



HAL
open science

Mesure de l'activité odontologique au sein de la filière gériatrique du centre Henri-Choussat (CHU de Bordeaux)

Romane Louise Gueritte

► **To cite this version:**

Romane Louise Gueritte. Mesure de l'activité odontologique au sein de la filière gériatrique du centre Henri-Choussat (CHU de Bordeaux). Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03160434

HAL Id: dumas-03160434

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03160434>

Submitted on 5 Mar 2021

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2021

Thèse N°11

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par GUERITTE Romane, Louise

Née le 15 Novembre 1994 à Orléans

Le 25/02/2021

**MESURE DE L'ACTIVITE ODONTOLOGIQUE AU SEIN
DE LA FILIERE GERIATRIQUE DU CENTRE HENRI-
CHOUSSAT (CHU DE BORDEAUX)**

Directeur de thèse

Docteur Alain BERARD

Membres du Jury

Président	Professeur Véronique DUPUIS	Professeur des Universités
Directeur	Docteur Alain BERARD	Praticien hospitalier
Rapporteur	Docteur Dominique GILLET	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	Docteur Philippe POISSON	Maître de Conférences des Universités
Membre	Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON	Professeur des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
11/01/2021

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Mme BERTRAND Caroline 58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie Mr DELBOS Yves 56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. CATROS Sylvain 57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M.SEDARAT Cyril 57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01

M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mr	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
Mme	Jane	GOURGUES	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mr	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mr	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PILEU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	5801
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités – Praticien hospitalier – Responsable de l'unité
odontologie gériatrique

Sous-section Prothèse dentaire 58-02

*Je vous suis très reconnaissant de l'honneur que vous me faites en acceptant la
présidence de cette thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour l'attention
que vous portez à mon travail.*

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Alain BERARD

Praticien hospitalier

Odontologie gériatrique

*Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait de diriger ce travail ; merci pour
votre aide précieuse, votre suivi bienveillant ainsi que vos conseils avisés chargés
d'expérience.*

*Voyez en l'accomplissement de ce travail le témoignage de ma sincère
reconnaissance.*

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Dominique GILLET

Maitre de conférence des universités – Praticien hospitalier

Sous-section Odontologie conservatrice – Endodontie 58-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de juger ce travail et d'en être le rapporteur. Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance pour vos précieux conseils.

Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A notre Assesseur

Monsieur de Docteur Philippe POISSON

Maitre de conférences des Universités – Praticien hospitalier

Sous-Section Prévention épidémiologie –Economie de la santé – odontologie légale 56-02

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Je souhaite vous exprimer ma gratitude pour vos enseignements.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	8
2. MATERIEL ET METHODE	10
2.1 <i>Matériel</i>	10
2.1.1 Le carnet de rendez-vous.....	10
2.1.2 Les logiciels.....	10
2.1.3 L'échantillon	11
2.2 <i>Méthode</i>	12
2.2.1 Constitution de l'échantillon.....	12
2.2.2 Approche heuristique du choix des variables.....	12
2.2.3 Elaboration du modèle	16
2.2.3.1 Définitions	16
2.2.3.2 Variable d'entrée	17
2.2.3.3 Variables de sorties.....	18
3. RESULTATS	20
3.1 <i>Présentation des résultats</i>	20
3.2 <i>Groupe 1 : Tous les services gériatriques (N=205)</i>	22
3.2.1 Tableau et graphique des entrées.....	22
3.2.2 Graphiques des sorties	23
3.2.2.1 « Consultations médicales » et « consultations odontologiques ».....	23
3.2.2.2 « Consultations odontologiques » et séquences thérapeutiques.....	24
3.2.2.3 Distribution des soins	25
3.2.2.3.1 Pourcentage de réparations prothétiques par patient du groupe 1.....	25
3.2.2.3.2 Pourcentage de prothèses amovibles par patient du groupe 1	25
3.2.2.3.3 Pourcentage de détartrages par patient du groupe 1	26
3.2.2.3.4 Pourcentage de chirurgies par patient du groupe 1	26
3.2.2.3.5 Pourcentage de soins conservateurs par patient du groupe 1	27
3.2.2.3.6 Pourcentage de soins palliatifs par patient du groupe 1	27
3.3 <i>Groupe 2 : Le service HDJ (N=85)</i>	28
3.3.1 Tableau et graphique des entrées.....	28
3.3.2 Graphiques des sorties	29
3.3.2.1 « Consultations médicales » et « consultations odontologiques ».....	29
3.3.2.2 « Consultations odontologiques » et séquences thérapeutiques.....	30
3.4 <i>Groupe 3 : Les services gériatriques autres que HDJ (N=120)</i>	31
3.4.1 Tableau et graphique des entrées.....	31
3.4.2 Graphiques des sorties	33
3.4.2.1 « Consultations médicales » et « consultations odontologiques ».....	33
3.4.2.2 « Consultations odontologiques » et séquences thérapeutiques.....	34
3.4.2.3 Soins réalisés.....	35
3.4.2.3.1 Pourcentage de réparations prothétiques par patient du groupe 3.....	35
3.4.2.3.2 Pourcentage de prothèses amovibles par patient du groupe 3	36
3.4.2.3.3 Pourcentage de détartrages par patient du groupe 3	36
3.4.2.3.4 Pourcentage de chirurgies par patient du groupe 3.....	37
3.4.2.3.5 Pourcentages de soins conservateurs par patient du groupe 3.....	37
3.4.2.3.6 Pourcentage de soins palliatifs par patient du groupe 3	38
3.4.3 Analyse statistique des sorties du groupe 3.....	39

4. DISCUSSION.....	41
4.1 <i>Présentation de la discussion</i>	41
4.2 <i>Absence de motif</i>	42
4.2.1 Rappel des résultats.....	42
4.2.2 Analyse.....	42
4.3 <i>Bilan gériatrique, examen pré-médical et « consultations médicales »</i>	43
4.3.1 Rappel des résultats.....	43
4.3.2 Analyse.....	44
4.4 <i>Séquence thérapeutique</i>	45
4.5 <i>Problème prothétique et réparation de prothèse</i>	46
4.5.1 Rappel des résultats.....	46
4.5.2 Analyse.....	46
4.6 <i>Prothèse amovible et réhabilitation prothétique</i>	48
4.6.1 Rappel des résultats.....	48
4.6.2 Analyse.....	49
4.7 <i>Problèmes parodontaux et détartrages</i>	50
4.7.1 Rappel des résultats.....	50
4.7.2 Analyse.....	50
4.8 <i>Douleurs et actes chirurgicaux</i>	53
4.8.1 Rappel des résultats.....	53
4.8.2 Analyse.....	54
4.9 <i>La téléconsultation</i>	55
4.9.1 Rappel des résultats.....	55
4.9.2 Analyse.....	55
4.10 <i>Autres soins réalisés sans motif de consultation</i>	56
5. CONCLUSION	57
6. BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXE 1 : LISTE DES ABREVIATIONS	64
ANNEXE 2 : RESULTATS BRUTS.....	65

1. INTRODUCTION

La population mondiale vieillit rapidement et le besoin d'une prise en charge des personnes âgées au long cours augmente selon un rapport de l'OMS (1).

Dans les pays en développement, le nombre de personnes âgées qui ont perdu leur autonomie devrait être multiplié par quatre d'ici à 2050 (1). De nombreuses personnes très âgées ne peuvent plus vivre seules car elles ont du mal à se déplacer, sont fragiles ou ont d'autres problèmes de santé physique ou mentale. Un grand nombre d'entre elles ont besoin d'une prise en charge et notamment bucco-dentaire.

La santé bucco-dentaire est difficile à maintenir sur les personnes âgées dépendantes. (2)

Le centre Henri-Choussat au CHU de Bordeaux accueille une grande partie du pôle de gériatrie clinique et l'odontologie fait partie intégrante de la filière gériatrique. En effet, la filière gériatrique regroupe des personnes âgées dépendantes ou fragiles hospitalisées dans des services très différents tels que la Médecine Gériatrique (MG), les soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins longue durée (USLD), les unités de géronto-psychiatrie (UISG) et l'hôpital de jour (HDJ). Elle regroupe également des personnes âgées dépendantes institutionnalisées en EHPAD dépendants du CHU de Bordeaux.

Est-il nécessaire d'adapter des structures de soins dentaires spécifiques aux patients appartenant à cette filière ?

Le but de notre étude vise à examiner les besoins en soins dentaires sur des patients âgés hospitalisés dans la filière gériatrique du CHU de Bordeaux. (3) Pour cela, nous voulons mesurer les besoins des patients des différents services du pôle de gériatrie clinique et comparer les réponses attendues par les différents services avec les soins réellement effectués dans l'unité d'odontologie gériatrique.

A l'heure actuelle, il semble que peu d'études se soient intéressées à cette question. (4)

2. MATERIEL ET METHODE

Dans un premier temps, nous décrirons le matériel simple que nous avons utilisé pour réaliser ce travail. Puis nous allons répertorier toutes les variables que nous avons mesurées. Et enfin, nous tenterons de justifier la méthodologie par le choix de la mise en relation des variables qui nous ont servi à construire ce modèle.

2.1 Matériel

2.1.1 Le carnet de rendez-vous

Le carnet de rendez-vous utilisé est de marque Oxford d'année 2018. Les jours de consultation y figurent (lundi, mardi, mercredi et jeudi). On y trouve également les numéros de poste de l'infirmière diplômée d'état (IDE) chargée du positionnement des rendez-vous et du brancardier chargé de transporter ou d'accompagner les patients de leur service, s'ils sont hospitalisés, au service odontologie.

2.1.2 Les logiciels

Nous avons utilisé le logiciel DxCare qui est le logiciel hospitalier choisi par le CHU de Bordeaux. Il regroupe les données administratives et médicales de chaque patient de l'étude concernant tous les services dans lesquels il a été pris en charge. Les demandes des médecins prescripteurs y sont notées.

Le logiciel DxPlanning, quant à lui, permet un partage des données entre les différents acteurs de l'établissement (unités de soins, plateaux techniques...) pour une information fiable et pertinente. Il est intégré à DxCare pour la prescription connectée, le module Planning génère automatiquement une demande de planification des rendez-vous auprès du praticien prescripteur avec un retour de l'information dans le plan de soins.

Le logiciel Microsoft Excel est un logiciel tableur qui nous permet de récolter les données.

Le logiciel Statistica nous sert d'outils d'analyse statistique et de représentation graphique des données.

2.1.3 L'échantillon

L'échantillon est constitué de 232 patients. Ces patients proviennent de la filière gériatrique du centre Henri Choussat. Notre échantillon se compose de 31 patients issus de l'USLD (Unité de soins longue durée), 37 patients issus des SSR (Soins de suite et de réadaptation), 7 patients issus de l'UISG (Unité intersectorielle spécialisée en gérontopsychiatrie), 18 patients issus des services Médecine Gériatrique, 27 patients issus de deux EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) rattachés au CHU de Bordeaux. On a également 92 patients issus de l'HDJ (Hôpital de jour) qui ne restent hospitalisés qu'une journée contrairement aux autres patients vus dans notre service.

2.2 Méthode

2.2.1 Constitution de l'échantillon

Nous avons constitué cet échantillon sur la période du 2^{ème} semestre 2018 ce qui correspondait à notre présence en stage d'Odontologie gériatrique.

Les patients soignés au cabinet dentaire Henri Choussat bénéficiaient d'une demande d'un médecin prescripteur, cette demande était transmise sur Dx Planning et traitée par l'IDE chargée de la gestion des rendez-vous qui s'effectuait sur les plages suivantes : lundi après-midi (consultation uniquement pour les patients HDJ), mardi toute la journée, mercredi matin (HDJ uniquement) et le jeudi toute la journée. Puis l'infirmière transférait les rendez-vous sur le carnet. Les patients recrutés ont été vus par 2 praticiens différents. Une partie des patients était directement inscrite sur le carnet de rendez-vous (patients HDJ). Parfois le NDA (Numéro de dossier administratif) ou le NIP (Numéro d'identification permanent) étaient précisés sur le carnet ce qui facilitait les recherches.

En effet, parmi les 232 dossiers, 27 dossiers sont non-exploitable pour plusieurs raisons : lorsque le nom était noté, le plus souvent de façon manuscrite sur le carnet de rendez-vous, il s'avérait parfois illisible ; lorsque l'on recherchait les noms sur le logiciel DxCare ils étaient parfois « non-reconnus » ; et lorsqu'on ne retrouvait pas le NDA et la date correspondants au rendez-vous, les données médicales nous concernant ne s'y trouvaient pas.

2.2.2 Approche heuristique du choix des variables

A partir de notre expérience clinique, nous avons dans notre travail identifié et mesuré 22 variables qui nous semblaient pertinentes (annexe 2).

Afin de constituer l'échantillon nous nous sommes appuyés sur des données exploitables sur DxCare : l'âge du patient, le type de consultation (« médicale » ou « odontologique »), la présence de séquence thérapeutique ou non, les soins odontologiques réalisés (détartrage, soins conservateurs, rescellement, réparation prothétique ou rebasage, prothèse, chirurgie), le coefficient masticatoire pour connaître l'état des capacités masticatoires résiduelles du patient au moment de la consultation; le Mini Mental State Examination (MMSE) pour évaluer le niveau cognitif des personnes examinées; le GIR (groupe iso-ressources), si les soins sont palliatifs ou non, si c'est un bilan pré biphosphonate ou encore un bilan pré greffe car ce type de consultations a été retrouvé; l'indice de masse corporelle (IMC) ; le nombre de traitements médicaux et plus particulièrement trois types de traitements (anticoagulants, antihypertenseurs, anxiolytiques) qui nous ont paru importants car susceptibles d'interagir avec notre exercice; et enfin les motifs de consultation.

Certaines de ces variables vont caractériser l'échantillon de la façon suivante :

La variable du « coefficient masticatoire », a été difficile à mesurer car le niveau de dépendance n'a pas toujours permis l'examen. Ce coefficient s'obtient en attribuant un nombre de points à chaque dent (Schéma 1). Sa valeur est comprise entre 0 et 100. Si les dents sont toutes présentes avec un engrenement normal, le coefficient masticatoire est de 100. En odontologie gériatrique, compte tenu du faible nombre de dents restantes on a supprimé la notion d'antagoniste, on obtient alors le coefficient masticatoire gériatrique. (5)

A																			=
	2	5	5	3	3	4	1	2	%	2	1	4	3	3	5	5	2	=50	
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38		
B	3	5	5	3	3	4	1	1	%	1	1	4	3	3	5	5	3	=50	
																			=

Schéma 1 : Calcul du coefficient masticatoire

Pour la variable « MMSE », lorsqu'elle est calculée par le personnel soignant nous le retrouvons dans les résultats sur DxCare, c'est un test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique d'une personne. Il a une visée d'orientation diagnostique devant une suspicion de démence.

Pour la variable « nombre de traitement », lorsqu'ils sont indiqués, nous notons le nombre de traitement pris par le patient. Ils sont visibles dans la dernière ordonnance faite par le service ou dans le dossier suivi du patient.

Pour le paramètre « type de traitement », lorsque nous notons 0 le patient ne prend pas ce type de traitement ; lorsque nous notons 1 le patient prend au moins un traitement de cette catégorie.

Les types de traitement choisis sont les anticoagulants, les antihypertenseurs, les anxiolytiques car ils peuvent interférer avec les soins dentaires. Les anticoagulants/antihypertenseurs interfèrent sur les actes sanglants : détartrages, actes chirurgicaux (extractions dentaires) car ces traitements médicamenteux peuvent provoquer des risques hémorragiques importants. (6) Les anxiolytiques montrent une prise en charge plus difficile à gérer quand le patient est sous ce type de traitement.

Pour faciliter la compréhension de notre exposé, les autres variables sélectionnées seront décrites par la suite.

Nous avons pu déterminer que la moyenne d'âge de notre échantillon est de 83,75 ans. La moyenne du coefficient masticatoire est de 77,60 (sur 46 dossiers exploitables). La moyenne de l'IMC est de 25,07 sur 192 patients. La moyenne du MMSE est de 19,34 sur 160 patients. Nous trouvons 7 traitements en moyenne ; parmi ces traitements, plus de la moitié sont des anticoagulants, des anxiolytiques, des antihypertenseurs.

	MOYENNES
Age	83,75
Coefficient masticatoire (sur 46 cas)	77,60
IMC (sur 192 cas)	25,07
MMSE (sur 160 cas)	19,34
Nombre de traitement	7

2.2.3 Elaboration du modèle

Dans un premier temps, la mesure de l'activité odontologique au sein de la filière gériatrique du centre Henri Choussat nous a paru complexe et ce pour plusieurs raisons : d'abord parce que les patients que nous avons été amenés à soigner étaient des patients hospitalisés. C'était inhabituel car en général les patients que nous soignons viennent en consultation externe que notre exercice soit hospitalier ou libéral. Ensuite, parce que ces patients hospitalisés venaient de nombreux services très différents avec des durées d'hospitalisation souvent indéterminées. Enfin, bien que ces patients étaient tous âgés (83,75 années en moyenne), ils présentaient des niveaux de dépendance extrêmement variables et demandaient à priori des réponses thérapeutiques très différentes. Nous nous sommes alors posé la question : comment allons-nous mettre en relation les variables mesurées ?

Afin de simplifier ces problèmes, il nous est apparu important de passer par un processus de modélisation, le modèle qui nous a semblé le plus adapté étant le modèle « boîte noire ».

2.2.3.1 Définitions

Pour Gold HJ (1977), un modèle est un produit de l'abstraction et de l'imagination, reposant souvent sur une imagerie parfois naïve, construit pour suggérer le choix des variables et surtout de leurs relations. (7)

Un modèle, pour Pacault A., est un produit de l'imagination suggérant une description qui permet de qualifier ou encore mieux de mettre en relation des variables. C'est uniquement une projection du réel car l'observateur choisit le nombre de réponses et limite le nombre de contraintes. Ce qui est justifié uniquement par ses classifications et ses capacités d'anticipation (8).

Il distingue plusieurs modèles dont celui de la boîte noire définie comme un modèle qui ne conserve que les entrées et les sorties (...) Il s'agit d'une phénoménologie qui néglige tout mécanisme (...). (9)

La boîte noire est représentée de façon élémentaire en affichant les entrées et les sorties mais en masquant le fonctionnement interne (Schéma 2).

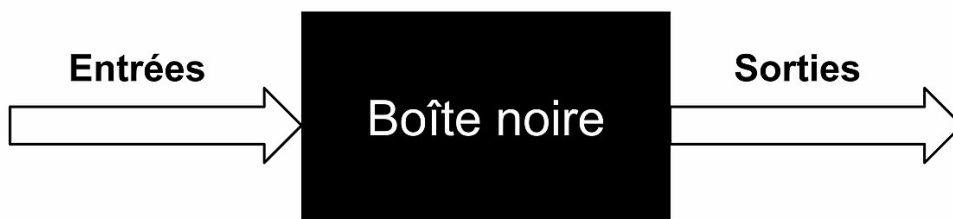


Schéma 2 : Modèle de boîte noire (10)

Nous avons organisé notre modèle de telle façon à pouvoir utiliser les motifs de consultation délivrés par les médecins prescripteurs comme les entrées de notre modèle, et nous avons sélectionné les variables concernant les traitements réalisés sur les patients comme les sorties. Les autres variables mesurées nous ont servi à caractériser notre échantillon.

2.2.3.2 *Variable d'entrée*

Ce ne sont pas les patients qui ont demandé à venir consulter mais bien les médecins qui nous les ont adressés. Ces demandes seront donc la seule variable d'entrée de notre modèle. Nous l'avons appelé « motif de la demande ». Afin de préciser cette variable et surtout sa relation avec les variables de sortie nous nous sommes appuyés sur des données exploitables sur DxCare.

Le praticien prescripteur dans le service du patient qui demande le rendez-vous au service odontologie du centre Henri Choussat rédige une courte annotation expliquant sa demande pour nous guider et nous informer de la raison de sa visite. Cette demande est visible sur DxCare dans la section « recueil médical » au niveau de la « demande bucco-dentaire ».

2.2.3.3 *Variables de sorties*

Les variables de sorties sélectionnées dans cette étude sont : le type de consultation (« médicale » ou « odontologique »), la présence d'une séquence thérapeutique (si le patient a été vu au moins deux fois à intervalle régulier), le type de soin réalisé (détartrage, soins conservateurs, rescellement de prothèse fixées, réparation de prothèse amovible, prothèses, chirurgie, soins palliatifs). Ces soins ont été choisis car ce sont les soins les plus souvent réalisés en odontologie gériatrique. (11),(12)

Pour la variable « consultation médicale », lorsque nous notons 0 le patient n'a pas été vu pour une raison purement médicale. Lorsque nous notons 1, le patient a été vu pour un motif médical.

Pour la variable « consultation odontologique », lorsque nous notons 0 le patient n'a pas été vu pour raison purement odontologique. Lorsque nous notons 1, le patient a été vu pour un motif odontologique.

Les motifs de « consultation médicale » ou « odontologique » sont des notions subjectives que nous avons utilisés dans ce travail par abus de langage. Sachant qu'une consultation par définition est toujours médicale.

Pour la variable « séquence thérapeutique », lorsque nous notons 0 le patient a été vu dans le service une seule fois. Lorsque nous notons 1, le patient a été vu au moins une fois ou plus à la suite de la consultation initiale.

Pour les variables « types de soins » (tels que le « détartrage », « soins conservateurs », « rescelllement », « réparation prothétique/rebasage », « prothèse », « chirurgie »), lorsque nous notons 0 l'acte de soin n'a pas été réalisé sur le patient. Lorsque nous notons 1, l'acte a été effectué.

Les autres variables mesurées nous ont servi à préciser la nature de notre échantillon et à discuter nos résultats.

3. RESULTATS

3.1 Présentation des résultats

Nous voulions mesurer les besoins des patients des différents services de gériatrie clinique et comparer les réponses attendues par ces différents services avec les soins réellement effectués dans l'unité d'odontologie gériatrique. Mais notre échantillon étant composé de 205 patients, la plupart des services d'origine sont faiblement représentés (7 patients de l'EHPAD de l'Alouette, 4 patients de l'UISG par exemple). Le seul service ayant fourni dans notre étude un nombre important de patients est l'hôpital de jour (85 patients).

Nous présentons donc dans un premier temps nos résultats en comparant les demandes de tous les services de la filière gériatrique avec les réponses thérapeutiques odontologiques apportées. Ces résultats globaux concernent la totalité de notre échantillon. Nous avons appelé cet échantillon groupe 1.

Dans un deuxième temps nous présentons les résultats du service « hôpital de jour » puisque ce service a fourni à notre étude un nombre suffisant de patients pour être analysé. Nous avons appelé cet échantillon groupe 2.

Enfin dans un dernier temps, nous présentons nos résultats avec tous les patients provenant des autres services de la filière gériatrique. Nous avons appelé cet échantillon groupe 3.

Nous avons regroupé les demandes des praticiens prescripteurs en 9 catégories. Ces catégories sont les suivantes :

- Motif non renseigné
- Bilan gériatrique
- Examen odontologique avant intervention médicale : pré greffe, pré bi-phosphonate
- Bilan odontologique spécifique
- Réhabilitation prothétique
- Problèmes identifiés liés à des prothèses amovibles défectueuses
- Problèmes parodontaux identifiés
- Douleurs d'origines dentaires identifiées
- Suivi de téléconsultation

Nous avons tenté de mettre en relation les 9 catégories de demande avec les réponses apportées par les praticiens odontologistes qui sont les suivantes :

- Les « consultations médicales »
- Les « consultations odontologiques »
- Les séquences thérapeutiques
- Les réparations prothétiques
- Les rescelllements de prothèses fixées
- Les prothèses amovibles
- Les détartrages
- Les chirurgies
- Les soins conservateurs
- Les soins palliatifs

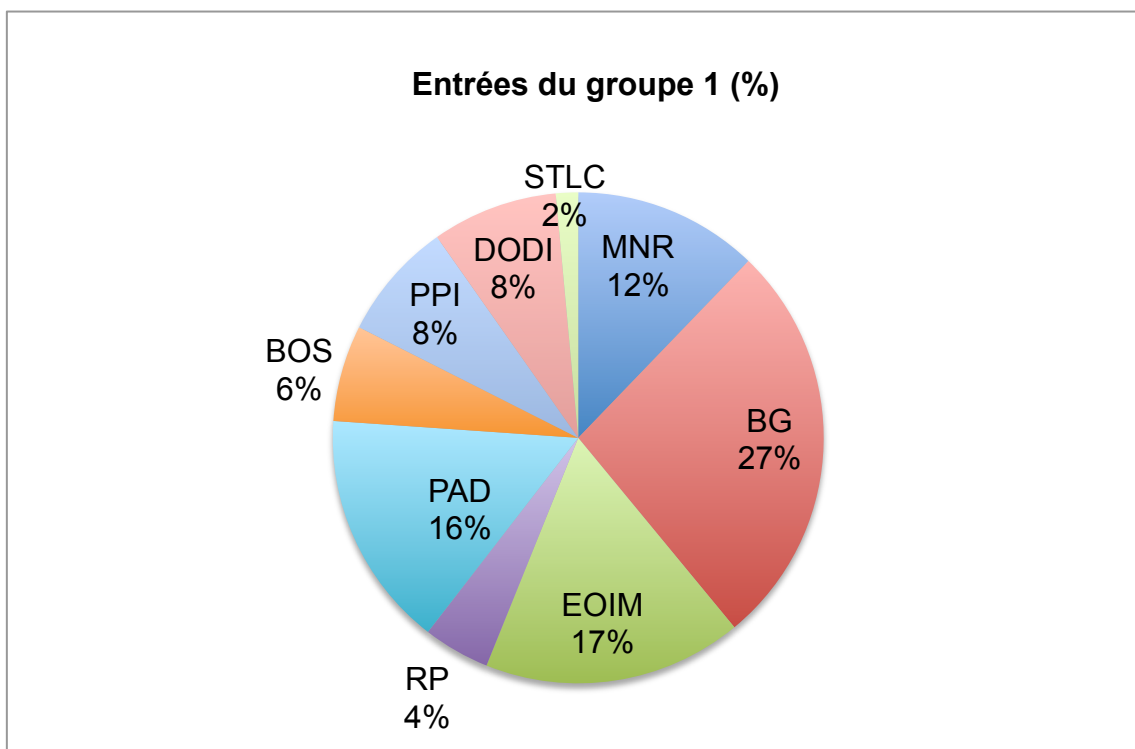
Dans ce travail, les variables sont exprimées sous forme de nombres et de pourcentages. Les variables de sorties dans le groupe 3 sont également exprimées sous forme de moyennes et d'écart-types.

3.2 Groupe 1 : Tous les services gériatriques (N=205)

3.2.1 Tableau et graphique des entrées

Nombre de cas	Motifs du consultation
25	Motif Non Renseigné (MNR)
55	Bilan Gériatrique (BG)
35	Examen Odontologique avant intervention médicale : pré greffe, pré bi-phosphonate (EOIM)
13	Bilan Odontologique Spécifique (BOS)
9	Réhabilitation prothétique (RP)
32	Problèmes identifiés liés à des Prothèses Amovibles Défectueuses (PAD)
16	Problèmes Parodontaux Identifiés (PPI)
17	Douleurs d'Origine Dentaire Identifiés (DODI)
3	Suivi de TéléConsultation (STLC)

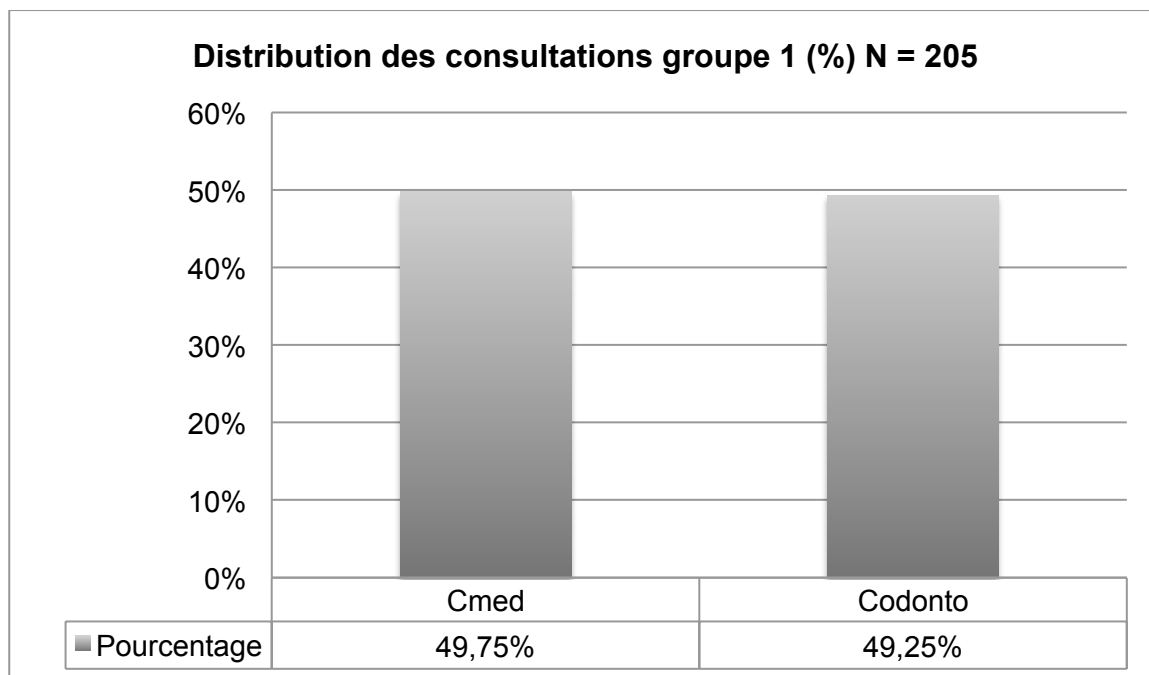
Tableau 1



Graphique 1

3.2.2 Graphiques des sorties

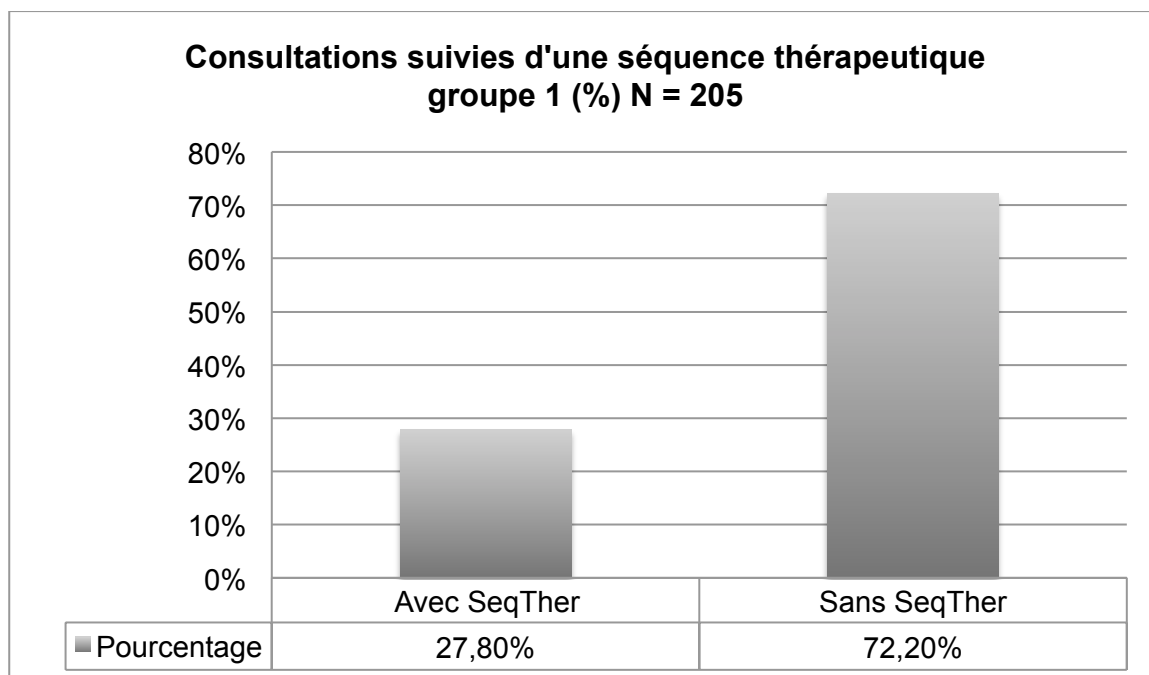
3.2.2.1 « Consultations médicales » et « consultations odontologiques »



Graphique 2

Nous observons dans le groupe 1, le nombre de « consultations médicales » est proche de celui des « consultations odontologiques » (0,5% de différence).

3.2.2.2 « Consultations odontologiques » et séquences thérapeutiques

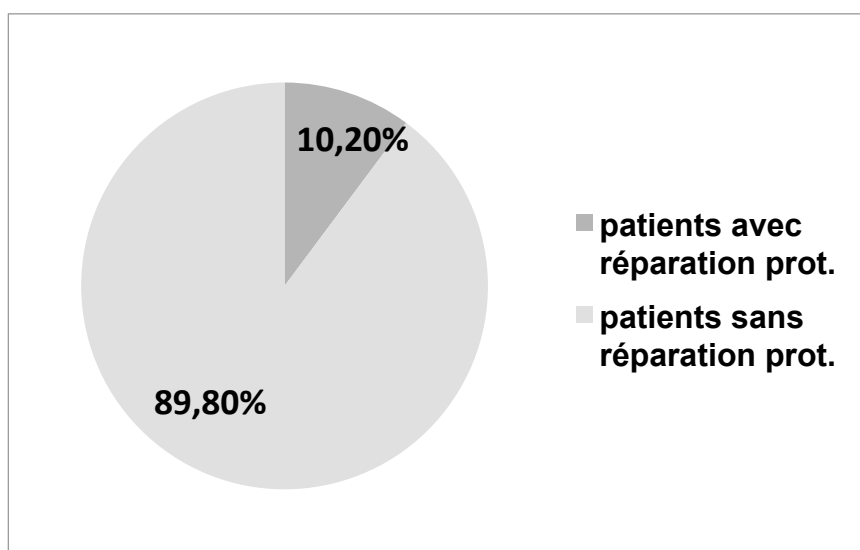


Graphique 3

Nous avons pu voir dans ce groupe regroupant la totalité des services de la filière gériatrique que le suivi des patients sous forme de séquence thérapeutique est de 27,8%.

3.2.2.3 Distribution des soins

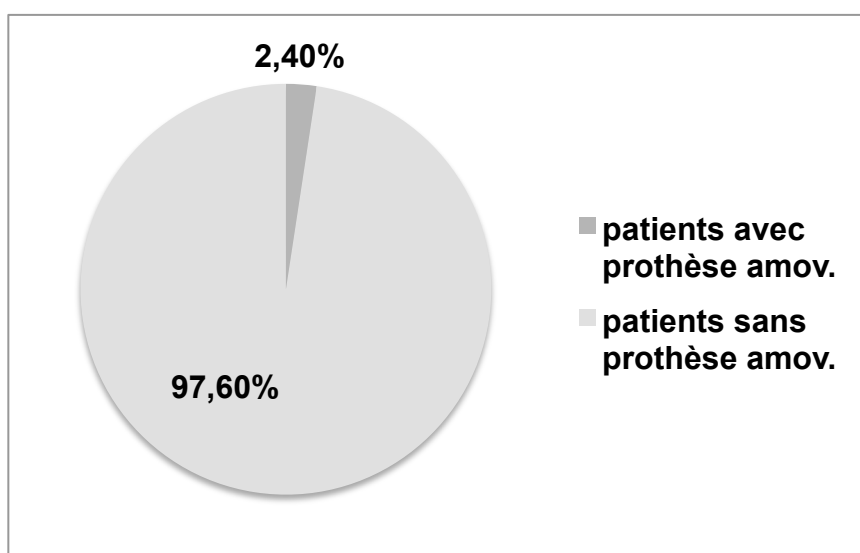
3.2.2.3.1 Pourcentage de réparations prothétiques par patient du groupe 1



Graphique 4

Dans ce groupe, les réparations de prothèse concernent un dixième des patients.

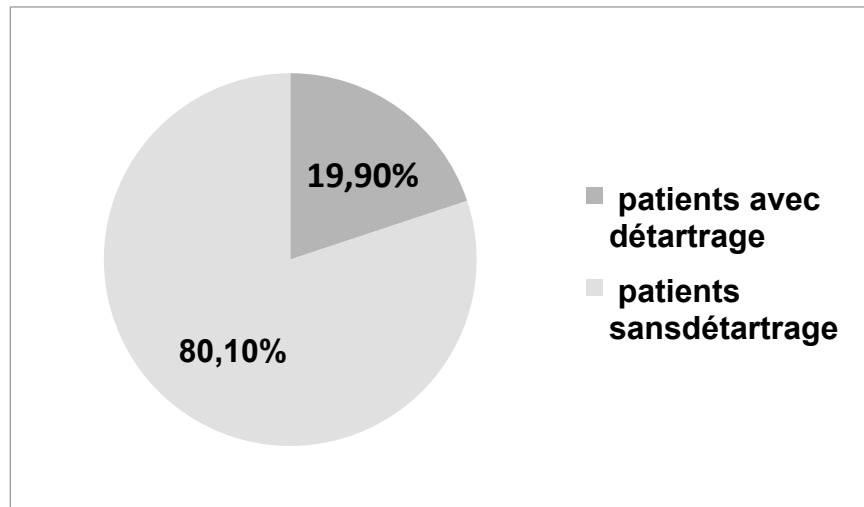
3.2.2.3.2 Pourcentage de prothèses amovibles par patient du groupe 1



Graphique 5

Moins de 3% des patients ont bénéficié d'une nouvelle prothèse dans le groupe 1 au cours de la période étudiée au centre Henri-Choussat.

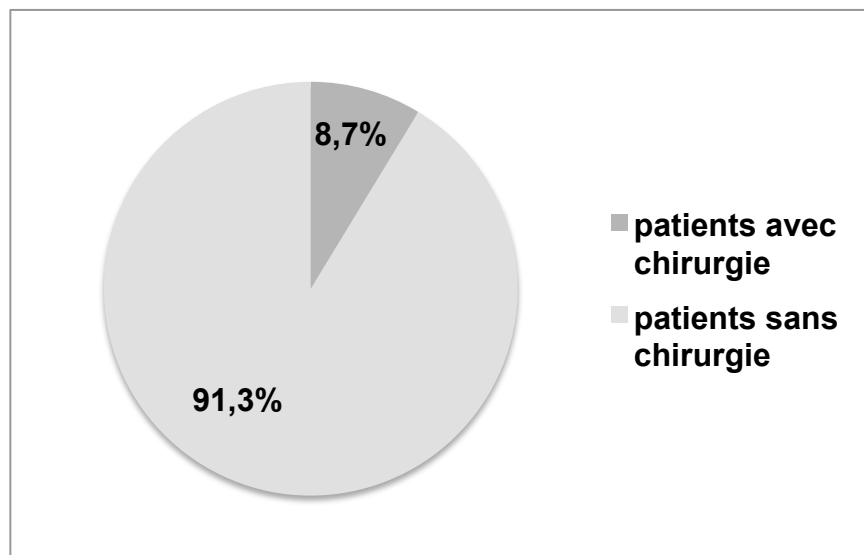
3.2.2.3.3 Pourcentage de détartrages par patient du groupe 1



Graphique 6

Dans ce groupe, presque un patient sur cinq se voit réaliser un détartrage.

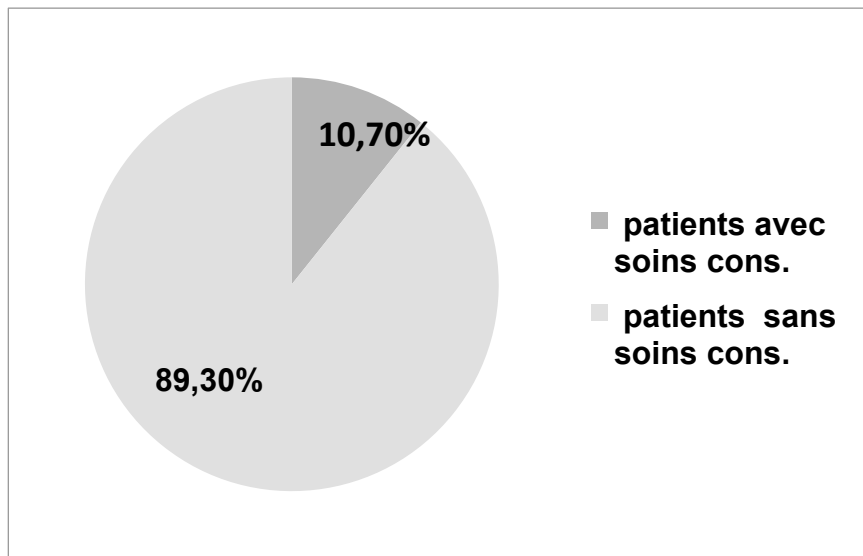
3.2.2.3.4 Pourcentage de chirurgies par patient du groupe 1



Graphique 7

Moins de 9% des patients du groupe 1 ont reçu un acte dentaire chirurgical pendant le temps de l'étude.

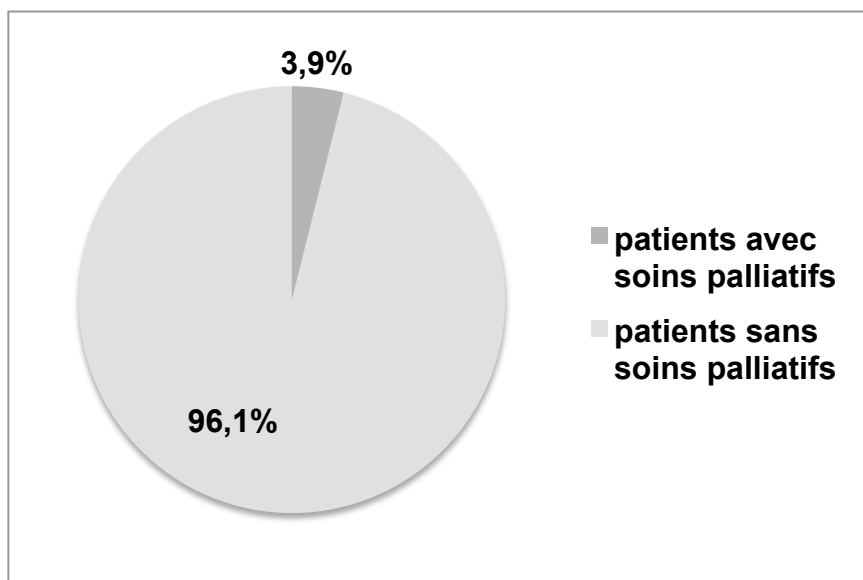
3.2.2.3.5 Pourcentage de soins conservateurs par patient du groupe 1



Graphique 8

Un patient sur dix dans ce groupe bénéficie de soins conservateurs.

3.2.2.3.6 Pourcentage de soins palliatifs par patient du groupe 1



Graphique 9

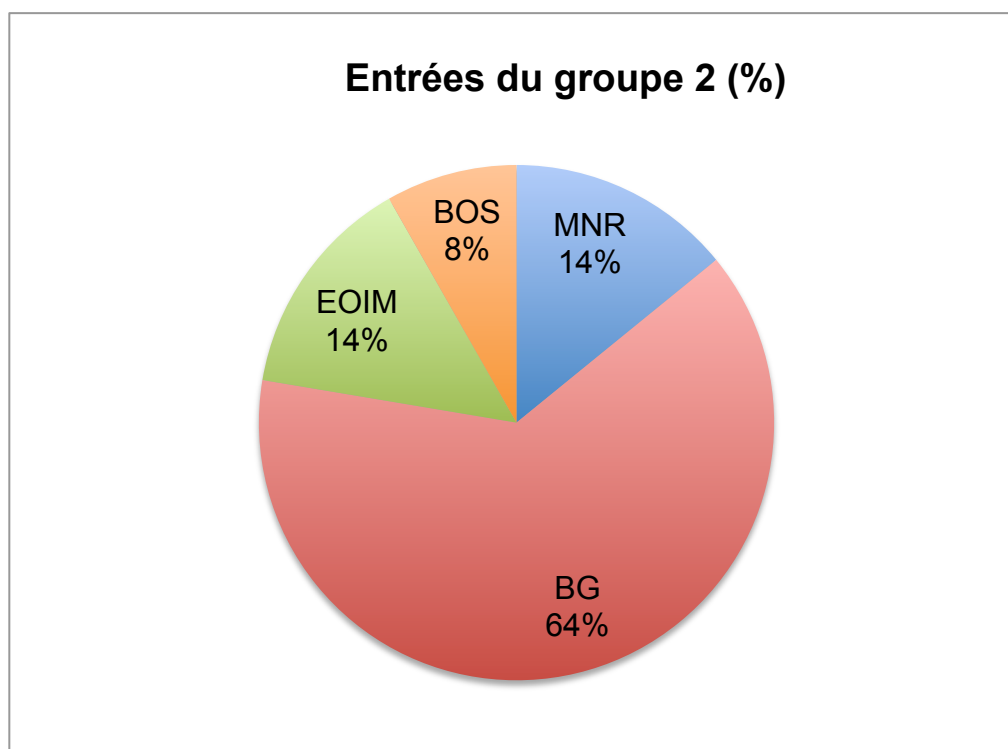
Dans le groupe 1, moins de 4% des patients ont reçu des soins palliatifs.

3.3 Groupe 2 : Le service HDJ (N=85)

3.3.1 Tableau et graphique des entrées

Nombre de cas	Motifs de consultation
12	Motif Non Renseigné (MNR)
54	Bilan Gériatrique (BG)
12	Examen Odontologique avant intervention médicale : pré greffe, pré bi-phosphonate (EOIM)
7	Bilan Odontologique Spécifique (BOS)

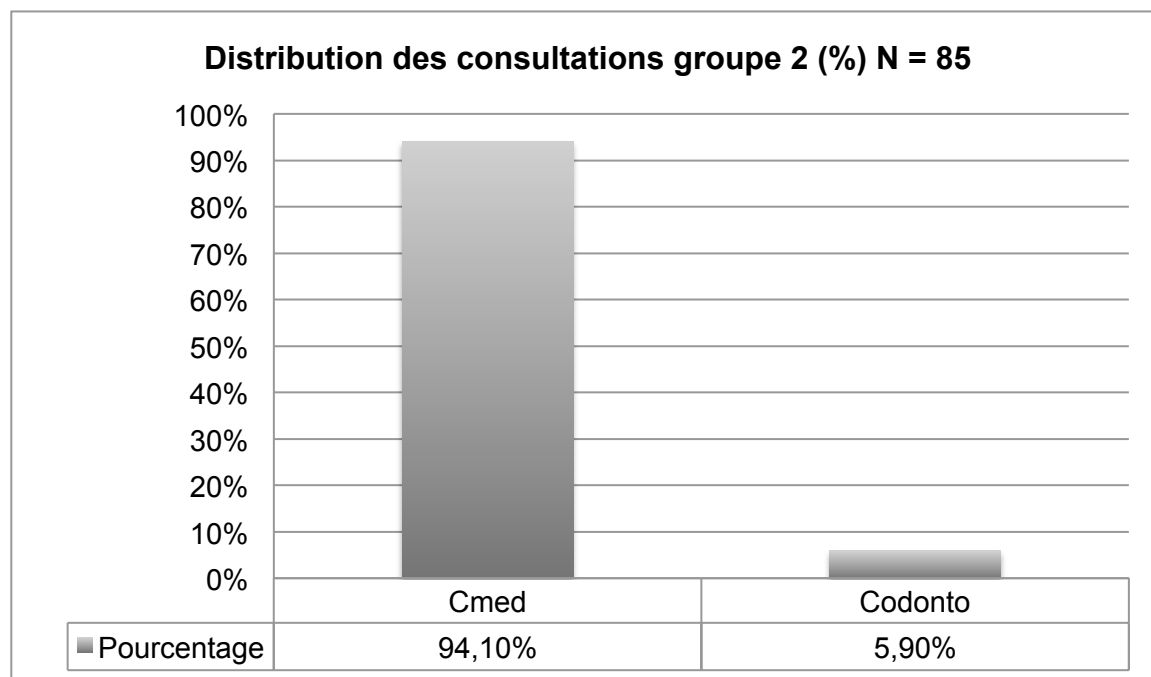
Tableau 2



Graphique 10

3.3.2 Graphiques des sorties

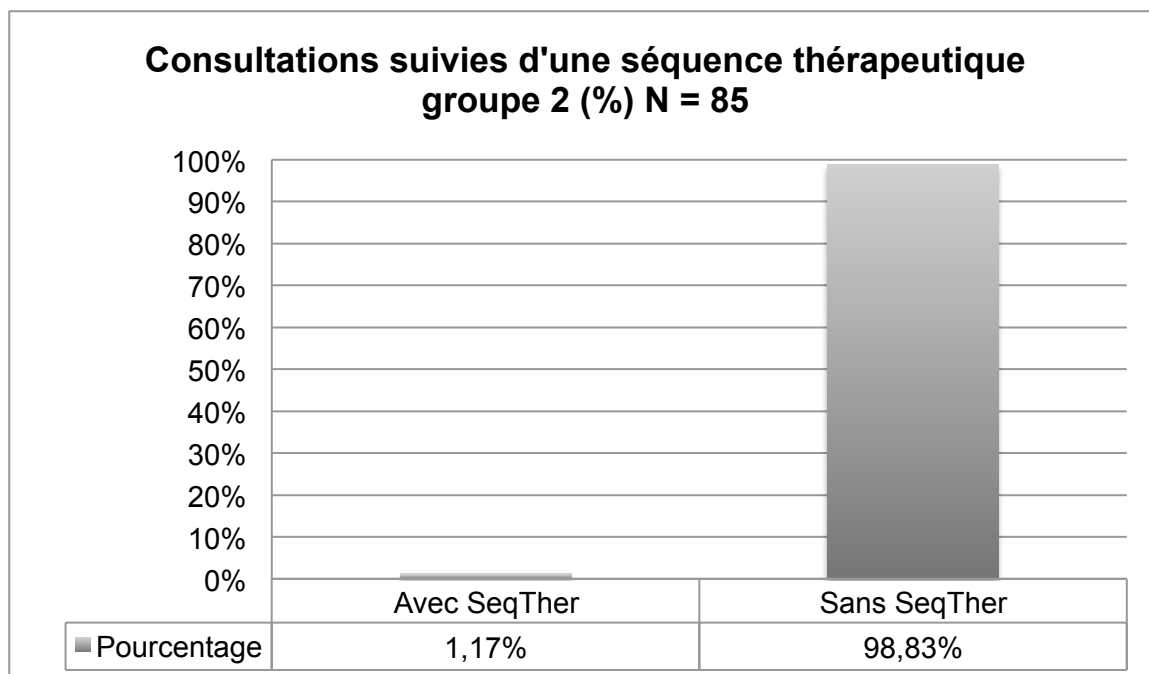
3.3.2.1 « Consultations médicales » et « consultations odontologiques »



Graphique 11

Nous observons dans le groupe 2, le nombre de « consultations médicales » est bien supérieur à celui des « consultations odontologiques ». Les patients en HDJ sont vus principalement pour des avis médicaux.

3.3.2.2 « Consultations odontologiques » et séquences thérapeutiques



Graphique 12

Dans ce groupe, il y a 1,17% de séquences thérapeutiques dans l'ensemble des consultations. Il y a eu 5 demandes de « consultations odontologiques » à l'hôpital de jour.

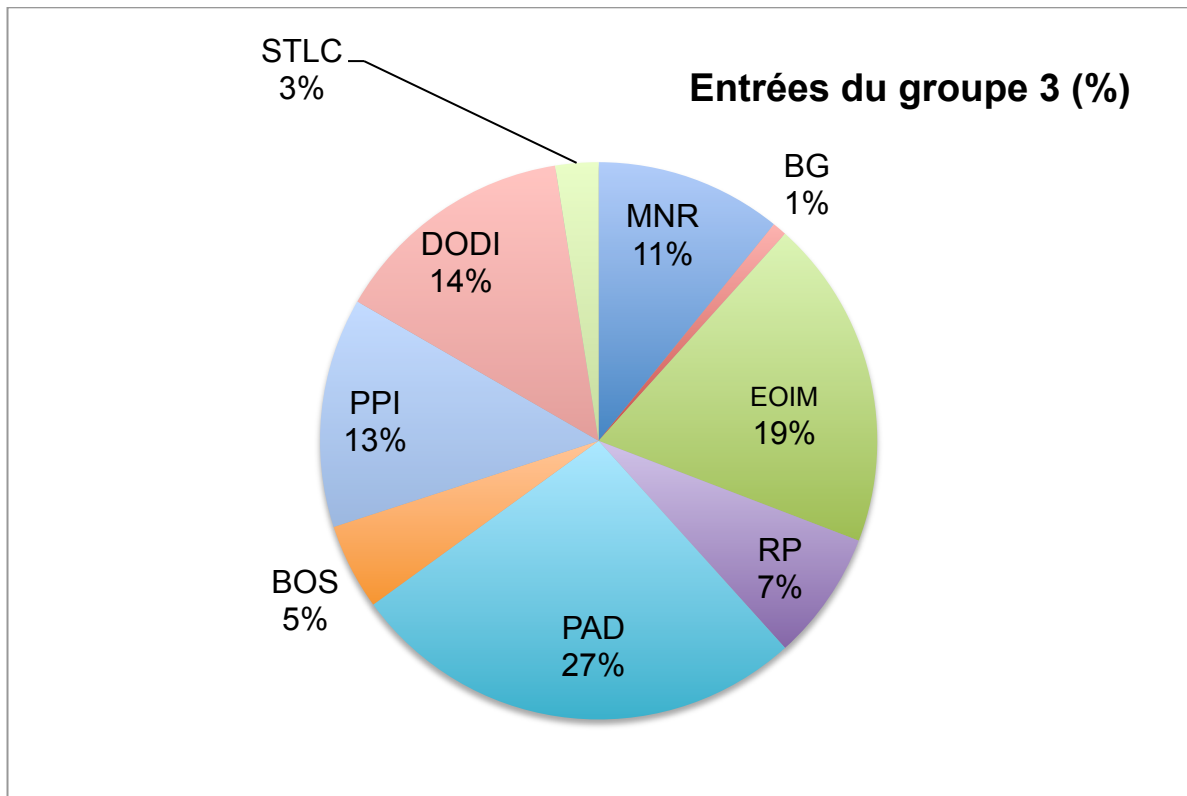
3.4 Groupe 3 : Les services gériatriques autres que HDJ (N=120)

3.4.1 Tableau et graphique des entrées

La taille de notre échantillon est trop faible pour discriminer les résultats provenant de tous les services. Néanmoins l'activité de ces services est assez semblable par rapport à l'activité du service HDJ où l'on ne réalise que des consultations. Nous avons donc décidé de regrouper tous les services (hors HDJ) afin d'avoir des résultats interprétables.

Nombre de cas	Motifs de consultations
13	<i>Motif Non Renseigné (MNR)</i>
1	<i>Bilan Gériatrique (BG)</i>
23	<i>Examen Odontologique avant intervention médicale : pré greffe, pré bi-phosphonate (EOIM)</i>
6	<i>Bilan Odontologique Spécifique (BOS)</i>
9	<i>Réhabilitation prothétique (RP)</i>
32	<i>Problèmes identifiés liés à des Prothèses Amovibles Défectueuses (PAD)</i>
16	<i>Problèmes Parodontaux Identifiés (PPI)</i>
17	<i>Douleurs d'Origine Dentaire Identifiés (DODI)</i>
3	<i>Suivi de TéléConsultation (STLC)</i>

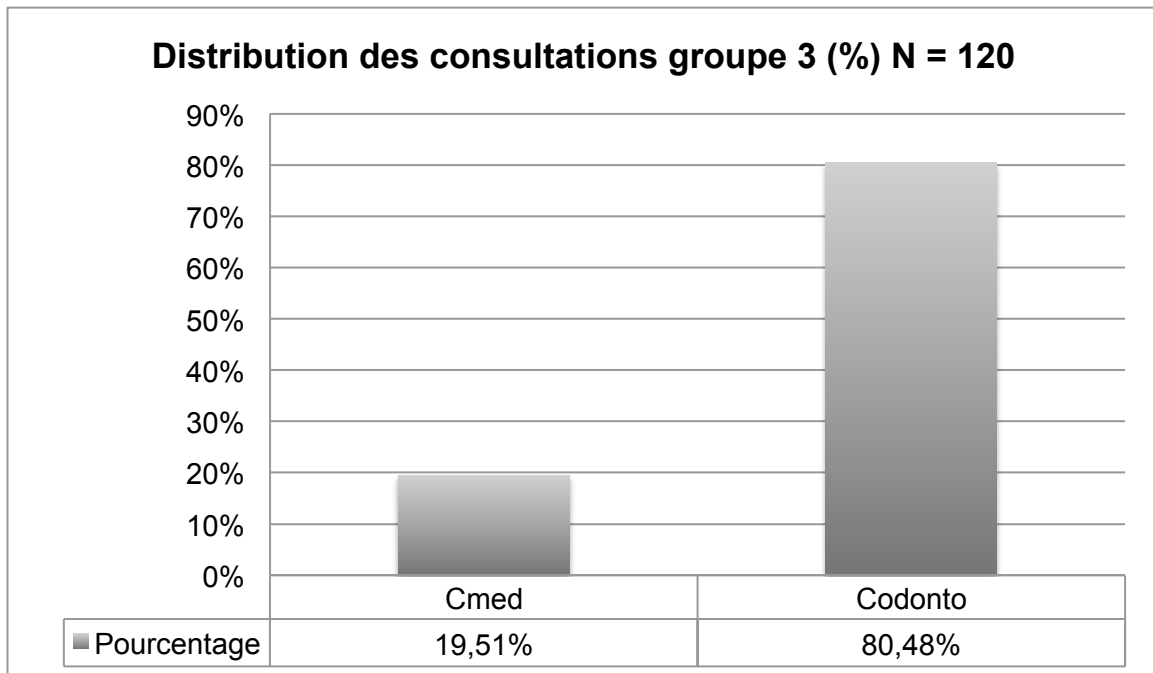
Tableau 3



Graphique 13

3.4.2 Graphiques des sorties

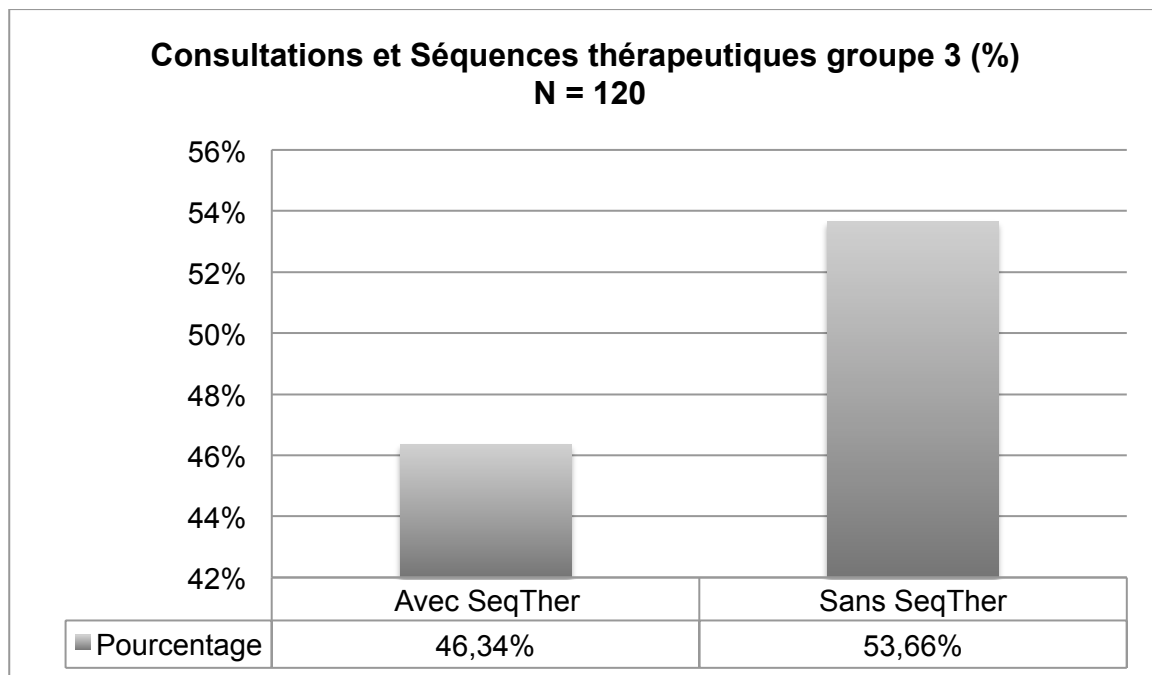
3.4.2.1 « Consultations médicales » et « consultations odontologiques »



Graphique 14

Dans le groupe 3, nous avons 19,51% de « consultations médicales » et 80,48% de « consultations odontologiques ».

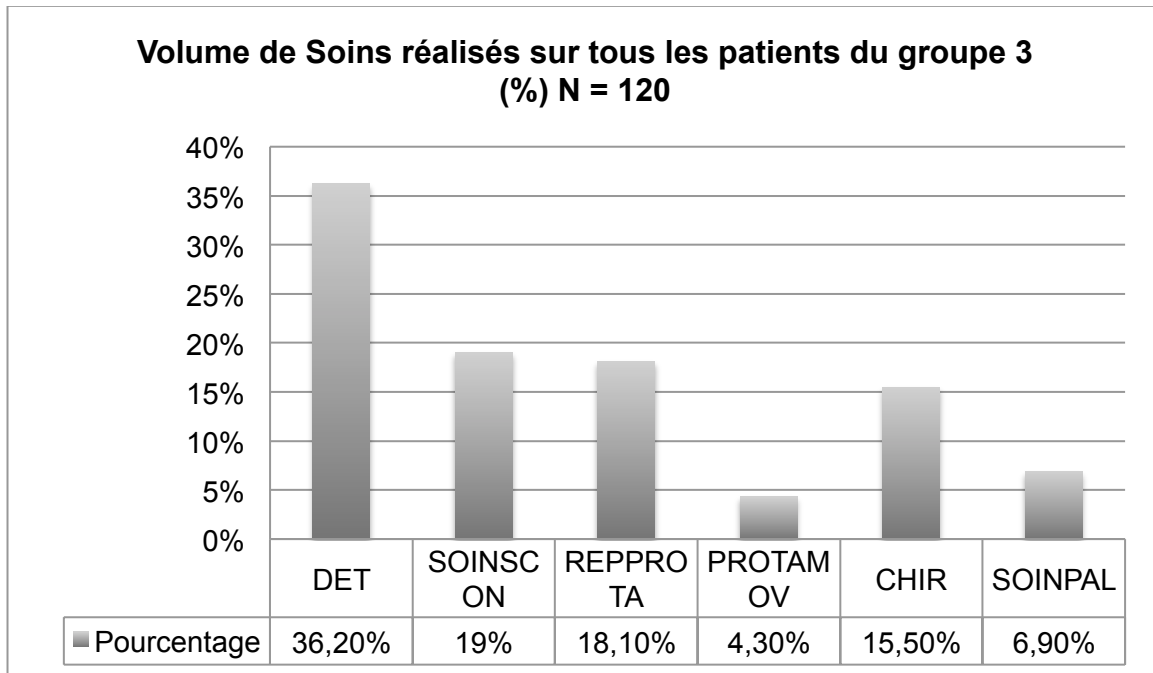
3.4.2.2 « Consultations odontologiques » et séquences thérapeutiques



Graphique 15

Nous avons pu voir que dans ce groupe regroupant la totalité des services de la filière gériatrique sans le service d'HDJ que le suivi des patients sous forme de séquence thérapeutique est de 46,34%.

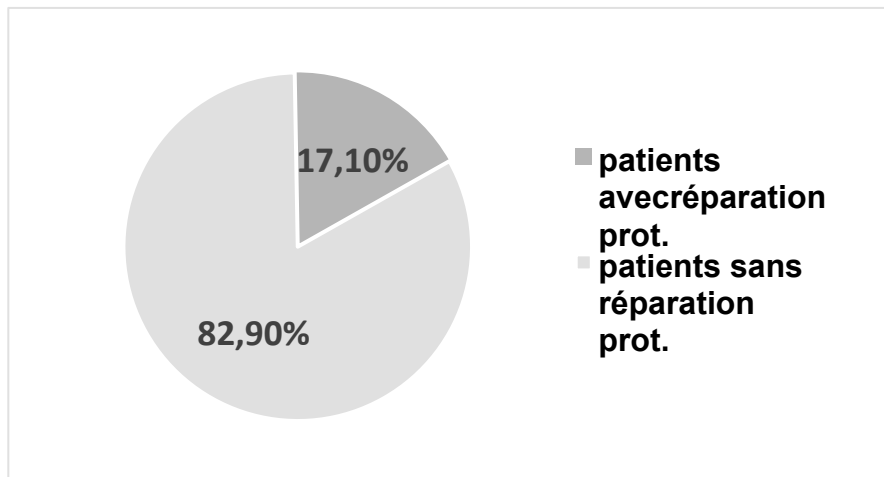
3.4.2.3 Soins réalisés



Graphique 16

Dans le groupe 3, pour un patient sur trois un détartrage est réalisé.

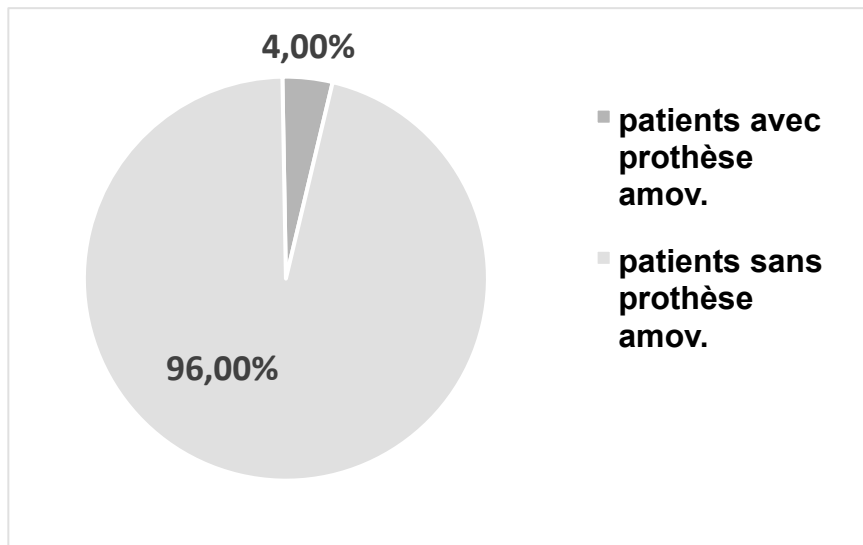
3.4.2.3.1 Pourcentage de réparations prothétiques par patient du groupe 3



Graphique 17

Moins d'un patient sur cinq bénéficie d'une réparation de prothèse dans ce groupe.

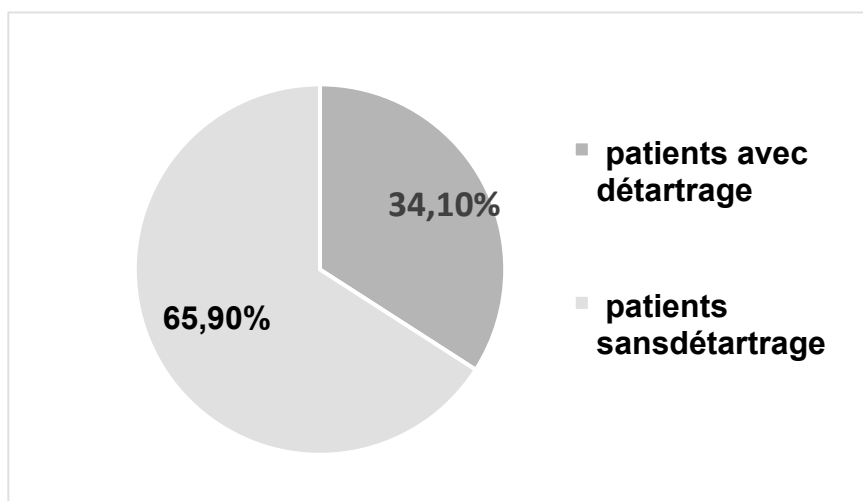
3.4.2.3.2 Pourcentage de prothèses amovibles par patient du groupe 3



Graphique 18

Dans ce groupe, moins de 5% des patients bénéficient d'une nouvelle prothèse.

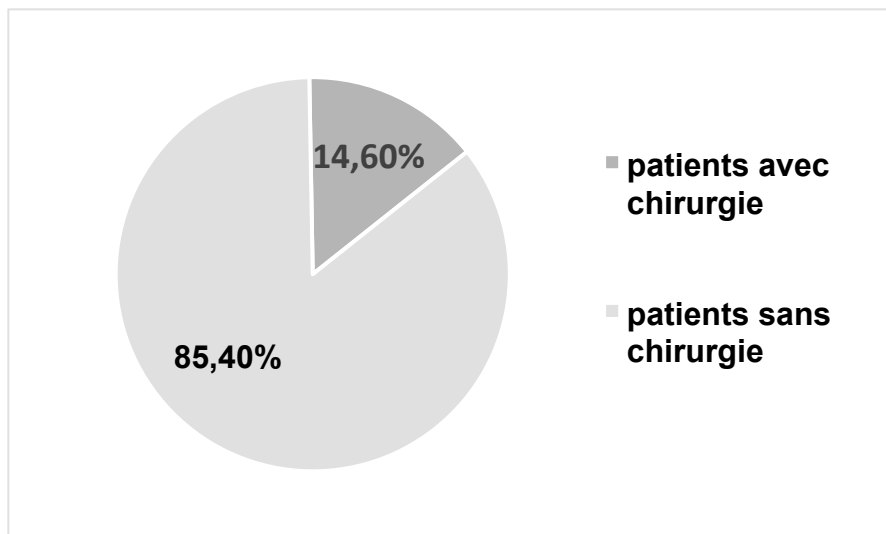
3.4.2.3.3 Pourcentage de détartrages par patient du groupe 3



Graphique 19

Plus de 30% des patients examinés reçoivent un détartrage dans le groupe 3.

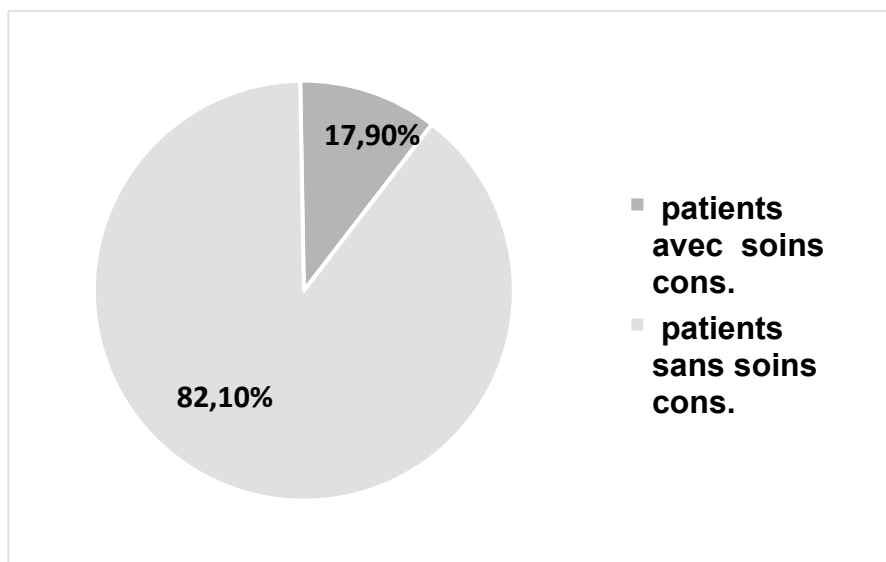
3.4.2.3.4 Pourcentage de chirurgies par patient du groupe 3



Graphique 20

Les patients du groupe 3 bénéficiant de chirurgie représentent presque 15% de l'échantillon.

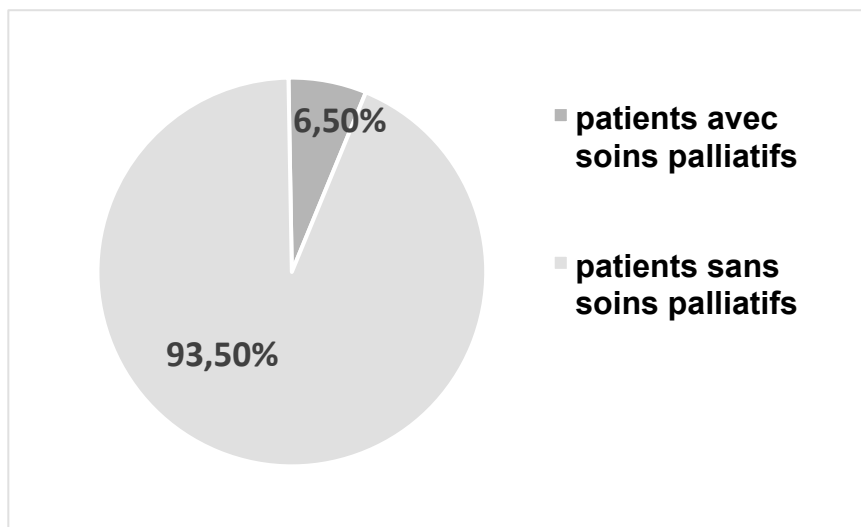
3.4.2.3.5 Pourcentages de soins conservateurs par patient du groupe 3



Graphique 21

Dans ce groupe, presque un cinquième des patients reçoivent des soins conservateurs.

3.4.2.3.6 Pourcentage de soins palliatifs par patient du groupe 3



Graphique 22

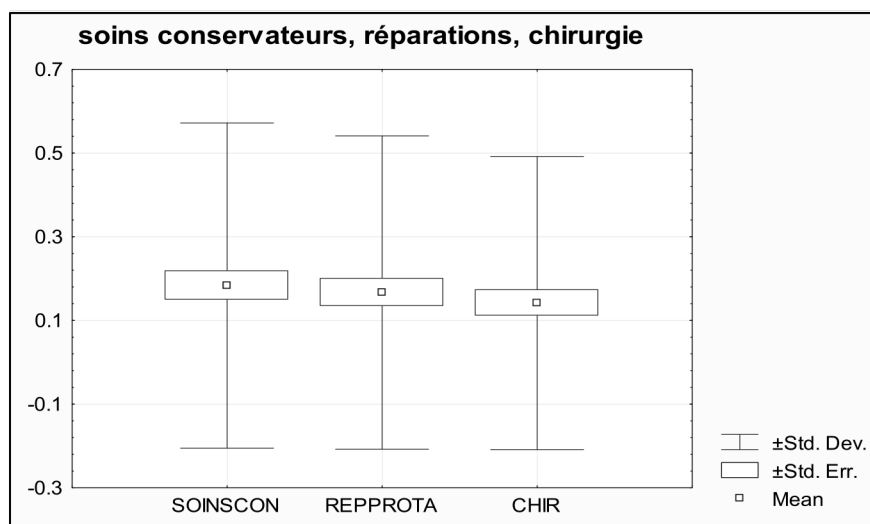
Plus de 6% des patients bénéficient de soins palliatifs dans ce groupe.

3.4.3 Analyse statistique des sorties du groupe 3

Afin d'avoir une vision plus précise sur les volumes de soins observables au niveau des séquences thérapeutiques réalisées par les odontologistes au centre Henri-Choussat nous avons fait une analyse statistique sur certaines variables particulières dans le groupe 3 : les soins conservateurs (SOINSCON), les réparations de prothèses (REPPROTA), les chirurgies (CHIR) et les prothèses amovibles (PROTAMOV).

Friedman ANOVA and Kendall Coeff. of Concordance (romane2.sta)				
ANOVA Chi Sqr. (N = 120, df = 2) = .8444445 p < .65559				
Coeff. of Concordance = .00352 Aver. rank r = -.0049				
	Average	Sum of		
	Rank	Ranks	Mean	Std.Dev.
SOINSCON	2,02	243,5	0,18	0,38
REPPROTA	2,00	240,5	0,16	0,37
CHIR	1,96	236	0,14	0,35

Tableau 4

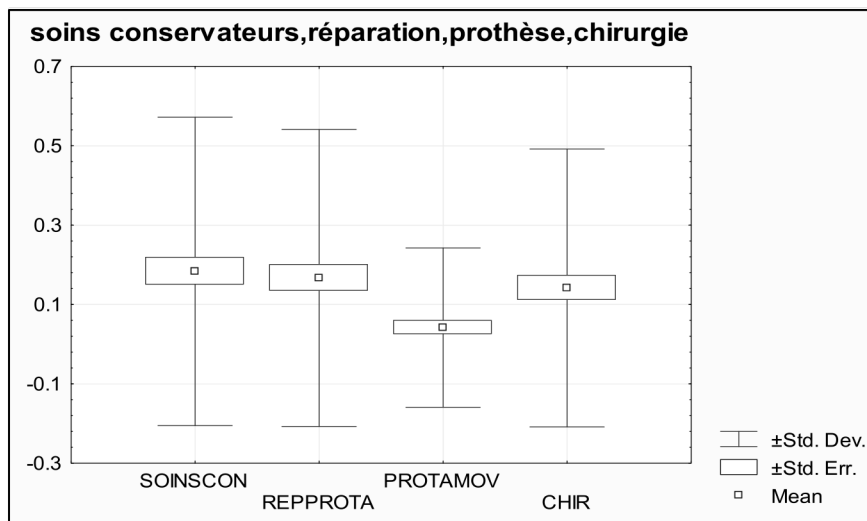


Graphique 23

Les soins conservateurs, les actes de chirurgie, les réparations de prothèses sont des actes que l'on ne peut pas individualiser sur le plan statistique ($p < 0,65559$).

Friedman ANOVA and Kendall Coeff. of Concordance (romane2.sta)				
ANOVA Chi Sqr. (N = 120, df = 3) = 12.73171 p < .00526				
Coeff. of Concordance = .03537 Aver. rank r = .02726				
	Average	Sum of		
	Rank	Ranks	Mean	Std.Dev.
SOINSCON	2,59	312	0,18	0,38
REPPROTA	2,56	308	0,16	0,37
PROTAMOV	2,31	278	0,04	0,20
CHIR	2,51	302	0,14	0,35

Tableau 5



Graphique 24

Le nombre de prothèses amovibles réalisées est statistiquement inférieur au nombre des autres soins de façon significative ($p < 0.00526$).

4. DISCUSSION

4.1 *Présentation de la discussion*

Dans notre discussion, nous allons chercher à répondre à notre problématique. Elle était de savoir si nous avons répondu aux demandes des services gériatriques ou non. Nous allons partir de nos résultats pour discuter et nous allons justifier nos idées par la recherche bibliographique.

Dans le groupe 1, nous avons cerné les principaux résultats avec 205 patients. Nous les avons séparés dans un groupe 2 avec 85 patients en hôpital de jour et dans un groupe 3 qui est plus représentatif des soins effectués sur ses 120 patients des différents services de la filière gériatrique.

Notre discussion s'articule de la façon suivante : nous avons associé les entrées et les sorties de notre modèle boîte noire pour effectuer des comparatifs en pourcentage.

Dans un premier temps, nous discuterons de l'absence de motifs. Ensuite, nous comparerons le bilan gériatrique et les examens odontologiques avant intervention médicale aux « consultations médicales ». Puis nous aborderons la séquence thérapeutique. Dans un autre temps, nous associerons les problèmes prothétiques avec la réparation de prothèses ; la prothèse amovible avec la réhabilitation prothétique ; les problèmes parodontaux aux détartrages ; les douleurs dentaires avec la chirurgie. Nous associerons, de plus, la demande de téléconsultation avec les téléconsultations effectivement réalisées. Dans un dernier temps, nous discuterons les autres soins réalisés sans demande de consultation spécifique.

4.2 Absence de motif

4.2.1 Rappel des résultats

- Groupe 1 : 12% de NR
- Groupe 2 : 14% de NR
- Groupe 3 : 11% de NR

4.2.2 Analyse

Le pourcentage est à peu près le même dans les trois groupes donc ça ne dépendra pas du service dans lequel est le patient. C'est donc un problème général.

Le fort pourcentage de motifs non renseignés dans chaque groupe peut s'expliquer de plusieurs façons. On peut émettre les hypothèses suivantes :

- Le praticien prescripteur n'arrive pas à isoler un problème odontologique en particulier (ou ne sait pas exprimer les doléances dentaires du patient).
- Certains praticiens ne savent pas qu'il faut dans l'idéal renseigner cette catégorie dans DxCare.
- Le turn-over semestriel des internes, qui souvent prescrivent les consultations, peut provoquer certaines maladresses dans leur apprentissage au niveau de la prescription.

Pour la variable « absence de motifs » c'est le praticien odontologiste qui a été amené à prendre seul une décision thérapeutique.

4.3 Bilan gériatrique, examen pré-médical et « consultations médicales »

4.3.1 Rappel des résultats

Groupes	Nombre de patients	Entrées		Sorties
		Nombre de demandes	Pourcentage de demande	Pourcentage de CMed
1	205	55 BG	27% BG	49% (contre 44%)
		35 EOIM	17% EOIM	
2	85	54 BG	64% BG	94% (contre 78%)
		12 EOIM	14% EOIM	
3	120	1 BG	1% BG	19,5% (contre 20%)
		23 EOIM	19% Ex 19% EOIM	

Tableau 6

4.3.2 Analyse

Nous avons une forte demande de bilan gériatrique et d'examens odontologiques avant un acte médical. En effet, les personnes âgées (83,75 ans en moyenne) sont des patients polymédiqués pour la plupart (7 traitements en moyenne). Ces médicaments entraînent des effets sur la santé bucco-dentaire. Un mauvais état dentaire peut être causé par ces médicaments ou ces médicaments peuvent causer des problèmes dentaires. (13)

Dans le groupe 1, nous observons que 49% de nos résultats (soit la moitié des patients hospitalisés vu dans le service) correspondent à des « consultations médicales ». Ce chiffre est proche des « consultations médicales » identifiées (44%) par les médecins prescripteurs. Nous pouvons en déduire que notre activité s'inclue dans la démarche médicale. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Fisher-Owens SA et Shimpi N et col. (14), (15).

Dans le groupe HDJ, nous observons qu'il y a eu 94% de « consultations médicales ». Nous voyons également que dans les autres services 19,5 % des consultations dans le groupe 3 sont médicales. Dans ces deux groupes, nous avons répondu à la demande des praticiens prescripteurs.

Nous comprenons ici que le groupe HDJ (groupe 2) et le groupe correspondant aux autres services (groupe 3) ont des attentes différentes de notre part et ne vont pas pouvoir être comparables. D'un côté, le service HDJ nous demande une « consultation médicale » intégrée à une évaluation gériatrique standardisée ; de l'autre la demande sera le plus souvent odontologiquement ciblée.

4.4 Séquence thérapeutique

Sur la totalité des consultations, dans le groupe 1, seulement 27% demandent une séquence thérapeutique (soit des soins nécessitant plus d'une séance avec le chirurgien-dentiste).

Ces séquences thérapeutiques sont de 46% dans le groupe 3. Donc 1 patient sur 2 va bénéficier d'une séquence thérapeutique.

Dans le groupe 3, les soins conservateurs ($m=0,18 \pm 0,38$ S.D.), les réparations de prothèse ($m=0,16 \pm 0,37$ S.D.) et la petite chirurgie ($m=0,14 \pm 0,35$ S.D.) font partie des soins les plus courants et ne peuvent être dissociés les uns des autres ($p < 0.65559$) (tableau 4). La réalisation de nouvelles prothèses ($m=0,04 \pm 0,20$ S.D) est significativement beaucoup moins importante ($p < 0.00526$) (tableau 5). Ce résultat est sans doute lié, soit à la durée d'hospitalisation qui peut être très courte en médecine gériatrique, soit à des impossibilités techniques liées à l'état général des patients qui peut être très dégradé notamment en USLD. La taille de notre échantillon étant trop faible il ne nous est pas possible de répondre clairement à cette question. Or, « la réalisation ou la présence de prothèses amovibles fonctionnelles chez la personne âgée dépendante est, on le sait, très importante pour la santé psychique et mentale de la personne âgée dépendante » (5).

4.5 Problème prothétique et réparation de prothèse

4.5.1 Rappel des résultats

Groupes	Nombre de patients	Entrées		Sorties
		Nombre de demande	Pourcentage de demande	Pourcentage de Réparation de prothèse
1	205	32 PAD	16% PAD	10%
2	85			
3	120	32 PAD	27% PAD	17%

Tableau 7

4.5.2 Analyse

Au centre Henri Choussat, nous avons réalisé 10% de réparation de prothèse amovible dans le groupe 1 et 17% dans le groupe 3. Ce pourcentage de réparation est faible. Et ces valeurs sont inférieures à la demande de problèmes identifiés liés à des prothèses amovibles défectueuses. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la demande du prescripteur sous-évalue les difficultés de réparation et de réalisation des prothèses.

L'écart entre la demande et les soins réalisés peut s'expliquer de plusieurs façons.

Les prothèses amovibles ne sont pas toujours réparables (fracturées en plusieurs morceaux, usures trop importantes). Il vaut mieux parfois les refaire.

La prothèse ne nécessite pas une réparation médiate (rebasage, remplacement crochet ou encore réduction de fracture prothétique) mais une retouche (réparation immédiate). Donc l'acte réalisé ne figurera pas forcément dans la rubrique : « réparation de prothèse » mais peut figurer par exemple dans « consultations odontologiques ».

On prend en compte l'âge du patient et son état cognitif pour la réfection d'une prothèses amovible définitive. En moyenne, dans notre étude, le MMSE est de 19,34. Or, un MMSE inférieur à 23 s'associe à la démence. (16), (17).

D'après Frenkel H F, les personnes âgées démentes refusent plus souvent d'ouvrir leur bouche ou de prendre part à leur hygiène bucco-dentaire avec les aides-soignants. (18)

4.6 Prothèse amovible et réhabilitation prothétique

4.6.1 Rappel des résultats

Groupes	Nombre de patients	Entrées		Sorties
		Nombre de demandes	Pourcentage de demandes	Pourcentage de Prothèses réalisées
1	205	9 RP	4% RP	2%
2	85			
3	120	9 RP	7% RP	4%

Tableau 8

4.6.2 Analyse

Concernant le groupe 1, nous avons pu réaliser environ 2% de « nouvelles » prothèses et dans le groupe 3 cela représente 4%. Ici la demande est plus élevée que la réalisation pour plusieurs raisons :

- les patients doivent être présents dans le service et plus largement dans la structure hospitalière au minimum 2 mois pour réaliser une prothèse amovible, ce n'est pas toujours le cas. En effet, la conception d'une prothèse, la rédaction du devis, les étapes de réalisation et les séances de retouches et d'adaptation nécessitent du temps. (19)

- les patients doivent revenir suite à la première consultation avec un devis signé et accepté souvent par la famille ou les tuteurs. C'est un processus qui allonge le temps de réhabilitation prothétique.

- les patients doivent avoir un état cognitif permettant la réalisation et l'adaptation de la prothèse.

- le patient a souvent une ancienne prothèse qui peut être réadaptée ou réparée donc une « nouvelle » prothèse n'est pas obligatoirement nécessaire. On voit d'ailleurs que la réponse apportée par notre service sera surtout une réparation dans 17% des cas plutôt qu'une nouvelle conception de prothèse dans 4% des cas.

Dans le groupe 3, si nous comparons les soins conservateurs, la chirurgie et les réparations de prothèse, il n'y a pas de différences statistiquement significatives. Cela montre que le praticien réalise ces soins à peu près dans les mêmes proportions. Si nous rajoutons à ce groupe la réalisation de nouvelles prothèses, nous avons une différence statistiquement significative. Cela montre que le praticien réalise peu de prothèses par rapport aux autres soins.

4.7 Problèmes parodontaux et détartrages

4.7.1 Rappel des résultats

Groupes	Nombre de patients	Entrées		Sorties
		Nombre de demandes	Pourcentage de demandes	Pourcentage de Détartrages réalisés
1	205	16 PPI	8 % PPI	20%
2	85			
3	120	16 PPI	13% PPI	34%

Tableau 9

4.7.2 Analyse

Concernant notre échantillon global, nous observons 20% de détartrages réalisés soit plus du double d'actes demandés par les praticiens prescripteurs. Concernant le groupe 3, les détartrages représentent 34 % des actes. Cette valeur est bien supérieure aux « Problèmes Parodontaux Identifiés » (13%) par les médecins prescripteurs. Nous pouvons donc en déduire que les problèmes parodontaux sont

sous estimés par rapport aux besoins de la population étudiée. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Tasdemir Z et col. et Umezudike KA et col. (20), (21).

Cela peut montrer plusieurs choses. Les personnes âgées sont sujettes à de nombreux problèmes parodontaux. Nous rejoignons ainsi l'avis de Renvert S et col. qui déclarent : « Il existe peu de données sur l'efficacité des différents traitements parodontaux chez les personnes âgées. » (22).

Nous rejoignons également l'avis de Person GR (2018) qui annonce que « le manque de données provenant d'études cliniques sur la façon de gérer les complications parodontales dans le vieillissement est évident. » (23).

Cela peut montrer aussi que le personnel soignant dans les services gériatriques ne possède pas les qualifications nécessaires pour identifier ces maladies bucco-dentaires.

Nous sommes d'accord avec Aro T et col. (2018) qui affirment : « Les personnes interrogées n'ont rien mentionné au sujet des maladies parodontales. L'éducation en santé buccodentaire chez les infirmières était rare » (24).

Les problèmes d'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées sont mis en avant par le manque de prévention par le personnel soignant encadrant les personnes âgées dépendantes.

Comme Chiesi F (2019) « on peut conclure que l'état de santé buccodentaire chez les sujets plus âgés en établissement est un défi de taille pour le système de santé publique » (25).

Nous rejoignons ainsi les conclusions de Choi JS et col. (2017) qui nous confirment : « Les politiques sur les soins infirmiers, comme l'obligation de fournir des soins buccodentaires et la formation pratique du personnel infirmier en soins buccodentaires, sont importantes. » (26).

D'après Wick JY et col. (2010) « les médicaments sont une cause principale ou contributive de problèmes buccodentaires. » (27).

Nos résultats sont en accord avec les conclusions de Lambert NM et col. (2010) : « La formation interdisciplinaire et les efforts de collaboration entre la profession dentaire, la profession médicale et les soignants sont nécessaires pour prévenir les maladies buccodentaires chez cette population gériatrique » (28).

De plus, bien que le personnel soignant soit régulièrement confronté à l'incontinence urinaire et fécale des résidents, il existe des barrières psychologiques importantes lorsqu'ils travaillent sur la bouche en raison de leurs valeurs personnelles de santé bucco-dentaire ou de leur opinion selon laquelle les résidents devraient prendre soin de leurs propres dents ou prothèses dentaires. (29).

Dans notre étude, la moyenne du MMSE qualifiant l'état cognitif du patient est de 19,34. D'après la littérature, un score inférieur à 23 montre une démence (16). Or les patients ayant des problèmes de comportement associés à cette démence voient souvent leur hygiène bucco-dentaire négligée car ils peuvent être résistants et violents à recevoir des soins bucco-dentaires du personnel soignant (30).

Le personnel soignant néglige la surveillance de l'état bucco-dentaire chez ces résidents âgés « difficiles », perpétuant le cycle de négligence bucco-dentaire et des maladies qui en résultent (31).

4.8 Douleurs et actes chirurgicaux

4.8.1 Rappel des résultats

Groupes	Nombre de patients	Entrées		Sorties
		Nombre de demandes	Pourcentage de demandes	Pourcentage de Chirurgie
1	205	17 DODI	8% DODI	8%
2	85			
3	120	17 DODI	14% DODI	14%

Tableau 10

4.8.2 Analyse

Les chirurgies dans le groupe 1 représentent 8% des actes effectués. Bien que toutes les douleurs d'origine dentaire ne soient pas résolues théoriquement par une chirurgie on peut penser que c'est tout de même le cas ici :

- parce que les demandes pour problèmes douloureux et les réponses chirurgicales présentent les mêmes pourcentages

- parce que aucun soin « pulpaire » n'a été réalisé dans notre échantillon.

En effet, les soins conservateurs pour les personnes âgées sont limités (traitement endodontique, restaurations coronaires). Selon Ketterl W, « la dentine des personnes âgées se caractérise par un rétrécissement continu de la lumière du tubule dentinaire, une augmentation de la calcification, une réduction de la quantité de liquide péri-tubulaire et une sensibilité réduite. » Ces différences structurelles et biologiques doivent être prises en compte lorsque des soins conservateurs sont envisagés. (32)

Selon Nadig et col., « bien qu'il n'y ait pas de contre-indications absolues pour les traitements endodontiques chez les personnes âgées, il existe des situations qui présentent des limitations telles que chez les patients qui ne peuvent pas s'asseoir sur le fauteuil dentaire et tolérer un traitement prolongé ou chez les patients atteints de la maladie de Parkinson sévère, des tremblements, etc » (33).

Le faible pourcentage de douleurs (8%) peut s'expliquer notamment par la senescence des tissus dentaire (34). En effet, selon Farac RV et col., « l'intensité de la douleur diminue avec l'âge, donc le seuil de douleur augmente avec le vieillissement » (35).

En fonction de l'état général du patient la balance bénéfique/risque ne penche pas forcément vers la solution chirurgicale.

4.9 La téléconsultation

4.9.1 Rappel des résultats

- Groupe 1 : 2% de suivi de téléconsultation demandé
- Groupe 2 : Pas de demande
- Groupe 3 : 3% de suivi de téléconsultation demandé

4.9.2 Analyse

La téléconsultation dentaire est un acte qui se met en place facilement quand le matériel nécessaire requis est installé chez le praticien (ordinateur, webcam, micro) et dans le service ou l'établissement du patient (camera intra buccale et/ou webcam, micro, ordinateur).

Pour Alabdullah JH (2018) « la télédentisterie pourrait être comparable au dépistage oral » (36).

Au centre Henri Choussat, au sein de la filière gériatrique nous effectuons des téléconsultations car l'équipement nécessaire est présent.

Le faible pourcentage de demande s'explique du fait que les patients sont institutionnalisés à proximité (à l'exception de l'EHPAD de Lormont). Ils ont donc accès au service odontologique sur le plan clinique donc l'intérêt de la téléconsultation est moindre. Le cabinet dentaire a été conçu pour les patients en fauteuil roulant entraînant une facilité d'accès aux personnes dépendantes. Cependant l'apparition de maladies très contagieuses (Covid-19) pourrait augmenter considérablement l'intérêt de la téléconsultation.

Nous expliquons ces chiffres également par le fait que la mise en place de ces téléconsultations est en cours de développement au moment de la collecte des résultats. Cela justifie ces pourcentages.

Pour Queroux A (2017) « la télédentisterie a montré une excellente précision pour diagnostiquer les pathologies dentaires chez les adultes âgés » (37).

4.10 Autres soins réalisés sans motif de consultation

Trois types de soins ont été réalisés à priori sans demandes des praticiens prescripteurs :

- les soins palliatifs (6,9% dans le groupe 3)
- les soins conservateurs (19% dans le groupe 3)
- les rescelllements de prothèse fixée (1 seul cas sur 205 patients)

Les soins conservateurs consistaient à la réalisation d'obturations coronaires sur des dents sans symptôme douloureux. Ils sont donc inclassables dans les 9 catégories de motifs parce que des demandes de soins conservateurs n'ont jamais été formulées par les praticiens prescripteurs.

Dans notre étude, un patient a reçu en général un seul soin conservateur. En effet, cela représente 19% en volume total de soins conservateurs réalisés et 17,9% par patient. S'il n'y a pas eu de demande de soins conservateurs on peut penser que les médecins prescripteurs ne sont pas formés aux dépistages carieux surtout lorsqu'il n'y a pas de symptômes douloureux. C'est également probablement pour cette raison que nous n'avons pas pu associer de réponses thérapeutiques claires aux demandes de bilans odontologiques spécifiques (BOS) formulées par les prescripteurs.

5. CONCLUSION

L'espérance de vie s'allonge de façon continue selon l'INSEE. Par conséquent, le nombre de personnes âgées augmente et le nombre de patients dans les services odontologiques gériatriques tend à s'accroître. Comme nous l'avons vu dans notre étude, cette filière gériatrique présente une demande de soins dentaires considérable. Il est donc primordial pour les chirurgiens-dentistes de participer au parcours de soins des patients âgés dépendants.

Au centre Henri Choussat, nous avons pu observer que les réponses des praticiens du service odontologique concordent en général avec la demande des praticiens prescripteurs dans les différents services. Les actes réalisés répondent au motif de la demande. Il émane tout de même un souci d'identification des pathologies parodontales au sein des services gériatriques. Ces pathologies sont principalement dues au manque d'hygiène des personnes âgées dépendantes. Ceci montre des lacunes en termes de contrôle et de formation du personnel soignant. On peut aussi souligner l'importance de la formation spécialisée dans ce domaine. De plus, on a pu observer que la plupart du temps les prothèses sont réparées et non refaites en intégralité. Ceci s'explique par un temps d'intervention trop court, une prise en charge trop tardive ou même un MMS devenu trop bas pour les soins à réaliser.

L'odontologie au sein de la filière gériatrique est spécifique par rapport à l'odontologie classique.

Face à ces principaux résultats, plusieurs éléments correctifs pourraient être mis en perspective afin d'améliorer les soins bucco-dentaires au sein de la filière gériatrique.

Notre étude montre qu'une formation du personnel para-médical accompagnant quotidiennement les personnes âgées dépendantes devrait être dispensée pendant son cursus initial ou lors de formations continues pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire.

Il serait très utile de créer, au sein du parcours universitaire d'un chirurgien-dentiste, une formation initiale spécifique adaptée aux soins en odontologie gériatrique des personnes âgées dépendantes pour répondre à leurs besoins particuliers.

6. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Organisation Mondiale de santé, Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, 2016. (En ligne) Consulté le 10 Novembre 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf
- (2) Razak PA, Richard KM J, Thankachan RP, Hafiz KA A, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric Oral Health: a review article. J Int Oral Health. 2014 Nov-Dec; 6(6), p. 110–116.
- (3) Poisson P, Laffond T, Campos S, Dupuis V, Bourdel-Marchasson I. Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. Gerodontology. 2016 Jun;33(2), p. 161-8. (En ligne) <http://doi.org/10.1111/ger.12123>. Consulté le 21 Juin 2020.
- (4) Slashcheva L, Chen X. Frailty screening in geriatric dentistry: an historical review. J Dent Res. 2017, Vol 96 (A): 2682, (www.iadr.org).
- (5) Bérard A, Poisson P, Bourdel-Marchasson I, Dupuis V, Removal Prosthesis Improves Body Mass Index in Elderly People, J Dent Res Vol 97 (B): 0941 (www.iadr.org).
- (6) Shi Q, Xu J, Zhang T, Zhang B, Liu H, Post-operative Bleeding Risk in Dental Surgery for Patients on Oral Anticoagulant Therapy: A Meta-analysis of Observational Studies. Front. Pharmacol. 2017. 8:58. En ligne. <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2017.00058>. Consulté le 21 Avril 2020.
- (7) Gold H.J., Mathematical modeling of biological systems, USA : « Wiley and Sons », 1977. 357 p.
- (8) Pacault A., *Evolution chimique loin de l'équilibre: concepts, modeles et réel*. Springer, Berlin, Heidelberg: Pacault A., Vidal C. (eds) Synergetics. Springer Series in Synergetics, 1979, vol 3.
- (9) Pacault, A., Vidal, C. (Eds.), Synergics - Far from equilibrium, 1979, 142 p.

- (10) Wikipédia, Boite noire (système). (En ligne) https://fr.wikipedia.org/wiki/Boîte_noire (système). Consulté le 21 avril 2020.
- (11) Maamari A, [Geriatric odontology], Rev Med Brux. 2018 ; 39 (4) : 322-324. En ligne. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30320995>. Consulté le 20 Avril 2020.
- (12) Ástvaldsdóttir Á, Boström AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund G et al. Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. Gerodontology. 2018 Dec ; 35 (4) : 290-304. (En ligne) <http://dx.doi.org/10.1111/ger.12368>. Consulté le 20 Avril 2020.
- (13) Van der Maarel-Wierink CD. Ruinous dentition as consequence of root caries. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2020; 127(3):153-156. (En ligne) <https://doi:10.5177/ntvt.2020.03.20004>. Consulté le 20 Juillet 2020.
- (14) Fisher-Owens SA. The Interprofessional Role in Dental Caries Management: Ways Medical Providers Can Support Oral Health (Perspectives from a Physician). Dent Clin North Am. 2019;63(4):669-677. (En ligne) <http://doi:10.1016/j.cden.2019.05.004>. Consulté le 20 Juillet 2020.
- (15) Shimpi N, Schroeder D, Kilsdonk J, et al. Medical Providers' Oral Health Knowledgeability, Attitudes, and Practice Behaviors: An Opportunity for Interprofessional Collaboration. J Evid Based Dent Pract. 2016;16(1):19-29. (En ligne) <http://doi:10.1016/j.jebdp.2016.01.002>. Consulté le 20 Juillet 2020.
- (16) Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Le mini-mental-state examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Presse Med. 1999 ; 21 (28) : 1141-1148. (en ligne) <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0308AaMMSEgrecoPM.pdf>. Consulté le 12 octobre 2020.
- (17) Bérard A, Gillet D, Poisson P, Bourdel-marchasson I, Dupuis V. Relationship between cognitive ability and the presence of dentures in the elderly. J Dent Res. 2020, vol 99 A : 3457, (www.iadr.org).
- (18) Frenkel HF. Behind the screens: care staff observations on delivery of oral

health care in nursing homes. *Gerodontology*. 1999;16(2):75-80. (En ligne) <http://doi:10.1111/j.1741-2358.1999.00075.x>. Consulté le 21 Juillet 2020.

(19) Lejoyeux R. Prothèse immédiate définitive évolutive [Developed definitive immediate denture]. *Clin Odontol*. 1990;11(4):257-266.

(20) Taşdemir Z, Alkan BA. Knowledge of medical doctors in Turkey about the relationship between periodontal disease and systemic health. *Braz Oral Res*. 2015;29:55. (En ligne) <http://doi:10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0055>. Consulté le 20 Juillet 2020.

(21) Umezudike KA, Iwuala SO, Ozoh OB, Ekekezie OO, Umezudike TI. Periodontal systemic interaction : perception, attitudes and practices among medical doctors in Nigeria. *J West Afr Coll Surg*. 2015;5(1):58-75. (En ligne) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866792>. Consulté le 20 Juillet 2020.

(22) Renvert S, Persson GR. Treatment of periodontal disease in older adults. *Periodontol 2000*. 2016;72(1):108-119. (En ligne) <https://doi.org/10.1111/prd.12130>. Consulté le 27 mai 2020.

(23) Persson GR. Periodontal complications with age. *Periodontol 2000*. 2018;78(1):185-194. (En ligne) <https://doi.org/10.1111/prd.12227>. Consulté le 27 mai 2020.

(24) Aro T, Laitala M, Syrjälä AM, Laitala ML, Virtanen JI. Perceptions of older people's oral health care among nurses working in geriatric home care. *Acta Odontol Scand*. 2018;76(6):427-432. (En ligne) <http://doi.org/10.1080/00016357.2018.1425900>. Consulté le 27 mai 2020.

(25) Chiesi F, Grazzini M, Innocenti M, et al. Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3492. Published 2019 Sep 19. (En ligne) <http://doi.org/10.3390/ijerph16183492>. Consulté le 28 juillet 2020.

- (26) Choi JS, Yi YJ, Donnelly LR. Oral health of older residents in care and community dwellers: nursing implications. *Int Nurs Rev.* 2017;64(4):602-609. (En ligne) <http://doi.org/10.1111/inr.12417>. Consulté le 28 Juillet 2020.
- (27) Wick JY. Oral health in the long-term care facility. *Consult Pharm.* 2010;25(4):214-224. (En ligne) <http://doi.org/10.4140/TCP.n.2010.214>. Consulté le 28 Juillet 2020.
- (28) Lambert NM, Tepper LM. Prevention of oral disease for long-term care and homebound elderly. *N Y State Dent J.* 2010;76(5):42-45.
- (29) Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(4):289-297. (En ligne) <http://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2001.290408.x>. Consulté le 28 Juillet 2020.
- (30) Forsell M, Kullberg E, Hoogstraate J, Herbst B, Johansson O, Sjögren P. A survey of attitudes and perceptions toward oral hygiene among staff at a geriatric nursing home. *Geriatr Nurs.* 2010;31(6):435-440. (En ligne) <http://doi:10.1016/j.gerinurse.2010.08.011>. Consulté le 22 Juillet 2020.
- (31) Chalmers JM, Levy SM, Buckwalter KC, Ettinger RL, Kambhu PP. Factors influencing nurses' aides' provision of oral care for nursing facility residents. *Spec Care Dentist* : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry. 1996;16(2):71-9.
- (32) Ketterl W. Age-induced changes in the teeth and their attachment apparatus. *Int Dent J.* 1983;33(3):262-271.
- (33) Nadig RR, Usha G, Kumar V, Rao R, Bugalia A. Geriatric restorative care - the need, the demand and the challenges. *J Conserv Dent.* 2011;14(3):208-214. (En ligne) <http://doi.org/10.4103/0972-0707.85788>. Consulté le 21 Juin 2020.
- (34) Morse DR. Age-related changes of the dental pulp complex and their relationship to systemic aging. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991;72(6):721-

745. (En ligne) [http://doi.org/10.1016/0030-4220\(91\)90019-9](http://doi.org/10.1016/0030-4220(91)90019-9). Consulté le 21 Juin

(35) Farac RV, Morgental RD, Lima RK, Tiberio D, dos Santos MT. Pulp sensibility test in elderly patients. *Gerodontology*. 2012;29(2):135-139. (En ligne) <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00623.x> Consulté le 21 Juin 2020.

(36) Alabdullah JH, Daniel SJ. A Systematic Review on the Validity of Teledentistry. *Telemed J E Health*. 2018;24(8):639-648. (En ligne) <http://doi.org/10.1089/tmj.2017.0132>. Consulté le 21 juin 2020.

(37) Queyroux A, Saricassapian B, Herzog D, et al. Accuracy of Teledentistry for Diagnosing Dental Pathology Using Direct Examination as a Gold Standard: Results of the Tel-e-dent Study of Older Adults Living in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(6):528-532. (En ligne) <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.082>. Consulté le 21 juin 2020.

ANNEXE 1 : Liste des abréviations

Abréviations	Signification
BG	Bilan gériatrique
NR	Non répertorié
MNR	Motif non renseigné
BOS	Bilan odontologique spécifique
STLC	Suivi de Téléconsultation
PPI	Problèmes parodontaux identifiés
DODI	Douleurs dentaires identifiés
PAD	Prothèses amovibles défectueuses
RP	Réhabilitation prothétique
EOIM	Examen Odontologique avant intervention médicale
Coeff.	Coefficient
Sqr.	Square root
N	Population size
df	Degrees of freedom
p	Probability
Aver. Rank ou m	Average Rank
r.	Correlation coefficient
S.D. ou Std. Dev.	Standard deviation
Std. Err	Standard Error
CMed	« Consultation Médicale »
COdonto	« Consultation Odontologique »
SeqTher	Séquence Thérapeutique
DET	Détartrage
SOINCON	Soins conservateurs
RESCLP	Rescellement prothèse fixée
REPROTA	Réparation prothèse amovible
PROTAMO	Prothèses amovibles
CHIR	Chirurgies
SOINPAL	Soins palliatifs

ANNEXE 2 : Résultats bruts

Variables mesurées :

	Age	CMed	COdonto	SeqTher	Det	SoinCons	RescIP	RepProtA	ProtAmo	Chir	SoinPal	BilanBiPh	BilanPreG	NBTraitement	Anticoag	AntiHp	Anxiolytiq
1	87	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	15	1	1	1
2	88	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0
3	84	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1
4	91	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1	1
5	97	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	0
6	89	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	1	1
7	84	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
8	83	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	1
9	89	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	9	1	1	1
10	73	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	1	1	1
11	81	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	1
12	81	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
13	88	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	0	0	0
14	77	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	1
15	88	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	9	0	1	1
16	71	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	13	1	1	1
17	82	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9	0	0	1
18	97	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10	1	1	1
19	88	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	1	1	0
20	80	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	0
21	89	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	1
22	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0
23	90	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0
24	85	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
25	85	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0
26	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1
27	78	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	1	0
28	88	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1	1
29	90	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	1
30	82	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	1	1	0
31	97	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0
32	81	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	0	1	1
33	93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	1	1
34	88	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	1
35	86	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
36	75	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1	1	0

37	91	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0
38	66	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	1
39	79	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1
40	98	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5	0	0	0
41	53	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	1
42	75	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	1
43	83	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	12	1	1	1
44	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0
45	84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1	1	1
46	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	1	1	1
47	90	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0
48	74	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	1
49	84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1	0
50	70	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	1	0	1
51	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1	0
52	73	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	1
53	76	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	18	1	1	1
54	94	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1
55	71	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	13	1	1	1
56	84	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	8	1	0	0
57	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0
58	74	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	1
59	92	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	0
60	72	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	1	1	0
61	95	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	1
62	77	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	1	0
63	84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0
64	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	1
65	86	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
66	75	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	12	1	1	1
67	86	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
68	61	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	12	1	0	1
69	95	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	1
70	77	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	1	1
71	88	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1
72	86	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	10	1	1	0
73	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	1
74	75	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0
75	84	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	4	1	0	0
76	76	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	1
77	96	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	11	1	1	1
78	84	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	1
79	94	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1	0	0
80	97	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9	0	1	1
81	91	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	0	0	1
82	82	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1	1	0
83	88	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0
84	88	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1

85	89	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0
86	94	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	1
87	90	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	1	1
88	98	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1
89	96	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	1	0	0
90	78	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0
91	93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	0
92	79	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	1
93	80	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0
94	89	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	10	0	1	0
95	82	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	1
96	89	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0
97	86	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0
98	60	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	1
99	96	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	1
100	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	13	1	0	1
101	93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	0
102	85	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	10	1	0	1
103	84	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	10	1	0	1
104	88	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0
105	96	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	1	0	0
106	86	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0
107	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	1
108	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	1
109	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	1	1	0
110	94	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	1	0
111	77	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	0
112	93	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5	1	1	0
113	83	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	1	0	0
114	84	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	9	1	0	1
115	83	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	1
116	91	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	1	1	1
117	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	1
118	72	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	15	1	1	1
119	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1
120	82	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	0	0
121	93	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0
122	67	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	10	1	0	0
123	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0
124	74	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	1	1	0
125	88	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	1	1
126	78	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	1	0
127	91	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1
128	74	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	0
129	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	0	1
130	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0
131	82	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	0
132	83	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8	1	1	0

133	89	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	1
134	93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0
135	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	1
136	71	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	1	1	1
137	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1
138	94	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	1
139	87	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6	1	0	1
140	88	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	1
141	82	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	1	1	0
142	74	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	0	0
143	84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
144	81	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	1
145	76	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	1
146	82	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
147	85	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	0
148	67	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	1	0	1
149	93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	0	1	0
150	97	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	1
151	90	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	1	0	1
152	83	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	1	1	0
153	73	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	1
154	94	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
155	86	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	0
156	86	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	1
157	72	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	17	1	1	1
158	56	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	1
159	52	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	1
160	85	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	1
161	90	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1	0
162	81	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1	1	1
163	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0
164	87	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	1
165	92	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	1	0	0
166	84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	0
167	71	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	13	1	1	1
168	77	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	1	0
169	86	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	1	0	0
170	85	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	12	1	0	1
171	86	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	1	1	1
172	89	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	1
173	85	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	1
174	89	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	1
175	76	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1	1
176	76	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1
177	95	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1
178	82	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	13	1	1	0
179	88	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
180	85	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	1

181	84	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8	1	0	1
182	76	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	0
183	73	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	0	1
184	80	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0
185	88	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	1
186	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
187	92	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	1
188	86	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
189	84	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	1
190	85	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	1	1	0
191	90	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	1	0
192	78	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0
193	65	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	7	0	0	1
194	74	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	1	1	0
195	68	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	1	0
196	86	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1	0
197	93	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	1
198	86	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	0	1	1
199	94	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0
200	81	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	1	0
201	90	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0
202	90	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	1	0
203	92	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	1
204	88	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8	1	1	0
205	77	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	1	1

Suite des variables mesurées :

	Coeff Mast	MMSE	GIR	IMC	Motifs
1	nr	nr	2	30,95	suivi de réfection de prothèse dentaire
2	nr	6	2	20,57	n'arrive plus à retirer sa prothèse du bas, douleurs mandibulaire
3	nr	nr	nr	nr	nr
4	nr	28	nr	23,32	évaluation de l'état dentaire
5	nr	nr	nr	22,24	réévaluation prothèse dentaire inadaptée
6	nr	13	nr	30,51	réfection du bridge
7	85	21	nr	33,33	examen systémique chez une patiente diabétique
8	nr	27	nr	31,57	nr
9	nr	12	nr	27,97	patient ayant des problèmes avec son appareil dentaire
10	nr	7	nr	nr	dent acier qui bouge
11	85	21	nr	20,57	évaluation gériatrique globale
12	90	17	nr	20,2	évaluation gériatrique globale
13	nr	22	nr	22,35	devis de prothèse signé par sa fille

14	nr	24	nr	20,31	carie dépistée par vos soins en téléconsultation, visite à votre demande
15	nr	nr	nr	22,18	fracture de la prothèse dentaire
16	nr	nr	nr	25,79	gingivorragie - douleurs dentaire
17	nr	nr	nr	27,27	douleurs dentaires en regard de 34 et 35 gencive inflammatoire doute sur abcès
18	nr	nr	nr	26,79	appareillage n'est plus adapté réglage suite à l'amaigrissement
19	nr	9	nr	23,14	tassement vertébraux multiples bilan pré biphosphonate pano réalisé
20	nr	nr	nr	25,4	nr
21	77	nr	nr	26,96	Nr
22	nr	28	nr	43,33	Nr
23	nr	14	nr	24,52	Nr
24	74	16	nr	31,36	nr
25	nr	14	nr	29	nr
26	82	13	nr	29,32	nr
27	85	29	nr	30,47	bilan post transplantation rénale
28	88	20	nr	32	nr
29	nr	11	nr	20,89	nr
30	nr	18	nr	22,96	présence un aphte de la gencive à évaluer
31	nr	22	nr	18,75	patiente édentée voir pour dentier
32	nr	27	nr	23,31	dent qui bouge, ag bientôt, voir pour l'extraire
33	nr	16	nr	19,92	bilan pré-thérapeutique aux biphosphonates
34	nr	15	nr	28,73	douleurs dentaires pansement mis avant son hospit avec son dentiste
35	nr	18	nr	22,49	douleurs buccales en rapport avec son appareil
36	nr	15	nr	21,23	douleur arcade dentaire inférieure droite, hors contexte septique, sur état bucco dentaire précaire, avec impossibilité prise alimentaire, Pas de cellulite de la face, pas de signes de surinfection
37	11	24	nr	20,76	état bucco dentaire précaire avec dent amovible qui se déchausse sur arcade dentaire inférieure, douloureuse et occasionnant des difficultés à la prise alimentaire
38	nr	20	nr	27,55	se plaint de douleurs dentaires
39	nr	nr	nr	25,94	douleurs buccales depuis quelques jours
40	nr	10	NR	16,82	nouvelle fracture post-chute bilan pré thérapeutique par biphosphonate
41	nr	nr	nr	30,22	douleurs/ recherche foyers infectieux/détartrage
42	nr	nr	nr	31,22	perte spontanée d'une molaire
43	nr	nr	nr	20,89	bilan/ détartrage annuel
44	nr	24	nr	22,68	nr
45	nr	22	nr	27,1	nr
46	72	24	nr	30,82	bilan de chutes à répétition bilan cognitif
47	nr	27	nr	23,28	évaluation gériatrique dans le cadre de la perte de poids
48	nr	20	nr	29,02	évaluation gériatrique dans le cadre de dénutrition
49	96	30	nr	21,08	évaluation gériatrique standardisée
50	nr	25	nr	42,81	évaluation pré transplantation rénale

51	53	23	nr	29,4	évaluation gériatrique standardisée
52	nr	nr	nr	25,05	douleurs dentaires
53	nr	17	nr	30,48	bilan évaluation chez un patient diabétique/perde appareil dentaire/ appareil cassé
54	nr	10	nr	17,07	nr
55	nr	nr	nr	30,19	nr
56	nr	nr	nr	25,5	nr
57	nr	nr	nr	23,14	évaluation gériatrique standardisée
58	nr	nr	nr	25,97	nr
59	nr	18	nr	36,23	évaluation gériatrique standardisée
60	75	28	nr	23,88	soin dans le cadre d'une évaluation pré greffe rénale
61	90	28	nr	31,39	évaluation gériatrique standardisée
62	nr	30	nr	nr	évaluation gériatrique pré transplantation rénale
63	nr	17	nr	21,21	évaluation gériatrique standardisée
64	80	15	nr	23,26	évaluation gériatrique standardisée
65	nr	9	nr	26,7	examen bucco dentaire dans le cadre de la mise en place d'un traitement aux bi phosphonates
66	nr	14	nr	30,11	douleurs dentaires au niveau de la première molaire de l'hemiarcade inf gauche
67	nr	10	nr	21,23	douleurs dentaires qui l'empêchent de s'alimenter/ dent mobile et gênante
68	nr	nr	nr	17,63	réfection appareil/ dentier cassé
69	nr	27	nr	25,95	bilan gériatrique bilan nutritionnel
70	nr	24	nr	23,15	évaluation gériatrique standardisée protocole pré transplantation rénale
71	90	5	nr	24,78	évaluation gériatrique standard dans le cadre d'une démence avec bilan nutritionnel nécessaire
72	nr	17	r	25,42	douleurs dentaires maxillaire gauche/réfection App
73	90	26	nr	36,06	évaluation gériatrique chez un patient avec anorexie état dentaire
74	80	26	nr	27,1	évaluation gériatrique standardisée
75	75	6	nr	20,32	évaluation détartrage / douleurs dentaires
76	nr	27	nr	22,44	nr téléconsultation
77	nr	nr	nr	21,51	patient ayant un appareil dentaire non adapté. Tombe car semble trop grand
78	nr	3	nr	24,81	consultation de suivi/ remplacement de prothèse dentaire
79	nr	20	nr	21,79	problème dentier du bas qui ne tient pas difficulté pour la prise alimentaire
80	nr	10	nr	21,06	patient présentant une mobilité des dents incisives sect. 1 et 2
81	nr	3	nr	15	Douleur bucco dentaire bilan
82	81	29	nr	22,67	bilan gériatrique
83	31	20	nr	22,31	bilan gériatrique
84	nr	28	nr	21,83	bilan pré biphosphonate
85	nr	23	nr	36,99	douleur + possible carie au niveau de la dent 48
86	nr	23	nr	26,66	contrôle post chute (avec dentier)
87	nr	28	nr	31,25	bilan gériatrique

88	75	19	nr	23,78	bilan gériatrique
89	nr	16	nr	15,56	bilan pré biphosphonate + demande pano
90	88	nr	nr	28	consultation de suivi pas de plainte particulière
91	43	nr	nr	21,4	bilan gériatrique standard
92	nr	22	nr	34,57	bilan gériatrique standard
93	nr	15	nr	22,96	état bucco dentaire précaire
94	nr	10	nr	37,19	a récupérer un dentier vérification d'adaptation / suite soins devis signé de prothèse
95	nr	9	nr	19,37	anorexie perte de poids, état bucco dentaire?
96	80	26	nr	27,68	EGS (examen gériatrique standard)
97	nr	23	nr	21,48	révision dentier douleur gingivale
98	nr	nr	nr	nr	Patiente vue en télémédecine soins détartrage + carie /se plaint de douleurs dentaires
99	nr	17	nr	23,82	patiente porteuse d'un appareil dentaire et se serait blessée en le portant hématome dans la bouche côté gauche
100	nr	21	nr	17,42	bilan pré biphosphonate
101	nr	19	nr	nr	bilan dentaire pré biphosphonate
102	nr	nr	nr	24,22	bilan pré biphosphonate (ostéoporose fracturaire)
103	nr	24	nr	35,4	suivi gingivorragie se plaint de douleur
104	nr	nr	nr	nr	appareil dentaire non adapté
105	nr	16	nr	15,56	bilan dentaire pré biphosphonate panoramique dentaire demandé
106	nr	18	nr	26,67	bilan dentaire
107	nr	nr	nr	22,84	bilan gériatrique global
108	80	15	nr	23,26	bilan diabète
109	nr	29	nr	28,84	bilan pré traitement par biphosphonate
110	nr	16	nr	26,84	bilan bucco dentaire pré biphosphonate
111	93	29	nr	30,22	évaluation HDJ
112	nr	12	nr	20,48	examen bucco dentaire avant instauration d'un traitement par injection pour l'ostéoporose
113	nr	14	nr	23,63	patiente présentant plusieurs fractures après chute de sa hauteur--> bilan ostéoporose avant potentiel traitement?
114	nr	25	NR	16,96	bilan pré biphosphonate
115	nr	nr	nr	nr	nr
116	nr	17	nr	25,26	bilan pré biphosphonate
117	82	25	nr	19,81	contrôle
118	81	28	nr	23,32	contrôle pré greffe
119	53	nr	nr	25,31	contrôle
120	nr	22	nr	23,47	contrôle
121	nr	18	nr	24,62	consultation de suivi gingivopathie prothèse à vérifier
122	nr	nr	nr	27,16	prothèse dentaire inferieure cassée
123	nr	21	nr	17,82	bilan gériatrique
124	nr	12	nr	26,23	bilan pré transplantation rénal
125	nr	17	nr	17,04	persistance de débris radiculaire algique avec blessures de la lèvre inferieure. Indication à l'extraction?
126	nr	nr	nr	27,93	dentier non adapté

127	nr	22	nr	21,07	plombage tombé/ molaire douloureuse
128	nr	nr	nr	nr	nr
129	63	25	nr	29,38	réévaluation de la dose de keppra
130	nr	17	nr	23,07	contrôle diabète
131	96	15	nr	33,33	nr
132	nr	11	nr	26,4	chute d'un pivot
133	nr	14	nt	NR	bilan pour prothèses dentaires inadaptées (dénutrition sévère)
134	nr	18	nr	29,05	bilan gériatrique
135	nr	19	nr	25,92	bilan gériatrique bilan nutritionnel
136	nr	29	nr	31,83	bilan systématique dans le cadre d'un bilan pré greffe rénale
137	90	30	nr	18,52	bilan gériatrique pour dépression
138	nr	14	nr	19,29	bilan gériatrique vertiges
139	nr	18	nr	21,71	dentier mal supporté
140	nr	27	nr	nr	masse sous génienne gauche depuis 1 mois non douloureuse mais gênante
141	nr	17	nr	19,69	bilan pré biphosphonate
142	nr	11	nr	26,81	douleurs bucco dentaire
143	nr	12	nr	23,01	évaluation gériatrique dans le cadre de la perte de poids
144	nr	nr	nr	21,45	bilan gériatrique
145	nr	29	nr	29,86	évaluation gériatrique pré transplantation rénale
146	85	28	nr	16,37	bilan gériatrique
147	70	16	nr	28,29	bilan gériatrique
148	nr	24	nr	16,07	bilan pré biphosphonate (ostéoporose)
149	nr	12	nr	18,61	bilan pré biphosphonate
150	nr	nr	nr	25,22	incisive du dentier cassé
151	nr	29	nr	23,61	bilan pré biphosphonate
152	nr	9	nr	26,67	réadaptation des appareils dentaires
153	nr	nr	nr	25,64	nr
154	nr	30	nr	34,78	dentier mandibulaire cassé devis réparation ou remplacement
155	nr	27	nr	14,01	nr
156	nr	nr	nr	15,56	prothèse inadaptée après AVC
157	nr	17	nr	34,52	évaluation pré greffe
158	nr	nr	nr	27	douleurs bucco dentaires
159	nr	nr	nr	22,04	détartrage
160	90	19	nr	25,24	bilan bucco dentaire pas d'appareillage
161	85	21	nr	29,08	bilan gériatrique
162	48	25	nr	29,96	bilan gériatrique
163	95	29	nr	22,31	bilan gériatrique
164	nr	23	nr	23,39	bilan gériatrique
165	93	16	nr	32,74	bilan dentaire
166	92	29	nr	24,77	bilan dentaire
167	nr	nr	nr	27,06	douleurs dentaires
168	nr	29	nr	25,53	bilan pré transplantation rénal
169	nr	10	nr	15,23	dentier non adapté dit être douloureux
170	nr	nr	nr	nr	nr

171	nr	nr	nr	nr	nr
172	nr	15	nr	17,69	état dentaire précaire et dents mobiles
173	nr	29	nr	24,14	appareils non adaptés nécessitant de refixer les attaches
174	nr	16	nr	24,02	crochet de son appareil la gène
175	nr	19	nr	21,91	douleurs buccales
176	69	16	nr	33,17	douleurs bucco dentaire
177	nr	nr	nr	16,02	bilan pré biphosphonate
178	nr	18	nr	22,96	dentier mobile état bucco dentaire mauvais devis prothèse
179	nr	14	nr	18,8	déchaussement dentaire avec haleine fétide
180	nr	17	nr	17,36	douleur dentaire arcade mandibulaire gauche, pas d'abcès visualisé
181	nr	18	nr	17,65	prothèse dentaire non adaptée car amaigrissement
182	nr	29	nr	23,69	Bilan pré biphosphonate
183	nr	10	nr	24,22	bilan odontologique d'entrée
184	70	13	nr	32,89	bilan bucco dentaire gériatrique
185	74	20	nr	28,26	évaluation gériatrique standardisée
186	nr	29	nr	51,94	évaluation gériatrique standardisée
187	nr	19	nr	nr	douleurs buccales et a cessé de s'alimenter depuis 15 jours
188	nr	nr	nr	24,02	mauvais état bucco dentaire déchaussement des dents
189	nr	23	nr	24,02	bilan bucco dentaire gériatrique
190	nr	28	nr	36,62	bilan bucco dentaire gériatrique
191	nr	nr	nr	18,06	demande de rebasage appareil dentaire haut et bas trop grand
192	nr	15	nr	23,16	plus de dents
193	nr	nr	nr	14,13	problème avec appareil dentaire
194	nr	25	nr	32,95	bilan pré greffe
195	nr	13	nr	29,56	réhabilitation prothétique
196	95	14	nr	22,51	évaluation gériatrique standardisée avec dénutrition
197	nr	25	nr	21,29	bilan gériatrique global dénutrition
198	nr	6	nr	30	a perdu une dent probable molaire
199	nr	19	nr	16	bilan dénutrition édentation
200	nr	22	nr	33,11	édentation peu de suivi dentaire
201	nr	23	nr	31,62	nr
202	nr	21	nr	22,68	patient dénutri a cessé de s'alimenter état précaire vit à l'EHPAD
203	nr	nr	nr	21,23	bilan gériatrique perte d'appétit altération de l'état général
204	nr	18	nr	25,15	bilan pré biphosphonate (ostéoporose)
205	nr	12	nr	24,28	bilan gériatrique perte d'appétit altération de l'état général

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

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

Date, Signature

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

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

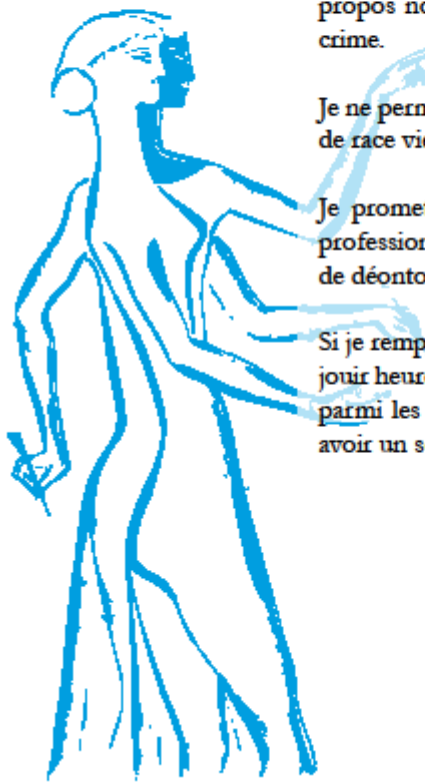
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

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

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

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

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



Discipline : Chirurgie Dentaire – Odontologie gériatrique

Mesure de l'activité odontologique au sein de la filière gériatrique du centre Henri Choussat (CHU de Bordeaux)

Résumé :

Contexte et objectifs : La santé orale est difficile à maintenir sur les personnes âgées dépendantes. La filière gériatrique regroupe des personnes âgées hospitalisées dans des services très différents: médecine gériatrique, SSR, Unités de soins longue durée, unités de géronto-psychiatrie, EHPADS, hôpital de jour. L'objectif de notre étude vise à examiner les besoins en soins dentaires sur des patients âgés hospitalisés dans la filière gériatrique du CHU de Bordeaux. **Matériels et méthodes** : Les données informatisées des patients ayant bénéficiés de consultations en odontologie gériatrique ont été recueillies. Ces données ont été traitées par l'utilisation d'un modèle boîte noire (A. PACAULT 1979) où ne sont retenues que les variables d'entrées (motifs de consultation) et les variables de sorties (soins effectivement réalisés). **Résultats et conclusion** : Les réponses des praticiens du service odontologique concordent avec la demande des praticiens prescripteurs dans les différents services. Il émane tout de même un souci d'identification des pathologies parodontales au sein des services gériatriques. Ces pathologies sont principalement dues au manque d'hygiène des personnes âgées dépendantes. Ceci montre des lacunes en terme de prise en charge du personnel soignant. De plus, on a pu observer que la plupart du temps les prothèses sont réparées et non refaites en intégralité. Ceci s'explique par un temps d'intervention trop court, une prise en charge trop tardive ou même un MMSE devenu trop bas pour les soins à réaliser.

Mots-clés : Filière gériatrique, Gérontologie clinique, Odontologie gériatrique, Hôpital, Recherche gériatrique orale

Measurement of the odontological activity within the geriatric sector of the Henri Choussat center (University Hospital of Bordeaux)

Summary :

Background and objectives : Oral health is difficult to maintain in the dependent elderly. The geriatric sector brings together elderly people hospitalized in very different services: geriatric medicine, follow-up care and rehabilitation unit, long-term care units, gerontological-psychiatry units, care homes, day hospital. The objective of our study is to examine the dental care needs of elderly patients hospitalized in the geriatric sector of the Bordeaux University Hospital. **Material and methods** : The computerized data of the patients having benefited from consultations in geriatric dentistry were collected. These data were processed using a black box model (A. PACAULT 1979) in which only input variables (reasons for consultation) and output variables (care actually provided) are retained. **Results and conclusion** : The responses from dentists in the dental service match with the demand from prescribing doctors in the different services. Nevertheless, there is a concern for identifying periodontal pathologies within geriatric services. These pathologies are mainly due to the poor hygiene of dependent elderly people. This shows shortcomings in terms of care for nursing staff. In addition, it has been observed that most of the time the prostheses are repaired and not completely redone. This is explained by a short period of time for the intervention, a late treatment or even an MMSE that has become too low for the care to be performed.

Key-words : Geriatric sector, Clinical gerontology, geriatric odontology, Hospital, Geriatric oral research

U.F.R D'odontologie - Carreire
146 Rue Léo Saignat 33076 Bordeaux