



HAL
open science

Importance de la présence de critères d'identification sur les prothèses dentaires amovibles chez la personne âgée dépendante institutionnalisée

Hervé Ducasse

► To cite this version:

Hervé Ducasse. Importance de la présence de critères d'identification sur les prothèses dentaires amovibles chez la personne âgée dépendante institutionnalisée. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03646973

HAL Id: dumas-03646973

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03646973>

Submitted on 20 Apr 2022

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.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2022

Thèse n°30

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par DUCASSE Hervé

Né(e) le 18/08/1995 à Marmande

Le 14 avril 2022

**Importance de la présence de critères d'identification sur
les prothèses dentaires amovibles chez la personne âgée
dépendante institutionnalisée**

Sous la direction de : Alain BERARD

Membres du jury :

Mme DUPUIS Véronique
M. BERARD Alain
M. GILLET Dominique
Mme BADET Marie-Cécile

Président
Directeur
Rapporteur
Assesseur

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
31/01/22

Président M. LEWIS Dean
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 | 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. | François | ROUZÉ L'ALZIT | Prothèse dentaire | 58-01 |
| M | Pierre-Hadrien | DECAUP | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Karine | LEVET | CDD LRU Santé publique | 56-02 |

ASSISTANTS

| | | | | |
|-----|---------------|-----------------------|--|-------|
| M. | William | AUMAILLEY | Prothèse dentaire | 58-01 |
| M. | Bastien | BERCAULT | Chirurgie Orale | 57-01 |
| M. | Baptiste | BERGES | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Virginie | CHUY | Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale | 56-02 |
| Mme | Diane | DELADRIERE | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |
| M | Quentin | DESPERIEZ | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Laura | DONNET | Biologie Orale | 57-01 |
| Mme | Julia | ESTIVALS | Odontologie pédiatrique | 56-01 |
| Mme | Laurie | FUCHS | Odontologie pédiatrique | 56-01 |
| M. | Paul | GIRARDEAU | Sciences anatomiques et physiologiques | 58-01 |
| 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 |
| 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 |
| M, | Xavier | LAGARDE | Chirurgie Orale | 57-01 |
| Mme | Mathilde | LEVRIER | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Léa | MASSE | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Chiara | PASCALI | Prothèse dentaire | 58-01 |
| Mme | Rawen | SMIRANI | Parodontologie | 57-01 |
| Mme | Florianne | VILLAT | Dentisterie restauratrice et endodontie | 58-01 |
| M. | Clément | VACHEY | Odontologie conservatrice – Endodontie | 58-01 |

REMERCIEMENTS

A notre Président de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section Prothèse 58-02 – Ancien responsable de l'UG Odontologie gériatrique

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse. Je demeure reconnaissant pour la qualité de votre enseignement durant nos années universitaires. Recevez dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Alain BERARD

Praticien Hospitalier

Je tenais sincèrement à vous remercier pour votre disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail. Merci pour votre aide, vos conseils bienveillants, votre implication durant la réalisation de cette thèse et au cours de mes vacances à Xavier Arnozan. Un grand merci d'avoir accepté de réaliser cette étude à mes côtés. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance.

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Dominique GILLET

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Odontologie Conservatrice – Endodontie 58-01

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté d'être le rapporteur de notre thèse. Merci pour le temps que vous avez consacré à la relecture de ce travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A notre Assesseur

Madame le Docteur Marie-Cécile BADET

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Biologie Orale 57-01

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse. Je vous adresse mes remerciements les plus sincères et ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À mes parents,

Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir poussé pour en arriver là. Votre amour, votre soutien, sont inestimables. Je réalise maintenant tout ce que vous avez pu faire pour moi, toutes ces valeurs si difficiles à m'inculquer pour enfin devenir la personne que je suis aujourd'hui. Pour tout ça, je ne vous remercierai jamais assez, je vous aime.

À ma sœur,

Merci pour ton soutien et pour tous ces bons moments passés ensemble. Je suis si fier de toi.

À ma grand-mère,

Merci pour tout ce que tu fais pour moi, des bons petits plats à m'apprendre les tables de multiplications quand j'étais petit (que je ne connais toujours pas). Tu es un exemple pour moi. Je t'aime fort.

À mes amis de la promo,

Titouan, Gabriel, Etienne, Rémi, Philippine, Chloé et Anaïs, merci pour tous ces bons souvenirs qui resteront à jamais gravé dans ma mémoire.

À mes amis de Castel,

Arthur, Arnaud, Emilien, Clément, Paul, merci d'avoir rendu ces années mémorables. Sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui.

À mes amies,

Léa et Margaux, merci pour votre soutien depuis le collège et le lycée j'ai passé de merveilleux moments avec vous.

À Thomas,

Merci pour tout le courage et l'entraide que tu m'as apportés, des devoirs maisons pompés au lycée à nos deux difficiles Paces. Je te donne toute ma force pour la fin de tes études d'ophtalmo option podo.

À Aurélie,

Merci pour la force que tu me procures chaque jour passé à tes cotés. Tu es l'étoile qui me donne le bon chemin, celle qui me donne le sourire et celle qui me donne envie toujours d'avancer. Je t'aime.

INDEX DES FIGURES

| | |
|--|----|
| FIGURE 1: FICHE DE RECUEIL DE DONNEES..... | 15 |
| FIGURE 2 : MARQUAGE DE LA PROTHESE AVEC UNE FRAISE A RESINE, D'APRES RICHMOND R. (10) | 18 |
| FIGURE 3 : MARQUAGE AVEC UN STYLO, D'APRES RICHMOND R. (10)..... | 19 |
| FIGURE 4 : INCLUSION D'UNE BANDE METALLIQUE, D'APRES RICHMOND R. (10) | 19 |
| FIGURE 5: INCLUSION D'UN FILM TRANSPARENT, D'APRES RICHMOND R. (10) | 20 |
| FIGURE 6: INCLUSION D'UN QR CODE, D'APRES THOMAS J. (11)..... | 20 |
| FIGURE 7 : TYPE DE PROTHESES ANALYSEES | 27 |
| FIGURE 8 : LIEUX DE REALISATION DES PROTHESES ANALYSEES..... | 28 |
| FIGURE 9 : SECTEURS DE REALISATION DES PROTHESES ANALYSEES | 28 |
| FIGURE 10 : TAUX DE PROTHESES MARQUEES | 29 |
| FIGURE 11 : REPARTITION DE L'EFFECTIF DE L'ETUDE | 30 |
| FIGURE 12 : REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION DANS L'EFFECTIF GENERAL | 31 |
| FIGURE 13 : REPARTITION DU TAUX DE PERTE DE PROTHESE..... | 32 |
| FIGURE 14 : REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION PROTHETIQUE CHEZ LES PATIENTS INSTITUTIONNALISES..... | 33 |
| FIGURE 15 : REPARTITION DES MOTIFS DE CONSULTATION PROTHETIQUE CHEZ LES PATIENTS NON INSTITUTIONNALISES..... | 34 |
| FIGURE 16 : EXEMPLE DE PROTHESE NON CONFORME A LA PHOTOCOPIE D'APRES SAPORTA S. (19) | 37 |
| FIGURE 17 : EXEMPLE DE PROTHESE CONFORME A LA PHOTOCOPIE D'APRES SAPORTA S. (19)..... | 37 |
| FIGURE 18 : LISTE DES ETATS QUI REQUIERT LE MARQUAGE DES PROTHESES, D'APRES COLLINS D (25)..... | 40 |

INDEX DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| TABLEAU 1 : TAUX DE PERTE DANS CHAQUE ECHANTILLON..... | 23 |
| TABLEAU 2 : REPARTITION DES PROTHESES ANALYSEES | 26 |
| TABLEAU 3 : LIEUX DE REALISATION DES PROTHESES ANALYSEES | 27 |
| TABLEAU 4 : SECTEURS DE REALISATION DES PROTHESES ANALYSEES..... | 28 |
| TABLEAU 5 : EFFECTIFS DE L'ETUDE..... | 29 |
| TABLEAU 6 : MOTIFS DE CONSULTATION..... | 30 |
| TABLEAU 7 : TAUX DE PERTE DE PROTHESE | 31 |
| TABLEAU 8 : MOTIFS DE CONSULTATION CHEZ LE PATIENT INSTITUTIONNALISE | 32 |
| TABLEAU 9 : MOTIFS DE CONSULTATION CHEZ LE PATIENT NON INSTITUTIONNALISE..... | 33 |

INDEX DES ANNEXES

| | |
|--|----|
| ANNEXE 1 : TABLEAU DE DONNEES (ETUDE GERIATRIE DU CENTRE HENRI CHOUSSAT)..... | 48 |
| ANNEXE 2 : EXEMPLE DE MAIL REÇU AU SECRETARIAT DE XAVIER ARNOZAN CONCERNANT LA PERTE DE PROTHESES DENTAIRES EN EHPAD..... | 49 |
| ANNEXE 3 : EXEMPLE DE MARQUAGE DE MATERIOVIGILANCE « NISIL », D'APRES STABLO L..... | 50 |
| ANNEXE 4: TABLEAU DE DONNEES 1 DE L'ETUDE DU SERVICE ODONTOLOGIE DE XAVIER ARNOZAN | 51 |
| ANNEXE 5: TABLEAU DE DONNEES 2 DE L'ETUDE DU SERVICE ODONTOLOGIE DE XAVIER ARNOZAN | 52 |

TABLES DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| 1. Introduction | 12 |
| 2. Matériel et méthodes | 13 |
| 2.1. Type d'étude | 13 |
| 2.2. Matériel..... | 13 |
| 2.2.1. Échantillon | 13 |
| 2.2.2. Les logiciels | 16 |
| 2.2.3. Le carnet de rendez-vous | 16 |
| 2.3. Méthodes | 16 |
| 2.3.1. Identification d'une problématique | 16 |
| 2.3.2. Élaboration de la fiche de critères..... | 17 |
| 2.3.3. Essai filière gériatrique | 22 |
| 2.3.4. Déroulement de l'étude à Xavier Arnozan | 23 |
| 2.3.5. Traitement des données..... | 25 |
| 3. Résultats | 26 |
| 3.1. Le marquage des prothèses | 26 |
| 3.2. La perte des prothèses..... | 29 |
| 4. Discussion | 34 |
| 4.1. Synthèse des principaux résultats | 34 |
| 4.2. Limites de l'étude..... | 35 |
| 4.3. Mise en relation des résultats..... | 36 |
| 4.3.1. Marquage des prothèses | 36 |
| 4.3.2. Perte des prothèses..... | 41 |
| 5. Conclusion | 44 |
| BIBLIOGRAPHIE | 45 |
| ANNEXES | 48 |

1. Introduction

De nos jours, l'espérance de vie en France ne cesse d'augmenter. Ceci entraîne un vieillissement de la population (1). En effet, il y aurait deux fois plus de personnes de plus de 75 ans en 2070 par rapport à 2013 selon l'INSEE (2).

Au fur et à mesure de l'avancée dans l'âge, les problèmes de perte d'autonomie sont de plus en plus fréquents. On remarque une augmentation de personnes percevant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et cela notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (3).

Au niveau de la santé bucco-dentaire, en moyenne on peut compter 17 dents résiduelles sur une population de personnes âgées (entre 75 et 95 ans) examinée à l'hôpital de jour du CHU de Bordeaux, d'après BERARD A. et al (4). La plupart des édentations des sujets âgés sont compensées par des prothèses amovibles partielles ou totales. La perte d'une prothèse dentaire amovible chez une personne âgée dépendante est une situation préjudiciable pour le patient qui se traduit souvent par un changement de texture alimentaire et l'apparition de troubles de la déglutition (5–7). De plus, il est souvent impossible de réaliser de nouvelles prothèses chez ces patients âgés dépendants (8).

Le marquage des prothèses dentaires est-il une pratique courante ? Les critères d'identification sont-ils utilisés pour éviter la perte des appareils dentaires chez la personne âgée dépendante ? La perte des prothèses dentaires est-elle un phénomène fréquent dans la population âgée institutionnalisée par rapport à la population non institutionnalisée ?

Le but de notre étude est de mesurer sur ces patients l'importance de la perte des prothèses dentaires amovibles, ainsi que la présence ou non de critères d'identification.

A l'heure actuelle, il semblerait que peu d'études se soient intéressées à ce sujet.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale avec une démarche heuristique (GOLD HJ 1977) (9). Cette dernière a été réalisée de juin à décembre 2021 au sein du service de médecine bucco-dentaire de Xavier Arnozan à Pessac.

2.2. Matériel

2.2.1. Échantillon

Les patients recrutés appartiennent à 2 structures différentes :

- 45 patients sont issus de la filière gériatrique du centre Henri Choussat (hôpital Xavier-Arnozan).
- 159 patients ont consulté en externe au sein du service de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Xavier-Arnozan.

Dans le service odontologique de Xavier Arnozan, une trentaine d'étudiants répartis en binômes occupent 18 équipements dentaires. Ils effectuent des soins en fonction des patients présents.

Le service de médecine bucco-dentaire de Xavier Arnozan a été choisi pour l'étude, du fait de sa taille et de son nombre de patients journalier (il permet de voir une soixantaine de patients par jour avant inclusion dans l'étude). La proportion de sa patientèle possédant des prothèses amovibles est aussi potentiellement plus importante par rapport aux autres services (à l'hôpital Pellegrin et à l'hôpital Saint André). De plus, le service de Xavier-Arnozan possède une vacation d'odontologie gériatrique le lundi, encadrée par le Pr Véronique Dupuis. Cette vacation permet la prise en charge d'un nombre important de patients âgés dépendants institutionnalisés. Au cours de cette vacation, de nombreux patients institutionnalisés se retrouvent dans le service de Xavier Arnozan du fait de la facilité d'accès aux ambulances (établissement en rez-de-chaussée, parking accessible et gratuit).

Le nombre de patients examiné est de $n = 159$ avec un nombre de prothèses analysées $n_{\text{prothèses}} = 210$.

Le groupe de patients étudiés au sein du service de médecine bucco-dentaire a été divisé en deux sous échantillons distincts :

- Les patients institutionnalisés ($n_1 = 39$)
- Les patients non institutionnalisés ($n_2 = 120$).

L'âge moyen des personnes âgées est de $M_{\text{age}} = 72$ ans

L'échantillon est composé de 50% de femmes et 50% d'hommes.

Un questionnaire (*figure 1*) a été réalisé pour le recueil des données et sa rédaction sera détaillée dans la partie « Méthodes ».

FICHE CRITERE IDENTIFICATION PROTHESE DENTAIRE

Date :.....

Lieu du recueil de données :

Numéro NIP identification :

Numéro NDA :

Age :

Sexe : Homme Femme

Type de prothèses Maxillaire :

Mandibulaire :

Lieu de réalisation des prothèses :

Maxillaire :

Mandibulaire :

Personne institutionnalisée : oui non

Nom de l'institution :

Moyens d'indentification : oui non

Type de marquage :

Matéiovigilance : oui non

Connaissance du marquage par le patient : oui non

Demande de sa part : oui non

Motif de la consultation :

- Nouvelle prothèse
- Ancienne prothèse inadaptée
- Fracture non réparable de la prothèse
- Perte de la prothèse
- Réparation prothèse
- Rebasage prothèse
- Autre

Figure 1: Fiche de recueil de données

2.2.2. Les logiciels

Nous avons utilisé les logiciels hospitaliers choisis par le CHU de Bordeaux : *Dxcare* et *DxPlanning*.

Dxcare regroupe les dossiers informatisés avec toutes les informations administratives et médicales du patient lors de sa prise en charge au sein du CHU de Bordeaux.

DxPlanning permet quant à lui un partage des données liées aux rendez-vous entre les différents acteurs du CHU, afin de faciliter l'organisation des unités de soins et des plateaux techniques. Il est totalement intégré à *DxCare*, avec la possibilité de prescription connectée. Ainsi, 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* a été aussi utilisé afin d'organiser nos données recueillies à l'aide de notre fiche. Il nous a servi également à présenter nos résultats sous forme de graphiques.

2.2.3. Le carnet de rendez-vous

Afin de recueillir les données sur notre échantillon de la filière gériatrique du centre Henri Choussat, le carnet de rendez-vous du service dentaire a été utilisé afin d'accéder aux dossier *DxCare* des patients ayant consultés sur l'année 2020.

2.3. Méthodes

2.3.1. Identification d'une problématique

Nous avons été marqués au cours de nos vacances d'odontologie gériatrique au sein du centre Henri Choussat par la récurrence du motif de consultation suivant chez les patients institutionnalisés : la perte de prothèse dentaire.

Voici quelques exemples extraits des dossiers patients du service (commentaires cliniques du Dr Alain Bérard) :

- 07/01/2021

« Les prothèses sont perdues, a priori impossible de les retrouver à l'EHPAD ce matin. Devis pour réfection prothèses totales haut et bas. »

- 20/07/2021

« Monsieur X Paul nous dit que sa prothèse mandibulaire aurait été égarée à l'EHPAD de Y. Pourriez-vous faire une déclaration de perte afin que nous puissions réaliser une nouvelle prothèse sans frais pour le patient ? Pour information au cas où vous auriez plusieurs résidents ayant le même nom, monsieur X nous a apporté des modèles en plâtre au nom de X mais manifestement ces modèles ne sont pas ceux du patient, je les tiens éventuellement à votre disposition. »

Cela nous a donné l'idée de mesurer l'importance de ce phénomène de perte de prothèses dentaires et des éventuelles solutions à apporter.

2.3.2. Élaboration de la fiche de critères

Afin de collecter les informations nécessaires à notre étude, nous avons créé une fiche de recueil de données. Dans le but d'anonymiser les informations, nous avons utilisé le NDA (Numéro D'Admission) et le NIP (Numéro Identifiant Permanent) de chaque patient pour identifier chaque fiche et éviter les doublons. Le sexe et l'âge ont été notés pour chaque patient examiné.

Nous avons relevé comme données :

- **Le type de prothèse**, en distinguant « prothèse maxillaire » et « prothèse mandibulaire ». Nous avons pensé qu'il y aurait plus de marquage sur les PAC maxillaires du fait de la surface de résine plus importante. Cette donnée devrait permettre de comparer le taux de marquage entre les différents types de prothèses.

- **Le type de structure et lieu de la réalisation des prothèses** : afin de comparer les provenances des prothèses et analyser également les prothèses réalisées en secteur libéral et dans d'autres départements.

- Le degré de dépendance : patient institutionnalisé ou non

Cela dans le but de pouvoir comparer les deux groupes sur les critères d'identification et sur le taux de perte de prothèses. En effet, nous supposons que le risque de perte de prothèse est plus élevé chez la personne institutionnalisée et que de ce fait, les critères d'identification seraient plus présents sur les prothèses de cette population.

- Les moyens d'identification

Nous avons distingué 2 types de marquage : les marquages d'identification proprement dit et les marquages de matériovigilance qui peuvent être considérés comme des moyens d'identification indirects.

Des critères d'identification des prothèses dentaires amovibles existent avec différents moyens de marquage :

- Marquage de surface : marquage de la prothèse dans la résine (*figure 2*) ou marquage avec un stylo (*figure 3*), application d'un vernis protecteur contenant de la résine acrylique puis polissage.



Figure 2 : Marquage de la prothèse avec une fraise à résine, d'après Richmond R. (10)



Figure 3 : Marquage avec un stylo, d'après Richmond R. (10)

- Méthode par inclusion : mise en place dans la base prothétique d'une bande métallique (figure 4), d'une bande de papier (figure 5), une barre de polyméthacrylate de méthyle, une puce électronique, un tag RFID (identification par radiofréquence), une lentille imprimée, un code-barres en faïence ou bien plus récemment un QR code.

Ces méthodes sont plus ou moins faciles à mettre en place et génèrent des coûts de réalisation différents (10,11).



Figure 4 : inclusion d'une bande métallique, d'après Richmond R. (10)

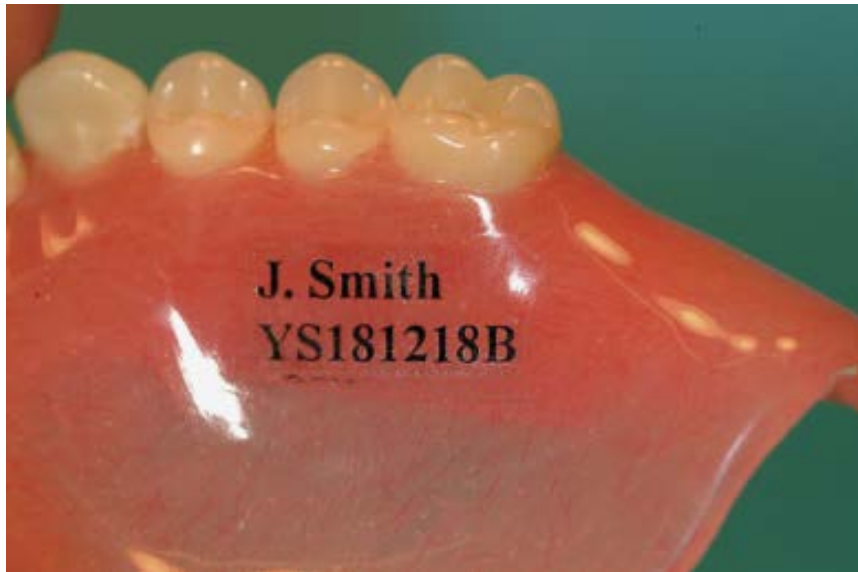


Figure 5: Inclusion d'un film transparent, d'après Richmond R. (10)



Figure 6: inclusion d'un QR code, d'après Thomas J. (11)

Les différentes méthodes de marquage ont été préalablement étudiées par l'expérimentateur afin de pouvoir les reconnaître et les classer lors de l'analyse des prothèses.

- **Matérovigilance** : il existe des marquages de matériovigilance qui permettent plutôt une identification de l'alliage utilisé pour réaliser la prothèse métallique qu'une identification du porteur. Mais ceci reste un critère d'identification pouvant permettre de distinguer facilement deux prothèses.

- **Connaissance par le patient** : notion de consentement éclairé de la réalisation du marquage de la prothèse.

- **Demande de sa part** : est-ce-que le marquage a été réalisé sur la demande du patient ou par recommandation de son chirurgien-dentiste.

- **Motif de consultation** : nous cherchons à mettre en évidence le taux de perte de prothèses par rapport aux autres motifs de consultation dans chaque population (institutionnalisée et non institutionnalisée) se présentant au centre de soins. Nous avons conservé dans notre étude les motifs de consultation les plus fréquents en prothèse amovible.

Nous avons retenu les critères d'étude suivants : nouvelle prothèse, anciennes prothèses inadaptées, réparation de la prothèse, perte de la prothèse, rebasage de la prothèse, fracture non réparable).

- **Présence d'une ou plusieurs prothèses dentaires amovibles** : prothèse amovible partielle métal (PAPM), prothèse amovible partielle résine (PAPR), prothèse amovible complète (PAC).

La fiche de recueil de données a été complétée par le même expérimentateur à l'aide des informations des intervenants, des patients et du dossier informatisé.

2.3.3. Essai filière gériatrique

Dans notre étude, nous avons prévu de mesurer l'importance de la perte des prothèses dentaires et la présence de critères d'identification à la fois sur les personnes âgées dépendantes présentes au centre Henri Choussat (puisque c'est ce service qui nous a donné l'idée du sujet de l'étude) et celles qui sont venues consulter en externe dans le service de médecine bucco-dentaire.

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 dans les EHPAD rattachés CHU de Bordeaux.

Le service dentaire présente un seul fauteuil avec deux opérateurs travaillant sur 3 jours par semaine.

Nous avons alors réalisé une étude à travers *DxCare* à l'aide du carnet de rendez-vous du service odontologique. Nous avons inclus les patients présentant des prothèses dentaires amovibles et des patients ayant perdu leurs prothèses. Les critères mesurés, après analyse du dossier *DxCare* étaient le motif de consultation, la présence de prothèse amovible dentaire, la situation du patient (institutionnalisée ou non).

Les premiers résultats obtenus (*annexe 1*) nous ont amenés à abandonner l'étude sur le centre Henri Choussat pour les raisons suivantes :

- Difficulté de retrouver les patients à partir du carnet de rendez-vous papier : orthographe parfois inexacte.
- Faible échantillon : un seul équipement dentaire, avec 3 jours de travail par semaine.
- Population hétérogène, venant de services différents.
- Faible part de motif de consultation prothétique : 4% de motif prothétique et seulement réalisation de 2% de prothèses (12).

- Difficulté d'établir le motif de consultation à cause de dossiers incomplets.
- Les personnes âgées hospitalisées au centre Henri Choussat ne sont pas comparables aux personnes âgées consultant en externe au service d'odontologie.
- Travail indirect sur DxCare ne permettant pas d'examiner les prothèses.
- Impossibilité d'assister le praticien opérateur pendant 1 an.
- Impossibilité d'associer les résultats obtenus avec l'étude de Xavier Arnozan, du fait d'un nombre de dossiers exploitables beaucoup trop faible au centre Henri-Choussat et de l'aspect rétrospectif de cette étude.

Nous avons tout de même présenté cette étude dans un but méthodologique car cette dernière nous a permis une élaboration plus précise du protocole pour notre étude principale à Xavier Arnozan.

Pour mémoire, nous avons trouvé 2 cas de perte de prothèses sur un échantillon de 16 patients institutionnalisés, mais aucune chez les 29 patients non institutionnalisés. Soit un taux de 13% de perte chez les patients institutionnalisés et 0% pour les patients non institutionnalisés.

Tableau 1 : Taux de perte dans chaque échantillon

| TAUX DE PERTE | |
|-------------------------------|-----|
| Patient institutionnalisé | 13% |
| Patient non institutionnalisé | 0% |

Nous avons donc décidé de ne pas tenir compte de cette étude pour exploiter nos résultats (nombreux biais, effectif trop faible).

2.3.4. Déroulement de l'étude à Xavier Arnozan

Le recrutement des patients a été réalisé par passage dans chaque cabinet du service de médecine bucco-dentaire de Xavier Arnozan par le même expérimentateur. Ceci après avoir consulté DxPlanning, afin de ne pas voir le même patient à deux reprises. L'étude a été réalisée tous les jours ouvrables de la semaine sauf le mercredi qui est la journée consacrée aux soins des enfants.

Avant d'inclure le patient dans l'étude, le motif de consultation (prothétique) ou la présence de prothèses dentaires amovibles (critères d'inclusion) sont vérifiés préalablement auprès de l'étudiant chargé de la réalisation des soins, ainsi que du patient. Après avoir recueilli le consentement éclairé du patient pour la participation à l'étude, l'expérimentateur débute la prise de données à l'aide de la fiche.

Le dossier informatique *DxCare* du patient est ouvert dans le cabinet et est consultable par l'expérimentateur.

Afin d'anonymiser la fiche de données nous notons pour chaque patient les numéros NDA et NIP, propres au logiciel *DxCare*. L'âge (d'après le dossier *DxCare*) et le sexe sont aussi pris en compte. Nous relevons également le lieu de résidence du patient, à son domicile ou bien en institution. Cela est réalisé après demande auprès du patient (si son état le permet), sinon après consultation de la documentation présente avec les patients institutionnalisés. Le nom de l'institution est noté.

Il existe deux types d'établissements médicalisés pour les personnes âgées : les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes) et les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) (13). « Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ces personnes nécessitent une aide plus ou moins importante d'un tiers dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales. Des personnes de moins de 60 ans peuvent être admises en EHPAD sur dérogation » (14). « Les USLD sont des structures d'hébergement et de soins qui accueillent majoritairement des personnes âgées de plus de 60 ans. Elles sont généralement adossées à un établissement hospitalier. Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD » (15).

Le motif de la consultation est aussi demandé à l'étudiant en charge :

- Ancienne prothèse inadaptée
- Nouvelle prothèse
- Réparation de la prothèse
- Perte de la prothèse
- Rebasage de la prothèse

- Fracture non réparable
- Bilan
- Autre

Si le patient possède des prothèses amovibles, l'analyse des prothèses est réalisée hors de la cavité buccale du patient, afin de déterminer la présence de marquage ou non (critères d'identification ou matériovigilance). L'analyse est réalisée par le même expérimentateur et selon le même protocole. Le type de prothèse dentaire amovible est déterminé (PAPM, PAC, PAPR).

Nous avons également demandé aux patients le secteur (hospitalier ou libéral) et le lieu (département) de réalisation de la prothèse. Parfois ces informations rétrospectives étaient difficiles à établir, en particulier auprès des patients âgés institutionnalisés.

Aussi, si la prothèse analysée est marquée, le patient est questionné :

- Connaissance du marquage par le patient ?
- Demande de sa part ?

2.3.5. Traitement des données

À l'aide de la fiche, les données sont classées dans un tableau *Excel*, toujours par le même expérimentateur.

Un numéro est attribué à chaque fiche (symbolisant un patient de l'échantillon). Celui-ci est reporté dans le tableau *Excel*.

Enfin les variables étudiées sont entrées dans le tableau afin de les traiter :

- Numéro patient
- Date de la consultation
- Lieu de la consultation
- Sexe : H/F (Homme, femme)
- Age
- Patient Institutionnalisé : Oui/Non
- Type de prothèse maxillaire : PAC/PAPR/PAPM/ x (= absence de prothèse maxillaire)

- Type de prothèse mandibulaire : PAC/PAPR/PAPM/ x (= absence de prothèse mandibulaire)
- Marquage : oui/non (présence ou non d'un marquage lors de l'analyse des prothèses)
- Matériorigilance : oui/non (présence ou non d'un marquage de matériorigilance lors de l'analyse des prothèses)
- Motif de la visite
- Nombre de prothèses analysées (par patient) : 0/1/2
- Lieu de réalisation de la prothèse maxillaire : département / x
- Lieu de réalisation de la prothèse mandibulaire : département / x
- Réalisation de la prothèse maxillaire en secteur hospitalier : oui/non
- Réalisation de la prothèse mandibulaire en secteur hospitalier : oui/non

Lors de cette étude nous souhaitons mesurer essentiellement deux points :

- Le taux de perte de prothèses
- Le taux de prothèses marquées

3. Résultats

3.1. Le marquage des prothèses

Lors de notre étude, 210 prothèses ont été analysées à la recherche de potentiels marquages d'identification ou de matériorigilance. 162 prothèses appartenaient à des patients non institutionnalisés et 48 prothèses, à des patients institutionnalisés.

Les types de prothèses analysées (PAPM, PAC, PAPR) (*tableau 2 et figure 7*) :

Tableau 2 : Répartition des prothèses analysées

| TYPES DE PROTHESES | |
|--------------------|------------|
| PAPM | 84 |
| PAPR | 56 |
| PAC | 70 |
| TOTAL | 210 |

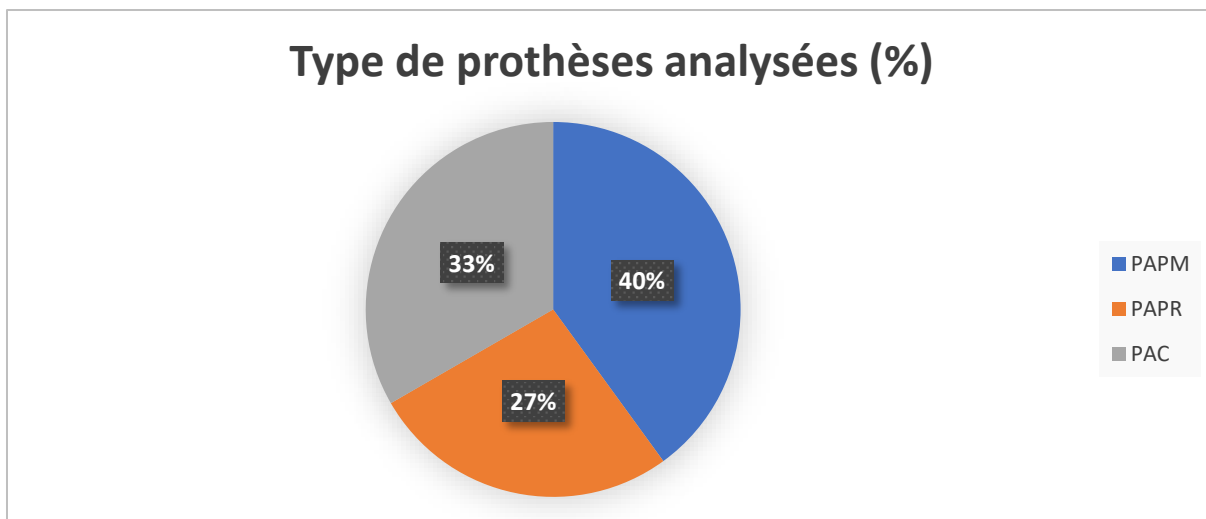


Figure 7 : Type de prothèses analysées

La répartition géographique concernant la réalisation des prothèses analysées est décrite dans le *tableau 3* et la *figure 8* :

Tableau 3 : Lieux de réalisation des prothèses analysées

| DEPARTEMENTS DE REALISATION | |
|-----------------------------|-----|
| Gironde | 119 |
| Paris | 3 |
| Val de Marne | 2 |
| Dordogne | 2 |
| Corrèze | 2 |

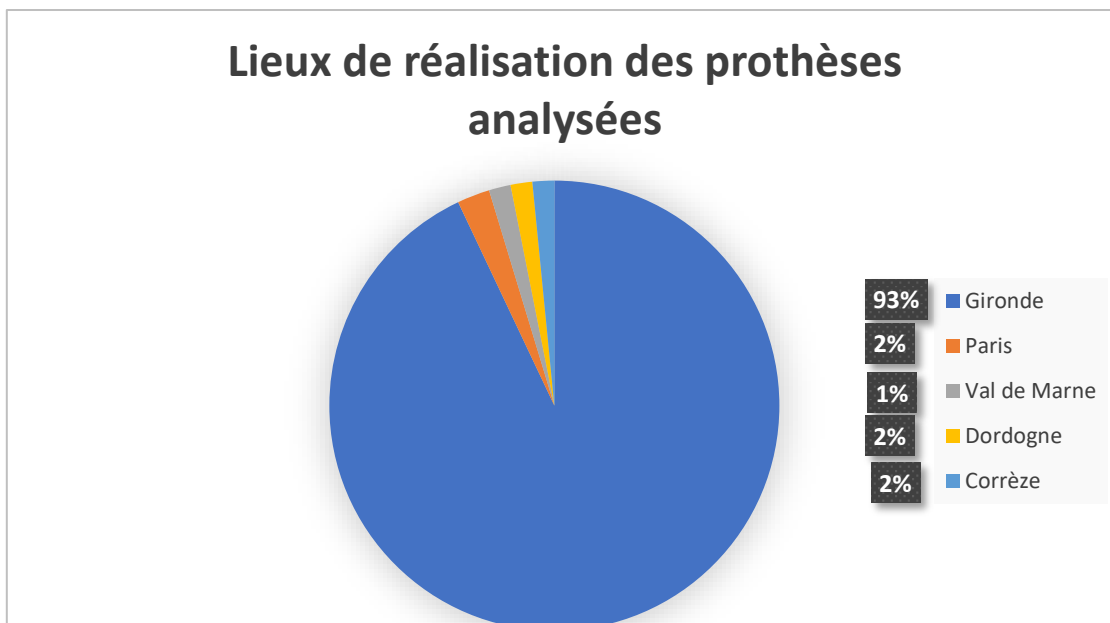


Figure 8 : Lieux de réalisation des prothèses analysées

La répartition des secteurs de réalisation des prothèses analysées (tableau 4 et figure 9) :

Tableau 4 : Secteurs de réalisation des prothèses analysées

| | |
|---------------------|----|
| Secteur hospitalier | 83 |
| Secteur libéral | 47 |

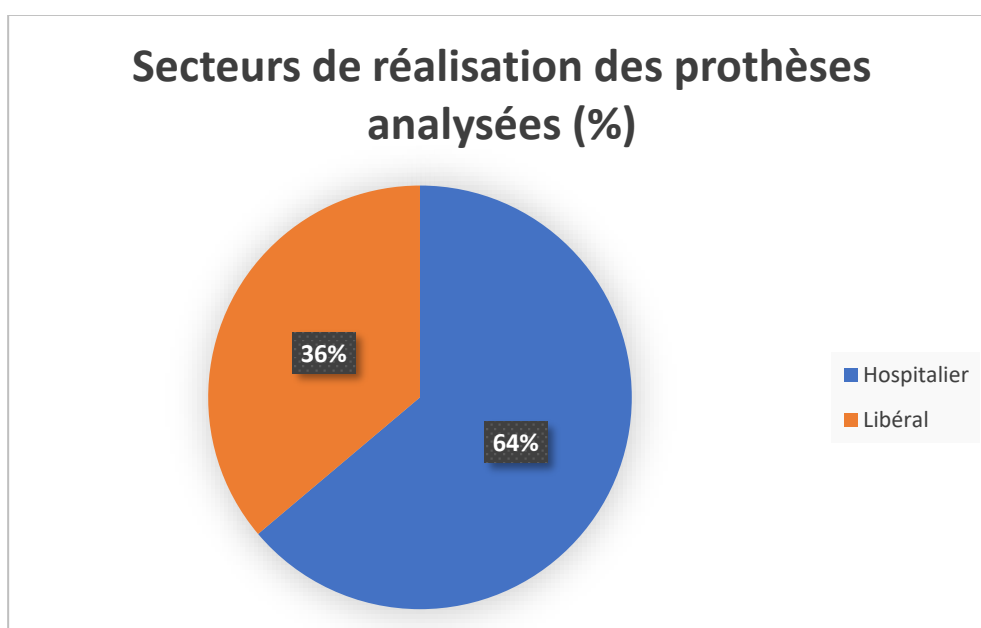


Figure 9 : Secteurs de réalisation des prothèses analysées

Le taux de prothèses marquées (*figure 10*) :

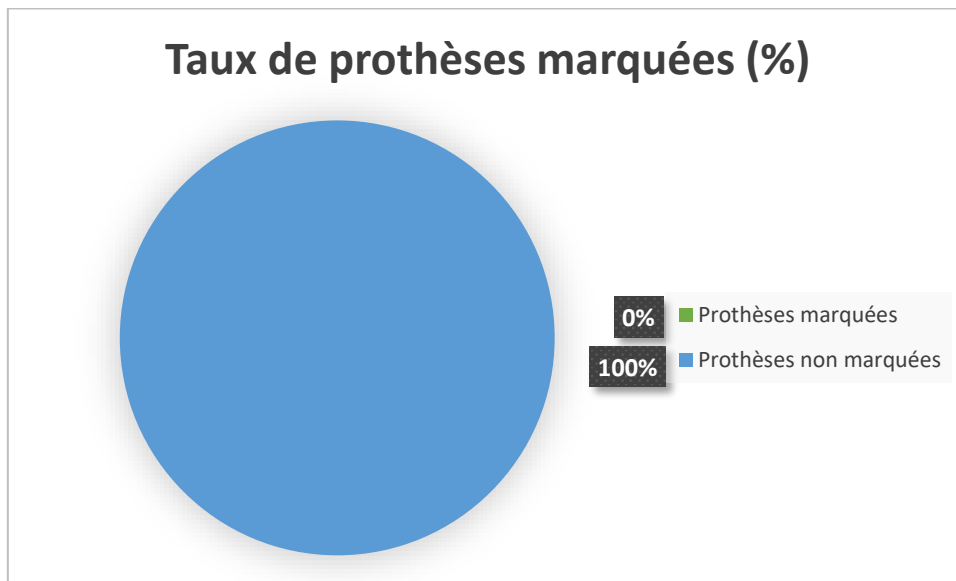


Figure 10 : Taux de prothèses marquées

Au terme de l'étude, sur 210 prothèses analysées, aucune prothèse n'a révélé de marquage.

3.2. La perte des prothèses

Notre effectif est composé de 39 personnes institutionnalisées et 120 personnes non institutionnalisés (*tableau 5 et figure 11*).

Tableau 5 : Effectifs de l'étude

| EFFECTIFS | |
|---------------------------------|------------|
| Patients institutionnalisés | 39 |
| Patients non institutionnalisés | 120 |
| TOTAL | 159 |

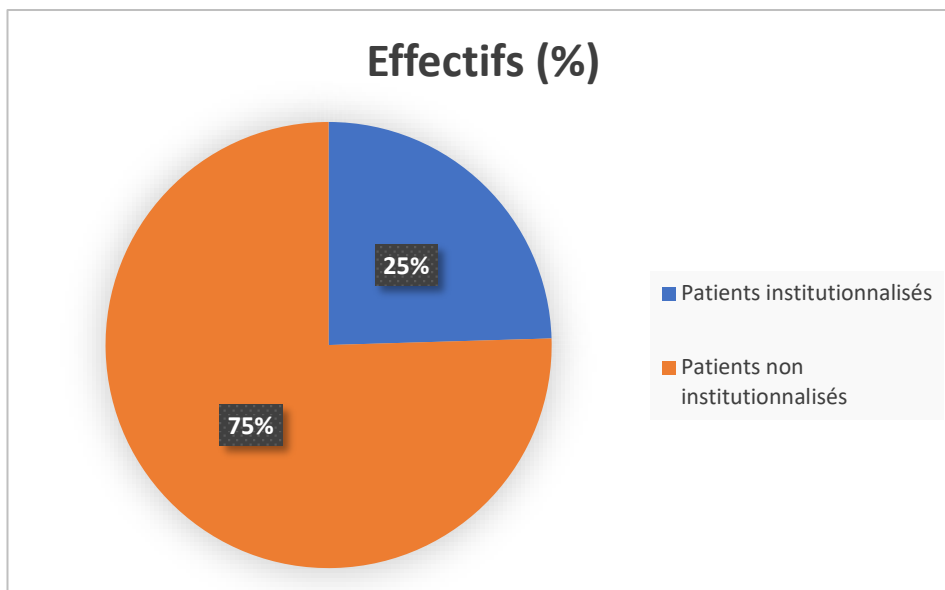


Figure 11 : Répartition de l'effectif de l'étude

Nous avons relevé les motifs de consultation de l'effectif global (tableau 6 et figure 12) :

Tableau 6 : Motifs de consultation

| MOTIFS DE CONSULTATION | |
|-----------------------------|------------|
| Ancienne prothèse inadaptée | 66 |
| Nouvelle prothèse | 45 |
| Réparation de la prothèse | 12 |
| Perte de la prothèse | 8 |
| Rebasage de la prothèse | 7 |
| Fracture non réparable | 2 |
| Bilan | 6 |
| Autre | 13 |
| TOTAL | 159 |

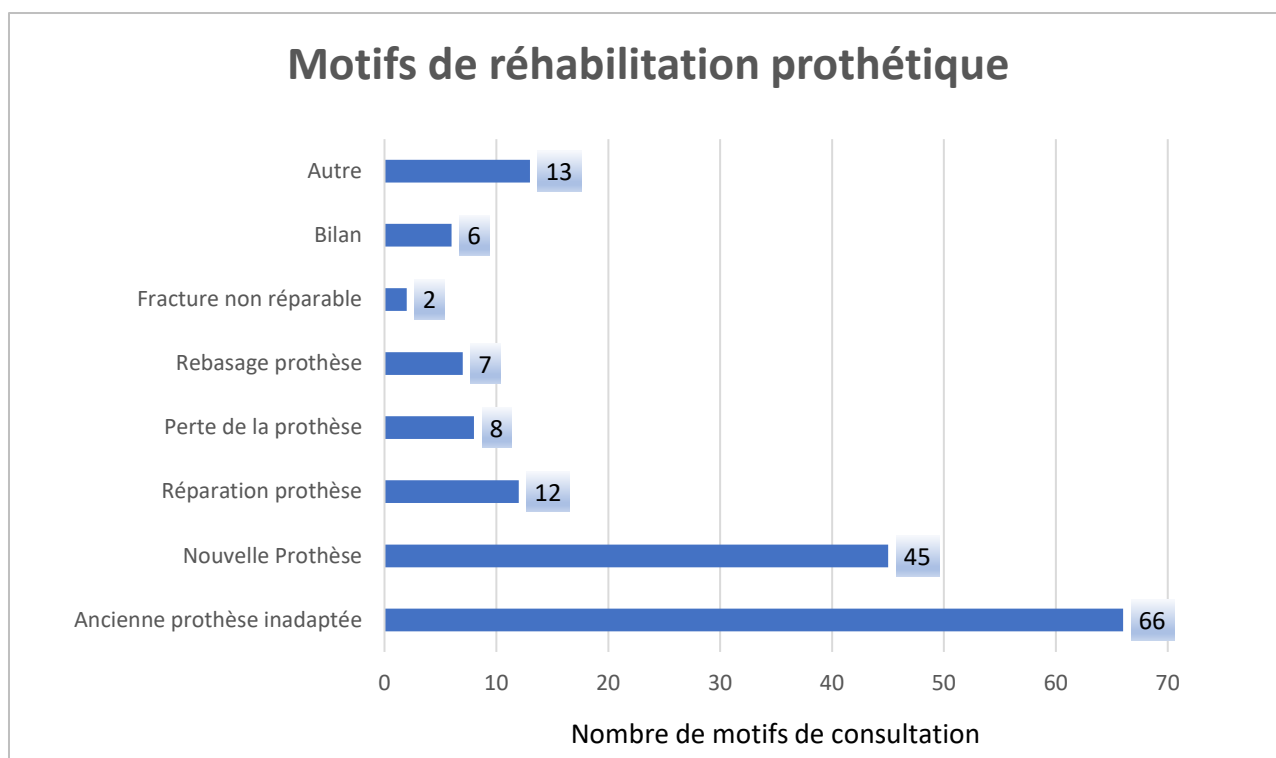


Figure 12 : Répartition des motifs de consultation dans l'effectif général

Dans chaque population, nous avons comparé le taux de perte de prothèse :
 Nous avons retrouvé 5 cas de pertes de prothèse chez les patients institutionnalisés sur 39 patients inclus et 3 cas de pertes de prothèse chez les patients non institutionnalisés sur 120 patients inclus (*tableau 7 et figure 13*).

Tableau 7 : Taux de perte de prothèse

| TAUX DE PERTE DE PROTHESE | |
|---------------------------------|-----|
| Patients institutionnalisés | 13% |
| Patients non institutionnalisés | 3% |

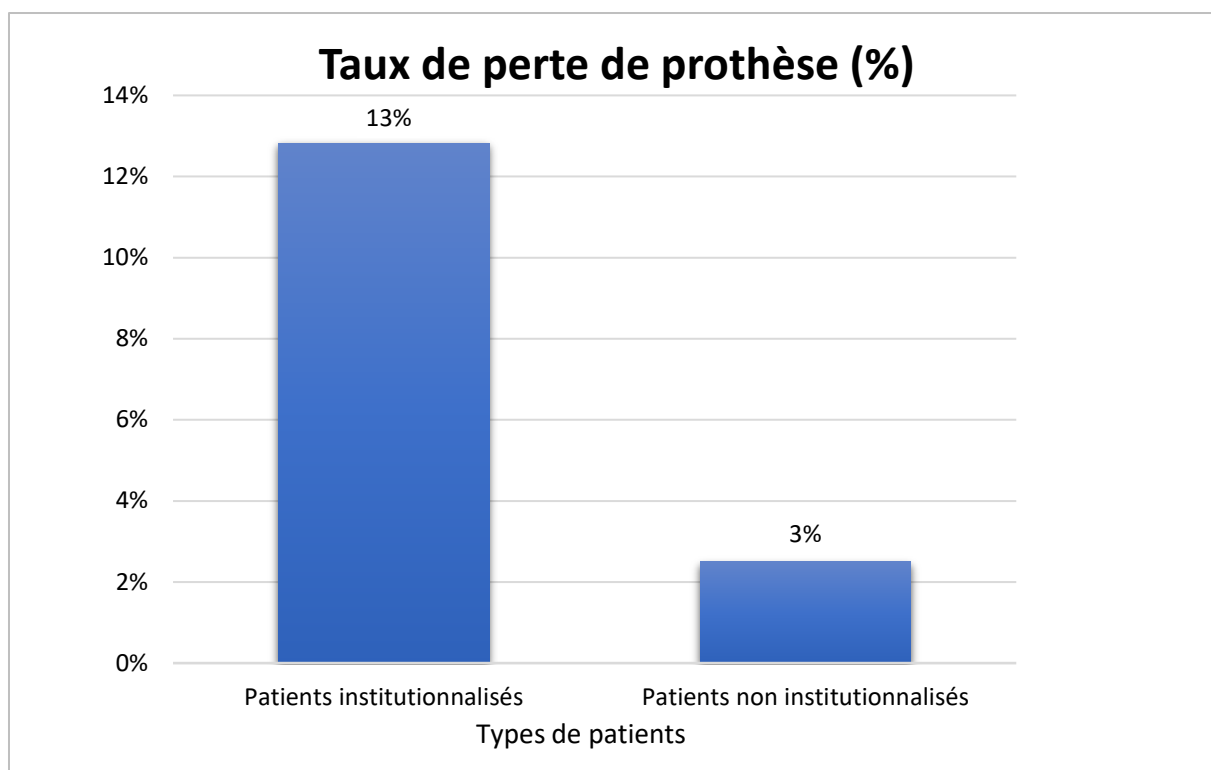


Figure 13 : Répartition du taux de perte de prothèse

Ainsi on remarque que 13% des patients institutionnalisés ont consulté pour une perte de prothèse, contre 3% pour le patient non institutionnalisé.

Chez le patient institutionnalisé, la perte de prothèse est le 4^{ème} motif de consultation (tableau 8 et figure 14).

Tableau 8 : Motifs de consultation chez le patient institutionnalisé

| MOTIFS DE CONSULTATION | |
|-----------------------------|-----------|
| Ancienne prothèse inadaptée | 13 |
| Nouvelle prothèse | 9 |
| Réparation de la prothèse | 0 |
| Perte de la prothèse | 5 |
| Rebasage de la prothèse | 3 |
| Fracture non réparable | 1 |
| Bilan | 2 |
| Autre | 6 |
| TOTAL | 39 |

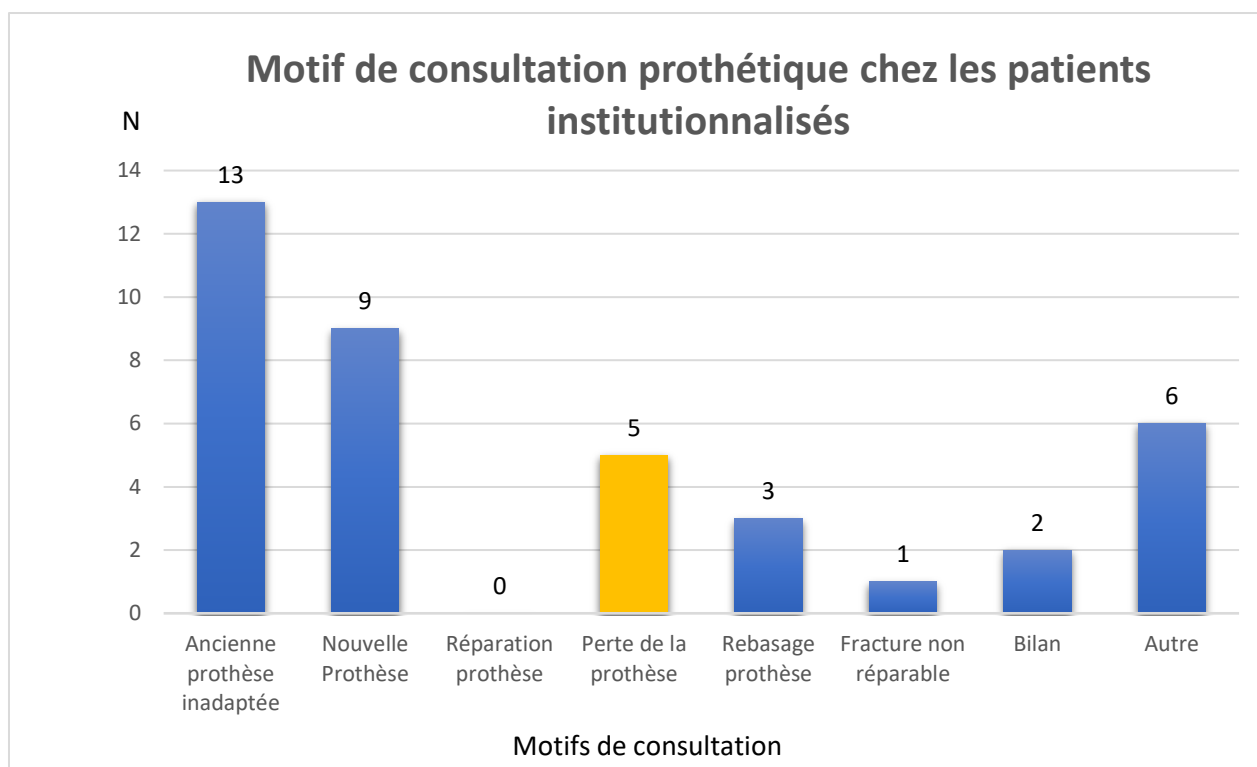


Figure 14 : Répartition des motifs de consultation prothétique chez les patients institutionnalisés

En comparaison, la perte de prothèse est le 7^{ème} motif de consultation pour les patients non institutionnalisés (tableau 9 et figure 15).

Tableau 9 : Motifs de consultation chez le patient non institutionnalisé

| MOTIFS DE CONSULTATION | |
|-----------------------------|------------|
| Ancienne prothèse inadaptée | 53 |
| Nouvelle prothèse | 36 |
| Réparation de la prothèse | 12 |
| Perte de la prothèse | 3 |
| Rebasage de la prothèse | 4 |
| Fracture non réparable | 1 |
| Bilan | 4 |
| Autre | 7 |
| TOTAL | 120 |

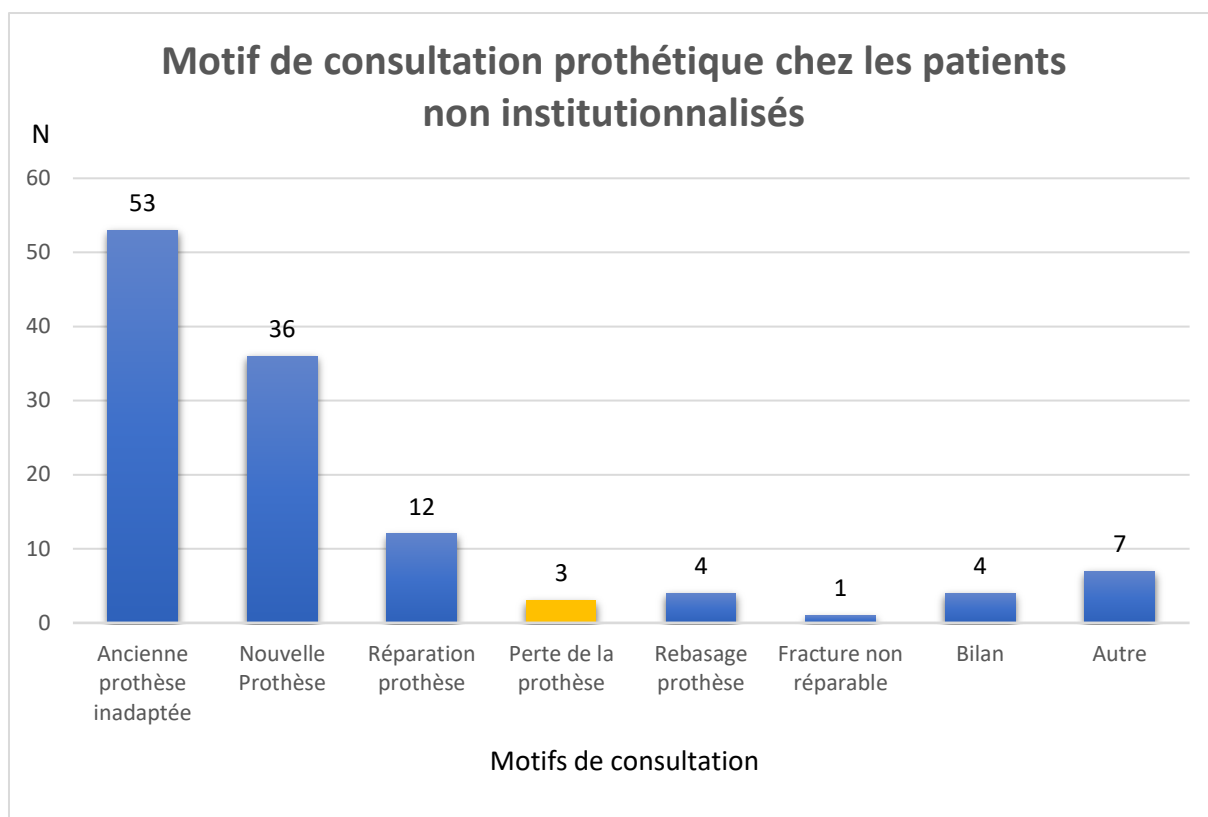


Figure 15 : Répartition des motifs de consultation prothétique chez les patients non institutionnalisés

4. Discussion

4.1. Synthèse des principaux résultats

Notre effectif de 159 patients est composé à part égale d'hommes et de femmes (79 femmes pour 80 hommes). La moyenne d'âge est de 72 ans. Dans l'échantillon de personnes non institutionnalisées, cette moyenne est de 67 ans. D'une autre part, la moyenne d'âge dans l'échantillon de personnes institutionnalisées est de 85 ans. Cette dernière moyenne est similaire à celle retrouvée au sein du pôle gériatrique du centre Henri Choussat en 2018 (83,75 ans) (12). De plus, cette moyenne se rapproche de celle retrouvée lors de notre essai au sein de la même filière gériatrique en 2020 (84,5 ans).

Ainsi, sur 210 prothèses amovibles analysées, nous n'avons retrouvé aucun marquage : soit 0% de prothèses marquées aussi bien dans la population institutionnalisée que celle non institutionnalisée. Cette analyse conforte notre

hypothèse de départ énoncée lors de l'élaboration de notre fiche n°1, du fait que les critères d'identification des prothèses dentaires seraient rarement présents et ici en l'occurrence, totalement absents.

Aussi le taux de perte de prothèse déterminé était beaucoup plus important dans l'échantillon de population institutionnalisée que non institutionnalisée. Avec 13% de taux de perte chez les personnes institutionnalisées (4^{ème} motif de consultation observé) et 3% seulement pour les personnes appartenant au groupe de personnes non institutionnalisées (7^{ème} motif de consultation observé). Ce taux de perte est d'ailleurs cohérent avec notre essai d'étude dans la filière gériatrique dans laquelle nous avons trouvé un taux de perte de 13% dans le groupe des patients institutionnalisés.

4.2. Limites de l'étude

Notre étude réalisée présente des limites. En effet, la première limite est la taille de notre échantillon, notamment le nombre de patients institutionnalisés. La difficulté rencontrée à recruter des patients institutionnalisés (moins présents sur le site de Xavier Arnozan que la population générale) nous a obligé à comparer 2 échantillons de tailles différentes (39 patients institutionnalisés inclus contre 120 non institutionnalisés). Par contre, nous avons pu étudier un échantillon représentatif de la population générale.

La taille de l'échantillon aurait mérité d'être plus importante mais la durée nécessaire pour augmenter de façon significative la taille de cet échantillon dépassait le cadre d'une thèse d'exercice.

Il existe aussi un certain biais de sélection pour les patients institutionnalisés, lors du recrutement et de la détermination du motif de consultation. En effet, certains patients institutionnalisés possèdent des degrés de dépendance différents et sont plus ou moins capables de répondre aux questions. Il existe aussi probablement un biais de mémorisation lors de la demande au patient du lieu de réalisation des prothèses analysées. Il existe enfin un biais au niveau du recrutement des patients basés essentiellement sur la Gironde.

Néanmoins, cette étude présente des avantages. Cette dernière, du fait de son aspect prospectif et réalisé par le même expérimentateur a permis la reproductibilité de l'analyse des prothèses étudiées.

De plus, cette analyse a permis de mettre en évidence la problématique de perte de prothèse dans la population institutionnalisée et l'absence de marquage sur toute les prothèses analysées (0 sur 210). Nous pouvons supposer qu'à l'échelle nationale, le résultat doit s'approcher de celui trouvé dans cette étude.

4.3. Mise en relation des résultats

4.3.1. Marquage des prothèses

Au niveau des recommandations en France, seul le "Défenseur Des Droits" dans sa recommandation N°16 (présente dans un rapport datant de 2021) conseille aux ARS « de soutenir toute démarche initiée par les directions des EHPAD visant à mettre en place le marquage des appareils (prothèses auditives, dentaires...) afin de limiter les pertes d'appareillages. » (16).

En France, très peu d'études traitent de ce sujet. En 2013, un groupe de travail en rapport avec l'ARS d'Aquitaine ont élaboré un questionnaire sur l'hygiène bucco-dentaire et sur les soins portés aux résidents d'EHPAD. Ce questionnaire a été envoyé au 475 EHPAD d'Aquitaine. Cette étude a eu un taux de réponse de 72% avec 341 réponses d'EHPAD mais l'analyse a seulement été réalisée sur celles qui ont répondu entièrement au questionnaire, soit 42,5%. En ce qui concerne le marquage des prothèses, 40% des EHPAD auraient mis en place un système de repérage ou d'authentification (par marquage et/ou photos) (17). Ce résultat diffère du taux de marquage retrouvé dans notre étude (0%). Ces systèmes propres aux EHPAD doivent différer d'un marquage direct comme nous l'attendions et être plus souvent réalisés avec une banque de données photos (plus simple à mettre en place qu'un marquage des prothèses).

Aussi en Aquitaine, le réseau EHPADENT présidé par le Dr FOURNIER, permet un dépistage bucco-dentaire et un marquage des prothèses des résidents des EHPAD signataires de leur convention. Ainsi, un prothésiste se déplace directement dans l'institution pour marquer les prothèses en y incluant une bandelette. Il y est inscrit un numéro ou bien les initiales du résident. Ceci montre bien la spécificité des patients institutionnalisés et la nécessité du marquage des prothèses de ces patients (18).

Dans le même objectif, le Dr SAPORTA, membre de la Société Odontologique de Paris (SOP), a mis en place dans de nombreuses EHPAD partenaires une méthode d'identification simple et sans coût pour les prothèses des résidents. Le protocole établi lors de l'entrée de chaque nouveau résident est la réalisation d'une photocopie et un scanner de la ou des prothèses amovibles de ce dernier. Cette photocopie et ce scan sont archivés. Ainsi, en cas de perte, ces données permettent par comparaison avec la prothèse retrouvée de la rendre à son propriétaire (19). Ceci doit être un exemple des systèmes mise en place par les EHPAD à défaut d'avoir des prothèses marquées pour leurs résidents.



Figure 16 : Exemple de prothèse non conforme à la photocopie d'après SAPORTA S. (19)



Figure 17 : Exemple de prothèse conforme à la photocopie d'après SAPORTA S. (19)

En Europe, le sujet semble plus documenté, nous avons choisi deux exemples européens afin de discuter de nos résultats : la Suède et l'Angleterre.

Le marquage en Suède :

D'après cette étude réalisée en 1996, à Göteborg (Suède) dans une unité de soins longue durée, sur 213 patients édentés appareillés, 47% (101 patients) avaient au moins une prothèse marquée. Aucun des marquages n'était illisible ou non identifiable. Ce taux chute à 32% sur les prothèses partielles. Cette étude révèle aussi que dans 6 grands laboratoires de prothésistes dentaires, le marquage est réalisé sur 90-100% des prothèses complètes (20).

De la même manière, une autre étude faite à Göteborg, dans l'année 1998, montre un taux de marquage de 35% sur 1215 prothèses analysées parmi 1715 résidents de maison de retraite (21).

Aussi, d'après cet article paru en 2007, le « National Board Of Health and Welfare » (institution qui supervise l'autorité de santé en Suède) a rendu obligatoire pour tous les chirurgiens-dentistes de se conformer aux exigences suivantes :

« Les patients doivent toujours se voir offrir l'opportunité d'avoir leurs prothèses marquées avec un numéro personnel. » Ils avaient aussi comme recommandation d'informer clairement le patient sur les bénéfices du marquage des prothèses dentaires. Les petites prothèses partielles (qui manque de place pour le marquage) ne sont pas incluses dans la recommandation. Le chirurgien-dentiste a aussi pour obligation avant la délivrance de la prothèse au patient, de vérifier à l'aide de sa carte d'identité la correspondance du numéro personnel marqué. Bien sûr, le patient possède le droit de refuser le marquage de sa prothèse (22). En Suède on observe donc une obligation de marquage associée à une présence effective d'un taux de marquage important contrairement à nos résultats retrouvés en France (qui ne possède aucune recommandation, ni obligation).

Le marquage en Angleterre :

En Angleterre, un article paru en 2007 dans le British Dental Journal, présente une étude où des questionnaires sur le marquage ont été envoyés à des spécialistes de la prothèse, enregistrés sur la liste des spécialistes du General Dental Council (GDC), mais aussi à des aides-soignantes travaillantes dans des institutions pour personnes âgées à Glasgow.

Sur 119 questionnaires complétés et retournés, 54,9% des spécialistes en prothèse disaient effectuer le marquage des prothèses amovibles complètes et 40,9%, des prothèses amovibles partielles. Mais ces taux varient en fonction du lieu d'exercice des praticiens, par exemple pour la prothèse complète, le taux est de 100% dans l'armée, 88,9% dans les centres salariés, 50% dans le secteur hospitalier/universitaire et seulement 46,1% dans le libéral.

La grande majorité de ces spécialistes (81,0%) pensaient que le marquage était une procédure intéressante. Pour 68,9% de ces praticiens, la mise en place d'une recommandation serait bénéfique. Par ailleurs, aucun des personnels soignants des institutions interrogées n'a indiqué que le marquage des prothèses des résidents était une pratique réalisée.

Dans cet article, des statistiques nationales sont aussi développées. En effet, depuis l'introduction d'une nouvelle convention dentaire en Angleterre et au Pays de Galles, un nouveau code permet la cotation de : « inclusion d'un marquage permanent d'identification du patient ». Ce code permet d'inclure des frais supplémentaires pour la prothèse réalisée. Ainsi, le « Dental Board for England and Wales » établit qu'en 2004/2005, sur 464 918 prothèses amovibles réalisées, 31 829 codes de frais supplémentaires pour un marquage ont été cotés. Nous pouvons donc en déduire que seulement 6,8% des prothèses réalisées cette année sont apparemment marquées. De la même manière, en Ecosse, en 2004, sur 136 215 prothèses partielles et complètes, seulement 5 106 codes de marquage d'identification ont été cotés : soit 3,75% des prothèses potentiellement marquées (23). Ces résultats très faibles confirment les résultats de notre étude sur un plan « européen ».

RICHEMOND R. en 2007, a réalisé une étude sur 100 patients édentés de l'hôpital dentaire de Manchester. Après une présentation des différentes méthodes de marquage, il leur a demandé de les classer selon leurs préférences. 99% des patients ont répondu qu'ils seraient heureux d'avoir leurs prothèses marquées si l'esthétique et le confort sont respectés. La méthode préférée par les patients est la puce RFID (esthétique par sa taille et anonyme). La méthode la moins appréciée est la méthode de marquage superficielle du nom du patient (24).

Enfin nous avons choisi de prendre trois exemples de pays non Européens : les États-Unis, l'Australie et l'Inde.

Le marquage aux États-Unis :

Aux États-Unis, cette recommandation émise par l'American Dental Association (ADA) en 2004, explique la politique de l'ADA en 1976. En effet, l'obligation d'une identification des prothèses (partielles ou complètes) par marquage du nom du porteur, numéro de sécurité sociale ou numéro de permis de conduire est inscrite dans la loi de 21 états (25).

| States Requiring Denture Labeling | | |
|--|---------------|---------------|
| Alaska | Maine | New Jersey |
| California | Massachusetts | North Dakota |
| Georgia | Michigan | Ohio |
| Illinois | Minnesota | Texas |
| Indiana | Missouri | Washington |
| Kansas | Montana | West Virginia |
| Louisiana | Nevada | Wisconsin |

In addition, New York requires dentures to be marked if the patient makes a request.

Figure 18 : Liste des états qui requiert le marquage des prothèses, d'après COLLINS D (25).

Afin de comprendre l'importance d'une recommandation nationale, voire d'une obligation, RICHEMOND R. a réalisé une étude en 2009 afin de comparer les habitudes de marquage dans les écoles dentaires aux États-Unis et en Angleterre. Il a ainsi obtenu un résultat de 100% dans les écoles dentaires situées dans les états où la législation oblige le marquage (cité dans l'article 25), et 86% dans les écoles des autres états. En Angleterre, ce taux tombe à 67% (26). Cette étude nous montre bien l'intérêt d'une obligation dans la loi du marquage des prothèses. Avec cette obligation, les États-Unis ainsi que la Suède semblent posséder le plus haut taux de marquage des pays étudiés (22).

Le marquage en Australie :

D'autre part, une étude Australienne de 1997 explique au travers d'un questionnaire et d'un interrogatoire téléphonique que 19,9% des omnipraticiens, 25% des spécialistes en prothèse et 43,5% des prothésistes dentaires interrogés disent marquer les prothèses amovibles dentaires (sur un échantillon de 350 professionnels

du dentaire) (27). Ces résultats sont en cohérence avec l'absence d'obligation de marquage dans ce pays.

Le marquage en Inde :

Dans le même but, un article indien décrit une étude publiée en 2018. Un questionnaire a été rempli par 100 chirurgiens-dentistes libéraux enregistrés à Chennai (région sud de l'Inde), ayant au minimum 1 an d'expérience après leur diplôme. 95% des praticiens répondent ne pas avoir réalisé de marquage de prothèses dans leur carrière, du fait qu'ils jugent cela peu important. Aussi, 72% de ces praticiens ne savaient pas comment marquer une prothèse et seulement 4% réaliseraient le marquage de prothèses de façon régulière (28).

Dans une autre étude réalisée en Inde en 2011, 101 patients du département de prothèse en Inde du sud ont été questionnés sur le marquage des prothèses dentaires. 65 des patients ont dit être non intéressés par le marquage de leurs prothèses. Parmi les 36 patients qui ont accepté, 10 ont préféré la bande métallique incluse, 9 la photographie, 6 le papier strip et 2 le code-barres (29).

On peut remarquer que les résultats obtenus par rapport aux études européennes sont différents. En effet, en Angleterre la majorité des patients semblent intéressés par le marquage contrairement à l'Inde, où ni les professionnels de santé, ni les patients ne sont motivés pour réaliser un marquage.

4.3.2. Perte des prothèses

En France, nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études réalisées sur la perte des prothèses. Cela tendrait à démontrer que la profession n'est pas sensibilisée à la perte des prothèses chez les personnes dépendantes institutionnalisées.

Dans notre étude, le motif de consultation « perte de la prothèse » est le 4^{ème} pour les patients institutionnalisés (13%), alors qu'il est le 7^{ème} pour les patients non institutionnalisés (3%).

De plus, il est à noter que les réparations de prothèses représentent 10% des motifs de consultation pour les patients non institutionnalisés contre 0% pour les patients institutionnalisés en EHPAD (*figure 14*), alors que les réparations au sein de la filière gériatrique du centre Henri Choussat représentent 17% de l'activité de soins (12). Ce résultat montrant un pourcentage important de pertes non associé à des demandes

de réparation, pourrait évoquer une ignorance ou une négligence du personnel des EHPAD chargé d'encadrer les patients dépendants.

Comme la personne âgée dépendante institutionnalisée n'est souvent pas capable d'exprimer le motif de consultation et ne présente pas toujours de courrier de l'institution ou de la famille, il est donc difficile de montrer la différence entre « nouvelle prothèse » et « perte de la prothèse ». Ce taux de perte semble donc minoré.

Dans la littérature, on observe une tendance plus importante à la perte de prothèses chez les personnes institutionnalisées par rapport à la population générale.

Nous avons pris comme exemple l'Angleterre, qui possède plusieurs études sur le sujet :

En Angleterre, une étude de 2017 parue au British Dental Journal, quantifie la perte des prothèses dentaires des patients des hôpitaux de Kent, Surrey et Sussex. Cette étude rapporte que sur 5 ans (entre 2011 et 2016), 695 prothèses ont été perdues.

Aussi, cet article nous rapporte que sur 15 cas individuels de pertes de prothèses, 13 demandes de remboursements ont été réalisées par la famille, une par un chirurgien-dentiste et une seule par un patient lui-même (30). Ceci nous montre la dépendance et la fragilité des patients qui sont victimes des pertes de prothèses dans ces institutions. Cela peut nous alerter sur le fait de sous-évaluation de ce phénomène notamment avec les patients dépendants dont la famille n'est pas tout le temps présente pour contrôler la présence de la prothèse. Et notamment dans notre étude, lors du recueil du motif de consultation « perte de la prothèse » auprès du patient.

On remarque aussi que les raisons de pertes les plus communes sont :

- Prothèse enveloppée de papier sur le plateau repas
- Prothèse cachée dans les draps
- Prise pour un déchet et jetée à la poubelle
- Perdue lors du transit entre la chambre et la salle principale commune
- Perdue lors d'un vomissement (prothèse expulsée) (30).

Dans le même objectif, une étude réalisée en Angleterre d'août 2004 à mars 2005, visait à interroger des cliniciens travaillant dans la Community Dental Service à Tower Hamlets Primary Care Trust (PCT). Les cliniciens devaient remplir un questionnaire

pour chaque patient qui avait déclaré avoir perdu leur prothèse durant la période de l'étude. En 8 mois, 30 patients auraient été identifiés pour avoir perdu leurs prothèses (20 des patients étaient âgés de 85 ans ou plus). Parmi ces patients, 21 auraient perdu leurs prothèses à l'hôpital, 4 dans une institution pour personnes âgées et un dans un autre environnement. On remarque ainsi que le plus grand nombre de pertes est réalisé dans le secteur hospitalier. Parmi ces prothèses, seulement 2 étaient marquées.

Les auteurs nous rapportent aussi que dans un cas, une prothèse marquée a pu être retrouvée et remise à son propriétaire. En effet, le patient qui vivait dans une maison de retraite a été admis à l'hôpital pendant quelques jours et à son retour dans son institution sa prothèse manquait. La prothèse marquée a été retrouvée quelques semaines plus tard dans une pièce de stockage et a pu être retournée au patient. Cet exemple peut nous montrer l'intérêt d'un marquage des prothèses, surtout dans le cas des personnes âgées dépendantes (31).

Dans une étude plus ancienne réalisée à Wolverhampton en Angleterre, les dossiers de 430 patients âgés hospitalisés entre 1981 et 1987 ont été analysés rétrospectivement. Parmi les motifs de consultation, la majorité d'entre eux avaient des prothèses non adaptées (39,1%) et des prothèses perdues (20,4%). C'était donc le deuxième motif de consultation de cet établissement. On remarque que cette problématique de pertes de prothèses existe depuis longtemps et qu'elle n'a toujours pas été résolue (32).

Ces articles nous montrent que l'Angleterre a beaucoup documenté et étudié le phénomène de pertes de prothèse en institution mais n'a pas rendu obligatoire le marquage de ces dernières contrairement à la Suède et certains états des États-Unis.

5. Conclusion

Notre étude montre que sur 210 prothèses examinées aucun marquage n'a été observé, alors que la perte de prothèses chez le patient institutionnalisé représente au moins 13% des motifs de consultation (4^{ème} motif de consultation) et c'est l'un des derniers motifs de consultation chez le patient non institutionnalisé.

Ce taux de perte est donc élevé dans notre étude sur les patients institutionnalisés, et nous pensons qu'un marquage systématique des prothèses pourrait permettre de retrouver un nombre important de prothèses perdues.

Si dans certains pays comme la Suède ou les USA, une prise de conscience de ce problème a été faite, il semble que la profession en France ne soit pas sensibilisée à la question de perte des prothèses en institution car nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'études réalisées à ce sujet.

Grâce à ce travail, nous avons pu mettre en évidence la problématique de pertes de prothèses et l'absence de solution mise en place. Aucune recommandation n'est émise par l'ARS aux chirurgiens-dentistes au sujet des marquages des prothèses et cette notion ne fait pas partie à notre connaissance de la formation initiale, du moins à l'université de Bordeaux.

On l'a vu précédemment, des solutions pour marquer les prothèses existent déjà. Par ailleurs, des méthodes de marquages peu coûteuses et faciles à mettre en place sont envisageables à l'exemple du *sticker* NFC inclus dans la base prothétique (ancienne puce RFID), qui permet à l'aide d'un simple smartphone d'écrire ou de lire les informations qu'il contient (33–35).

Il faut donc une prise de conscience de notre profession, d'abord à l'aide des pouvoirs publics (par les ARS), puis au niveau de la formation des chirurgiens-dentistes, des écoles de prothésistes dentaires, mais aussi des personnels encadrants les personnes âgées dépendantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pison G, Meslé F. France 2020 : 68 000 décès supplémentaires imputables à l'épidémie de Covid-19: Popul Sociétés. 19 mars 2021;N° 587(3):1-4.
2. Blanpain N, Bouisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Insee Prem. nov 2016;(1619):1-3.
3. Tavernier J-L, Mayo-Simbsler S, Besbes M, Betti C, Caste F, Fidani G. TEF: Tableau de l'économie Française. Insee Réf. 2020;édition 2020:94-5.
4. Berard A, Gillet D, Poisson P, Bourdel-Marchasson I, Dupuis V. Relationship between Cognitive Ability and the Presence of Removable Dentures in the Elderly. J Dent Res. 2020;vol 99>A:3457, (www.iadr.org).
5. Berard A, Poisson P, Bourdel-Marchasson I, Dupuis V. Removable Prosthesis Improves Body Mass Index in Elderly People. J Dent Res. 2018;Vol 97>(B):0941. (www.iadr.org).
6. Poisson P, Laffond T, Campos S, Dupuis V, Bourdel-Marchasson I. Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. Gerodontology. juin 2016;33(2):161-8.
7. Sato Y, Aida J, Takeuchi K, Ito K, Koyama S, Kakizaki M, et al. Impact of Loss of Removable Dentures on Oral Health after the Great East Japan Earthquake: A Retrospective Cohort Study: Impact of Loss of Removable Dentures after an Earthquake. J Prosthodont. janv 2015;24(1):32-6.
8. Fox C. Evidence summary: why is access to dental care for frail elderly people worse than for other groups? Br Dent J. févr 2010;208(3):119-22.
9. Gold HJ. Mathematical modeling of biological systems, USA : « Wiley & Sons ». USA; 1977. 357 p.
10. Richmond R, Pretty IA. Contemporary Methods of Labeling Dental Prostheses?A Review of the Literature. J Forensic Sci. sept 2006;51(5):1120-6.
11. Thomas J, Muruppel AM, Dinesh N, Gladstone S, George N. Dentures in Forensic Identification- A Review of Methods & Benefits. J Adv Med Dent Scie. 2014;2(1):85-94.
12. Gueritte R. Mesure de l'activité odontologique au sein de la filière gériatrique du centre Henri-Choussat (CHU de Bordeaux) [Thèse d'exercice : Odontologie]. Bordeaux; 2021.
13. Les différents établissements médicalisés | Pour les personnes âgées | Pour les personnes âgées | Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches [Internet]. [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises>

14. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches.(page consultée le 03/12/2021). Les EHPAD. [Internet]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
15. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. (page consultée le 03/12/2021). Les USLD. [Internet]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
16. Hedon C, Défenseur des Droits. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. Def Des Droits. 2021;16-7.
17. PAILLEY D. Santé bucco-dentaire en EHPAD: état des lieux des pratiques. ARS Aquitaine. 2016;5-6.
18. Marquage des prothèses dentaires amovibles en EHPAD [Internet]. France Assos Santé. 2017 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2017/04/28/marquage-des-protheses-dentaires-amovibles-en-ehpad/>
19. Saporta S. Identification des prothèses en Ehpads : et si on en parlait ? SOP [Internet]. 2020 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.sop.asso.fr/l-association/flash-infos/84-identification-des-protheses-en-ehpad-et-si-on-en-parlait-avec-sylvie-saporta>
20. Bengtsson A, Olsson T, René N, Carlsson GE, Dahlbom U, Borrmann H. Frequency of edentulism and identification marking of removable dentures in long-term care units. J Oral Rehabil. août 1996;23(8):520-3.
21. Stenberg I, Borrmann H. Dental condition and identification marking of dentures in homes for the elderly in Goteborg, Sweden. J Forensic Odont. 1998;35-7.
22. Stavrianos C, Stavrianou I, Kafas P. Denture identification system based on Swedish guidelines: A Forensic Aspect. Int J Forensic Sci. 2007;3(1):6.
23. Murray CA, Boyd PT, Young BC, Dhar S, Dickson M, Currie JNW. A survey of denture identification marking within the United Kingdom. Br Dent J. déc 2007;203(11):E24-E24.
24. Richmond R, Pretty IA. Denture Marking-Patient Preference of Various Methods: DENTURE MARKING. J Forensic Sci. 10 déc 2007;52(6):1338-42.
25. Collins D. The Dentist's Role in Forensic Investigation: The Release of Dental Records & Radiographs, and Denture Labeling, American Dental Association Council on Dental Practice; American Dental Association, Chicago, IL. 2004;
26. Richmond R, Pretty IA. The Teaching of Denture Marking Methods in Dental Schools in the United Kingdom and the United States. J Forensic Sci. nov 2009;54(6):1407-10.
27. Alexander PMV, Taylor JA, Szuster FSP, Brown KA. An assessment of attitudes to, and extent of, the practice of denture marking in South Australia. Aust Dent J. oct 1998;43(5):337-41.

28. Ahamed A, Jain AR, Dhanraj M. Knowledge, attitude, and practice regarding denture marking systems among dental practitioners. *Drug Invent Today*. 2018;10(5):5.
29. Acharya AB, Anehosur GV, Kanchi PP, Naik MG, Nadiger RK. Perceptions and preferences on denture marking in an Indian sample: Patient perception to denture marking in India. *Gerodontology*. juin 2012;29(2):117-24.
30. Mann J, Doshi M. An investigation into denture loss in hospitals in Kent, Surrey and Sussex. *Br Dent J*. sept 2017;223(6):435-8.
31. Michaeli L, Davis DM, Foxton R. Denture loss: an 8-month study in a community dental setting. *Gerodontology*. juin 2007;24(2):117-20.
32. Awath-Behari S, Harper S. Retrospective study of dental treatment for elderly hospital inpatients in Wolverhampton. *Community Dent Health*. déc 1990;7(4):437-42.
33. Neculai-Cândeia LS, Ștefănescu CL, Popa MF. A thermal resistance study of dental prostheses marked with intelligent materials (nfc, aerogel) – importance in medico-legal odontological identification. *Rom J Leg Med*. 2021;29:91-5.
34. González-González JM, González-Rubio PJ. RFID tag with encoded personal information for forensic use, located under a dental filling, a crown or on a dental prosthesis. *Int J Sci Acad Res*. sept 2020;8(3):68-75.
35. Narang V, Kuckreja H, Oberoi N, Kaur J, Birdi N, Mahajan S. Resistance of a novel denture identification system to various assault: An in-vitro study. *J Indian Prosthodont Soc*. 2021;21(2):180.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de données (étude gériatrie du Centre Henri Choussat)

| Numéro | Date | Lieu | Sexe | Age | Patient institutionnalisé | Lieu hospitalisation | Type de prothèse maxillaire | Type de prothèse Mandibulaire | Marquage | Matériovigilance | Motif visite | Nombre de prothèses |
|--------|------------|--------------|------|-----|---------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------|------------------|----------------------------|---------------------|
| 1 | 29/01/2020 | Xa Gériatrie | H | 67 | Oui | HDI | Pac | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 2 | 08/01/2020 | Xa Gériatrie | F | 86 | Non | HDI | Pap | | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 3 | 10/02/2020 | Xa Gériatrie | F | 80 | Non | HDI | Pap | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 4 | 10/02/2020 | Xa Gériatrie | H | 72 | Non | HDI | Pap | | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 5 | 05/02/2020 | Xa Gériatrie | H | 80 | Oui | SSRI | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 6 | 05/02/2020 | Xa Gériatrie | H | 89 | Non | HDI | Pac | Pac | Non | Non | Rebasse prothèse | 2 |
| 7 | 05/02/2020 | Xa Gériatrie | F | 87 | Oui | HDI | Pap | x | Non | Non | Perde de la prothèse | 1 |
| 8 | 29/01/2020 | Xa Gériatrie | F | 92 | Oui | HDI | Pac | Pac | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 9 | 05/02/2020 | Xa Gériatrie | F | 90 | Oui | HDI | Pac | Pap | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 10 | 03/03/2020 | Xa Gériatrie | F | 88 | Oui | HDI | Pac | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 11 | 03/03/2020 | Xa Gériatrie | F | 92 | Non | SSRI | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 12 | 25/02/2020 | Xa Gériatrie | F | 91 | Oui | Ehpad | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 13 | 10/02/2020 | Xa Gériatrie | F | 88 | Non | HDI | Pac | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 14 | 24/06/2020 | Xa Gériatrie | H | 87 | Non | SSRI | Pac | | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 15 | 01/07/2020 | Xa Gériatrie | F | 82 | Non | HDI | Pac | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 16 | 02/07/2020 | Xa Gériatrie | F | 84 | Non | HDI | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 17 | 15/07/2020 | Xa Gériatrie | F | 86 | Non | HDI | x | Pap | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 18 | 20/07/2020 | Xa Gériatrie | H | 81 | Non | HDI | Pap | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 19 | 07/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 82 | Non | HDI | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 20 | 18/08/2020 | Xa Gériatrie | H | 85 | Oui | HDI | Pap | Pac | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 21 | 01/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 86 | Oui | HDI | Pap | x | Non | Non | Rebasse prothèse | 1 |
| 22 | 25/08/2020 | Xa Gériatrie | F | 96 | Non | HDI | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 23 | 18/08/2020 | Xa Gériatrie | F | 84 | Non | HDI | Pac | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 24 | 16/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 83 | Non | SSRI | Pac | Pac | Non | Non | Rebasse prothèse | 2 |
| 25 | 16/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 83 | Non | HDI | Pac | Pac | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 26 | 21/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 88 | Non | HDI | Pac | Pac | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 27 | 22/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 88 | Non | HDI | Pac | Pac | Non | Non | Rebasse prothèse | 2 |
| 28 | 24/09/2020 | Xa Gériatrie | H | 83 | Non | SSRI | Pap | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 29 | 22/09/2020 | Xa Gériatrie | H | 69 | Oui | HDI | x | Pap | Non | Non | Réparation prothèse | 1 |
| 30 | 22/09/2020 | Xa Gériatrie | H | 80 | Non | HDI | Pap | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 31 | 23/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 85 | Non | HDI | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 32 | 30/09/2020 | Xa Gériatrie | F | 81 | Oui | HDI | Pac | Pac | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 33 | 06/10/2020 | Xa Gériatrie | F | 88 | Non | HDI | x | Pap | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 34 | 07/10/2020 | Xa Gériatrie | F | 88 | Oui | USLD | Pac | x | Non | Non | Nouvelle prothèse | 1 |
| 35 | 13/10/2020 | Xa Gériatrie | F | 84 | Oui | USLD | Pac | Pac | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 36 | 14/10/2020 | Xa Gériatrie | F | 68 | Non | HDI | Pap | Pap | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 37 | 14/10/2020 | Xa Gériatrie | F | 96 | Oui | HDI | Pap | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 38 | 20/10/2020 | Xa Gériatrie | H | 87 | Non | SSRI | Pac | Pap | Non | Non | Douleurs | 2 |
| 39 | 20/10/2020 | Xa Gériatrie | F | 82 | Non | SSRI | Pac | Pap | Non | Non | Contrôle | 2 |
| 40 | 20/10/2020 | Xa Gériatrie | F | 86 | Non | HDI | Pac | x | Non | Non | Douleurs | 1 |
| 41 | 20/10/2020 | Xa Gériatrie | H | 85 | Oui | SSRI | Pac | x | Non | Non | Douleurs | 1 |
| 42 | 24/10/2020 | Xa Gériatrie | H | 80 | Non | HDI | Pac | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 43 | 08/12/2020 | Xa Gériatrie | F | 93 | Oui | USLD | x | x | Non | Non | Perde de la prothèse | 0 |
| 44 | 09/12/2020 | Xa Gériatrie | F | 81 | Non | HDI | Pac | x | Non | Non | Contrôle | 1 |
| 45 | 16/12/2020 | Xa Gériatrie | F | 91 | Non | HDI | Pac | Pac | Non | Non | Contrôle | 2 |

Demande d'intégration programme 100% santé - [REDACTED]

Page 1 sur 1

Demande d'intégration programme 100% santé

[REDACTED] - Infirmerie <[REDACTED]>

ven. 22/10/2021 13:52

À : xa.odontologie@chu-bordeaux.fr <xa.odontologie@chu-bordeaux.fr>;

**ATTENTION : Ce message vous a été envoyé depuis une adresse mail extérieure au CHU de Bordeaux.
Ne cliquez pas sur les liens ou n'ouvrez pas les pièces jointes à moins de connaître l'expéditeur et d'être sûr du contenu.
Ne communiquez pas vos identifiants Chu de Bordeaux sur des sites internet.**

Bonjour,

A la demande de la fille de Mme [REDACTED] Marguerite ([REDACTED]-85ans), nous aurions besoin que vous intégriez notre résidente dans votre programme 100% santé.

En effet, elle est arrivée chez nous sans dentier qu'elle a perdu depuis plusieurs semaines d'après sa fille. Elle mange donc en régime « mixé » et ne veut pas descendre en salle à manger, gênée de n'avoir pas de dents.

Nous essayons de mettre tout en œuvre pour lui redonner un peu le sourire.

C'est pourquoi nous vous remercions d'avance de ce que vous pourrez faire pour elle dans un délai raisonnable.

Belle journée à vous.

Cordialement.

[REDACTED]
IDE
[REDACTED]

<https://mail.chu-bordeaux.fr/owa/>

25/10/2021

Annexe 3 : Exemple de marquage de matériovigilance « NISIL », d'après STABLO L.



Annexe 4: Tableau de données 1 de l'étude du service odontologie de Xavier Arnozan

| Numero: | Date | Lieu | Sexe | Age | Patient institutionnalisé | Type de prothèse maxillaire | Type de prothèse Mandibulaire | Marquage: | Materiovigilance | Motif visite | Nombre de prothèses analysées |
|---------|------------|----------------|------|-----|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 88 | Oui | PAC | PAC | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 2 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 51 | Non | x | x | x | x | Nouvelle prothèse | 0 |
| 3 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | F | 49 | Non | x | PAMM | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 1 |
| 4 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 56 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 1 |
| 5 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | F | 61 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Réparation prothèse | 1 |
| 6 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 75 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 7 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | F | 62 | Non | PAMM | x | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 1 |
| 8 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 52 | Non | x | PAMM | x | Non | Nouvelle prothèse | 0 |
| 9 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 63 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothèse inadaptee | 2 |
| 10 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 68 | Non | x | x | x | x | Nouvelle Prothese | 0 |
| 11 | 01/06/2021 | Xa Odontologie | H | 78 | Non | x | x | x | x | Nouvelle Prothese | 0 |
| 12 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | H | 84 | Oui | PAC | x | Non | Non | Nouvelle prothese | 1 |
| 13 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | H | 48 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 14 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | H | 62 | Non | x | x | Non | Non | Nouvelle prothese | 0 |
| 15 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | F | 66 | Non | PAMM | x | Non | Non | Nouvelle prothese | 1 |
| 16 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | H | 70 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 17 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | H | 68 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 18 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | F | 61 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Nouvelle prothese | 2 |
| 19 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | H | 81 | Non | x | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 20 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | F | 73 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Nouvelle prothese | 2 |
| 21 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | H | 66 | Non | PAMM | x | Non | Non | Nouvelle prothese | 1 |
| 22 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | F | 84 | Oui | PAMM | PAMM | Non | Non | Perte de la prothese | 1 |
| 23 | 23/09/2021 | Xa Odontologie | F | 82 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 24 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 83 | Non | PAMM | x | Non | Non | Réparation prothese | 1 |
| 25 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 91 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Nouvelle prothese | 2 |
| 26 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 75 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 27 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 68 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 28 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 78 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Réparation prothese | 2 |
| 29 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 79 | Non | PAMM | x | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 30 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 47 | Non | x | x | x | x | Nouvelle prothese | 0 |
| 31 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 89 | Oui | PAMM | PAMM | Non | Non | Perte de la prothese | 1 |
| 32 | 24/09/2021 | Xa Odontologie | F | 68 | Non | PAMM | x | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 33 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | H | 76 | Non | x | PAMM | Non | Non | Nouvelle prothese | 1 |
| 34 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 72 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Nouvelle prothese | 1 |
| 35 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 77 | Non | PAC | x | Non | Non | Nouvelle Prothese | 1 |
| 36 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | H | 61 | Non | x | x | x | x | Nouvelle Prothese | 0 |
| 37 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 81 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 38 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | H | 71 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 39 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | H | 59 | Non | PAMM | x | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 40 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | H | 75 | Non | PAC | PAC | Non | Non | Perte de la prothese | 1 |
| 41 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | H | 94 | Non | x | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 42 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 90 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 43 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 62 | Non | PAC | Par | Non | Non | Rebasage prothese | 2 |
| 44 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 62 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 45 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 83 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 46 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 47 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 47 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | H | 93 | Oui | x | x | x | x | Perte de la prothese | 0 |
| 48 | 27/09/2021 | Xa Odontologie | F | 94 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Perte de la prothese | 1 |
| 49 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | H | 90 | Non | PAMM | x | Non | Non | Réparation prothese | 1 |
| 50 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | F | 52 | Oui | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 51 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | H | 76 | Non | PAC | x | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 52 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | F | 55 | Non | PAMM | x | Non | Non | Autre | 1 |
| 53 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | H | 85 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 54 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | F | 58 | Non | x | x | x | x | Fracture non reparable | 0 |
| 55 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | F | 89 | Oui | x | x | x | x | Nouvelle prothese | 0 |
| 56 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | F | 41 | Non | x | x | x | x | Nouvelle prothese | 0 |
| 57 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | H | 47 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 58 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | H | 68 | Non | x | x | x | x | Nouvelle prothese | 0 |
| 59 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | H | 62 | Non | x | x | x | x | Nouvelle prothese | 0 |
| 60 | 28/09/2021 | Xa Odontologie | H | 48 | Non | x | x | x | x | Perte de la prothese | 0 |
| 61 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | H | 62 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Autre | 2 |
| 62 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | F | 64 | Non | PAC | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 63 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | F | 93 | Oui | x | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 1 |
| 64 | 22/11/2021 | Xa Odontologie | F | 86 | Oui | PAMM | PAMM | Non | Non | Autre | 1 |
| 65 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | F | 73 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 66 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | H | 53 | Non | x | x | x | x | Nouvelle prothese | 2 |
| 67 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | H | 67 | Non | x | x | x | x | Autre | 0 |
| 68 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | F | 69 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Nouvelle prothese | 0 |
| 69 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | F | 75 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Andenne prothese inadaptee | 2 |
| 70 | 04/10/2021 | Xa Odontologie | F | 61 | Non | PAMM | PAMM | Non | Non | Réparation prothese | 2 |

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.

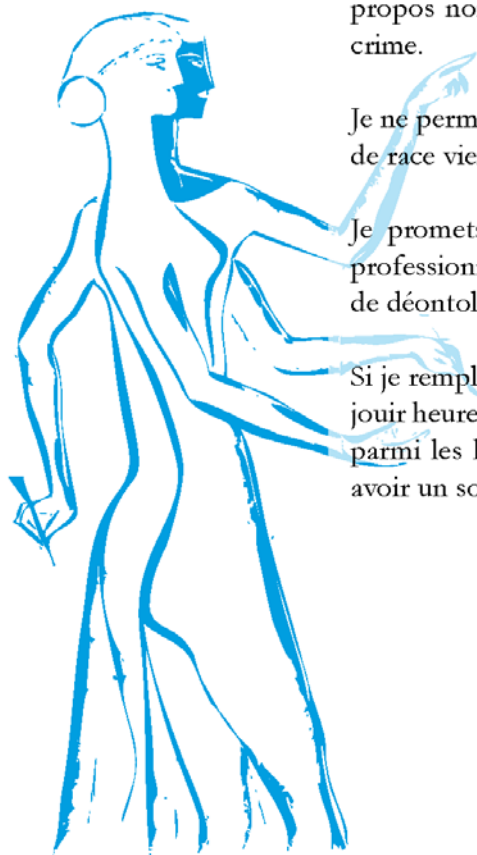
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

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.



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 :

Titre : Importance de la présence de critères d'identification sur les prothèses dentaires amovibles chez la personne âgée dépendante institutionnalisée

Résumé : **Contexte.** La perte d'une prothèse dentaire amovible chez une personne âgée dépendante est une situation préjudiciable pour le patient qui se traduit souvent par un changement de texture alimentaire et l'apparition de troubles de la déglutition. De plus, il est souvent impossible de réaliser de nouvelles prothèses chez ces patients. Des critères d'identification des prothèses dentaires amovibles existent avec différents moyens de marquages. **Objectif.** Étudier l'importance de la perte des prothèses dentaires chez le patient âgé dépendant institutionnalisé et mesurer la présence de critères d'identification sur les prothèses dentaires amovibles, ainsi que le type de marquage. **Méthodes.** Une étude transversale a été menée de juin à décembre 2021 au sein du service de Médecine bucco-dentaire de Xavier Arnoz à Pessac. Les principales variables recueillies étaient l'âge, le sexe, patient institutionnalisé ou non, le type de prothèse analysée, la présence de marquage ou non et le motif de consultation. **Résultats.** Notre étude a été réalisée sur 159 patients (dont 39 institutionnalisés), avec 210 prothèses analysées. Sur 210 prothèses amovibles, aucune n'était marquée (0% de prothèse marquée). Le taux de perte de prothèse dentaire était de 3% (7ème motif de consultation observé) pour les personnes non institutionnalisées et de 13% (4ème motif de consultation observé) pour les personnes institutionnalisées. **Conclusion.** Notre étude met en évidence une problématique de pertes de prothèses plus présentes chez le patient institutionnalisé et une absence de marquage des prothèses amovibles. Une prise de conscience est nécessaire afin d'essayer de solutionner cette problématique, notamment par le marquage des prothèses.

Mots clés : Personne âgée dépendante ; Odontologie Gériatrique ; Marquage prothèse dentaire ; Prothèse dentaire amovible ; Perte prothèse dentaire

Title : Importance of denture identification marking for dependent institutionalized elderly people

Abstract : **Background.** Denture loss for dependent elderly people is an injurious situation for the patient who can often result in food texture change and swallowing disorder. Often, it's impossible to make new prostheses for those patients. Identification criteria of denture exist with different marking techniques. **Objective.** To determine the importance of denture loss for dependent institutionalized elderly patient and quantify denture markers as well as marking techniques. **Method.** A cross-sectional study was conducted from June to December 2021 in the odontology service of Xavier Arnoz Hospital in Pessac (France). Principal clinical data, including age, sex, institutionalized patient or not, type of prostheses analysed, marked or not and main reason for consultation. **Results.** Analysis was conducted among 159 patients (of which 39 institutionalized), with 210 prostheses analysed. Of 210 dentures, none were marked (0% denture marked). The denture loss rate was 3% (7th main reason for consultation) for non-institutionalized people and 13% (4th main reason for consultation) for institutionalized people. **Conclusion.** Our study highlights the problem of denture loss in the institutionalized elderly and an absence of denture markers. A serious awareness is necessary to try to find a solution to this problem, in particular with denture labelling.

Keywords : Elderly dependent ; Geriatric dentistry ; Denture identification marking ; Denture markers ; Denture labelling ; Denture loss