



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

U.F.R D'ODONTOLOGIE

Année 2026

Thèse n°2026 LYO1D 014

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE

DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2026

Par

Yann LE

Né le 7 avril 2001 à Grenoble (38000)

Quel accès aux soins pour les patients mineurs via les plateformes de rendez-vous en ligne ? Une étude par testing (Ped@cces)

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MORRIER

Président

Madame la Docteure Guillemette LIENHART

Assesseure

Madame la Docteure Kadiatou SY

Assesseure

Monsieur le Docteur Laurent LAFOREST

Assesseur

Monsieur le Docteur Franck GENEVRIER

Membre invité

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

PRESIDENT DE L'UCBL	Bruno LINA
Directrice Générale des Services	Séverine BATTIN
VICE-PRESIDENTS ET VICE-PRESIDENTES ELUS	
Conseil d'Administration	Sandrine CHARLES
Commission de la Recherche du Conseil Académique	Arnaud BRIOUDE
Commission de la Formation et de la Vie Universitaire du Conseil Académique	Julie-Anne CHEMELLE
En charge des Ressources Humaines	Fabien DE MARCHI
En charge de la Transition Écologique et de la Responsabilité Sociétale	Gilles ESCARGUEL
En charge des Relations avec les Hospices Civils de Lyon et les Partenaires Hospitaliers	Frédéric BERARD

SECTEUR SANTE

Président du Comité de Coordination des Études Médicales	Philippe PAPAREL
Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Directeur de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ

MAJ : 1^{er} novembre 2025

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Olivier DEZELLUS
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Jean-Baptiste POURET
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Christian ROBERT
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Emanuela MATTIOLI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Thierry TERRET
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Sophie CAVASSILA
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

MAJ : 1^{er} novembre 2025

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : Pr. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités-Praticien hospitalier

Vice-Doyens : Pr. Maxime DUCRET, Professeur des Universités - Praticien hospitalier
Pr. Brigitte GROSGOGEAT, Professeure des Universités - Praticien hospitalier
Pr. Cyril VILLAT, Professeur des Universités - Praticien hospitalier

SOUS-SECTION 56-01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur Emérite des Universités-PH : M. Jean-Jacques MORRIER,
Professeure des Universités-PH : Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE
Maîtres de Conférences-PH : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER
Mme Guillemette LIENHART

SOUS-SECTION 56-02 : PREVENTION – EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités-PH : M. Denis BOURGEOIS
Maître de Conférences-PH : M. Bruno COMTE
Maîtres de Conférences Associés : M. Laurent LAFOREST, Mme Valérie SZÖNYI

SOUS-SECTION 57-01 : CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE

Professeurs des Universités-PH : M. Jean-Christophe FARGES, Mme Kerstin GRITSCH
M. Arnaud LAFON, M. François VIRARD

Maîtres de Conférences-PH : Mme Doriane CHACUN, M. Thomas FORTIN
Mme Kadiatou SY

SOUS-SECTION 58-01 : DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeure Émérite des Universités-PH : Mme Dominique SEUX

Professeurs des Universités-PH : M. Maxime DUCRET, Mme Brigitte GROSGOGEAT-BALAYRE,
M. Christophe JEANNIN, M. Jean-Christophe MAURIN,
Mme Catherine MILLET, Mme Sarah MILLOT-GUARD,
M. Olivier ROBIN, M. Cyril VILLAT

Maîtres de Conférences-PH : Mme Marie-Agnès GASQUI DE SAINT-JOACHIM
Mme Marion LUCCHINI, M. Raphaël RICHERT,
Mme Sophie VEYRE, M. Stéphane VIENNOT

Maîtres de Conférences Associés : Mme Marjorie FAURE, Mme Ina SALIASI, Mme Marie TOHME

SECTION 87 : SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES

Professeure des Universités : Mme Florence CARROUEL

24 février 2026

Remerciements

À notre Président du jury,

Monsieur le Professeur MORRIER Jean-Jacques

Professeur Emérite des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître en Biologie Humaine

Docteur de l'Université Lyon I

Habilité à Diriger des Recherches

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

J'en suis particulièrement reconnaissant. Les quelques occasions que j'ai eues d'assister à vos cours et interventions m'ont profondément marqué. Votre pédagogie, votre sincérité et votre bienveillance dans la transmission du savoir touchent particulièrement ma sensibilité et constituent pour moi une véritable source d'inspiration.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

À notre jury et directrice de thèse,

Madame la Docteure LIENHART Guillemette

Maître de conférences des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon - Praticien Hospitalier

Chef de Clinique des Universités - Assistant Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je vous remercie sincèrement d'avoir dirigé ce travail de thèse.

Avoir eu l'opportunité de mener ce projet avec vous a beaucoup compté pour moi. La réalisation de cette thèse m'a permis de m'épanouir, de mieux me découvrir dans la pratique de ce joli métier, plus encore, de révéler en moi un intérêt pour la recherche que je ne soupçonnais pas.

Votre accompagnement, votre disponibilité et l'aide précieuse que vous m'avez apportée tout au long de ce travail m'ont profondément marqué, et je vous en suis très reconnaissant.

Je tiens également à vous remercier pour la qualité de votre enseignement au cours de ma cinquième année hospitalière. Votre bienveillance, votre pédagogie et votre manière de transmettre les connaissances ont largement contribué à la richesse de cette expérience. J'ai eu beaucoup de chance de pouvoir travailler à vos côtés.

À notre jury de thèse,

Madame la Docteure SY Kadiatou

Maître de conférences des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon - Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse

Je vous suis également reconnaissant pour l'enseignement que vous m'avez transmis au sein du service de parodontologie. La rigueur avec laquelle vous abordez cette discipline, ainsi que la qualité de vos cours, ont largement contribué à éveiller mon intérêt pour la parodontologie, qui est aujourd'hui une spécialité que j'apprécie particulièrement.

Je vous remercie pour les connaissances que vous m'avez transmises et pour l'exigence scientifique que vous nous avez inculquée au cours de notre formation. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À notre jury et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur LAFOREST Laurent

Maître de conférences des Universités Associé à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Docteur en Médecine

Docteur de l'Université Lyon I

Je vous remercie sincèrement d'avoir dirigé ce travail de thèse.

Je vous suis reconnaissant pour l'accompagnement que vous m'avez accordé tout au long de ce travail. Votre disponibilité, ainsi que le temps que vous m'avez consacré, ont été très précieux. Je vous remercie également pour votre aide dans la structuration de ce travail, notamment pour la présentation et l'interprétation des résultats. Votre rigueur scientifique et votre pédagogie m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de cette thèse.

Je vous remercie également pour la qualité de vos enseignements au cours de ma formation. Votre manière claire et rigoureuse de transmettre les connaissances a largement contribué à mon apprentissage.

À notre membre invité du jury de thèse,

Monsieur le Docteur GENEVRIER Franck

Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du Rhône

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je tiens à vous remercier sincèrement d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse.

C'est pour moi un réel honneur de pouvoir présenter ce travail en votre présence. Votre engagement au service de la profession et de l'Ordre des chirurgiens-dentistes donne une portée particulière à votre participation à ce jury. Soutenir ce travail devant vous, et à travers vous devant l'Ordre, confère ainsi à cette soutenance une signification toute particulière à mes yeux.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A mes parents :

Papa, Maman je vous remercie, je vous remercie pour tout ce que vous m'avez donné. Par tout, j'entends éducation, sacrifices, mais aussi et surtout l'amour, vous avez su en mettre de partout dans chaque moment de ma vie et pour ça je vous en serais infiniment reconnaissant. La personne que je suis aujourd'hui tient essentiellement de vous, la rigueur, l'acceptation, les émotions, la réflexion, le respect, la sensibilité, la joie de vivre et bien plus de choses encore que je ne pourrais énumérer. Papa, Maman, merci et je vous aime.

A Wandy :

Mon frère, toi tu as toujours été là, et que demander de mieux sincèrement, juste pour ça j'ai envie de te dire merci. A vrai dire, je suis tellement content d'écrire ça car c'est rare qu'on se dise les choses malgré qu'on sache tout. Dis-toi qu'on a tout fait ensemble, qu'on se connaît par cœur, qu'on apprécie toujours le fait de faire des choses ensemble, alors que les années passent. Parfois j'ai l'impression que tout a changé, mais quand je repense à toi je me dis que rien n'a changé. Mon frère, je t'aime tellement pour ce que tu es, je ne cite pas les qualités ni les défauts sinon on s'arrêterai plus, mais t'as toujours été le petit frère de rêve, celui avec qui on a envie de sortir, de rire, de jouer et de parler, de partager des moments. Merci d'être qui tu es et d'être à mes côtés.

A Daphné :

Je ne suis pas certain de trouver les mots justes pour te remercier. Ce moment est aussi un peu le tien, car si j'en suis arrivé là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à toi. Depuis la PACES, tu as été présente à chaque étape, et je remercie sincèrement la Vie de t'avoir mise sur mon chemin à ce moment-là. Tu as traversé avec moi toutes ces années d'études dentaires, souvent à distance, sans jamais cesser de me soutenir, de me rassurer et de me donner la confiance dont j'avais besoin. Tu as toujours été cette épaule sur laquelle je pouvais me reposer. Sans toi, je ne serais probablement pas là aujourd'hui, et j'en ai pleinement conscience. Je suis profondément fier de ce que nous avons construit ensemble. J'aime aussi profondément le fait que nous vivions ensemble, les jours heureux comme les moments plus difficiles. Aujourd'hui marque l'aboutissement d'un long travail, et je suis heureux de le vivre à tes côtés. Qui sait, cela pourrait bien être, comme j'aime le dire « le plus beau jour de ma vie ».

Merci pour tout, du fond du cœur. Je t'aime.

A Tata My :

Je ne suis pas certain que tu te rendes pleinement compte de l'importance que tu as eue pour moi, et c'est peut-être aussi ce qui rend tout cela encore plus beau. Au-delà des belles années de mon enfance passées à tes côtés, tu m'as offert bien plus : un toit, de quoi manger et surtout un soutien indéfectible.

Je repense souvent à ces longues journées de révision, et aux discussions qui suivaient souvent après 18 heures en fin de journée. On parlait de tout et de rien, on rigolait, on débattait jusque tard dans la nuit, et ça recommençait presque chaque jour. Ces moments étaient précieux et resteront gravés dans ma mémoire.

Pour en arriver jusqu'ici, il fallait aussi que je sois bien, émotionnellement et psychologiquement, et cela, je te le dois en grande partie. La personne que tu es mérites d'être récompensé, si je pouvais partager mon diplôme je le ferais sans hésiter. Je te remercie sincèrement pour tout ce que tu m'as apporté et je t'en serai toujours profondément reconnaissant.

Et bien sûr, une pensée toute particulière pour mamie, que je n'oublie pas.

A Nazila et Mouna :

Vous êtes importants pour moi et j'ai cessé de le répéter pendant mon stage, mais vous m'avez accompagné lors de ma première expérience clinique en cabinet, et qu'est-ce que c'était beau et bien. J'en garde un magnifique souvenir, vous m'avez formé de la meilleure des manières, j'ai appris à voir et découvrir le métier grâce à vous. J'aimerais finir par dire que vous êtes si inspirantes toutes les deux que je ne peux que prendre exemple sur vous. Je vous remercie d'être vous, ne changez pas.

A Chris, Maxime, Rayane et Yannick

Les gars, je suis tellement heureux d'avoir vécu tous ces moments avec vous, et encore plus de vous avoir aujourd'hui à mes côtés. J'espère sincèrement que tout cela durera encore longtemps. Chaque moment passé avec vous est rempli de fous rires, de « tribunaux », de moments de confidences, et surtout de ces instants simples où je me sens bien. Le temps est passé si vite. Grâce à vous, j'ai aussi beaucoup appris sur moi-même, j'ai grandi et je me suis épanoui. En réalité, vous comptez sûrement bien plus pour moi que vous ne pouvez l'imaginer. Restez chacun comme vous êtes. Il nous reste encore beaucoup de souvenirs à créer ensemble. Je vous aime les gars.

À mes amis,

À Lina, pour ta bienveillance envers moi et les autres et ta manière de voir le monde, toujours capable d'apporter de la lumière autour de toi.

À Hugo, parce qu'il n'y a pas un moment où tu ne me fais pas rire.

À Clotilde, parce que tu es une personne en or, attachante, brillante, et accessoirement capable de courir très vite et très longtemps.

À Aure, pour réussir l'exploit d'associer l'élégance et les vanes beauf, ça me laisse toujours admiratif.

À Julie, parce qu'on est team Bélier, et parce que finalement tu as raison : on se ressemble sûrement un peu plus qu'on ne veut bien l'admettre. Grand cœur, authentique, un peu stressée et parfois perchée...

Et à Arthur, pour ne m'avoir jamais oublié et être resté à mes côtés, du début à la fin, j'en suis si reconnaissant.

Table des matières

INTRODUCTION.....	15
1 Pourquoi la santé bucco-dentaire de l'enfant est-elle un enjeu majeur ?.....	17
1.1 La bonne santé bucco-dentaire dans le développement global de l'enfant.....	17
1.1.1 La santé bucco-dentaire comme composante de la santé générale	17
1.1.2 La maladie carieuse : première maladie non transmissible dans l'enfance	17
1.1.3 Conséquences de la maladie carieuse sur le développement de l'enfant.....	18
1.2 Accéder tôt au cabinet dentaire : pourquoi le timing compte ?.....	19
2 Santé bucco-dentaire et accès aux soins des enfants en France : où en est-on ?.....	20
2.1 Epidémiologie de la carie en France	20
2.2 Le difficile accès aux soins dentaires des enfants en France	22
2.2.1 Une offre de soins bucco-dentaires pédiatriques structurellement insuffisante.....	22
2.2.2 Des inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins et à la prévention dès le plus jeune âge	23
2.2.3 Le territoire comme déterminant de l'accès aux soins dentaires	25
2.2.4 Des pratiques discriminatoires réduisant encore davantage l'accès aux soins dentaires..	28
2.3 Le rôle des plateformes de prise de rendez-vous en ligne dans l'accès aux soins	31
2.4 Avantages de ces plateformes.....	31
2.4.1 Du point de vue des patients.....	31
2.4.2 Du point de vue des praticiens.....	32
2.5 Limites de ces plateformes.	33
2.5.1 Une fracture numérique persistante, particulièrement marquée chez les patients âgés....	33
2.5.2 Des usages socialement et territorialement différenciés, au détriment des zones rurales et des populations défavorisées.....	33
2.5.3 Un risque de discrimination indirecte lié aux critères de paramétrage des agendas	34
3 Etude PED@CESS : quel accès aux soins dentaires pour les enfants via les plateformes de prise de rendez-vous en ligne ?	36

3.1	Type d'étude	36
3.2	Population étudiée	36
3.3	Obtention des données	37
3.4	Analyses statistiques	39
3.5	Considérations éthiques	39
4	Résultats	41
4.1	Description de l'échantillon	41
4.2	Les patients peuvent-ils prendre rendez-vous quel que soit leur âge ?	43
4.2.1	Proportion de praticiens appliquant une restriction d'âge lors de la prise de rendez-vous 43	
4.2.2	Proportion de praticiens appliquant une restriction d'âge selon le sexe et la densité professionnelle de sa zone d'exercice	44
4.3	Quels sont les âges seuils appliqués à la prise de rendez-vous ?	45
4.3.1	Les délais de rendez-vous sont-ils identiques pour les patients mineurs et les majeurs ?	48
5	Discussion	49
5.1	Restriction d'âge à la prise de rendez-vous en ligne : une pratique courante affectant prioritairement les enfants les plus jeunes	49
5.1.1	Résumé des résultats principaux	49
5.1.2	Une prise en charge précoce largement insuffisante : les enfants de moins de 6 ans, grands exclus des cabinets dentaires	49
5.1.3	Une homogénéité des pratiques de restriction d'âge, indépendamment du sexe des praticiens et de la densité professionnelle de leur zone d'installation	50
5.2	L'âge comme barrière d'accès aux soins : une discrimination ordinaire ?	51
5.2.1	Un accès aux soins soumis aux discriminations : le refus de soins discriminatoires	51
5.2.2	Les stéréotypes à l'origine des discriminations	53
5.2.3	Manifestation des discriminations :	55
5.2.3.1	Empêcher la prise de rendez-vous :	55
5.2.3.2	Allonger les délais d'attente :	56
5.2.3.3	Limiter les créneaux horaires :	56
5.2.3.4	Pratiquer l'adressage excessif :	57

5.3	Forces de l'étude	57
5.3.1	Originalité et caractère innovant du travail	57
5.3.1.1	L'utilisation des plateformes de prise de rendez-vous : un champ de recherche émergent	57
5.3.1.2	Le jeune âge comme facteur limitant l'accès aux soins : un déterminant rarement étudié	58
5.3.1.3	Forces méthodologiques :	58
5.4	Limites de l'étude.....	59
5.5	Perspectives :	60
5.5.1	Quels types d'interventions pour lutter contre les refus de soins discriminatoires ?	60
5.5.1.1	Sensibiliser les chirurgiens-dentistes	60
5.5.1.2	Impliquer les plateformes numériques.....	62
5.5.1.3	Informers les patients sur leurs droits.....	62
5.5.2	Quelles pistes pour les recherches futures ?	63
Conclusion		65
Bibliographie.....		66
Liste des abréviations et acronymes.....		73

INTRODUCTION

L'accès aux soins bucco dentaires en France pour les jeunes enfants demeure une réelle problématique de santé publique dont nous devons nous préoccuper, elle soulève des enjeux éthiques, sociaux, pratiques et économiques.

Il a été démontré que la santé bucco-dentaire chez l'enfant jouait un rôle crucial dans son développement global (1). Pourtant de nombreux enfants se heurtent à des obstacles majeurs dans l'accès aux soins, tels que des refus de prise en charge, des inégalités territoriales, des discriminations implicites ou explicites (2). Ce constat, bien qu'en totale contradiction avec les idéaux de notre profession, s'imposent malheureusement comme une réalité difficile à ignorer. Au cours de ma formation hospitalière et universitaire, ainsi que lors de ma brève et actuelle expérience en cabinet de ville, plusieurs témoignages de parents ont attiré mon attention, notamment sur les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer pour trouver un chirurgien-dentiste pour soigner leur enfant. Cela se manifestait par des refus catégoriques liés à l'âge de leur enfant, ou bien des délais très longs, et d'autres évoquent des horaires de prise en charge non compatibles avec la vie scolaire... Ces récits, qui montrent de réelles inégalités, ont éveillé mon intérêt à ce sujet, et m'ont donc amené à m'interroger sur comment justifier de tels refus, alors même que nous aspirons tous, en tant que futurs dentiste et professionnel de santé, à respecter le Serment d'Hippocrate. Il est dit dans celui-ci : *« je respecterai toutes les personnes, leur autonomie, et leur volonté, sans aucune discrimination [...] »* (3).

Cette réflexion s'inscrit également dans un contexte de transformation numérique progressive, entre autres dans le domaine de la santé. Au cours des dernières années, les plateformes de prise de rendez-vous en ligne se sont imposées comme un outil structurant de l'organisation des soins. Elles permettent aux patients de consulter les disponibilités des professionnels de santé, de réserver un créneau à distance et cela en un clic sur ces plateformes. En facilitant la gestion des agendas et en réduisant la dépendance aux plages téléphoniques, ces dispositifs participent à une évolution des modalités d'accès aux soins.

Si ces plateformes prônent une meilleure transparence et un accès facilité, elles semblent par ailleurs mettre en lumière des pratiques discriminatoires (2). Ce travail (**étude Ped@cces**) vise donc à explorer les pratiques des chirurgiens-dentistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, concernant l'accès aux soins des patients mineurs, en particulier sur le site Doctolib. A travers ce travail je souhaitais comprendre et

analyser, si ces outils permettent un accès facilité avec des vecteurs d'équité ou bien si elles renforcent les inégalités, notamment à propos des enfants.

En étudiant ces dynamiques, j'espère pouvoir mieux appréhender et comprendre les enjeux sociaux, éthiques et économiques dans mon futur exercice, tout en essayant de proposer des pistes d'amélioration dans la prise en charge précoce des enfants.

1 Pourquoi la santé bucco-dentaire de l'enfant est-elle un enjeu majeur ?

1.1 La bonne santé bucco-dentaire dans le développement global de l'enfant

1.1.1 La santé bucco-dentaire comme composante de la santé générale

Longtemps, la santé bucco-dentaire a été définie de manière étroite, comme la simple absence de douleur, de la présence d'infection ou de lésions au niveau de la bouche et des dents. Cette approche, centrée sur la pathologie, considérait la sphère orale comme un système isolé, sans mise en relation avec la santé générale ou la qualité de vie des patients.

Depuis 2022, l'Organisation Mondiale de la Santé adopte une vision beaucoup plus globale. La santé bucco-dentaire est désormais définie comme « l'état de la bouche, des dents et des structures orofaciales permettant d'accomplir des fonctions essentielles, manger, respirer, parler et incluant des dimensions psychosociales telles que la confiance en soi, le bien-être et la capacité à socialiser et travailler sans douleur ni gêne. Elle fait partie intégrante de la santé générale et soutient la participation sociale tout au long de la vie (1).

Cette évolution conceptuelle conduit à replacer la santé bucco-dentaire dans une perspective plus large, en soulignant ses liens étroits avec le développement, le bien-être et la qualité de vie. Elle contribue ainsi à mieux saisir l'ampleur des conséquences cliniques, fonctionnelles et psychosociales des maladies orales, au premier rang desquelles figure la carie dentaire, encore aujourd'hui la maladie chronique la plus répandue chez l'enfant.

1.1.2 La maladie carieuse : première maladie non transmissible dans l'enfance

La carie dentaire correspond à une dégradation progressive des tissus durs de la dent par un processus de déminéralisation, résultant de l'action des acides produits par les bactéries de la plaque dentaire. Ces bactéries, en métabolisant les glucides issus de l'alimentation, génèrent des acides qui altèrent successivement l'émail puis la dentine (4).

Au-delà de ce mécanisme biologique, la maladie carieuse est aujourd'hui reconnue comme une maladie chronique non transmissible et multifactorielle. Comme le décrivent Trentesaux *et al.* (2011), elle peut

débuter dès la petite enfance puis évoluer sur le long terme et persister à l'âge adulte. Son caractère chronique se manifeste par des récurrences fréquentes en l'absence de modification durable des comportements alimentaires et d'hygiène, justifiant un suivi régulier et une adaptation continue des stratégies de prévention et de soins. La carie partage en outre des facteurs de risque communs avec d'autres maladies chroniques (ex : maladies cardiovasculaires ; diabète de type 2), notamment des déterminants sociaux et comportementaux, et peut avoir des répercussions durables sur la santé générale et la qualité de vie (5).

Sur le plan épidémiologique, la maladie carieuse constitue la pathologie bucco-dentaire la plus répandue à l'échelle mondiale. Selon les estimations récentes de l'Organisation mondiale de la Santé (2025), environ 2,5 milliards de personnes présentent des caries non traitées des dents permanentes. Chez l'enfant, près de 510 millions seraient concernés par des caries non traitées en denture temporaire (6,7).

Ainsi, la carie dentaire est aujourd'hui considérée comme la maladie chronique non transmissible la plus fréquente de l'enfance, avec une prévalence largement supérieure à celle d'autres pathologies chroniques pédiatriques, comme par exemple l'asthme (8).

1.1.3 Conséquences de la maladie carieuse sur le développement de l'enfant

Les maladies bucco-dentaires de l'enfant, en particulier la carie dentaire, ont des conséquences majeures sur la santé globale, le développement et la qualité de vie. Lorsqu'elles ne sont pas prises en charge, elles peuvent entraîner des symptômes physiques, des limitations fonctionnelles, une stigmatisation ainsi que des répercussions négatives sur le bien-être émotionnel, social et économique de l'enfant (9). Dans cette perspective, l'Organisation mondiale de la santé rappelle que la santé bucco-dentaire constitue un déterminant essentiel de la santé générale, conditionnant l'exercice de fonctions fondamentales telles que l'alimentation, la parole et les interactions sociales (1).

Sur le plan biomédical, la douleur et les infections associées aux caries peuvent provoquer des troubles de l'alimentation, une diminution des apports nutritionnels, des troubles du sommeil et une altération de la qualité de vie, avec parfois des complications sévères telles que des infections disséminées (1). Les conséquences fonctionnelles et psychosociales des atteintes carieuses précoces sont également majeures. Elles peuvent altérer la phonation, perturber l'apprentissage du langage, gêner la communication et entraîner une diminution de l'estime de soi, notamment en raison des moqueries ou de l'isolement social observés chez les enfants polycariés. Ces répercussions soulignent le rôle central de la santé bucco-dentaire dans la capacité des enfants à s'intégrer socialement et à participer pleinement à la vie scolaire.

Dans ce contexte, plusieurs études (10,11) ont montré que les caries non traitées sont associées à une augmentation significative de l'absentéisme scolaire et à une diminution des performances académiques.

Certaines rapportent ainsi que les enfants avec une mauvaise santé bucco-dentaire présentent un risque près de quatre fois plus élevé d'absences scolaires liées aux douleurs dentaires (OR \approx 3,9), absences elles-mêmes associées à de moins bons résultats scolaires (10).

Les conséquences de la carie dentaire ne se limitent pas à l'enfant lui-même, mais s'étendent à sa famille et, plus largement, à la collectivité (12,13). En effet, les affections bucco-dentaires, telles que les caries non traitées et les maladies parodontales, constituent un fardeau économique majeur pour la collectivité. Leur impact financier ne se limite pas aux coûts directs liés aux soins, mais inclut également des coûts indirects importants, notamment les pertes de productivité associées à l'absentéisme scolaire et professionnel (14,15). En 2015, le coût mondial des maladies dentaires était estimé à 356 milliards de dollars US pour les dépenses directes, auxquels s'ajoutaient 187 milliards de dollars US de coûts indirects (14).

1.2 Accéder tôt au cabinet dentaire : pourquoi le timing compte ?

L'accès précoce au cabinet dentaire constitue un élément déterminant de la santé bucco-dentaire de l'enfant. Il ne se limite pas à une logique de soins, mais repose sur trois enjeux complémentaires : la prévention des soins invasifs, l'instauration précoce de comportements favorables à la santé orale et la construction d'une relation positive aux soins dentaires (16).

En premier lieu, une prise en charge bucco-dentaire précoce permet d'identifier rapidement les premières lésions carieuses, souvent encore réversibles à ce stade. Le diagnostic précoce oriente alors vers des stratégies préventives ou non invasives, réduisant le recours à des traitements plus complexes et limitant les complications ultérieures. Une méta-analyse publiée en 2024 (16) montre ainsi que des interventions mises en œuvre très tôt dans la vie de l'enfant, telles que l'éducation prénatale des parents ou l'application de vernis fluoré, réduisent significativement l'incidence des caries chez les jeunes enfants, et doivent être considérées comme une priorité des politiques de santé publique. À l'inverse, l'absence d'accès précoce aux soins dentaires favorise la progression et l'aggravation des lésions carieuses, conduisant à des prises en charge plus complexes et plus invasives, parfois réalisées sous sédation ou anesthésie générale (17,18) et s'accompagnant souvent d'une augmentation du coût financier pour les familles, ces techniques de sédation n'étant pas toujours remboursées par la sécurité sociale.

En second lieu, les consultations précoces offrent un cadre privilégié pour instaurer durablement des comportements favorables à la santé orale. Elles permettent d'introduire dès le plus jeune âge des

habitudes de brossage régulières, une utilisation adaptée du fluor et une alimentation moins cariogène, avec un rôle central de l'implication parentale. Ces consultations constituent par ailleurs une opportunité de dépistage précoce de troubles oro-fonctionnels (respiration buccale, persistance d'habitudes de succion, dysfonctions linguales ou freins restrictifs) dont la prise en charge précoce contribue à un développement oro-facial harmonieux (14).

Enfin, l'accès précoce au cabinet dentaire joue un rôle déterminant dans la prévention de l'anxiété liée aux soins. La familiarisation de l'enfant avec l'environnement dentaire dès les premières années favorise une meilleure coopération, réduit l'anxiété procédurale et limite le risque de phobie dentaire, qui constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins. Ces observations ont été étayées par une méta-analyse, portant sur 25 études internationales réalisées chez des enfants âgés de 2 à 6 ans. Les auteurs rapportent que 30 % (IC95 % = [25–36 %]) des enfants d'âge préscolaire présentent une peur ou une anxiété dentaire, et que l'absence de visite dentaire est associée à un risque accru d'anxiété (OR = 1,37 ; IC95 % = [1,18–1,59]), tout comme l'expérience de caries (OR = 1,18 ; IC95 % = [1,09–1,27]) (19).

L'ensemble de ces éléments souligne l'intérêt d'un accès au cabinet dentaire dès le plus jeune âge, tant sur le plan préventif que comportemental et relationnel.

2 Santé bucco-dentaire et accès aux soins des enfants en France : où en est-on ?

2.1 Epidémiologie de la carie en France

Les données disponibles montrent que la carie de la petite enfance demeure un problème de santé publique en France, malgré une amélioration progressive observée au cours des dernières décennies. Dès le milieu des années 2000, une enquête locale menée en Moselle (20) mettait en évidence une prévalence élevée de la carie chez les jeunes enfants avec 40,7 % des enfants de 4 ans présentant au moins une dent cariée, tandis que seuls 6,2 % avaient bénéficié d'un traitement approprié. Ces résultats

soulignaient à la fois l'ampleur de la carie précoce dans ce territoire, mais aussi un très faible recours aux soins, témoignant d'un accès insuffisant à la prévention et aux prises en charge précoces.

Près de vingt ans plus tard, une étude menée dans le nord-est de la France (21) auprès de 747 enfants de 4 ans scolarisés en Moselle met en évidence une amélioration significative de la situation, avec une diminution de la prévalence de la carie de 40,7 % en 2001 à 21,65 % en 2018 ($p < 0,001$), ainsi qu'une réduction de la prévalence de la CPE sévère de 10,56 % en 2001 contre 5,90 % en 2018. Cette évolution favorable s'accompagne d'un début plus précoce du brossage et d'une amélioration des habitudes alimentaires. Toutefois, un enfant sur cinq reste encore atteint de caries précoces non sévères. Par ailleurs, les connaissances parentales en matière de santé bucco-dentaire n'ont pas progressé de façon significative, soulignant la persistance de fragilités dans la prévention (21).

À l'échelle internationale, les données (22) estiment la prévalence mondiale des caries non traitées des dents temporaires à 8,8 % (IC95 % = [8,5–9,1]). Les analyses comparatives montrent toutefois que la France se situe parmi les pays présentant les niveaux les plus élevés de caries temporaires non traitées, avec une prévalence proche de 30 %, avec des contrastes notables selon les pays (Fig1), et soit plus de trois fois la moyenne mondiale (22). Ce décalage met en évidence un retard préoccupant par rapport aux tendances internationales et pourrait refléter l'existence de difficultés structurelles persistantes dans l'accès aux soins bucco-dentaires précoce chez l'enfant.

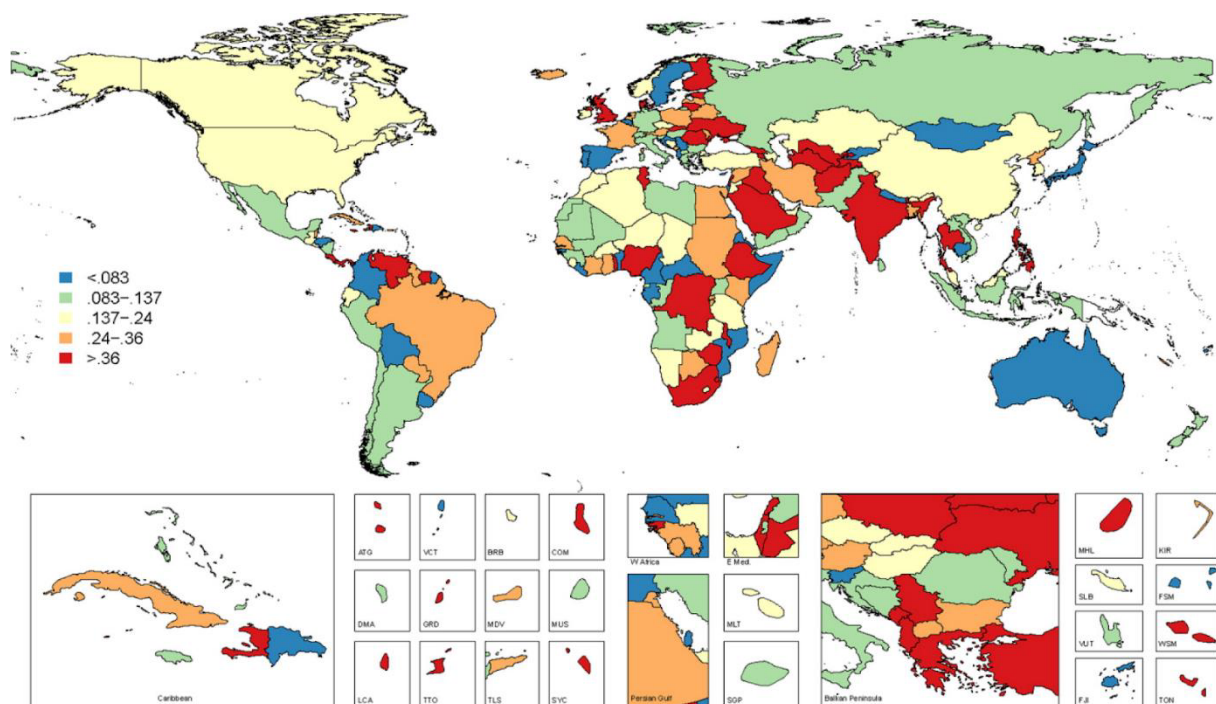


Figure 1 : Prévalence des dents temporaires affectées par une lésion carieuse cavitaire non traitée, standardisée sur l'âge (22)

2.2 Le difficile accès aux soins dentaires des enfants en France

2.2.1 Une offre de soins bucco-dentaires pédiatriques structurellement insuffisante

Selon les données de l'INSEE (23), la France compte en 2025 plus de 14 millions de mineurs, représentant autant de patients potentiels à prendre en charge dans le système de soins bucco-dentaires. L'organisation de cette prise en charge repose théoriquement sur un parcours de soins gradué, dans lequel le chirurgien-dentiste omnipraticien occupe une place centrale en tant que professionnel de **premier recours**. Dans ce cadre, la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant constitue une compétence attendue de tout chirurgien-dentiste diplômé. L'enquête internationale menée auprès des sociétés nationales membres de l'IAPD, à laquelle 48 pays ont répondu, rapporte que l'odontologie pédiatrique est intégrée au cursus de formation initiale dans l'ensemble des pays répondants (24). En France, l'enseignement de l'odontologie pédiatrique est intégré au cursus universitaire initial et de formation continue. Les praticiens exerçant une activité spécifiquement dédiée à l'odontologie pédiatrique interviennent quant à eux en **second recours**, pour la prise en charge de situations plus complexes, d'enfants très jeunes, anxieux ou présentant des besoins spécifiques, généralement après orientation par un chirurgien-dentiste omnipraticien. Enfin, le **troisième recours** relève de l'activité hospitalière et concerne les situations les plus complexes, plus médicalisées, nécessitant le recours à des modalités de prise en charge spécifiques, telles que la sédation médicamenteuse (notamment au midazolam ou au MEOPA) ou l'anesthésie générale (25).

Si l'organisation du parcours de soins bucco-dentaires de l'enfant repose théoriquement sur une gradation clairement définie, sa mise en œuvre effective dépend étroitement de la disponibilité des professionnels, dont la démographie apparaît aujourd'hui insuffisante au regard des besoins de la population pédiatrique (26).

En France, l'odontologie pédiatrique ne constitue pas à ce jour une spécialité officiellement reconnue, ce qui complique le recensement précis des professionnels concernés et explique la rareté des données démographiques disponibles. En l'absence de données démographiques officielles, une étude de Dominici et Muller-Bolla (2017) (27) apporte néanmoins des éléments permettant d'esquisser un ordre de grandeur de cette offre spécialisée, certes à interpréter avec prudence. Les auteurs identifient, pour l'année 2017, 112 chirurgiens-dentistes exerçant une activité pédiatrique exclusive sur le territoire français, ce qui correspond à un ratio d'environ un praticien pour 125 000 enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans. Cette densité apparaît particulièrement faible lorsqu'elle est comparée à celle observée dans des pays où l'odontologie pédiatrique est reconnue comme une spécialité à part entière. Par exemple aux États-Unis, le ratio est estimé à environ un dentiste pédiatrique pour 25 000 enfants (28).

Des études françaises plus récentes confirment ce déficit structurel. Le rapport sur la santé bucco-dentaire du Conseil National de la Santé (9) indique que les chirurgiens-dentistes exerçant une activité pédiatrique exclusive représentent moins de 0,5 % des praticiens inscrits à l'Ordre National. Or, les auteurs du *Livre blanc de l'odontologie pédiatrique* (29) estiment qu'un seuil d'environ 1,2 % de praticiens exclusifs serait nécessaire pour garantir un accès aux soins au moins satisfaisant pour la population pédiatrique, ce qui impliquerait de tripler le nombre de praticiens dédiés. Cette discordance entre l'offre spécialisée existante et les besoins théoriques conduit le système français à reposer largement sur les chirurgiens-dentistes omnipraticiens pour assurer la prise en charge des enfants. Cependant, cette première ligne de recours apparaît elle-même fragilisée. Les données montrent que 18 % à 22 % des chirurgiens-dentistes ne prennent pas en charge les enfants et les adolescents en France, ce qui réduit d'emblée l'offre de soins réellement accessible à la population pédiatrique (30,31). Parmi les praticiens déclarant soigner des enfants, la prise en charge des plus jeunes demeure en outre très limitée : entre 57 % et 90 % des chirurgiens-dentistes ont déclaré traiter « rarement » ou « exceptionnellement » les enfants de moins de 6 ans, à raison d'un à quatre enfants par mois au maximum, tandis que 7 % ne prennent pas du tout en charge cette tranche d'âge, même lorsqu'ils acceptent les enfants plus âgés (32).

Enfin, le troisième recours hospitalier ne permet pas de compenser pleinement ces insuffisances. L'offre de soins bucco-dentaires sous sédation médicamenteuse ou anesthésie générale demeure contrainte par un nombre limité de blocs opératoires dédiés, entraînant des délais d'attente parfois très prolongés, pouvant atteindre plusieurs mois, voire jusqu'à un an dans certaines structures (33).

Ainsi, l'association d'une offre spécialisée quantitativement insuffisante, d'une implication inégale des omnipraticiens et de capacités hospitalières limitées contribue à rendre l'accès aux soins bucco-dentaires particulièrement complexe pour la population pédiatrique, en particulier aux âges précoces, malgré une organisation théorique du parcours de soins clairement établie.

2.2.2 Des inégalités socio-économiques dans l'accès aux soins et à la prévention dès le plus jeune âge

L'étude de Trohel *et al.* (2016), menée en France à partir de données issues d'enquêtes nationales représentatives de la population adulte, met en évidence un gradient social marqué du besoin de soins dentaires (34). Les auteurs montrent que les individus appartenant aux catégories socio-économiques les plus défavorisées déclarent significativement plus souvent un besoin de soins dentaires non satisfaits que les catégories favorisées. Cette tendance apparaît notamment chez les personnes ayant un faible niveau de diplôme, un revenu modeste ou une situation professionnelle précaire. La prévalence des besoins de soins était plus faible chez les personnes présentant un niveau d'éducation élevé (31,3 %, IC95% = [27,9–34,6]), sans origine immigrée (31,3 %, IC95% = [28,0–34,6]) et disposant d'une

couverture santé complète (assurance maladie obligatoire associée à une complémentaire santé) (32,8 %, IC95% = [30,2–35,4]). Les auteurs concluent que les déterminants socio-économiques révèlent une prévention et un accès aux soins socialement différenciés.

Ces résultats trouvent un écho direct dans les données françaises pédiatriques issues de l'enquête nationale menée pour la DGS (Direction Général de la Santé) par l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) (35). L'étude montre une concentration sociale de la pathologie, puisque 6 % des enfants de 12 ans cumulent à eux seuls 50 % des dents atteintes, avec des indices CAO plus élevés chez les enfants d'ouvriers que chez ceux de cadres supérieurs (1,55 contre 0,90). Ces données traduisent une prévention inégalement efficace selon le milieu social, malgré l'existence de dispositifs nationaux de prévention et de dépistage comme par exemple le programme MT dents.

À l'échelle internationale, les constats sont convergents. Selon le "Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles", il existerait une corrélation forte et constante entre le statut socio-économique (incluant le revenu, la profession et le niveau d'instruction) et la prévalence ainsi que la gravité des maladies bucco-dentaires, tout au long de la vie (36). Ces pathologies touchent ainsi plus fréquemment les populations pauvres et vulnérables, en particulier les personnes disposant de faibles revenus. Ces inégalités sont illustrées par l'étude de Schroth *et al.* (2013) portant sur les caries précoces sévères chez les jeunes enfants. Les auteurs rapportent qu'environ 25 % des enfants d'âge préscolaire sont atteints de caries sévères, avec une fréquence significativement plus élevée chez ceux issus de milieux socialement défavorisés, notamment lorsque le père n'avait pas obtenu de diplôme de fin d'études secondaires ($p = 0,048$) ou n'occupait pas d'emploi rémunéré ($p = 0,050$) (37). Plusieurs potentiels facteurs explicatifs ont pu être identifiés, notamment le niveau d'éducation des parents, la situation professionnelle, l'accès aux services de santé, les pratiques alimentaires, ainsi que le retard à la première consultation dentaire.

Ces différents travaux, qu'ils soient internationaux ou français, convergent pour montrer que, malgré la diffusion de politiques de prévention et une amélioration globale avérée des indicateurs de santé bucco-dentaire, les bénéfices de la prévention demeurent socialement différenciés. Ces inégalités résultent d'un cumul de facteurs associant une exposition accrue aux facteurs de risque, un moindre accès à l'information et aux actions préventives, mais aussi un accès plus difficile et plus tardif au cabinet dentaire. Les contraintes organisationnelles, les obstacles financiers ou géographiques, ainsi que le retard à la première consultation dentaire contribuent à limiter l'effectivité des mesures préventives chez les populations les plus vulnérables. Ainsi, l'existence de dispositifs préventifs ou d'une couverture financière, en l'absence d'un accès réel et précoce aux soins dentaires, ne suffit pas à garantir une prévention bucco-dentaire équitable. Ces constats interrogent directement la capacité du système de soins à assurer un accès effectif au chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge pour l'ensemble des enfants.

2.2.3 Le territoire comme déterminant de l'accès aux soins dentaires

L'accès aux soins dentaires en France est marqué par d'importantes inégalités territoriales, liées à une répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire. Le rapport publié en 2023 par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) (38) met en évidence ces disparités à partir de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux chirurgiens-dentistes. Exprimé en équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 habitants, l'APL vise à mesurer l'accessibilité réelle aux soins dentaires. Cet indicateur prend en compte non seulement le nombre de professionnels disponibles, mais également leur niveau d'activité, la distance géographique aux cabinets et les besoins en soins de la population locale. En 2021, l'accessibilité moyenne aux soins dentaires en France correspondait à l'équivalent de 59 chirurgiens-dentistes exerçant à temps plein pour 100 000 habitants. Toutefois, cette valeur moyenne masque des disparités territoriales particulièrement marquées. Ainsi, l'accessibilité observée pour les 10 % de la population résidant dans les territoires les moins bien dotés n'était que de 15,3 ETP pour 100 000 habitants, contre 111,0 ETP pour 100 000 habitants pour les 10 % de la population vivant dans les territoires les mieux dotés. Autrement dit, l'accessibilité aux soins dentaires apparaît plus de sept fois supérieure entre les territoires les plus favorisés et les plus défavorisés. Ces disparités territoriales sont cohérentes avec les résultats de l'étude de Blot *et al.* (2024) (39) sur les logiques d'installation des chirurgiens-dentistes en France. Les auteurs montrent que le lieu de formation initiale influence fortement le choix d'implantation professionnelle, entre 21 % et 66 % des diplômés s'installent dans le département de leur unité de formation. Cette dynamique favorise ainsi une concentration durable de l'offre de soins dans les territoires universitaires et métropolitains, au détriment des zones rurales ou périphériques. Les choix d'installation individuels contribuent ainsi à la persistance des inégalités territoriales d'accès aux soins dentaires.

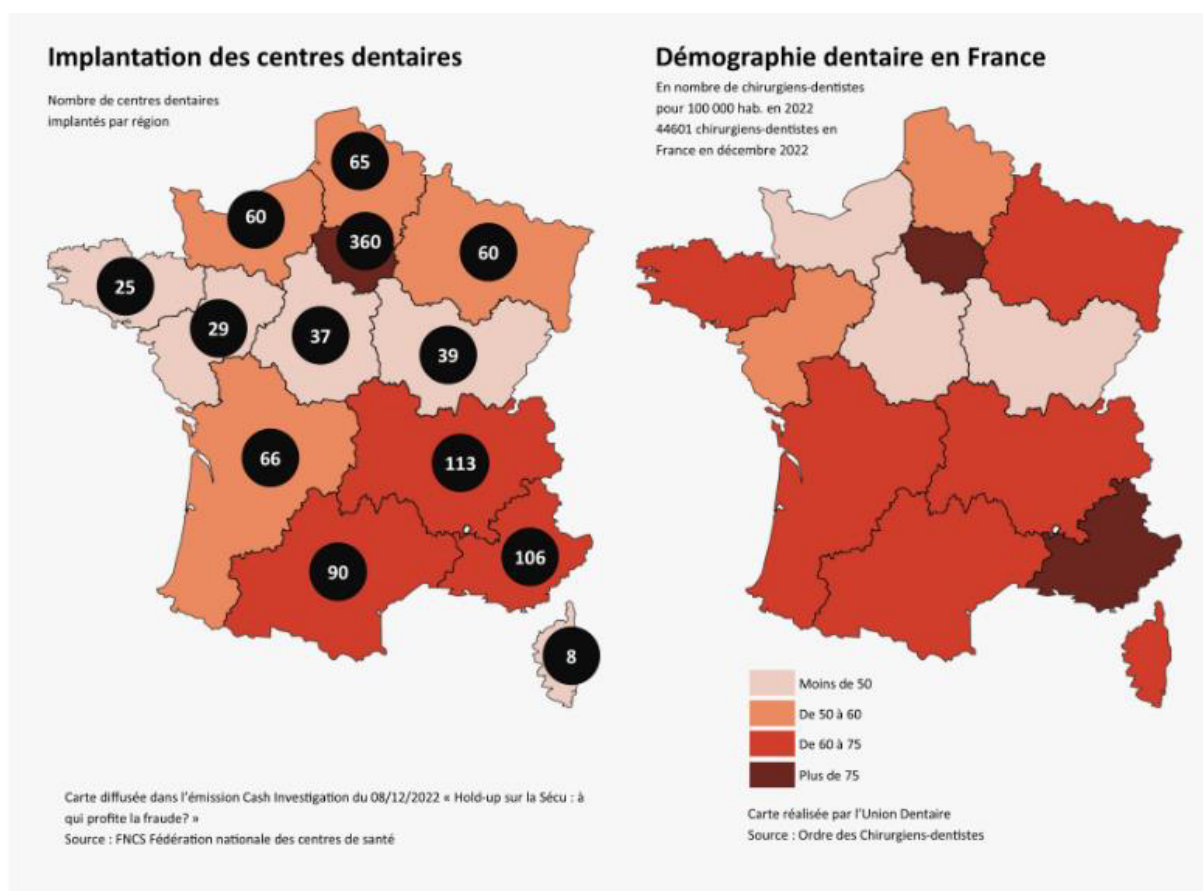


Figure 2 : L'implantation des centres dentaires ne correspond pas aux besoins de chirurgiens-dentistes en France (38)

Face à ces inégalités territoriales persistantes, les pouvoirs publics ont mis en place des outils de régulation visant à rééquilibrer la répartition de l'offre de soins dentaires sur le territoire. Le zonage des chirurgiens-dentistes constitue l'un des principaux outils de régulation territoriale de l'offre de soins, mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) (40). Il vise à classer les territoires en fonction de leur niveau d'accès aux soins dentaires, afin d'orienter les politiques publiques, notamment par des mesures incitatives à l'installation ou au maintien des professionnels dans les zones les plus fragiles, et par une régulation du conventionnement dans les zones les mieux dotées. Ce zonage repose principalement sur l'APL, laquelle permet d'estimer l'accessibilité réelle aux soins dentaires à l'échelle des territoires de vie-santé. Sur cette base, les territoires sont répartis en différentes catégories allant des zones très sous-dotées aux zones non prioritaires, avec des modalités d'intervention adaptées à chaque niveau de dotation (Fig 3). Par exemple, seules les zones très sous-dotées sont éligibles à l'ensemble des aides conventionnelles à l'installation ou au maintien, tandis que les zones non prioritaires font l'objet d'une régulation du conventionnement selon la règle du « un départ pour une arrivée ».

Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, le zonage met en évidence des inégalités territoriales marquées, avec 35 % de la population résidant en zone très sous-dotée, contre seulement 3 % en zone non prioritaire. Cette répartition illustre la concentration de l'offre de soins dentaires dans les grands pôles

urbains, tandis que de nombreux territoires ruraux ou périphériques demeurent durablement moins accessibles. La cartographie (Fig 3) associée au zonage confirme le caractère hétérogène de l'accès aux soins dentaires sur le territoire, reflétant des mécanismes structurels combinant répartition inégale de l'offre, logiques d'installation professionnelle et organisation territoriale des soins.

Ces inégalités géographiques d'accès aux soins dentaires influencent les parcours de soins et sont associées à des disparités de santé bucco-dentaire chez les enfants. L'enquête nationale de la DGS et de l'UFSBD (35) auprès des enfants de 6 et 12 ans met en évidence des différences territoriales persistantes de recours aux soins, avec des indices carieux en moyenne plus élevés chez les enfants vivant en zone rurale. Ces données suggèrent que les contraintes géographiques d'accès au chirurgien-dentiste peuvent contribuer, parmi d'autres déterminants sociaux et comportementaux, à une exposition accrue aux pathologies bucco-dentaires dans les territoires les moins bien dotés.

Ainsi, l'accès aux soins dentaires des enfants apparaît déterminé par une combinaison de facteurs socio-économiques, territoriaux et démographiques, relevant de contraintes organisationnelles, structurelles et sociales. Toutefois, au-delà de ces déterminants externes, la question de facteurs internes au système de soins se pose également, notamment ceux liés aux comportements, aux représentations et aux pratiques des professionnels de santé.

Zonage chirurgien-dentiste - Source : CNAMTS - ARS

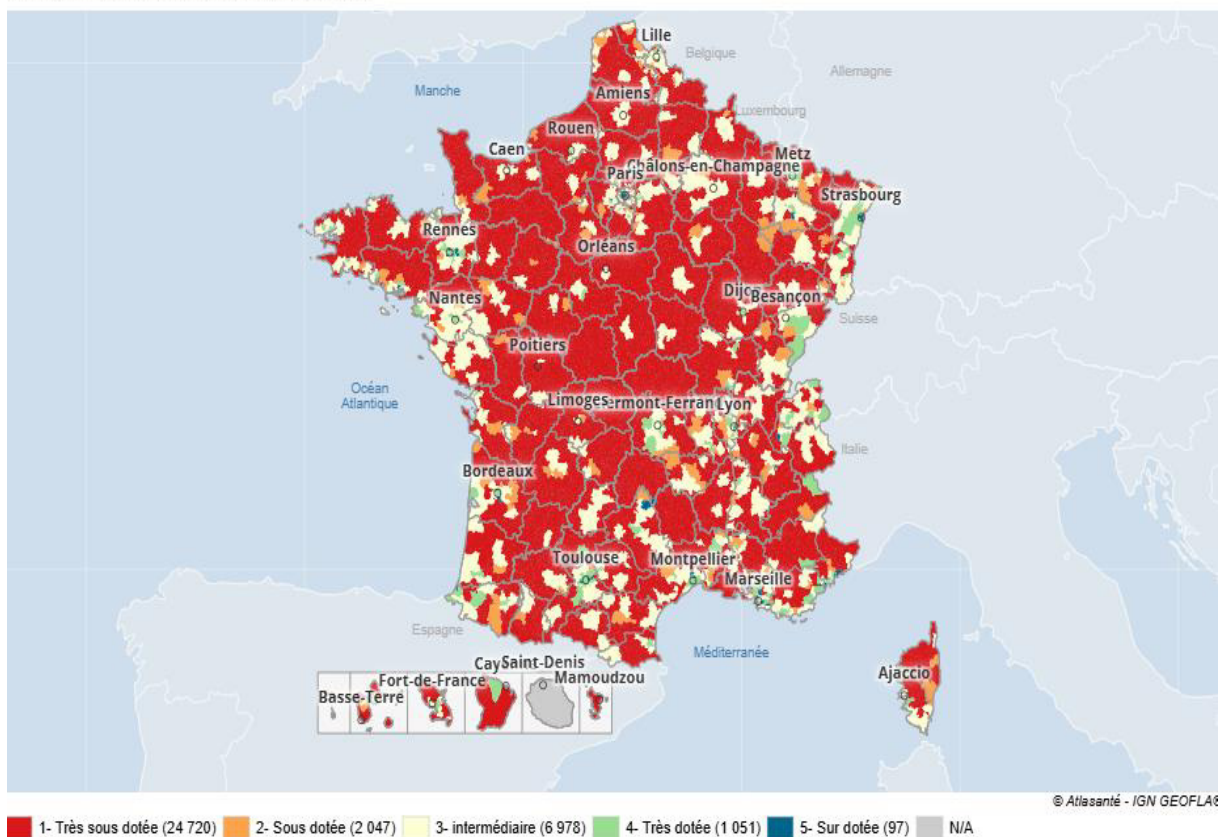


Figure 3 : Zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes (CartoSanté)

2.2.4 Des pratiques discriminatoires réduisant encore davantage l'accès aux soins dentaires

• « **Pratiques discriminatoires** » : de quoi parle-t-on ?

Le terme discrimination trouve son origine dans le latin *discriminare*, qui signifie « séparer », « distinguer », « différencier », le terme apparaît dès le XIV^e siècle. Dans son acception initiale, le mot ne portait aucune connotation négative : il désignait simplement l'action de distinguer une chose d'une autre. La notion de discrimination prend son sens moderne au XX^{ième} siècle, lié à l'injustice, la morale et à l'atteinte à l'égalité, notamment après la Seconde Guerre mondiale avec la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (41).

Aujourd'hui, la discrimination constitue un enjeu majeur et toujours d'actualité dans notre société. Comme le présente le Défenseur des droits, trois éléments doivent être réunis pour identifier une discrimination.



Figure 4 : Affiche présentant les éléments définissant la discrimination. Défenseur des droits (42)

Le premier élément constitutif d'une discrimination est **l'existence d'un traitement défavorable**, entendu comme une différence de traitement subie par une personne ou un groupe de personnes par rapport à d'autres placées dans une situation comparable. Ce traitement peut se manifester dans de nombreux domaines de la vie sociale. Il peut concerner, de manière non exhaustive, l'accès à l'emploi ou à la formation, les conditions d'embauche ou d'évolution professionnelle, l'accès au logement, aux

biens et services, à l'éducation, ainsi qu'à la protection sociale. Il ne se limite pas à un refus explicite ou à une exclusion formelle. Il peut également prendre des formes plus indirectes. Par exemple, l'obligation d'effectuer une démarche uniquement via une plateforme numérique peut, bien que neutre en apparence, désavantager de façon disproportionnée les personnes précaires ou les personnes âgées peu à l'aise avec les outils digitaux, et constituer ainsi une discrimination indirecte en l'absence de solution alternative.

Dans le champ de la santé, il a été mis en évidence que les discriminations peuvent s'inscrire à différentes étapes du parcours de soins, depuis l'accès à l'information et à la prise de rendez-vous, jusqu'à la prise en charge effective, en passant par l'orientation, la continuité des soins ou l'accès à la prévention (2). Elles peuvent résulter de décisions explicites, comme indiqué précédemment, mais aussi de mécanismes dits « indirects », particulièrement difficiles à identifier car intégrés au fonctionnement ordinaire des systèmes de soins et ne reposant pas nécessairement sur une intention discriminatoire consciente.

Le second élément repose sur le **lien entre le traitement défavorable et un critère expressément interdit par la loi**. L'article 225-1 du Code pénal (43) définit la discrimination comme toute distinction opérée entre des personnes physiques sur le fondement de critères tels que l'origine, le sexe, la situation de famille, l'état de santé, le handicap, la situation sociale, le lieu de résidence ou encore l'âge. L'existence d'une discrimination ne suppose pas que le critère prohibé soit revendiqué explicitement comme motif de la décision. Il suffit que ce critère constitue la cause réelle ou déterminante du traitement différencié. Ainsi, une pratique peut être juridiquement qualifiée de discriminatoire même en l'absence d'intention déclarée, dès lors que le critère prohibé joue un rôle central dans la décision.

Enfin, pour être juridiquement qualifiée, la discrimination doit intervenir dans un domaine de la vie sociale expressément protégé par la loi. Parmi ces domaines figurent notamment l'emploi, l'éducation, le logement, l'accès aux biens et services, ainsi que l'accès à la prévention et aux soins. Dans ce sens, **le Code de la santé publique consacre explicitement le principe selon lequel aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins** (44).

Toute discrimination légalement constituée est susceptible de sanctions. Sur le plan pénal, les articles 225-1 et 225-2 (45) du Code pénal prévoient que les discriminations fondées sur un critère prohibé, lorsqu'elles interviennent dans un domaine protégé par la loi, sont passibles de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Les discriminations ne relèvent pas exclusivement du champ pénal. Elles peuvent également donner lieu à des sanctions civiles, visant la réparation du préjudice subi, ainsi qu'à des sanctions administratives ou disciplinaires, notamment lorsqu'elles sont commises dans le cadre de l'exercice d'une profession réglementée. En matière de santé, l'article L1110-3 du Code de la santé publique consacre le principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, et expose les professionnels de santé à des sanctions ordinales, pouvant aller de l'avertissement ou du blâme jusqu'à la suspension ou la radiation, indépendamment d'éventuelles poursuites pénales.

• Des discriminations dans l'accès au cabinet dentaire ?

Si la discrimination est définie comme un traitement défavorable fondé sur un critère prohibé, alors il convient d'examiner les lieux possibles d'expression. Dès lors que ces pratiques discriminatoires ont été mis en évidence dans différents contextes, notamment scolaires et professionnels, il est légitime de s'interroger sur celles-ci notamment dans notre propre exercice, dont le cadre principal est le cabinet dentaire. L'acceptation d'un patient, les conditions de traitement ou encore les modalités de prise en charge et d'accès aux soins sont autant de situations où un traitement différencié peut se produire.

Plusieurs prises de position récentes de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes témoignent d'une vigilance accrue à l'égard des refus de soins discriminatoires et permettent d'envisager le cabinet dentaire comme un espace où de tels mécanismes peuvent, se manifester. Plusieurs de ces publications périodiques récentes insistent sur l'actualité et la gravité de la question. Dans la Lettre n°219, l'Ordre rappelle une nouvelle fois la fermeté du cadre juridique, ainsi qu'un rappel déontologique qui est tout aussi explicite : le chirurgien-dentiste doit soigner « avec la même conscience tous ses patients » (R4127-211 CSP) (46).

Dans le n°221 du bulletin du Conseil de l'Ordre, il a été apporté une illustration concrète de cette problématique à travers une décision disciplinaire concernant un orthodontiste ayant refusé d'engager un traitement après avoir appris que le patient était bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). La chambre disciplinaire a qualifié les faits de refus de soins discriminatoire fondé sur la situation économique du patient et prononcé une interdiction temporaire d'exercer. La Lettre n°224 publiée en octobre 2025, a confirmé l'actualité et l'ampleur du phénomène. Le bilan 2024 de la Commission "refus de soins" du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes transmis au ministère de la Santé fait état de 58 plaintes pour refus de soins discriminatoires, les plaignants étant majoritairement bénéficiaires de la CSS ou de l'AME (l'Aide Médical d'Etat). L'Ordre réaffirme que la discrimination économique et sociale n'est pas tolérable (47,48).

D'autres situations ont également été signalées par l'ordre dans la Lettre n°204, concernant les patients VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) sous trithérapie. Malgré l'évolution des traitements et une charge virale indétectable, certains patients rapportent des refus de soins lors de la prise de rendez-vous, des aménagements injustifiés des séances ou encore des attitudes différenciées liées à la connaissance de leur statut sérologique (49).

De nouvelles pratiques discriminatoires font leur apparition, notamment avec l'émergence des systèmes de prise de rendez-vous sur les plateformes en ligne. La lettre n°194 du bulletin du Conseil de l'Ordre a été une des premières à alerter à ce sujet, relevant des dentistes qui affichaient sur leur profil la mention : « Ce praticien ne prend pas de patient de moins de 12 ans » à titre d'exemple (50). Par ailleurs, dans son mémoire le Dr. Brunat a pu rapporter un screening sur une plateforme de rendez-vous en ligne,

réalisé auprès de 100 chirurgiens-dentistes. Parmi eux, seuls 46 % acceptaient les enfants sans restriction (51). Ces données illustrent concrètement l'existence de limitations d'accès pour les patients mineurs dans l'environnement numérique. Ainsi, si les discriminations peuvent exister dans le cadre traditionnel du cabinet, mais l'essor des plateformes en ligne semble faire émerger des formes nouvelles de traitement différencié.

2.3 Le rôle des plateformes de prise de rendez-vous en ligne dans l'accès aux soins

Le développement des plateformes numériques de prise de rendez-vous médicaux s'inscrit dans un contexte de tensions croissantes sur l'accès aux soins et de transformation des pratiques professionnelles. Ces plateformes ont pour objectif principal de faciliter la mise en relation entre patients et professionnels de santé, en permettant la consultation des disponibilités, la prise de rendez-vous en ligne, ainsi que, pour certaines, des fonctionnalités complémentaires telles que les rappels automatisés, la messagerie sécurisée ou la téléconsultation. En France, plusieurs acteurs coexistent, parmi lesquels Doctolib, Maiia, Keldoc ou encore MonDocteur, cette dernière ayant été intégrée à Doctolib. Ces outils sont aujourd'hui largement utilisés dans la pratique médicale de ville (52,53).

Le fonctionnement de ces plateformes repose sur la numérisation des agendas professionnels, permettant aux patients d'accéder, en temps réel, aux créneaux disponibles et de réserver un rendez-vous sans passer par un contact téléphonique.

Le rapport d'impact publié en 2025 par Doctolib met en souligne l'ampleur de l'utilisation de cette plateforme en France (53). En 2024, plus de 50 millions de personnes ont utilisé Doctolib pour accéder à des services de santé, confirmant le rôle central de cette plateforme dans le paysage sanitaire français. En moyenne, 17 millions de rendez-vous y sont pris chaque mois, avec un total annuel de 203 millions de rendez-vous médicaux pris en ligne. La plateforme est utilisée par 230 000 professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. La région Auvergne-Rhône-Alpes représente à elle seule environ 10 % des utilisateurs, illustrant un ancrage territorial important (53).

2.4 Avantages de ces plateformes

2.4.1 Du point de vue des patients

Les plateformes numériques de prise de rendez-vous en ligne constituent un outil majeur d'amélioration de l'accessibilité organisationnelle aux soins. L'un de leurs principaux avantages réside dans la possibilité de prendre rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture des cabinets ("after hours"),

supprimant ainsi les contraintes liées aux plages téléphoniques et aux horaires de travail. En ophtalmologie, une étude a montré que 37 % des rendez-vous pris via une plateforme de prise de rendez-vous en ligne sont effectués en dehors des horaires d'ouverture des cabinets (54). Cette proportion atteindrait 50 % selon un rapport de Doctolib, illustrant l'importance de l'accessibilité continue offerte par ces outils numériques (53). Cette flexibilité facilite l'organisation du parcours de soins, en particulier pour des consultations non urgentes ou de suivi.

Elles offrent également une visibilité immédiate et en temps réel des créneaux disponibles, contribuant à une réduction des délais d'attente et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins. À ce titre, l'étude avant-après de Habibi *et al.* (2019), menée dans des cliniques ambulatoires, met en évidence une diminution significative du temps d'attente moyen des patients (55). D'autres travaux soulignent une satisfaction accrue des patients, ces dispositifs étant perçus comme plus transparents, plus simples et plus autonomisants que les modalités traditionnelles de prise de rendez-vous (56,57).

Enfin, ces plateformes présentent un potentiel de réduction des inégalités d'accès aux soins, en particulier géographiques. En améliorant la lisibilité de l'offre existante sur un territoire et en facilitant l'identification de rendez-vous disponibles au-delà du périmètre communal immédiat, elles peuvent contribuer à atténuer certaines contraintes liées à la distance ou à la rareté de l'offre locale. Le rapport d'impact de Doctolib indique ainsi qu'en 2024, 86 % des utilisateurs résidaient en dehors des cinq plus grandes villes françaises, suggérant un usage largement diffusé dans les territoires périurbains et ruraux. Cette diffusion hors des grandes métropoles laisse envisager un potentiel de réduction de certaines inégalités géographiques, bien que cet effet demeure conditionné à l'accès aux outils numériques et à la présence effective de professionnels sur les plateformes (58). Ainsi, au-delà de leur dimension pratique, les plateformes numériques de prise de rendez-vous peuvent être envisagées comme de véritables outils d'amélioration de l'accès aux soins, susceptibles de faciliter, d'accélérer et d'optimiser le recours aux services de santé à l'échelle des populations.

2.4.2 Du point de vue des praticiens

Du point de vue des praticiens, les plateformes de prise de rendez-vous en ligne constituent avant tout un outil d'organisation et de gestion de l'activité. La numérisation des agendas permet une optimisation des créneaux disponibles, une diminution de la charge administrative liée aux appels téléphoniques et une meilleure gestion des annulations de dernière minute. Les auteurs observent une réduction marquée du taux d'absentéisme, de 25 % à 11 % (55). Par ailleurs, d'autres travaux soulignent que la facilité de consultation, d'annulation ou de reprogrammation des rendez-vous est associée à une diminution des rendez-vous non honorés, contribuant ainsi à une utilisation plus efficiente du temps médical (56,57).

Ces plateformes offrent également une visibilité accrue de l'offre de soins, notamment pour les cabinets situés en dehors des grands centres urbains. En rendant leurs disponibilités accessibles en ligne, les praticiens peuvent toucher une patientèle plus large, y compris dans des territoires où la demande est diffuse et l'offre moins lisible.

Enfin, les plateformes permettent aux professionnels de paramétrer leur activité (types de consultations proposées, délais, motifs accessibles), offrant une souplesse organisationnelle adaptée aux contraintes locales et aux spécificités de l'exercice, tout en s'inscrivant dans un contexte de tensions croissantes sur l'accès aux soins.

2.5 Limites de ces plateformes.

2.5.1 Une fracture numérique persistante, particulièrement marquée chez les patients âgés

Dans un premier temps, l'un des principaux freins au déploiement équitable des plateformes numériques de prise de rendez-vous réside dans la persistance d'une fracture numérique, qui affecte de manière disproportionnée les patients les plus âgés. L'étude d'Atherton *et al.* (2024), montre que l'usage effectif de la prise de rendez-vous en ligne décroît fortement avec l'âge, malgré une disponibilité formelle des outils (59). Elle met en évidence une baisse marquée de l'utilisation au-delà de 75 ans : seuls 9 % des patients âgés de 75 à 84 ans et 6 % des patients de 85 ans et plus déclarent avoir utilisé un système de réservation en ligne, contre environ 16–17 % chez les patients de moins de 65 ans. Cette diminution est encore plus prononcée lorsque l'on considère non seulement l'usage, mais aussi la simple connaissance de l'existence de ces dispositifs, suggérant une exclusion en amont du parcours numérique.

Ces résultats sont corroborés par l'étude qualitative associée, qui souligne que les patients âgés expriment une préférence marquée pour le téléphone, perçu comme un mode d'accès familier, plus rassurant et ne nécessitant ni compétences numériques spécifiques ni recours à un tiers (59). Ainsi, bien que les plateformes numériques soient souvent présentées comme des outils de modernisation de l'accès aux soins, leur généralisation comporte un risque réel d'exclusion des patients les plus âgés, en particulier lorsque les canaux alternatifs (téléphone, accueil physique) sont restreints ou saturés.

2.5.2 Des usages socialement et territorialement différenciés, au détriment des zones rurales et des populations défavorisées

Au-delà de l'âge, les données disponibles suggèrent que l'usage des plateformes de prise de rendez-vous en ligne reste socialement et géographiquement marqué. L'étude d'Atherton *et al.* (2024) met en

évidence l'existence d'un gradient social net : les patients résidant dans les zones les plus défavorisées sont significativement moins susceptibles d'utiliser la prise de rendez-vous en ligne que ceux vivant dans les zones les moins défavorisées (59). De manière complémentaire, les patients vivant en zone rurale présentent une probabilité plus faible d'utiliser ces outils que les patients urbains (OR \approx 0,92), même après ajustement sur les caractéristiques individuelles. Ces résultats suggèrent que, loin de réduire mécaniquement les inégalités d'accès aux soins, les plateformes numériques peuvent également reproduire, voire accentuer, certaines disparités préexistantes, en bénéficiant prioritairement aux populations les plus à l'aise avec le numérique et résidant dans des territoires mieux dotés en offre de soins.

2.5.3 Un risque de discrimination indirecte lié aux critères de paramétrage des agendas

Bien que les possibilités de paramétrage des agendas constituent un avantage organisationnel pour les praticiens, elles soulèvent également des enjeux éthiques et juridiques majeurs. La faculté offerte aux professionnels de restreindre l'accès à certains groupes de patients ou certains motifs de consultation peut conduire à des formes de discrimination indirecte, en particulier lorsqu'elle est rendue visible sur les plateformes numériques. La mention explicite « *ne prend pas les enfants* », fréquemment observée sur certaines plateformes de prise de rendez-vous, illustre parfaitement cette problématique (60).

La littérature scientifique sur ces pratiques demeure encore limitée, bien que les instances ordinales aient clairement alerté sur ces dérives potentielles au cours des dernières années. Dans *La Lettre* n°225 (2022) (61) de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, l'Ordre a ainsi rappelé que le refus de prise en charge fondé sur l'âge, en l'absence de justification médicale individualisée, est contraire aux principes déontologiques et expose le praticien à des sanctions disciplinaires.

Dans ce contexte, les plateformes initialement conçues pour améliorer l'accès aux soins des populations peuvent paradoxalement devenir des outils restreignant l'accès des jeunes patients aux services de santé. Se pose, néanmoins, la question de l'ampleur de ces pratiques : relèvent-elles de situations marginales, sans impact significatif à l'échelle populationnelle, ou traduisent-elles une dérive de grande ampleur au sein de la profession ? À ce jour, aucune donnée n'est disponible en France permettant de quantifier l'utilisation des plateformes de prise de rendez-vous en ligne comme vecteur potentiel de limitation de l'accès aux soins pour la population pédiatrique. C'est dans cette perspective que notre **étude Ped@cces** a été conçue, avec pour objectif d'évaluer dans quelle mesure et selon quelles modalités ces plateformes peuvent contribuer à des pratiques de discrimination à l'égard des enfants, en rendant observables des restrictions d'accès fondées sur l'âge.

3 Etude PED@CCES : quel accès aux soins dentaires pour les enfants mineurs via les plateformes de prise de rendez-vous en ligne ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la proportion de chirurgiens-dentistes omnipraticiens inscrits sur une grande plateforme de prise de rendez-vous en ligne qui appliquent une limite d'âge pour la prise de rendez-vous des mineurs, ainsi que de décrire, quand c'est le cas, les différents seuils d'âge instaurés.

Les objectifs secondaires étaient, d'une part, d'examiner si ces restrictions variaient en fonction du sexe du praticien et de la densité professionnelle de sa zone d'exercice, et, d'autre part, de comparer les délais d'attente moyens pour un premier rendez-vous entre un patient adulte et un patient mineur.

3.1 Type d'étude

Pour tester l'accès aux soins dentaires de la population pédiatrique en région Auvergne-Rhône-Alpes, nous avons mené une étude reposant sur une méthodologie de type "*audit study*" (62), également appelée « testing » (63). Cette approche consiste à présenter deux profils strictement comparables pour une même demande, à l'exception d'un critère unique susceptible de générer une discrimination. Dans notre cas, il s'agissait de simuler des demandes de rendez-vous auprès de profils Doctolib via une plateforme de prise de rendez-vous en ligne fréquemment utilisée en France. Les demandes étaient effectuées au nom de patients fictifs rigoureusement identiques, à l'exception du critère testé, à savoir l'âge du patient (majeur vs mineur). Cette méthode permet de mettre en évidence, de manière directe et objectivée, un éventuel traitement différencié au moment de la prise de rendez-vous.

3.2 Population étudiée

L'expérimentation a été menée de décembre 2024 à avril 2025 auprès de l'ensemble des chirurgiens-dentistes omnipraticiens exerçant en région Auvergne-Rhône-Alpes et référencés sur l'une des grandes plateformes françaises de prise de rendez-vous en ligne, Doctolib. Les praticiens dont les profils mentionnaient une activité spécialisée en orthodontie, implantologie, parodontologie ou chirurgie buccale ont été exclus, ces disciplines n'incluant pas la réalisation des soins dentaires pédiatriques courants. Les spécialistes en odontologie pédiatrique ont également été exclus de l'analyse, n'étant pas

concernés par la problématique étudiée en raison de leur activité exclusivement dédiée aux enfants.

3.3 Obtention des données

- **Données recueillies :**

- Détermination du sexe des praticiens et de la densité démographique professionnelle de la zone d'exercice

Les données analysées dans cette étude ont été obtenues à partir des informations publiquement accessibles sur les profils des chirurgiens-dentistes inscrits sur la plateforme de prise de rendez-vous en ligne. Certaines données étaient spontanément disponibles sur les profils, notamment le prénom du praticien et la commune d'exercice, ces informations ont été utilisées uniquement au moment du recueil des données puis supprimées avant la phase d'analyse afin de garantir l'anonymisation des résultats. À partir de ces éléments, deux variables ont été recueillies : le sexe du praticien a été déterminé à partir de l'analyse des prénoms figurant sur le profil du praticien, complété, lorsque cela était nécessaire, par l'analyse de la photographie de profil et par des recherches dans des sources professionnelles publiques (annuaires en ligne, sites internet de cabinets). Quelques prénoms mixtes sur des profils ne disposant pas de photographie ont été codés en valeur manquante.

La densité démographique professionnelle de la zone d'exercice a été établie selon la classification en vigueur, la classification utilisée par l'ARS (40,64) : très sous-dotée, sous-dotée, intermédiaire, sur-dotée ou non prioritaire. Ce zonage permet d'évaluer l'offre de soins dans chaque commune en fonction du nombre de professionnels de santé, ici les chirurgiens-dentistes, par rapport à la population. Il repose sur un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui tient compte à la fois de la densité de professionnels de santé et des besoins de la population.

- Détermination de l'âge minimal d'acceptation des patients mineurs

Les données ont été extraites manuellement, à partir des profils publics des chirurgiens-dentistes inscrits sur la plateforme en ligne. La simulation mise en œuvre dans le cadre du testing reposait sur la création parallèle deux profils fictifs. Ces profils étaient identiques en termes de sexe, d'identité, et de type de demande de soins. Ainsi dans chaque situation, la demande correspondait à un rendez-vous de type « consultation », avec sélection systématique de l'option « nouveau patient ». Un premier profil correspondait à un patient majeur âgé de 24 ans, tandis que le second correspondait à un patient mineur âgé de 3 ans. Le choix de ces âges s'appuie sur le programme de prévention « M'T dents » de l'Assurance Maladie, qui propose des examens bucco-dentaires réguliers de l'enfance. L'âge de 3 ans correspond au premier âge recommandé pour la réalisation d'un examen bucco-dentaire dans ce cadre,

tandis que l'âge de 24 ans correspond à la dernière tranche d'âge couverte par ce programme (65). Ces deux profils ont permis de déterminer l'accès aux soins pour les deux catégories de patients, ainsi que d'identifier l'éventuelle l'âge minimal en deçà duquel le praticien n'accepte pas les patients mineurs. Cet âge limite pouvait être indiqué directement sur le profil du praticien ou bien apparaissait pendant le processus de prise de rendez-vous quand le patient simulé avait 3 ans. Il est important de noter qu'aucun rendez-vous n'a été effectivement pris. La procédure de réservation était systématiquement interrompue avant la validation finale, afin de ne pas perturber l'organisation des cabinets dentaires.

- **Détermination du délai d'attente pour le premier rendez-vous :**

Enfin, lorsque la prise de rendez-vous était possible pour les deux profils (3 et 24 ans), nous avons également relevé le délai d'attente avant le premier rendez-vous proposé, pour les patients mineurs d'une part et pour le patient majeur d'autre part. Concernant les cabinets de groupes, chaque praticien a été pris en compte individuellement pour extraire un maximum de données.

- **Gestion de situations particulières lors du recueil des données :**

- Dans certaines situations, les praticiens appliquaient une restriction d'âge sans pour autant préciser explicitement le seuil minimal pour accepter les patients mineurs. Afin d'identifier cet âge limite, il a été nécessaire de procéder de manière itérative. En partant de l'âge de 3 ans, des profils successifs de patients ont successivement été créés en incrémentant chaque fois l'âge d'une année, jusqu'à ce que la plateforme permette de prendre un rendez-vous.
- Le recueil des données a mis en évidence des cas où le planning en ligne du praticien était fermé. Dans ces situations, le profil du praticien demeurait consultable sur la plateforme, mais la simulation de prise de rendez-vous n'était pas possible. Deux cas de figure ont alors été distingués :
 - 1) Dans un premier cas, il n'a pas été possible de simuler une prise de rendez-vous et le profil du praticien ne mentionnait aucune limite d'âge. Il n'était donc pas possible de déterminer si un patient mineur aurait pu obtenir un rendez-vous ou non. Les praticiens concernés ont donc été exclus de l'analyse, faute de pouvoir évaluer l'accès aux soins pour les patients mineurs.
 - 2) Dans un second cas, la simulation de prise de rendez-vous n'était pas possible, mais une limite d'âge figurait explicitement sur le profil du praticien (par exemple : « ce praticien ne reçoit pas les enfants de moins de 10 ans »). Ces praticiens ont été considérés comme appliquant une restriction d'âge à la prise de rendez-vous. Toutefois, leur planning étant fermé, il n'a pas été possible d'estimer les délais d'attente avant le premier rendez-vous, et ils ont été exclus de cette partie de l'analyse.

3.4 Analyses statistiques

• Objectif principal :

Dans un premier temps, le sexe des omnipraticiens de l'échantillon, la densité professionnelle de leur lieu d'exercice ont été décrits. La proportion de praticiens appliquant une limite d'âge minimale pour la prise en charge des enfants et des adolescents (de 3 à 18 ans) a aussi été analysée puis cette proportion a été étudiée d'abord globalement, puis pour chacun des âges seuils en question.

Enfin dans l'optique d'obtenir des résultats globaux sur l'ensemble des praticiens de l'étude, il a été fait l'hypothèse que ceux pour lesquels il n'était pas possible de savoir s'ils appliquaient ou non un âge seuil minimal pour recevoir les patients mineurs acceptaient tous âges.

• Objectifs secondaires :

Concernant les analyses analytiques, la proportion de praticiens qui appliquaient des limites d'âge a été comparée en fonction du sexe du praticien, puis de la densité professionnelle de sa zone d'exercice. La comparaison selon le sexe a été réalisée au moyen du test du Chi-Deux, ou du test exact de Fisher si les conditions de validité n'étaient pas remplies. Afin de vérifier l'existence d'un éventuel effet-dose avec la densité professionnelle de la zone de pratique, le test de tendance de Kendall a été utilisé.

Enfin, les distributions des délais d'attentes moyens déclarés pour des enfants (3 ans) et pour des adultes (24 ans) pour chaque praticien pour lesquels cette donnée était disponible a été décrite. Il en est de même de la distribution de la différence entre ces deux délais. Pour finir, il a été vérifié si cette différence différait significativement de 0 au moyen du test de Student apparié.

Pour toutes les analyses analytiques, le seuil de 0.05 a été considéré comme seuil pour la significativité statistique. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et pourcentages. Les distributions des délais d'attente ont été décrites au moyen des médianes et des quartiles.

3.5 Considérations éthiques

Les données collectées dans le cadre de cette étude proviennent exclusivement de sources publiques, accessibles en ligne, et ne comportent aucune information personnelle sensible. Afin d'assurer la rigueur du recueil et d'éviter toute confusion, les noms, prénoms et adresses professionnelles des chirurgiens-dentistes ont été temporairement enregistrés. Ces informations ont été supprimées à l'issue du recueil

des données, garantissant ainsi l'anonymisation complète des résultats. L'anonymat des praticiens est donc pleinement respecté. Les données sont stockées de manière sécurisée sur la plateforme sécurisée de l'Université Lyon 1, avec un accès strictement limité aux chercheurs impliqués dans le projet. Les données seront toutes supprimées à l'issue de leur publication. Une déclaration conforme au régime de référence MR-004 de la CNIL a été effectuée.

4 Résultats

4.1 Description de l'échantillon

Au total, l'investigateur a consulté 1344 profils de chirurgiens-dentistes (Figure 5 – diagramme de flux). Parmi eux, 92 ont été écartés en raison d'une activité spécialisée ne comprenant pas la réalisation de soins pédiatriques courants (implantologie, orthodontie, parodontologie, etc.) et 27 en raison de leur statut de spécialistes en odontologie pédiatrique. L'analyse a ainsi été conduite sur 1225 profils de chirurgiens-dentistes omnipraticiens (Figure 5).

L'échantillon comptait 54,5 % de femmes et 45,5 % d'hommes (Tableau 1). En ce qui concerne la densité professionnelle de leur zone d'exercice, près de 60 % des praticiens travaillaient dans des zones surdotées ou très surdotées, contre à peine plus de 10 % dans des zones sous-dotées ou très sous-dotées.

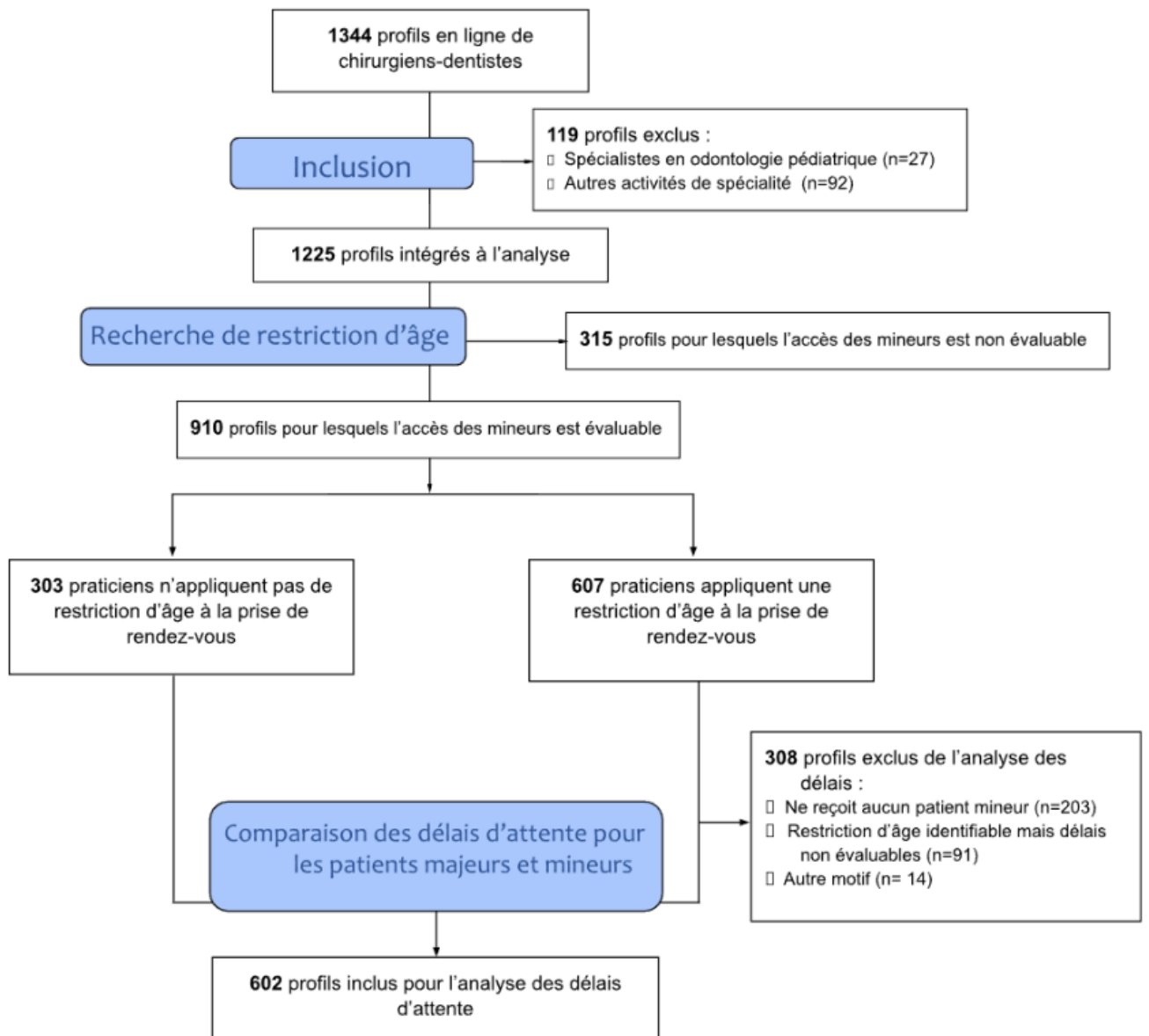


Figure 5 : Diagramme de flux

Lecture du diagramme : certains profils présentaient un planning en ligne fermé, rendant impossible la simulation de prise de rendez-vous. En l'absence de mention explicite d'une limite d'âge sur le profil, les praticiens concernés (n = 315) ont été exclus de l'analyse. Lorsqu'une limite d'âge était explicitement indiquée (n = 91), les praticiens ont été considérés comme appliquant une restriction d'âge, mais exclus de l'analyse des délais d'attente

Tableau 1 : Caractéristiques des chirurgiens-dentistes dont les profils ont été consultés sur la plateforme de prise de rendez-vous en ligne (n = 1225)

		N	%
<u>SEXE</u> ⁽¹⁾			
Homme		555	45.5
Femme		664	54.5
<u>DENSITÉ PROFESSIONNELLE DE LA ZONE D'EXERCICE</u>			
Zone	très sous-dotée	92	7.5
Zone	sous-dotée	41	3.3
Zone	intermédiaire	388	31.7
Zone	sur-dotée	422	34.5
Zone	très sur-dotée	282	23.0

1. 6 valeurs manquantes pour le sexe

4.2 Les patients peuvent-ils prendre rendez-vous quel que soit leur âge ?

4.2.1 Proportion de praticiens appliquant une restriction d'âge lors de la prise de rendez-vous

Sur les 1 225 profils analysés, l'accès des mineurs n'était pas déterminable pour 315 praticiens, comme indiqué précédemment. Parmi les 910 praticiens pour lesquels cette information était évaluable, 67 % appliquaient une restriction d'âge à la prise de rendez-vous, ce qui impliquait que, dans ces cabinets, certains patients mineurs ne pouvaient pas obtenir de rendez-vous alors que les adultes le pouvaient (Tableau 2). En formulant l'hypothèse optimiste selon laquelle l'ensemble des praticiens pour lesquels les données n'étaient pas disponibles accepteraient tous les patients quel que soit leur âge, environ 50 % des praticiens appliqueraient néanmoins une restriction d'âge pour les patients mineurs lors de la prise de rendez-vous en ligne.

Tableau 2 : Proportion de praticiens appliquant une restriction d'âge au moment de la prise de rendez-vous

Le praticien applique une restriction d'âge :	N	%
Oui	607	66.7
Non	303	33.3
Non déterminé	315	-
Le praticien applique une restriction d'âge selon l'hypothèse optimiste :	N	%
Oui	607	49,6
Non	618	50,4
Total	1225	100

Lecture du tableau : l'hypothèse optimiste considère les praticiens « non déterminés » comme n'appliquant pas de restriction d'âge.

4.2.2 Proportion de praticiens appliquant une restriction d'âge selon le sexe et la densité professionnelle de sa zone d'exercice

La proportion de praticiens appliquant une limite d'âge à la prise de rendez-vous ne différait pas significativement selon le sexe (67.1 % chez les hommes contre 66.1 % chez les femmes ; $p = 0.745$). De même, aucune variation significative de la proportion de ces praticiens n'a été observée en fonction de la densité démographique de la zone d'exercice (Tableau 3).

Tableau 3 : Pourcentages d’omnipraticiens appliquant des limites d’âge selon la densité professionnelle de leur zone d’exercice (N=910)

		Zones très sous-dotées	Zones sous-dotées	Zones intermédiaires	Zones sur-dotées	Zones très sur-dotées	Total	P *
N’applique pas de restriction d’âge	n	17	7	102	100	77	303	0.371
	%	30.9	23.3	38.9	31.0	32.1	33.3	
Applique une restriction d’âge	n	38	23	160	223	163	607	
	%	69.1	76.7	61.1	69.0	67.9	66.7	

* Test de tendance de Kendall's Tau-b

4.3 Quels sont les âges seuils appliqués à la prise de rendez-vous ?

Les analyses ont été menées sur 607 praticiens appliquant une restriction d’âge à la prise de rendez-vous en ligne, puis ont été élargies à l’ensemble des 910 omnipraticiens disposant d’un planning ouvert sur la plateforme. Le Tableau 4 présente de manière détaillée l’impact des pratiques de restriction d’âge sur l’accès aux soins, pour chaque âge de 3 à 18 ans. Les résultats illustrent ainsi la proportion de praticiens qui acceptent les mineurs à partir d’un âge seuil donné. L’examen de ces données montre que les possibilités de prise de rendez-vous varient fortement selon l’âge du patient.

Les enfants les plus jeunes sont ceux pour lesquels l’accès à la prise de rendez-vous en ligne est le plus contraint. Pour les enfants de moins de 3 ans, aucun des 607 praticiens appliquant une restriction d’âge n’autorisait la réservation en ligne. En tenant compte des 303 praticiens n’appliquant aucune restriction d’âge, seuls 33.3 % des 910 praticiens intégrés à l’analyse permettait aux parents de fixer un rendez-vous pour cette tranche d’âge. Pour les enfants âgés de 3 ans, 30 praticiens avaient fixé cet âge comme seuil minimal. Ainsi, parmi les 607 praticiens appliquant une restriction d’âge, seuls ces 30 praticiens autorisaient la prise de rendez-vous en ligne, ce qui représente 36.6 % des 910 omnipraticiens.

Les tranches d'âges intermédiaires sont aussi fortement impactées par les pratiques de restriction d'âge. Par exemple, 151 praticiens parmi les 607 appliquant une restriction acceptaient les patients mineurs à partir de 13 ans, soit 49,9 % des 910 omnipraticiens inclus dans l'analyse. Ainsi, la moitié des praticiens n'autorisait pas la prise de rendez-vous pour les enfants de moins de 13 ans.

À l'inverse, les âges les plus élevés sont ceux pour lesquels l'accès est le plus large. Pour les patients âgés de 17 ans, 402 praticiens sur les 607 appliquant une restriction d'âge autorisaient la prise de rendez-vous en ligne, soit 77.5 % des 910 omnipraticiens dont les données étaient accessibles. Les 22.5 % restants n'autorisaient donc pas la prise de rendez-vous pour un patient mineur, quel que soit son âge.

Pour finir, nous avons extrapolé les résultats à l'ensemble des 1 225 omnipraticiens utilisant la plateforme de prise de rendez-vous, en incluant à notre analyse les 315 praticiens pour lesquels les données étaient manquantes. Pour cette analyse, nous avons retenu comme précisé plus haut l'hypothèse la plus optimiste, considérant que tous ces praticiens autorisaient la prise de rendez-vous pour toutes les tranches d'âge. Même dans ce scénario, seuls 50.4 % des praticiens autorisaient la prise de rendez-vous pour les enfants de moins de 3 ans, 54.9 % à partir de 6 ans et près de 62 % à partir de 12 ans (Tableau 4).

Tableau 4 : Pourcentages d'omnipraticiens acceptant les patients mineurs en fonction de leur âge

Praticiens appliquant une limite d'âge (n=607)			Pourcentages d'acceptation selon les différents âges	
Age du patient mineur	Nombre de praticiens fixant cet âge comme minimal à la prise de rendez-vous	de Nombre cumulé de praticiens recevant les enfants de cet âge	Après ajout des 303 omnipraticiens qui acceptent tous les âges (n=910)	Après extrapolation ⁽¹⁾ à l'ensemble des omnipraticiens de l'étude (n=1225)
< 3 ans	0	0	33.3	50.4
3 ans	30	30	36.6	52.9
4 ans	2	32	36.8	53.1
5 ans	4	36	37.3	53.4
6 ans	18	54	39.2	54.9
7 ans	3	57	39.6	55.1
8 ans	22	79	42.0	56.9
9 ans	6	85	42.6	57.4
10 ans	14	99	44.2	58.5
11 ans	6	105	44.8	59.0
12 ans	37	142	48.9	62.0
13 ans	9	151	49.9	62.8
14 ans	33	184	53.5	65.5
15 ans	95	279	64.0	73.2
16 ans	111	390	76.2	82.3
17 ans	12	402	77.5	83.3
18 ans	205	607	100.0	100.0

(1) Hypothèse optimiste : les praticiens « non évaluables » sont considérés comme n'appliquant pas de restriction d'âge

Lecture du Tableau (exemple pour un enfant de 5 ans) : sur les 607 omnipraticiens qui ont indiqué une limite d'âge, 4 ont déclaré prendre les enfants à partir de 5 ans. Cela fait un total de 36 praticiens (30+2+4) qui acceptent à l'âge de 5 ans en rajoutant les praticiens qui reçoivent à partir de 3 ans et ceux à partir de 4 ans. En rajoutant à ces 36 praticiens les 303 qui n'appliquent pas de limite d'âge, 37.3% accepteront les enfants de 5 ans. Enfin, si on extrapole à l'ensemble des omnipraticiens ce pourcentage monte à 53.4% (en supposant que les 315 praticiens qui n'ont pas précisé s'ils imposaient ou non des limites d'âge n'en appliquaient pas)

4.3.1 Les délais de rendez-vous sont-ils identiques pour les patients mineurs et les majeurs ?

Parmi les 602 omnipraticiens pour lesquels les délais moyens d'attente avant le premier rendez-vous ont pu être recueillis à la fois pour les adultes et pour les enfants, la valeur médiane des délais d'attente était de 14 jours dans les deux groupes de patients (majeurs : Q25%–Q75%= [4–31] ; mineurs : Q25%–Q75%= [4.25–30]). La distribution des différences de délais entre adultes et enfants est présentée dans le Tableau 5. Une large majorité des praticiens (93.0 %) indiquaient des délais identiques pour les deux catégories de patients. L'analyse statistique ne montrait pas de différence significative entre les délais adultes et enfants (test de Student apparié : p=0.902). Quand on se limitait aux CD qui n'appliquaient pas de limite d'âge, cette tendance n'était pas modifiée (p=0.887)

Tableau 5 : Distribution des différences de délais avant le premier rendez-vous pour les adultes et pour les enfants (n=602)

	Délais adultes < délais enfants			Délais identiques	Délais adultes > délais enfants		
	Différence > 30 jours	Différence de 8 à 30 jours	Différence ≤ 7 jours		Différence ≤ 7 jours	Différence de 8 à 30 jours	Différence > 30 jours
n	3	10	14	560	5	6	4
%	0.5%	1.7%	2.3%	93.0%	0.8%	1.0%	0.7%

5 Discussion

5.1 Restriction d'âge à la prise de rendez-vous en ligne : une pratique courante affectant prioritairement les enfants les plus jeunes

5.1.1 Résumé des résultats principaux

Notre étude met en évidence que la mise en place d'une restriction d'âge lors de la prise de rendez-vous en ligne constitue une pratique largement répandue parmi les chirurgiens-dentistes omnipraticiens. Parmi les 910 praticiens de la région Auvergne-Rhône-Alpes pour lesquels il était possible de déterminer s'ils appliquaient ou non une limite d'âge minimale, 66,7 % (n = 607) limitaient la prise de rendez-vous pour des patients mineurs. En extrapolant ces résultats à l'ensemble des 1 225 praticiens inclus dans notre étude, et selon une hypothèse optimiste considérant que tous ceux dont les données étaient manquantes acceptaient les patients de tous les âges, environ un praticien sur deux appliquerait une restriction d'âge à la prise de rendez-vous des mineurs.

L'analyse détaillée par tranches d'âge révèle que ces restrictions d'accès varient sensiblement selon l'âge des patients. Parmi les praticiens pour lesquels les données étaient disponibles, 22.5% refusaient la prise de rendez-vous pour l'ensemble des patients mineurs, soit 16.7 % après extrapolation à l'échantillon total. Ainsi, même les adolescents de 15 à 17 ans se voient refuser l'accès à ces cabinets. Les enfants les plus jeunes demeurent toutefois les plus concernés par cette problématique d'accès aux soins puisque seuls 33.3 % des praticiens autorisaient la prise de rendez-vous en ligne pour les enfants de moins de 3 ans, proportion atteignant 50.4 % dans le scénario extrapolé sous l'hypothèse la plus favorable.

Ces résultats témoignent d'une pratique fréquente au sein de la profession, susceptible d'avoir un impact significatif sur l'accès aux soins des jeunes patients, à l'échelle populationnelle.

5.1.2 Une prise en charge précoce largement insuffisante : les enfants de moins de 6 ans, grands exclus des cabinets dentaires

Les constats issus de notre étude font écho à ceux de l'enquête menée par Dominici *et al.* (2018) (30) auprès de 573 omnipraticiens. Les auteurs montrent que la prise en charge des très jeunes enfants reste exceptionnelle : près de 90 % des praticiens déclaraient ne soigner qu'exceptionnellement les enfants âgés de 0 à 2 ans, soit moins d'un patient par mois. Plus de la moitié recevaient seulement un à quatre

enfants âgés de 3 à 5 ans par mois. Ces données illustrent l'ampleur du désengagement des chirurgiens-dentistes vis-à-vis des soins précoces, particulièrement durant les premières années de vie, période pourtant cruciale pour la prévention et le dépistage de la carie de la petite enfance.

Ces résultats trouvent un écho direct dans nos propres observations issues de l'analyse des profils Doctolib. Comme le montre le Tableau 4, la probabilité d'obtenir un rendez-vous varie considérablement selon l'âge de l'enfant. Parmi les 910 omnipraticiens dont le planning était accessible, seuls 33,3 % autorisaient la prise de rendez-vous pour les enfants de 2 ans, proportion qui n'atteint que 37,3 % à 5 ans. Autrement dit, près des deux tiers des praticiens excluent de fait les très jeunes enfants de leur patientèle (Tableau 4).

L'exclusion quasi systématique des nourrissons et jeunes enfants des cabinets dentaires apparaît d'autant plus préoccupante qu'elle contredit les recommandations nationales et celles de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, qui préconisent une première visite chez le chirurgien-dentiste dès l'éruption de la première dent, idéalement dans les six mois suivants et au plus tard avant le premier anniversaire (66). Cette première consultation vise non seulement à examiner la bouche de l'enfant et à contrôler le développement des mâchoires et des dents, mais aussi à délivrer aux parents les premiers conseils de prévention portant sur l'hygiène bucco-dentaire, l'alimentation et les habitudes orales ainsi qu'à familiariser l'enfant avec le dentiste et l'environnement du soin. Ce décalage entre les recommandations de santé publique et la pratique quotidienne interroge le rôle du chirurgien-dentiste en tant qu'acteur de prévention : en renonçant à cette première rencontre, le praticien perd une occasion essentielle d'éducation à la santé orale, de repérage des facteurs de risque et d'instauration d'un suivi à long terme. Ces résultats, combinés à ceux de notre étude, suggèrent que la faible implication des omnipraticiens auprès des enfants de moins de six ans contribue à maintenir un modèle de soins centré sur la curativité, au détriment de la prévention primaire.

5.1.3 Une homogénéité des pratiques de restriction d'âge, indépendamment du sexe des praticiens et de la densité professionnelle de leur zone d'installation

Nos résultats suggèrent l'absence de différence notables dans l'application de restrictions d'âge selon le sexe des praticiens ou la densité professionnelle de leur zone d'exercice (Tableau 3), parmi les omnipraticiens dont le planning était ouvert à la prise de rendez-vous. La proportion de praticiens imposant une restriction d'âge variait de 61,1 % en zones intermédiaires à 76,7 % en zones sous-dotées, correspondant aux valeurs les plus éloignées observées ; toutefois, l'amplitude de ces variations restait limitée et aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence.

Autrement dit, les comportements observés ne sembleraient pas dépendre de ces deux caractéristiques individuelle ou contextuelle, mais relèveraient plutôt d'une dynamique commune à l'ensemble de la profession. Ces résultats viendraient ainsi nuancer l'hypothèse selon laquelle les zones sous-dotées, potentiellement soumises à une pression de demande plus forte, ou certains profils de praticiens, seraient plus susceptibles d'appliquer des critères restrictifs. À l'inverse, on aurait pu s'attendre à ce qu'en milieu urbain, où la concurrence entre praticiens est plus marquée, que ces derniers ouvrent davantage leur cabinet aux jeunes patients afin d'élargir leur patientèle. Or, nos résultats ne semblent pas aller dans ce sens, suggérant que les pratiques observées répondent à des logiques communes plutôt qu'à des déterminants contextuels propres au territoire ou au profil du praticien.

Cependant, il convient de souligner que ces résultats doivent être interprétés avec beaucoup de prudence. En effet, notre échantillon ne constitue pas une représentation exhaustive de l'ensemble des chirurgiens-dentistes exerçant en France. Les praticiens présents sur les plateformes de rendez-vous en ligne ne représentent probablement un sous-groupe spécifique de la profession : il s'agit majoritairement de praticiens exerçant en milieu urbain ou périurbain, souvent dans des zones à forte densité professionnelle, et pour lesquels la visibilité numérique constitue un levier de développement de patientèle. À l'inverse, les praticiens exerçant en zones rurales ou très sous-dotées, dont l'activité repose davantage sur une patientèle déjà constituée, y sont moins représentés, ce qui rend peu robuste la comparaison statistique selon la densité professionnelle de la zone d'exercice (Tableau 3). Cette surreprésentation des zones urbaines sur Doctolib pourrait donc atténuer les différences observées entre territoires et contribuer à la relative homogénéité des comportements mise en évidence dans notre étude.

Ces résultats suggèrent tout de même une uniformité préoccupante des pratiques de restriction, qui appelle à une réponse collective de la profession et des autorités de santé pour garantir un accès plus juste et précoce aux soins dentaires des enfants.

5.2 L'âge comme barrière d'accès aux soins : une discrimination ordinaire ?

5.2.1 Un accès aux soins soumis aux discriminations : le refus de soins discriminatoires

Dans le domaine des soins, le refus de donner un rendez-vous à un patient, sur le fondement d'un motif prohibé par la loi, constitue la forme de discrimination la plus manifeste (43,44).

Sauf en cas d'urgence médicale, le Code de la Santé Publique autorise les professionnels de santé à refuser de prodiguer des soins, mais uniquement dans un cadre strictement encadré par la déontologie. L'article R4127-47 précise en effet que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins*

aux malades doit être assurée » et que le praticien ne peut se dégager de sa mission que pour des raisons professionnelles ou personnelles légitimes. Ces motifs peuvent concerner, par exemple, une demande de soins ne relevant pas de sa compétence, une surcharge d'activité ne permettant pas d'accueillir de nouveaux patients, ou encore un comportement inapproprié ou violent de la part du patient. En revanche, tout refus fondé sur un critère discriminatoire qu'il soit lié à l'âge, au sexe, à l'origine, à la situation sociale ou à l'état de santé constitue une faute déontologique. Le praticien demeure, dans tous les cas, tenu d'informer le patient de sa décision et d'assurer la continuité des soins en transmettant les informations nécessaires à un confrère désigné.

Selon le Défenseur des droits (2,67), de nombreux usagers du système de santé demeurent confrontés à des formes multiples de discrimination dans leur parcours de soins. Ces discriminations peuvent être liées à la situation économique ou administrative des patients notamment ceux bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME) (68) mais également à leur genre, à leur origine ethnique ou à leur état de santé. Ces pratiques traduisent une sélection implicite ou explicite des patients selon leur profil ou leur vulnérabilité, en contradiction avec le principe d'égalité d'accès aux soins. Elles se traduisent, par des situations très concrètes comme l'impossibilité pour certains patients d'obtenir un rendez-vous, des créneaux horaires distincts qui leur sont réservés, ou encore des attitudes différenciées de la part des professionnels de santé.

Le rapport souligne notamment que certaines discriminations persistent à l'encontre des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (49), notamment dans le cadre de la pratique dentaire, malgré l'absence de toute justification médicale. Le Défenseur des droits rappelle qu'« *il n'existe pas de raisons objectives de traiter différemment les personnes séropositives* », puisqu'aucun protocole de soins dentaires spécifique n'est requis pour ces patients. Les mesures de prévention et de stérilisation doivent être identiques pour tous, indépendamment du statut sérologique déclaré ou connu. Interrogé sur ce point, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes a confirmé que « tous les patients doivent être considérés comme potentiellement contaminants », soulignant ainsi qu'un traitement différencié relèverait d'une discrimination manifeste.

Ce même rapport souligne également que ces discriminations s'étendent désormais aux plateformes numériques de prise de rendez-vous. L'institution rapporte plusieurs situations où des patients se voient empêchés de réserver une consultation en ligne, notamment en raison de leur statut social ou administratif (bénéficiaires de la CSS ou de l'AME) ou de restrictions explicites liées à leur profil. Elle cite en particulier « *le fait de faire figurer une mention restreignant le public accueilli sur la fiche du professionnel de santé, en refusant, par exemple, la prise de rendez-vous en ligne pour les patients mineurs* » (2). Ce constat fait directement écho aux résultats de notre étude, qui met en évidence ces mêmes pratiques discriminatoires au sein des profils de chirurgiens-dentistes utilisant la plateforme de rendez-vous en ligne utilisée pour ce travail.

On aurait pu espérer qu'Internet, en facilitant la prise de rendez-vous et en réduisant les contraintes liées au temps ou à la distance, contribuerait à atténuer ces disparités. De nombreuses études ont montré les avantages des plateformes numériques : fluidification du parcours de soins, réduction des délais d'attente, optimisation des agendas (56). Pourtant, nos observations mettent en évidence un paradoxe : ces outils, censés améliorer l'accessibilité et optimiser l'organisation, produisent ici l'effet inverse. En autorisant l'instauration de critères restrictifs dès l'étape de la prise de rendez-vous, ils institutionnalisent de nouvelles formes d'exclusion, et renforcent les barrières qu'ils étaient initialement conçus pour lever.

5.2.2 Les stéréotypes à l'origine des discriminations

Les travaux en psychologie sociale montrent que les stéréotypes constituent des processus cognitifs automatiques (69) intervenant dans la perception d'autrui. Dès qu'un individu est catégorisé comme appartenant à un groupe social (âge, genre, origine), des connaissances stéréotypées associées à ce groupe peuvent être activées de manière rapide et involontaire, sans intention consciente. Toutefois, l'activation d'un stéréotype n'implique pas nécessairement son utilisation dans le jugement ou la décision. Les individus disposent de mécanismes de contrôle cognitif leur permettant d'inhiber l'influence de ces stéréotypes et de s'en distancier. Cette inhibition n'est cependant ni automatique ni sans coût : elle requiert des ressources cognitives, du temps et une motivation à adopter un comportement impartial (70).

Les stéréotypes ne sont pas intrinsèquement erronés : ils peuvent, dans une certaine mesure, refléter des différences sociales observables entre groupes, issues de régularités statistiques ou d'expériences passées. Toutefois, leur exactitude demeure souvent partielle et fragile, en raison de biais cognitifs, d'échantillons d'observation non représentatifs et de motivations psychologiques susceptibles d'influencer la perception et l'interprétation des informations sociales. La perception d'autrui oscille ainsi entre deux modes de traitement : une approche catégorielle, rapide et peu coûteuse sur le plan cognitif, qui repose sur des généralisations groupales, et une approche individualisée, plus analytique, fondée sur des informations spécifiques à la personne mais nécessitant davantage de ressources attentionnelles (71).

Dans des contextes marqués par une forte charge mentale des cliniciens, des contraintes organisationnelles ou une pression temporelle, ces capacités d'inhibition peuvent être affaiblies, augmentant le risque que les stéréotypes influencent les décisions (70). Les professionnels de santé, bien que formés et sensibilisés aux principes d'équité et de non-discrimination, ne sont pas immunisés contre ces mécanismes cognitifs, en particulier lorsque leurs décisions sont prises dans des conditions de surcharge ou de routine. Une fois activés, ils peuvent influencer les décisions du praticien et conduire à

des traitements différenciés, faisant de la discrimination la manifestation comportementale d'un stéréotype appliqué.

De nombreux chirurgiens-dentistes développent, consciemment ou non, une perception stéréotypée de l'enfant en tant que patient, ce qui influence directement leurs pratiques. Ces représentations négatives, l'enfant perçu comme difficile, imprévisible ou chronophage (72,73) constituent un frein majeur à sa prise en charge. Ce constat n'est pas propre au contexte français puisqu'une étude récente menée en Croatie auprès de 361 praticiens a montré que seuls 12,5 % d'entre eux présentaient une attitude positive envers la prise en charge des enfants, tandis que 30,2 % exprimaient une attitude négative. Les auteurs définissaient une attitude positive comme une disposition favorable à travailler avec les enfants, faisant partie intégrante de l'exercice de l'omnipraticque, en ne considérant pas le stress ou la gestion comportementale comme un défi majeur. Au contraire une attitude négative avec la perception du comportement comme principal obstacle, et un sentiment de manque de formation. Les auteurs précisent clairement que le comportement non coopératif de l'enfant constitue la principale raison pour laquelle les omnipraticiens refusent de travailler avec des enfants (74).

Le stress perçu par les praticiens constitue également un déterminant central de ces difficultés. 80 % des dentistes jugeaient la prise en charge des jeunes enfants stressante et contraignante, notamment en raison de la gestion de l'anxiété du patient face aux soins (75). Ce ressenti rejoint les observations de Davidovich *et al.* (2015), qui ont montré, dans une enquête menée en Israël auprès de 364 praticiens, étudiants et spécialistes, que l'administration d'une anesthésie locale à un enfant anxieux était perçue comme l'acte le plus stressant, indépendamment du sexe ou de l'expérience du praticien (76). De manière concordante, une étude norvégienne menée auprès de 391 dentistes a montré que le stress auto-déclaré était significativement plus fréquent lors des soins prodigués aux enfants de 3 à 5 ans, et diminuait progressivement avec l'âge des patients (77). Ce stress était fortement associé aux difficultés perçues lors des traitements restaurateurs, traduisant la charge émotionnelle que représente la prise en charge des jeunes enfants pour de nombreux praticiens.

Au-delà de ces difficultés comportementales et émotionnelles, d'autres freins structurels et professionnels interviennent. Une autre étude de 2024 menée en Jordanie, rapporte que 8,7 % des praticiens estiment avoir reçu une formation insuffisante pour soigner les enfants, la confiance auto-évaluée des praticiens variait fortement selon la complexité des actes pédiatriques (78). Si 86,7 % des dentistes déclaraient une confiance élevée pour les soins préventifs et prophylactiques chez l'enfant, cette proportion chutait nettement pour les actes plus complexes. Enfin, 4,7 % considèrent l'odontologie pédiatrique comme une activité peu rentable (78).

Cependant, l'argument économique souvent avancé pour justifier la faible prise en charge des jeunes enfants tend aujourd'hui à perdre de sa validité, notamment en France. En effet, la Convention Nationale 2023-2028, signée entre l'Assurance Maladie et les organisations professionnelles, prévoit

d'importantes revalorisations des actes pédiatriques et une approche centrée sur la prévention. Dès 2024, les actes de restauration et d'endodontie réalisés chez les enfants de 3 à 24 ans bénéficient d'une majoration allant de +30 à +45,7 %, cumulable avec le modificateur N (+15,7 %) pour les dents permanentes des moins de 13 ans. Les pulpotomies sur dents temporaires ont été réévaluées de 50 %, et de nouveaux actes pédiatriques ont été intégrés à la nomenclature, tels que la pose de coiffes préformées ou les mainteneurs d'espace, désormais opposables et pris en charge. De plus, la convention introduit une cohorte spécifique 3-24 ans, accompagnée d'un renforcement des examens bucco-dentaires préventifs (EBD), désormais annuels et revalorisés de 10 € (79). Ces mesures traduisent la volonté institutionnelle de mieux valoriser les soins pédiatriques, de réduire les inégalités d'accès et de soutenir économiquement les praticiens impliqués dans la prévention et le soin des enfants.

5.2.3 Manifestation des discriminations :

Les discriminations ne se traduisent pas nécessairement par un refus explicite de soins : elles peuvent prendre des formes plus subtiles et structurelles, qui visent à exclure certains patients ou à rendre leur accès au cabinet plus difficile. Dans notre étude comme dans la littérature, plusieurs stratégies de limitation de l'accès aux soins ont pu être identifiées, qu'elles soient intentionnelles ou non.

5.2.3.1 Empêcher la prise de rendez-vous :

L'exclusion des enfants sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne constitue un phénomène récent, encore peu documenté scientifiquement. Néanmoins, plusieurs instances institutionnelles se sont déjà saisies de la question. Dans un éditorial publié en 2022 dans *La Lettre de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes* (n°195-197) (38,42), le président du Conseil national, Philippe Pommarède, alertait sur la possibilité offerte par certaines plateformes de rendez-vous médicaux de permettre aux praticiens d'exclure explicitement les enfants des soins bucco-dentaires, à travers des mentions telles que « *Ce praticien ne prend pas de patients de moins de 10 ans* ». Le Conseil national rappelait alors que ces pratiques constituaient une forme flagrante de refus de soins discriminatoire en raison de l'âge, contraire à l'article 225-1 du Code pénal et à l'article L.1110-3 du Code de la santé publique, qui prohibent toute discrimination dans l'accès aux soins. Cette problématique a également été soulignée dans le rapport 2025 du Défenseur des droits, qui évoque plusieurs cas de restrictions d'accès sur les plateformes numériques de santé, notamment le fait de bloquer la prise de rendez-vous pour certaines catégories de patients, ou d'afficher des mentions restreignant le public accueilli, en refusant par exemple les patients mineurs (67).

Nos résultats s'inscrivent donc pleinement dans cette dynamique : en quantifiant de manière objective ces pratiques à partir des données de Doctolib, notre étude montre que plus de 66 % des omnipraticiens dont le planning était accessible (Tableau 2) appliquaient une restriction d'âge, empêchant ainsi la prise de rendez-vous pour une partie ou la totalité des enfants. Ces constats confirment que le phénomène identifié par l'Ordre et par le Défenseur des droits n'est pas marginal, mais au contraire massivement présent et mesurable dans la pratique courante.

5.2.3.2 Allonger les délais d'attente :

Contrairement à l'hypothèse selon laquelle les enfants seraient reçus plus tardivement que les adultes, nos résultats ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes. Comme présenté dans le Tableau 5, la médiane des délais avant le premier rendez-vous était identique pour les enfants et les adultes (14 jours), et selon le Tableau 5, 93 % des praticiens proposaient des délais similaires. Ces données suggèrent que, pour les patients effectivement admis, les délais d'attente paraissent équitables, et que la discrimination observée dans notre étude ne porte pas sur la temporalité du soin, mais plutôt sur la possibilité même d'y accéder.

Ces résultats apparaissent cohérents avec les données nationales rapportées récemment, qui estiment à environ 11 jours le délai médian pour obtenir un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste en France, selon une analyse réalisée à partir des données Doctolib (80). Ces travaux confirment les données de la littérature dont les bénéfices des systèmes de prise de rendez-vous en ligne, qui contribuent à réduire les délais moyens, à améliorer la fluidité organisationnelle et à limiter les inégalités temporelles entre catégories de patients (55,57).

5.2.3.3 Limiter les créneaux horaires :

Cette stratégie, consistant à restreindre les plages de rendez-vous réservées aux jeunes patients, n'a pas été observée dans notre étude. Elle pourrait toutefois être mise en évidence par d'autres approches méthodologiques, notamment des études de type "testing téléphonique", permettant d'analyser la disponibilité effective selon le profil du patient (62,63).

5.2.3.4 Pratiquer l'adressage excessif :

Notre méthodologie, fondée sur l'analyse des données issues des plateformes numériques, ne permettait pas non plus d'identifier cette pratique. L'adressage systématique ou prématuré vers un confrère, souvent justifié par un manque de compétence perçue ou de confort dans la prise en charge pédiatrique, constitue pourtant une forme indirecte d'exclusion. Ce phénomène nécessiterait des méthodes qualitatives complémentaires.

5.3 Forces de l'étude

5.3.1 Originalité et caractère innovant du travail

5.3.1.1 L'utilisation des plateformes de prise de rendez-vous : un champ de recherche émergent

Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne font l'objet d'un intérêt scientifique récent et croissant dans le domaine médical, mais la littérature demeure largement centrée sur leurs aspects organisationnels. Plusieurs revues systématiques soulignent leurs bénéfices en matière de fluidification du parcours de soins, de réduction des délais d'attente, et d'amélioration de la satisfaction des patients (56–58). Ces outils numériques sont présentés comme un levier d'efficacité et de modernisation du système de santé, favorisant une meilleure gestion des flux et une autonomie accrue du patient dans la planification de ses soins. Les études empiriques menées dans diverses spécialités médicales, telles que la médecine générale, la dermatologie, la radiologie ou la psychiatrie, confirment ces avantages en termes de productivité et de simplification administrative. Toutefois, ces travaux abordent rarement les implications sociales et éthiques de ces dispositifs, privilégiant une approche technique et économique centrée sur la performance plutôt que sur l'équité.

Pourtant, plusieurs analyses récentes mettent en lumière les disparités d'accès que ces outils peuvent engendrer. Une étude conduite dans un service de radiologie universitaire (81), a montré que les patients noirs, latino-américains, non anglophones ou couverts par des régimes publics d'assurance utilisaient significativement moins les plateformes de planification en ligne, traduisant un biais d'accès fondé sur la langue et le statut socio-économique. De manière concordante, Kurtzman *et al.* (2018) (82) ont observé, à partir des données de la plateforme américaine ZocDoc, que les patients affiliés à Medicaid disposaient de moins de praticiens accessibles et devaient se déplacer sur de plus longues distances pour obtenir un rendez-vous, soulignant l'existence d'un désavantage géographique et social lié au comportement des professionnels sur ces outils numériques. Ces constats révèlent que, loin d'être

neutres, les plateformes peuvent reproduire des inégalités préexistantes dans le système de santé, voire les renforcer en introduisant de nouveaux filtres.

Notre travail s'inscrit dans le prolongement de ces recherches encore peu nombreuses portant sur les liens entre plateformes numériques, accès aux soins et enjeux déontologiques. Il contribue à combler un angle mort de la littérature en proposant, à l'échelle française et dans le champ de l'odontologie, une analyse originale des pratiques professionnelles observables sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne.

5.3.1.2 Le jeune âge comme facteur limitant l'accès aux soins : un déterminant rarement étudié

L'âgisme, défini comme une discrimination fondée sur l'âge, constitue un enjeu majeur de santé publique. De nombreuses études ont montré que les personnes âgées sont souvent désavantagées dans leur parcours de soins, recevant moins de traitements ou d'investigations que les patients plus jeunes, en raison de stéréotypes de fragilité (56–58) ou de faible rentabilité thérapeutique (83,84).

Dans ce sens, plusieurs études récentes montrent d'ailleurs que l'âgisme s'exprime notamment dans le cadre numérique en santé. Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne, en particulier, tendent à désavantager les patients âgés, souvent moins familiers des outils digitaux, contribuant ainsi à leur sous-représentation et à des difficultés accrues d'accès aux soins (56–58).

Si ces travaux confirment l'existence d'un âgisme à l'encontre des seniors, la discrimination fondée sur l'âge visant les enfants en milieu de soins, notamment dans le champ de l'odontologie, demeure très peu documentée. À ce jour, la littérature ne rapporte qu'un nombre limité d'études sur ce sujet. L'une des rares, menée en Croatie, montre que seuls 12,5 % des omnipraticiens déclarent une attitude positive envers la prise en charge des enfants, tandis qu'environ un tiers expriment une attitude négative (58). Dans cette logique, notre étude propose d'objectiver l'existence d'un traitement différencié entre adultes et enfants en matière d'accès aux soins. Il s'agit, à notre connaissance, de l'une des premières études à documenter le jeune âge comme un facteur susceptible d'influencer l'accès aux soins bucco-dentaires.

5.3.1.3 Forces méthodologiques :

L'un des points forts de ce travail tient à la nature des données recueillies, issues d'observations directes du processus de prise de rendez-vous en ligne, ce qui en garantit l'objectivité. Contrairement aux enquêtes déclaratives, qui peuvent être affectées par un biais de désirabilité sociale conduisant les praticiens à sous-déclarer ou à minimiser certaines pratiques potentiellement perçues comme

discriminatoires, notre méthodologie s'appuie sur des données brutes obtenues par simulation standardisée. Cette approche réduit le risque de biais déclaratif et permet d'obtenir une estimation plus robuste de la fréquence réelle des refus de soins discriminatoires.

Par ailleurs, l'exhaustivité du recueil de données constitue un atout méthodologique important. L'ensemble des praticiens utilisant la plateforme et exerçant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes a été inclus dans l'étude, permettant ainsi de constituer un échantillon conséquent de 1340 praticiens. Cette taille d'échantillon confère une puissance statistique élevée à nos analyses.

Enfin, l'hypothèse optimiste retenue pour extrapoler nos résultats à l'ensemble de l'échantillon renforce la crédibilité de nos constats : même en supposant que tous les praticiens pour lesquels les données n'étaient pas disponibles acceptent l'ensemble des patients sans restriction d'âge, les proportions observées demeurent préoccupantes. Cette approche prudente dans l'interprétation des résultats consolide la robustesse de nos conclusions quant à l'ampleur réelle des restrictions d'accès aux soins pour les patients mineurs.

5.4 Limites de l'étude

L'interprétation de nos résultats doit se faire à la lumière de certaines limites inhérentes à notre démarche :

1/ L'étude n'a pas pris en compte l'ensemble des plateformes de prise de rendez-vous en ligne, de sorte que le recueil de données demeure partiel. Toutefois, la plateforme retenue pour l'analyse est une plateforme couramment utilisée en France, avec plusieurs dizaines de milliers de chirurgiens-dentistes inscrits.

2/ Une autre limite de notre échantillon est la sous-représentation marquée des praticiens exerçant en zones sous dotées, déséquilibre qui reflète la cartographie de l'ARS (31). En effet, notre échantillon est largement constitué de praticiens exerçant en zones surdotées, alors que la majorité du territoire en Auvergne-Rhône-Alpes est classée en zones sous-dotées. Ainsi, les zones très sous-dotées représentent 48,1 % des territoires de vie-santé (TVS) régionaux, mais seulement 7,5 % des praticiens de notre échantillon. À l'inverse, les zones très dotées et non prioritaires ne totalisent que 13,2 % des TVS, mais regroupent près de 57,5 % des praticiens inclus. Ce biais de recrutement est probablement lié au fait que la plateforme est davantage utilisée dans les zones denses, où la concurrence entre praticiens est plus marquée. Cette limite impose d'interpréter nos résultats avec prudence, notamment en termes de densité professionnelle. Elle met aussi en évidence la nécessité de travaux complémentaires, ciblant spécifiquement les zones sous-dotées pour mieux appréhender l'exclusion potentielle des patients mineurs dans ces territoires.

3/ Les plateformes en ligne ne constituent pas l'unique moyen de prendre rendez-vous en cabinet dentaire, la réservation téléphonique restant le plus couramment utilisée en France (85). Dans certains départements inclus dans notre étude, l'usage des plateformes demeurait d'ailleurs très marginal dans notre échantillon, avec seulement un seul praticien l'utilisant dans le Cantal et trois dans l'Allier. Il ne semble pas possible d'extrapoler nos résultats à la prise de rendez-vous téléphonique. En effet, les plateformes numériques permettent aux praticiens d'indiquer très facilement une restriction d'âge, ce qui peut faciliter l'expression explicite d'un refus de soins. À l'inverse, l'interaction directe avec un patient par téléphone pourrait rendre ce refus plus difficile. Ce biais potentiel doit être souligné : nos résultats reflètent avant tout les restrictions formalisées par l'interface numérique, lesquelles ne correspondent pas nécessairement à l'ensemble des pratiques effectives en situation clinique.

4/ Afin de ne pas perturber le fonctionnement des cabinets, l'investigateur n'est jamais allé jusqu'à la prise de rendez-vous effective et interrompait systématiquement la procédure au moment de la validation finale. Ce choix méthodologique constitue également une limite. En effet, le Défenseur des droits a rapporté des situations où des patients, après avoir réservé en ligne, ont été recontactés par le secrétariat pour voir leur rendez-vous annulé, pratique également considérée comme un refus de soins discriminatoire (86). Puisque les rendez-vous n'ont pas été finalisés dans notre étude, ce type de pratique n'a pas pu être observé ni évalué.

5/ Une autre limite de notre étude tient à l'organisation interne de certains cabinets de groupe. Dans ces structures, il n'est pas rare qu'un ou plusieurs praticiens soient spécifiquement chargés de la prise en charge des jeunes patients, tandis que leurs confrères du même cabinet ne les acceptent pas. Dans ces cas, les enfants ne sont pas exclus du cabinet mais orientés vers le praticien référent. Ainsi, une restriction d'âge relevée à l'échelle du praticien peut apparaître comme un refus de soins discriminatoire, alors qu'à l'échelle du cabinet, l'offre de soins pédiatriques demeure bien présente. Ces spécificités organisationnelles n'ont pas été prises en compte dans notre analyse. Ce choix, conforme à l'approche de type « audit study », peut conduire à surestimer le taux des refus de soins discriminatoires dans notre échantillon. Néanmoins, même en tenant compte de cette réserve, la proportion de praticiens appliquant une limite d'âge demeure particulièrement élevée et reflète un phénomène loin d'être marginal.

5.5 Perspectives :

5.5.1 Quels types d'interventions pour lutter contre les refus de soins discriminatoires ?

5.5.1.1 Sensibiliser les chirurgiens-dentistes

L'existence de restrictions d'âge explicites sur les plateformes de rendez-vous interroge sur la conformité des praticiens aux principes déontologiques. Ces observations soulignent la nécessité de renforcer la sensibilisation des praticiens aux obligations légales et éthiques relatives à l'accueil de tous les patients, y compris les plus jeunes.

Sur le plan juridique, l'article 225-1 du Code pénal définit la discrimination comme toute distinction opérée entre les personnes physiques fondée notamment sur l'âge. L'article 225-2 prévoit que de telles discriminations sont passibles de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (43) (45).

Il apparaît ainsi essentiel de rappeler de manière très large à la profession que refuser de prendre en charge un patient en raison de son âge constitue une pratique illégale, passible de sanctions pénales et ordinaires. Les chirurgiens-dentistes ont donc en effet l'obligation déontologique de soigner tous les patients, conformément au serment d'Hippocrate. Cette exigence figure également dans le Code de la santé publique, l'article R.4127-211 précisant que le chirurgien-dentiste « *doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* » (87).

S'agissant des patients mineurs plus précisément, la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, ratifiée par la France le 7 août 1990, stipule dans son article 3, alinéa 1, que « *dans toutes les décisions qui concernent les enfants, [...] l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale* » (88). Cet article impose, tant au secteur public qu'au secteur privé, de garantir le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant dans toute décision impliquant un mineur. Dans ce cadre, le refus de prise en charge opposé à un patient mineur constitue une violation de l'intérêt supérieur de l'enfant, protégé par la Constitution et les conventions internationales.

L'exclusion de certaines populations de patients en raison de leur âge compromet le principe d'égalité en santé. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle touche des patients déjà vulnérabilisés, en raison de leur jeune âge et parfois de leur contexte socio-économique défavorisé. Il apparaît donc primordial de renforcer la communication et la sensibilisation autour de ces pratiques discriminatoires, afin de rappeler aux praticiens leurs responsabilités déontologiques et leur rôle en tant qu'acteurs de santé publique. Dans cette perspective, la formation initiale peut jouer un rôle important (89), mais le Conseil de l'Ordre constitue, plus encore, un acteur clé puisqu'il a pour mission de veiller « *au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels et des règles déontologiques* ». Dans ce sens, Le Conseil de l'Ordre n'est pas resté silencieux face à l'exclusion des enfants des cabinets dentaires. Au cours des dernières années, il a rappelé à plusieurs reprises, notamment dans différents numéros de *La Lettre* (60,61), que le refus de prise en charge des enfants constitue une pratique discriminatoire passible de sanctions. Cependant, ces

rappels répétés ne semblent pas avoir eu d'effet significatif sur les pratiques des chirurgiens-dentistes, ce qui suggère la nécessité de développer de nouvelles stratégies de prévention et de sensibilisation.

5.5.1.2 Impliquer les plateformes numériques

Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne ont un rôle central à jouer dans la régulation des pratiques discriminatoires en matière d'accès aux soins. Elles doivent se saisir de la question des restrictions d'âge appliquées à la population pédiatrique et mettre en place des stratégies de contrôle et de prévention pour limiter ces refus de soins. Une démarche comparable a déjà été entreprise concernant les discriminations liées au statut socio-économique des patients. En effet, le Défenseur des droits, Jacques Toubon, avait en novembre 2018 enjoint les plateformes françaises à supprimer les mentions excluant les bénéficiaires de la CMU, de l'AME, de l'ACS ou de la PUMa de la prise de rendez-vous dans certains cabinets (90). Ces plateformes avaient été reconnues comme responsables de ces contenus et sommées non seulement de les retirer, mais aussi d'ajouter sur leur page d'accueil un lien informant les patients de leurs droits et leur permettant de signaler tout abus.

Dans son dernier rapport, le Défenseur des droits recommandait également la mise en place de dispositifs automatiques de détection, tels que des filtres ou algorithmes intégrant des mots-clés, afin d'identifier et de bloquer les contenus ou mentions discriminatoires. Il préconisait en outre un contrôle systématique des profils des professionnels de santé ayant déjà fait l'objet d'un premier signalement pour discrimination.

Enfin, les plateformes pourraient envisager la mise en place d'une redirection automatique vers les praticiens acceptant les mineurs, lorsque les cabinets sont organisés de façon à confier la prise en charge pédiatrique à certains membres de l'équipe.

5.5.1.3 Informer les patients sur leurs droits

Malgré plusieurs centaines de plaintes déposées chaque année auprès du Défenseur des droits pour des situations de discrimination en milieu de soins, aucune ne concerne à ce jour un refus lié à l'âge des patients. Ce constat interroge : les familles sont-elles suffisamment informées du fait que ces pratiques de limitation d'âge ne sont pas légales et constituent une forme de discrimination ? Une première étape essentielle pour lutter contre ces pratiques consisterait donc à mieux informer les patients et leurs familles sur leurs droits. À ce titre, le Défenseur des droits formule plusieurs recommandations pour les plateformes dans son dernier rapport :

- Créer un système de signalement incluant un motif spécifique intitulé « discrimination »
- Informer les usagers sur la possibilité de signaler les mentions illicites et les situations discriminatoires, y compris les refus de soins dont ils auraient été victimes
- Diffuser une information claire sur le principe de non-discrimination et les textes législatifs applicables, à travers une rubrique dédiée
- Afficher sur la page d'accueil des plateformes un lien vers les outils d'information relatifs aux refus de soins, produits par le Défenseur des droits et destinés au grand public comme aux professionnels de santé.

Une meilleure visibilité de ces dispositifs d'information et de signalement permettrait non seulement de renforcer la protection des patients, mais aussi de sensibiliser les professionnels aux obligations déontologiques qui encadrent leur pratique. De manière plus large, une meilleure visibilité médiatique de ce sujet permettrait de sensibiliser le grand public et d'informer les patients de l'existence de ces pratiques ainsi que de leurs droits.

5.5.2 Quelles pistes pour les recherches futures ?

Plusieurs pistes de recherche mériteraient d'être explorées pour approfondir la compréhension de discrimination de la population pédiatrique dans le cadre des soins dentaires :

Tout d'abord, il serait pertinent d'étendre cette étude à la prise de rendez-vous par téléphone, afin d'évaluer si les difficultés rencontrées par les familles lors de la prise de rendez-vous en ligne se retrouvent également via ce mode de contact.

Dans la continuité de ce travail sur l'accès aux soins dentaires pour la population pédiatrique, une comparaison entre différentes régions permettrait d'obtenir une vision plus nationale de la situation. Aussi, explorer cette problématique dans le cadre d'autres spécialités médicales (médecine générale, ophtalmologie, etc.) aiderait à déterminer si ce phénomène est spécifique à la profession dentaire ou s'il s'inscrit dans une tendance plus large au sein des professionnels de soins primaires.

Par ailleurs, l'identification des déterminants à l'origine de ces refus de soins discriminatoires mériterait d'être approfondie. Des études qualitatives menées auprès des praticiens permettraient d'examiner le rôle de facteurs individuels, organisationnels ou expérientiels, mais aussi d'examiner si les discriminations envers l'enfant en cabinet dentaire se limitent à la prise de rendez-vous ou si elles se manifestent dans d'autres dimensions de la relation de soins, telles que la communication, la durée des consultations ou l'orientation excessive vers un spécialiste, par exemple.

Enfin, des enquêtes qualitatives auprès des familles apporteraient un éclairage essentiel sur l'expérience vécue des patients, les obstacles réellement rencontrés lors de la recherche de soins et la qualité de la prise en charge une fois l'accès au cabinet obtenu.

Conclusion

Cette étude met en évidence l'ampleur des restrictions d'âge appliquées par de nombreux chirurgiens-dentistes lors de la prise de rendez-vous en ligne, révélant que les jeunes patients demeurent particulièrement exposés à des freins dans leur accès aux soins. Alors que les plateformes numériques sont présentées comme des outils innovants de simplification et de fluidification des parcours, elles semblent, dans le cas des enfants, reproduire voire renforcer certaines inégalités préexistantes.

Nos résultats montrent que la pratique consistant à limiter l'accès aux mineurs est largement répandue, indépendamment du sexe du praticien ou de la densité professionnelle de sa zone d'exercice. Ces restrictions, parfois explicites, parfois implicites, posent la question du respect des principes éthiques et déontologiques de la profession, qui exigent une prise en charge équitable et non discriminatoire de tous les patients. Ce constat illustre le paradoxe d'outils numériques conçus pour améliorer l'accessibilité, mais qui, en pratique, peuvent accroître les disparités entre patients majeurs et mineurs, mais aussi entre zones urbaines, mieux pourvues en praticiens et en infrastructures numériques, et territoires ruraux, souvent défavorisés.

Ces résultats soulignent la nécessité d'une réflexion collective autour de l'usage des plateformes de rendez-vous en ligne dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Des mesures de régulation, une vigilance accrue des instances professionnelles et une sensibilisation des praticiens apparaissent indispensables pour garantir que ces outils deviennent de véritables vecteurs d'équité, et non des amplificateurs d'inégalités.

Au-delà de la photographie régionale réalisée dans ce travail, il serait pertinent d'étendre l'analyse à d'autres territoires, voire à d'autres spécialités médicales, afin de mieux comprendre l'ampleur et les mécanismes de ces discriminations. Enfin, ces résultats invitent à développer des pistes concrètes d'amélioration, qu'il s'agisse de renforcer l'information et la formation des praticiens, d'encourager l'adaptation des pratiques aux besoins spécifiques des jeunes patients, ou de repenser les modalités de fonctionnement des plateformes numériques afin qu'elles contribuent pleinement à l'objectif fondamental de la médecine : un accès universel, précoce et non discriminatoire aux soins.

Bibliographie

1. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. [cité 7 août 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
2. Rapport : prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité 2025. 2025. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2025-05/ddd_rapport_discriminations-parcours-de-soins_20250430.pdf
3. Le serment d'Hippocrate [Internet]. [cité 16 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
4. Article_ID.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2024]. Disponible sur: https://lmi.cnrs.fr/post/2019-11-19-publi_dentaire/Article_ID.pdf
5. Trentesaux T, Sandrin-Berthon B, Stuckens C, Hamel O, Hervé C. La carie dentaire comme maladie chronique, vers une nouvelle approche clinique. *Presse Médicale*. 1 févr 2011;40(2):162-6. doi:10.1016/j.lpm.2010.10.002
6. Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res*. 1 avr 2020;99(4):362-73. doi:10.1177/0022034520908533
7. Sucres et caries dentaires [Internet]. [cité 2 mars 2026]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sugars-and-dental-caries#:~:text=La%20carie%20dentaire%20\(ou%20caries,2%2C5%20milliards%20de%20personnes.](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sugars-and-dental-caries#:~:text=La%20carie%20dentaire%20(ou%20caries,2%2C5%20milliards%20de%20personnes.)
8. Kagihara LE, Niederhauser VP, Stark M. Assessment, management, and prevention of early childhood caries. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009;21(1):1-10. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00367.x
9. cns__rapport_sante_bucco_dentaire_dernieres_modif_ao_150525.pdf [Internet]. [cité 5 août 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns__rapport_sante_bucco_dentaire_dernieres_modif_ao_150525.pdf
10. Blumenshine SL, Vann WF, Gizlice Z, Lee JY. Children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent*. 2008;68(2):82-7. doi:10.1111/j.1752-7325.2007.00062.x PubMed PMID: 18221320.
11. Rebelo MAB, Rebelo Vieira JM, Pereira JV, Quadros LN, Vettore MV. Does oral health influence school performance and school attendance? A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2019;29(2):138-48. doi:10.1111/ipd.12441
12. Quadri MFA, Jaafari FRM, Mathmi NAA, Huraysi NHF, Nayeem M, Jessani A, et al. Impact of the Poor Oral Health Status of Children on Their Families: An Analytical Cross-Sectional Study. *Child Basel Switz*. 9 juill 2021;8(7):586. doi:10.3390/children8070586 PubMed PMID: 34356565; PubMed Central PMCID: PMC8305805.
13. Abed R, Bernabe E, Sabbah W. Family Impacts of Severe Dental Caries among Children in the United Kingdom. *Int J Environ Res Public Health*. 22 déc 2019;17(1):109. doi:10.3390/ijerph17010109 PubMed PMID: 31877854; PubMed Central PMCID: PMC6981411.

14. Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015. *J Dent Res.* mai 2018;97(5):501-7. doi:10.1177/0022034517750572 PubMed PMID: 29342371.
15. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res.* oct 2015;94(10):1355-61. doi:10.1177/0022034515602879 PubMed PMID: 26318590.
16. Ly-Mapes O, Jang H, Jallad NA, Rashwan N, Castillo DA, Lu X, et al. Effectiveness of interventions on improving early-life dental care utilization: a systematic review and meta-analysis. *Quintessence Int.* 24 oct 2024;55(9):722-32. doi:10.3290/j.qi.b5640008
17. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet.* 20 juill 2019;394(10194):249-60. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
18. Patel S, Fantauzzi AJ, Patel R, Buscemi J, Lee HH. Childhood caries and dental surgery under general anesthesia: An overview of a global disease and its impact on anesthesiology. *Int Anesthesiol Clin.* 1 janv 2023;61(1):21-5. doi:10.1097/AIA.0000000000000385 PubMed PMID: 36480646; PubMed Central PMCID: PMC9752176.
19. Sun IG, Chu CH, Lo ECM, Duangthip D. Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* mars 2024;142:104841. doi:10.1016/j.jdent.2024.104841
20. RappPetitenfant2006 [Internet]. [cité 13 janv 2026]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf
21. Bombarde M, Chau K, Droz D, Hernandez M. Comparative study of the dental health of 4-year-old children in north-eastern France between 2001 and 2018. *Eur Arch Paediatr Dent.* 1 juin 2024;25(3):375-83. doi:10.1007/s40368-024-00893-8
22. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Untreated Caries: A Systematic Review and Metaregression. *J Dent Res.* 1 mai 2015;94(5):650-8. doi:10.1177/0022034515573272
23. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 14 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
24. Global overview on current paediatric dentistry teaching: A survey of National Member Societies of the IAPD - Agouropoulos - 2024 - International Journal of Paediatric Dentistry - Wiley Online Library [Internet]. [cité 14 déc 2025]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.docelec.univ-lyon1.fr/doi/10.1111/ipd.13097>
25. Michel Varroud-Vial. Organisation et gradation des soins : concepts et évolutions dans la législation en France [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://share.google/ki5WH4rdjwNpfA0Zy>
26. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2025 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 2 mars 2026]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/250728_CP-demographie-des-professionnels-de-sante
27. Dominici G., Muller-Bolla M. (2017). Activité des chirurgiens-dentistes « pédiatriques » libéraux en France. *Revue Francophone d'Odontologie Pédiatrique.* Cité dans : Livre Blanc de l'Odontologie Pédiatrique en France (CNEMMOP, 2021).

28. Nainar SMH, Feigal RJ. Geographic distribution of pediatric dentists in private practice in the United States. *Pediatr Dent*. 2004;26(6):526-9. PubMed PMID: 15646916.
29. Livret blanc de l'odontologie pédiatrique en France. Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique [Internet]. 17 janv 2021 [cité 13 janv 2026]. Disponible sur: <https://collegeodontopediatriquedotnet.wordpress.com/livret-blanc-de-lodontologie-pediatrique-en-france/>
30. Dominici G et Muller-Bolla M. L'activité pédiatrique des chirurgiens-dentistes généralistes en France. *Rev Francoph Odontol Pediatr* 2018 ; 1(13) : 6p.
31. Glorifet M, Muller-Bolla M, Manière MC. La prise en charge bucco-dentaire des enfants : une enquête par questionnaire dans un département français. *Info Dent*, vol.14, pp.20-24, 2018.
32. Muller-Bolla M, Clauss F, Davit-Béal T et al. Prise en charge bucco-dentaire des enfants et des adolescents en France. *Le Chirurgien-Dentiste de France* 2021;1806-1807:5p.
33. Schulz-Weidner N, Schlenz MA, Jung LG, Uebereck CF, Nehls A, Krämer N. Dental Treatment under General Anesthesia in Pre-School Children and Schoolchildren with Special Healthcare Needs: A Comparative Retrospective Study. *J Clin Med*. 6 mai 2022;11(9). doi:10.3390/jcm11092613
34. Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. *PLOS ONE*. 21 juill 2016;11(7):e0158842. doi:10.1371/journal.pone.0158842
35. FicheEnqUFSBD [Internet]. [cité 11 août 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_enfants_de_6_et_12_ans_en_France_en_2006.pdf
36. A75/10 Add.1 Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. [cité 7 août 2025]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-fr.pdf
37. Schroth RJ, Halchuk S, Star L. Prevalence and risk factors of caregiver reported Severe Early Childhood Caries in Manitoba First Nations children: results from the RHS Phase 2 (2008–2010). *Int J Circumpolar Health*. 31 janv 2013;72(1):21167. doi:10.3402/ijch.v72i0.21167 PubMed PMID: 23984289.
38. Les centres dentaires augmentent les inégalités d'accès aux soins dentaires [Internet]. [cité 7 août 2025]. Disponible sur: <https://www.union-dentaire.com/actualite/les-centres-dentaires-augmentent-les-inegalites-daccés-aux-soins-dentaires-5100/>
39. Blot M, Toupenay S, Bas AC. Attractivité des territoires et logique d'installation liée au site de formation : le cas des chirurgiens-dentistes. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2024;36(5):89-98. doi:10.3917/spub.245.0089 PubMed PMID: 40402684.
40. 2024-guide-zonage-ARS-ARA.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.fsd.fr/wp-content/uploads/2024/11/2024-guide-zonage-ARS-ARA.pdf>
41. Nations U. United Nations [Internet]. United Nations; [cité 5 mars 2026]. Universal Declaration of Human Rights. Disponible sur: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
42. Défenseur des Droits [Internet]. [cité 21 janv 2026]. Affiches pour comprendre les discriminations. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/affiches-pour-comprendre-les-discriminations-320>

43. Article 225-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 11 nov 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045391831
44. Article L1110-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037950426
45. Article 225-2 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 11 nov 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033975382
46. ONCD-LA-LETTRE-219.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2025/01/ONCD-LA-LETTRE-219.pdf>
47. ONCD-LA-LETTRE-221.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2025/04/ONCD-LA-LETTRE-221.pdf>
48. ONCD-LA-LETTRE-224.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2025/09/ONCD-LA-LETTRE-224.pdf>
49. Patients VIH sous trithérapie : les points sur les i. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes [Internet]. 20 juill 2023 [cité 27 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/patients-vih-sous-tritherapie-les-points-sur-les-i/>
50. LA_LETTRE_194_2021.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2026]. Disponible sur: https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2021/12/LA_LETTRE_194_2021.pdf
51. BRUNAT E. ÉTUDE SUR LES CIRCONSTANCES D'ACCES AUX SOINS DENTAIRE POUR LES ENFANTS EN FRANCE : ÉTAT DES LIEUX ET CONSEQUENCES. 2023.
52. admin. La prise de rendez-vous en ligne : chiffres clés. HBooker [Internet]. 28 mars 2023 [cité 5 mars 2026]. Disponible sur: https://hbooker.fr/rendezvousenligne_chiffrescles/
53. Landscape_IMPACT REPORT_2025_FR [Internet]. [cité 24 sept 2025]. Disponible sur: https://media.doctolib.com/image/upload/mkg/file/impact_report_fr_digital.pdf
54. Betancor PK, Jordan J, Boehringer D, Lüchtenberg C, Lambeck M, Ketterer MC, et al. Efficient patient care in the digital age: Online appointment scheduling in an ophthalmology practice. Digit Health. 1 sept 2024;10:20552076241287083. doi:10.1177/20552076241287083
55. Habibi MRM, Mohammadabadi F, Tabesh H, Vakili-Arki H, Abu-Hanna A, Eslami S. Effect of an Online Appointment Scheduling System on Evaluation Metrics of Outpatient Scheduling System: a before-after Multicenter Study. J Med Syst. 12 juill 2019;43(8):281. doi:10.1007/s10916-019-1383-5 PubMed PMID: 31300894.
56. Zhao P, Yoo I, Lavoie J, Lavoie BJ, Simoes E. Web-Based Medical Appointment Systems: A Systematic Review. J Med Internet Res. 26 avr 2017;19(4):e134. doi:10.2196/jmir.6747
57. Woodcock EW. Barriers to and Facilitators of Automated Patient Self-scheduling for Health Care Organizations: Scoping Review. J Med Internet Res. 11 janv 2022;24(1):e28323. doi:10.2196/28323 PubMed PMID: 35014968; PubMed Central PMCID: PMC8790681.
58. Manarte L. Technology and Access to Healthcare with Different Scheduling Systems: A Scoping Review. Healthc Inform Res. 31 juill 2024;30(3):194-205. doi:10.4258/hir.2024.30.3.194

59. Atherton H, Eccles A, Poltawski L, Dale J, Campbell J, Abel G. Investigating Patient Use and Experience of Online Appointment Booking in Primary Care: Mixed Methods Study. *J Med Internet Res.* 8 juill 2024;26(1):e51931. doi:10.2196/51931
60. LA_LETTRE_197_2022.pdf [Internet]. [cité 12 août 2025]. Disponible sur: https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2022/04/LA_LETTRE_197_2022.pdf
61. LA_LETTRE_195_2022. https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2022/01/LA_LETTRE_195_2022.pdf
62. Duflo E, Banerjee A. Handbook of Economic Field Experiments: Handbook of Field Experiments Volume 1 [Internet]. Elsevier Science; 2017 [cité 17 juill 2025]. (Handbooks in Economics). Disponible sur: <https://unr.ra.scholarvox.com/book/88929259>
63. Challe L, L'Horty Y, Petit P. Le « testing » montre que des discriminations persistent dans l'accès à l'entretien d'embauche, y compris dans la fonction publique. https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/dossier-rapport-annuel/dossier_testing_discriminations.pdf
64. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=493681,6670672,666055,369234&c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&t=A01&view=map12
65. M'T dents tous les ans ! : des rendez-vous offerts tous les ans chez le chirurgien-dentiste [Internet]. [cité 13 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents-tous-les-ans>
66. UFSBD [Internet]. [cité 27 nov 2024]. Bébés - Enfants. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/bebes-enfants/>
67. Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales. <https://www.defenseurdesdroits.fr/etude-les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites-medicales-363>
68. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'état. https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-07/ddd_eclairage_refus-de-soins_20230420.pdf
69. Roth J, Deutsch R, Sherman JW. Automatic antecedents of discrimination. *Eur Psychol.* 2019;24(3):219-30. doi:10.1027/1016-9040/a000321
70. (PDF) Stereotype Activation and Inhibition [Internet]. [cité 13 janv 2026]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/363221048_Stereotype_Activation_and_Inhibition
71. Bodenhausen G, Kang SK, Peery D. Social categorization and the perception of social groups. *In.* 2012. p. 311-29. doi:10.4135/9781446247631.n16
72. Wali A, Siddiqui TM, Khan R, Batool K. Knowledge, Attitude, and Practices of Dental Surgeons in managing Child Patients. *Int J Clin Pediatr Dent.* 1 déc 2016;9(4):372-8. doi:10.5005/jp-journals-10005-1393
73. Aras A, Dogan MS. Attitude of general dental practitioners to pediatric patients and preventive dentistry. *SRM J Res Dent Sci.* déc 2019;10(4):178. doi:10.4103/srmjrd.srmjrd_71_19

74. Gavić L, Nikolić I, Sidhu SK, Jerković D, Tadin A. The Attitude of the General Dentist in the Republic of Croatia toward Treating Children. *Children*. 1 déc 2022;9(12):1888. doi:10.3390/children9121888 PubMed PMID: 36553331; PubMed Central PMCID: PMC9777133.
75. Acharya S, Satpathy A, Prusty SN. Barriers in the Treatment of Early Childhood Caries amongst the General Dentists - A Cross Sectional Study in Bhubaneswar, Odisha, India. *Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada*. 2018;18(1):1-7. doi:10.4034/PBOCI.2018.181.112
76. Davidovich E, Pessov Y, Baniel A, Ram D. Levels of Stress among General Practitioners, Students and Specialists In Pediatric Dentistry during Dental Treatment. *J Clin Pediatr Dent*. 2015;39(5):419-22. doi:10.17796/1053-4628-39.5.419 PubMed PMID: 26551363.
77. Rønneberg A, Skaare AB, Hofmann B, Espelid I. Variation in caries treatment proposals among dentists in Norway: the best interest of the child. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. oct 2017;18(5):345-53. doi:10.1007/s40368-017-0298-4 PubMed PMID: 28748395.
78. Bani-Hani T, Al-Fodeh R, Bataineh M, Tabnjh A. Are we adequately managing the oral health needs of children: a survey of the experience of general dentists and self-assessed confidence in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent*. juill 2024;48(4):176-84. doi:10.22514/jocpd.2024.091 PubMed PMID: 39087228.
79. Détails convention 2023-2028 pour départements_v3 [Internet]. [cité 19 oct 2025]. Disponible sur: https://lescdf.fr/wp-content/uploads/2024/03/Details-convention-2023-2028-pour-departements_v4_.pdf
80. <https://www.dentaire365.fr/> [Internet]. [cité 26 sept 2025]. Onze jours d'attente pour un rendez-vous chez le dentiste (étude). Disponible sur: <https://www.dentaire365.fr/actualites/vie-de-la-profession/delai-attente-rendez-vous-dentiste/>
81. Ganeshan S, Pierce L, Mourad M, Judson TJ, Kohli MD, Odisho AY, et al. Impact of patient portal-based self-scheduling of diagnostic imaging studies on health disparities. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 14 nov 2022;29(12):2096-100. doi:10.1093/jamia/ocac152 PubMed PMID: 36063414; PubMed Central PMCID: PMC9667186.
82. Kurtzman GW, Keshav MA, Satish NP, Patel MS. Scheduling primary care appointments online: Differences in availability based on health insurance. *Healthcare*. 1 sept 2018;6(3):186-90. doi:10.1016/j.hjdsi.2017.07.002
83. Discrimination against the elderly in health-care services: a systematic review - Saif-Ur-Rahman - 2021 - Psychogeriatrics - Wiley Online Library [Internet]. [cité 29 oct 2025]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.docelec.univ-lyon1.fr/doi/10.1111/psyg.12670>
84. Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon L, Tesch-Römer C, éditeurs. *Contemporary Perspectives on Ageism* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cité 29 oct 2025]. p. 193-212. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13 doi:10.1007/978-3-319-73820-8_13
85. Ellouze S, Lafortune J, Soares A. Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale. *Santé Publique*. 9 sept 2018;30(3):371-82. doi:10.3917/spub.183.0371
86. droits DD des, médico-social SS et, Défenseur des droits D. Décision 2023-155 du 19 juillet 2023 relative à un refus de soins discriminatoire portant atteinte au droit à la santé et à l'intérêt supérieur de l'enfant et fondé sur la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique. 2023. https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=48205

87. Article R4127-47 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 août 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912913/2021-08-04?idSecParent=LEGISCTA000006190547
88. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE). UNICEF [Internet]. [cité 15 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/>
89. Rich III JP, Straffon L, Inglehart MR. General Dentists and Pediatric Dental Patients: The Role of Dental Education. *J Dent Educ.* 2006;70(12):1308-15. doi:10.1002/j.0022-0337.2006.70.12.tb04233.x
90. Décision du Défenseur des droits n° 2018-270. https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18170

Liste des abréviations et acronymes

AME : Aide Médicale de l'État

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAO : Carié – Absent – Obturé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DDD : Défenseur des Droits

DGS : Direction Générale de la Santé

EBD : Examen Bucco-Dentaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MR-004 : Méthodologie de Référence n°004 (CNIL)

Q25–Q75 : Premier et troisième quartiles (intervalle interquartile)

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZEP : Zone d'Éducation Prioritaire

LE Yann

Quel accès aux soins pour les patients mineurs via les plateformes de rendez-vous en ligne ? Une étude par testing (Ped@cces).

Résumé :

L'accès aux soins bucco-dentaires chez l'enfant constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison de son rôle essentiel dans la prévention des pathologies orales et le développement global. Malgré les principes d'égalité et de non-discrimination encadrant l'exercice des professions de santé, des obstacles persistent et peuvent limiter l'accès effectif des enfants aux soins dentaires, en particulier dès les premières étapes du parcours de soins.

Dans un contexte de numérisation croissante du système de santé, les plateformes de prise de rendez-vous en ligne occupent une place centrale dans l'organisation de l'offre de soins. Si ces outils visent à améliorer l'accessibilité et la lisibilité de l'offre, ils peuvent également mettre en évidence certaines pratiques restrictives à l'égard des patients pédiatriques.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'existence de restrictions d'âge sur une plateforme de rendez-vous en ligne fréquemment utilisé en France, susceptibles de constituer un frein à l'accès aux soins dentaires des enfants. Les résultats de cette étude par testing, menée en région Auvergne-Rhône-Alpes, montrent que ces restrictions sont massives. Parmi 910 profils de praticiens analysés, 66,7% d'entre eux appliquaient une restriction d'âge à la prise de rendez-vous en ligne. Cette exclusion touche en priorité les plus jeunes enfants : seuls 37,3% des praticiens autorisaient la prise de rendez-vous aux enfants à partir de 5 ans. En revanche, les délais d'attente étaient comparables entre adultes et enfants lorsqu'un rendez-vous était possible (médiane de 14 jours dans les deux cas).

Ces résultats interrogent ainsi la conformité de certaines pratiques et soulèvent la question d'une discrimination fondée sur l'âge au moment de la prise de rendez-vous.

Mots-clés :

Discrimination
Inégalités
Accès aux soins
Enfant
Plateformes numériques de santé
Etude par testing

Jury :

Président :	Monsieur le Professeur Jean-Jacques MORRIER
Assesseurs :	<u>Madame la Docteure Guillemette LIENHART</u> Madame la Docteure Kadiatou SY <u>Monsieur le Docteur Laurent LAFOREST</u>
Membre invité	Monsieur le Docteur Franck GENEVRIER

Adresse de l'auteur :

Yann LE
2 Avenue Jules David
38160 Saint-Marcellin