médicaux. De même, « *la réalisation de prestations ou d'actes* » découlera vers des actes thérapeutiques.

²⁴⁹ Art L.4161-1 du C. santé publ.

²⁵⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 –art. 136 JORF 11 août 2004

²⁵¹ Art L.6316-1 C. santé publ.

Les actes de télémédecine définis dans le décret de télémédecine font perdurer la triple finalité des actes médicaux. En effet, une téléconsultation permet d'établir un diagnostic et la téléexpertise de le compléter par un avis spécialisé. La télésurveillance médicale va pouvoir simplifier et améliorer la prévention. La téléassistance médicale permettra la réalisation d'une thérapeutique à distance.

Nous allons revenir sur ces différentes catégories d'actes médicaux en commençant par la dimension historique qu'est la thérapeutique de l'acte médical (chapitre 1), puis nous aborderons l'idée fondamentale de diagnostic (chapitre 2) et enfin nous verrons la notion devenue de nos jours incontournable, la prévention (chapitre 3).

Chapitre I L'acte de télémédecine descendant de la tradition thérapeutique.

La thérapeutique est définie par le dictionnaire E. Littré comme « *la partie de la médecine qui a pour objet le traitement des maladies, c'est à dire qui donne des préceptes sur le choix et l'administration des moyens curatifs des maladies et sur la nature des médications* ». Cette définition nous laisse penser que la thérapeutique est la partie curative de la médecine. Idée confirmée lorsqu'on interprète la thérapeutique comme « *discipline médicale qui se consacre aux moyens pouvant être utilisés pour supprimer une maladie ou corriger les lésions produites par un traumatisme et prévenir leurs séquelles* »²⁵² ou encore par ce « *qui se rapporte au traitement des maladies* », comme le présente le dictionnaire Larousse médical. Le but thérapeutique est par ailleurs défini par Monsieur J. Penneau comme « *le but poursuivi par le médecin lorsque celui-ci met en œuvre les moyens nécessaires à guérir un individu qui se confie à lui* »²⁵³.

Bien qu'un diagnostic ne soit pas toujours suivi d'un traitement, un traitement est toujours précédé d'un diagnostic. Celui-ci peut ensuite être chirurgical, conservateur, curatif, palliatif ou encore prophylactique. Le traitement est d'ailleurs défini par le dictionnaire E. Littré comme la « *manière de conduire une maladie, à l'effet soit de la guérir, soit d'en diminuer le danger, soit de calmer les souffrances qu'elle cause, soit d'atténuer ou de dissiper les suites qu'elle peut entraîner* ». Le traitement est la « *discipline* » historique de la médecine, ce qui fait de celui-ci une notion très ancrée dans l'inconscient collectif (section 1) et qui est toujours cadrée par certaines notions qui font naître une ambiguïté à l'heure de la télémédecine (section 2).

²⁵² « Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine », [En ligne : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=th%C3%A9rapeutique>]. Consulté le 9 août 2014.

²⁵³ Odile Diamant-Berger et divers auteurs, *Le transsexualisme, droit et éthique médicale*, Masson, Paris, 1984, 154 p., (« Médecine légale et de toxicologie médicale », 127).

Section 1 L'attente thérapeutique du patient.

Le patient attend de son médecin un traitement. Pour l'opinion publique, pour que ce patient puisse être soigné, le médecin doit réaliser un acte. Celui-ci peut être technique ou une prescription. Prenons l'exemple d'une campagne publicitaire à succès de l'assurance maladie au sujet de la prescription d'antibiotiques. L'objectif de celle-ci était de faire comprendre à la population que la prescription d'antibiotique n'était pas obligatoire et qu'il ne fallait pas douter de son médecin si ce dernier ne prescrivait pas ce type de médicament. Dans les spots publicitaires il y a toujours un personnage qui doute du bien fondé du traitement du professionnel médical puisque celui-ci n'a pas prescrit d'antibiotique. Le slogan « *les antibiotiques ce n'est pas automatique* » résonne dans de nombreuses têtes françaises depuis cette campagne. Même si l'attente du patient envers son médecin pour obtenir un traitement tend à diminuer, elle est encore présente notamment dans les populations à faible indice socio-économique. Nous verrons plus tard l'importance de la prévention dans la prise en charge d'un patient mais à ce jour, en France, les patients restent encore trop méfiants envers les praticiens qui ne réalisent pas l'acte qu'ils attendent.

Section 2 L'acte de télémédecine, un acte personnel.

Le médecin quant à lui, « s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents »²⁵⁴. De plus, « le chirurgien-dentiste doit exercer personnellement sa profession dans son cabinet principal et, le cas échéant, sur tous les sites d'exercice autorisés [...] »²⁵⁵. Une notion importante ressort de ces deux citations, l'acte médical est un acte personnel²⁵⁶. Cette notion est reprise dans la déontologie médicale²⁵⁷ et peut amener une certaine ambiguïté à l'heure de la télémédecine.

En effet, en terme de thérapeutique la télémédecine permet principalement une téléassistance médicale qui « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte »²⁵⁸. Dans ce cas de figure, la question juridique qui se pose principalement est la réalisation personnelle de l'acte de téléassistance. Deux personnes sont forcément présentes lors de cet acte. L'interrogation se pose sur la personne réalisant l'acte. Est-ce la main ou la tête qui réalise l'acte ? L'étude de ce point ne se trouve pas dans la finalité de l'acte puisque celui-ci est le même : soigner le patient. Que ce soit fait en médecine traditionnelle ou par télémédecine, pour le patient, le résultat est le même : le soin est fait.

Autre pratique à distance mais non directement définie dans le décret de télémédecine : la téléchirurgie. Encore très rare et particulièrement complexe techniquement, cette pratique finira certainement par s'étendre et sortir de la phase expérimentale dans laquelle elle se trouve depuis « l'opération Lindbergh »²⁵⁹. Dans ce cas là, la finalité est claire. L'acte est directement réalisé à distance avec une

²⁵⁴ Art R.4127-32 C. santé publ.

²⁵⁵ Art R.4127-276 C. santé publ.

²⁵⁶ François Vialla, *L'introduction du fonds libéral en droit positif français*, Université Montpellier 1, 501 p.

²⁵⁷ Art R.4127-69 C. santé publ. : « L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes. »

²⁵⁸ Art R.6316-1 4° C. santé publ.

²⁵⁹ IRCAD, « Opération Lindbergh : une première mondiale en téléchirurgie : le geste chirurgical à traversé l'Atlantique ! », Paris, 2001.

intervention chirurgicale sur un patient. Plus particulièrement pour notre exemple, le patient à Strasbourg et le chirurgien à New-York.

Avant toute intervention chirurgicale, un diagnostic est posé. Pour répondre à cela, la médecine inclut aussi la consultation.

Chapitre II Le diagnostic, un acte sensible à la télémédecine.

Les professionnels médicaux sont avant tout des cliniciens. Ce terme renvoie directement à la pratique. Plus concrètement, le dictionnaire E. Littré présente la clinique comme ce « *qui se fait au lit du malade* ». Les médecins sont donc au contact direct du patient. Ils ont besoin de toucher, sentir, voir, écouter et parfois même de goûter pour faire le diagnostic. D'ailleurs de nombreux maîtres de médecine l'ont enseigné à leurs élèves : « *les premiers outils du médecin, ce sont ses cinq sens* »²⁶⁰. En effet, nous le verrons les cinq sens peuvent être nécessaires pour poser un diagnostic (section 2). Mais nous définirons tout d'abord le sens du mot diagnostic puis nous verrons ce qu'est une consultation (section 1).

²⁶⁰ Martin Winckler, *Les Trois Médecins*, Folio, 2004, 277 p.

Section 1 La consultation, une terminologie pour plusieurs types d'acte

§1 La consultation, l'acte conventionné du diagnostic.

Le code de la santé publique ne définissant pas le diagnostic, tournons-nous vers d'autres sources. Pour le dictionnaire Larousse Médical, il s'agit « *du temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint. Le diagnostic proprement dit comprend un examen clinique : entretien avec le patient, qui permet de retracer l'histoire de la maladie, de préciser les antécédents familiaux, chirurgicaux, gynécologiques, l'hygiène et le mode de vie (anamnèse) et l'examen physique, général, orienté à la suite de l'entretien* ». Madame M.-H. Renault résume ces idées en présentant le diagnostic comme « *tout acte tendant à identifier une maladie ayant sa place dans le code nosologique* »²⁶¹.

Le diagnostic est inclus maintenant dans l'acte médical qu'est la consultation. Celle-ci est reconnue dans les différentes conventions entre les caisses d'assurances maladie et les professions médicales. Différentes définitions montrent une similitude quasi-parfaite entre les deux éléments. Pour certains auteurs, « *la consultation se compose d'une anamnèse, qui s'opère dans un dialogue, et d'un examen clinique qui s'opère dans un contact réel entre le corps du médecin et celui du patient* »²⁶². Cette définition est extrêmement proche de celle issue du Larousse Médical pour le diagnostic. Néanmoins, une notion supplémentaire apparaît et risque d'être bloquante pour la réalisation de consultation à distance, la notion de « *contact réel entre le corps du médecin et celui du patient* ».

La définition donnée par « le trésor de la Langue Française »²⁶³ s'apparente à celle avancée par le Larousse médical. Chacun d'eux présente la consultation comme un « *examen d'un malade effectué par le médecin dans son cabinet et suivi d'avis et de*

²⁶¹ Marie-Hélène Renault, « L'évolution de l'acte médical », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. / 1, mars 1999, p. 45.

²⁶² Bernard Convert et Lise Demailly, « Internet et les professions de santé, le problème de la consultation à distance », *Réseaux*, vol. / 120, 2003, p. 241-269.

²⁶³ « *entretien d'un médecin à son cabinet avec son client, au cours duquel il le questionne, l'ausculte en vue de diagnostiquer une maladie et le cas échéant de prescrire un traitement* ».

prescriptions relatives au traitement ». Ici, la séparation de la consultation et du traitement est bien présente. La consultation précède donc le traitement. La dimension spatiale de la consultation est quant à elle bien présente et appuie le principe selon lequel une consultation doit être effectuée dans le cabinet du médecin. Il semble que cette « *obligation* » de lieu soit malvenue quand on sait que les médecins sont très souvent amenés à se déplacer au chevet des malades à leur domicile. D'ailleurs les médecins, les acteurs de terrain de cet acte, ne précisent pas le lieu de consultation mais confirment la chronologie et les différentes étapes, « *un acte médical complet doit comporter une anamnèse, un examen clinique et des examens complémentaires pour aboutir à une prescription ou à un acte technique (intervention)* »²⁶⁴.

§2 Les spécificités de la consultation en odontologie.

Chaque spécialité médicale a son protocole pour la réalisation des consultations. L'odontologie faisant partie d'une autre profession, il est d'autant plus évident qu'elle répondra à des obligations et contraintes différentes et qui lui sont spécifiques.

Comme pour toute consultation, la consultation en odontologie commence par l'anamnèse et plus particulièrement par le recueil du motif de consultation²⁶⁵. Ce point est important car il permet de montrer au patient que le praticien prend en compte son avis. De plus, ce motif pourra guider l'interrogatoire médical. L'anamnèse se poursuit par un entretien²⁶⁶ pendant lequel les antécédents médicaux et chirurgicaux sont recherchés ainsi que toutes pathologies acquises ou suspectées. L'idéal est de laisser la discussion la plus ouverte possible pour que le patient puisse présenter les informations le concernant avec ses mots. De ce fait, le professionnel peut évaluer le niveau de connaissance du patient sur son propre état de santé et sa prise en charge actuelle. Il est important pour le praticien d'adapter son discours en fonction du patient afin que l'échange soit le plus bénéfique possible. A noter que

²⁶⁴ CNOM, « Exercice de la médecine et internet », CNOM, 2000, p. 3.

²⁶⁵ L. Benslama, « Douleurs buccales », *Rev Prat*, vol. 52, 2002, p. 400-403.

²⁶⁶ ANAES, *Le dossier patient en odontologie*, Paris, ANAES, 2000, 66 p.

l'état d'anxiété souvent relevé chez les personnes se rendant chez le chirurgien-dentiste²⁶⁷ requiert du praticien de profiter de cet entretien pour mettre à l'aise le patient et éviter qu'il ne se sente brusqué.

Une fois l'anamnèse réalisée, les différentes informations relevées puis notées dans le dossier du patient, le chirurgien-dentiste peut procéder à l'examen clinique. Celui-ci commence par l'examen exobuccal. Il permet de préciser la présence ou non « d'une tuméfaction jugale, d'une adénopathie, d'une fistule, [...] »²⁶⁸ ou de toute lésion visible ou ressentie par le praticien et/ou le patient. Cet examen perturbe parfois le patient qui a le réflexe d'ouvrir la bouche lorsqu'il est allongé sur le fauteuil du chirurgien-dentiste. Une étude sur le réflexe pavlovien entre l'allumage du scialytique du fauteuil dentaire et l'ouverture buccale du patient pourrait s'avérer particulièrement intéressante.

L'examen clinique se prolonge par l'examen endobuccal durant lequel le praticien inspecte les dents, mais pas seulement. Il vérifie l'état des gencives, des muqueuses et de toute la sphère orale, comme le prévoit son champ de compétence défini dans le code de la santé publique²⁶⁹. Cet examen endobuccal est réalisé à l'aide d'un miroir et d'une sonde de bouche ou avec tout instrument permettant au praticien de réaliser un diagnostic. Différents tests peuvent être employés afin de permettre au praticien de l'art dentaire d'affiner au maximum son diagnostic. Ces tests nécessitent une connaissance accrue de la symptomatologie odontologique ainsi qu'une certaine dextérité acquises durant les études et les années de pratique.

Des examens complémentaires peuvent être nécessaires au professionnel pour confirmer ou infirmer son diagnostic. Les plus fréquents sont les clichés radiologiques, qu'il s'agisse de radios dites rétro-alvéolaires²⁷⁰ ou d'une radio panoramique²⁷¹. Il est important de souligner qu'un diagnostic de l'état pulpaire ou de la présence ou non de carie doit se réaliser sans clichés radiologiques. Le praticien

²⁶⁷ Katarzyna Dobros, Justyna Hajto-Bryk, Anna Wnek[et al.], « The Level of Dental Anxiety and Dental Status in Adult Patients », *Journal of international oral health: JIOH*, vol. 6 / 3, 2014, p. 11.

²⁶⁸ V. Ahossi, G. Perrot, L. Thery[et al.], « Urgences odontologiques », *EMC-Médecine*, vol. 1 / 5, 2004, p. 463-485.

²⁶⁹ Art L.4141-1 C. santé publ. : « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1. »

²⁷⁰ Cliché radiologique réalisé au fauteuil avec l'insertion dans la cavité buccale du patient d'un film radiologique ou d'un capteur permettant d'avoir la vision de 2 à 4 dents.

²⁷¹ Cliché radiologique permettant de visualiser l'ensemble de la dentition du patient ainsi que les structures osseuses attenantes, aussi appelé orthopantomogramme.

possède suffisamment d'outils pour poser un diagnostic de ce type sans examen complémentaire.

Le praticien de l'art dentaire est plus couramment appelé le chirurgien-dentiste. Le terme de chirurgien ramène une notion importante de technique et d'aspect manuel nécessaire à cette profession. Il est donc compréhensible que l'utilisation de la télémédecine dans la pratique de l'odontologie puisse surprendre un bon nombre de praticiens ou de patients. Leurs confrères médecins ont mis plusieurs dizaines d'années avant d'accepter le principe de médecine à distance. En odontologie, les expériences sont encore plus rares²⁷², ce qui explique que la profession ne se soit pas encore positionnée clairement sur la marche à suivre en termes de télémédecine bucco-dentaire.

²⁷² Géraldine Tribault, « Avec e-DENT, le CHRU de Montpellier propose les 1res téléconsultations bucco-dentaires européennes », *Hospimedia*, 3 juillet 2014.

Section 2 La téléconsultation, sujet principal de la discordance sur le bienfondé de la télémédecine.

La naissance de la télémédecine a entraîné quasi simultanément un débat sur le bien fait de cette nouvelle activité. Est-elle une avancée de la médecine ou une « fausse bonne idée » ?

Nous discuterons d'abord de l'argument principal des détracteurs de la télémédecine qu'est la déshumanisation de la relation de soins²⁷³ (§1.) puis nous verrons l'ambiguïté juridique de cette activité, malgré le décret publié il y a maintenant plusieurs années (§2.).

§1 Le refrain de la déshumanisation de la médecine.

Bien qu'il n'y ait pas de contact physique direct entre le patient et le professionnel médical pendant une téléconsultation, nous verrons que les cinq sens sont utilisables (A.). Malgré ce, de nombreux avis contraires au développement de la télémédecine en général et de la téléconsultation en particulier, sont avancés (B.)

A. Les cinq sens au service de la téléconsultation.

L'établissement du diagnostic repose donc sur les relations faites entre l'entretien et l'examen. Au premier abord, il peut sembler difficile d'envisager une transposition des cinq sens à distance. La technologie est, de nos jours, suffisamment développée pour entrevoir des possibilités. Cette notion abordée par Madame C. Debost²⁷⁴ dans sa thèse mérite d'être réétudiée et étendue à l'odontologie.

²⁷³ S. Halimi, « Télémédecine oui mais sans délaisser la relation directe avec les patients », *Médecine des maladies métaboliques*, vol. 4 / 3, mai 2010.

²⁷⁴ Claire Debost, *op. cit.*

1. La vue, maîtrisée par les technologies de l'information et de la communication.

Nombreuses activités de télémédecine reposent sur l'utilisation de caméras plus ou moins spécifiques. Pour exemple, très répandus sur le territoire national, les projets de télédermatologie reposent principalement sur la vue de plaies ou de lésions à distance par des spécialistes. En odontologie, une qualité visuelle est délicate à obtenir. En effet, un praticien de l'art dentaire peut d'ores et déjà rencontrer des difficultés d'accès visuel au sein de son cabinet et ce malgré un matériel adapté (fauteuil et éclairage spécifiques, miroir de bouche). Il est envisageable que cette difficulté soit accrue dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic bucco-dentaire à distance. Pourtant, le projet e-DENT²⁷⁵ nous montre qu'en utilisant une caméra intra-buccale spécifique, le diagnostic carieux et parodontal est au moins équivalent à celui qu'un dentiste peut réaliser au fauteuil. Une fois l'instrument adapté identifié, la visualisation des éléments à distance n'est plus qu'une organisation technique. D'autant plus que certains logiciels utilisés en télémédecine apportent un traitement de l'image permettant ainsi un meilleur diagnostic.

2. L'ouïe, évolutif au rythme de la téléphonie.

L'ouïe du professionnel médical réalisant le diagnostic est, quant à elle, sollicitée de deux façons. D'une part lors de l'entretien avec le patient, durant lequel il expose son histoire médicale et verbalise ses problèmes et/ou douleurs. L'écoute du professionnel est alors primordiale car les informations divulguées par le patient peuvent constituer de nombreux « indices » permettant d'établir un diagnostic. Partant de ce constat, il est préconisé au médecin de laisser le patient s'exprimer avec ses propres mots, sans le guider, afin d'obtenir la meilleure expression de son ressenti. D'autre part, l'ouïe du clinicien est sollicitée dans l'objectif de percevoir de façon sonore les organes ou le corps du patient. En effet, il peut être nécessaire au praticien d'écouter avec attention les bruits physiologiques ou pathologiques que fait le corps du malade. L'instrument le plus connu répondant à ce besoin à distance est le stéthoscope. L'invention du Professeur Laennec en 1816 a permis de mettre de la

²⁷⁵ Nicolas Giraudeau[et al.], *op. cit.*

distance entre le patient et le médecin. Bien que cette distance soit relative, le principe d'écoute reste le même. Avant lui, le médecin devait coller son oreille sur la poitrine du malade pour écouter son cœur ou ses poumons. Dans le domaine de l'odontologie, l'ouïe peut être sollicitée lors d'un test dénommé « test de percussion ». Dans ce cas, le praticien percute une dent à l'aide d'un instrument métallique, ceci donnant des informations sur la santé de la dent. En effet, une dent ankylosée n'émet pas le même son qu'une dent saine au moment de la percussion.

Depuis l'invention du téléphone, la voix peut être transmise et ainsi permettre une discussion à distance. De nos jours, des nombreux instruments permettent facilement l'échange verbal entre un patient et son médecin. Le téléphone en premier lieu mais aussi la visioconférence, régulièrement utilisée en télémédecine. Par ailleurs, l'enregistrement d'un son, qu'il soit le battement d'un cœur ou le retour de la percussion d'une dent, ne demande pas des compétences et techniques très développées et peut donc s'effectuer sans trop de difficultés. Les avancées technologiques, permettent que tout élément puisse être transposé en « data » ou informations numériques pour être transféré par voie électronique.

3. Le toucher, la prochaine étape technique.

Nous mettons en avant le fait qu'un professionnel médical est avant tout un clinicien. Un bon clinicien utilisera principalement le toucher. Les chirurgiens en sont tributaires. La chirurgie est d'ailleurs définie par le dictionnaire E. Littré comme « *la partie de l'art de guérir qui s'occupe des maladies externes, de leur traitement, et, particulièrement, des procédés manuels qui servent à leur guérison* ». Les chirurgiens ont des pratiques manuelles et doivent donc toucher le patient dans l'objectif de le guérir. La télémédecine peut passer outre cette obligation et les progrès de la science donnent toujours plus de possibilités. Pour exemple, l'équipe de Madame Katherine Kuchenbecker de l'université de Pennsylvanie travaille actuellement sur l'enregistrement d'une surface²⁷⁶. Les données de la surface sont

²⁷⁶ « Katherine Kuchenbecker: The technology of touch | Talk Video | TED.com », [En ligne : http://www.ted.com/talks/katherine_kuchenbecker_the_technology_of_touch?source=facebook&language=fr]. Consulté le 29 août 2014.

retranscrites en données numériques et peuvent ensuite être envoyées ou sauvegardées. Ce projet d'étude est particulièrement utilisé en odontologie pour permettre aux étudiants de ressentir le toucher d'une sonde sur une lésion carieuse. Ce système pourrait être également très utile dans le diagnostic à distance de la dermatologie. Dans cette spécialité, la sensation du toucher est très importante car elle apporte de nombreuses informations. En odontologie le toucher de la sonde est également nécessaire pour le diagnostic de la carie dentaire, toutefois d'autres outils permettent d'établir un diagnostic carieux sans contact. En médecine bucco-dentaire, la lumière fluorescente permet de diagnostiquer les lésions carieuses²⁷⁷.

Dans un projet de télémédecine bucco-dentaire, la transcription d'un élément défini habituellement par un contact pourrait alors être effectuée par une technique telle que la fluorescence ou encore par un professionnel de santé qui serait aux côtés du patient lors d'une activité de télémédecine. Le patient exprime ce qu'il ressent au professionnel requis pour que ce dernier puisse poser son diagnostic.

4. L'odorat et le goût, des sens subjectifs encore difficilement transférables.

Il est envisageable que ces deux derniers sens soient plus difficilement utilisables en télémédecine. En effet, la technique ne permet pas encore de sentir ou goûter à distance. Néanmoins, la littérature nous rapporte que ces deux sens auraient été utilisés lors des diagnostics, avant l'arrivée de certaines technologies. Au XVIIIème siècle il était courant de goûter les urines²⁷⁸ pour y détecter du glucose, au gout sucré, et diagnostiquer ainsi le diabète²⁷⁹. En odontologie, l'odorat est encore parfois utilisé lors de l'ouverture des chambres pulpaire de dents nécrosées. Selon l'odeur qui émane de la chambre pulpaire lors de son ouverture, le praticien peut infirmer ou confirmer le diagnostic de nécrose. De nos jours, bien que des masques soient utilisés quasi systématiquement par les chirurgiens-dentistes, il arrive encore que certains praticiens l'ôtent dans cet objectif précis. Par ailleurs, lors de l'entretien avec le

²⁷⁷ I. Panayotov[et al.], *op. cit.*

²⁷⁸ H. Péquignot, *op. cit.*

²⁷⁹ Martin Winckler, *op. cit.*

patient, il est souvent demandé s'il a ressenti un mauvais goût dans la bouche. Cette information peut aider le spécialiste dans le diagnostic d'abcès d'origine parodontal. Dans ce cas, le goût du praticien n'est pas directement sollicité, mais celui du patient pourra donc être requis lors d'un examen bucco-dentaire. A l'identique du toucher, l'odeur et le goût peuvent être exprimés par le patient ou le professionnel requérant lors d'une activité de télémédecine. C'est d'ailleurs ce qui a permis le diagnostic d'un cas de choléra sur un légionnaire durant la guerre d'Indochine. Une communication radio, entre un lieutenant aux cotés du malade et un médecin de la base, a permis de diagnostiquer le choléra lorsque le lieutenant expliqua au médecin que le malade sentait le fromage²⁸⁰.

B. La réticence des pessimistes.

L'histoire de la médecine fera peut-être apparaître une période en amont ou en aval de la médecine à distance ou télémédecine. Les réticents à ce type d'activité se sont manifestés dès les premiers cas de consultation à distance. De manière contradictoire, ils peuvent être incarnés par des médecins les pratiquant. En effet, selon les propos rapportés au Docteur J.B. Nacquart, au XIX^{ème} siècle, certains médecins acceptaient les consultations épistolaires pour les maladies chroniques mais les trouvaient « *inutiles et mêmes dangereuses pour les maladies aiguës* »²⁸¹. Nous pouvons d'ailleurs comprendre qu'à cette époque la prise en charge d'un accident soit plus difficilement gérable à distance à la vue du moyen de communication le plus rapide : le courrier. Les chirurgiens ont toujours été les plus virulents envers une médecine à distance car dans leur spécialité le contact est fondamental. Les propos de H. de Mondeville rapportés par Madame Chiara Crisciani pourraient être entendus dans les couloirs d'un hôpital à notre époque, notamment lorsqu'il énonce : « *à nous, les chirurgiens, on demande très souvent un conseil sur le traitement de maladies que nous n'avons pas observées, et ne pouvons pas voir à cause de l'éloignement des patients. Il n'est pas permis de fournir semblable consilium parce-qu'il ne respecterait pas les règles de l'arte (qui imposent de voir, toucher, questionner) et*

²⁸⁰ Paul Bonnacarrère, *Par le sang versé : la Légion étrangère en Indochine*, Perrin, 1968, 123 p., (« Tempus »).

²⁸¹ *Dictionnaires des sciences médicales*, Panckoucke, 1812.

pour cette raison ne garantirait pas la salva conscientia du professionnel. En outre, le consilium in abstentia ne peut tenir compte des variations continues, du processus de maladie. Aucun nuncius ou lettre ne peut remplacer la main, les yeux, les questions de l'opérateur expert, ni ne sais rapporter ce qui est arrivé entre-temps : pour ces raisons, un tel consilium n'est pas sûr et ne fais pas de bien»²⁸². Encore une fois, il est compréhensible qu'à cette époque un chirurgien puisse avancer ce type d'argumentaire à l'égard de la médecine à distance. Nous pourrions envisager qu'à notre époque les mentalités aient évolué et que les praticiens soient suffisamment formés aux technologies de l'information et de la communication pour envisager les possibilités que celles-ci peuvent offrir. Pourtant, certaines études récentes démontrent une frustration des professionnels médicaux et particulièrement des spécialités « où la palpation est majeure »²⁸³ comme le confie un orthopédiste.

Les patients, quant à eux ne sont toujours pas convaincus par la mise en place des consultations à distance. Le président du collectif inter-associatif de santé de Bretagne et de l'association des insuffisants rénaux de Bretagne « ne pense pas que l'on puisse faire un diagnostic réel par l'intermédiaire de la télémédecine »²⁸⁴. Ces avis peuvent être fondés sur le fait que les spécificités de certaines spécialités médicales peuvent rendre compliquée voire impossible une consultation à distance. Il est toutefois nécessaire de rappeler que la télémédecine n'a pas vocation à solutionner la prise en charge de tous les malades et de toutes les pathologies.

En 2003, la place d'internet dans la pratique médicale et particulièrement pour la consultation a fait l'objet d'une étude. Pour ses auteurs, « si l'Ordre interdit la consultation en ligne c'est parce qu'elle mettrait à mal deux principes fondamentaux de la profession médicale : le premier est que le cœur de l'activité médicale est la consultation, colloque singulier entre le médecin et son patient, présents en corps, le second est que la médecine est exercée par une personne qui y engage sa

²⁸² Chiara Crisciani, « Éthique des consilia et de la consultation: à propos de la cohésion morale de la profession médicale (xiiiie-xive siècles). Traduit de l'italien par Marilyn Nicoud », *Médiévales. Langues, Textes, Histoire*, vol. / 46, 2004, p. 23–44.

²⁸³ Laurence ESTERLE, Alexandre Mathieu-Fritz et Pierre Espinoza, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. / 2-3, février 2011, p. 63–79.

²⁸⁴ « La télésanté oublie-t-elle les malades ? », *Les cahiers de la télésanté*, vol. 4, 2010.

responsabilité personnelle »²⁸⁵. Il est important de tenir compte de la date de cette publication qui intervient avant la publication du décret de télémédecine et des nombreux travaux réalisés sur les aspects juridiques de la télémédecine et notamment la responsabilité des professionnels qui y participent.

La qualité du soin réalisé par télémédecine pourrait, pour certains, mettre en mauvaise position vis à vis de la loi les professionnels médicaux qui se dédieraient à une activité de téléconsultation. En effet, « *les professionnels de santé doivent assurer à la personne examinée une qualité et une sécurité des soins. Il semble en résulter une interdiction, pour le médecin, de réaliser des consultations à distance car n'ayant pas procédé à un examen clinique du patient, il méconnaîtrait alors cette obligation* »²⁸⁶. Nul ne peut juger de la qualité d'un soin ou d'une consultation sans critère objectif. Sans remettre en cause les compétences et les qualités de ces deux auteurs, sur quels paramètres se positionnent-ils pour douter de la qualité de la consultation à distance ? Mettent-ils en doute la déontologie des professionnels médicaux qui participent aux activités de télémédecine à travers la France dans le but de prendre en charge des patients ? Nous pensons que leur interprétation est tronquée par la méconnaissance qu'ils doivent avoir des différents outils techniques et technologiques à la disposition des praticiens. De même, les personnes pensant qu'un examen physique ou une « *consultation autrement que dans une relation entre deux personnes présentes en corps* »²⁸⁷ ne sont pas envisageables n'ont certainement pas connaissance des dernières avancées de la science et de la technique en matière de consultation à distance. Les progrès avançant tellement vite, un argument recevable contre la médecine à distance il y a quelques années ne peut plus être retenu de nos jours. D'autant plus en matière de télémédecine, le décret et les travaux qui en découlent ont complètement modifié le paysage philosophique et juridique de la consultation à distance.

Pour la Commission européenne « *les activités qui de par leur nature ne peuvent être réalisées à distance ou par voie électronique, telles que le contrôle légal des comptes*

²⁸⁵ Bernard Convert et Lise Demailly, *op. cit.*

²⁸⁶ A. Regniault, J.-A. Robert, « Professionnels de santé et internet », *Lamy droit de la santé*, 2010, étude 275, note 275-230.

²⁸⁷ Bernard Convert et Lise Demailly, *op. cit.*

d'une société ou la consultation médicale requérant un examen physique du patient, ne sont pas des services de la société de l'information »²⁸⁸. Cette disposition est dans le prolongement des différentes publications que nous avons citées où pour les auteurs, l'examen médical n'est possible que par un contact physique entre le corps du patient et celui du praticien.

D'ailleurs, un anesthésiste a été condamné pour perte de chance envers un patient car il avait réalisé la consultation de pré-anesthésie à distance. Ainsi, le juge a estimé que *« le médecin est tenu d'entourer son action de toutes les précautions raisonnablement exigibles et notamment de ne mettre en œuvre un traitement qu'après s'être assuré que le patient est en état de le supporter. Manque à cette obligation l'anesthésiste qui n'effectue pas un examen préalable et approfondi préanesthésique, en particulier sur l'état des incisives d'une patiente, la technique d'intubation employée présentant certains risques encore renforcés par l'anatomie, l'arthrose cervicale et l'état dentaire de cette dernière, ce qui ne lui a pas permis de mesurer pleinement les difficultés de mise en œuvre de l'intubation causant à la malade une perte de chance directe et certaine d'éviter la réalisation des dommages dentaires subis »²⁸⁹. Sans remettre en question la justesse de cette décision, ce n'est pas le fait que la consultation ait été faite à distance qui soit puni mais qu'elle soit incomplète. La télémédecine n'est rien d'autre qu'une pratique médicale. Si elle est mal réalisée il ne faut pas remettre en question la pratique. Personne n'envisagerait d'arrêter le concept de la chirurgie si une intervention n'était pas effectuée comme le protocole l'oblige. Il doit en être de même pour la télémédecine. Ce type de jugement ne nous entraîne pas vers le positivisme et le développement de la télémédecine. Tout comme les décisions du CNOM qui rappelle régulièrement sa préférence pour la mise en place d'une première consultation physique avant toute téléconsultation²⁹⁰.*

²⁸⁸ Directive 2000/31/CE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2000 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information, et notamment du commerce électronique, dans le marché intérieur (« directive sur le commerce électronique »), JOUE n° L 178 du 17/07/2000 p. 1 à 16

²⁸⁹ CA Paris, 7 juin 1996, Juris-data n°1996-022084

²⁹⁰ CNOM, « Appels téléphoniques de patients et déontologie médicale », CNOM, 1998. CNOM, « Qualité et déontologie sur internet », CNOM, 2000. CNOM, *op. cit.*. CNOM, « La déontologie médicale sur le web santé », CNOM, 2008.

Ces craintes et ces réticences sont à prendre en compte comme toute remarque constructive dans un débat mais elles ne doivent pas entraver la marche en avant du développement de la télémédecine. La publication du décret a considérablement modifié les avis des spécialistes du droit de la santé et du CNOM mais certains praticiens et les patients émettent encore quelques réserves sur le bien fondé de la médecine à distance²⁹¹. Les mentalités sont très souvent les barrières les plus dures à lever²⁹².

§2 La téléconsultation, une histoire qui dure.

A. La télémédecine un outil pas si récent.

La naissance de la télémédecine est généralement attribuée au XXème siècle, elle s'est notamment développée grâce au développement des moyens de transmission et d'internet. Pourtant l'histoire de la télémédecine remonte à quelques siècles plus tôt. En effet, à en croire la littérature et les différents écrits historiques c'est au XVIIIème siècle que les premières traces d'une médecine à distance apparaissent. Le chevalier de Rotalier écrit alors au Dr Tissot une lettre décrivant ses symptômes dont l'introduction pourrait être utilisée comme plaidoyer de nos jours pour convaincre les sceptiques : « *Vous dites qu'il faut beaucoup d'attention et d'habitude pour bien juger de l'état d'un malade que l'on ne voit pas ; votre expérience et vos lumières ont si bien établi votre réputation à cet égard que j'exécuterai avec beaucoup plus de confiance ce que vous me prescrirez que tout ce qu'un autre m'ordonnerait en me voyant. Je vais vous décrire mon état le mieux qu'il me sera possible* »²⁹³.

Prendre ces échanges épistolaires pour l'ancêtre de la télémédecine peut en gêner certains, pourtant la télémédecine encore de nos jours est définie comme une

²⁹¹ Patrick Amoux, « E-Santé : les technologies sont là, les mentalités pas encore », [En ligne : <http://www.lenouveleconomiste.fr/e-sante-les-technologies-les-mentalites-pas-encore-23635/>]. Consulté le 20 août 2014. « E-santé : les Français voient ses atouts, mais restent inquiets », [En ligne : http://www.ticsante.com/story.php?story=1785&mjeton=aIWUytSXA2XwzObKB8vpB-ews_PXHiVj2NAdvfEFWuAyRgc-7oGWeF_3m5khkwpcqmckeXJw8zY9iAgM5rJ5ZzjMitcKucyk5ryZiamZe4.]. Consulté le 20 août 2014.

²⁹² Nicolas Giraudeau[et al.], *op. cit.*

²⁹³ Bibliothèque Cantonale Universitaire de Lausanne (BCUL), Département des manuscrits, Fonds Tissot (ET), IS3784/11/144.04.08.08

« pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication »²⁹⁴. Aujourd'hui, nous comprenons par les TIC, les moyens actuels de communiquer et principalement internet mais le premier octobre 1771, date d'envoi de la lettre du chevalier de Rotalier, la technologie de communication la plus avancée étant encore le courrier, le télégraphe n'étant encore qu'à ses balbutiements. Il ne semble donc pas de mauvaise foi que de dater la télémédecine au XVIIIème siècle et d'en nommer le Dr Tissot comme le père.

Ensuite, chaque évolution de la technologie des communications a permis le développement de la télémédecine. Le téléphone faisant son apparition, la consultation médicale à distance s'accélère dans les deux sens du terme. La consultation va plus vite entre le besoin ou la demande du patient et la réponse du médecin. Mais aussi, le développement et les initiatives se développent. C'est son inventeur, Monsieur Graham Bell, qui sollicite la première aide médicale par téléphone, le 10 mars 1876 après s'être renversé sur lui de l'acide sulfurique. Seulement trois ans après, « la première utilisation du téléphone dans la pratique médicale pédiatrique a été relatée dans la revue *The Lancet* sous la forme d'une description de l'état clinique d'un enfant atteint de diphtérie »²⁹⁵. Le téléphone est maintenant très répandu dans la pratique médicale même si les instances mettent en garde les professionnels quant aux dérives qu'il peut entraîner²⁹⁶. Pour autant, « la communication téléphonique n'est qu'un moyen d'échanges parmi d'autres ; cependant il se développe beaucoup et vite »²⁹⁷.

B. La perte progressive du contact.

En 1816, l'invention du stéthoscope par le Professeur Laennec introduit la notion de distance entre le patient et le médecin. Certes cette distance est toute relative mais elle peut aussi être interprétée comme le désir du soignant de s'éloigner du malade,

²⁹⁴ Art L.6316-1 C. santé publ.

²⁹⁵ HAS, « Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale », Haute Autorité de Santé, 2009, p. 23.

²⁹⁶ CNOM, *op. cit.*

²⁹⁷ B. Hoerni, « Le téléphone dans la pratique de la médecine », *Bull. Acad. Méd.*, vol. 188 / 3, 2004, p. 432.

d'éviter les contacts directs. Notion qui est actuellement reprise par certains praticiens requis comme le psychiatre E. Boissat qui précise « *qu'il n'avait plus à serrer la main. Non qu'à force de rencontrer tant de malades, il ne les supportât plus, c'était juste ce contact qui le répugnait lorsqu'il laissait libre cours à son imagination. Ce soulagement lui apparaissait capital, mais son entourage ne le savait pas. Eux, ils remarquaient l'exotisme que cette délocalisation apportait, le confort, la vie facile que permettait son salaire de praticien sous ce soleil qui illuminait une contrée en voie de développement. Sa fonction : télépsychiatre des hôpitaux.* »²⁹⁸ L'éloignement du patient, ici présenté, peut être de façon extrême et provocatrice, comme un soulagement pour le praticien et aussi mis en avant pour augmenter la qualité des relations comme en témoigne Monsieur D. Bonnet, responsable des systèmes d'information du centre hospitalier de Saint-Brieuc, « *il y a un paradoxe : l'éloignement des patients et du médecin crée une plus grande proximité dans leur relation* »²⁹⁹. Pour d'autres, « *dès l'instant où une interface robotique est présente entre le chirurgien et le malade, la distance entre les deux ne compte plus* »³⁰⁰. En effet, la distance entre le patient et le médecin existe mais, nous l'avons vu elle est souvent compensée ou du moins largement diminuée par la présence d'un tiers. Cette distance doit être « apprivoisée », certaines expériences montrent d'ailleurs que la distance permet de distinguer d'autres particularités. « *Je pensais qu'il fallait que l'examen distant soit le plus proche possible de l'examen traditionnel. J'ai découvert par l'expérience que ce postulat de départ était inexact* » raconte le Dr D. Robin chef de service de l'établissement de santé mentale du Morbihan avant de compléter en précisant que « *l'observation du comportement du patient au travers d'un dispositif de visioconférence peut faire apparaître des particularismes susceptibles de prendre un sens clinique intéressant* »³⁰¹.

²⁹⁸ Eric Boissicat, « Télépsychiatrie : quelle distance ? », *Le carnet PSY*, vol. 8 / 121, 2007, p. 32-34.

²⁹⁹ « Les cahiers de la télésanté », vol. 4, 2010, p. 21.

³⁰⁰ Jacques Domergue, Nicolas Plaisant, Anne Mourregot[et al.], « La télé-chirurgie : mythe ou réalité ? », *Gastroenterol Clin Biol*, vol. 3 / 25, juillet 2001, p. 259-261.

³⁰¹ « Comment la visioconférence transforme l'exercice de la psychiatrie », [En ligne : http://www.ticsante.com/Comment-la-visioconference-transforme-l-exercice-de-la-psychiatrie-NS_906.html]. Consulté le 23 août 2014.

C. A chaque spécialité sa distance.

Les différents exemples cités tout au long de notre réflexion montrent que l'interprétation de la télémédecine varie de façon importante en fonction de la spécialité médicale concernée. En effet, un chirurgien sera plus sceptique qu'un radiologue ou qu'un psychiatre. La relation entre le patient et le professionnel médical varie en fonction de la proximité que la discipline impose. L'écart est grand entre les disciplines chirurgicales et les « *disciplines médicales entières qui s'exercent sans le moindre lien ou presque entre médecin et patient* »³⁰². Prenons l'exemple de la spécialité de l'analyse biologique : l'anatomo-cytopathologie. En effet, celle-ci n'occasionne pas de contact avec le patient. Le médecin « *anapath* » ne connaît du patient que ce que la fiche de liaison entre l'établissement et le centre d'analyse contient. Il ne voit jamais le patient directement et pourtant il pose un diagnostic ou aide le médecin à le faire. La psychiatrie, quant à elle, nécessite d'un contact « *d'esprit* » plus que physique. En effet, le psychiatre ne peut diagnostiquer une pathologie sur un patient qu'en l'observant ou lui parlant. Ce type de consultation peut donc s'envisager à distance par les TIC. Il est d'ailleurs à noter qu'une particularité à la psychiatrie s'est glissée dans le décret relatif à la télémédecine au 1° de l'article R.6316-1 : « *Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient* ». Cette précision sur la présence possible des psychologues est importante. Cette profession n'est pas référencée dans le code de la santé publique. Ils ne sont donc pas considérés comme des professionnels de santé. En ajoutant cette phrase, le législateur insiste bien sur l'importance que peut avoir la téléconsultation dans la pratique de la psychiatrie.

Autre particularité mise en avant par l'article R.6316-1, la régulation téléphonique pratiquée par le centre 15. Cette pratique ne rentre pas directement dans l'acte de téléconsultation mais un diagnostic peut être posé à distance par le médecin régulateur sans contact direct visuel ni tactile.

L'utilisation de la télémédecine n'a été que très peu envisagée en odontologie et ce même par la profession elle-même. La revue du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes conclut son article sur la publication du décret de télémédecine

³⁰² M. Contis, « Télémédecine : nouveaux enjeux nouvelles perspectives », *RDSS*, 2010, p. 235.

qu' « *en pratique, face à certaines lésions buccales, par exemple, le praticien pourrait solliciter à distance un oncologue* »³⁰³. Alors que nous l'avons vu, un grand nombre de possibilités s'offrent à la pratique de l'art dentaire avec la télémédecine.

Le quotidien de la pratique médicale est énormément varié à cause de la multiplicité de disciplines, de spécialités et de spécificités. Le cadre juridique depuis la définition faite par la loi HPST a permis d'unifier la pensée mais les mentalités sont encore difficiles à faire évoluer.

§3 Le cadre juridique plaide pour les optimistes.

A. Le décret de télémédecine, un adoubement de la téléconsultation.

Malgré les différents avis sur les consultations à distance, le pouvoir réglementaire a exprimé clairement sa position. « *La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient.* » (Art R.6316-1 C. santé publ.). Cette définition fixe, dès 2010, la place de la téléconsultation dans le paysage législatif de la pratique médicale, permettant ainsi de modifier un certain nombre d'articles existants.

B. Le code de la sécurité sociale, la validation organisationnelle.

Le code de la santé publique reconnaît donc la téléconsultation, Cependant il était également nécessaire que le code de la sécurité sociale permette ce type d'acte. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010³⁰⁴, introduit la possibilité de réaliser une consultation par télémédecine : « *Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L.6316-1 du code de la santé publique. [...]* ». Cet ajout est fort de sens puisque l'institution

³⁰³ Philippe Guyet, *op. cit.*

³⁰⁴ Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

en charge du paiement de la santé reconnaît la téléconsultation comme pratique possible dans le quotidien. Cependant, à l'inverse du code de la santé publique ce n'est pas le terme de « téléconsultation » qui est retenu mais bien la notion de « consultation » réalisée dans le cadre d'une « activité de télémédecine ». Cette précision implique que les téléconsultations, afin d'être reconnues, doivent être organisées dans le cadre de l' « *activité de télémédecine* ». Il ne s'agit pas juste d'un « *simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance* »³⁰⁵ mais d'une consultation découlant d'une organisation importante coordonnée et contrôlée par l'Agence Régionale de Santé, tel que le prévoit le décret de télémédecine.

C. La nécessaire évolution de l'examen physique.

Cette étape du diagnostic n'est ni définie dans le code de la santé publique, ni dans le décret de télémédecine malgré que l'examen physique soit fondamental pour l'établissement d'un diagnostic. Le CNOM le dépeint comme une « *présence/confrontation physique entre deux personnes avec échanges verbaux et infra-verbaux* »³⁰⁶. Nous retrouvons la notion de contact physique entre deux « *corps* ». Pourtant le contact n'est pas obligatoirement physique. Le contact existe dès lors qu'une communication ou un échange est établi entre deux personnes, les répliques de films d'espionnage ou de guerre nous le rappellent, « *un contact radio est établi* ».

Comme nous pouvons le constater, le développement de la télémédecine implique une modification des définitions de nombreux actes. En effet, pourquoi un examen physique ne pourrait-il pas être réalisé à distance ? De nos jours, un certain nombre de technologies ou de dispositifs médicaux permettent de réaliser un examen clinique à distance et ce, sans modifier la qualité du diagnostic effectué.

³⁰⁵ Art R.4127-53 C. santé publ.

³⁰⁶ CNOM, *op. cit.*

Madame S. Langard avance dans sa thèse qu' « aucune obligation générale ne semble être imposée par le législateur concernant un examen médical »³⁰⁷, propos qui avaient déjà été avancés par le président du tribunal de grande instance de Bobigny³⁰⁸ et nous approuvons ces dires. Néanmoins, dans une activité de télémedecine, l'Agence Régionale de Santé (ARS) veille à ce que le protocole spécifique à la téléconsultation soit clairement défini et réponde aux besoins des différents acteurs. L'ARS est l'institution en charge du bon déroulement d'une activité de télémedecine comme le prévoit le décret correspondant. Elle a notamment pour mission d'évaluer le besoin médical de l'acte prévu à distance. En effet, une activité de télémedecine ne se justifie que si elle permet une amélioration, que ce soit sur le nombre de personnes prises en charge, sur le temps gagné ou encore sur les économies réalisées. Dans cet objectif, l'ARS étudie les différentes propositions faites par les professionnels de santé et choisit les projets qui sont en adéquation avec le « Programme Régional de Télémedecine. » Elle apportera une attention particulière à ce que la téléconsultation puisse être réalisée tout en maintenant une qualité de prise en charge. Le contrat de télémedecine établi entre les différents acteurs d'un projet dans ce domaine définit le cadre de l'activité.

La qualité de l'examen clinique réalisé par télémedecine doit répondre aux obligations déontologiques des professionnels médicaux y participant. L'article R.4127-204 du code de la santé publique dispose que « le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. » Une activité de téléconsultation bucco-dentaire ne peut donc pas diminuer la qualité du diagnostic réalisé par le professionnel. L'ARS et les représentations professionnelles veillent donc à ce que ce devoir ne soit pas bafoué par l'utilisation de la télémedecine.

Nous venons de le voir, techniquement beaucoup d'examens sont réalisables à distance et leur nombre augmentera avec le temps et l'avancée des technologies. Ce sont donc les mentalités qui vont être difficiles à changer mais pourtant ce changement est primordial³⁰⁹. Madame C. Debost dans sa thèse avance ainsi que « la

³⁰⁷ S. Langard, *Approche juridique de la télémedecine : entre droit commun et règles spécifiques*, Université de Lorraine, 2010.

³⁰⁸ J. Guigue, « Télémedecine : légitimité et responsabilité », *La revue des Samu*, 2001, p. 275-279.

³⁰⁹ Nicolas Giraudeau[et al.], *op. cit.*

notion d'examen doit être repensée, pour l'envisager à distance. Dès lors que l'examen médical est un incontournable de la pratique médicale, la démarche du médecin refusant la télémédecine au motif qu'elle l'empêche de réaliser un examen, mérite, en effet, d'être revue à la faveur d'une acceptation nouvelle de l'examen.» Même les défenseurs de la téléconsultation ont parfois des difficultés pour entrevoir la possibilité de réaliser un examen physique à distance et précisent qu'un «*téléconsultant devra élaborer son diagnostic essentiellement à partir des symptômes décrits par celui qui sollicite la consultation – qui peut ne pas être le patient – et faire une éventuelle prescription sans pouvoir procéder à un examen physique du patient*»³¹⁰.

Il faut garder à l'esprit que «*l'objet principal d'une téléconsultation est l'élaboration d'un diagnostic et, le cas échéant, la proposition d'un traitement et la délivrance d'une prescription médicale*»³¹¹ comme le rappelle Madame C. Bourdaire-Mignot. Ayant présenté l'établissement d'un diagnostic et le traitement, abordons maintenant la prescription médicale.

D. La prescription médicale encadrée.

L'apparition de la télémédecine dans les textes législatifs³¹² en 2004 laisse entrevoir la possibilité de la prescription médicale à distance. Si l'article définissant la télémédecine de cette époque a été abrogé et remplacé par l'article L.6316-1 du code de la santé publique, la possibilité de prescription par courriel, elle, perdure. En effet, depuis la loi du 13 août 2004³¹³ et plus particulièrement son article 34 «*une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence*». De plus, le code de la

³¹⁰ Camille Bourdaire-Mignot, *op. cit.*

³¹¹ *Ibidem.*

³¹² Art 32 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

³¹³ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

santé publique dispose que « *la prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine [...] est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance [...]* »³¹⁴. Ces deux articles lient étroitement l'examen médical à la prescription. Mais aucun d'entre eux n'empêche que celui-ci soit fait à distance. Le CNOM, quant à lui, se contredit quelque peu sur ce sujet, ce qui montre bien sa complexité. En effet, d'une part il fait savoir que « *l'établissement d'un diagnostic comme celui des prescriptions ne peuvent se faire qu'au terme d'une consultation supposant le contact direct entre le patient et le médecin* »³¹⁵ et d'autre part il préconise : « *il faut en rester au principe que tout acte médical nécessite un diagnostic établi par le médecin, sur la base d'un interrogatoire du patient mais aussi, surtout, d'un examen clinique. Ce dernier est, encore non concevable à distance, mis à part le recours entre professionnels de la télémédecine.* »³¹⁶ L'évolution de la pratique médicale et l'amélioration des TIC ont amené le législateur à se positionner très clairement sur ce point dès la loi « HPST » avec la définition de la télémédecine qui valide aux professionnels médicaux le droit « *de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes* »³¹⁷. Cette possibilité étant maintenant clairement explicitée dans le code de la santé publique, la prescription est donc un acte qui peut se réaliser à distance. L'examen clinique est-il automatiquement associé à cette capacité ?

§4 L'exemple de la téléconsultation bucco-dentaire.

Un grand nombre de spécialités médicales ont mis en place des téléconsultations. L'odontologie ne semblait pas être très évidente à développer. Le terme de chirurgie-dentaire laisse penser que cette profession est trop manuelle, trop chirurgicale pour être envisagée à distance. Pourtant certaines expériences montrent la possibilité des téléconsultations bucco-dentaires.

³¹⁴ Art R.5132-3 C. santé publ.

³¹⁵ CNOM, *op. cit.*

³¹⁶ CNOM, *op. cit.*

³¹⁷ Art L.6316-1 C. santé publ.

La première expérimentation de télémédecine bucco-dentaire ou « *teledentistry* » référencée date de 1994³¹⁸. Quinze soldats de l'armée américaine basés au Fort McPherson sont allés subir une chirurgie parodontale par un chirurgien-dentiste spécialisé, au Fort Gordon à 120 miles. Une semaine après l'intervention, ils ont eu rendez-vous avec le praticien généraliste de leur fort de rattachement. Celui-ci a déposé les points de suture, pris des photos du site chirurgical et les a envoyées au spécialiste qui avait fait l'intervention pour analyse de la cicatrisation. Sur les quinze patients, quatorze ont évité un long déplacement, les images prises permettaient de conclure sur la bonne cicatrisation de l'intervention. L'ensemble des patients s'est senti mieux pris en charge et très heureux d'éviter un aller-retour supplémentaire. Le spécialiste à distance, quant à lui, a estimé être tout à fait capable de faire un diagnostic de qualité à distance, tout en étant dans un environnement plus confortable.

Suite à cette première expérimentation, un certain nombre de praticiens se sont initiés à la téléconsultation à distance. Nous citerons trois expérimentations. En premier lieu l'initiative « *Dental Virtual Home* »³¹⁹ en Californie. Ce test est réalisé par le « *Pacific Center for Special Care* » de la University of Pacific et plus particulièrement la « *Arthur A. Dugoni School of Dentistry* ». Son objectif est d'une part, d'apporter des soins aux endroits où la population n'y a pas accès pour des raisons sociales, culturelles ou géographiques. D'autre part, il s'agit de mettre en place des politiques de santé publique autour de l'odontologie et de placer le chirurgien-dentiste au sein d'une équipe de soins. Les enfants issus de milieu socio-économique difficile sont les cibles prioritaires de ce projet³²⁰.

La téléconsultation se réalise avec l'assistance d'une hygiéniste dentaire. Celle-ci recueille les différentes informations nécessaires ainsi que les images prises par une caméra intra-buccale et les radiographies réalisées à l'aide d'un générateur portable. Ensuite ces informations sont transmises de façon sécurisée vers le chirurgien-dentiste qui va interpréter les images et réaliser un diagnostic et un plan de

³¹⁸ Mitra A. Rocca, V. Lawrence Kudryk, John C. Pajak[et al.], « The evolution of a teledentistry system within the Department of Defense. », *Proceedings of the AMIA Symposium*, 1999, p. 921.

³¹⁹ Paul Glassman, *op. cit.*

³²⁰ Paul Glassman, Michael Helgeson et Jenny Kattlove, « Using Telehealth Technologies to improve oral health for vulnerable and underserved populations », *Journal of the Californian Dental Association*, vol. 40 / 7, juillet 2012, p. 579-585.

traitement. Ce dernier est renvoyé à l'hygiéniste qui va réaliser les actes qui sont dans ses compétences de façon à temporiser au mieux avant le traitement définitif qui sera réalisé par le chirurgien-dentiste³²¹.

Le deuxième projet, est une expérimentation qui s'est déroulée en 2012, en Australie. Elle était conduite par l'University of Melbourne et plus particulièrement par le Docteur Rodrigo Mariño. Les objectifs étaient similaires au projet précité, néanmoins les distances entre les habitants et le chirurgien-dentiste le plus proche pouvaient être gigantesques, parfois même correspondre à plusieurs heures de train. Le déroulement du projet par contre variait. En effet, l'activité de téléconsultation en Californie était réalisée en différé. Contrairement au projet réalisé en Californie, le praticien n'était pas présent derrière son ordinateur au moment où l'hygiéniste passait la caméra dans la bouche. Pour l'expérimentation australienne, le chirurgien-dentiste était présent, auprès du patient, via un système de visio-conférence. L'atout majeur de ce procédé résidait dans la présence du praticien, pour aider l'hygiéniste à réaliser une bonne capture des images. L'inconvénient est d'ordre organisationnel, puisque le praticien devait tout mettre en œuvre pour être devant son écran au même moment que le patient était pris en charge par l'hygiéniste³²².

Enfin, en France, seule une activité de télémédecine a été déployée pour le moment. Ce projet e-DENT soutenu par l'ARS Languedoc-Roussillon et porté par le CHRU de Montpellier. Certaines expérimentations ont été réalisées³²³ ou sont en train d'être mises en place³²⁴ mais seule l'initiative montpelliéraine est cadrée par un contrat de télémédecine³²⁵. Ces téléconsultations qui vont être réalisées au sein d'établissements

³²¹ Paul Glassman, Maureen Harrington, Maysa Namakian[et al.], « The virtual dental home : bringing oral health to vulnerable and underserved populations », *Journal of the Californian Dental Association*, vol. 40 / 7, juillet 2012, p. 569-577.

³²² Chris Sheedy, « High speed pursuit », [En ligne : <http://bitemagazine.com.au/high-speed-pursuit/>]. Consulté le 20 août 2014.

³²³ « Maison d'arrêt d'Evreux : la télémédecine presque rentable en six mois », [En ligne : http://www.ticsante.com/story.php?story=1838&mjeton=aIWUytSXA2XwzObKB8vpB-ews_PXHiVj2NAdvfEFWuAyRgc-7oGWeF_3m5khkwpcqmckeXJw8yZZXQd5Eu8zD84pG1ukLIVk5ryZiamZe4.]. Consulté le 21 août 2014.

³²⁴ Cédric Goessens, « Les membres du projet se sont réunis au CMN MGEN de Sainte-Feyre, lundi », *Le populaire*, Limousin, 18 avril 2014.

³²⁵ « Médico-social: l'ARS Languedoc-Roussillon a investi 110.000 euros dans une expérimentation de « télé-dentisterie » », [En ligne : <http://www.ticsante.com/story.php?story=1936&mjeton=aIWUytSXA2XwzObKB8vpB->

hébergeant des personnes âgées dépendantes, de maisons d'accueil spécialisées et d'une unité sanitaire de maison d'arrêt vont permettre aux personnes côtoyant ces établissements de bénéficier d'une prise en charge bucco-dentaire. Comme le projet californien, les téléconsultations sont faites de façon asynchrone pour simplifier l'organisation et diminuer les coûts de mise en place. De même, un logiciel spécifique est utilisé afin de faciliter et diminuer le temps de travail des infirmières référentes. Comme nous l'avons vu précédemment, la profession d'hygiéniste dentaire n'existe pas en France contrairement aux Etats-Unis ou à l'Australie. Ce sont donc des infirmières qui réalisent l'enregistrement des informations nécessaires, ensuite analysées par un chirurgien-dentiste du CHRU de Montpellier.

Ces trois projets réalisés sur trois continents différents démontrent des possibilités de téléconsultations bucco-dentaires. Les outils varient légèrement en fonction de la législation en application dans le pays, mais le fonctionnement est identique. Une caméra intra-buccale permettant une visibilité de qualité et un système de transmission. Un professionnel de santé est présent aux côtés du patient et un chirurgien-dentiste à distance pour faire le diagnostic. En France, le projet e-DENT a entraîné une réflexion importante par les tutelles régionales et nationales. L'inquiétude de l'ARS Languedoc-Roussillon réside dans la suite de la téléconsultation. Les professionnels médicaux de la région parviendront-ils à faire face à l'augmentation de patients, due au diagnostic systématique effectué dans des établissements où les patients ne sont actuellement pas vus ?

ews_PXHiVj2NAdvfEFWuAyRgc-7oGWeF_3m5khkwpqcmckeXJw8w5QhhQ7N_I83e9RzodCJylk5ryZiamZe4.]. Consulté le 21 août 2014.

Chapitre III La prévention, le dernier objectif médical.

L'histoire de la médecine montre que différents objectifs apparaissent au fur et à mesure. Tout d'abord le médecin n'était qu'un curateur, il a ensuite dû être capable de donner un nom à la maladie, la diagnostiquer, et depuis quelques années il doit aussi la prévenir. Ce sont les trois capacités des médecins, comme en dispose l'article R.4127-70 du code de la santé publique « *tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement* ». Pour les chirurgiens-dentistes, la notion de prévention dans la définition du champ de leurs compétences (Art L.4141-1 C. santé publ.) n'apparaît qu'avec la loi du 9 août 2004³²⁶. Le vieil adage : « *mieux vaut prévenir que guérir* » qui a modelé notre pensée moderne s'intègre dans le code de la santé publique sous le terme « prévention ». Notion relativement moderne en médecine, celle-ci mérite d'être définie (Section 1) ainsi que les différentes notions qui en découlent (Section 2, 3, 4).

³²⁶ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 –art. 136 JORF 11 août 2004

Section 1 Définition de la prévention.

§1 Prévention ou prophylaxie ?

Le dictionnaire d'E. Littré ne définit pas la prévention comme une action médicale. Il présente son côté juridique ou rhétorique, mais n'aborde pas l'intérêt médical que cette notion peut avoir. Cette absence de définition est malgré tout riche en enseignements. En effet, cet ouvrage a été terminé en 1877 et cité comme une référence du vocabulaire français. Ceci nous amène à penser qu'à cette époque la prévention n'était pas perçue comme une action à but médical. Cependant, le dictionnaire d'E. Littré définit le terme « prophylaxie » comme « *la partie de la médecine qui a pour objet les précautions propres à préserver de telle ou telle maladie* ». Ces deux termes sont quasiment des synonymes. Par exemple, le Larousse médical dans sa définition de la prévention renvoie au terme « prophylaxie ». La prévention est définie comme « *l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour éviter les maladies (prévention primaire), pour empêcher une aggravation des maladies (prévention secondaire), ou pour permettre la réinsertion des malades dans une vie proche de la normale (prévention tertiaire)* ». La prophylaxie est définie comme « *l'ensemble des moyens destinés à prévenir l'apparition ou la propagation des maladies. La prophylaxie peut être individuelle ou collective* ». Les sens de ces deux définitions étant particulièrement proches, nous prendrons donc le parti de ne pas distinguer l'un de l'autre.

L'étymologie de prophylactique nous renseigne sur l'objectif de cette prévention. Le préfixe pro (*προ*) peut être traduit par « *en avant* » ou « *avant* ». Le terme « *phylactique* » vient du grec ancien « *φύλαξ* » qui signifie « *gardien* ». Ce qui donne naissance au terme « *προφυλακτικός* » (*profulaktikos*) qui peut être traduit par « *prendre les devants pour veiller* ».

Dans d'autres temps, le terme « *prophylaxie* » était aussi utilisé pour des pratiques magiques ayant pour but la protection contre les maladies. En ces temps, la médecine ou les sciences qui s'en approchaient, n'étaient que très peu efficaces. C'est pourquoi les civilisations anciennes, comme les égyptiens, utilisaient des statues

prophylactiques de leurs dieux pour protéger leurs villes ou leurs tombeaux³²⁷. Plus près dans l'histoire et géographiquement, les entrées de nos villes étaient souvent bordées par des chapelles vouées à des saints anti-pestueux, comme Saint Roch, très vénéré à Montpellier. De nos jours, la médecine permet de remplacer des croyances prophylactiques par des actions de prévention dont les professionnels médicaux sont les garants.

§2 Différentes classifications de la prévention.

A. La classification de l'OMS en 1948.

Comme nous l'avons vu dans la définition du Larousse médical, la prévention peut être divisée en différentes catégories. C'est l'OMS qui, dès 1948, présente ces trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Cette classification est organisée selon le stade de la maladie. Elle démarre avec les moyens à mettre en place pour éviter l'apparition de la maladie et se termine au traitement, voir même à la réinsertion sociale des patients.

1. La « prévention primaire » : avant la maladie.

Ce type de prévention est souvent défini comme « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence³²⁸ d'une maladie dans un population ». Il s'agit donc de diminuer les facteurs de risque de développement de nouveaux cas. Parmi les actions de prévention primaire nous pouvons trouver les campagnes publicitaires axées sur les conduites individuelles à risque (tabac, alimentation sucrée, ...), mais aussi axées sur les risques en termes environnementaux ou sociétaux.

³²⁷ Jean-Claude Goyon, « Un parallèle tardif d'une formule des inscriptions de la statue prophylactique de Ramsès III au musée du Caire », *The journal of Egyptian Archaeology*, vol. 57, août 1971, p. 154-159.

³²⁸ L'incidence est définie par le Larousse médical comme le nombre de nouveau cas d'une maladie déterminée pour 1000 habitants durant un temps donné, généralement une année.

2. La « prévention secondaire » : aux prémices de la maladie.

« Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence³²⁹ d'une maladie dans une population »³³⁰. Dans cette catégorie nous pouvons donc retrouver toutes les actions qui permettent de repérer au plus tôt les signes annonciateurs des pathologies, comme le dépistage par exemple ou encore les consultations régulières facilitant la distinction des facteurs de risque.

3. La « prévention tertiaire » : tout au long de la maladie.

L'OMS envisage la prévention tertiaire comme les actions qui visent « à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou de récidives dans une population et à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie ». Plus clairement, il s'agit de diminuer « les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement »³³¹. A la vue de la large définition de la santé par l'OMS, la prévention tertiaire se doit de tenir compte de la triple dimension médico-socio-psychologique de l'état des patients.

B. La prévention bio-médico-administrative.

Ce type de prévention n'est défini que dans le rapport du député André Flajolet. Elle « relève d'une conception large de la prévention qui dépasse les limites du domaine strictement sanitaire. En effet, il convient de regrouper sous ce vocable non seulement les moyens et actions de prévention tels que les vaccins mais aussi les radars sur les routes. Ainsi entendue, cette prévention bio-médico-administrative constitue le noyau dur de la vision intuitive que chacun a de la prévention. » Ce type

³²⁹ La prévalence pour l'OMS est le nombre des cas de maladies ou personnes malades, ou de tout autre événement tel qu'un accident, existant ou survenant dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens.

³³⁰ André Flajolet, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008.

³³¹ *Ibidem.*

de prévention peut aussi comprendre les différentes actions de communication ou grandes campagnes d'actions réalisées par les institutions gouvernementales.

C. La prévention basée sur la cible.

Une autre classification de la prévention fait référence dans la littérature. Il s'agit de celle de RS Gordon³³² établie en 1983. A l'inverse de l'OMS qui classe la prévention par rapport au stade d'avancée de la maladie, M. Gordon, lui, propose une classification en fonction de la cible. Il détermine trois catégories : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée. Ces trois catégories sont distinctes par le nombre de personnes à destination de cette prévention. La « *prévention universelle* » vise l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. On retrouve dans cette catégorie « *l'éducation pour la santé* ». La « *prévention sélective* » va se destiner à des sous-populations spécifiques comme les femmes enceintes, les hommes de plus de 50 ans. Les actions sont ciblées spécifiquement sur ces sous-groupes. Nous pouvons citer le dépistage du cancer colorectal, ou du cancer du sein pour différentes populations spécifiques. Enfin, la « *prévention ciblée* » ne repose plus que sur des groupes ou sous-groupes mais aussi sur l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie de la population (glycosurie chez les femmes enceintes, cinquantenaires hypercholestérolémiques,...)³³³.

D. La continuité de la réflexion.

Dans le « *Traité de Santé Publique* », les auteurs présentent la prévention dite de « *protection* » qu'ils estiment être avant tout une prévention « *de* » ou « *contre* ». Elle fait référence à « *la défense contre des agents ou des risques identifiés* »³³⁴. Ils proposent aussi la « *prévention positive* » voire universelle, « *du sujet ou de la*

³³² Robert S. Gordon Jr, « An operational classification of disease prevention. », *Public health reports*, vol. 98 / 2, 1983, p. 107.

³³³ André Flajolet, *op. cit.*

³³⁴ François Bourdillon, Gilles Brücker et Didier Tabuteau, *Traité de santé publique*, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2007, 745 p., (« Traités »).

population sans référence à un risque précis ». Cette notion rappelle l'idée de promotion de la santé.

E. Une prévention fondée sur la participation de chacun.

Le Professeur San Marco a proposé « *une définition de la prévention qui se veut globale et active dans la mesure où cette prévention est fondée sur une anticipation positive grâce à la participation de chacun* » comme le présente le rapport Flajolet. La définition de R.S. Gordon ne paraissait pas parfaite pour le Professeur San Marco. Ce dernier a donc choisi de donner une place importante à l'éducation pour la santé en pensant une « *prévention globale* » qui se veut « *universelle* ». Il a élargi la définition de la prévention ciblée en la tournant plus vers les malades. Elle coïncide alors à « *l'éducation thérapeutique* ». La différence majeure avec les classifications exposées précédemment est que cette prévention est tournée vers la recherche de la « *participation de chacun à la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau* »³³⁵. Cette définition ne s'est pas affirmée dans le monde médical mais le rapport Flajolet « *a retenu une définition de la prévention qui prend largement appui sur la conception novatrice du Professeur San Marco* »³³⁶.

F. La définition retenue par le rapport Flajolet.

Le terme de « *prévention globale* » est repris et entendu comme la gestion de son capital santé dans tous les aspects de la vie. Les professionnels mettent en place différentes actions, comme la promotion de la santé, la prévention des maladies ou l'éducation thérapeutique mais dans le cadre de la « *prévention globale* », la participation active de la personne, ou du groupe ciblé sera systématiquement recherchée.

« *Quatre actions type sont retenues pour une « prévention globale* » (par le rapporteur) :

³³⁵ François Bourdillon, *Traité de prévention*, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 2009, 420 p., (« *Traités* »).

³³⁶ André Flajolet, *op. cit.*

- par les risques, qui est celle mise en œuvre actuellement et concerne le champ sanitaire ;
- par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement ;
- par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables ;
- par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations. »

§3 La prévention bucco-dentaire réservée aux chirurgiens-dentistes ?

L'exercice illégal de la médecine peut être retenu à « *toute personne qui prend part [...] à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, [...]* »³³⁷. L'objectif de prévention présent à l'article R.4127-70 n'est pas reconnu comme un exercice illégal de la médecine. Ceci semble logique tant la prévention médicale est intéressante quand celle-ci est diffusée par le plus grand nombre de personne afin d'atteindre la population la plus importante. Un médecin n'est donc pas nécessaire derrière chaque action de prévention. Sa définition en devient donc très difficile.

En odontologie, la question ne se pose pas. En effet, l'article L.4161-2 dispose qu' « *exerce illégalement l'art dentaire, toute personne qui prend part [...] à la pratique dentaire [...]* » et l'article L.4141-1 affirme que « *la pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelle ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, [...]* ». Il semble donc que la prévention bucco-dentaire soit réservée au praticien de l'art dentaire. Cette ambiguïté peut être très pénalisante pour la prévention bucco-dentaire au sein de la population française et difficilement réalisable. En effet, comment peut-on envisager qu'un chirurgien-dentiste soit présent à chaque enseignement sur la prévention bucco-dentaire réalisée dans les écoles ? Certains praticiens ou associations de praticiens se rendent dans ce type d'établissements pour délivrer un message de prévention aux enfants qui restent un public majeur en termes de prévention bucco-dentaire. Peut-on accuser d'exercice illégal de la pratique de l'art dentaire, les enseignants qui rappellent à leurs écoliers

³³⁷ Art L.4161-1 du C. santé publ.

qu'il faut « se brosser les dents deux fois par jour et éviter les aliments sucrés » ? De même au sein des cabinets dentaires, il est très fréquent que l'assistante dentaire ou la secrétaire médicale soit le premier relais de la prévention bucco-dentaire et de la limitation des facteurs de risque. Peut-on pour autant évoquer un exercice illégal ainsi qu'accuser de facilitation à l'exercice illégal de l'art dentaire le praticien qui a mis en place une information de prévention auprès de ses plus jeunes patients en relais par ses salariés ?

Certains chirurgiens-dentistes s'interrogent sur cette notion. En effet, Monsieur F. Cohen et Madame S. Azogui-Lévy, tous deux praticiens de l'art dentaire expliquent l'absence du thème de la prévention et de la promotion de la santé bucco-dentaire dans la presse grand public ou professionnelle notamment par « *l'idée reçue que la prévention dentaire est le domaine réservé des chirurgiens-dentistes* ». Cette « *idée reçue* » serait-elle orientée par la définition juridique de la pratique de l'art dentaire ?

Il semble que cette particularité à l'odontologie soit une « *coquille* » oubliée par le législateur qu'il faudrait modifier au plus vite afin de ne pas crouler sous le nombre d'accusations abusives.

D'un autre côté, cette exclusivité sur les actions de prévention pour les chirurgiens-dentistes répond à la volonté de représentants de la profession d'interdire la profession d'hygiéniste dentaire. En effet, si la prévention n'était pas incluse dans les activités exercées par les chirurgiens-dentistes, qui serait apte à la réaliser ? N'existant pas de professions dites « *intermédiaires* », les praticiens sont alors contraints d'aborder la prévention auprès de leurs patients. Par ailleurs, s'il n'y avait pas la notion de prévention dans la pratique de l'art dentaire, cela permettrait à une autre profession de la réaliser.

Même s'il nous semble que cette incompréhension découle plus d'un manque de rigueur du législateur que d'une volonté de la profession, il serait bon de clarifier ces éléments afin de favoriser au mieux le développement de la prévention bucco-dentaire.

Toutefois, la télémédecine pourrait jouer un rôle important dans le développement de la prévention bucco-dentaire. En effet, si un chirurgien-dentiste doit être présent à chaque message de prévention, celui-ci pourrait l'être à distance en utilisant les TIC, permettant ainsi de respecter la législation en vigueur tout en facilitant sa réalisation.

§4 La télémédecine un outil du « *suivi à visée préventive* ».

Un des objectifs de la télémédecine pour le législateur, est le « *suivi à visée préventive* »³³⁸. Il est donc clair que la télémédecine doit pouvoir être utilisée dans les actions de prévention. Première ambiguïté sur ce point, aucun acte de télémédecine défini à l'article R.6316-1 ne présente une action préventive clairement identifiée. Même si cette absence est préjudiciable pour le développement de la prévention et de fait la santé de nos concitoyens, cet oubli est similaire dans les conventions des actes médicaux où la prévention n'est que très rarement reconnue et valorisée. Pourtant la télémédecine peut avoir une incidence sur le développement de la prévention. Les différentes expérimentations de téléconsultation de spécialistes sont une première étape. Si l'on se réfère au projet précité et réalisé en France, e-DENT, nous pourrions constater que la prévention en devient un élément secondaire. L'objectif de cette activité de téléconsultation bucco-dentaire est de dépister le plus tôt possible les pathologies bucco-dentaires parmi des populations spécifiques. Si l'expérimentation actuelle se déroule sur un nombre important de patients simultanément, l'objectif à long terme est de pouvoir systématiser la consultation bucco-dentaire à l'entrée en établissements médico-sociaux et de pouvoir ainsi organiser une consultation tous les 6 ou 12 mois en fonction de l'état général du patient. La mise en place de ces consultations étant très difficile au travers d'une activité traditionnelle, la télémédecine prend ici tout son sens. En effet, par l'utilisation de la télémédecine, les consultations peuvent être plus facilement réalisées par un professionnel et systématisées sans avoir à déplacer le résident ou le praticien, entraînant ainsi une économie importante tant sur des aspects financiers qu'humains et sur l'énergie et le temps des différents acteurs.

³³⁸ Art L.6316-1 C. santé publ.

Section 2 La répétition, maître mot de l'éducation pour la santé.

« *La pédagogie, c'est reprendre pour se faire comprendre* » disait Rémy Trudel. Cet adage est souvent cité par les enseignants de tous niveaux en fin de carrière, désabusés par leur vocation qui d'après eux n'a fait d'eux que des singes répétiteurs. Un certain nombre de professionnels médicaux avancent la même critique de leur métier lorsque ceux-ci doivent répéter à longueur de journée les grandes règles de prévention ou de traitement aux patients qui se succèdent les uns après les autres. Nous pensons au chirurgien-dentiste qui répète inlassablement l'importance du brossage, sa technique et sa fréquence à sa patientèle qui répète après lui comme un cœur de chorale mais qui une fois rentrée à la maison oublie les conseils du professionnel.

Nous verrons dans cette partie la définition de l'éducation pour la santé (§1), l'intérêt de la télémédecine (§2) et nous terminerons par une discussion sur la capacité des professions non médicales à réaliser des actions d'éducation pour la santé (§3).

§1 L'importance de la pédagogie dans la recherche du bien être des populations

Cette notion dérive de la définition de la prévention universelle de R.S. Gordon en 1983. La prévention universelle y est présentée comme un concept destiné à l'ensemble de la population sans tenir compte de son état. Parmi les éléments transmis à la population : les grandes règles d'hygiène et l'information générale liée à la santé et au bien-être.

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a été créé par la loi du 4 mars 2002³³⁹ avec pour objectif, notamment, la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé. Ces missions ont été élargies avec la parution de la loi du 9 août 2004³⁴⁰ par la participation à la gestion des situations

³³⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, art 79 I Journal Officiel du 5 mars 2002.

³⁴⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique*, art 7 I Journal Officiel du 11 août 2004.

urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé. (Art L.1417-1 C. santé publ.)

Parmi les nombreuses définitions de l'éducation pour la santé, certaines sont « adoptées » par l'Inpes³⁴¹. En premier lieu celle du ministère de la santé français qui estime que « *l'éducation pour la santé est une composante de l'éducation générale et considère l'être humain dans son unité, ne pouvant dissocier les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la santé. Elle doit permettre au citoyen d'acquérir tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de protéger, voire d'améliorer sa santé et celle de la collectivité* »³⁴².

Ensuite, pour le ministère de la santé et des services sociaux québécois, « *l'éducation pour la santé est une stratégie axée principalement sur les apprentissages, qui agit sur les connaissances, attitudes, comportements, valeurs, modes de prise de décision, reliés à des objectifs de prévention, de protection ou de promotion de la santé, et aussi de réadaptation et de fidélité au traitement médical et pharmaceutique. Elle s'intéresse aussi aux contextes dans lesquels les apprentissages sont les plus favorables (relation d'aide interpersonnelle, clinique, petit groupe, auditoire de masse...)* ».

Enfin, pour le conseil économique et social, « *l'éducation pour la santé doit être considérée dans une perspective à long terme de développement des capacités individuelles et collectives pour assurer l'amélioration tant de la longévité que de la qualité de vie. [...] Elle ne doit certainement pas se contenter d'une information sur les risques – encore que cette étape de sensibilisation soit nécessaire - mais doit s'assigner au moins comme objectif de provoquer chez les individus des modifications notables d'opinions et d'attitudes et, mieux encore, de voir s'exprimer des désirs de changement de comportement, assortis d'une évaluation du niveau d'aptitude à les opérer* »³⁴³

Ces différentes définitions nous permettent de comprendre l'étendue des actions que doit mener l'éducation à la santé. Elle s'adresse à la population entière, tant à des patients réels que « potentiels ». L'objectif est de rendre l'ensemble de la population

³⁴¹ Fabienne Lemonnier, Julie Bottéro, Isabelle Vincent[et al.], *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*, Éditions Inpes, Saint-Denis, 2005, 78 p., (« Référentiels »).

³⁴² « Plan national d'éducation de la santé », Ministère délégué à la santé, 2001.

³⁴³ E. Lévy, « L'éducation pour la santé », Paris, conseil économique et social, 1982, p. 858.

acteur de sa santé, en comprenant l'importance de modifier certains comportements et en augmentant de fait leur qualité de vie.

Ces actions doivent être réalisées par un maximum de personnes, soit l'ensemble des « professionnels de la santé ». En effet, « *la pédagogie est affaire de répétition* »³⁴⁴ et chaque personne qui rappellera toute notion permettant à chaque citoyen d'améliorer la compréhension de sa santé sera utile. Certains outils sont déjà déployés et évalués depuis plusieurs années³⁴⁵. Le professionnel médical doit savoir maîtriser cet arsenal afin d'être le référent expert de cette éducation pour la santé. Les TIC sont devenues des outils fondamentaux dans la pédagogie. Par conséquent l'éducation pour la santé ne peut pas s'en priver. La télésanté et la télémédecine peuvent être utilisées dans ce but.

§2 Utilisation de la télémédecine.

C'est d'ailleurs déjà le cas avec les différentes initiatives lancées depuis quelques années autour des nombreuses informations relayées au patient par des moyens utilisant les TIC. A l'inverse, la mise en place d'activités de télémédecine nécessite de travailler sur l'éducation à la santé. En effet, les différents acteurs d'une activité de télémédecine doivent maîtriser les pathologies sur lesquelles ils vont agir tout en étant capables de réaliser des séances d'éducation à la santé aux patients qui bénéficient d'une prise en charge par télémédecine. Le projet e-DENT répond à ce besoin grâce au rôle important que joue l'infirmière référente. En effet, cette dernière informe le patient ou plutôt réexplique au patient l'importance de l'hygiène bucco-dentaire avant de filmer sa bouche. De plus, une séance de formation et de sensibilisation à la santé bucco-dentaire a été dispensée à l'ensemble du personnel soignant des établissements participant à cette expérimentation dans l'objectif de les informer sur ses spécificités. Cette formation a été réalisée par le coordonnateur de l'activité de télémédecine bucco-dentaire, le chirurgien-dentiste et le laboratoire ORAL-B partenaire de ce projet.

³⁴⁴ Camille Bordas, *Partie commune*, Joelle Losfeld, Galimard, 2011, 216 p., (« Littérature française »).

³⁴⁵ Fabienne Lemonnier[et al.], *op. cit.*

§3 Exercice illégal de l'art dentaire en réunion.

Il est intéressant de revenir sur l'exclusivité des actions de prévention effectuées par le chirurgien-dentiste, dans le cadre d'une action d'éducation de la santé, laquelle est considérée, par le ministère de la santé français, comme une « *composante de l'éducation générale* ». En découle une éducation de la santé intégrée dans l'éducation scolaire, ce qui implique qu'elle puisse être réalisée par des professionnels de l'éducation au lieu de professionnels médicaux. Ceci serait contradictoire avec les principes évoqués précédemment et selon lesquels, en odontologie, la prévention est une partie de l'art dentaire qui ne peut être réalisée que par un chirurgien-dentiste. Plus spécifiquement dans le projet e-DENT, le rôle d'éducation du patient est assumé par l'infirmière référente, en amont de la téléconsultation. Peut-on parler de pratique illégale de l'art dentaire ? Dans le cadre de l'activité de télémédecine, l'infirmière ayant certaines compétences et capacités au niveau de la cavité buccale, nous pouvons estimer qu'elle ne dépasse pas les limites de sa profession d'autant plus que dans le cadre d'une activité de télémédecine, les actions que chaque acteur effectue sont normées par le contrat de télémédecine lui-même et sous la responsabilité du professionnel requis. Par contre, l'enseignant pourrait être accusé d'exercice illégal de l'art dentaire si nous appliquons les règles à la lettre.

Nous pourrions même estimer un exercice illégal de l'art dentaire en réunion si nous tenons compte des différentes actions mises en place par les laboratoires pharmaceutiques autour de l'éducation à la santé bucco-dentaire. Prenons l'exemple de Signal®. Marque très célèbre en France, elle a lancé la « *Mission Signal* »³⁴⁶ qui consiste à envoyer un « *kit pédagogique dentaire* » aux écoles et aux classes qui souhaitent participer à cette action. Ce kit comprend plusieurs éléments permettant la meilleure prévention possible faite par des enseignants. Ce kit a été « *élaboré avec le Professeur Cynthia Pine*³⁴⁷, *experte mondiale pour les programmes d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire* ». Ce kit, délivré par la société n'est-il pas en contradiction avec la réglementation ? Certes il est réalisé et a bénéficié de l'expertise d'un

³⁴⁶ « Notre engagement auprès des écoles - missionsignal », [En ligne : <http://www.missionsignal.fr/la-marque/notre-engagement-aupres-ecoles/>]. Consulté le 1 septembre 2014.

³⁴⁷ University of Salford, Manchester, Royaume-Uni

chirurgien-dentiste, ce qui laisse préjuger d'une certaine qualité. Toutefois, ce dentiste vit en Angleterre. Devant ces éléments, il pourrait s'avérer que ce spécialiste de la santé bucco-dentaire ne soit pas inscrit au tableau du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes en France. Elle n'aurait donc pas la capacité d'exercer sur le territoire national, ni même de prendre part à des actions de prévention et d'éducation à la santé dans les écoles françaises.

L'objectif de cet argumentaire n'est en aucun cas d'empêcher les actions d'éducation à la santé dans les écoles ou ailleurs, mais bien de mettre en avant l'ambiguïté et le manque de logique d'avoir laissé la prévention dans la définition de l'art dentaire, donc strictement réservé au chirurgien-dentiste.

Section 3 La promotion de la santé, une vision non restrictive du bien être.

Souvent réservés aux médecins, la santé et le bien être intéressent de plus en plus de professions. En effet, depuis plusieurs dizaines d'années, les politiques de santé des pays prennent en compte des éléments extérieurs à l'individu pour améliorer sa santé. Son mode de vie est maintenant étudié et ciblé dans des campagnes de promotion de la santé.

Nous verrons ce que l'on entend par promotion de la santé (§1) avant de voir l'intérêt de l'utilisation de la télémédecine pour promouvoir la santé (§2).

§1 La charte d'Ottawa comme acte de naissance

Le document de référence sur cette notion est la charte d'Ottawa rédigée lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé du 21 novembre 1986³⁴⁸. Au sein de cette charte, la promotion de la santé est définie comme ayant « *pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.* » Dans cette notion, « *la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu* ». Cette charte fondatrice de la promotion de la santé précise que le but de celle-ci est « *de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé* » mais aussi « *de réduire les écarts actuels dans l'état de la santé* ». Les domaines d'actions proposés dans cette charte sont multiples et agissent sur l'ensemble des facteurs de bien-être d'un individu :

- l'élaboration de politiques pour la santé ;
- la création d'environnements favorables ;
- le renforcement de l'action communautaire ;

³⁴⁸ Organisation mondiale de la santé, « Charte d'Ottawa », Ottawa, OMS, 1986, p. 6.

- l'acquisition d'aptitudes individuelles ;
- la réorientation des services de santé.

§2 La télémédecine comme facilitateur.

Comme souvent dans la mise en place d'actions globales, le plus difficile est la coordination. Pourtant c'est le propre de la promotion de la santé que d'essayer de coordonner les différentes actions d'information pour la santé. Différents niveaux d'action sont identifiés. Bien évidemment la promotion de la santé agit sur des actions d'ordre générale, notamment en travaillant sur la mise en place de *« politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage l'équité »* ou encore en tentant d'améliorer le cadre des services de santé *« la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. »* Mais, la promotion de la santé agit aussi au niveau de l'individu et *« appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. »*

La télémédecine peut jouer un rôle important dans le déploiement de la promotion de la santé. La charte d'Ottawa explique que *« le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé »*. Les décideurs ont parfois des arguments de décision différents de ceux des professionnels de santé. Le versant économique est souvent plus important pour les « politiques » que pour les soignants. De même, notre monde de plus en plus bureaucratique connaît la loi des indicateurs de performance. De nombreuses discussions entre ces « deux mondes » nous montrent que les choix sont parfois difficiles à faire. L'utilisation de la télémédecine pourrait faire apparaître un compromis entre décideurs et professionnels de terrain. En effet, à moindre coût et permettant plus facilement le respect des indicateurs, la qualité de prise en charge

serait aussi assurée. Les politiques de santé doivent donc intégrer de plus en plus la télémédecine comme un outil.

Par ailleurs, les projets de télémédecine ne peuvent se mettre en place qu'en réunissant un grand nombre d'acteurs de la santé. Malgré la difficulté de rassembler plusieurs partenaires de mondes différents, le maillage de personnes sur la mise en place d'un projet de télémédecine permet d'étendre les informations et les compétences sur des publics qui n'étaient pas toujours au premier rang. Ainsi, pour une spécialité comme la chirurgie-dentaire, il est intéressant de pouvoir prendre la place qu'elle mérite dans la prise en charge des patients en établissements médico-sociaux comme cela a pu être fait avec le projet e-DENT. En effet, le montage de ce projet a permis à un grand nombre d'acteurs de se retrouver pour essayer d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des populations fragiles en manque d'accès à un chirurgien-dentiste.

A l'échelle de l'individu, la télémédecine par son côté ludique permet une meilleure intégration des informations qui peuvent être transmises aux patients. Dans le cas de la télémédecine bucco-dentaire, le passage de la caméra dans la bouche permet au patient de voir concrètement et facilement l'état de sa bouche et de ses dents. Ce point dépasse la promotion de la santé en glissant sur l'éducation thérapeutique du patient.

Section 4 L'éducation thérapeutique du patient, parce qu'on est jamais mieux servi que par soit même.

Nouvelle pratique à la mode, l'éducation thérapeutique du patient est retrouvée dans tous les rapports portant sur la santé. Cette notion de prévention est évidemment fondamentale pour l'amélioration de la qualité de vie des patients mais surtout augmenter leur connaissances sur leur pathologie et leur traitement. Tout professionnel médical peut raconter une anecdote sur un homme d'un certain âge venant en consultation accompagné de sa femme (brisant ainsi le secret sur sa santé) qui se tourne vers elle lorsque le praticien lui pose des questions sur son traitement. Le développement de l'éducation thérapeutique est donc très important pour que le patient directement soit bien conscient de sa santé.

Une fois l'éducation thérapeutique définie (§1), nous discuterons sur la place de la télémédecine dans cette discipline (§2).

§1 Le principal outil contre les maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique est une notion qui prend de plus en plus de place dans le paysage médical. Celle-ci est issue de la définition de la prévention tertiaire de l'OMS qui a ensuite été reprise par les différents auteurs sur la prévention. En effet, nous retrouvons les notions de l'éducation thérapeutique dans la prévention ciblée de R.S. Gordon ou encore dans la prévention globale de San Marco.

Selon l'OMS, « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »³⁴⁹. Les recommandations de la HAS sur ce sujet complète la définition en amenant deux points supplémentaires. L'éducation thérapeutique du patient « *fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient et elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur*

³⁴⁹ OMS, « Therapeutic Patient Education - Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease », Organisation Mondiale de la Santé, 1998, p. 90.

maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie »³⁵⁰. Il est important de souligner qu' « une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient ».

Les recommandations de la HAS nous enseignent que la finalité de l'éducation thérapeutique est double, tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions. La première réside dans l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins. Ce terme d'auto-soins est, par ailleurs, défini comme « *les décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé* »³⁵¹. La seconde dimension demandée à l'éducation thérapeutique est la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Cette notion d'adaptation est fondamentale dans toute nouvelle pratique. Elle peut être définie comme « *les compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci* »³⁵².

La présentation des finalités de l'éducation thérapeutique montre que celle-ci « *est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications* »³⁵³.

³⁵⁰ Haute Autorité de Santé, « Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation », Haute Autorité de Santé, 2007, p. 8.

³⁵¹ OMS, « A glossary of terms for community health care and services for older persons », Kobe, OMS, 2004, (« Ageing and Health Technical report »), p. 111.

³⁵² OMS, « Skills for health: skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school », Geneva, OMS, 2003.

³⁵³ Haute Autorité de Santé, « Education thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? », Haute Autorité de Santé, 2007, p. 8.

§2 La télémédecine comme moyen pédagogique.

L'éducation thérapeutique du patient pour la télémédecine fait écho à la formation nécessaire pour les patients acteurs d'une activité de télémédecine comme définie à l'article R.6316-3. La formation du patient bénéficiant de la télémédecine et l'éducation thérapeutique sont complémentaires. Plus le patient sera formé sur la pathologie dont il souffre et meilleure sera sa prise en charge.

La formation du patient au préalable à sa participation dans une activité de télémédecine oblige celui-ci à maîtriser un certain nombre de paramètres. En effet, il faut que ce dernier soit capable de comprendre le déroulement de la téléconsultation. Prenons l'exemple du diabétique suivi à distance par son médecin (Télédiab 1³⁵⁴). L'éducation thérapeutique autour du diabète est importante depuis de nombreuses années car le patient doit avoir conscience de l'importance de cette pathologie pour pouvoir s'astreindre à la rigueur de son traitement. Dans l'expérimentation Télédiab 1, le patient a aussi été formé à l'utilisation de l'outil qui permet la mesure de sa glycémie. En plus d'avoir été formé, l'outil lui permet plus facilement de comprendre son taux de glycémie et d'agir plus facilement sur son régime alimentaire et son rythme de vie.

En plus d'améliorer la formation des patients souffrant de maladies chroniques, la télémédecine permet de faciliter la compréhension des pathologies grâce aux outils qu'elle nécessite. En effet, les images ou les différents paramètres utilisés par le professionnel requis aident le patient à mieux comprendre son état. Prenons l'exemple de la téléconsultation bucco-dentaire. Lors de l'enregistrement des vidéos par l'infirmière requérante, le patient se retrouve face à l'écran de l'ordinateur ce qui lui permet de voir ses dents et sa bouche. Ainsi, il peut se rendre compte plus facilement de son niveau d'hygiène et de son état dentaire. De plus, l'utilisation de la lumière fluorescente par la caméra intra-buccale choisie pour ce projet facilite grandement la compréhension du patient. Par ailleurs, l'infirmière peut remonter les vidéos une fois celle-ci enregistrées. Ainsi, le patient, lorsqu'il est en état de

³⁵⁴ S. Franc, P. Benhamou, B. Catargi[et al.], « PO25 Télésage (□E-Suivi A Grande Échelle de diabétiques de type 1 et 2 sous schéma basal-bolus): Première étude medico-économique sur le télésuivi du diabétique, destinée à répondre aux questions d'organisation des soins et à obtenir un remboursement », *Diabetes & Metabolism*, vol. 40, 2014, p. A27.

visionner et de comprendre les enregistrements, peut améliorer son hygiène et identifier la cause des gênes qu'il peut rencontrer.

Titre II La télémédecine, l’outil majeur de la santé publique.

Nous l’avons vu, l’acte de télémédecine ne peut exister qu’en présence d’un contrat de télémédecine qui cadre son organisation. Une activité de télémédecine est coordonnée par une Agence Régionale de Santé et une convention doit être signée entre tous les acteurs de cette activité. Ces modalités permettent de s’assurer qu’une activité de télémédecine ne se met en place qu’en cas de besoin de santé et non pas pour une stricte raison financière ou de confort. En plus d’avoir la triple finalité thérapeutique propre à tout acte médical comme nous venons de le présenter, l’acte de télémédecine doit répondre à un besoin de santé publique. Cette notion est présente dès la loi HPST avec la précision dans l’article L.6316-1 que les activités de télémédecine doivent « *tenir compte des déficiences de l’offre de soins dues à l’insularité et l’enclavement géographique* ». Cette phrase laisse sous-entendre que la télémédecine est destinée à compenser la disparité médicale sur un territoire. Il semble réducteur de limiter la télémédecine aux déserts médicaux alors qu’encore aujourd’hui certaines populations physiquement en centre de grandes villes ou d’agglomérations suffisamment pourvues en professionnels médicaux s’affrontent malgré tout à une difficulté d’accès à certains spécialistes. Citons particulièrement les populations dites « fragiles » comme les personnes en perte d’autonomie, les personnes en situation de handicap, les personnes incarcérées ou encore les personnes en marge de la société. Cette situation est retrouvée pour les populations institutionnalisées ou non. L’accessibilité à certains spécialistes semble même se dégrader lorsque la personne rentre en établissement médico-social³⁵⁵.

D’un autre côté, l’acte de télémédecine a vu le jour dans une période critique sur le plan économique. Il est donc fondamental que le développement de la télémédecine soit soumis au respect de l’économie de la santé. Le terme « d’économie » prend ici tout son sens puisque, en plus de rentrer dans le modèle de financement de la santé français, la télémédecine peut être un bon moyen pour faire de nombreuses économies financières sur la globalité du système de santé.

³⁵⁵ Sophie Thiébaud, Laurence Lupi-Pégurier, Alain Paraponaris[et al.], « Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. / 7, mars 2013, p. 60□64.

L'ANAP se positionne comme un allié et un conseiller de bonnes pratiques dans le développement des projets de télémédecine sur le territoire. Dans un guide³⁵⁶ réalisé en mai 2012, l'institution présente les « *facteurs clés de succès d'un projet de télémédecine* ». En plus de « *l'élément technique qui reste fondamental* », les cinq facteurs clés sont :

- un projet médical répondant à un besoin ;
- un portage médical fort, soutenu par un coordonnateur ;
- une organisation adaptée et protocolisée ;
- des nouvelles compétences à évaluer ;
- un modèle économique construit.

Forts de ces conseils, nous développerons cette partie autour du rôle que doit jouer une activité de télémédecine en santé publique, en reprenant ces différents facteurs. En effet, nous verrons dans un premier temps qu'une activité de télémédecine doit avant tout répondre à un besoin de santé publique (Chapitre I) et ainsi nous présenterons l'état actuel de la situation de la prise en charge bucco-dentaire dans les établissements médico-sociaux en particulier (Section 1), montrant ainsi « *le besoin médical* ». Puis nous développerons autour de l'amélioration de la prise en charge grâce à la mise en place d'une activité de télémédecine, particulièrement sur le plan des compétences des différents personnels qui interviennent dans ce type de projet (Section 2) et nous présenterons ainsi les trois facteurs clés suivants : le rôle du coordonnateur, les compétences que doivent acquérir les différents acteurs et enfin les protocoles qui devront émerger de cette nouvelle pratique. Enfin nous proposerons un montage économique qui pourrait convenir à l'ensemble des partenaires et des intervenants dans ce type de projet (Chapitre II).

³⁵⁶ ANAP, *op. cit.*

Chapitre I Répondre à un besoin de santé publique.

Tendre vers une démocratie sanitaire tant souhaitée.

La démocratie sanitaire est une notion importante dans notre système de santé. Cette idée nommée par Madame Martine Aubry³⁵⁷, lors d'une intervention à la commission des comptes de la sécurité sociale le 22 septembre 1998³⁵⁸ et ensuite développée dans un titre entier de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé³⁵⁹ portée par Monsieur Bernard Kouchner³⁶⁰, a été source d'étude de bon nombre de spécialistes du droit de la santé. Madame Caroline Le Goffic et Monsieur Michel Borgetto pensent que « *le développement de la télémédecine [...] vise à apporter des réponses aux défis actuels auxquels se trouve confronté le système de santé. Il s'agit au premier chef de favoriser l'accès aux soins pour la population rurale, en vue de mettre en place une véritable démocratie sanitaire* »³⁶¹. Cet espoir en la télémédecine est partagé par un grand nombre d'acteurs de la santé. C'est pourquoi beaucoup d'entre eux se lancent dans l'organisation d'expérimentations d'activité de télémédecine à travers le territoire national.

Le retour que nous pouvons avoir de nos jours sur les nombreux tests d'activité de télémédecine déployés depuis plusieurs années maintenant, même avant la publication du décret de télémédecine, nous permet de tirer certaines conclusions. L'ANAP³⁶² prévient que le premier facteur obligatoire pour qu'une activité de télémédecine puisse réussir est de baser « *le projet médical sur les besoins des patients et des acteurs médicaux concernés, et les spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré.* » Il est fondamental de comprendre que ce n'est pas le système de santé, les patients ou les professionnels qui doivent se plier à une

³⁵⁷ Alors Ministre de l'Emploi et de la Solidarité dans le gouvernement Jospin

³⁵⁸ Martine Aubry, « Approfondir les solidarités et confronter notre système de protection sociale », *Doit social*, vol. / 11, novembre 1998, p. 863 □ 72.

³⁵⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

³⁶⁰ Alors Ministre délégué chargé de la santé auprès du ministre de l'emploi et de la solidarité dans le gouvernement Jospin.

³⁶¹ Michel Borgetto et Caroline Le Goffic, « La télémédecine », *RDSS*, vol. / 06, décembre 2011, p. 985 □ 7.

³⁶² ANAP, *op. cit.*

nouvelle technologie mais « *les technologies de l'information et de la communication sont des moyens au service d'un besoin de santé publique, d'une activité médicale et d'une communauté de professionnels de santé non médicaux* ». Ce n'est qu'en utilisant ce cheminement que nous pourrions envisager le développement d'activités de télémédecine sur le long terme et pas seulement réduites à une phase expérimentale.

Le projet e-DENT est un exemple concret d'une expérimentation basée sur un besoin médical bien défini et persistant. La technologie ne vient qu'au service de ce projet. L'égalité d'accès aux soins bucco-dentaires n'est malheureusement qu'une utopie. La triade, « *sécurité, liberté et égalité* »³⁶³ n'est pas respectée. Etudions les particularités de l'inégalité d'accès aux soins bucco-dentaires en France en 2014.

³⁶³ Didier Tabuteau, *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013, (« Broché »).

Section 1 Une inégalité d'accès territoriale et sociétale.

L'étude de l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes montre un réel déséquilibre au niveau national. Cette situation peut s'étudier sous deux axes. Le premier point est évidemment en matière de géographie de la santé (A.). La démographie et la répartition des professionnels sur le territoire ne répondent pas aux besoins de la population. Le second point est autour de la situation sociale et sociétale de la population (B.) qui souffre d'un manque d'accès aux praticiens de l'art dentaire.

§1 Une mauvaise répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire national.

A. Le pouvoir d'attraction des UFR d'Odontologie.

Le diplôme de chirurgien-dentiste s'acquiert aujourd'hui via un enseignement au sein des Universités et plus particulièrement dans les Unités de Formation et de Recherche d'Odontologie. Ces « *facultés* » ont vu le jour officiellement en 1968 quand la chirurgie dentaire devient un enseignement d'état³⁶⁴. Auparavant, seulement cinq villes bénéficiaient d'un enseignement universitaire de l'art dentaire au sein des facultés de médecine (Bordeaux, Reims, Lille, Nancy et Clermont-Ferrand). Par ailleurs, des enseignements privés existaient, principalement basés à Paris³⁶⁵. A la rentrée 2014 nous comptons 16 UFR d'Odontologie parmi les 73 universités. Le territoire national n'est pas totalement recouvert par ces établissements. C'est pourquoi des antennes des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) voient le jour dans des régions où il n'y a pas d'UFR d'Odontologie. Ces CSERD sont les services d'odontologie des Centres Hospitaliers Universitaires dans lesquels les étudiants effectuent leur formation pratique. L'UFR d'Odontologie de Lille déploie ainsi des étudiants en fin de cycle sur des CSERD dans les villes de Rouen et du Havre.

³⁶⁴ Xavier Riaud, *Plaidoyer pour un enseignement historique de l'Art dentaire*, L'Harmattan, Paris, 2008, 111 p., (« Ethique et pratique médicales »).

³⁶⁵ *Ibidem.*. Faculté de chirurgie dentaire Université Paris Descartes, « L'historique de l'art dentaire », [En ligne : <http://www.odontologie.parisdescartes.fr/FACULTE-DE-CHIRURGIE-DENTAIRE/Historique/L-historique-de-l-art-dentaire>]. Consulté le 11 septembre 2012.

En étudiant la démographie professionnelle, nous remarquons que les départements qui accueillent des UFR d'Odontologie souffrent moins d'un manque d'effectif de professionnels que les départements limitrophes³⁶⁶. Il est compréhensible qu'un jeune homme ou une jeune femme qui vient de passer 6 ans de sa vie dans une ville soit plus facilement attiré par le fait d'y rester. D'autant plus qu'à cette période de la vie (18-25 ans), les étapes sont importantes et il n'est pas rare de rencontrer son futur époux ou compagnon de vie durant ces études. De plus, la proximité du lieu d'enseignement rassure grandement les jeunes confrères qui sont parfois attachés à leur établissement.

Pour prendre l'exemple de la région Languedoc-Roussillon, la situation est flagrante. Le nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants est compris entre 75 et 90 dans l'Hérault, qui abrite l'UFR d'Odontologie au sein de l'Université de Montpellier 1 alors que la moyenne nationale est environ de 65 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants³⁶⁷ soit environ un professionnel pour 1 540 habitants, moyenne très proche de celle de l'Union Européenne puisque cette dernière serait de 1 600 habitants par spécialiste³⁶⁸. Les départements du Gard, de l'Aude et des Pyrénées-Orientales voient ce nombre diminuer pour atteindre une moyenne entre 60 et 75 alors que la Lozère compte moins de 45 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants. Ce dernier département étant un désert médical et est en manque de chirurgiens-dentistes.

Cette rétention des praticiens autour des universités peut-elle être réduite ou organisée ? La question d'un développement de l'offre de soins hospitaliers est parfois avancée. Les études de médecine, notamment l'internat, obligent l'étudiant à réaliser une partie de son cursus sur des sites « *périphériques* ». Ainsi, l'interne se rendant le temps d'un semestre sur un site peut répondre aux besoins de santé mais aussi envisager sa vie dans ce territoire. Cette expérience est réalisée depuis quelques

³⁶⁶ Ordre National des Chirurgiens Dentistes, « Démographie des chirurgiens-dentistes », [En ligne : <http://carto.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartoncd/easy/portal/oncd>]. Consulté le 14 septembre 2014.

³⁶⁷ Marc COLLET et Daniel SICART, « Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *dress*, vol. / 594, septembre 2007.

³⁶⁸ Elsa RIGAL et Julie MICHEAU, « Le métier de chirurgien dentiste: caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative », 2007.

années au sein de l'UFR d'Odontologie de Lille qui envoie des étudiants de cinquième année au Havre ou à Caen. Ne faudrait-il pas étendre ce genre d'initiative à l'ensemble du territoire ? En Languedoc-Roussillon, les centres hospitaliers d'Uzès, de Perpignan, de Carcassonne, de Mende ou du bassin de Thau pourraient être intéressés par cette expérimentation.

D'autres raisons viennent expliquer une disparité des praticiens de l'art dentaire. La profession de chirurgien-dentiste n'échappe pas à la règle générale de la population française qui préfère la ville et le soleil.

B. Soleil et ville

Les départements du Sud et de l'Ouest de la France attirent toujours, lors des migrations interdépartementales³⁶⁹ de la population globale. Ce qui coïncide avec le nombre important de chirurgiens-dentistes dans ces parties de la France. Comme en attestent les différentes études, « *la répartition des chirurgiens est marquée par des disparités interrégionales fortes entre le Nord et le Sud, à l'exception de l'Ile-de-France, de l'Alsace et de la Bretagne. A la fin de l'année 2006, les densités régionales variaient du simple au double entre les régions les mieux dotées (PACA, Corse, Midi-Pyrénées avec 80 à 90 praticiens pour 100 000 habitants) et les moins bien pourvues (Haute et Basse-Normandie, Picardie, et DOM avec 40 dentistes pour 100 000 habitants).* »³⁷⁰

Les centres des villes sont aussi préférés aux zones urbaines, la DRESS³⁷¹ explique que « *les densités varient selon la taille d'unité urbaine et le type de communes (urbaines, périurbaines, périphériques, rurales). Tout d'abord, la densité en chirurgiens-dentistes s'accroît avec la taille de la commune, avec trois grands profils. Ces professionnels sont peu implantés dans les communes rurales (un peu plus de 20 dentistes pour 100 000 habitants). Les densités observées sont en revanche uniformes autour de 80 pour 100 000 habitants dans les communes de*

³⁶⁹ Brigitte Baccaïni et David Levy, « Recensement de la population de 2006 », *Insee Première*, vol. / 1248, juillet 2009, p. 4.

³⁷⁰ Marc COLLET et Daniel SICART, *op. cit.*

³⁷¹ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques

moins de 200 000 habitants et proche de 90 pour 100 000 habitants dans les grandes agglomérations. Les chirurgiens-dentistes, à l'instar de nombreuses professions libérales, privilégient très nettement les « pôles urbains » au détriment des communes « périphériques » ou « multi-polarisées ». »

La qualité de vie semble avoir une place importante dans la décision de l'endroit d'installation. En effet, *« les phénomènes classiques d'héliotropisme, d'attraction des villes (proximité des entreprises pour le conjoint ou encore des services et des loisirs pour la famille) et de réticence envers les zones urbaines difficiles, la non-prise en charge par les régimes d'assurances maladie de certaines techniques modernes (et donc réservées aux publics les plus aisés) contribueraient à décourager les praticiens de s'installer dans les milieux ruraux et plus modestes »*³⁷². Cette tendance n'est pas prête de changer à en croire les prévisions à l'horizon 2030³⁷³. Pourtant, l'installation en milieu rural est plus rémunératrice. Mais il ressort des enquêtes professionnelles que le praticien privilégierait *« des critères personnels, familiaux, de modes d'activité et d'exercice plutôt que des considérations économiques »*³⁷⁴. Différentes mesures ont été mises en place et nous les verrons plus tard dans notre développement mais *« un praticien, même aidé, hésite à sacrifier son confort de vie pour s'installer dans une zone isolée ou difficile, et s'il le fait, il n'y reste souvent pas plus de quelques années »*³⁷⁵.

Dans la région Languedoc-Roussillon, ce phénomène se retrouve. Même dans le département de l'Hérault où la démographie est favorable sur un plan théorique, dans la pratique, il existe toujours des territoires en manque de praticiens, comme dans les hauts cantons de l'Hérault. Par ailleurs, au sein de la région Languedoc-Roussillon le département de la Lozère souffre de ce mal et n'arrive pas à faire oublier la présence de la mer Méditerranée et des proches grandes agglomérations urbaines de Nîmes ou Montpellier aux étudiants qui sont originaires de ce beau département.

³⁷² Marc COLLET et Daniel SICART, *op. cit.*

³⁷³ Marc Collet et Daniel Sicart, « Projections du nombre de chirurgiens-dentistes en activité en France à l'horizon 2030: sources, méthode et principaux résultats », 2007.

³⁷⁴ Marc COLLET et Daniel SICART, *op. cit.*

³⁷⁵ Elsa RIGAL et Julie MICHEAU, *op. cit.*

C. Modification du dentiste moyen

« *La profession de chirurgien-dentiste est peu étudiée. Il est frappant de constater que des débats importants sur l'avenir de son organisation et de sa performance collective sont très peu étayés par des études épidémiologiques précises laissant plutôt une large part aux discours* »³⁷⁶. Malgré tout, certaines études présentent la démographie de la profession mais aussi des projections jusqu'en 2030. Il en ressort notamment que la profession se féminise. En effet, une projection au niveau national à l'horizon 2030³⁷⁷ nous apprend que « *la féminisation de la profession devrait rester très soutenue jusqu'en 2030 puis tendrait à se stabiliser, avec un taux de femmes supérieur à 45% (contre 35% en 2006)* ». Au 1^{er} janvier 2014, 41,3% des chirurgiens-dentistes sont des femmes et elles représentent 59,6% des praticiens de moins de 30 ans³⁷⁸. Nous pouvons déjà noter une féminisation très importante des étudiants en odontologie. A noter qu'à l'UFR de Montpellier les femmes représentent 66% des inscrits en 2^{ème} et 3^{ème} année durant l'année universitaire 2013-2014.

Cette féminisation est souvent expliquée par le taux de réussite plus important des jeunes femmes au concours de la première année. Certains interprètent ce chiffre par une maturité plus avancée que les hommes à cet âge-là. Par ailleurs, la durée des études en odontologie plus courte qu'en médecine et le rythme de travail plus modulable font que les jeunes femmes se dirigent plus volontiers vers l'odontologie que la médecine en vue de leur vie familiale future.

L'âge de la profession est aussi un facteur important dans la compréhension du besoin en chirurgiens-dentistes. En effet, celle-ci tend à croître « *jusqu'en 2015 pour se stabiliser autour de 49 ans jusqu'en 2020. Avec les nombreux départs à la retraite, la profession rajeunirait ensuite, avec un âge moyen passant de 47 à 46 ans dans les décennies suivantes.* »³⁷⁹ Le fait que la profession « vieillisse » n'est pas un problème en soit. Par contre, ce qui semble inquiéter de plus en plus les représentants de la profession est le non-remplacement des praticiens installés en milieu rural.

³⁷⁶ *Ibidem.*

³⁷⁷ Marc Collet et Daniel Sicart, *op. cit.*

³⁷⁸ www.cnsd.fr, consulté le 13 septembre 2014

³⁷⁹ Marc Collet et Daniel Sicart, *op. cit.*

Nous l'avons vu, les jeunes professionnels préfèrent s'installer en ville plutôt qu'à la campagne et ce malgré une diminution de leur revenus. Ce phénomène risque d'accroître encore plus la différence de densité entre les zones urbaines et le reste du territoire.

Par ailleurs, « *les représentants de la profession soulignent que les jeunes praticiens ont tendance à travailler moins que les générations précédentes. Le temps de travail hebdomadaire et l'amplitude des horaires de travail sur la journée diminueraient.* »³⁸⁰ Ce ressenti de la profession n'a pas encore été évalué scientifiquement mais il semble compréhensible au vue de la tendance générationnelle de la réduction de temps de travail au profit des loisirs et de la vie de famille. Par ailleurs, certains auteurs³⁸¹ avancent que la féminisation de la profession n'est pas étrangère à cette diminution moyenne du temps de travail car celles-ci cumulent « *différemment des hommes la vie de famille et la vie professionnelle dans cette profession comme dans d'autres.* »

Le changement du dentiste « type » n'est pas gênant pour la prise en charge des patients, par contre, le comportement et les objectifs de ces jeunes praticiens pourraient entraîner un vrai problème de santé publique si aucune proposition n'est faite par les tutelles en trouvant un compromis entre les professionnels et les besoins de la population. Tous les changements sont difficiles à faire accepter, d'autant plus en cette période de crise économique.

Malgré tout, certaines propositions ont déjà été mises en place par les tutelles et les représentants de la profession pour lutter contre ces inégalités. Elles n'ont malheureusement pas réussies à combler tous les besoins mais elles ont le mérite d'exister.

³⁸⁰ Elsa RIGAL et Julie MICHEAU, *op. cit.*

³⁸¹ *Ibidem.*

D. Moyens déjà en place

Cette inégalité d'accès aux soins bucco-dentaires est un vrai problème de santé publique et il semblerait que les organismes de tutelle commencent à comprendre l'importance de la santé bucco-dentaire dans la prise en charge globale du patient. Les représentants de la profession ne sont pas encore présents au sein des ARS mais leur place dans le paysage de la santé publique a changé depuis quelques années. La preuve en est que certaines actions ont été lancées pour favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes dans des zones délaissées.

Premier exemple, pour favoriser l'installation dans des zones sous dotées, les tutelles ont eu l'idée de diminuer les charges sociales et de mettre en place des allègements fiscaux aux praticiens s'installant en zone franche urbaine (ZFU) ou en zone de revitalisation rurale (ZRR). Cette initiative est issue de la loi du 14 novembre 1996³⁸². Elle a entraîné un certain nombre d'installations de chirurgiens-dentistes dans ces zones mais nous l'avons vu précédemment, les praticiens sont prêts à sacrifier des avantages financiers pour une meilleure qualité de vie.

D'autres institutions se sont ensuite lancées dans l'attraction des professionnels médicaux dans les régions reculées. En effet, certaines collectivités territoriales ont proposé des aides à l'installation pour les praticiens, allant même jusqu'au financement complet de maisons de santé ou de cabinets. Encore une fois, les praticiens n'ont pas été sensibles à cette initiative incitatrice préférant toujours le confort personnel à l'argent ou aux avantages.

Dernièrement, le ministère de la santé a lancé le Contrat d'Engagement de Service Public. Initié en médecine par la loi HPST à son article 47, il ne voit le jour en odontologie qu'avec la loi du 17 décembre 2012 et plus précisément défini par le décret d'application³⁸³ qui en découle. Ce contrat a été initié « *dans le souci d'assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire et de garantir l'accès aux soins de tous, le ministère de la santé a élaboré et mis en œuvre*

³⁸² Loi n°96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville

³⁸³ Décret n°2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques.

un ensemble de mesures incitatives : parmi elles, le contrat d'engagement de service public (CESP), avec l'objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée»³⁸⁴. Une allocation de 1 200€ par mois est versée à l'étudiant qui s'engage à aller exercer dans une région en déficit de praticiens à la fin de ses études. Initiative toute récente pour les étudiants en odontologie puisque les étudiants de l'année universitaire 2013-2014 ont été la première promotion à pouvoir en bénéficier. En odontologie, 50 étudiants ont pu bénéficier de cette bourse sur l'ensemble du territoire. Malgré quelques détails encore à régler pour assurer une parfaite adéquation entre les besoins en santé publique et les contraintes matérielles et organisationnelles liées à ce contrat³⁸⁵, il semblerait que cette idée soit à développer.

Les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires sont liées en partie à la démographie des chirurgiens-dentistes sur le territoire national comme nous avons pu le voir dans la section précédente. Par ailleurs, le dysfonctionnement du système de santé global entraîne des écarts importants d'une population à une autre. Enfin, les patients eux-mêmes parfois sortent du système de santé général ou plus particulièrement de la spécialité odontologique.

§2 Le début d'une fracture sociale ?

Encore en 2014, différentes populations en France n'ont pas ou très peu accès à un chirurgien-dentiste pour multiples raisons. Pour certains, leur vie marginale les a complètement exclus du système de santé classique et ils n'ont donc de contact avec les professionnels de santé qu'en cas d'urgence. Pour d'autres leur état pathologique ou physiologique nécessite leur institutionnalisation, notamment dans des établissements médico-sociaux. C'est le cas des personnes en perte d'autonomie. Enfin, les personnes sous mains de justice ne sont pas dans la capacité de recourir au système de santé classique. Ils sont pris en charge par un service hospitalier au sein

³⁸⁴ Présentation faite sur le site www.santé.gouv.fr

³⁸⁵ Nicolas Giraudeau et Claire Debost, « Contrats d'engagement de service public durant les études de médecine et d'odontologie, deux décrets d'intensité relative », *Revue droit et santé*, vol. / 56, novembre 2013, p. 785-789.

de la maison d'arrêt mais la santé bucco-dentaire n'est pas encore totalement couverte par cette organisation.

Nous verrons donc dans un premier temps les patients qui sortent du système de santé général (A.) puis la situation dans les établissements médico-sociaux (B.) et enfin l'organisation de prise en charge bucco-dentaire en milieu carcéral (C.).

A. La grande précarité, la plus haute barrière.

Le système de santé français est souvent cité en exemple pour l'égalité d'accès aux soins qu'il permet et la prise en charge financière des soins par le système public. Malgré tout, certaines personnes sortent du système de soins et ont de grandes difficultés pour se faire prendre en charge dans le système classique. Dans un premier lieu nous pouvons nommer les marginaux et les personnes sans papiers. Ces populations n'ont que très peu accès à un chirurgien-dentiste. Une couverture sociale est nécessaire pour être pris en charge dans un établissement de santé que ce soit privé (cabinet libéral) ou public (centre de soins d'un CHU). Les cabinets libéraux sont très frileux en général pour recevoir ce type de population et les patients eux-mêmes ont souvent du mal à se plier aux règles de fonctionnement d'un cabinet libéral (rendez-vous à heure fixe, être en possession des différents documents administratifs nécessaires).

Malheureusement cette population a très souvent de grands besoins en termes de santé bucco-dentaire. En effet, des auteurs³⁸⁶ ont démontré qu'il existait trois dimensions de déterminants au développement de la carie : l'individu, son environnement familial et sa place dans la société. De plus, Monsieur Wolf Bohne³⁸⁷ estime que lorsqu'« *un stress social (chômage par exemple) l'emporte sur les capacités de l'individu, sur ces capacités de résistance, il y a un risque de déséquilibre prolongé des défenses de l'individu (touchant les mécanismes de défenses immunitaires). Au niveau bucco-dentaire, cela peut se traduire par une*

³⁸⁶ SA Fisher-Owens, SA Gansky, LJ Platt[et al.], « Influences on children's oral health: a conceptual model », *Pediatrics*, vol. 120 / 3, septembre 2007, p. 510-520.

³⁸⁷ Wolf Bohne, « Comment prévenir de la carie ? Analyse de la littérature », Académie de Chirurgie-dentaire, 2009.

modification de la composition de la salive et un déséquilibre écologique de la flore bactérienne au niveau de la plaque dentaire et donc un risque d'apparition de caries »³⁸⁸.

Plusieurs actions sont déjà mises en place pour lutter contre cette inégalité d'accès aux soins bucco-dentaires. Notons par exemple le bus social dentaire soutenu par le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes qui est déployé en région Ile-de-France et particulièrement dans les quartiers défavorisés. Ce bus dentaire est équipé d'un cabinet dentaire fonctionnel et permet de réaliser des soins dentaires comme dans un cabinet classique. Ce bus se déplace à proximité des associations qui prennent en charge ce type de population (Croix-Rouge, Restos du cœur,...). Ils ont pu prendre en charge 2 243 patients en 2013³⁸⁹. Ils ont aussi un rôle d'accompagnement dans l'acquisition des droits sociaux des personnes qui se rendent dans ce bus.

L'isolement des personnes en grande précarité est un fléau qu'il faut combattre au quotidien sur différents volets. Le chirurgien-dentiste doit faire partie des équipes de professionnels qui veillent sur cette population afin de répondre le mieux possible aux besoins importants en terme d'hygiène et de santé bucco-dentaire.

B. L'étonnant besoin en établissement Médico-sociaux

Autres populations en difficulté d'accès à un chirurgien-dentiste : les personnes en perte d'autonomie. En effet, les publics fragiles, personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes n'ont pas ou très peu la possibilité de bénéficier d'une consultation bucco-dentaire. Les dernières études en date rassemblées dans un document de la HAS³⁹⁰ nous informent que les consultations bucco-dentaires sont très rares en EHPAD. Notamment, 14,8% des résidents de 47 EHPAD en PACA ont

³⁸⁸ Haute Autorité de Santé, *op. cit.*

³⁸⁹ Busdentaire.fr consulté le 15 septembre 2014

³⁹⁰ Haute Autorité de Santé, *op. cit.*

eu une visite odonto-stomatologique au cours des 12 derniers mois³⁹¹. Mais aussi, 42% de 390 résidents d'EHPAD en Essonne n'ont pas eu de consultation odonto-stomatologique depuis plus de 5 ans³⁹².

Par ailleurs, les optimistes auraient pu penser que l'accessibilité aux soins bucco-dentaire augmente lors de la rentrée en institution pour les personnes en perte d'autonomie. Pourtant, d'après l'étude réalisée en région PACA, « *la probabilité de recours au chirurgien-dentiste est diminuée d'un quart lorsque les personnes sont institutionnalisées par rapport aux personnes vivant à domicile* »³⁹³.

Contrairement aux idées reçues, les résidents d'EHPAD ne sont pas tous édentés, « *dans les centres d'hébergements, environ une personne sur 3 était édentée* »³⁹⁴. D'ailleurs, même un patient édenté mérite une consultation bucco-dentaire afin de s'assurer qu'il ne présente pas de blessure sur les muqueuses. D'autre part, le besoin en soins bucco-dentaires est important puisque, en moyenne, « *30 à 40% des résidents dentés présentaient un besoin en soins conservateurs* » comme le présentent les différentes études centralisées dans le document de la HAS sur la stratégie de prévention de la carie. A ce chiffre important sur la présence de lésions carieuses il faut ajouter les racines résiduelles et les problèmes gingivaux sources de douleurs et foyers inflammatoires et infectieux potentiels qui nécessitent une prise en charge particulière.

La situation est malheureusement similaire dans les différents types d'établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, EHPAD, ...). Premier problème autour de la prise en charge bucco-dentaire même avant d'envisager un déplacement chez le chirurgien-dentiste, c'est l'hygiène et la toilette dentaire. En effet, la toilette dentaire n'est que très rarement réalisée en institution. Une étude réalisée par le service médical de l'assurance maladie du Languedoc-Roussillon sur 200 EHPAD en

³⁹¹ Union régionale des caisses d'assurances maladie Provence Alpes Côte d'Azur. L'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en maison de retraite en région Provence Alpes Côte d'Azur. Marseille : URCAM ; 2006

³⁹² Echelon local du service médical de l'Essonne, Dorin M., Candes C., Chevalier J., Cohen C., Collet C., et al. Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes en Essonne. Partie 1 & 2. Evry. ELSM : 2000

³⁹³ Sophie Thiébaud[et al.], *op. cit.*

³⁹⁴ Haute Autorité de Santé, *op. cit.*

2012 et 2013. Il ressort notamment qu'entre 60 et 90% des résidents, en fonction des EHPAD, n'avaient pas, ou une mauvaise, hygiène bucco-dentaire. Pourtant, la HAS demande depuis mars 2010 de mettre en place un brossage des dents minimum deux fois par jour avec un dentifrice fluoré et de le tracer.

La difficulté dans la réalisation de la toilette dentaire repose sur différents critères. Tout d'abord, les équipes soignantes disent ne pas avoir le temps pour réaliser cette tâche. Il est vrai que le temps « *soignant* » est compté dans les établissements médico-sociaux mais la vraie question à poser est : pourquoi la toilette dentaire a-t-elle été sacrifiée au départ ? N'a-t-elle jamais été réalisée ? Il est vrai que la santé bucco-dentaire a été depuis très longtemps mise de côté au profit de pathologies « plus importantes ». Pour autant, il est clairement défini de nos jours que l'état bucco-dentaire a une incidence sur l'état général d'un patient et d'autant plus sur des patients poly-pathologiques comme c'est très souvent le cas pour les résidents d'établissements médico-sociaux. Ensuite, le manque d'enseignement sur la réalisation pratique d'un brossage de dents pour un résident est indiscutable lorsqu'on étudie les maquettes d'enseignement des écoles d'aides-soignantes où l'odontologie est dans le meilleur des cas survolé. De plus, la méconnaissance de l'importance de l'état bucco-dentaire pour les patients, est flagrante que ce soit sur le plan médical mais aussi social. Enfin, l'hygiène bucco-dentaire n'est pas toujours réalisée par les professionnels de santé pour eux-mêmes, il est donc compliqué de leur demander de faire un acte d'hygiène sur un résident alors qu'ils ne font pas pour eux.

C. L'incapacité à répondre à l'obligation réglementaire en milieu carcéral.

L'accessibilité au chirurgien-dentiste des personnes sous main de justice est particulière et correspond à leur statut. Il existe une directive de la direction générale de la santé³⁹⁵ de réaliser une consultation bucco-dentaire à chaque nouvelle arrivée

³⁹⁵ Ministère de la santé et des sports et Ministère de la justice et des libertés, « Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », Ministère de la santé et des sports, 2010, p. 84.

d'un détenu durant la consultation médicale. La réalisation de ces consultations se fait au sein des unités sanitaires, détachement d'un service du CHU de la région. Des chirurgiens-dentistes sont recrutés pour réaliser des vacations au sein de ces services pour prendre en charge les soins à réaliser et aussi les consultations à l'entrée. Malheureusement, le recrutement des professionnels est difficile³⁹⁶ ce qui entraîne une inégalité d'accès pour les patients. Par ailleurs, « *il semble que, dans la moitié des cas environ, l'examen bucco-dentaire ne soit pas systématiquement réalisé à l'entrée en détention ou réalisé dans de mauvaises conditions* »³⁹⁷. Mis à part le manquement à l'obligation demandée par la tutelle, l'établissement pénitentiaire ne participe pas à l'amélioration de la santé des détenus mais aussi prive les détenus de « *l'enjeu psychologique et social (restauration de l'estime de soi, meilleur conditions de (ré)insertion) qui ne doit pas être sous-estimé.* »³⁹⁸

Même si peu d'études épidémiologiques ont été réalisées sur l'état bucco-dentaire des détenus, il est connu que « *3 détenus sur 4 présentent au moins une carie non soignée et 43,8% ont besoin d'au moins un traitement de pulpite ; plus des trois quarts avaient également besoin d'un détartrage ; un tiers présentait un foyer infectieux dentaire ou dento-maxillaire ; un tiers avait besoin d'une ou plusieurs extraction(s) dentaire(s) ; près de 13% présentaient un délabrement visible des dents antérieures (incisives et canines) de nature à dégrader leur apparence et retentir sur leur vie sociale.* »³⁹⁹ « *Les besoins de cette population en termes de prévention et soins bucco-dentaires ont fait l'objet de différentes études qui justifient pleinement la nécessité d'une politique spécifique en la matière.* »⁴⁰⁰

Il est important de relever aussi que plus de 30% des consultations de spécialités concernent les demandes de soins dentaires.

³⁹⁶ Daniel Oberlé, « Soins dans les établissements pénitentiaires », [En ligne : http://www.odonte.com/index.php?option=com_content&view=article&id=82:soins-dans-les-prisons&catid=41:la-sante-en-france&Itemid=61]. Consulté le 26 février 2013.

³⁹⁷ Ministère de la santé, « INSTRUCTION N°DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires. ».

³⁹⁸ *Ibidem.*

³⁹⁹ Direction régionale du service médical, Pilven A., Melet J., Le Bot P., Wacheux C., Durandière F. Etat de santé bucco-dentaire et délivrance des soins aux détenus en Bretagne en 2007. Rennes : DRSM ; 2008

⁴⁰⁰ Ministère de la santé, *op. cit.*

Pour l'administration pénitentiaire, « *le séjour en détention est l'occasion d'informer les personnes détenues sur leurs besoins de soins, sur les comportements favorables à la bonne santé dentaire (hygiène, habitudes alimentaire, etc.) et de leur proposer la réalisation des traitements nécessaires, en tenant compte de la durée prévisible de leur incarcération et des possibilités techniques de l'UCSA. Le cas échéant, cet examen peut aussi permettre la détection de lésions buccales évocatrices de pathologies évolutives (cancer, VIH).* »⁴⁰¹

L'incapacité des détenus à pouvoir se rendre chez un chirurgien-dentiste doit pouvoir être compensé par une prise en charge médicale adaptée au sein de l'établissement. Les chirurgiens-dentistes exerçant dans ces structures, sont très souvent surchargés par la quantité de soins à réaliser sur les patients déjà incarcérés et ne peuvent donc pas faire face au flux continu des arrivants. C'est pourquoi la consultation à l'entrée est très souvent sacrifiée.

⁴⁰¹ *Ibidem.*

Section 2 L'activité de télémédecine comme outil de la démocratie sanitaire.

§1 Lutter contre « l'insularité et l'enclavement géographique ».

Le premier objectif de la télémédecine est peut-être de diminuer les déserts médicaux. C'est du moins ce que nous pouvons conclure à la lecture de l'article référence⁴⁰² de la télémédecine dans le code de la santé publique. En effet, celui-ci se termine en précisant que « *la définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique* ». Le législateur a vu dans le développement de la télémédecine une réponse possible au problème de démographie médicale que nous avons pu présenter plus haut. Ce point de vue est partagé par un certain nombre d'acteurs de la télémédecine et particulièrement l'ANAP qui voit en cette solution un moyen « *d'améliorer l'accessibilité à des soins de qualité sur tout le territoire* »⁴⁰³. Il semble légitime d'utiliser cette médecine à distance pour rapprocher les personnes. Nous l'avons vu, le territoire national n'est pas pourvu également en chirurgien-dentiste. La télémédecine pourrait rapprocher les praticiens de l'ensemble de la population. La géographie pourrait ne plus être une raison d'inégalité d'accès aux soins.

Tout d'abord, la télémédecine pourrait être développée dans les différentes maisons de santé qui naissent un peu partout sur tout le territoire. Ces structures ont pour objectif de regrouper les professions de santé d'un territoire en facilitant leur installation et en améliorant la prise en charge des patients en permettant à ces derniers de trouver dans un même endroit plusieurs catégories de professionnels de santé. En l'occurrence, ces maisons médicales ne sont pas toutes dotées d'un chirurgien-dentiste. L'activité et la population drainées par cette maison de santé ne justifient peut être pas la présence d'un praticien de l'art dentaire à temps plein. Pourtant, pour faire un bilan médical complet ou lorsque les patients se plaignent de douleurs dentaires, le spécialiste pourrait être nécessaire. Pour éviter le déplacement

⁴⁰² Art L.6316-1 C. santé publ.

⁴⁰³ ANAP, *op. cit.*

du patient dans le cabinet le plus proche ou le déplacement du chirurgien-dentiste, une téléconsultation permettrait « *d'optimiser l'utilisation du temps des ressources médicales rares, d'améliorer la collaboration entre professionnels de santé dans la réalisation des actes et de rendre plus adaptés les parcours de soins des patients* » comme le préconise l'ANAP.

Ainsi, il n'y aurait plus de disparité entre nord et sud ou centre urbain et zone rural puisque les praticiens pourraient exercer où ils veulent, gagner du temps sur les consultations initiales, les visites de contrôle et les bilans post thérapeutiques. Ensuite ils pourraient organiser leurs rendez-vous en fonction des différents diagnostics qu'ils auraient pu faire à distance. Il est évident que la télémédecine ne résoudra pas à elle seule l'inégalité d'accès à un chirurgien-dentiste sur un territoire mais pourrait contribuer grandement à la faire diminuer.

Par ailleurs, nous l'avons abordé plus haut, la démographie odontologique est légèrement biaisée entre le nombre de praticiens et le temps travaillé. En effet, le temps de travail n'est pas le même pour tous les chirurgiens-dentistes. Il semblerait que les femmes ont tendance à faire moins d'heures que les hommes même si cette différence devrait avoir tendance à diminuer. Les téléconsultations bucco-dentaires sont réalisables depuis de nombreux endroits. Pas besoin d'être dans un cabinet dentaire pour faire un diagnostic à distance. Nous pouvons donc imaginer qu'un nouveau mode d'exercice voit le jour. Des « télé-dentistes » pourraient émerger de la profession, ainsi compléter leur activité depuis leur domicile et nous pourrions même imaginer un « télé-dentiste exclusif » qui ne fasse que des téléconsultations ou des télé-expertises.

En effet, la télémédecine pourrait être utile afin d'égaliser la qualité de prise en charge par la télé-expertise. En fonction de l'offre de praticiens accessibles par un patient, celui-ci pourrait ne pas bénéficier d'une prise en charge spécialisée quand son état ou sa pathologie le nécessite. L'odontologie est une pratique très généraliste mais qui tend à se spécialiser. Ce phénomène devrait continuer à s'accélérer avec l'apparition de quatre spécialités en odontologie depuis 2011⁴⁰⁴. Certains praticiens

⁴⁰⁴ Arrêté du 12 août 2011 fixant pour l'internat en odontologie l'organisation des choix de postes, la répartition des postes, l'affectation des internes et le déroulement des stages particuliers

se spécialisent dans une discipline bien particulière : occlusodontie, dermatologie buccale, chirurgie buccale, implantologie, pédodontie,... L'omnipraticien ne maîtrise donc pas aussi bien toutes les techniques et connaissances que le spécialiste de la discipline. Pour cela, la télémédecine pourrait être un outil intéressant dans l'égalité des soins ou des prises en charge.

§2 Donner accès aux chirurgiens-dentistes pour les populations fragiles.

Nous l'avons présenté précédemment, l'accessibilité aux professionnels de l'odontologie n'est pas aisée pour tout le monde. En effet, malgré de nombreux efforts des professionnels, de la profession, des pouvoirs publics, il reste encore une inégalité d'accès aux chirurgiens-dentistes. Différentes populations sont principalement touchées par ce problème de santé publique et la télémédecine semble être un outil primordial pour lutter contre cette inacceptable perte de chance.

Nous reprendrons les différentes populations citées dans la section précédente et nous développerons l'intérêt de la télémédecine. Nous commencerons donc par l'objectif de réinsertion des précaires (§1.), puis nous verrons comment les téléconsultations peuvent révolutionner la prise en charge bucco-dentaire en établissements médico-sociaux (§2.) et enfin nous aborderons l'opportunité que représente la télémédecine pour les unités sanitaires (§3.).

A. Réinsérer les « exclus ».

Il existe une tranche de la population sur le territoire national qui n'est plus ou pas dans le système de santé général. Cette situation peut découler d'une situation irrégulière ou en passe de régularisation pour la population immigrante mais aussi de problèmes sociaux que rencontrent malheureusement de plus en plus de monde en cette période de crise économique mondiale. Pour lutter contre cela certaines initiatives ont été lancées depuis plusieurs années, comme le bus dentaire et social en Ile-de-France. Cette organisation de bus dentaire pourrait être améliorée par

l'association des soins réalisés par les praticiens dans ce bus par le diagnostic fait à distance grâce à la téléconsultation bucco-dentaire.

Nous pourrions envisager une organisation qui permettrait au praticien de gagner du temps et ainsi voir plus de patients. Pour cela, un professionnel de santé devra être formé à l'utilisation de la caméra et aux grandes bases de l'odontologie. Cette personne se rendrait sur les différents sites où le bus doit venir s'installer quelques jours plus tard. Le bus dentaire et social travaille en partenariat avec des associations ou des collectivités et vient se positionner à proximité de celles-ci. Ainsi, le professionnel de santé pourrait bénéficier des locaux de l'association partenaire pour réaliser les enregistrements. Une fois cet enregistrement réalisé et les informations nécessaires recueillies, toutes ces données sont envoyées vers l'équipe médicale du bus et le diagnostic pourrait être posé. Ainsi il deviendrait possible de prioriser les soins à effectuer et de planifier les actes à réaliser, dégageant ainsi du temps à l'équipe soignante mais aussi au patient, lui permettant ainsi de diminuer les rendez-vous.

B. Permettre une consultation bucco-dentaire en établissements médico-sociaux.

Même s'ils intègrent un établissement médico-social, les usagers d'EHPAD n'ont pas pour autant de facilité d'accès à un chirurgien-dentiste. Pourtant, il semble légitime de penser qu'en vivant dans ce type d'établissement la qualité de prise en charge augmente. Si cette hausse d'accompagnement sanitaire et social se vérifie globalement, l'état bucco-dentaire n'est pas encore une priorité des dirigeants d'établissement et des pouvoirs publics ou du moins, la solution pour une prise en charge bucco-dentaire n'est pas encore trouvée.

La HAS a pourtant rappelé dernièrement que *« pour les personnes âgées dépendantes, le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire est important »*. C'est pourquoi l'assurance maladie et les différentes ARS travaillent sur des solutions permettant une amélioration de la situation. L'ARS Languedoc-Roussillon a pris le parti de déployer une expérimentation de télémédecine bucco-dentaire. Grâce à cette

activité de téléconsultation, l'objectif est de répondre aux préconisations du service médical de l'assurance maladie qui consistent à « *instaurer une évaluation initiale à l'entrée en EHPAD et un bilan bucco-dentaire annuel par un chirurgien-dentiste ; réaliser ou veiller à la réalisation par le résident de la toilette buccale ; savoir repérer les problèmes bucco-dentaires nécessitant l'intervention du chirurgien-dentiste* ». La télémédecine peut être un outil extraordinaire pour répondre à ces différentes attentes et le projet e-DENT a été réfléchi de façon à permettre de satisfaire l'ensemble de ces recommandations.

1. « Instaurer une évaluation initiale à l'entrée en EHPAD et un bilan bucco-dentaire annuel par un chirurgien-dentiste » :

Cette première préconisation est naturelle quand on sait qu'un bilan médical est réalisé à l'entrée. Celui-ci comprend un bilan général sur l'état du résident avec notamment des points spécifiques sur l'état cognitif et le stade de dénutrition. Le bilan bucco-dentaire n'est que très rarement réalisé. Il arrive que le médecin coordonnateur ou une infirmière fasse ouvrir la bouche du nouveau résident pour voir son état bucco-dentaire mais sans équipement spécialisé il semble compliqué de pouvoir considérer que cette rapide vision de la bouche du résident soit un réel bilan bucco-dentaire.

L'outil télémédecine, particulièrement comme le propose le projet e-DENT, pourrait palier aisément ce manque. En effet, lors de l'arrivée du résident, l'infirmière référente pourrait passer la caméra dans la bouche, rappeler les règles importantes d'hygiène et de prévention en matière de santé bucco-dentaire. Ainsi, à distance, le bilan bucco-dentaire serait réalisé par un spécialiste qui pourrait donner un diagnostic précis et un plan de soins à réaliser. De cette façon, l'entrée en EHPAD pourrait permettre aux personnes dépendantes de faire le point sur leur état bucco-dentaire et vérifier aussi les interactions entre les pathologies dont elles souffrent et leur état bucco-dentaire.

2. « Réaliser ou veiller à la réalisation par le résident de la toilette buccale » :

Cette deuxième recommandation peut choquer par sa simplicité. En effet, il peut sembler aberrant qu'en 2014 l'assurance maladie demande à ce que la toilette buccale soit réalisée. Pourtant, l'hygiène buccale en établissements médico-sociaux n'est pas systématiquement effectuée. C'est pourquoi le projet e-DENT s'est rapproché d'un laboratoire pharmaceutique très célèbre pour profiter de ce projet de télémédecine bucco-dentaire et pour améliorer l'hygiène et la prévention bucco-dentaires.

Le laboratoire ORAL-B a participé à des séances de formation des personnels soignants des différents établissements pilotes sur cette expérimentation. Durant celles-ci, il était rappelé l'importance de l'hygiène bucco-dentaire pour les personnes en perte d'autonomie mais aussi l'intérêt majeur du brossage électrique comparativement au brossage manuel⁴⁰⁵. En effet, les brosses à dents électriques sont plus appropriées pour les personnes en perte d'autonomie et ce pour différentes raisons. Tout d'abord, le manche est plus important ce qui permet une préhension plus simple pour le résident qui a très souvent des difficultés pour tenir le petit manche d'une brosse à dents manuelle. Ensuite, les mouvements que fait la tête de la brosse à dents simplifient son utilisation car l'utilisateur n'a plus besoin de faire le mouvement de brossage. Pour les résidents d'EHPAD qui ont des difficultés pour se mouvoir, la technologie permet de pallier cette lacune. De plus, lorsque ce sont les personnels soignants qui réalisent la toilette dentaire, le mouvement demandé pour un brossage électrique est plus simple que pour un brossage manuel. Enfin, il a été prouvé dans des études de pré-commercialisation qu'un utilisateur de brosse à dents électrique appuiera moins fort qu'avec une brosse à dents manuelle, d'autant plus que les têtes des brosses à dents électriques sont maintenant capables d'arrêter de tourner lorsque la pression est trop importante.

⁴⁰⁵ « Les brosses à dents oscillo-rotatives ont réduit la plaque et la gingivite plus efficacement que le brossage manuel à court terme, et ont réduit les scores de gingivite dans les études de plus de 3 mois (les études supérieures à 3 mois sont définies comme études à long terme par la Cochrane collaboration). Aucun autre modèle électrique n'a été jugé supérieur aux brosses à dents manuelles. »

La télémédecine ne peut pas jouer de rôle dans cette partie puisqu'il n'y a pas d'acte médical réalisé et que cette partie du projet concerne l'hygiène propre du résident. Par contre, l'activité de télémédecine joue un rôle indirect sur deux points. Le premier est que l'équipe médicale est plus sensibilisée à l'importance de la santé bucco-dentaire par la formation dont elle a pu bénéficier mais aussi avec l'opportunité qui leur est donnée de voir l'état bucco-dentaire des personnes qu'elle a la charge d'améliorer. Il ressort de l'expérimentation de télémédecine bucco-dentaire que les équipes soignantes semblent être plus investies sur la santé bucco-dentaire après le commencement de l'expérimentation. Nous pouvons attribuer cette modification à deux paramètres. Le premier : la caméra intra-buccale utilisée semble avoir un impact ludique auprès de la population soignante dans les établissements. Le second est que l'échange et la relation qui s'installent entre l'infirmière référente du projet dans l'établissement et les équipes soignantes est propice au développement de l'hygiène bucco-dentaire. En effet, le discours entre deux infirmières n'est forcément pas le même qu'entre un chirurgien-dentiste et une infirmière. De fait, les équipes prennent plus volontiers part à l'expérimentation en jouant leur rôle de surveillance au quotidien de la toilette dentaire.

Le second point est que les téléconsultations qui sont réalisées tous les 6 mois permettent de veiller à ce que la toilette soit bien réalisée. Lors de la première téléconsultation si le praticien diagnostique un manque d'hygiène et demande à l'équipe soignante d'être vigilante sur la toilette dentaire du résident et que six mois après, lors de la téléconsultation de contrôle, l'hygiène n'est pas améliorée, nous avons un élément objectif de contrôle de l'hygiène dentaire dans ces établissements. L'objectif n'est pas de surveiller ou contrôler le travail des équipes mais au contraire de pouvoir travailler avec eux sur l'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des résidents, avec comme base des éléments objectifs. Jusque-là, les études sur l'hygiène bucco-dentaire en établissements médico-sociaux étaient réalisées sur du déclaratif. Grâce à la télémédecine nous pourrions baser les études sur des éléments concrets et ainsi avoir une démarche qualité.

Par ailleurs, l'hygiène bucco-dentaire peut devenir une thématique de la e-santé. Le lancement sur le marché de brosses à dents électriques connectées⁴⁰⁶ permet d'imaginer un certain nombre d'évolution dans ce domaine. En effet, le chirurgien-dentiste ou l'infirmière référente pourra s'assurer que le résident a bien réalisé sa toilette bucco-dentaire et ainsi s'assurer que la thérapeutique mise en place a toutes les chances de fonctionner. D'autre part, la télésanté peut aussi s'emparer de la santé bucco-dentaire en intégrant ou développant des outils pour améliorer la santé bucco-dentaire. Certains seront à destination des patients et pourquoi pas, intégrés à des programmes de prévention déjà existants, comme peut l'être le projet Kodro®⁴⁰⁷ de la société Altéra Group. D'autres, tels que des jeux autour de l'amélioration de l'hygiène et de la compréhension de la santé bucco-dentaire, peuvent s'ajouter aux programmes déjà existants.

3. « savoir repérer les problèmes bucco-dentaires nécessitant l'intervention du chirurgien-dentiste » :

Cette dernière recommandation est à destination des équipes de soins. L'assurance maladie souhaite que les infirmières et/ou les aides-soignantes soient capables de détecter les lésions bucco-dentaires qui doivent entraîner une prise en charge par un spécialiste. Cette recommandation peut être interprétée comme une demande aux personnels soignants de diagnostiquer les pathologies bucco-dentaires. Or, nous l'avons vu précédemment, le diagnostic est un acte médical réservé aux professionnels médicaux. Certes le terme employé par le service médical de l'assurance maladie est « repérer » mais la frontière est mince entre un « diagnostic » et un « repérage ». C'est pourquoi, pour éviter toute ambiguïté dans l'interprétation du langage employé, l'utilisation de la télémédecine pourrait être d'un grand intérêt. En effet, la télémédecine permettrait de lever l'ambiguïté autour du diagnostic de la lésion et surtout d'avoir une meilleure prise en charge. Un professionnel de santé formé au « repérage » des lésions bucco-dentaires sera forcément moins précis qu'un chirurgien-dentiste. Ainsi, si le professionnel de santé se trompe dans son « repérage » ce peut être considéré comme une perte de chance. Par contre, si un

⁴⁰⁶ « Oral-B Bluetooth toothbrush goes on sale », *op. cit.*

⁴⁰⁷ www.kodro.fr

chirurgien-dentiste réalise une téléconsultation à tous les résidents d'un établissement, la qualité de prise en charge augmente grandement.

C. La téléconsultation bucco-dentaire permettrait de répondre à la directive.

Contrairement aux établissements médico-sociaux, la consultation bucco-dentaire est entrée dans le protocole de la consultation médicale à l'entrée en maison d'arrêt et est d'ailleurs une des mesures de l'axe prévention et promotion de la santé du plan d'actions stratégiques 2010-2014 en matière de politique de santé pour les personnes placées sous mains de justice. Malheureusement, nous l'avons vu, le passage par le chirurgien-dentiste de l'unité sanitaire n'est pas encore systématique sur l'ensemble du territoire. Différents paramètres compliquent la réalisation de cette consultation.

Les objectifs de la première action de la mesure 7 qui vise à « *améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues* » sont : Informer les personnes détenues sur leur état dentaire, favoriser l'adoption de comportements (hygiène, alimentation, recours aux soins) favorables à la santé bucco-dentaire et leur permettre d'entreprendre les soins nécessaires. La première action est de « *s'assurer qu'un examen bucco-dentaire adapté est réalisé à l'entrée en détention et apporter toute mesure corrective* ».

La télémédecine pourrait répondre ou faciliter la réalisation de ces objectifs et ainsi participer grandement à la mise en place d'une politique de santé bucco-dentaire dans les établissements pénitentiaires.

1. La télémédecine, l'outil qu'il manquait.

L'instruction relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires publiée en août 2011 propose des

recommandations. Celles-ci couvrent l'ensemble de la pratique dentaire, à savoir, la prévention, le diagnostic et la thérapeutique.

En premier lieu, il est recommandé de réaliser « *un examen bucco-dentaire* » et de l' « *intégrer à la visite médicale d'entrée en détention* » comme le préconise aussi le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues⁴⁰⁸. Cette consultation semble difficile à réaliser en pratique. Les praticiens semblent manquer et l'organisation des services ne permet visiblement pas toujours le passage chez le spécialiste de l'odontologie. Pour lutter contre cette difficulté et cette inégalité, la télémédecine et notamment la mise en place de téléconsultations bucco-dentaires permettraient de simplifier l'organisation de cet examen à l'entrée. Nous l'avons vu, les téléconsultations bucco-dentaires sont une alternative fiable aux consultations classiques et ont l'avantage d'être réalisées par un spécialiste de la discipline.

Le fait que ce soit un chirurgien-dentiste qui réalise les téléconsultations est un paramètre important bien que la deuxième recommandation précise que « *cet examen, en cas d'indisponibilité du chirurgien-dentiste, peut être réalisé par un infirmier ou un médecin* » en se référant au 2° de l'article R.4311-2 du code de la santé publique. Celui-ci dispose que les soins infirmiers ont pour objet « *de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leur prescriptions* ». Peut-on admettre qu'un infirmier réalise un examen bucco-dentaire « *qui doit permettre d'évaluer l'état bucco-dentaire de ces personnes et de juger de la nécessité d'un rendez-vous avec le chirurgien-dentiste de l'UCSA* »⁴⁰⁹ ? N'est-ce pas la réalisation d'un diagnostic bucco-dentaire ? Certes, la terminologie est modifiée mais le résultat est le même : une thérapeutique devra découler de cette « *évaluation* ». Il semble que le rédacteur de cette instruction n'a pas tenu compte de l'article L.4141-1 qui dispose que « *la pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitements des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus*

⁴⁰⁸ Ministère de la santé et de la protection sociale et Ministère de la justice, « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues », 2004.

⁴⁰⁹ Ministère de la santé, *op. cit.*

attenants » ni de l'article L.4161-2 qui dispose qu' « *exerce illégalement l'art dentaire : toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation [...]* ». Pourtant ces deux articles interdisent clairement à l'infirmier de réaliser un examen bucco-dentaire que l'on peut aisément assimiler à une consultation dentaire. Pour la réalisation de cet examen par un médecin, la loi est plus claire. Nous l'avons vu précédemment, un médecin a la capacité de réaliser l'ensemble des actes médicaux. Par contre, nous pouvons mettre en doute la capacité d'un médecin à réaliser une consultation et un diagnostic bucco-dentaire de qualité au vu des faibles connaissances dont font preuves les médecins en odontologie. Certes une formation est prévue dans la recommandation faite par l'instruction mais il semble difficile de résumer cinq années d'études en quelques semaines sous la forme d'une formation professionnelle. Nous verrons d'ailleurs plus loin dans notre travail que les conclusions que peut faire un personnel non spécifiquement qualifié en odontologie ne sont pas systématiquement en adéquation avec l'avis d'un chirurgien-dentiste. L'utilisation de la télémédecine pourrait remplir les objectifs et respecter les obligations légales en étant très proche de cette recommandation puisqu'une infirmière ou un médecin pourrait très bien passer la caméra en bouche pour enregistrer les images nécessaires au diagnostic par le spécialiste. Cette expérimentation a été mise en place au sein de l'Unité Sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone durant le mois de juillet 2013, nous présenterons plus loin les résultats.

Troisième recommandation faite par l'instruction, profiter de la consultation bucco-dentaire pour donner une dimension d'éducation à la santé. En effet, sur un plan préventif et de politique de santé publique, profiter de l'incarcération pour donner les bonnes habitudes d'hygiène et de pratique pour améliorer la santé bucco-dentaire. Nous l'avons vu précédemment, la télémédecine a un rôle important à jouer en prévention bucco-dentaire. L'avantage du déploiement des téléconsultations bucco-dentaires, est que grâce à ça, les patients peuvent voir plus facilement l'état de leur bouche. La caméra affiche les images sur l'écran d'un ordinateur portable que les patients ont devant eux. Ainsi, ils peuvent voir clairement leur bouche et comprendre plus facilement ce que va lui dire le chirurgien-dentiste ou le professionnel de santé. De plus, il est fréquent d'avoir un problème de dialogue au sein de ce type

d'établissement, les détenus ne parlent pas tous bien le français ou refusent de communiquer avec un représentant de « l'autorité ». Grâce à ces images, le dialogue est moins nécessaire et les images parlent très souvent d'elles-mêmes.

De plus, dans cette recommandation, il est demandé au chirurgien-dentiste de rédiger un compte rendu décrivant les soins à réaliser et les soins effectués. Encore une fois, la télémédecine semble l'outil adéquat et plus particulièrement le projet e-DENT puisque les consultations bucco-dentaires réalisées durant cette expérimentation font l'objet d'un compte-rendu qui peut être facilement ajouté au dossier médical du détenu sous format papier et/ou numérique.

Enfin, la quatrième et dernière recommandation porte sur la continuité des soins en orientant les détenus « *vers les professionnels ou dispositifs les plus aptes à les prendre en charge* ». La télémédecine a, là encore, une place importante à occuper. Toutes les informations, images et vidéos prises lors des soins pendant le séjour en détention peuvent être mises à disposition du chirurgien-dentiste qui continuera les soins. Le détenu devra accepter que ces informations puissent être transmises à un autre chirurgien-dentiste comme le préconisent les obligations légales du respect des données personnelles à caractère médical. Le principal avantage est de pouvoir faire bénéficier les détenus et ex-détenus d'une continuité de soins.

Par ailleurs, la télémédecine pourrait aussi permettre d'augmenter la qualité de prise en charge au sein des établissements pénitentiaires. En effet, une activité de télé-expertise pourrait être mise en place entre les unités sanitaires des maisons d'arrêt et les services d'odontologie ou de chirurgie maxillo-faciale des CHRU. Le dossier du patient restant dans le même établissement sanitaire, il n'y a aucune difficulté législative et réglementaire à demander l'avis et le conseil d'un expert sur une pathologie donnée. En odontologie, la demande des chirurgiens-dentistes en milieu carcéral repose souvent sur la chirurgie buccale. En effet, l'état bucco-dentaire des détenus nécessite très souvent des extractions dentaires et il arrive parfois que celles-ci relèvent de la compétence d'un spécialiste que n'est pas forcément le praticien de l'unité sanitaire. La télémédecine pourrait donc être utilisée pour recueillir l'avis d'un spécialiste de ce type d'acte voir même l'assistance à distance durant l'acte.

Ces pratiques de télé-expertise et de téléassistance médicale permettraient d'améliorer la qualité de la prise en charge en spécialisant les actes qui peuvent être réalisés en unité sanitaire. De plus, elles permettraient de diminuer les extractions de prisonnier pour bénéficier de l'expertise d'un praticien particulier évitant ainsi les risques importants qu'il y a lors de ce genre d'expéditions, que ce soit les risques d'évasion mais aussi les risques encourus par la population publique et soignante présente dans les établissements de soins lors de la prise en charge du détenu. Enfin, le coût important de l'extraction d'un détenu pourrait être évité, mais aussi le temps humain nécessaire à l'organisation de cette sortie diminué.

2. L'expérimentation à Villeneuve-lès-Maguelone

L'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone dans l'Hérault fait partie du projet e-DENT. Elle participe à l'activité de télé médecine bucco-dentaire qui est déployée sur le Languedoc-Roussillon. Avant cette expérimentation, un test a pu être réalisé dans le courant de l'été 2013. Il s'agissait de réaliser des téléconsultations bucco-dentaires à l'arrivée des nouveaux détenus pendant la visite médicale initiale. Pour cela, l'aide-soignante qui avait pour mission d'assister le chirurgien-dentiste au sein de l'unité sanitaire a été formée au passage de la caméra en bouche et a bénéficié d'un rappel des grandes lignes de l'odontologie qu'elle connaissait déjà un peu par l'activité d'aide dentaire qu'elle occupait depuis plusieurs années. Il avait été donné une caméra Soprocare® reliée à un ordinateur, sur lequel était installé le logiciel Soproimaging® qui permet d'enregistrer et de classer les vidéos et photos par patient. Une fiche de liaison a été rédigée permettant l'échange d'informations entre l'aide-soignante et le chirurgien-dentiste. Sur cette fiche apparaissait l'identification du patient et des informations sur l'état bucco-dentaire du détenu. Il a été recueilli d'autres données comme la présence ou non d'appareil amovible par le patient, si celui-ci se plaignait de douleur bucco-dentaire, s'il avait souffert d'un abcès d'origine dentaire, s'il ressentait des douleurs dentaires actuellement et de quel type (chaud, froid, mastication, provoquée, spontanée) et enfin s'il souhaitait être reçu en consultation par le chirurgien-dentiste.

Une fois cette fiche remplie, l'aide-soignante fixait le niveau d'urgence qu'elle estimait par rapport aux informations qu'elle avait en sa possession. Le niveau était donné en fonction de la classification de l'urgence dentaire donnée par l'OMS⁴¹⁰.

Ensuite, les vidéos et les informations étaient analysées par le praticien et celui-ci proposait le niveau d'urgence qu'il estimait. Les deux niveaux d'urgence ont ensuite été comparés.

Cette étude s'est déroulée du 17 juin au 12 juillet 2013. Durant cette période, 98 nouveaux détenus sont arrivés. 38 n'ont pas pu être vus à cause de l'organisation du service et des disponibilités en ressources humaines et en termes de local pour réaliser l'enregistrement des vidéos. Sur les 60 détenus pouvant être vus, 18 ont refusé de passer la visite médicale et/ou de bénéficier d'un bilan bucco-dentaire. 42 arrivants ont donc pu bénéficier d'une téléconsultation.

Il n'y a concordance parfaite entre l'aide-soignante et le chirurgien-dentiste que dans 36,7% des cas. Il n'y a pas de prédominance de sous ou sur évaluation de l'urgence par l'aide-soignante.

Ces résultats nous permettent de conclure certaines choses. Tout d'abord il est clairement démontré qu'un professionnel de santé ne peut pas réaliser un diagnostic ou un examen dentaire aussi performant qu'un chirurgien-dentiste et ce malgré une formation professionnelle et même dans notre cas, un exercice professionnel axé sur la santé bucco-dentaire depuis plusieurs années. Ce premier point est rassurant sur l'enseignement donné aux étudiants en odontologie. Il aurait été malheureux qu'en quelques heures une aide-soignante soit capable de poser les mêmes conclusions qu'un praticien expérimenté. Ceci ne va pas dans le sens des recommandations faites par l'instruction du ministère du travail, de l'emploi et de la santé. En effet, même si d'après eux une infirmière a la capacité juridique de réaliser un examen bucco-dentaire, il est présenté dans cette étude que ce n'est pas envisageable à moins de diminuer la qualité de prise en charge et d'entraîner une perte de chance pour le nouveau détenu.

⁴¹⁰ Saskia Estupinan-Day, « Standardized research protocols », *Promoting Oral Health*, vol. / 61, (« Scientific and Technical Publication »).

Par ailleurs, la mise en place de cette étude nous a permis de voir la façon dont ce nouveau type de pratique pouvait être accepté par les professionnels de santé et les patients. Il en ressort qu'après une courte période d'apprentissage l'aide-soignante a pu réaliser des vidéos d'une grande qualité permettant de visualiser distinctement l'ensemble des éléments nécessaires au diagnostic bucco-dentaire lors d'un examen initial. De plus, les patients ont semblé être intéressés par le fonctionnement de cette pratique car ils avaient la capacité de voir les endroits qui leur causaient une gêne ou une douleur. Autre point qui a particulièrement ravi les détenus qui ont bénéficié de ces téléconsultations, c'est l'absence de « dentiste » et de la peur qui y est associée. En effet, il semblait y avoir moins d'appréhension d'ouvrir la bouche pour une caméra que pour la sonde et le miroir d'un dentiste. La population semble donc prête à voir émerger de nouvelles pratiques médicales et notamment la télémédecine même dans une spécialité si particulière qu'est l'odontologie.

Cette expérimentation a aussi permis de mieux organiser les soins à réaliser sur les détenus arrivant. Certains d'entre eux présentaient des foyers inflammatoires et/ou infectieux sans particulièrement souffrir ou souhaiter un rendez-vous auprès du dentiste alors que sur le plan médical il était important qu'ils viennent se faire soigner. Un rendez-vous a donc pu leur être proposé avant que l'infection ne se développe ou s'étende. Inversement dans les cas où le détenu souhaitait un rendez-vous alors qu'il n'y avait pas de nécessité ou d'urgence, il a été possible de lui donner son état bucco-dentaire et de lui signifier qu'aucun soin n'était nécessaire et ainsi éviter de surcharger le carnet de rendez-vous du chirurgien-dentiste de l'établissement.

Enfin, ce test nous a aussi permis de travailler sur l'organisation nécessaire pour mettre en place de façon pérenne ce type d'activité au sein de l'unité sanitaire de Villeneuve-lès-Maguelone. Ainsi, nous avons pu nous rendre compte du temps nécessaire pour passer la caméra dans la bouche et recueillir les informations. Mais aussi de trouver un local approprié dans un service qui n'est pas extensible ou encore organiser la visite médicale initiale de façon à ce que le passage par la téléconsultation bucco-dentaire ne ralentisse pas l'ensemble des intervenants.

Chapitre II Proposer un modèle économique égalitaire

L'inégalité d'accès aux soins peut être due à différents facteurs. Nous avons abordé l'inégalité géographique et en lien avec l'état général du patient, voyons maintenant la partie économique. Notre système de santé est bien spécifique. Souvent montré en exemple par de nombreux décideurs politiques d'autres pays, il est malgré ça de plus en plus critiqué par la population française. Les professionnels de santé et plus particulièrement médicaux se disent incompris et pris à la gorge par le modèle économique actuel.

La télémédecine doit trouver sa place dans ce système de santé sans tout chambouler. Certes, ce genre de pratique de la médecine à distance est souvent présentée comme novatrice et déshumanisante par ses détracteurs mais il faut malgré tout qu'elle puisse trouver une structuration économique viable en adéquation avec la législation en vigueur dans notre pays autour du financement de la santé pour pouvoir apporter l'ensemble des avancées dont elle peut faire profiter la population. Comme toute nouvelle pratique, un temps est nécessaire pour l'intégration complète au sein du système de santé. Pourtant, le déploiement de la télémédecine ne semble pas vouloir patienter. Cette impatience est-elle due aux porteurs de projets de télémédecine, souhaitant voir le développement de leur idée ? Aux industriels qui ne pourront bientôt plus supporter les investissements réalisés en attendant un modèle économique pérenne des activités de télémédecine ? Ou à la population française qui a besoin de cette avancée pour pouvoir bénéficier d'une plus grande équité dans l'accès aux soins et une meilleure qualité de prise en charge ? La réponse à cette question est en conflit avec l'absence de réponse que proposent actuellement les institutions en charge de ce dossier. En effet, les ministères de tutelle successifs ne se prononcent toujours pas sur le financement de la télémédecine alors que tous les acteurs de ce domaine les sollicitent⁴¹¹. Un début de réponse a commencé à apparaître dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 à son article

⁴¹¹ TIC Santé, « Télémédecine: une étude de l'Anap confirme l'absence de « modèle économique pérenne » », [En ligne : http://www.ticsante.com/show.php?page=mstory&jeton=sxiwx2RrU_x0w0ilYTnOwQ..]. Consulté le 14 mai 2012.

36⁴¹². Ensuite, 9 agences régionales de santé ont été retenues par le ministère des affaires sociales et de la santé⁴¹³ au mois de mai 2014 pour devenir des sites expérimentaux pour le financement des actes de télémédecine. Serait-ce le début de la reconnaissance économique de l'acte de télémédecine ? Quelques années vont encore être nécessaires pour envisager une cotation pour les actes de télémédecine dans la convention collective des actes médicaux.

⁴¹² Article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 : « I. — Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales. Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires. II. — Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé : 1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ; 2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ; 3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ; 4° A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ; 5° Aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités. III. — Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre des expérimentations définies au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télémédecine dans le cadre de ces expérimentations. IV. — Au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016. »

⁴¹³ TIC Santé, « Télémédecine: neuf régions sélectionnées pour mener des expérimentations », [En ligne : http://www.ticsante.com/Telemedecine-neuf-regions-selectionnees-pour-mener-des-experimentations-NS_1875.html?search=financement]. Consulté le 28 juillet 2014.

Nous aborderons cette thématique économique en deux parties. Tout d'abord nous présenterons les financements possibles pour la mise en place d'une activité de télémédecine mais aussi pour le paiement des actes de télémédecine (Section 1) puis nous essayerons de faire une proposition de modèle économique pour le paiement de la téléconsultation bucco-dentaire (Section 2). Dans ces deux parties nous développerons notre raisonnement autour de l'expérimentation de télémédecine bucco-dentaire développée en Languedoc-Roussillon en nous appuyant sur les bases juridiques qui sont fondamentales dans cette partie.

Section 1 Le financement actuel de la télémédecine

Dès la rédaction de l'article L.6316-1, le législateur a prévu la « *prise en charge financière* » de la télémédecine. Il renvoie tout d'abord au décret de télémédecine. Celui-ci dispose à son article R.6316-11 que « *l'activité de télémédecine peut bénéficier des financements prévus aux articles L.221-1-1 et L.162-22-13 du code de la sécurité sociale ainsi que dans les conditions prévues aux articles L.314-1 et L.314-2 du code de l'action sociale et des familles* ». A la lecture de cet article, nous pouvions penser que le financement de la télémédecine ne soit pas un problème. Le nombre des propositions de fonds ou de dotations qui pourraient financer le développement des activités de télémédecine semblait suffisant pour envisager un déploiement simple et efficace. Malheureusement, la réalité est bien différente.

Nous discuterons autour du financement des activités de télémédecine (§1) puis au niveau de l'acte en lui-même (§2). Nous profiterons de l'exemple concret que nous maîtrisons très bien pour étayer nos arguments théoriques.

§1 Une activité de télémédecine nécessite des moyens

L'acte de télémédecine n'est pas le seul point de dépense lors du déploiement d'une activité de télémédecine. Tant que ce type d'activité n'est pas rentré à part entière dans le système de santé, l'activité en elle-même nécessitera une prise en charge particulière que ce soit sur le plan financier, administratif ou humain. Actuellement, les activités de télémédecine en France ne fonctionnent que par des financements ponctuels pour des expérimentations. Les aides financières sont prises sur les nombreux fonds qui existent en France ou en Europe. Ce fonctionnement au coup par coup n'est pas viable et entraîne une grande difficulté pour les porteurs de projets de passer d'une phase expérimentale à une phase de déploiement. De nombreuses sociétés de télémédecine créées au début de l'explosion de cette nouvelle pratique ont dû mettre la clé sous la porte à cause du manque de modèle économique.

Voyons d'abord les possibilités prévues par la réglementation et les institutions de tutelles (A.) avant d'aborder l'exemple concret du projet e-DENT (B.).

A. Les possibilités de financement.

1. Ce que prévoit le décret

À en croire le discours de Michel Gagneux⁴¹⁴ lors de la journée télésanté 2011, le ministère n'a toujours pas trouvé le modèle économique adéquat au développement de la télémédecine. En effet, même si des financements sont prévus par le décret, il reste de grandes zones d'ombre quant au modèle économique qui sera choisi pour développer la télémédecine. Ce problème économique est un vrai souci partout en Europe. Même si certains pays sont plus en avance que la France dans le développement de cette nouvelle activité, aucun des modèles économiques testés ne semble recueillir l'unanimité.

Le décret relatif à la télémédecine prévoit aussi le financement de cette activité. En effet, l'article R.6316-11⁴¹⁵ du CSP indique que l'activité de télémédecine peut bénéficier du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) décrit par l'article L.221-1-1⁴¹⁶ du code de la sécurité sociale (CSS) et de la

⁴¹⁴ Chef de la mission de préfiguration de la Délégation des systèmes d'information de santé et Président de l'ASIP Santé

⁴¹⁵ Article R.6316-11 du CSP : « L'activité de télémédecine peut bénéficier des financements prévus aux articles L. 221-1-1 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ainsi que dans les conditions prévues aux articles L. 314-1 et L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles. »

⁴¹⁶ Extrait de l'article L.221-1-1 de CSS :

« I.-Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.

Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de certains établissements de santé présentée à l'article L.162-22-13⁴¹⁷ du CSS. Les conditions de ce financement sont prévues aux articles L.314-1 et L.314-2 du code de l'action sociale et des familles relatifs, respectivement, à la tarification des prestations fournies par les établissements et services financés par le budget de l'Etat ou par les organismes de sécurité sociale et au financement des établissements et services mentionnés au I. de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Le FIQCS a pour objet l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé⁴¹⁸. De plus, à la lecture du I de l'article L.212-1-1 du CSS, on se rend compte que l'activité de télémédecine rentre totalement dans les actions financées par ce fonds, alimenté par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, comme le prévoit le II de l'article L.212-1-1 du CSS.

Il contribue à la mise en oeuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

II.-Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

⁴¹⁷ Premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du CSS : « Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code, à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique. »

⁴¹⁸ Source : www.ameli.fr le 25 mai 2011

La dotation suivante est prévue pour financer un grand nombre d'engagements et notamment « *ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire* »⁴¹⁹. La télémédecine tend à améliorer la qualité des soins et son activité peut être inscrite dans le CPOM ou dans un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, comme le rappelle l'article R.6316-6 du CSP. Elle correspond alors aux attentes de cette dotation.

2. L'espoir avec les territoires de soins numériques

Mme Marisol Tourraine a présenté le 23 septembre 2014 la stratégie nationale de santé (SNS)⁴²⁰. Celle-ci se décline en trois axes principaux : « *miser sur la prévention ; organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès ; renforcer l'information et les droits des patients* ». Le ministère précise que « *l'un des premiers axes de travail identifiés par cette stratégie consiste à organiser les soins du patient dans le cadre d'une médecine de parcours reposant sur la coopération de l'ensemble des professionnels de santé. Le numérique est un atout précieux pour favoriser cette coopération* ». Pour faciliter l'accès des usagers aux services du système de santé et moderniser l'offre de soins dans les établissements sanitaires, mais aussi en médecine de ville, en banalisant l'utilisation d'outils numériques par les hôpitaux et les professionnels de santé et ainsi augmenter la place du parcours dans la prise en charge des patients, deux programmes ont été lancés : « *hôpital numérique* » et « *Territoire de soins numérique* ».

Le premier « *a pour ambition d'amener l'ensemble des établissements de santé à un palier de maturité de leur système d'information permettant : le partage et l'échange d'information au sein des établissements ; l'amélioration significative de la qualité, la sécurité des soins et la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires autour de la production de soins* » comme le rappelle la brochure que les différents établissements ont reçu.

⁴¹⁹ Extrait de l'article L.162-22-13 du CSS

⁴²⁰ Marisol Tourraine, « Présentation de la stratégie nationale de santé », Ministère des affaires sociales et de la Santé, 2013.

Le programme « Territoire de soins numérique », mesure n°17 de la feuille de route gouvernementale sur le numérique, a été créé pour « *favoriser l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique, au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins.* » L'appel à projets résume bien ses objectifs qui sont de « *poursuivre un objectif général d'amélioration de l'état de santé de la population du territoire via le soutien aux logiques de parcours et de prises en charge coordonnées des patients ; associer et rendre des services à l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins et les patients au service d'une offre de soins optimisée et coordonnée à l'échelle d'un territoire ; et reposer opérationnellement sur des démarches innovantes, une coordination forte et des systèmes d'information modernes, innovants, collaboratifs, évolutifs.* »

80 millions d'euros ont été prévus pour financer entre 3 et 5 projets qui seront proposés dans ce programme. Le choix du gouvernement a été rendu officiel à la mi-septembre 2014. Cinq agences régionales de santé ont été retenues sur les dix-huit qui ont répondu : Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Océan Indien et Rhône-Alpes.

Ce financement permettra de déployer des services numériques sur différents territoires. Il ne s'agit pas que de télémédecine mais de gestion des dossiers ou des messageries sécurisées par exemple. L'intérêt majeur de ce programme pour le déploiement de la télémédecine est de pouvoir financer des expérimentations.

Encore une fois le financement est un « one-shot ». Certes ce n'est pas idéal pour le développement à long terme de la télémédecine mais ces programmes sont importants pour étudier la validité de ce type de projet. En effet, il est fondamental de pouvoir étudier une activité de télémédecine sur le terrain pour se rendre compte de son réel intérêt au quotidien mais aussi comment les équipes de soins et les patients s'approprient l'outil ou le service.

La pérennité des activités de télémédecine ne pourra exister que lorsque les actes de télémédecine seront rémunérés. Il est donc fondamental de trouver un modèle

économique pour que les professionnels de santé qui participent aux actes bénéficient d'une rémunération en fonction de leur rôle.

Avant de développer le financement de l'acte, voyons un exemple concret du financement d'une activité de télé médecine. Etudions le cas du projet e-DENT en Languedoc-Roussillon.

B. Exemple du financement de l'activité de téléconsultation bucco-dentaire en Languedoc-Roussillon.

Le projet e-DENT, a été imaginé et construit de façon à pouvoir se plier à toutes les contraintes administratives que subit un projet de télé médecine. Contrairement à un certain nombre de projets de téléconsultation, celui-ci est cadré par un contrat de télé médecine et présente donc une annexe financière. A l'étude de cette dernière nous nous rendons compte que le financement ne prévoit pas de paiement des actes de télé médecine. Les 110 040 € prévus par l'ARS LR sont donc uniquement pour le financement des autres dépenses de l'activité de télé médecine. Cet argent a permis d'acheter le matériel nécessaire à la réalisation des téléconsultations, à savoir les caméras Soprocure® et les pédales qui vont avec, le consommable comme les embouts qui se positionnent sur la caméra et la protection hygiénique, les ordinateurs et le développement d'un logiciel spécifique. Le financement de l'ARS a aussi prévu le matériel informatique nécessaire pour analyser les visites au sein du centre de soins, d'enseignement et de recherche dentaire du CHRU de Montpellier. Cet investissement d'équipement a été versé aux différents établissements pilotes pour qu'ils puissent acheter chacun de leur côté le matériel et ainsi respecter les différents marchés que chacun peut avoir avec des fournisseurs notamment de matériel informatique.

Autre point de financement très important, le temps humain nécessaire au déploiement de ce type de projet. Tout d'abord l'ARS a octroyé des fonds pour payer le temps humain supplémentaire pour le passage de la caméra dans la bouche. En effet, les professionnels de santé et tout particulièrement les IDE sont surchargés par les nombreuses tâches qui leur incombent. Il n'était pas envisageable de rajouter une

mission supplémentaire même si ce n'était que pour une expérimentation. Il a donc été prévu dans le budget le financement du temps infirmier soit une demi-heure par patient et par visite. Le projet prévoyant 700 résidents d'établissements médico-sociaux vu chacun deux fois et 100 nouveaux arrivants d'une maison d'arrêt, le total est donc de 1 500 visites. Soit environ 750 heures à financer pour ce projet.

Dernier point de financement de l'ARS LR pour le projet e-DENT, la coordination du projet. En effet, nous l'avons vu, la coordination de ce type d'activité est fondamentale pour son bon fonctionnement. La multitude d'acteurs et de surcroît d'établissements de profils différents nécessite un management important. C'est pourquoi le coordinateur de l'activité de télémédecine référencé comme tel dans le contrat est rémunéré pour le temps qu'il passe à coordonner l'activité.

Un élément manquant dans le financement de l'ARS a été pris en charge par le CHRU de Montpellier : c'est l'hébergement des données de santé. En effet, toute activité de télémédecine nécessite un hébergement des données de santé qui doit être fait sur des serveurs sécurisés et agréés ASIP Santé. Le centre de référence et de pilotage étant le CSERD, le CHRU de Montpellier a décidé de prendre à sa charge l'hébergement des données de santé à hauteur de 12 600€.

Les financements ont été pris sur deux fonds différents. Tout d'abord, pour les établissements sanitaires, le financement a été octroyé sur le fonds d'intervention régional (FIR). Celui-ci « *finance des actions et des expérimentations décidées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance des soins, la qualité des soins, la coordination des soins, la permanence des soins, la prévention de la santé, la promotion de la santé, la sécurité sanitaire* »⁴²¹. Ce fonds a pu être utilisé pour financer le temps humain nécessaire au sein de l'unité sanitaire de Villeneuve-lès-Maguelone et des Maisons d'accueil spécialisées ainsi que le forfait de coordination. Il a aussi pu financer les équipements nécessaires au sein du CHRU de Montpellier et des MAS de l'Aude. Enfin, il a permis d'acquérir les licences du logiciel spécifique pour la télémédecine bucco-dentaire.

⁴²¹ Définition faite par le site www.sante.gouv.fr consulté le 28 septembre 2014

Les dotations pour les EHPAD des centres hospitaliers d'Uzès et du Bassin de Thau ont été effectuées depuis les crédits non reconductibles pour les établissements médico-sociaux. « *Des crédits non reconductibles résultent de marges de gestion temporaires. Ils permettent de financer des dépenses relevant exclusivement du périmètre de celles pouvant être prises en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la dotation soin et par nature qui ne sont pas pérennes.* »⁴²² Ces crédits ont donc permis de financer le temps humain et l'équipement pour la mise en place de l'expérimentation de téléconsultation bucco-dentaire sur les douze EHPAD pilotes dans le département du Gard et de l'Hérault.

Ces financements sont fondamentaux pour le développement possible de la télémédecine puisque les équipements nécessaires ne sont pas en possession des établissements actuellement. En connaissant les grandes difficultés budgétaires des établissements médico-sociaux pour terminer l'exercice à l'équilibre. Il est important que les tutelles puissent participer à ce genre d'expérimentation avant de trouver un modèle économique qui pourra convenir au fonctionnement budgétaire de ces établissements.

Comme nous le présentions en introduction de cette partie, seuls les actes de télémédecine ne sont pas rémunérés par le budget alloué par l'ARS. Cette partie du financement n'a pas pu être supportée ni par l'ARS ni par la CPAM. La première estimant que les actes médicaux sont pris en charge par les caisses d'assurances maladie, il n'est pas de leur ressort de financer ce type d'acte. La deuxième institution s'est cachée derrière l'argument que l'acte de téléconsultation bucco-dentaire n'étant pas dans la classification commune des actes médicaux, elle ne pouvait pas prendre un charge un acte non référencé. Voyons maintenant les possibilités pour le financement d'un acte de télémédecine et le modèle qui a été choisi pour le projet e-DENT.

§2 Le casse-tête de la rémunération de l'acte.

⁴²² « Le financement des établissements et services médico-sociaux », [En ligne : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Le-financement-des-etablissem.156677.0.html>]. Consulté le 28 septembre 2014.

Il est parfaitement reconnu que la télémédecine ne pourra se développer réellement seulement lorsque les professionnels y participant seront rémunérés. Malheureusement le modèle économique n'est pas encore identifié et les caisses d'assurances maladie ne reconnaissent toujours pas ou très peu d'actes de télémédecine.

Malgré ces difficultés l'optimisme doit rester de mise notamment au vue des possibilités juridiques (A.) et des expérimentations qui sont installées (B.).

A. Les possibilités juridiques.

1. Une ambiguïté autour de la rémunération de l'acte médical.

Abordons maintenant la rémunération et les honoraires des différents professionnels de santé participant à un acte de télémédecine. Cette question est, jusqu'à aujourd'hui, encore sans réponse. En effet, la juridiction actuelle ne prévoit pas la façon dont vont être cotés et rémunérés les actes de télémédecine. Ce sont les codes de déontologie qui exposent le mieux les problèmes que pose la télémédecine autour des honoraires.

L'article R.4127-22 du CSP (et son pendant dans le code de déontologie dentaire R.4127-243 du CSP⁴²³) dispose que « *tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article R.4127-94⁴²⁴.* »

⁴²³ Article R.4127-243 du CSP : « *Tout partage d'honoraires, entre chirurgiens-dentistes et praticiens à quelque discipline médicale qu'ils appartiennent est formellement interdit.* »

Chaque praticien doit demander ses honoraires personnels.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivi d'effet, constitue une faute professionnelle grave.

La distribution des dividendes entre les membres d'une société d'exercice ne constitue par un partage d'honoraires prohibé. »

⁴²⁴ Article 4127-94 du CSP : « *Dans les associations de médecins et les cabinets de groupe, tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sauf si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale, ou s'ils sont tous spécialistes de la même* »

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre de partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites. » Les professionnels de santé requérants participant à un acte de télémédecine ne peuvent donc pas partager l'honoraire correspondant à l'acte effectué. Cette conclusion semble inappropriée à l'acte de télémédecine puisque celui-ci nécessite très fréquemment plusieurs professionnels de santé pour sa réalisation.

L'impossibilité du partage des honoraires est appuyée avec les articles R.4127-54⁴²⁵ du CSP pour les médecins et les équivalents en odontologie : R.4127-241⁴²⁶, R.4127-242⁴²⁷ et R.4127-244⁴²⁸ du CSP qui disposent que chaque professionnel médical participant à un acte médical peut présenter une feuille d'honoraire distincte pour être rémunéré. En reportant ces dispositions à la télémédecine nous pouvons envisager que chacun des professionnels de santé participant à l'acte de télémédecine puisse présenter une feuille d'honoraires. Ceci permettrait que chaque acteur puisse être rémunéré pour son activité mais n'est pas très simple pour le patient de concevoir que plusieurs actes ont été réalisés et de même, l'organisation du paiement peut être relativement difficile à mettre en place pour le professionnel à distance.

L'article R.4127-53 du CSP dispose que *« les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.*

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine. Le simple avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

discipline, et sous réserve des dispositions particulières relatives aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral. »

⁴²⁵ Article R.4127-54 C. santé publ. : *« lorsque plusieurs médecins collaborent pour un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.*

La rémunération du ou des aides opératoires choisis par le praticien et travaillant sous son contrôle est incluse dans ses honoraires. »

⁴²⁶ Article R.4127-241 du CSP : *« La consultation entre le chirurgien-dentiste traitant et un médecin ou un autre chirurgien-dentiste justifie des honoraires distincts.* »

⁴²⁷ Article R.4127-242 du CSP : *« La présence du chirurgien-dentiste traitant à une opération chirurgicale lui donne droit à des honoraires distincts mais au cas seulement où cette présence a été demandée ou acceptée par le patient ou sa famille.* »

⁴²⁸ Article R.4127-244 du CSP : *« Le choix des assistants, aides opératoires ou anesthésistes ne peut être imposé au chirurgien-dentiste traitant.*

Chacun des médecins ou chirurgiens-dentistes intervenant à ce titre doit présenter directement sa note d'honoraires. »

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades. » Cet article pose un réel problème quant à la légitimité de demande d'honoraires lors d'un acte de télémédecine. En effet, deux points sont litigieux : la définition des « *actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine* » et l'interprétation du « *simple avis* ». La dernière modification de cet article a eu lieu en mai 2012 en ajoutant justement « *même s'ils relèvent de la télémédecine* » et « *simple* ». Ces ajouts sont donc très certainement prévus par le législateur pour clarifier la situation quant au développement de la télémédecine. Pourtant, nous pouvons encore discuter sur ces points. Il est à noter qu'il n'existe pas d'équivalent de cet article dans le code de déontologie des chirurgiens-dentistes, à croire que les avis donnés par téléphone, simples ou pas, n'existent pas dans cette discipline ou encore que la télémédecine n'a pas été envisagée par le législateur dans cette profession. La discussion autour de la modification de l'article R.4127-53 a été effectuée par différents auteurs⁴²⁹. Il en ressort que ces ajouts vont dans le sens de la télémédecine car éludent la qualification de l'acte de télémédecine comme acte médical entraînant donc la possibilité de la rémunération des professionnels médicaux lors de la participation à des actes de télémédecine même si ceux-ci peuvent encore être considérés comme « *un succédané controversé de l'acte médical* » notamment l'acte de téléassistance médicale où il semble encore périlleux de savoir qui réalise « *réellement* » l'acte. Quant à l'ajout de l'adjectif qualificatif « *simple* », il semble permettre une distinction plus nette entre un « *simple avis* » et une téléconsultation.

2. Une ouverture vers une spécificité de l'acte de télémédecine.

Par ailleurs, l'article L.4113-5 du CSP prévoit qu'« *il est interdit à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de recevoir, en vertu d'une convention, la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une des*

⁴²⁹ Claire Debost[et al.], *op. cit.*

*professions régies par le présent livre*⁴³⁰.

Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3.

Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé. » Cet article introduit la possibilité de rémunérer les professionnels de santé participant à un acte de télémédecine par une quote-part ou la totalité des honoraires en découlant. Le partage des honoraires semble possible en télémédecine. Cet article a été modifié en décembre 2009. Il a été rajouté la phrase qui permet de penser que la participation à un acte de télémédecine pourra être rémunératrice et connaîtra des spécificités par rapport aux actes médicaux « conventionnels ». En effet, l'ajout de « *cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L.6316-1 [...]* » nous permet d'entrevoir un bel avenir pour le déploiement de la télémédecine.

Si nous étudions cet article plus en détail, nous pouvons même comprendre que toute personne peut recevoir tout ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant d'une activité de télémédecine. Nous pouvons donc imaginer qu'une infirmière participant à une téléconsultation bucco-dentaire en passant la caméra intra-buccale dans la bouche puisse être rémunérée pour ce geste. De même, en tant que personne morale, la société commerciale qui transfère les informations et rend cette téléconsultation possible, puisse aussi bénéficier d'une quote-part des honoraires prévus pour cet acte de télémédecine.

Cet article nous laisse optimiste quant à l'avenir de la télémédecine et de la rémunération pour les professionnels de santé qui y participent. Ce point est obligatoire si l'on souhaite intégrer la télémédecine dans le paysage de la santé. Cet espoir de pérennisation de la télémédecine peut perdurer depuis que le ministère de la santé a dernièrement choisi 9 ARS pour être des sites expérimentaux pour le financement des actes de télémédecine⁴³¹.

⁴³⁰ Livre premier : professions médicales, de la 4^{ème} partie.

⁴³¹ TIC Santé, *op. cit.*

3. Les 9 ARS expérimentatrices : un prémice vers un modèle pérenne.

Nous l'avons vu, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 dispose que « *des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L.6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.* » Ces ARS pilotes ont été choisies et annoncées mardi 20 mai 2014. Il s'agit des ARS d'Alsace, de Basse-Normandie, de Bourgogne, du Centre, de Haute-Normandie, du Languedoc-Roussillon, de Martinique, des Pays-de-la-Loire et de la Picardie⁴³².

L'objectif de ce projet est d'évaluer les expérimentations pour le 30 septembre 2016. Les expérimentations de télémédecine étant de plus en plus nombreuses et sur la quasi-totalité des spécialités médicales, une priorité a été faite sur un « *nombre limité de spécialités et de pathologies, puisque pour chaque spécialité, il leur faut construire les tarifs, les modèles organisationnels, les modalités d'évaluation.* » C'est donc sur la prise en charge des plaies chroniques et complexes en ville et en EHPAD, la prise en charge gériatrique en EHPAD et sur la prise en charge psychiatrique en EHPAD que le choix prioritaire s'est porté. D'autres actes seront étudiés par la suite en fonction du besoin et des priorités de la direction générale de l'offre des soins. Dans un second temps, il est envisagé de prendre en compte les actes de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque et de l'insuffisance rénale.

La téléconsultation bucco-dentaire n'est pas encore envisagée dans le planning des actes à évaluer mais la présence de chirurgiens-dentistes dans les commissions qui statuent sur les priorités des actes de télémédecine à évaluer nous montre que cette spécialité n'est pas oubliée.

Après avoir présenté les possibilités de financement pour les actes de télémédecine et fait naître l'espoir quant à une prise en charge très prochaine des premiers actes et

⁴³² *Ibidem.*

activités de télémédecine dans la classification commune des actes médicaux, voyons la réalité du terrain avec le projet e-DENT.

B. Exemple e-DENT.

Lors de la mise en place de l'activité de télémédecine bucco-dentaire en Languedoc-Roussillon, la réflexion sur le financement des actes de téléconsultation a été abordée et a entraîné un travail important de conciliation. En effet, le coordonnateur de l'activité avait inscrit dans l'annexe économique du projet qu'il proposait à l'ARS la prise en charge financière des actes de téléconsultation réalisés par le CSERD du CHRU de Montpellier et par les praticiens libéraux qui se joindront à l'activité. L'ARS a demandé au coordonnateur de se tourner vers l'assurance maladie car l'ARS n'a pas vocation à prendre en charge le paiement des actes et des soins. Le coordonnateur s'est donc tourné vers l'assurance maladie et plus précisément vers la coordination régionale de la gestion du risque et lutte contre la fraude. Après plusieurs entretiens, la réponse est revenue de la direction en mettant en avant le fait que l'assurance maladie ne pouvait pas financer des actes qui ne sont pas référencés dans la classification commune des actes médicaux. Cette fin de non-recevoir pouvant être bloquante pour le projet, le chef de service d'odontologie, le chef de pôle neurosciences tête et cou et la direction générale du CHRU de Montpellier ont accepté de faire l'effort de réaliser ces téléconsultations gracieusement dans le cadre de cette expérimentation.

En tant que porteur principal de cette expérimentation il semble louable que le CHRU fasse cette concession. Par contre, les représentants des praticiens libéraux n'acceptent pas que l'ARS ne finance pas le professionnel médical qui réalise l'acte. C'est pourquoi l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) des chirurgiens-dentistes du Languedoc-Roussillon, a décidé de rémunérer les praticiens libéraux qui participeront à l'expérimentation. Une somme de 30€ par téléconsultation pourra être reversée aux professionnels qui réaliseront les actes. Comme le précise le président de l'URPS, le Dr Bernard Briatte : *« l'objectif est de créer un précédent dans l'esprit des membres de l'ARS afin qu'ils cessent de procéder comme ils sont en train de le faire, c'est à dire de tout prévoir dans leur*

financement – la caméra, l’infirmière pour la manipuler... - sauf le chirurgien-dentiste à l’autre bout de la chaîne qui, dans leur esprit, pourrait apparemment très bien être bénévole »⁴³³.

La position des libéraux est compréhensible. Ils ne souhaitent pas que l’acte médical qu’est la téléconsultation soit dévalorisé et par conséquent, que la profession ne soit pas respectée et prise à sa juste valeur. Il est vrai que le travail réalisé par le professionnel médical nécessite des compétences et des connaissances particulières et ce d’autant plus que le diagnostic doit être fait à distance en utilisant des technologies et des moyens innovants.

Fort de cette expérience et de la connaissance de ce point de blocage potentiel pour le développement de la télémédecine bucco-dentaire, il semble intéressant de proposer un modèle économique pérenne pour le développement spécifique de la téléconsultation bucco-dentaire. De plus, les différents points abordés tout au long de ce titre nous permettent de faire une proposition sur un modèle économique qui pourrait satisfaire tous les acteurs et donner un avenir au projet de téléconsultation bucco-dentaire.

⁴³³ Laure Chauve, « Quand les chirurgiens-dentistes libéraux investissent les EHPAD », *Le Chirurgien-dentiste de France*, n° 1630, septembre 2014, p. 21 □ 22.

Section 2 Proposition de modèle économique.

Nous le savons, le modèle économique de la télémédecine n'est pas encore trouvé et ce dans aucune spécialité médicale. Ce travail n'a pas la prétention de pouvoir trouver la solution mais fort des éléments étudiés tout au long de ce travail et riche de l'expérimentation concrète qui est en train de se dérouler sur le territoire national dans une discipline bien spécifique, il nous semble intéressant de proposer une solution. Le partage des honoraires en télémédecine est la clé de voute de cette proposition. L'objectif serait de partager les honoraires entre le chirurgien-dentiste requis et l'infirmière requérante et que les actes découlant des téléconsultations soient revalorisés par l'assurance maladie. Développons cette proposition.

§1 Le partage des honoraires est la clé de voute.

Une téléconsultation bucco-dentaire engage un professionnel de santé et un chirurgien-dentiste. La rémunération de l'acte de téléconsultation doit donc être partagée entre les deux acteurs qui la rendent possible. Nous l'avons vu, le partage des honoraires est possible pour une activité de télémédecine. Il est donc clairement envisageable de proposer que les honoraires de la téléconsultation bucco-dentaire soient partagés entre l'infirmière et le chirurgien-dentiste. Ce partage peut être envisagé sans contrainte du statut de chaque acteur. Ceux-ci peuvent être libéraux ou salariés. En fonction de leur situation ce sera leur établissement de rattachement ou eux-mêmes qui récupéreront les honoraires. Nous l'avons vu, « toute personne » peut bénéficier des honoraires ou bénéfices d'une activité de télémédecine⁴³⁴. Un établissement sanitaire ou médico-social ou toute structure de soins, en tant que personne morale peut « recevoir la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant » d'une activité de télémédecine.

Ce partage doit être quantifié en fonction de l'implication et des compétences de chacun. Le praticien doit recevoir la part la plus importante des honoraires car ce

⁴³⁴ Article L.4113-5 C. santé Publ.

sont ces connaissances et compétences particulières qui permettent le diagnostic. L'infirmière joue un rôle, certes fondamental, mais de soutien au chirurgien-dentiste. Il peut être concevable que le partage des honoraires soit de un cinquième pour l'infirmière et quatre cinquièmes pour le praticien de l'art dentaire.

Cette organisation se doit d'être inscrite dans une convention liant les parties et permettant de rappeler le rôle de chacun durant une téléconsultation mais aussi de mentionner le partage des honoraires de façon à ce que personne ne soit lésé. Cette convention peut être incluse dans le contrat de télémédecine et même faire partie des conventions qui doivent être signées entre les différents acteurs d'une activité de télémédecine, comme prévu dans le décret relatif à la télémédecine⁴³⁵.

Un autre acteur d'une activité de téléconsultation peut envisager de recevoir une partie des honoraires : la structure permettant la téléconsultation. Le modèle économique comprend aussi le monde industriel qui gravite autour de la santé et particulièrement autour de la e-santé. Pourquoi ne pas envisager que le business plan des sociétés commercialisant des solutions de télémédecine bucco-dentaire repose sur la récupération d'une partie des honoraires d'une téléconsultation ?

Cela peut choquer sur le plan éthique et déontologique mais il semblerait que la législation le permette. La télémédecine peut être considérée comme un outil permettant à un professionnel médical de faire un acte et donc de recevoir des honoraires, au même titre qu'un appareil de radiologie. C'est pourquoi il ne semble pas opportun de proposer un modèle économique dans lequel une société commerciale reçoive une partie des honoraires. Cette dernière devra organiser son business plan sans compter sur cette rentrée financière.

§2 Une augmentation des honoraires pour les soins suivant une téléconsultation bucco-dentaire.

Les praticiens libéraux se battent depuis plusieurs années pour la revalorisation de leurs actes et, chose inhabituelle pour cette profession, avaient fermé leur cabinet et

⁴³⁵ Article R.6316-8 C. santé publ.

étaient descendus dans la rue pour montrer leur mécontentement en février dernier⁴³⁶. Il est vrai que les actes de chirurgie-dentaire n'ont pas été revalorisés depuis près de 25 ans, alors que dans le même temps les contraintes d'asepsie et l'évolution de la technologie a entraîné une augmentation des frais découlant de ces soins. Par ailleurs, dans certaines régions, les conseils de l'ordre et les URPS demandent une augmentation des coefficients de paiement des actes pour les patients en perte d'autonomie. En effet, il est plus long de soigner un patient souffrant d'un handicap ou de démence plutôt qu'un patient en pleine force de l'âge. C'est pourquoi les représentants de la profession sollicitent les instances en charge de la santé pour revaloriser les actes effectués sur des patients « fragiles ». Prenons par exemple, l'URPS des chirurgiens-dentistes du Languedoc-Roussillon qui va financer une formation au MeOPa⁴³⁷ pour 100 praticiens. L'objectif de cette action est de permettre aux chirurgiens-dentistes de pouvoir prendre en charge plus facilement les personnes âgées dépendantes ou démentes mais aussi les personnes en situation d'handicap mental. Dans le même temps dans cette région, le CSERD sous la direction du Pr Jean Valcarcel a mis en place une vacation dédiée aux soins pour personnes en situation de handicap⁴³⁸. Dans le même temps, un réseau de praticiens libéraux est en train de se constituer sous la tutelle du Dr Régine Velay, missionné par le conseil de l'ordre départemental de l'Hérault, pour identifier des praticiens qui sont dans la capacité de recevoir des patients « spécifiques ».

De nombreux réseaux de praticiens existent déjà sur le territoire national pour faciliter l'accès au chirurgien-dentiste pour les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap. Ce qui est nécessaire maintenant est de pouvoir valoriser l'engagement de ces praticiens.

Une proposition qui pourrait intéresser les différents acteurs, serait de revaloriser les actes qui découlent d'une téléconsultation. Les activités de télémédecine sont cadrées par un contrat signé entre l'ARS et les différents établissements et acteurs participant

⁴³⁶ « Les dentistes font grève pour obtenir des hausses de tarifs », *Le Figaro*, 24 janvier 2014.

⁴³⁷ Mélange équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'azote, gaz qui permet de détendre les patients afin de pouvoir traiter plus aisément les patients les plus tendus et notamment les personnes souffrant d'un handicap mental.

⁴³⁸ « Nouvelle salle de soins dentaires pour personnes handicapées - CHRU de Montpellier », [En ligne : <http://www.chu-montpellier.fr/fr/contenu/liste-des-actualites/actualite/Nouvelle-salle-de-soins-dentaires-pour-personnes-handicapees/>]. Consulté le 29 septembre 2014.

à cette activité. Ainsi, les populations bénéficiant d'une téléconsultation sont clairement connues et identifiées. Pour pouvoir bénéficier d'une téléconsultation bucco-dentaire il faut être résident de l'établissement prévu dans le contrat de télémédecine. L'ARS peut donc s'assurer qu'il ne pourra pas y avoir de débordement sur la réévaluation des actes. Mais surtout nous pouvons admettre que si le patient est dans l'établissement en question c'est que son état de santé le nécessite et donc que les soins seront plus difficiles à réaliser pour le chirurgien-dentiste ce qui mérite donc une augmentation des honoraires pour le praticien et que ceux-ci soient pris en charge par l'assurance maladie.

L'autre intérêt de cette proposition serait de valoriser le travail des praticiens qui prennent le temps de prendre en charge des patients « fragiles » mais aussi de pouvoir motiver certains professionnels à soigner ces populations spécifiques.

L'odontologie gériatrique est une discipline relativement peu connue et peu développée chez les praticiens. C'est pourquoi il faut aussi augmenter l'enseignement de cette discipline au sein des facultés d'odontologie en formation initiale mais aussi en formation continue. Le vieillissement de la population française va augmenter les besoins en connaissances spécifiques sur cette discipline si particulière.

Conclusion

Ce travail se veut au contact de la pratique et du quotidien des utilisateurs de la télémédecine bucco-dentaire. Il semble donc naturel de le conclure par des propositions visant à améliorer la mise en place et le développement de la télémédecine bucco-dentaire sur le territoire national. Chaque partie et chaque titre nous a permis de définir précisément l'existant en étroite relation avec le projet e-DENT développé en Languedoc-Roussillon. Nous profiterons donc de ce lien fort entre la théorie et la pratique pour proposer des modifications et des évolutions à la fois sur le fond et sur la forme des activités de télémédecine.

Tout d'abord, le monde de l'odontologie se doit pour se développer et améliorer la prise en charge de la population dans une dimension de politique générale de santé, de permettre la création de la profession d'hygiéniste dentaire. En effet, afin de faire progresser la santé bucco-dentaire et de se rapprocher de l'état des pays du nord de l'Europe reconnus comme les pays experts en terme de santé bucco-dentaire, il est fondamental que la profession d'hygiéniste dentaire puisse voir le jour. En plus d'apporter une assistance aux chirurgiens-dentistes dans la prise en charge bucco-dentaire des patients, ces professionnels permettraient d'améliorer la prévention bucco-dentaire en prenant en charge l'hygiène bucco-dentaire de la population française et le dépistage précoce des pathologies principales de la cavité buccale.

De plus, les hygiénistes dentaires pourraient être des référents de qualité dans le développement de la télémédecine bucco-dentaire. Leurs compétences et leur habitude de la cavité buccale leur permettraient de réaliser des vidéos de grande qualité et rapidement. Ils pourraient donc être les professionnels requérant dans une activité de télémédecine bucco-dentaire.

La télémédecine permettrait aussi à ces professionnels de santé d'être intégrés dans une équipe de soins dans des établissements médico-sociaux tout en restant sur la responsabilité d'un chirurgien-dentiste à distance.

Cette proposition devra bien évidemment être discutée avec l'ensemble des acteurs de la santé bucco-dentaire au niveau national afin d'organiser au mieux l'intégration de cette nouvelle profession de santé dans le paysage de l'odontologie. Il est

important que l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population soit le seul objectif retenu dans la décision de la création du métier d'hygiéniste dentaire.

Ensuite, la formation des professions de santé actuelles devrait intégrer plus de notion d'odontologie et notamment la capacité à être professionnel requérant dans une activité de télémédecine bucco-dentaire. Les infirmiers qui ont déjà des capacités en odontologie pourraient bénéficier d'une reconnaissance particulière lorsqu'ils prennent en charge la santé bucco-dentaire des patients dont ils ont la charge.

Dans le même ordre d'idée, une certification à la télémédecine bucco-dentaire pourrait être envisagée pour tous les professionnels qui participent à ce type d'activité. Les professionnels de santé requérants devront répondre d'une capacité à réaliser des vidéos de qualité et d'une certaine connaissance de la médecine bucco-dentaire. Les professionnels médicaux requis devront quant à eux être capable d'analyser les images et vidéos transmises et faire un diagnostic. Afin de valoriser ces compétences particulières, il semble opportun de prévoir la création d'une certification à la télémédecine bucco-dentaire. De même, si les « devices » permettant cette télémédecine bucco-dentaire venaient à évoluer afin qu'ils puissent être utilisés directement par les patients, il serait intéressant que ces derniers bénéficient d'une formation et d'une certification attestant qu'ils maîtrisent suffisamment le dispositif pour réaliser une téléconsultation bucco-dentaire.

Ensuite, sur le plan purement juridique, certains éléments sont à reprendre au sein du code de la santé publique. En premier lieu, l'exclusivité de la pratique de prévention de la santé bucco-dentaire que le code de la santé publique donne aux chirurgiens-dentistes. En effet, il semble incompréhensible que seuls les praticiens de l'art dentaire puissent prendre en charge la prévention. Cette exclusivité doit tomber avec la mise en place des hygiénistes dentaires. Le potentiel développement de la télémédecine bucco-dentaire pourrait permettre dans le même temps d'ouvrir la prévention bucco-dentaire à d'autres professionnels de santé.

De même, le code de déontologie des chirurgiens-dentistes devrait être modifié, comme l'a été celui des médecins, pour intégrer la télémédecine dans les articles qui le nécessitent.

Enfin, sur le plan économique, il est primordial que les téléconsultations bucco-dentaires soient reconnues par les caisses d'assurance maladie. En effet, d'après le dicton populaire, « *tout travail mérite salaire* » il est donc indispensable de trouver le modèle économique pour que la téléconsultation bucco-dentaire puisse se développer. La proposition intéresse l'ensemble des acteurs des activités de télémédecine bucco-dentaire. L'Agence Régionale de Santé doit prévoir du temps infirmier supplémentaire dans les dotations faites aux établissements médico-sociaux notamment. Mais aussi prévoir le budget adéquat pour acquérir le matériel nécessaire pour la réalisation des téléconsultations bucco-dentaires.

Sur le plan de la santé publique, il pourrait être justifié que le ministère de la santé, la direction générale de l'offre des soins ou la haute autorité de santé oblige les établissements de santé publique à réaliser une consultation bucco-dentaire par un spécialiste à l'entrée en établissement. Soit cette consultation est réalisée dans un schéma classique soit par télémédecine.

La télémédecine bucco-dentaire ne doit être considérée uniquement comme un outil au service du chirurgien-dentiste pour prendre en charge les patients dont il a la gestion. Cette nouvelle activité n'a pas vocation à remplacer l'existant mais à faciliter la prise en charge des populations en manque d'accès au chirurgien-dentiste. Son développement permettrait de faire un pas de plus vers une démocratie sanitaire tant recherchée.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages généraux :

AUBIGNÉ, A., *Aventures du baron Faeneste*, Réaume et de Causade, , 419 p.

BONNECARRÈRE, Paul, *Par le sang versé : la Légion étrangère en Indochine*, Perrin, 1968, 123 p., (« Tempus »).

BORDAS, Camille, *Partie commune*, Joelle Losfeld, Galimard, 2011, 216 p., (« Littérature française »).

Dictionnaires des sciences médicales, Panckoucke, 1812.

DE FORGES J.-M., *Le droit de la santé*, PUF, Que sais-je ?, n°2038, 8e Ed., 2012, 128 p.

DUHAMEL, G., *Paroles de médecin*, Du rocher, Monaco, 1946.

LÉVY, E., « L'éducation pour la santé », Paris, conseil économique et social, 1982, p. 858.

LEMONNIER, Fabienne, **BOTTÉRO, Julie**, **VINCENT, Isabelle**[et al.], *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité*, Éditions Inpes, Saint-Denis, 2005, 78 p., (« Référentiels »)

MEMETEAU G., *Cours de droit médical*, LEH, 4e Ed., 2011, 724 p.

REY, Alain, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, 2012, 4200 p., (« Le Robert »).

WINCKLER, Martin, *Les Trois Médecins*, Folio, 2004, 277 p.,

II. Ouvrages spéciaux juridiques :

BOURDILLON, François, BRÜCKER, Gilles et TABUTEAU, Didier, *Traité de santé publique*, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2007, 745 p., (« Traités »).

BOURDILLON, François, *Traité de prévention*, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 2009, 420 p., (« Traités »)

CARRÉ D., LACROIX J.-G., *La santé et les autoroutes de l'information : la greffe informatique*, L'harmattan, 2001, 318 p.

DIAMANT-BERGER, Odile et AUTEURS, DIVERS, *Le transexualisme, droit et éthique médicale*, Masson, Paris, 1984, 154 p., (« Médecine légale et de toxicologie médicale », 127).

LAUDE A., PARIENTE J., TABUTEAU D., *La judiciarisation de la sante'*, Editions Santé, 2012, 367 p.

PÉQUIGNOT, H., *Médecine et monde moderne*, Les Editions de minuit, Paris, 1953, 14 p.

PENNEAU, Jean, « Médecine », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, octobre 2010.

SAVATIER, René, AUBY, Jean-Marie, SAVATIER, Jean[et al.], *Traité de droit médical*, Librairies Techniques, Paris, 1956, 574 p.

TABUTEAU, Didier, *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013, (« Broché »).

III. Ouvrages spéciaux odontologiques :

LASFARGUES, J.-J. et COLON, P., *Odontologie conservatrice et restauratrice (Tome 1)*, CdP, Paris, CdP, 2009, 480 p., (« JPIO »).

PERTOT, Wilhelm-J. et SIMON, Stéphane, *Le traitement endodontique*, Quintessence International, Paris, 2004, 128 p., (« Réussir »).

RIAUD, Xavier, *Plaidoyer pour un enseignement historique de l'Art dentaire*, L'Harmattan, Paris, 2008, 111 p., (« Ethique et pratique médicales »).

IV. Rapports :

Agence de systèmes d'information partagés en santé et Fédération des industries électriques, électroniques et de communication (FIEEC) :

Etude sur la télésanté et la télémedecine en Europe, Mars 2011

Agence Mondiale de la Médecine :

Prise de position sur l'Ethique en télémedecine, adoptée par la 58^e assemblée générale de l'AMM, Copenhague, Danemark, Octobre 2007

Agence Nationale d'Aide à la Performance :

La télémedecine en action : 25 projets passés à la loupe. Tome 1, mai 2012.

La télémedecine en action : 25 projets passés à la loupe, Un éclairage pour le déploiement national, Tome 2, Monographies, mai 2012

Cahier des charges du dossier médical v1.0 juillet 2012

Cahier des charges du dossier de soins paramédical, v1.0, juillet 2012 *Etude de l'alimentation et la consultation du DMP par les établissements de santé*, par le Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), mars 2005

Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé :

Le dossier patient en odontologie, Paris, 2000, 66 p.

Conseil général des technologies de l'information (CGIT)

TIC et Santé, Quelles politiques publiques ?, par R. Picard et B. Salgues, Août 2007

Usage des TIC par les patients et les citoyens en situation de fragilité dans leurs lieux de vie, par R. Picard, Août 2007

Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes :

« Démographie des chirurgiens-dentistes » 2014

Conseil National de l'Ordre des médecins :

Nationalité ouvrant droit à l'exercice de la médecine en France, 2012.

Appels téléphoniques de patients et déontologie médicale, 1998.

Exercice de la médecine et internet, 2000, p. 3.

Exercice de la médecine et internet : principes généraux, 2000.

La déontologie médicale sur le web santé, 2008.

Qualité et déontologie sur internet, 2000.

Télémédecine, Livre blanc, 2009

Direction Générale de l'Offre des Soins :

La place de la télémédecine dans l'organisation des soins, Rapport remis et présenté par P. Simon et D. Acker, Novembre 2008

Télémédecine et responsabilités juridiques engagées, 18 mai 2012 *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et conventions de télémédecine*. 2012 *Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine*, Plan national de déploiement de la télémédecine, déploiement technique : organisation et infrastructure, mars 2012

Haute Autorité de Santé :

Effcience de la télémédecine : état des lieux de littérature internationale et cadre d'évaluation, BONGIOVANNI-DELAROSIÈRE, Isabelle , Paris, 2012,

Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale, 2009, p. 23.

Education thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ?, 2007, p. 8.

Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation, 2007, p. 8.

Stratégies de prévention de la carie dentaire, 2010.

Organisation Mondiale de la santé :

Charte d'Ottawa, Ottawa, 1986, p. 6

A glossary of terms for community health care and services for older persons, Kobe, 2004, (« Ageing and Health Technical report »), p. 111,

Skills for health: skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school, Geneva, 2003

Therapeutic Patient Education - Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, 1998, p. 90

Ministère délégué à la santé :

Plan national d'éducation de la santé, 2001.

Ministère des affaires sociales et de la santé :

Présentation de la stratégie nationale de santé, TOURRAINE, Marisol, 2013,

Ministère de la santé :

Instruction n°DGS/MC1/DGOS/R4/2011/206 du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires. Août 2011

Ministère de la santé et de la protection sociale et ministère de la justice :

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 2004

Ministère de la santé et des sports et ministère de la justice et des libertés :

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, 2010, p. 84

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative :

Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, FLAJOLET, André, 2008

Sénat :

MILON, Alain, « Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, modifiée par l'assemblée nationale, modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », 2011, p. 326

V. Thèses et monographie :

DEBOST, Claire, *Les technologies de l'information et de la communication et la relation de soins : invariances et inconstances*, Université Montpellier 1, 2014, 640 p.

LANGARD, S., *Approche juridique de la télémédecine : entre droit commun et règles spécifiques*, Université de Lorraine, 2010.

PITCHO, P., *Le statut juridique du patient*, LEH, 2004, (« Thèses »).

TERRIER E., *Déontologie médicale et droit*, LEH, Coll. Thèses, n°14, 2002, 532 p.

VIALLA, François, *L'introduction du fonds libéral en droit positif français*, Université Montpellier 1, , 501 p.

VI. Articles de revues juridiques :

« La télésanté oublie t-elle les malades ? », *Les cahiers de la télésanté*, vol. 4, 2010.

« Les cahiers de la télésanté », vol. 4, 2010, p. 21.

BACCAÏNI, Brigitte et LEVY, David, « Recensement de la population de 2006 », *Insee Première*, vol. / 1248, juillet 2009, p. 4.

BOISSICAT, Eric, « Télépsychiatrie : quelle distance ? », *Le carnet PSY*, vol. 8 / 121, 2007, p. 32-34.

BORGETTO, Michel et GOFFIC, Caroline LE, « La télémédecine », *RDSS*, vol. / 06, décembre 2011, p. 985-7.

BOURDAIRE-MIGNOT, Camille, « Téléconsultation : quelles exigences ? Quelles pratiques ? », *Dalloz*, vol. / 6, décembre 2011, p.1003.

CHAUVE, Laure, « Quand les chirurgiens-dentistes libéraux investissent les EHPAD », *Le Chirurgien-dentiste de France*, vol. / 1630, septembre 2014, p. 21-22.

COLLET, Marc et SICART, Daniel, « Projections du nombre de chirurgiens-dentistes en activité en France à l'horizon 2030: sources, méthode et principaux résultats », *dress*, 2007,

- COLLET, Marc et SICART, Daniel**, « Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006 », *dress*, vol. / 594, septembre 2007,
- CONTIS, M.**, « Télémédecine : nouveaux enjeux nouvelles perspectives », *RDSS*, 2010, p. 235.
- CONVERT, Bernard et DEMAILLY, Lise**, « Internet et les professions de santé, le problème de la consultation à distance », *Réseaux*, vol. / 120, 2003, p. 241-269.
- CRISCIANI, Chiara**, « Éthique des consilia et de la consultation: à propos de la cohésion morale de la profession médicale (xiii^e-xiv^e siècles). Traduit de l'italien par Marilyn Nicoud », *Médiévales. Langues, Textes, Histoire*, vol. / 46, 2004, p. 23–44.
- DEBOST, Claire, GIRAUDEAU, Nicolas, VERON, Paul[et al.]**, « La réforme du Code de déontologie médicale », *Revue générale de droit médical*, vol. / 44, septembre 2012, p. 239-266.
- ESTERLE, Laurence, MATHIEU-FRITZ, Alexandre et ESPINOZA, Pierre**, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, vol. / 2-3, février 2011, p. 63-79.
- EYSENBACH, G.**, « Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomédiation, and openness », *Journal of medical internet research*, vol. 10 / 3, 2008.
- FOX, NJ, WARD, KJ et O'ROURKE, AJ**, « The « expert patient » : empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet », *Soc Sci Med*, vol. 60 / 6, mars 2005, p. 1299-309.
- FRANC, S., BENHAMOU, P., CATARGI, B.[et al.]**, « PO25 Télésage (TEL^E-Suivi A Grande Échelle de diabétiques de type 1 et 2 sous schéma basal-bolus): Première étude medico-économique sur le télésuivi du diabétique, destinée à répondre aux questions d'organisation des soins et à obtenir un remboursement », *Diabetes & Metabolism*, vol. 40, 2014, p. 27.
- GIRAUDEAU, Nicolas et DEBOST, Claire**, « Contrats d'engagement de service public durant les études de médecine et d'odontologie, deux décrets d'intensité relative », *Revue droit et santé*, vol. / 56, novembre 2013, p. 785-789.

- GIRAUDEAU, Nicolas, VALCARCEL, Jean, TASSERY, Hervé[et al.]**, « Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD », *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télé médecine*, vol. 3 / 2, juin 2014, p. 51-56.
- GORDON JR, Robert S.**, « An operational classification of disease prevention. », *Public health reports*, vol. 98 / 2, 1983, p. 107.
- GOYON, Jean-Claude**, « Un parallèle tardif d'une formule des inscriptions de la statue prophylactique de Ramsès III au musée du Caire », *The journal of Egyptian Archaeology*, vol. 57, août 1971, p. 154-159.
- GUIGUE, J.**, « Télé médecine : légitimité et responsabilité », *La revue des Samu*, 2001, p. 275-279.
- GUYET, Philippe**, « Vers une dentisterie 2.0 ? », *La lettre du conseil de l'ordre national des chirurgiens-dentistes*, Paris, janvier 2011, p. 9.
- HALIMI, S.**, « Télé médecine oui mais sans délaissier la relation directe avec les patients », *Médecine des maladies métaboliques*, vol. 4 / 3, mai 2010.
- HOERNI, B.**, « Le téléphone dans la pratique de la médecine », *Bull. Acad. Méd.*, vol. 188 / 3, 2004, p. 432.
- HOERNI, Bernard**, « La loi du 30 Novembre 1892 », *Histoire des sciences médicales*, vol. 32 / 1, 1998, p. 63-67.
- MAEDEL, C. et AKRICH, M.**, « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », *Les tribunes de la santé*, vol. / 4, 2010, p. 42.
- MENVIELLE, Loick, CASTELLANO, Sylvaine et DRUY, François**, « Santé 2.0 : vers une nouvelle relation Docteur - Patient versus Docteur - Consommateur ? », *Etats généraux du management*, 2011.
- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES**, « Un internat, trois spécialités », *La lettre*, vol. / 97, mai 2011, p. 4-6.
- RENAUT, Marie-Hélène**, « L'évolution de l'acte médical Renaut 1999 », *Revue de droit sanitaire et social*, vol. / 1, mars 1999, p. 45.
- RIGAL, Elsa et MICHEAU, Julie**, « Le métier de chirurgien dentiste: caractéristiques actuelles et évolutions Une étude qualitative », 2007
- ROCCA, Mitra A., KUDRYK, V. Lawrence, PAJAK, John C.[et al.]**, « The evolution of a teledentistry system within the Department of Defense. », *Proceedings of the AMIA Symposium*, 1999, p. 921

THIÉBAUT, Sophie, LUPI-PÉGURIER, Laurence, PARAPONARIS, Alain[et al.], « Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. / 7, mars 2013, p. 60-64.

VIALLA, François, « La faute d'humanisme », *RGDM*, 10 ans d'application de la loi Kouchner, février 2013, p. 63.

ZAHRA, Agharahimi, ALIREZA, Jabbari, MASOUD, Ferdosi[et al.], « A systematic review of publications studies on medical tourism », *Journal of Education and Health Promotion*, vol. 2 / 1, 2013, p. 51.

VII. Articles de revues médicales :

AHOSSI, V., PERROT, G., THERY, L.[et al.], « Urgences odontologiques », *EMC-Médecine*, vol. 1 / 5, 2004, p. 463-485.

BENSLAMA, L., « Douleurs buccales », *Rev Prat*, vol. 52, 2002, p. 400-3.

BOHNE, Wolf, « Comment prévenir de la carie ? Analyse de la littérature », Académie de Chirurgie-dentaire, 2009

DOBROS, Katarzyna, HAJTO-BRYK, Justyna, WNEK, Anna[et al.], « The Level of Dental Anxiety and Dental Status in Adult Patients », *Journal of international oral health: JIOH*, vol. 6 / 3, 2014, p. 11.

DOMERGUE, Jacques, PLAISANT, Nicolas, MOURREGOT, Anne[et al.], « La télé-chirurgie : mythe ou réalité ? », *Gastroenterol Clin Biol*, vol. 3 / 25, juillet 2001, p. 259-261.

ESTUPINAN-DAY, Saskia, « Standardized research protocols », *Promoting Oral Health*, vol. / 61, (« Scientific and Technical Publication »).

EYSENBACH, G., « The impact of internet on cancer Outcomes », *American Cancer journal for Clinicians*, vol. 53 / 6, décembre 2003, p. 356-71.

FISHER-OWENS, SA, GANSKY, SA, PLATT, LJ[et al.], « Influences on children's oral health: a conceptual model », *Pediatrics*, vol. 120 / 3, septembre 2007, p. 510-20.

GLASSMAN, Paul, « Virtual Dental Home », *Journal of the Californian Dental Association*, vol. 40 / 7, juillet 2012, p. 565-566.

GLASSMAN, Paul, HARRINGTON, Maureen, NAMAKIAN, Maysa[et al.], « The virtual dental home : bringing oral health to vulnerable and underserved populations », *Journal of the Californian Dental Association*, vol. 40 / 7, juillet 2012, p. 569-577.

GLASSMAN, Paul, HELGESON, Michael et KATTLOVE, Jenny, « Using Telehealth Technologies to improve oral health for vulnerable and underserved populations », *Journal of the Californian Dental Association*, vol. 40 / 7, juillet 2012, p. 579-585.

MONTAL, S., TRAMINI, P., TRIAY, J. A[et al.], « Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalised elderly », *Gerodontology*, vol. 23 / 2, 2006, p. 67–72.

PANAYOTOV, I., TERRER, E., SALEHI, H.[et al.], « In vitro investigation of fluorescence of carious dentin observed with a Soprolife® camera », *Clinical Oral Investigations*, 2012, p. 1–7.

RECHMANN, P., CHARLAND, D., RECHMANN, B. M. T.[et al.], « Performance of laser fluorescence devices and visual examination for the detection of occlusal caries in permanent molars », *Journal of Biomedical Optics*, vol. 17 / 3, 2012,

VIII. Webographie :

AMOUX, Patrick, « E-Santé : les technologies sont là, les mentalités pas encore », [En ligne : [http://www.lenouveleconomiste.fr/e-sante-les-technologies-les-ARS Pays de la Loire](http://www.lenouveleconomiste.fr/e-sante-les-technologies-les-ARS-Pays-de-la-Loire) « Le financement des établissements et services médico-sociaux » [En ligne : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr>]. Consulté le 28 septembre 2014.

CHRU de Montpellier, « Nouvelle salle de soins dentaires pour personnes handicapées - CHRU de Montpellier » [En ligne : <http://www.chu-montpellier.fr>]. Consulté le 29 septembre 2014.

Dental Tribune, « Oral-B Bluetooth toothbrush goes on sale » [En ligne : <http://www.dental-tribune.com>]. Consulté le 18 septembre 2014.

GOESSENS, Cédric, « Les membres du projet se sont réunis au CMN MGEN de Sainte-Feyre, lundi », *Le populaire*, Limousin, 18 avril 2014, [En ligne : <http://www.lepopulaire.fr>]. Consulté le 21 août 2014.

IRCAD, « Opération Lindbergh : une première mondiale en téléchirurgie : le geste chirurgical à traversé l'Atlantique ! », Paris, 2001, [En ligne : <http://www.ircad.fr>]. Consulté le 17 août 2014.

Le Figaro, « Les dentistes font grève pour obtenir des hausses de tarifs », 24 janvier 2014, [En ligne : <http://www.lefigaro.fr>]. Consulté le 29 septembre 2014.

OBERLÉ, Daniel, « Soins dans les établissements pénitentiaires », [En ligne : <http://www.odonte.com>]. Consulté le 26 février 2013.

SHEEDY, Chris, « High speed pursuit », [En ligne : <http://bitemagazine.com.au>]. Consulté le 20 août 2014.

Signal, « Notre engagement auprès des écoles - missionsignal » [En ligne : <http://www.missionsignal.fr>]. Consulté le 1 septembre 2014.

TED, « Katherine Kuchenbecker: The technology of touch | Talk Video | TED.com » [En ligne : <http://www.ted.com>]. Consulté le 29 août 2014.

TIC SANTÉ, « Télémédecine: neuf régions sélectionnées pour mener des expérimentations », [En ligne : <http://www.ticsante.com>]. Consulté le 28 juillet 2014.

TIC SANTÉ, « Télémédecine: une étude de l'Anap confirme l'absence de « modèle économique pérenne » », [En ligne : <http://www.ticsante.com>]. Consulté le 14 mai 2012.

TIC Santé, « Maison d'arrêt d'Evreux : la télémédecine presque rentable en six mois » [En ligne : <http://www.ticsante.com>]. Consulté le 21 août 2014.

TIC Santé, « Médico-social: l'ARS Languedoc-Roussillon a investi 110.000 euros dans une expérimentation de « télé-dentisterie » » [En ligne : <http://www.ticsante.com>]. Consulté le 21 août 2014.

TIC Santé, « Comment la visioconférence transforme l'exercice de la psychiatrie » [En ligne : <http://www.ticsante.com>]. Consulté le 23 août 2014.

« Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine ». Consulté le 9 août 2014.

TIC Santé, « E-santé : les Français voient ses atouts, mais restent inquiets » [En ligne : <http://www.ticsante.com>]. Consulté le 20 août 2014.

TRIBAULT, Géraldine, « Avec e-DENT, le CHRU de Montpellier propose les 1res téléconsultations bucco-dentaires européennes », *Hospimedia*, 3 juillet 2014.

TABLES DES MATIERES

Partie I. La permanence des fondements juridiques de l'acte médical.....13

Titre I Les Hommes qualifiés de la télémédecine bucco-dentaire. 14

Chapitre I La persistance du colloque singulier.....	15
Section 1 Les professionnels médicaux, les garants de l'acte médical.	16
§1 Trois obligations confluant au droit à l'exercice.....	16
A. Le diplôme comme sanction d'une formation.....	17
1. La norme première.	17
2. Les diplômes français d'Etat de docteur en médecine, de docteur en chirurgie-dentaire et de chirurgien-dentiste.	20
3. Les diplômes reconnus par le 2° de l'article L.4131-1 et le 3° de l'article L.4141-3 du CSP.	21
4. L'ouverture vers le monde.....	25
5. L'indispensable intégration de la télémédecine dans la formation.....	25
a) Intégrer la télémédecine dans la formation initiale.	26
b) Suivre l'exemple du C2i.....	27
c) ... et créer un certificat à la participation à une activité de télémédecine.	28
B. La nationalité, notion vouée à disparaître ?.....	29
1. Une obligation parfois oubliée.	29
2. L'« amitié » entre pays facilite la reconnaissance.....	29
3. L'ouverture vers le reste du monde.....	31
C. Une obligation de reconnaissance par les pairs.	33
1. Un statut spécifique pour les professions libérales.....	33
2. Une épreuve administrative.....	34
3. ... pour embrasser une profession et ses devoirs.....	36
§2 Des compétences cadrées par la loi et limitées par l'habitude.	42
A. L'éternelle omnivalence des médecins.....	42

B. Le territoire anatomique de compétence des chirurgiens-dentistes s'étend.	43
C. La télémédecine, un terrain neutre et équitable.	44
Section 2 La qualification du patient.	47
§1 La révolution du statut de patient est en marche.	47
A. L'histoire raconte un patient souffrant.	48
B. La société a créé un patient consommateur.	49
C. La télémédecine va donner naissance à un patient expert.	52
§2 Les compétences particulières d'un patient de télémédecine.	53
A. Un statut à la frontière entre patient et professionnel requérant.	54
B. La télémédecine bucco-dentaire facilite la relation chirurgien-dentiste / Patient.	56
1. L'exemple du projet e-DENT.	56
2. Un patient de plus en plus expert avec l'évolution de la télémédecine bucco-dentaire.	57
Chapitre II Les nouveaux acteurs indispensables.	58
Section 1 Les incontournables professionnels de santé.	59
§1 Les requérants de choix : les infirmiers.	59
A. Une profession dévouée pour le patient et le professionnel médical.	60
1. Un diplôme général.	60
2. ... mais aussi des spécialités et des compétences particulières.	61
B. L'ombre indispensable des médecins.	63
1. Quatre catégories d'actes pour s'exprimer.	63
a) Les actes dans le « cadre de son rôle propre ».	64
b) Les actes en application d'une prescription médicale ou d'un protocole.	65
c) Les actes réalisables sous contrôle.	65
d) Une participation aux actes.	66
2. Les actes spécifiques des spécialistes.	66
C. La télémédecine bucco-dentaire comme nouvel épanouissement.	68
1. Le relais fondamental en télémédecine.	68
2. L'acteur indispensable en télémédecine bucco-dentaire.	69
§2 Les aides-soignants, la proximité indispensable avec les patients.	70

A. Une profession au service des patients.	70
B. Le premier rang de vigilance.	71
C. Une place à gagner dans les activités de télémédecine.....	71
§3 Des professions à développer et à créer autour du chirurgien-dentiste.	72
A. Une absence de reconnaissance incompréhensible.....	73
B. L'inévitable éclosion de la profession d'hygiéniste dentaire.	74
C. L'intérêt de ces professions en télémédecine bucco-dentaire.....	75
Section 2 L'obligatoire tiers technologique.	77
§1 Un outils spécifique à chaque activité de télémédecine.	78
§2 Un contrôle sur les données de santé.....	79

Titre II Des constantes juridiques pour un nouveau type d'acte.

.....	80
Chapitre I De nouvelles relations à définir.....	81
Section 1 La présence nécessaire du professionnel médical.	82
§1 Une obligation de présence législative	82
§2 Un encadrement contractuel.	82
Section 2 La nouvelle importance des professionnels de santé.....	84
Section 3 Quelle place pour les professionnels ?	86
Section 4 Quel rôle pour les acteurs ?	89
Chapitre II Les différents actes de télémédecine : entre officialisation de l'existant et nouveauté.	91
Section 1 La téléconsultation comme préalable.	92
§1 Un acte encore mal reconnu.	92
§2 Des places à partager ?	93
A. Le professionnel médical comme requis incontestable et potentiel requérant.	93
B. Le patient lui-même peut être le requérant.	93
C. Le professionnel de santé comme requérant idéal.	94
§3 Des rôles bien maîtrisés.	95
A. Le professionnel médical comme réalisateur et prescripteur.	95
B. Le débiteur peut être multiple.....	95

§4	Projet e-DENT en Languedoc-Roussillon.....	96
A.	Les spécificités d'une consultation odontologique.....	96
B.	La pratique envisageable d'une téléconsultation bucco-dentaire. ...	97
Section 2	L'indispensable téléexpertise	99
§1	Un cadre légal pour une pratique vieille et ancrée.	99
§2	Une seule catégorie de professionnel.	102
§3	Des rôles bien définis.	102
§4	Projet e-DENT : la réponse juridique adéquate à l'hyperspécialisation de la profession.	102
Section 3	La nécessaire télésurveillance médicale.....	104
§1	Le premier acte de télémedecine conventionné.....	104
§2	Un requérant à définir.....	104
§3	La possible omnivalence du requis.....	105
§4	Le projet e-DENT	105
Section 4	La relativité de la téléassistance médicale.....	107
§1	L'acte de toutes les interrogations.	107
§2	Des places clairement définies.	108
§3	Une question fondamentale en suspens : qui réalise l'acte ?.....	108
Chapitre III	Droits des patients et obligations des professionnels.....	110
Section 1	Droits des patients de télémedecine.	111
§1	Le maintien du respect de la vie privée.	111
§2	Dédoubllement de l'information et du consentement éclairé du patient de télémedecine.....	114
A.	Information et consentement à la réalisation d'un acte médical... ..	115
B.	Information et consentement spécifique à la possibilité de télémedecine.	116
§3	La télémedecine : un outil au service de la démocratie sanitaire.	118
A.	L'uniformisation de l'égalité des soins.....	119
B.	Diversification des choix et liberté sanitaire.	123
Section 2	Obligations du professionnel de santé participant à un acte de télémedecine.	124
§1	Obligation de continuité des soins.....	124
§2	Conditions générales d'exercice.....	125
§3	L'obligation d'assurance.	126

§4 Obligation de vérification de la formation et de la compétence technique des personnels de santé participant à l'activité de télémédecine.	127
§5 Obligation de conformité aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.	128
§6 Obligation de recueillir le consentement éclairé du patient.	129
§7 La tenue du dossier du patient et de la fiche d'observation.	130
Section 3 Les limites juridiques de la télémédecine.	131
§1 La délicate frontière entre télémédecine et exercice illégal de la médecine.	131
A. La pratique générale de la télémédecine.	131
B. La pratique spécifique de la télémédecine bucco-dentaire.	134
§2 Restriction de la liberté du praticien et détournement de clientèle.	135
A. La télémédecine perceptible comme une atteinte à la liberté de choix de son praticien ?	135
B. La télémédecine facilite-t-elle le détournement de clientèle ?	136

Partie II. Evolution des finalités de l'acte médical.139

Titre I L'acte de télémédecine héritier d'une triple finalité.140

Chapitre I L'acte de télémédecine descendant de la tradition thérapeutique.	143
Section 1 L'attente thérapeutique du patient.	144
Section 2 L'acte de télémédecine, un acte personnel.	145
Chapitre II Le diagnostic, un acte sensible à la télémédecine.	147
Section 1 La consultation, une terminologie pour plusieurs types d'acte ...	148
§1 La consultation, l'acte conventionné du diagnostic.	148
§2 Les spécificités de la consultation en odontologie.	149
Section 2 La téléconsultation, sujet principal de la discorde sur le bienfondé de la télémédecine.	152
§1 Le refrain de la déshumanisation de la médecine.	152
A. Les cinq sens au service de la téléconsultation.	152

1. La vue, maîtrisée par les technologies de l'information et de la communication.....	153
2. L'ouïe, évolutif au rythme de la téléphonie.....	153
3. Le toucher, la prochaine étape technique.	154
4. L'odorat et le goût, des sens subjectifs encore difficilement transférables.	155
B. La réticence des pessimistes.	156
§2 La téléconsultation, une histoire qui dure.....	160
A. La télémédecine un outil pas si récent.	160
B. La perte progressive du contact.	161
C. A chaque spécialité sa distance.....	163
§3 Le cadre juridique plaide pour les optimistes.....	164
A. Le décret de télémédecine, un adoubement de la téléconsultation.	164
B. Le code de la sécurité sociale, la validation organisationnelle.	164
C. La nécessaire évolution de l'examen physique.	165
D. La prescription médicale encadrée.	167
§4 L'exemple de la téléconsultation bucco-dentaire.	168
Chapitre III La prévention, le dernier objectif médical.	172
Section 1 Définition de la prévention.	173
§1 Prévention ou prophylaxie ?	173
§2 Différentes classifications de la prévention.....	174
A. La classification de l'OMS en 1948.	174
1. La « <i>prévention primaire</i> » : avant la maladie.	174
2. La « <i>prévention secondaire</i> » : aux prémices de la maladie.....	175
3. La « <i>prévention tertiaire</i> » : tout au long de la maladie.	175
B. La prévention bio-médico-administrative.....	175
C. La prévention basée sur la cible.....	176
D. La continuité de la réflexion.	176
E. Une prévention fondée sur la participation de chacun.	177
F. La définition retenue par le rapport Flajolet.	177
§3 La prévention bucco-dentaire réservée aux chirurgiens-dentistes ? .	178
§4 La télémédecine un outil du « <i>suivi à visée préventive</i> ».	180
Section 2 La répétition, maître mot de l'éducation pour la santé.	181

§1 L'importance de la pédagogie dans la recherche du bien être des populations.....	181
§2 Utilisation de la télémédecine.....	183
§3 Exercice illégal de l'art dentaire en réunion.....	184
Section 3 La promotion de la santé, une vision non restrictive du bien être.	186
§1 La charte d'Ottawa comme acte de naissance.....	186
§2 La télémédecine comme facilitateur.....	187
Section 4 L'éducation thérapeutique du patient, parce qu'on est jamais mieux servi que par soit même.	189
§1 Le principal outil contre les maladies chroniques.	189
§2 La télémédecine comme moyen pédagogique.....	191

Titre II La télémédecine, l'outil majeur de la santé publique..193

Chapitre I Répondre à un besoin de santé publique.....	195
Section 1 Une inégalité d'accès territoriale et sociétale.....	197
§1 Une mauvaise répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire national.....	197
A. Le pouvoir d'attraction des UFR d'Odontologie.....	197
B. Soleil et ville.....	199
C. Modification du dentiste moyen.....	201
D. Moyens déjà en place.....	203
§2 Le début d'une fracture sociale ?.....	204
A. La grande précarité, la plus haute barrière.....	205
B. L'étonnant besoin en établissement Médico-sociaux.....	206
C. L'incapacité à répondre à l'obligation réglementaire en milieu carcéral.....	208
Section 2 L'activité de télémédecine comme outil de la démocratie sanitaire.	211
§1 Lutter contre « l'insularité et l'enclavement géographique ».....	211
§2 Donner accès aux chirurgiens-dentistes pour les populations fragiles.	213
A. Réinsérer les « exclus ».....	213

B.	Permettre une consultation bucco-dentaire en établissements médico-sociaux.	214
1.	« Instaurer une évaluation initiale à l'entrée en EHPAD et un bilan bucco-dentaire annuel par un chirurgien-dentiste » :.....	215
2.	« Réaliser ou veiller à la réalisation par le résident de la toilette buccale » :	216
3.	« savoir repérer les problèmes bucco-dentaires nécessitant l'intervention du chirurgien-dentiste » :	218
C.	La téléconsultation bucco-dentaire permettrait de répondre à la directive.....	219
1.	La télémédecine, l'outil qu'il manquait.....	219
2.	L'expérimentation à Villeneuve-lès-Maguelone.....	223
Chapitre II	Proposer un modèle économique égalitaire	226
Section 1	Le financement actuel de la télémédecine.....	229
§1	Une activité de télémédecine nécessite des moyens.....	229
A.	Les possibilités de financement.	230
1.	Ce que prévoit le décret.....	230
2.	L'espoir avec les territoires de soins numériques.....	232
B.	Exemple du financement de l'activité de téléconsultation bucco- dentaire en Languedoc-Roussillon.....	234
§2	Le casse-tête de la rémunération de l'acte.....	236
A.	Les possibilités juridiques.....	237
1.	Une ambiguïté autour de la rémunération de l'acte médical.....	237
2.	Une ouverture vers une spécificité de l'acte de télémédecine...	239
3.	Les 9 ARS expérimentatrices : un prémice vers un modèle pérenne.....	241
B.	Exemple e-DENT.	242
Section 2	Proposition de modèle économique.....	244
§1	Le partage des honoraires est la clé de voute.	244
§2	Une augmentation des honoraires pour les soins suivant une téléconsultation bucco-dentaire.	245

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le

Le Président de l'Université Montpellier I
Philippe AUGE

Résumé en français :

L'acte médical reste une notion encore très floue malgré les nombreuses tentatives de définition développées. Le traité de droit médical reste la référence mais l'apparition des technologies de l'information et de la communication et particulièrement la télémédecine relance le débat. Cette pratique médicale à distance donne une nouvelle dimension à l'acte médical qui mérite d'être discuté.

L'odontologie est souvent restée en retrait dans le développement de la télémédecine. Il y a pourtant un réel besoin de santé public sur l'état bucco-dentaire des populations fragiles en France et dans la totalité des pays. Le développement d'un projet de téléconsultation bucco-dentaire en région Languedoc-Roussillon ouvre la discussion sur la place de cette profession dans le paysage de la télémédecine.

Titre et résumé en anglais :

The medical act is still a very vague notion in spite of the numerous developed attempts of definition. The treaty of medical law stays the reference but the development of information and communication technologies and in particularly the telemedicine open the debate. This remote medical practice gives a new dimension to the medical act which deserves to be discussed.

The odontology often stood back in the development of the telemedicine. Nevertheless there is a real public health issue on the oral state of the frail populations in France and in all countries. The development of a project of oral remote consultation in region Languedoc-Roussillon opens the discussion about the place of this profession in the landscape of the telemedicine.

Discipline : Droit privé et sciences criminelles (section CNU 01)

Mots-clés :

Technologies de l'information et de la communication (TIC) – patient – professionnels médicaux – chirurgien-dentiste – acte médical – télémédecine – droits des patients – déontologie médicale – santé publique

Intitulé et adresse de l'U.F.R. ou du Laboratoire :

Dynamiques du droit, UMR 5815, Centre Européen d'Etudes et de Recherches Droit et Santé 39, rue de l'université 34090 Montpellier, Cedex 2